Offre de soins dans le Massif central : Territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire face aux nouveaux enjeux

Adélaïde Schindler Hamiti

▶ **To cite this version:**

Adélaïde Schindler Hamiti. Offre de soins dans le Massif central : Territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire face aux nouveaux enjeux. Géographie. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2014. Français. NNT : 2014CLF20011 . tel-01264536

HAL Id: tel-01264536

https://theses.hal.science/tel-01264536

Submitted on 29 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand
UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines
Laboratoire CERAMAC

Offre de soins dans le Massif central

Territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire face aux nouveaux enjeux

(Faux-la-Montagne, Creuse. A.Hamiti, 2011)

Adélaïde SCHINDLER HAMITI

Doctorat mention Géographie
Sous la Direction de **Laurent Rieutort**

24 juin 2014

Membres du jury :

Pascal GUITTARD, directeur de l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne
Sylvie HEBRARD, médecin généraliste, Laguiole, Aveyron
Philippe MADELINE, Professeur, Université de Caen Basse-Normandie
Michel PERIGORD, Professeur émérite, Université de Poitiers (rapporteur)
Laurent RIEUTORT, Professeur, Université Blaise Pascal, Clermont II, (directeur de thèse)
Gérard SALEM, Professeur, Université Paris Ouest Nanterre La Défense (rapporteur)

Adélaïde SCHINDLER HAMITI

Offre de soins dans le Massif central :

Territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire face aux nouveaux enjeux

Avec le soutien de :

Remerciements

J’adresse tout d’abord mes remerciements aux professionnels de santé, aux élus, aux agents des collectivités locales et aux agents des institutions qui m’ont accordé du temps pour répondre à mes questions, pour échanger lors d’entretiens individuels et collectifs, de réunions de travail, de colloques et de séminaires, lors de rencontres dans leurs bureaux professionnels, dans les cafés ou sur les places des villages. J’eus le plus souvent un accueil chaleureux et une grande disponibilité de la part de mes interlocuteurs, malgré les contraintes d’emploi du temps. Plus particulièrement, je remercie chaleureusement les professionnels, les élus et les agents du plateau de l’Aubrac aveyronnais et du plateau de Millevaches.

Je remercie Laurent Rieutort, mon directeur de thèse, pour ses échanges constructifs, sa relecture minutieuse et ses conseils bienveillants.

Merci à l’équipe de l’ARDTA, en particulier à son directeur, Pascal Guittard, et à Florence Seguin-Callois qui m’a guidée lors de mes débuts à l’agence, dans les rouages du monde professionnel, notamment lorsque je craignais d’appeler au téléphone ou d’écrire des mails. Merci pour sa patience et ses encouragements.

Le travail de thèse n’aurait pas pu être réalisé sans un soutien financier, à la fois issu de l’Europe, de l’Etat et des Régions du Massif central (Auvergne en premier lieu mais aussi Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes), dans le cadre d’une subvention du programme opérationnel Massif central, et issu de la convention CIFRE de l’ANRT (Association Nationale de la Recherche Technologie). Merci à ceux qui ont rendu ces financements possibles.

Merci au soutien des doctorants et des amis qui a été déterminant tout au long de la thèse, ainsi qu’à l’équipe du CERAMAC.

Enfin, je remercie ma famille, mon mari qui m’a soutenue patiemment au quotidien et qui a enduré les piles de documents sur la table de la salle à manger qui faisait office de bureau, et mon petit garçon qui de part sa venue a certes retardé la fin de ce travail mais qui m’a offert une énergie et un état d’esprit différent pour réussir à achever cette thèse. Enfin, merci à ma sœur Mathilde pour ses nombreuses relectures attentives, sa réactivité et ses nombreux conseils.

Sommaire

Remerciements 3
Sommaire 7
Introduction générale 9

PARTIE I. MAILLAGE TERRITORIAL DES SERVICES DE SOINS SUR LE MASSIF CENTRAL : UNE OFFRE EN SURSIS ? 51

Chapitre 1. L'offre de soins de premier recours et certains services hospitaliers : des déficits perceptibles qui pourraient s'aggraver 55
Chapitre 2. L'enjeu démographique de la médecine générale et des soins de premier recours au niveau du territoire national et du Massif central 115
Chapitre 3. Les enjeux de l'offre de soins perçus par les acteurs des territoires de projet 135

PARTIE II. GOUVERNANCE ET TERRITORIALISATION DU SYSTEME DE SANTE 167

Chapitre 4. Interventions de l'Etat et territorialisation : système de décision et de gestion et ses évolutions 171
Chapitre 5. Les collectivités territoriales et la santé 209
Chapitre 6. Gouvernance entre acteurs des territoires (Etat - Collectivités) 241

PARTIE III. LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR REMEDIER AUX DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS 259

Chapitre 7. Les stratégies et les mesures pour améliorer la présence et la répartition des professionnels de santé sur le Massif central 263
Chapitre 8. Maisons de santé : des initiatives multi-partenariales développées aussi dans le Massif central 315
Chapitre 9. Les réseaux de santé de proximité dans deux territoires de moyenne montagne : le Nord Aveyron et la Montagne limousine 355

Conclusion générale 425

Bibliographie 435
Annexes 447
Table des illustrations 471
Glossaire des abréviations utilisées 475

Introduction générale

Genèse du projet

Depuis plusieurs années, et en particulier ces dernières années, il ne se passe pas une semaine sans que l'on évoque au journal télévisé, dans la presse écrite, ou dans les émissions thématiques d'actualité, les problèmes de désertification médicale, de recherche de médecin ou de fermeture d'un service hospitalier dans une petite ville. La problématique de l'offre de soins et en particulier du manque de médecins dans les territoires ruraux et les banlieues font débats et préoccupent acteurs et techniciens des territoires, gouvernements et populations. La question de la répartition et de l'accessibilité de l'offre de soins, en lien avec l'attractivité et le développement des territoires, est très actuelle et s'intensifie avec les effets de plus en plus inquiétants de la démographie médicale.
Afin de comprendre la configuration particulière de cette recherche sur l'offre de soins en Massif central, il convient de présenter tout d'abord quelques éléments de cadrage à la fois sur la politique du Massif central et la commande qui a été faite dans le cadre de cette thèse CIFRE[1].

La loi relative au développement et à la protection de la montagne, dite « loi montagne », du 9 janvier 1985, reconnaît les massifs comme des territoires spécifiques et créée un cadre d'intervention. Des adaptations au bénéfice des hautes terres et de nombreux textes réglementaires (urbanisme, protection contre les risques naturels, agriculture, environnement...) en ont résulté. La loi s'appuie sur deux principes directeurs que sont la prise en compte des spécificités des espaces de montagne et le recours à la solidarité nationale pour compenser les handicaps naturels. La France compte six massifs en métropole (les Alpes, le Massif Central, les Vosges, le Jura, la Corse et les Pyrénées) et trois en Outre-mer (en Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion). La loi montagne a instauré dans ces massifs, un commissariat qui a pour rôle, sous l'autorité du Préfet de massif, de coordonner les projets relevant des différentes politiques menées par l'État, en concertation avec les partenaires financiers, les Collectivités et l'Europe. La DATAR[2] gère et anime le réseau des commissaires de massif[3]. Par ailleurs, la loi a instauré également un « comité pour le développement, l'aménagement et la protection du massif », plus couramment appelé « comité de massif », réunissant des élus de plusieurs collèges (collectivités, associations, acteurs socio-économiques…). Son rôle est de définir les objectifs et de préciser les actions à développer sur le Massif.

[1] CIFRE : convention industrielle de formation et de recherche en entreprise.
[2] DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale.
[3] En poste dans les Alpes, les Pyrénées, le Massif central, le Jura, les Vosges et la Réunion.

Ainsi, la Commission permanente du Comité de Massif du Massif central[4], présidée par Monsieur Michel Doly, a souhaité en 2007 que soit menée une réflexion sur l'offre de soins à l'échelle du Massif central. Cette volonté est née en particulier des inquiétudes fortes des élus pour le maintien des services sanitaires sur leurs territoires. C'est dans ce cadre que j'ai réalisé mon stage de master en aménagement et développement des territoires ruraux, d'avril à octobre 2008 sur « l'offre de soins et la démographie médicale dans le Massif central». Ce stage fut co-encadré par le commissariat DATAR Massif central et une chargée de mission à l'URCAM Auvergne également doctorante en géographie sur l'offre de soins à l'échelle Auvergne. Il s'agissait alors de réaliser une étude cartographique de la situation de la démographie médicale du Massif central, d'établir un état des lieux des expériences innovantes à l'initiative des collectivités territoriales pour l'amélioration de la répartition de l'offre de soins, et d'élaborer des propositions pour le Comité de Massif.

Les principaux résultats de cette première étude santé, jamais réalisée jusque là à l'échelle Massif central, se déclinent en quatre points. La diversité des acteurs et des dispositifs dans le domaine de la santé imposait tout d'abord d'établir un schéma descriptif pour y voir plus clair, sachant que fin 2008 on pressentait déjà une redéfinition du paysage des acteurs avec la création des Agences régionales de santé. Le travail cartographique de la démographie médicale et des dispositifs en cours, mettait en avant les difficultés croissantes, en particulier liées aux départs des médecins non remplacés, sur des grandes zones géographiques et également la présence de zones interrégionales fragiles. Le questionnaire électronique envoyé aux communautés de communes du Massif, afin de relever le ressenti sur l'évolution de l'offre de soins, montrait également les préoccupations grandissantes des élus sur ces questions. Les entretiens auprès d'une sélection non exhaustive d'initiatives territoriales pour améliorer la situation, synthétisés dans des fiches explicatives, ont permis de mettre en lumière, le dynamisme et la diversité des actions, multi-partenariales, dans le domaine de la santé au niveau local. Une présentation des résultats de l'étude a été proposée à la Commission Permanente[5]. Il était prématuré, à la suite de ce travail de six mois, de soumettre des idées d'actions pour le Massif. Cependant, il a été reconnu lors de cette réunion que l'étude entreprise devait être poursuivie. L'accès aux services publics et plus généralement la question des services aux publics, l'accueil, l'attractivité, l'accessibilité et la création de richesse, demeurent des préoccupations constantes du Massif central.

Au vu de l'intérêt de ces problématiques et sur les conseils de mes encadrants de stage, il a été proposé au comité de Massif de poursuivre ce premier travail de stage sous forme d'une thèse de géographie, sur la thématique de l'accès aux soins, articulée autour des enjeux d'attractivité et de développement des territoires du Massif central. Cette thèse se ferait alors en entreprise, par un contrat CIFRE. Cette convention consiste en un partenariat entre une entreprise et un laboratoire de recherche qui co-encadre le doctorant. Il aurait été pertinent d'être rattachée au commissariat DATAR Massif central. Toutefois,

[4] Le contour du Massif central a été défini par le décret n°2004-69 du 16 janvier 2003, et modifié avec le décret n°2005-1333 du 28 octobre 2005. Voir carte en annexe.
[5] Lors de l'installation du nouveau comité de Massif le 1er octobre 2008.

cela n'a pas été possible, notamment en raison du contexte de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). Ainsi, l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne (ARDTA) a proposé d'être l'entreprise d'accueil pour accompagner cette étude Massif central. Ce projet a ainsi été validé par le Comité de Massif. Les raisons qui m'ont poussée à réaliser cette thèse sont au moins de deux natures. D'une part la forme que représente la recherche-action en entreprise est intéressante, comme me la montrait mon encadrante de stage, Séverine Barbat, à l'époque en thèse CIFRE à l'URCAM Auvergne. Je considère comme une réelle plus-value la réalisation d'une recherche scientifique au sein d'une entreprise et d'une équipe de travail. La deuxième raison, liée à la première, est l'aspect opérationnel de l'objet d'étude, ancré dans des problématiques directes d'acteurs, voire l'aspect « militant » que peuvent prendre les questions d'accès aux soins dans les territoires ruraux de moyennes montagnes du Massif central.

Construction théorique et appliquée de la thèse

A partir des résultats et des perspectives issus du stage, nous avons formulé une proposition de cahier des charges. L'objectif était de donner le cadre et les orientations de l'étude pour les trois années de thèse. Les techniciens « santé » des Conseils régionaux et des Missions régionales de santé[6] ont réagi et inscrit des modifications à partir de cette première proposition. La réflexion autour d'une modification de l'organisation du système de santé étant au cœur des institutions et des collectivités territoriales, dans un contexte de crise de la démographie médicale, le fil directeur de l'étude proposé était d'explorer la question territoriale de la santé selon les différents points de vue des acteurs, l'articulation et la mise en cohérence entre eux, pour l'amélioration de l'accès aux services de santé.

La région Languedoc-Roussillon souhaitait une attention particulière sur les facteurs socio-économiques de l'accès aux soins, étant donné ses actions spécifiques à l'égard des jeunes de 15-25 ans. L'enjeu de cette étude n'était pas de compiler les travaux existants mais d'apporter une plus-value, en s'appuyant notamment sur les travaux du groupe de travail santé de l'Association des Régions de France, sur les études menées par les Observatoires Régionaux de Santé et sur les travaux réalisés dans le cadre des SROS[7].

Au sein du cahier des charges final, dans les pistes de travail formulées, deux phases à réaliser sont exprimées, une phase « état des lieux » et une phase « propositions »[8]. Les différentes actions cibles étaient notamment la poursuite du diagnostic de l'offre de soins élargie aux spécialistes et aux services hospitaliers, l'évaluation des difficultés d'accès aux soins, en ciblant sur la question de la distance temps aux services, l'état des lieux des usages de la télémédecine, la poursuite de l'inventaire des expériences innovantes, la

[6] Les Missions Régionales de Santé (MRS), préfiguration des Agences Régionales de Santé, réunissaient l'Agence Régionale Hospitalière (ARH) et l'Union Régionale des Caisse d'Assurance Maladie (URCAM), afin de permettre une amélioration de la répartition de l'offre de soins et l'articulation entre la ville et l'hôpital.
[7] Schémas Régionaux de l'Organisation des Soins.
[8] Voir le cahier des charges complet en annexe.

réalisation d'un travail comparatif dans une autre région aux caractéristiques similaires en Europe ou au Québec et la soumission de préconisations et de solutions aux problématiques soulevées, en terme de politique d'organisation d'offre de santé dans les territoires de montagne.

Sur un plan plus scientifique, le cheminement parcouru pour construire cette thèse est jalonné de nombreux tâtonnements pour arriver à fixer une problématique et des objectifs de recherche à suivre. Hésitants, nous avons « trituré » le sujet, emprunté certaines voies pour rebrousser chemin ensuite, repris certaines pistes pour finalement dévier leur trajectoire. Le point de départ prenait ses racines dans les préoccupations des élus, principalement sur le manque de médecins généralistes libéraux, sur les craintes que les zonages prioritaires de l'Etat et plus globalement que les politiques de santé ne tiennent pas assez compte des spécificités du Massif central. La question des territoires « laissés pour compte » était perceptible dans les discussions avec les élus du Comité de Massif, initiateur de l'étude.
Les objectifs contenus dans le cahier des charges ont évolué au cours des trois années de recherche, pour différentes raisons. Ces évolutions sont liées notamment au manque de disponibilité des données, au fait que certains thèmes méritaient une thèse à part entière en raison de leur complexité et de leur importance, mais également car des changements multiples découlaient de la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » abondamment discutée jusqu'à sa publication au journal officiel en juillet 2009.
Ainsi, au début de cette même année, il nous a été demandé d'établir une évaluation des maisons de santé financées par des fonds publics sur le Massif central. Le développement des maisons de santé offrait alors encore peu de recul aux financeurs qui souhaitaient connaître la plus-value de ces projets et les marges d'amélioration pour leurs dispositifs. Parallèlement, le comité de Massif commandait un état des lieux sur les usages en télémédecine et des propositions d'opportunité à développer à l'échelle du Massif central. La question de la télémédecine s'est avérée alors complexe à traiter. Les principales limites étaient à la fois la difficulté d'approcher les acteurs (accentuée par mon statut de doctorante en géographie et non en médecine), la complexité et l'incertitude législative et stratégique du système de santé vis-à-vis de ces nouvelles pratiques. Un premier niveau d'analyse et de propositions sera toutefois fourni fin 2009. Il a été proposé au groupe santé d'engager un prestataire spécialiste du domaine afin d'animer la concertation et l'élaboration d'une stratégie interrégionale vers des actions concertées voire mutualisées entre les acteurs des régions[9]. Nos premiers constats dans le domaine ont permis de rédiger le cahier des charges de cette étude.

A partir de cette première année, de nombreuses possibilités de recherche s'ouvraient à mesure que nous nous documentions et que nous rencontrions les acteurs de la santé. Puis durant la deuxième et la troisième année, il a fallu faire des choix, parfois délicats dans un contexte mouvementé avec la mise en place des Agences régionales de santé, qui a entraîné de nombreux changements, mais aussi avec les élections des présidents des Conseils régionaux, impactant les stratégies et les actions des Régions dans le domaine.

[9] L'étude-action a été réalisée par 2IM et Canope, de septembre 2010 à décembre 2011.

Selon un angle d'approche territorial, la thèse a pour but de traiter des liens entre l'offre de soins et le développement des territoires. Compte tenu de leurs spécificités (faibles densités, contraintes naturelles, ruralité…), le sujet est appliqué aux territoires de moyenne montagne du Massif central. Plusieurs dimensions devaient ainsi être développées. A la fois, nous souhaitions montrer les spécificités en matière d'accès aux soins des territoires ruraux de montagne, et nous voulions développer le rôle que jouent les services de santé sur ces territoires et identifier les stratégies de gouvernance qui s'y déroulent.

La recherche des spécificités de l'offre et de l'accès aux soins du Massif central a été atténuée pour centrer notre propos davantage sur les caractéristiques et archétypes des territoires du Massif central. En effet, identifier les spécificités du Massif central revenait à analyser les caractéristiques de l'offre sur l'ensemble du territoire national, afin de dégager une typologie et faire ressortir les éléments inédits des territoires du Massif central. Les problématiques de l'offre de soins qui touchent le Massif (en particulier le problème du renouvellement des médecins libéraux, notamment par manque d'attractivité) touchent également un grand nombre d'autres territoires en France. Il est donc apparu plus pertinent de mettre en avant les caractéristiques des territoires du Massif et l'impact sur l'offre de soins. Ainsi, plusieurs éléments tels que le relief, l'habitat dispersé, les conditions climatiques et la faible attractivité de certains territoires, ont un impact sur l'offre de soins, et rend la situation inquiétante pour de nombreux espaces ruraux.

Nous avons initialement souhaité développer le concept de santé comme ressource des territoires et facteur d'attractivité, à partir des travaux de Pecqueur et Gumuchian (2007) sur les ressources territoriales, considérant l'offre de soins comme une ressource pour le développement des territoires et selon des travaux développés par Pascal Chevalier dans lesquels l'offre sanitaire et social sont présentés comme créatrice de richesses (Berger et *al*., 2009 ; Chevalier, 2002). Nous souhaitions en effet poser l'hypothèse que les services d'offre de soins contribueraient à la fois :

- à l'attractivité du territoire, pour maintenir et attirer des populations qui ont le souci de posséder une gamme de services de santé à proximité de leur domicile ;
- aux dynamiques économiques du territoire, par exemple avec la présence d'un médecin prescripteur qui permet à une pharmacie de fonctionner, la présence d'un ou plusieurs établissements de santé ou médico-social qui à la fois embauchent du personnel mais qui sollicitent également des services extérieurs divers (blanchisserie, restauration, ambulancier…) ;
- au renouvellement démographique, avec par exemple la présence d'une maternité qui amènerait potentiellement plus de naissances sur le territoire ou bien avec la présence d'un établissement de santé proposant des postes qui favorisent l'installation de familles.

Nous n'avons qu'en partie développé cette dimension, à partir du discours des élus et l'étude des politiques d'incitation et d'accueil des professionnels de santé. Des travaux peuvent être étendus, indicateurs à l'appui, à l'analyse de l'incidence des établissements de santé et leurs évolutions sur les territoires. La méthode déployée dans la thèse de Sébastien Fleuret sur le CHU d'Angers (Fleuret, 2000) et dans d'autres travaux qui questionnent la place et la centralité des établissements hospitaliers (Fleuret, 2003), l'auteur renvoie à la question complexe des stratégies d'organisation de l'offre

hospitalière et leurs impacts sur les dynamiques territoriales (Fleuret et *al*., 2001). En s'appuyant sur cette réflexion, il est possible d'analyser l'offre que les petits et moyens hôpitaux du Massif central proposent à la population, d'évaluer dans une certaine mesure leur rôle dans la graduation des soins et d'envisager l'intensité de l'impact qu'ils ont sur leurs espaces. L'objectif est de poser le problème du maintien et de l'organisation de l'offre hospitalière selon un angle d'approche différent, tourné vers le développement, le dynamisme et l'attractivité des territoires. De plus, la restructuration de la carte hospitalière depuis la fin des années 1990 a entraîné la reconcentration des services de soins et la reconversion d'établissements de santé, entraînant un éloignement important de certains territoires aux plateaux techniques (Lerouvillois et Vinclet, 2002). La question de l'offre hospitalière n'a été que partiellement abordée dans cette étude, du fait des modifications de gestion et de diffusion de ses bases de données (les critères de la base FINESS[10] et SAE[11] ont évolué), ainsi que la complexité de son organisation interne et territoriale et des changements dans son fonctionnement (titre 1 de la loi HPST). L'évolution du maillage des établissements de santé sur le Massif mériterait une analyse fine, par exemple sur les enjeux autour des communautés hospitalières pour les petits hôpitaux, ou les conséquences des réorganisations des services et des fermetures de maternités telles que Saint-Agrève (Ardèche), Ambert (Puy-de-Dôme), Figeac (Lot) ou encore Clamecy (Nièvre), vis-à-vis de l'accès de la population à l'offre de soins. La méthodologie utilisée pourrait être celle expérimentée lors des travaux de recherche intitulés «Territoires de vie, santé périnatale et adéquation des services de santé » explicités lors d'une communication en 2011 (Charreire et al., 2011), portant sur les répercussions des restructurations de l'offre en région Bourgogne sur l'accessibilité géographique des femmes enceintes lors d'éventuelles hospitalisations et/ou lors de l'accouchement.

A l'origine, nous avons également souhaité mettre en perspective l'évolution de la démographie médicale sur le Massif central et ainsi questionner le terme très utilisé de « désert médical », en cherchant à savoir si la population du Massif central était aujourd'hui moins bien pourvue qu'auparavant en offre de soins. Toutefois, nous nous sommes confrontés à l'absence de données disponibles. En effet, pour une évolution sur une vingtaine ou une trentaine d'années, il aurait fallu disposer des effectifs et la répartition des professionnels et des établissements de santé. Or, il n'existait pas de telles données, même partielles, à l'échelle du Massif central, à la différence de celles mobilisées par Valérie Jousseaume dans son article de 2002 intitulé « Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000) »[12].

La question des transferts d'expériences sur d'autres territoires européens engageait un travail approfondi à la fois de connaissance et de compréhension des différents systèmes de santé de chaque pays, afin d'établir des comparaisons entre eux, puis d'envisager un processus de transfert. Ce travail conséquent n'était pas réalisable pour cette thèse étant donné l'ampleur de la tâche et les modifications importantes en cours dans le système de

[10] FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.
[11] SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.
[12] Publié dans l'ouvrage, « La santé, les soins, les territoires : Penser le bien-être » dirigé par S. Fleuret et R. Séchet en 2002.

santé français, qu'il fallait d'abord bien connaître. Maîtriser les évolutions du système français permettait d'analyser spécifiquement l'impact dans les territoires du Massif central. Des propositions sont avancées pour le Massif central. La question de la transférabilité doit être examinée au cas par cas pour chaque pays. Toutefois, des parallèles entre les différents systèmes de santé, et notamment sur l'offre de soins primaires dans les territoires ruraux peu peuplés, avec d'autres pays concernés par ces caractéristiques, ont été effectués brièvement dans cette recherche. Ainsi, on a pu mettre en perspective le système français, avec d'autres systèmes européens et québécois, appliqué aux problématiques des territoires ruraux peu peuplés.

Au fur et à mesure des missions qui m'étaient confiées en tant que technicienne au sein de l'ARDTA, auprès des initiatives Pays et des divers projets de maison et pôles de santé sur le Massif central, j'ai pris conscience des défis et de l'importance que revêt la présence des services de santé pour les collectivités territoriales. C'est pourquoi, j'ai axé la problématique sur l'implication des collectivités locales sur les projets mais aussi sur les dispositifs d'accueil de nouvelles populations. Cela permettait d'aborder les difficultés et les tensions présentes de manière récurrente sur le Massif central et qui motivent l'action, mais aussi de développer les dispositifs de l'Etat étant donné sa compétence et le processus de territorialisation à l'œuvre avec la mise en place des agences régionales de santé. Nous avons cherché à mettre en lumière la complexité des interrelations qui existent entre l'Etat et les collectivités dans ce processus d'actions en faveur de l'offre de soins. Et enfin, en partageant le quotidien des démarches mises en œuvre sur les territoires, nous avons souhaité rendre compte des nouveaux enjeux de dialogue et d'interaction qui naissaient entre les collectivités et les acteurs contribuant à la santé (professionnels de santé, établissements, acteurs sociaux). Ainsi, l'objectif a été d'aborder ces différentes dimensions à travers trois principales enquêtes : les Pays ayant une démarche santé, les porteurs de projet de maisons de santé en fonctionnement et les acteurs de projets de réseaux de santé de proximité.

Un projet de « newsletter » avait été conçu au cours de la thèse mais n'a jamais pu être diffusé. Il s'agissait d'une lettre d'informations intitulée « Santé en Massif central ». Elle avait pour but de mettre en avant le rôle que les collectivités territoriales jouent dans l'élaboration des projets territoriaux de santé. Elle se voulait également médiatrice des initiatives privées et de la sphère médicale, souvent ignorées des décideurs publics. Ainsi, cette lettre répondait à un besoin de partage d'initiatives, afin de construire un langage et des repères communs, pour améliorer la synergie entre professionnels de santé et collectivités. Cette lettre d'informations avait pour ambition d'apporter des pistes et des outils de mutualisation. Elle devait contribuer à créer des synergies entre les différents territoires et acteurs du Massif central. La première diffusion était prévue en hiver 2010 (voir le projet en annexe), avec un objectif de quatre lettres par an. La diffusion se serait faite de manière inédite en direction à la fois des collectivités territoriales, des institutions sanitaires, des établissements de santé, des maisons et pôles de santé et des professionnels de santé libéraux, via les unions et les syndicats. Les différentes rubriques développées étaient alors les actualités, les projets territoriaux de santé ou portraits de maison ou pôle de santé, des portraits d'acteurs et/ou projets en télésanté ou télémédecine, puis quelques chiffres du Massif central, des définitions, lexique et glossaire, et parfois un numéro

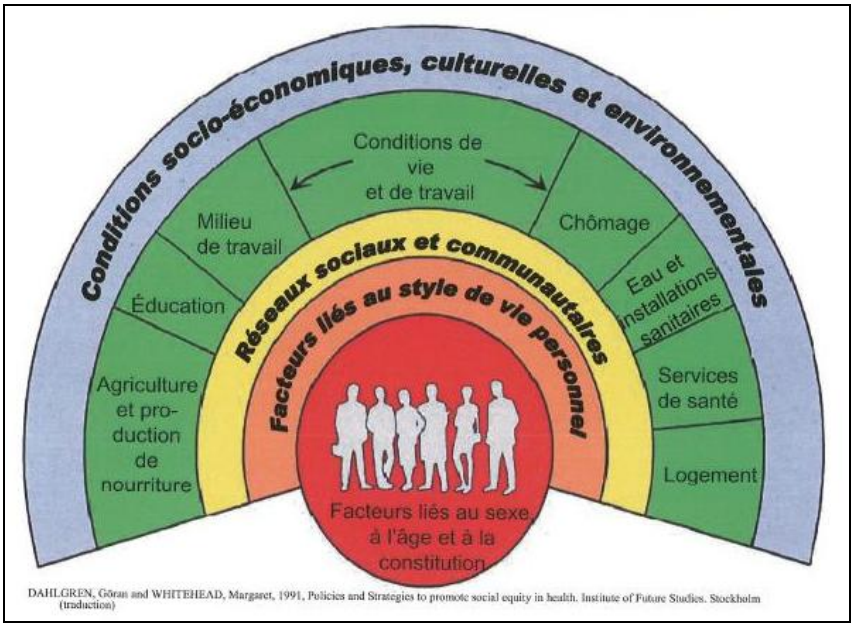
spécial thématique avec des témoignages hors Massif. Il est très probable que des tensions entre représentants de l'Etat et des élus régionaux n'ont pas favorisé la promotion de ce projet Massif central. De même, le développement du rôle des ARS renforçait leur responsabilité et l'échelle régionale d'intervention, ce qui a pu remettre en question la pertinence d'une action à l'échelle Massif.

Les principaux concepts de la recherche

L'offre de soins, un déterminant parmi d'autres de l'état de santé

La santé possède de multiples visages, et recouvre un champ large d'actions appartenant à des domaines de compétences divers. Le terme santé est défini selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». L'état de santé d'un individu ou d'un groupe ne dépend qu'en partie des services de santé dont l'Etat a la charge. La santé d'un individu dépend de multiples facteurs tels que son logement, son travail, son environnement, son éducation par exemple (figure 1). La santé est donc différente du soin. « La santé renvoie aux conditions d'existence des individus (se nourrir, s'instruire, habiter…) et le soin n'est qu'un maillon de la chaîne » (Amat-Roze, 2011).

Figure 1. Les déterminants de la santé



Source : d'après Dahlgren et Whitehead (1991).

Le concept de santé publique, dans son sens le plus large (OMS, 1973) réunit à la fois les problèmes de santé et les maladies d'une population, l'analyse de l'état sanitaire d'un groupe d'individus, les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification de l'offre (curative et préventive) et l'administration pour ce faire. Selon le Code de la santé publique, l'offre de soins représente à la fois les professionnels de santé (dont le diplôme,

la déontologie et les modes d'exercice sont contrôlés, selon une liste restreinte de professions médicales, pharmacie et auxiliaires médicaux), et les établissements de santé (pratiquant comme activité principale la prestation de soins, excluant ainsi les établissements médico-sociaux).

Nous avons fait le choix de prendre pour objet d'étude l'offre et l'organisation des soins, en excluant par là l'étude de l'état de santé ou les inégalités sociales et territoriales de santé sur le Massif central. L'offre de soins est une entrée volontairement restrictive de la dimension santé, compte tenu de la commande et des préoccupations des élus du Massif. Cependant, à plusieurs reprises au cours de ce travail, nous avons été confrontés à des situations qui ne relevaient pas de la seule considération de l'offre de soins. En effet, les questions des actions et des suivis de dépistage, de prévention et de promotion de la santé par exemple sont discutées entre professionnels mais aussi avec les institutions qui fixent des objectifs et des appels à projets, et les collectivités qui initient des évènements thématiques en santé publique. Par ailleurs, il est apparu important que la santé et l'action dans la santé soient considérées par les acteurs territoriaux, de manière plus larges que la seule offre de soins, et en particulier par les collectivités territoriales qui possèdent d'autres compétences et d'autres moyens d'agir sur la santé de la population que la seule action d'installer des professionnels ou de financer leur regroupement.

L'accès aux soins : un concept multifacette

La question de la présence des professionnels, de leur proximité à la population et de l'accès à l'offre de soins, sont des préoccupations grandissantes dans les médias et les discours des élus. La notion de proximité et « d'amélioration de l'accès à des soins de qualité » fait son entrée sur la scène législative hospitalière avec la loi HPST. Cependant, si la notion d'accès aux soins est utilisée, elle est peu définie, peu précisée et encore moins analysée par des indicateurs robustes. Ce n'est que récemment (octobre 2012) que la DREES[13] a organisé un colloque pour faire le point sur les outils statistiques existants et discuter des différentes approches de ce concept. Joy Raynaud rappelle dans son introduction sur l'accès aux soins[14] que dès les années 1960, plusieurs chercheurs anglo-saxons ont apporté des définitions en vue d'améliorer la performance des systèmes de santé (Ricketts et Goldsmith, 2005). Selon Andersen et Newman (1973), trois facteurs conditionnent l'utilisation des services de santé : les déterminants sociétaux (l'âge, le genre, les caractéristiques sociales, le niveau d'éducation, l'activité professionnelle), les déterminants individuels (les besoins en santé, les prédispositions à utiliser les services, la capacité à se les procurer…), et les caractéristiques du système de soins (l'accessibilité, le potentiel de l'offre, le recours, l'entrée dans le système et le déroulement des soins). Penchansky et Thomas (1981) ont quant à eux proposé une définition assortie de cinq dimensions, afin de montrer que l'accès repose principalement sur l'adéquation entre les caractéristiques de l'offre de soins et les attentes des patients.

[13] DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. C'est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux.
[14] Accès aux soins : de quoi parle-t-on ?, par Joy Raynaud, 27 janvier 2012, *La Lettre de Galilée*.

- la **disponibilité** (*availability*) : la relation entre la quantité et le type de services de santé (la ressource) et la quantité et les types de besoins de la population (la demande). Cela renvoie à l'adéquation avec l'offre en médecin, dentiste et autres professions ; avec les cliniques et hôpitaux ; et avec les soins spécialisés tels que la santé mentale et les soins d'urgences.
- l'**accessibilité** (*accessibility*) au sens strict: la relation entre la localisation de l'offre et celle de la population, en prenant en compte les moyens de transport, le temps et la distance de trajet, et le coût.
- l'**agencement** (*accomodation*) : la relation entre la manière dont est organisée l'offre de soins (prise de rendez-vous, heure des opérations, entrée du bâtiment, accueil téléphonique…) et la capacité de la population à s'adapter à ces facteurs, et la perception qu'elle en a.
- l'**abordabilité** (affordability) : la relation entre le prix des services, les exigences des assurances, et la capacité des personnes à payer, l'existence d'assurances maladie. La perception de l'individu sur la valeur du coût total dépend de sa connaissance des prix et des modalités d'aide possible.
- l'**acceptabilité** (*acceptability*) : la relation entre l'attitude d'une population (selon ses caractéristiques individuelles) et les pratiques des fournisseurs de soins. Elle renvoie aux préoccupations sociales et culturelles (attitude religieuse, de genre, de race, de voisinage, de clan…) à la fois des individus et des fournisseurs de soins.

Les termes d'accessibilité aux soins et d'accès aux soins semblent être utilisés indifféremment dans de nombreux discours, médias et travaux scientifiques. Certains auteurs les distinguent. C'est le cas de Bonnet, dans son étude bibliographique autour du concept d'accessibilité et d'accès aux soins qui prend le parti de séparer les deux notions, « […] *l'accès comme une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soin), tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service* » (Bonnet, 2002). L'accessibilité serait donc théorique tandis que l'accès traduirait une réalité du recours. Les indicateurs mobilisés pour mesurer l'un et l'autre sont différents. Toutefois, le même auteur reconnaît une confusion d'usage du vocabulaire dans les différents travaux de géographes et d'économistes étudiés.
Ainsi, au-delà des différences de terminologie, il convient d'apprécier que la variable « accès » est multifacette, et ne se résume pas à l'accès financier ou physique à une structure de soins. L'accès à des soins engage la personne sur sa perception de sa santé, sur sa connaissance des structures de soins, sur son niveau d'acceptabilité des soins prodigués, et des démarches pour en bénéficier (Caillat, 2002). L'accès aux soins implique donc la perception de soi et des soignants vers qui se diriger, la capacité à se rendre à une consultation et à suivre un traitement. Mais il implique également une organisation des soins acceptable par les individus, disponible et abordable.

Pour la question plus particulièrement de l'accessibilité physique à l'offre de soins dans les territoires ruraux, la géographie possède une place importante dans la problématique de l'accès aux soins, car la plupart des systèmes de soins sont organisés selon une base spatiale, qui renvoie à la notion d'équité territoriale dans la répartition des ressources. Les établissements de santé sont situés en un point du territoire, ce qui implique un enjeu de

localisation, d'éloignement et de proximité à la population (Rice et Smith, 2001). Plusieurs études reprises par des chercheurs anglais, Goddard et Smith (2001), montrent l'impact de l'accès géographique sur l'utilisation des services de soins. Ainsi, en dehors des conditions sociales et économiques, la population présente dans des zones bien pourvues en offre de soins est plus disposée à utiliser ces services sous l'effet « d'une demande induite par le fournisseur », contrairement à la population des zones moins bien pourvues, sous l'effet « d'une atténuation de la demande face à l'absence de fournisseur ». En d'autres termes, dans le cas du Massif central, malgré l'absence de données quantifiées sur le sujet, les situations d'une plus faible utilisation des services de soins par la population des territoires éloignés, se retrouvent dans les différents témoignages des professionnels de santé, des élus et de la population elle-même. En effet, les professionnels libéraux de certains territoires expliquent rencontrer des difficultés pour inciter leurs patients à aller consulter les services hospitaliers et des médecins spécialistes. Ils constatent également des recours tardifs aux soins (Pays du Grand Sancy, Pays du Roannais, Pays du Haut-Rouergue). Une partie de la population des territoires ruraux se désigne elle-même comme « n'ayant pas l'habitude de se plaindre », ne consultant pas de manière excessive (Pays Combraille en Marche, Source en Lozère, Pays Haute-Corrèze et Plateau Millevaches). Plusieurs observatoires régionaux de la santé ont montré lors d'études sur le dépistage (du cancer du sein et du col de l'utérus notamment), que le taux de consultation est plus faible chez les femmes habitant les territoires ruraux reculés. Ces phénomènes, que l'on pourrait qualifier de culturels, et relevant de la perception de sa santé et du recours aux soins des habitants de ces territoires, pourraient très probablement être induits par un éloignement des services.

Deux enquêtes ont été initiées par l'URPS[15] d'Ile de France et l'URPS du Languedoc-Roussillon, avec pour objectif d'identifier les freins à l'accès aux soins, au-delà des seuls facteurs géographiques et financiers. Ces deux études ont réuni un échantillon de mille personnes interrogées sur les deux régions. Ainsi, les premiers résultats[16], présentés et commentés par Joy Raynaud, doctorante en géographie sur les questions d'accès aux soins, ont montré qu'en région Languedoc-Roussillon, 29% des patients déclaraient avoir des difficultés à consulter un médecin généraliste (contre 8% en Ile-de-France) et 68% un médecin spécialiste (contre 19% en Ile-de-France). Les principaux obstacles de l'accès aux consultations pour un généraliste sont « le temps d'attente en cabinet ou les horaires de consultation » avec 15% des patients interrogées, et 8% pour les médecins spécialistes. De plus, pour 43% des personnes interrogées, le délai d'obtention d'un rendez-vous est la principale difficulté pour consulter un spécialiste. L'analyse de l'enquête se poursuit sur le facteur de l'âge qui agit sur les perceptions. On retient par exemple que les jeunes (18-24 ans) sont moins persévérants que les personnes âgées (75 ans et plus.). Par ailleurs, les difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet augmentent avec l'âge (6% pour les 18-24 ans et 12% pour les 75 ans et plus). Par ailleurs, l'URPS d'Ile de France a établi un questionnaire sur les perceptions de la population et des professionnels de santé concernant l'état de l'offre de soins. Ainsi, on retiendra que « les difficultés d'accès aux

[15] URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé.
[16] Quelles sont en France les perceptions de l'accès aux soins des patients ? par Joy Raynaud, 29 janvier 2012, La Lettre de Galilée.

soins semblent davantage liées à une offre de soins déficitaire qu'à l'organisation du cabinet médical étant donné l'adaptation des médecins à leur patientèle »[17]. Joy Raynaud conclut que les perceptions des patients peuvent être surprenantes, car, si 65% des Français pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes, ils sont 88% à déclarer que l'accès à ces consultations est facile. Malgré la complexité d'analyse des résultats de ces deux enquêtes, la plus-value de la démarche réside dans la tentative de mesurer l'accès aux soins selon d'autres critères que ceux géographiques et financiers.

Nous n'avons pas fait le choix dans cette thèse d'interroger la perception et le vécu de la population des territoires ruraux de montagne du Massif central, même si cela représentait un objet de recherche pertinent et fort intéressant pour renseigner sur l'accès à l'offre de soins sur le Massif central. A travers les entretiens avec les élus et les professionnels de santé, nous avons effectivement perçu les rapports que pouvaient entretenir les populations avec leur santé, leur rapport aux corps, à la maladie, à la mort ou encore leur rapport au médecin, aux autres professionnels de santé du village et de la ville. Tous ces éléments ont une incidence sur l'accès aux soins des populations, sur le type et sur l'organisation de l'offre. Avec l'appui d'outils sociologiques et d'enquêtes statistiques, un travail de thèse à part entière serait très riche à développer sur ces différentes dimensions.

La question de l'accès aux soins est à dissocier de l'accès à la santé. Comme le rappelle Didier Fassin, des études ont montré que les disparités d'accès aux soins ne sont liées que faiblement aux disparités de mortalité ou de morbidité observées dans la population française (Fassin et *al.*, 2001). Les éléments tels que la formation, l'emploi, le logement, les loisirs ou l'environnement, sont des facteurs sur l'état de santé des populations, plus déterminants que l'offre de soins. Par exemple, le recours aux soins peut varier d'une personne à une autre sur un même territoire, bien que cette offre de soins soit présente, accessible géographiquement ou financièrement, en raison de la perception que les gens ont de leur état de santé ou de leur vision du soin. Toutefois, même limités, les services de soins jouent un rôle sur l'état de santé de la population. Les caractéristiques des services de soins, c'est-à-dire leur présence sur un territoire, leur disponibilité, leur organisation, leur coût, leur accessibilité physique, leur accessibilité administrative même, auront un impact sur la prise en charge des patients. Autrement dit, indépendamment de ses chances de guérir d'une maladie en tant qu'individu (liées aux antécédents familiaux, à l'accompagnement dans la maladie…), l'état de santé d'une personne pourrait être différent selon la manière et le délai de prise en charge du services de soins, la distance à parcourir et les conditions pour s'y rendre, sans évoquer les démarches administratives et les modalités de paiement auxquelles elle devra faire face. Ainsi, les inégalités d'accès aux soins peuvent être étudiées en raison de l'enjeu de justice qu'elle revêt. « A*u-delà de la seule question de l'inégalité de résultat, il s'agit d'une inégalité de moyens, autrement dit d'une injustice* » (Fassin et *al.*, 2001). S'il est bon d'étudier et d'agir sur les conditions de vie, de travail, d'environnement, d'éducation à la santé, et d'agir sur les comportements des populations, afin d'agir sur les inégalités de santé, il est possible également d'étudier et d'agir sur l'offre de soins qui contribue en partie à l'état de santé de la population.

[17] Les perceptions de la démographie médicale, par Joy Raynaud, 29 janvier 2012, La Lettre de Galilée.

Compte tenu des données disponibles à l'échelle de notre terrain d'étude et du souhait d'explorer d'autres dimensions que l'accès à l'offre de soins dans cette thèse, notamment la question de la gouvernance et des changements dans les pratiques et les organisations, nous avons pris le parti, malgré les nombreuses limites que cela représente, de mesurer l'accessibilité théorique à l'offre de soins à l'échelle du Massif central (dans la partie état des lieux de l'offre), à partir des indicateurs que sont la desserte à l'échelle des bassins de vie et l'éloignement de la population à la présence d'au moins un professionnel.

Le concept de gouvernance dans le système de soins

La gouvernance est un concept abondamment utilisé - parfois avec des contours assez flous - et qui est apparu au moment où les phénomènes de mondialisation des échanges commerciaux et financiers s'accéléraient. Dans le domaine de la santé, son recours est assez récent. Contandriopoulos (2006) nous explique que le concept de gouvernance s'est développé particulièrement au moment du rapport de forces qui s'est opéré entre à la fois l'augmentation des connaissances et des techniques médicales, l'accroissement des besoins lié au vieillissement de la population, la dégradation de l'environnement, et la réduction des dépenses publiques que les Etats devaient mettre en place sous la pression de la mondialisation sur les finances publiques. Pour faire face à la crise, il devenait nécessaire de réformer les modes de régulation. C'est pourquoi « le concept de gouvernance porte avec lui un discours de changement » (Contandriopoulos, 2008). Une des idées fortes que renvoie la question de la gouvernance dans le domaine de la santé est que l'ordre et la conduite du système de santé ne sont plus satisfaisants et qu'un nouvel espace de régulation collective doit être repensé. Cela implique une réflexion sur la coordination des acteurs et des organisations qui ont la caractéristique d'être à la fois des entités autonomes mais également interdépendantes entre elles (Contandriopoulos, 2008). Par ailleurs, la santé peut sembler difficile à gouverner en raison des valeurs qui s'y attachent (notamment du fait que cela peut relever d'une question de vie ou de mort pour un individu ou un groupe d'individus), en raison de sa complexité, du fait de la gamme de services, de la diversité des professions et des organismes que cela implique, et des relations d'interdépendances (Fredriksson, 2012). Enfin, la gouvernance en santé incite à repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation.

En Suède par exemple, l'organisation du système de santé est différente de celle du système français, dans le sens où ce système national de santé, public et financé par les impôts, est géré par les autorités locales (Palier, 2006). En effet, les élus sont responsables de la gouvernance des services de santé afin de répondre aux demandes de la population. La responsabilité est partagée entre des organes démocratiquement élus tous les quatre ans, sur trois niveaux, l'Etat, les Comtés et les Municipalités. Le partage des responsabilités entre le niveau central et les niveaux locaux est un élément-clé des travaux de la chercheuse Mio Fredriksson qui a tenté de comprendre où se situait le pouvoir d'organisation des soins de santé en Suède, comment les ressources étaient allouées, et comment l'autonomie des localités cohabitait avec la volonté d'équité des soins au niveau national. L'Etat est responsable de l'état de santé général de la population (santé publique et gestion des risques) et de la politique des soins médicaux. Les 21 conseils de Comtés

sont responsables du financement et de l'organisation des soins primaires et pour les soins secondaires en collaboration avec l'échelle régionale. Les 290 municipalités, quant à elles, sont en charge du financement et de fournir des soins de longue durée en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que les séjours en psychiatrie. Les Comtés et les Municipalités possèdent un droit de prélèvement des impôts, proportionnellement à leurs populations. La décentralisation de la santé sera encore renforcée dans les années 1980 ; les objectifs avancés étant une meilleure maîtrise du budget et des coûts, une plus grande proximité et une plus grande transparence démocratique des décisions prises et une plus grande marge de manœuvre et d'expérimentation au sein de chaque Comté (Palier, 2006).

Ce processus de décentralisation dans le domaine de la santé observé en Suède correspond à un mouvement que l'on peut remarquer dans d'autres pays européens. Ainsi, selon une réflexion européenne sur les évolutions que rencontrent les systèmes de santé en Europe (Saltman, 2008), il a été constaté que les relations et la prise de décision en matière de politique de santé entre les différents niveaux (national, régional et local) ont évolué au cours de la seconde moitié du XXème siècle, vers une décentralisation accrue. Facilement acceptée par de nombreuses politiques nationales, la décentralisation des responsabilités en santé s'est étendue, selon les systèmes de santé, aux régions, aux municipalités, aux organisations non gouvernementales. C'est le cas de la Suède, mais aussi de l'Espagne entre 1981 et 2003 vers les Régions, de l'Italie dans les années 1980, ou encore de la Finlande. Toutefois, dès les premières années du 21ème siècle, le rôle de l'Etat dans la prise de décision politique et financière s'est vu renforcé dans plusieurs pays. Par exemple, les dix-neufs Comtés de la Norvège se sont vus en 2002 transférer leurs compétences de gestion des hôpitaux pour être distribuées sur cinq organismes régionaux créés par le gouvernement, en établissant de nouvelles règles de gestion. Le gouvernement du Danemark a également restructuré son système en 2006, en réduisant de quatorze à cinq régions et en re-centralisant la gestion politique et financière vers le national. De même, la Suède a réduit le nombre de Régions gestionnaires des soins hospitaliers de vingt et une à six. On peut donc distinguer deux logiques de gestion au niveau régional : celle d'une entité régionale créée par les services de l'Etat, dans un découpage administratif propre à la santé, et une entité administrative régionale existante qui possède la compétence en santé. Dans l'une, les contours du territoire régional sont propres à la santé et c'est l'Etat qui intervient indirectement au sein de ces entités régionales. Dans l'autre cas, les contours de la région renvoient à une entité administrative qui possède d'autres compétences et où les acteurs ont été élus et qui possède d'autres compétences. Selon les travaux dirigés par Saltman *et al.* (2007), la répartition actuelle des responsabilités dans de nombreux système de santé européens suggère qu'elle continuera à se resserrer autour de l'Etat, en particulier sur les questions fiscales et le contrôle de la qualité, tandis que le niveau régional et municipal sera affaibli, agissant principalement sur les décisions administratives et la gestion.

Au sein de la question de la gouvernance se pose l'enjeu de la coordination des acteurs. Patricia Loncle, chercheure en sciences politiques, aborde la question de l'implication des collectivités territoriales dans la mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local (2009). Elle présente la complexité de ces politiques liée à l'ambigüité du

positionnement de l'Etat, à la pluralité des positions des élus et à la multiplicité des attentes des acteurs de santé publique. L'auteure illustre ses propos à travers l'exemple du dispositif d'animation breton en faveur de la prévention et de la promotion de la santé et mené à l'échelle des Pays. A partir d'entretiens auprès d'élus locaux, elle montre que l'investissement des collectivités varie selon leur engagement et leur volonté d'agir en matière de santé mais aussi selon le parcours et la carrière de l'élu. Un des enjeux forts par ailleurs est le partage du *leadership* dans l'action publique entre collectivités et Etat et le besoin d'inventer de nouvelles modalités de collaboration qui éclaircissent et respectent le rôle et l'action de chaque acteur dans le domaine. Carole Clavier (2009) interroge quant à elle les différentes formes de légitimation que présentent les élus locaux dans leur action en santé publique, à travers notamment leurs discours. Dans le cadre de la politique de la ville et des ateliers santé ville, les élus mettent en avant leurs compétences légales « de position d'interface entre une pluralité de services et d'institutions et la proximité territoriale à la population et aux problèmes de santé » (Clavier, 2009). Toutefois, avec la contractualisation, les élus semblent osciller entre le fait de revendiquer une nouvelle compétence et de laisser le travail à l'Etat.

Sans toutefois réaliser des entretiens approfondis avec un grand nombre d'élus du Massif central, nous avons cherché à analyser les postures et les discours de ceux-ci, à partir de notre position d'observation-participante lors des réunions collectives sur les problématiques d'organisation des soins, en s'imprégnant des démarches des sciences politiques développées par Clavier et Loncle. Au fil de la thèse, nous nous sommes rendus compte de la place et de l'intérêt que pouvaient avoir l'observation et la compréhension des nouvelles collaborations interprofessionnelles au sein d'un projet de santé, ainsi que l'analyse des échanges entre professionnels de santé, élus locaux, parfois établissements de santé, associations de patients, institutions sanitaires et même acteurs sociaux et médico-sociaux. Tous les acteurs viennent avec leur vécu, leurs interrelations, leurs conflits, leurs rapports de pourvoir, leur appréhension et leur méconnaissance vis-à-vis des uns et des autres. Des personnalités parlent plus que d'autres, certaines mènent, d'autres suivent ou se taisent, et d'autres encore ne viennent pas. Les réunions sont des lieux où sourdent les histoires, nombreuses, qui lient et opposent les personnes d'un même territoire. Le temps et le bagage méthodologique nous ont probablement manqué pour approfondir l'analyse de ces observations. Ces situations se sont présentées à nous et une partie d'entres elles sera relatée. Elles permettent de donner des éléments sur les enjeux de la coordination de l'ensemble des acteurs dans un projet territorial de santé. Un travail plus approfondi représente un réel intérêt.

La question de la territorialisation en santé

La notion de territoire renvoie à une étendue géographique, un « espace » qui bénéficie de l'appropriation d'un groupe, d'une communauté qui s'y identifie et entretien des rapports d'appartenance, cet espace devenant alors « territoire » (Vanier, 2011). Le territoire résulte généralement d'une construction historique. Il renvoie à une identité culturelle et bien souvent à une identité politique et à la construction de projets de développement, ce qui induit couramment un rapprochement avec les collectivités territoriales. Vanier

(2011) nous rappelle qu'il existe bien d'autres territoires en dehors des entités institutionnelles, à des échelles différentes et qui émergent pour des motifs différents. Les territoires naissent et prennent forme en fonction de ces divers intérêts collectifs, *« la fonction politique est de stabiliser les intérêts collectifs dans un monde de mouvements, de flux économiques et sociaux »* (Vanier, 2011).

Les concepts de la territorialisation de la santé et leurs applications dans les politiques publiques sont arrivés progressivement. La géographe Amat-Roze identifie différentes étapes pour caractériser l'apparition et le développement du concept de territorialisation dans le domaine de la santé. La santé est un domaine qui jusqu'à aujourd'hui a toujours été géré par l'Etat de manière isolé des autres politiques. Lorsque l'Etat s'est doté dans les années 1970 d'un outil de planification et d'aménagement du territoire (la DATAR) et qu'il l'a fait évoluer dans de nombreux domaines, la santé n'a pas participé à cette réflexion (Amat-Roze, 2011). En 1970, la planification se faisait à partir de la carte sanitaire qui prenait en compte la population et l'attractivité supposée des centres hospitaliers. Il faudra attendre les années 80 pour que les organismes tels que les observatoires régionaux de santé produisent des cartes qui montrent les disparités entre les territoires sur l'état de santé, l'offre et le recours aux soins. A cette même époque est mis en place le PMSI[18], cet outil statistique qui comptabilise par établissements la provenance des patients (par code postal). C'est seulement dans les années 2000 que s'affirme le souci de faire mieux coïncider l'offre de soins et les besoins, d'organiser l'offre selon les réalités des territoires, selon une approche moins biomédicale et plus globale. « On élargit les données médicales à un ensemble de données qui ouvre le dialogue avec d'autres domaines et disciplines (support de vie, pratiques des usagers) » (Amat-Roze, 2011). Le terme de territoire de santé apparaît dans les textes et les objectifs des politiques de santé en 2003. L'enjeu est d'arriver à définir des territoires pour analyser et agir sur l'organisation des soins, à partir de réalités spatiales mesurables. « Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins » (Coldefy et Lucas, 2008 repris par Rican et Vaillant, 2009). On demande aux services de l'Etat dans les régions d'être inventifs[19]. La base territoriale doit-elle alors être une unité administrative reconnue (commune, canton, regroupement de communes…), un territoire construit selon les pratiques économiques et sociales de la population (bassin de vie, bassin de service intermédiaire, aires urbaines…) ou encore selon un territoire construit statistiquement sur des critères liés à la santé (flux de patients, secteur de la permanence des soins…) ? Selon les recommandations de Vigneron, Corvez et Sambuc (2001), chaque région a défini plusieurs niveaux au sein des territoires de santé. On obtient alors une diversité de territoires selon les régions, empêchant une certaine unité à l'échelle nationale. La mise en place des ARS apporte une remise en cause de ces territoires, pour proposer une méthodologie nationale et d'autres objectifs. Ainsi, en 2011, les territoires de santé sont une échelle d'analyse mais surtout de concertation multi-acteurs de la stratégie et du plan d'action de l'ARS, pour les secteurs hospitalier, ambulatoire et

[18] PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

[19] Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, qui recommande d'« emprunter une voie innovante dans la définition des territoires de santé ».

médico-social. Dés lors, pour satisfaire cet objectif de transversalité, la plupart des territoires de santé correspondent aux contours des départements, censés faciliter la cohérence avec le médico-social. En complément, d'autres échelles territoriales sont définies pour l'analyse de l'offre, des besoins, de l'état de santé (zone de santé de proximité, zones de santé intermédiaires, zones de fragilité…) en vue d'une priorisation des actions. La dimension territoriale est donc aujourd'hui incontournable dans les politiques de santé, même si sa « robustesse » n'est pas encore établie.

Des géographes apportent une vision élargie du territoire à prendre en compte dans les politiques publiques en santé. En effet, le territoire ne se limite pas à un découpage politico-administratif ayant pour fonction de donner le périmètre d'action ou un espace défini pour établir des statistiques (Vaillant et *al,* 2011). Il est davantage le fruit d'une construction issue de la manière dont l'espace physique et social est investi par les individus, les groupes sociaux, les habitants ou les acteurs. Il résulte des pratiques sociales et des politiques dynamiques « en train de se faire » et non pas « données d'avance » selon les territoires (Vaillant et *al,* 2011). Ainsi, la mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée dans un système centralisé géré par l'Etat, devrait signifier l'adaptation des actions de prévention ou de promotion de la santé comme de l'organisation du travail des professionnels et des institutions, aux rationalités locales, aux spécificités propres aux territoires. « […] Il semble nécessaire de connaître les logiques constitutives du territoire pour pouvoir envisager d'agir sur ces mécanismes. Sans cette compréhension de l'intérieur, on peut douter de la portée réelle d'actions de prévention plus ou moins standardisées » (Rican et Vaillant, 2009). Particulièrement sur les questions de santé publique, les réformes nationales visant à réduire par exemple l'impact du tabagisme ou de l'alcool, peuvent avoir des résultats globaux positifs, mais peuvent aussi renforcer les inégalités du fait que certains territoires et acteurs seront plus réceptifs aux discours nationaux que d'autres. Pour qu'une politique de santé publique soit efficace, il semble nécessaire que les concepteurs et les gestionnaires de ces politiques comprennent le fonctionnement, le vécu, les perceptions des différents composants d'un territoire. *« Le territoire peut être à la fois outil et objet de l'action publique »* (Vaillant et al, 2012). Car au-delà des normes qui régissent les pratiques et les organisations professionnelles, ou encore la répartition des ressources (tarification à l'activité), il semble que les acteurs de la santé ont développé des spécificités, face aux publics pour lesquels ils travaillent, face à la géographie physique des lieux qu'ils parcourent, en raison notamment des rapports sociaux qui se sont construits dans le temps.
Ainsi, au même titre que les travaux portant sur les politiques de santé publique proposées par Vaillant et *al,* nous avons tenté de voir comment les construits spécifiques à chaque territoire autour de l'organisation de l'offre de soins pouvaient être pris en compte. Dans quelles mesures la territorialisation des politiques de santé actuelles intègrent-elles les spécificités des territoires ? Nous avons cherché à mieux connaître les initiatives qui partent des construits spécifiques pour agir et influencer les politiques de santé en faveur de l'organisation de l'offre de soins, notamment à partir des initiatives des Pays et des réseaux de santé territoriaux.
Enfin, on peut envisager la territorialisation des questions de santé dans le fait que des territoires (communes, Communautés de communes ou d'autres espaces de projet à dimensions variables comme les Pays), initient des démarches dans le domaine de la

santé. Ainsi, la territorialisation représente un processus qui contribue à renforce les liens entre les territoires et entre les acteurs des territoires autour de problèmes et d'enjeux partagés, d'aspirations, de politiques et d'actions en matière de santé. La dynamique de territorialisation vise bien à développer des projets qui s'inscrivent dans un territoire spécifique, vécu et perçu, avec les acteurs qui le composent. Cela pose la question de la « bonne » lecture des enjeux : quels acteurs doivent la réaliser ? Comment faire coïncider les enjeux d'un territoire avec les moyens et les actions, impliquant une coordination d'acteurs à différentes échelles ? Comment maintenir les liens avec les territoires grâce à la concertation et à la co-construction des projets ?

Les questions de recherche et les hypothèses de travail

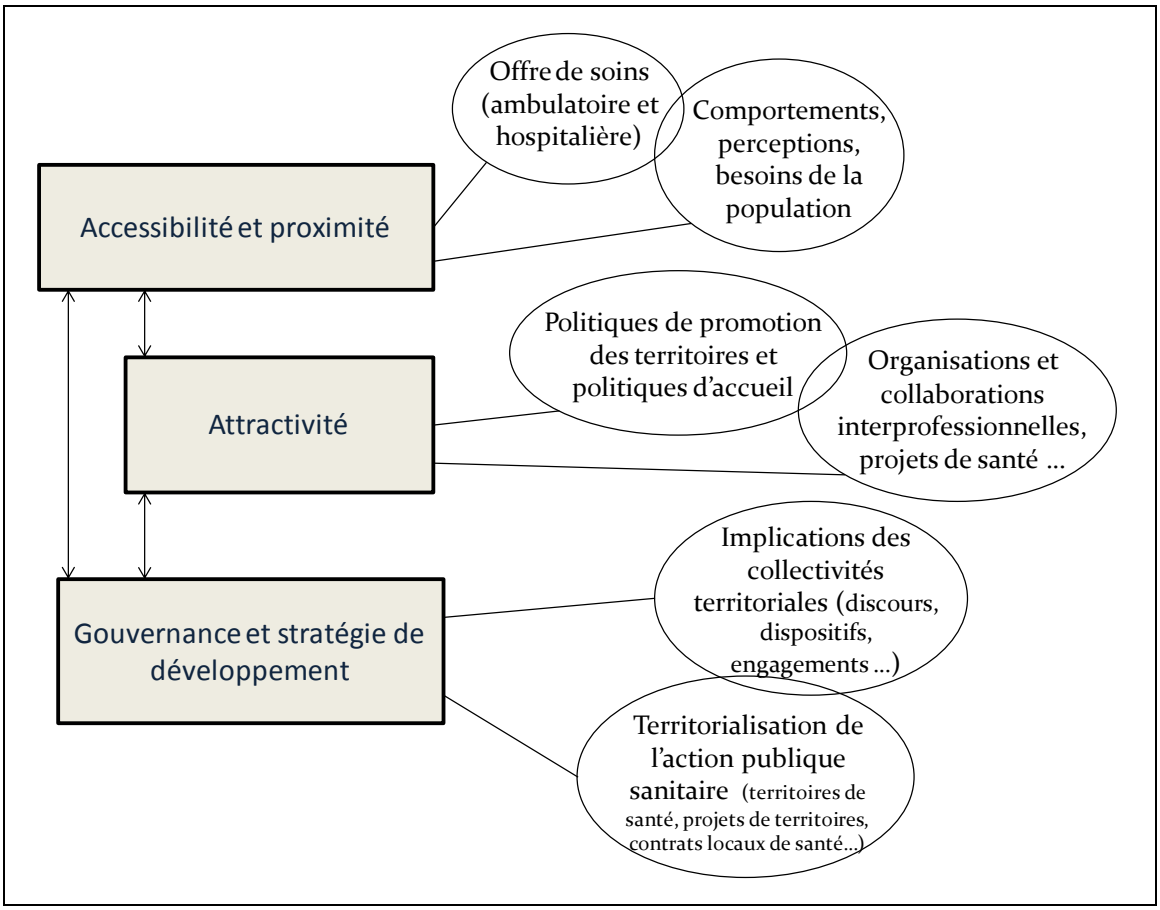
Ajouté aux enjeux nationaux du système de santé (notamment le vieillissement de la population, l'augmentation des besoins, l'accroissement des situations complexes et des maladies chroniques, les difficultés de la démographie médicale et le déficit des financements), les caractéristiques des territoires du Massif central semblent accroître les difficultés pour le maintien et le développement de l'offre de soin, en particulier du fait du manque d'attractivité des territoires pour susciter de nouvelles installations, et les configurations géographiques (faibles densités, peu de grandes villes, relief de moyennes montagnes…) qui induit des difficultés d'accès aux soins. Cette recherche est axée sur l'offre de soins, son organisation, ses changements, et vise à saisir comment la question territoriale apparaît. L'angle d'approche est l'interaction entre les différents acteurs, en particulier selon le point de vue de l'implication des collectivités territoriales. En effet, nous assistons à une période de transition en matière d'organisation de l'offre de soins, ce qui entraîne de nombreuses interactions entre les professionnels de santé, avec les territoires et les élus locaux. Nous avons privilégié une analyse des soins primaires car ils semblent susciter le plus fortement les échanges et les débats entre les professionnels de santé, les institutions sanitaires et les différentes collectivités territoriales. Nous analyserons davantage l'offre de premiers recours, sans pour autant omettre les interrelations avec le second recours et l'hôpital. Ce travail est illustré d'un certain nombre de cas rencontrés sur le Massif central.

La problématique développée est : « Quelles actions et quelles modalités d'organisation des acteurs - qu'ils soient territoriaux, institutionnels ou professionnels de santé - pour répondre aux difficultés d'accès aux soins des territoires tels que ceux présents sur le Massif central ? ».

Une des hypothèses est que le processus de territorialisation s'exprime dans un double mouvement. D'une part, la territorialisation et la régionalisation des politiques de santé développées par l'Etat visent à la fois à mieux identifier les besoins pour y répondre et à se rapprocher des territoires pour mieux agir à des échelles locales. Des territoires de santé sont ainsi élaborés afin de diagnostiquer les besoins et l'offre, puis d'appliquer les mesures et les dispositifs. Au sein de cette démarche de l'Etat, les collectivités territoriales sont sollicitées pour l'élaboration, la mise en œuvre et le financement des politiques de santé (Conférence régionale et territoriale, commissions,

contractualisation…). D'autre part, la territorialisation s'exprime par le fait que les acteurs locaux s'emparent concrètement des questions d'organisation des soins. Deux postures des collectivités territoriales peuvent être identifiées. La première est l'implication des collectivités en raison des sollicitations qui émanent des territoires (professionnels, habitants, associations). On est dans une stratégie de réaction à des problématiques ressenties et vécues localement, sur un territoire au construit spécifique. La seconde est que les collectivités locales peuvent s'impliquer dans une visée de développement local, de manière proactive dans l'anticipation et l'élaboration d'une stratégie de projets. De la même manière, les professionnels de santé sont interpellés et sollicités par d'autres acteurs locaux ou institutionnels ou bien impulsent le changement. Or, nous posons l'hypothèse que c'est bien la coordination entre ces différentes forces et ces multiples acteurs qui permet de répondre aux difficultés d'accès aux soins des territoires « sensibles ».

Figure 2. Dynamiques territoriales et offre de soins



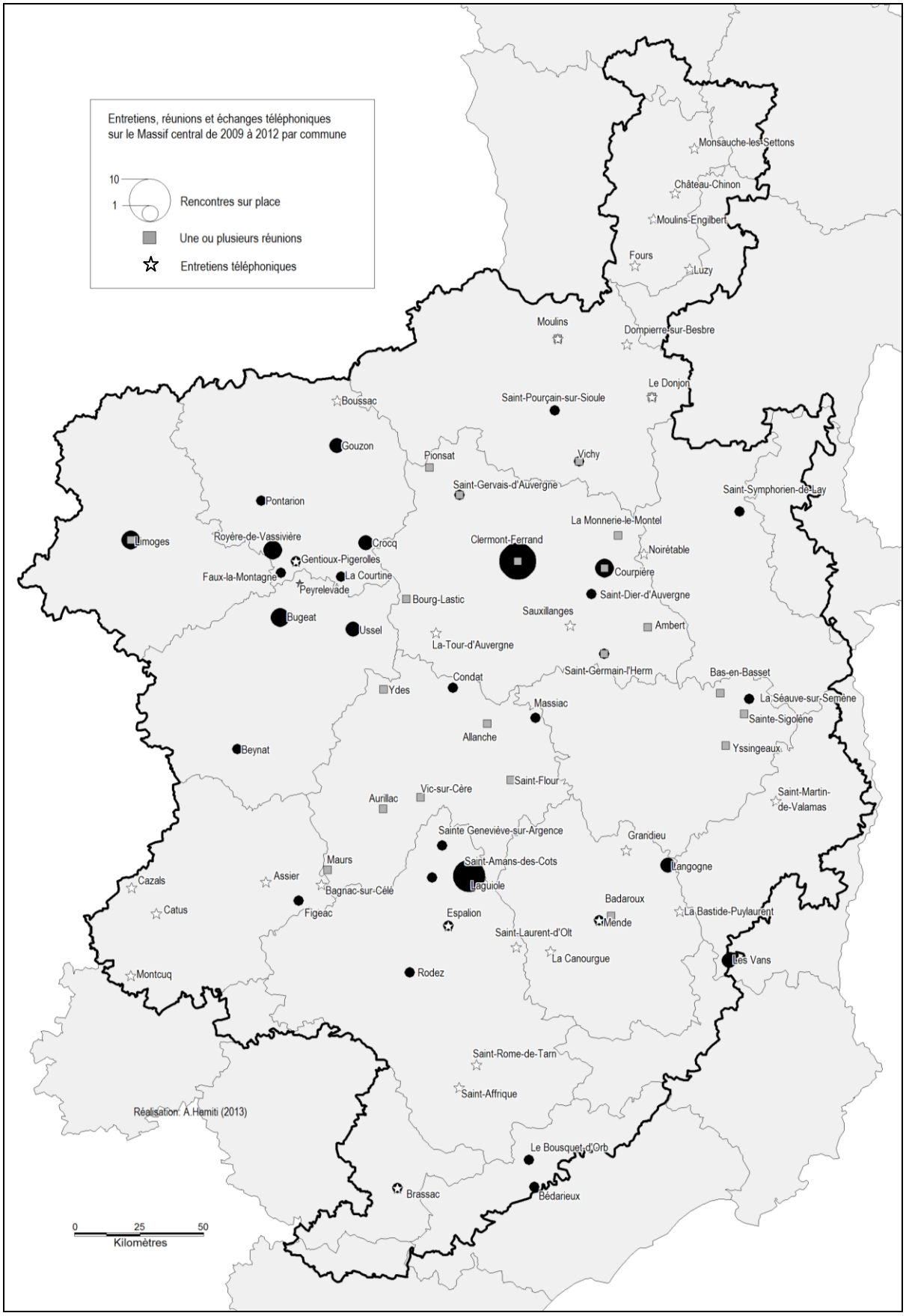
Réalisation, A.Hamiti, 2013.

Posture méthodologique

Le Massif central comme terrain d'étude

Si nous avons expliqué que cette thèse est issue de préoccupations d'élus du Massif central et d'une commande de leur part, nous pouvons nous poser la question de la pertinence d'étudier la question de la santé sous l'angle territorial Massif central.

Figure 3. Localisation des entretiens



Réalisation : A.Hamiti, 2013.

Le domaine de la santé n'est a priori pas pertinent à analyser à l'échelle du Massif central, dans le sens où cette entité territoriale, dans les limites de son contour actuel, a été fixée selon une volonté politique, dans le cadre national de la politique de massif et afin de promouvoir des projets entre deux ou plusieurs régions, définis et soutenus de manière multi-partenariale. La politique de santé, compétence régalienne, est quant à elle, régionalisée.

L'analyse, les stratégies et les priorités sont fixées au niveau régional, à partir des services déconcentrés dans chaque région. La concertation est organisée avec les partenaires d'une même région, les enveloppes financières sont réparties régionalement. Seules certaines actions cibles sont réfléchies à un niveau interrégional, telles que la prise en charge des grands brûlés. Ainsi, les leviers d'actions se situent au niveau régional. De plus, le Massif central, par sa superficie très étendue, mais aussi par la diversité des territoires qu'il recouvre[20], ne semble pas être une échelle pertinente pour réfléchir et concevoir une politique de santé. Toutefois, aux travers des analyses et des multiples rencontres sur le Massif, en particulier dans les espaces interrégionaux, on constate qu'une approche Massif central permet de mettre en avant la nécessité d'une communication et d'une co-construction de certains projets entre les régions limitrophes. En effet, la concertation, encore faible entre les régions, permettrait une meilleure prise en compte des territoires où les dynamiques, pour l'organisation locale de l'offre de soin, dépendent des acteurs de deux, voire trois régions. Nous présenterons dans cette thèse des exemples concrets.

De plus, les problématiques en terme d'offre de soins que rencontre le Massif central, telles que le manque d'attractivité pour les professionnels libéraux et salariés ou l'éloignement de la population aux structures hospitalières, ne sont pas spécifiques à ces territoires. On retrouve des difficultés de répartition et d'accès aux services de santé dans d'autres territoires ruraux et urbains de France. Toutefois, on compte un certain nombre de caractéristiques de la moyenne montagne qui contribuent particulièrement aux difficultés de plusieurs territoires du Massif central. Ainsi, ces problèmes d'offre et d'organisation des soins sont identifiés dans plusieurs territoires de chaque région du Massif. C'est pourquoi, la politique Massif central présente un cadre privilégié pour échanger des expériences, mutualiser ou expérimenter des actions de manière innovante, pour agir sur les difficultés des territoires ruraux éloignés et la moyenne montagne en matière de santé. Nous présenterons différentes propositions dans la recherche-action qui suit.

Pour la localisation des différents entretiens réalisés au cours de la thèse (figure 3), nous avons choisi de ne faire figurer que les lieux de rencontres et de réunions qui se sont déroulées sur le Massif central. Cependant, nous avons effectué de nombreux autres déplacements, en particulier à Paris, pour des rencontres scientifiques et des réunions institutionnelles (Assemblée des régions de France, Assemblée des maires de France). Nous nous sommes rendues également dans d'autres communes de France (Beaune, Arras, Die, Nancy, Venarey-les-Laumes, Toulouse) et à l'étranger (Allemagne,

[20] Des territoires aux dynamiques de développements démographiques, économiques, sociales, pour ne citer que quelques exemples, différentes.

Angleterre), à la fois pour participer à des rencontres professionnelles (journée ADRETS[21], colloque du CNFPT[22], assises nationales des hôpitaux locaux) et des rencontres scientifiques (IMGS[23], ENERGHI[24], colloque de géographie franco-allemand à Munster). La connaissance du terrain a été favorisée par les multiples déplacements[25].

Une recherche-action réalisée à l'Agence des territoires d'Auvergne

Les résultats de cette thèse ont été construits à partir de nombreux entretiens, d'une observation participante et de missions de conseils et d'expertises. La thèse a été réalisée au sein de l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne (ARDTA) de janvier 2009 à décembre 2011, co-encadrée par le laboratoire de recherche CERAMAC (Centre d'Etudes et de Recherche Appliquée au Massif Central) de l'Université Blaise-Pascal à Clermont-Ferrand. Les deux principales missions de l'Agence des territoires sont l'accueil de nouvelles populations et l'accompagnement aux projets de territoire. L'accueil de nouvelles populations comprend un travail de communication sur les territoires et les offres d'emplois et de reprise d'entreprises (site internet « Auvergne life »), un dispositif partenarial d'accompagnement à l'installation, des aides financières (le programme des « résidences d'entrepreneurs ») et des outils de suivi des porteurs de projets.
Concernant l'ingénierie territoriale, l'agence développe des formations à l'intention des élus et des techniciens des territoires, un observatoire cartographique du développement territorial et des usages numériques. Par ailleurs, l'Agence participe à l'animation du réseau rural Auvergne. Elle est également inscrite dans la dynamique Massif central en animant le groupe de travail « Accueil » de la politique Massif central.
Mes missions au sein de l'Agence consistaient à accompagner les Pays souhaitant mettre en œuvre une étude sur l'offre de soins à l'échelle des Pays, cofinancée par des fonds

[21] Association pour le Développement en REseau des Territoires et des Services.
[22] Centre National de la Fonction Publique Territoriale.
[23] International Medical Geography Symposium.
[24] Emerging NEw Researchers in the Geography of Health and Impairment.
[25] Sur un plan plus personnel, en me rendant en voiture aux entretiens, aux réunions et aux congrès et aux colloques, j'ai pu étendre ma connaissance des territoires du Massif en parcourant ses routes et en traversant ses villages et ses petites villes. Au retour de l'expédition au congrès des hôpitaux locaux à Venarey-les-Laumes (Côtes-d'Or) par exemple, j'ai pu traverser une partie du Morvan et de la montagne bourbonnaise, en passant par Saulieu, Montsauche-les-Settons, Château-Chinon, Luzy, Bourbon-Lancy, Le Donjon et Lapalisse. Au retour de la rencontre Santé et Territoire qui se déroulait à Die dans la Drôme, j'ai pu sillonner les routes du Forez. Parcourir seule un long trajet sur, tour à tour, les causses de Lozère et d'Aveyron m'a valu quelques frayeurs de conduite, mais aussi de ressentir des moments d'émotions en découvrant ces vastes et surprenants territoires. Par la suite, après avoir acquis une voiture, mes vacances personnelles m'ont entraînée, sur les routes du Velay, du Mézenc, des Sucs et des Monts d'Ardèche, ainsi que vers Saint-Jean-du-Gard, Anduze, et les Vans. Des visites à Montpellier m'ont poussé à emprunter à maintes reprises le fameux train Cévenol Clermont-Nîmes qui longe l'Allier sauvage. Un périple en train entre Clermont-Ferrand et Toulouse (soit plusieurs changements et huit heures de trajet au total), m'a permis d'éprouver les distances et de partager des bouts de vie, notamment ceux de lycéens corréziens revenant de l'internat pour passer le week-end chez eux. De plus, j'ai eu la chance d'avoir des amis qui m'ont fait découvrir leurs territoires d'enfance et d'affection, l'une du côté du Livradois, près de Courpière, sur l'exploitation laitière de son père, près des sommets du Forez, et l'autre du côté de Murat-sur-Vèbre dans le Tarn, aux confins de l'Aveyron et l'Hérault, au pays du granit, des myrtilles et du loto des chasseurs ! Lors de mes deux enquêtes sur le plateau des Millevaches et sur le plateau de l'Aubrac aveyronnais, j'ai dormi dans plusieurs gîtes ruraux et gîtes d'étapes, partageant des moments conviviaux avec les marcheurs, des familles, les propriétaires, des commerçants. De façon différente, j'ai pu saisir un peu mieux les réalités et la diversité du Massif central.

régionaux dans le cadre de leur contrat Auvergne +[26], ainsi qu'à conseiller et suivre certains projets de santé cibles sur l'Auvergne. J'ai contribué auprès des Pays à la rédaction des cahiers des charges, à la sélection des prestataires, au suivi des études en assistant aux différents ateliers et comité de pilotage où j'ai pu apporter mon expertise. Les territoires accompagnés ont fait ainsi partie de mes terrains d'étude pour la thèse Massif central. J'ai donc eu une position particulière de chercheur-acteur au cours de cette étude. J'ai ainsi pu être au cœur des initiatives et des préoccupations des collectivités en matière d'offre de soins, à la fois comme observateur dans ma démarche de recherche et comme intervenant dans mon rôle de conseil et d'expertise.

Lors des réunions, les élus, les professionnels de santé, les professionnels des établissements médico-sociaux, les structures d'aide à domicile, les institutionnels ARS, Mutualité Sociale Agricole (MSA), étaient invités à s'exprimer et à échanger sur les problèmes rencontrés dans leur quotidien. En participant à ces réunions, animées par les prestataires ou les animateurs Pays, j'ai pu écouter et comprendre les interrelations entre les différents acteurs, les problématiques auxquelles ils sont confrontés, les rapports qu'ils entretiennent les uns avec les autres, et le manque d'échanges dans certaines situations. J'ai pu participer aux débats en apportant remarques et exemples d'autres territoires. Cette position m'a permis de recueillir des informations différentes de celles obtenues lors d'entretiens en face à face ou en groupe. On connaît les risques méthodologiques qu'une telle position génère. Toutefois, à condition de prendre le recul scientifique nécessaire (croisement des sources et discours, déconstruction et reconstruction des analyses en fonctions des apports théoriques), ces informations contribuent ainsi à la compréhension des mécanismes d'actions sur les territoires et à enrichir la connaissance qualitative.

Par ailleurs, ma présence à l'Agence des territoires m'a permis d'être complètement imprégnée des dynamiques globales des collectivités, en particulier des collectivités rurales, au contact des autres projets et chargés de mission (autour de la formation et de l'ingénierie de projet au service des élus et techniciens), et lors d'interventions collectives[27]. Les difficultés de ce statut se situent dans le fait que j'ai acquis par nécessité une connaissance fine du système auvergnat au détriment des autres systèmes régionaux du Massif du fait d'une implication moindre dans les projets. Cependant, ma position de chargée de mission sur l'Auvergne m'a permis d'avoir une compréhension plus pertinente sur l'ensemble des projets du Massif. J'ai davantage pu être dans une position d'échange que de simple observatrice et enquêtrice de leurs initiatives. Il m'a fallu toutefois redoubler d'efforts lors des entretiens hors Auvergne, pour m'éloigner du filtre de compréhension du système auvergnat et saisir les systèmes et les réseaux d'acteurs propres à chaque région du Massif, qui sont effectivement différents d'une région à l'autre.

[26] Le contrat Auvergne + est un système de contractualisation entre les Pays ou les intercommunalités et le Conseil régional d'Auvergne.
[27] Participation à « L'université de l'accueil de nouvelles populations » et aux réunions organisées par le Réseau rural Auvergne notamment.

Annonce du plan

La thèse est construite en trois parties.

Dans un **premier temps,** nous posons les difficultés de présence et d'accès géographique aux soins sur les territoires du Massif central, à partir d'une analyse cartographique (la présence, la répartition, la desserte, les interactions entre les différents niveaux, son accessibilité). Au-delà de la confirmation ou de l'infirmation des problématiques d'offre de soins sur les territoires ruraux du Massif central ressenties par les élus qui ont souhaité cette thèse, nous avons voulu apporter de l'information sur les métiers du premier recours (leurs rôles, leurs pratiques et leurs enjeux dans les territoires ruraux, sans toutefois être exhaustif). Les tensions et les actions des élus se concentrant principalement sur les médecins généralistes, nous avons réalisé une synthèse de leur situation en particulier. Pour compléter la démarche quantitative avec les cartes, nous avons exploré les enjeux de l'offre de soins qui s'expriment localement sur le Massif central, à partir des diagnostics des études locales réalisées à l'échelle des Pays. Cet état des lieux nous a permis de mettre en avant un certain nombre de tensions autour des besoins et de l'offre de soins, ce qui nous conduira à nous interroger sur les solutions apportées.

Ainsi, dans un **deuxième temps**, nous avons cherché à comprendre les raisons et les modes d'implications des acteurs des territoires, et plus particulièrement des collectivités locales agissant sur l'organisation de l'offre de soins. Pour cela, nous nous sommes penchés sur le processus de territorialisation du système de santé français. Ainsi, dans cette partie, nous mettons d'abord en avant la posture de l'Etat et ses attentes vis à vis des collectivités territoriales, puis les postures des collectivités territoriales en matière de santé, diversifiées à l'échelle du Massif central et de la France, avant de tenter de saisir les dimensions de la coordination entre Etat et collectivités, par l'observation des complémentarités et des oppositions sur le terrain.

Dans un **troisième temps**, nous avons souhaité présenter et analyser les actions mises en œuvre pour remédier aux difficultés de présence et d'accès aux soins sur le Massif central. Outre ces actions, abordées partiellement dans la deuxième partie sur la gouvernance, nous développons l'installation et l'accueil des professionnels de santé, le regroupement dans les maisons de santé, la coordination des projets de santé et deux exemples de réseau de proximité de santé dans des régions éloignées de moyenne montagne rurales (le plateau de l'Aubrac aveyronnais et la Montagne Limousine). Cette partie nous permet d'illustrer plus abondamment la complexité du processus de gouvernance autour de l'action en santé, le rôle et l'impact des interventions de l'Etat et des collectivités territoriales. Selon nous, il est nécessaire qu'une sorte d'équilibre dans la participation des différents acteurs s'établisse. Plus que la qualité de l'offre de soins, c'est bien la question de la qualité des coordinations dans les territoires qui est au cœur de notre analyse géographique. Un certain nombre de préconisations seront proposées afin de trouver cet équilibre qualitatif.

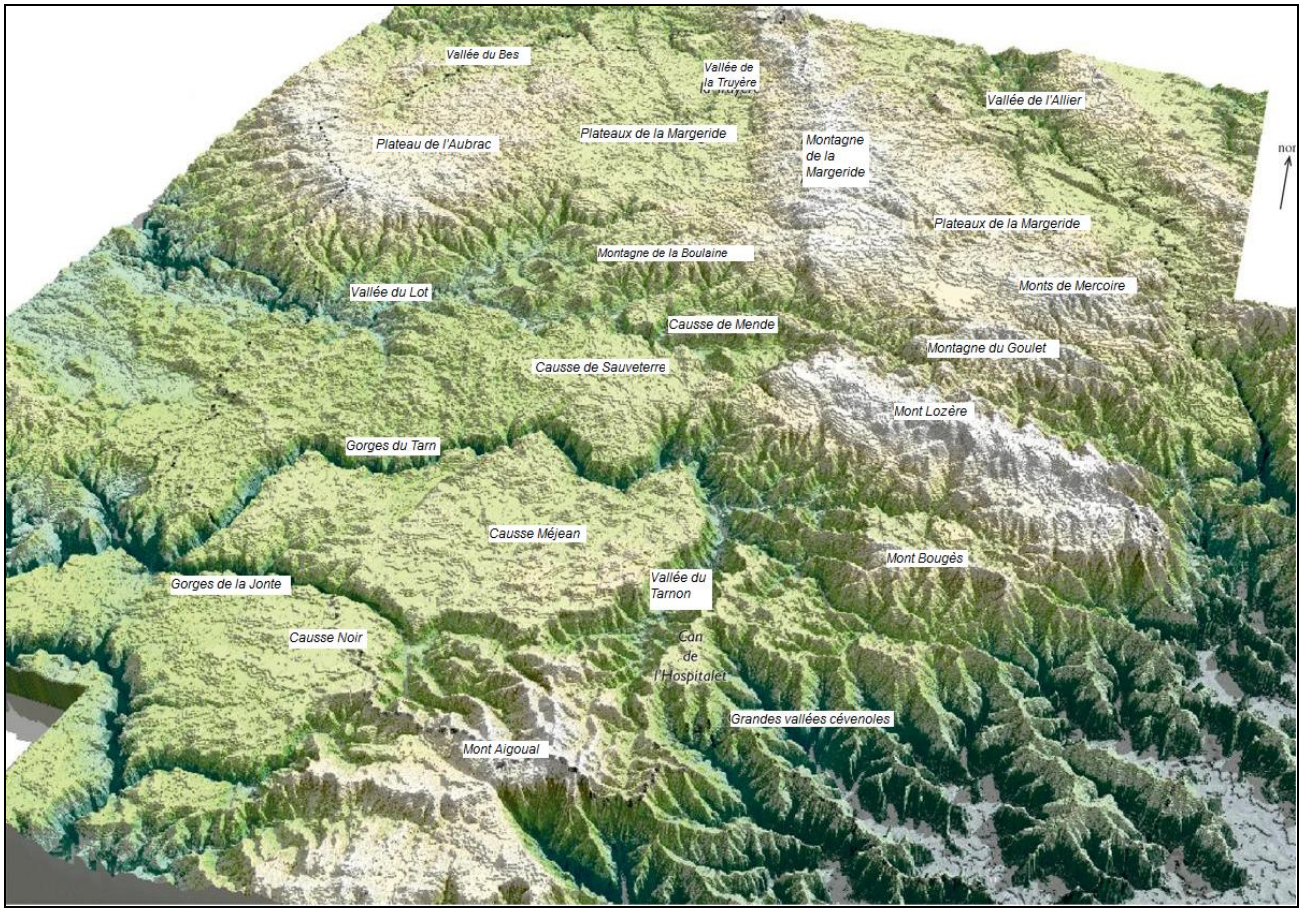
Un contexte socio-spatial rendant plus difficile le maintien et le développement de l'offre de soins ?

Aux enjeux nationaux de santé, que sont la baisse du nombre de médecins en soins primaires et leur inégale répartition, l'augmentation du grand âge et des maladies chroniques, et l'augmentation du déficit du système financier, des contraintes supplémentaires semblent s'ajouter pour le Massif central. En effet, plusieurs de ses caractéristiques constituent pour le système de santé d'aujourd'hui des points de difficultés liées notamment à la présence, le maintien et l'organisation de l'offre de soins. Nous avons fait le choix de ne pas présenter les spécificités du Massif central, trouvant la démarche idéographique peu pertinente. Nous avons privilégié en revanche une sélection de plusieurs éléments qui font la personnalité des territoires du Massif central, et qui peuvent impacter, de manière plus ou moins importante, l'organisation de l'offre de soins : la densité de la population, les dynamiques démographiques, les mouvements migratoires et les dynamiques urbaines, les recompositions sociologiques récentes, ou encore la sociologie des territoires liée à leurs profils socio-économiques.

Tout d'abord, rappelons que le Massif central est à la fois une entité géographique, définie par plusieurs générations de géographes et une entité politique, dans le cadre de la politique des Massifs français menée par la DATAR. A partir de l'ouvrage « Massif-central : hautes terres d'initiatives » (Rieutort, 2006), nous présentons ici quelques caractéristiques géographiques du Massif. « Bloc compact » qui domine la plupart des plaines et des grandes vallées voisines, le Massif compte une altitude moyenne de 715 mètres. Riche d'une diversité paysagère et culturelle, d'une coloration linguistique et d'une économie variée, les points communs qui relient les territoires du Massif entre eux sont probablement la moyenne montagne, une société clairsemée et une économie fragile. La définition « naturelle » et les limites de la moyenne montagne sont assez délicates à donner. Compte tenu des transitions et interactions multiples, les frontières entre les bas-pays et les hautes-terres ne peuvent être réellement dessinées.

Le Massif central réunit une diversité de formes topographiques. Ce « bloc » représente un « volume montagneux d'élévation modeste », qui compte par endroits des « pays coupés » composés de vallées encaissées, des plateaux surmontés parfois d'édifices volcaniques, une présence forestière plus ou moins forte qui lui donne une « touche verte » (Rieutort, 2006). Le bloc diagramme de la Lozère (figure 4) nous permet de nous rendre compte du type de relief, des hauts plateaux massifs et des gorges profondes, qui caractérisent le sud est du Massif central et qui entravent bien souvent la circulation.

Figure 4. Bloc diagramme morphologique de la Lozère



Source : Atlas des paysages du Languedoc-Roussillon, DREAL.

La loi montagne, relative au développement et à la protection de la montagne a pour ambition de faire reconnaître la montagne comme « une entité géographique, économique et sociale dont le relief, le climat, le patrimoine naturel et culturel nécessitent la définition et la mise en œuvre d'une politique spécifique de développement, d'aménagement et de protection »[28]. On compte 2523 communes du Massif central classées en zone de montagne (figure 5). La loi s'appuie sur deux principes que sont la prise en compte des spécificités des espaces de montagne et le recours à la solidarité nationale pour compenser les handicaps naturels. Elle crée ainsi un cadre d'intervention dédié à la montagne. Les zones sont définies selon des critères d'altitude, de pente, et/ou de climat, qui constituent « des handicaps et ont pour effet de restreindre de façon conséquente les possibilités d'utilisation des terres et d'augmenter de manière générale le coût de tous les travaux »[29]. Il en a résulté des mesures spécifiques au bénéfice des milieux montagnards et de nombreux textes réglementaires agissant sur l'urbanisme, la protection contre les risques naturels, l'agriculture ou encore l'environnement. C'est une approche sectorielle dont la priorité est surtout l'agriculture de montagne. Une autre délimitation se superpose à celle des zones de montagne. C'est la politique des massifs, mise en place pour promouvoir l'auto-développement des territoires de montagne. Les massifs, en plus des communes classées en zone de montagne, prennent en compte les zones de piémonts, voire les plaines si elles assurent la continuité du massif.

[28] Loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.
[29] Article 18 du règlement 1257/99.

Figure 5. Communes du Massif central concernées par la loi Montagne

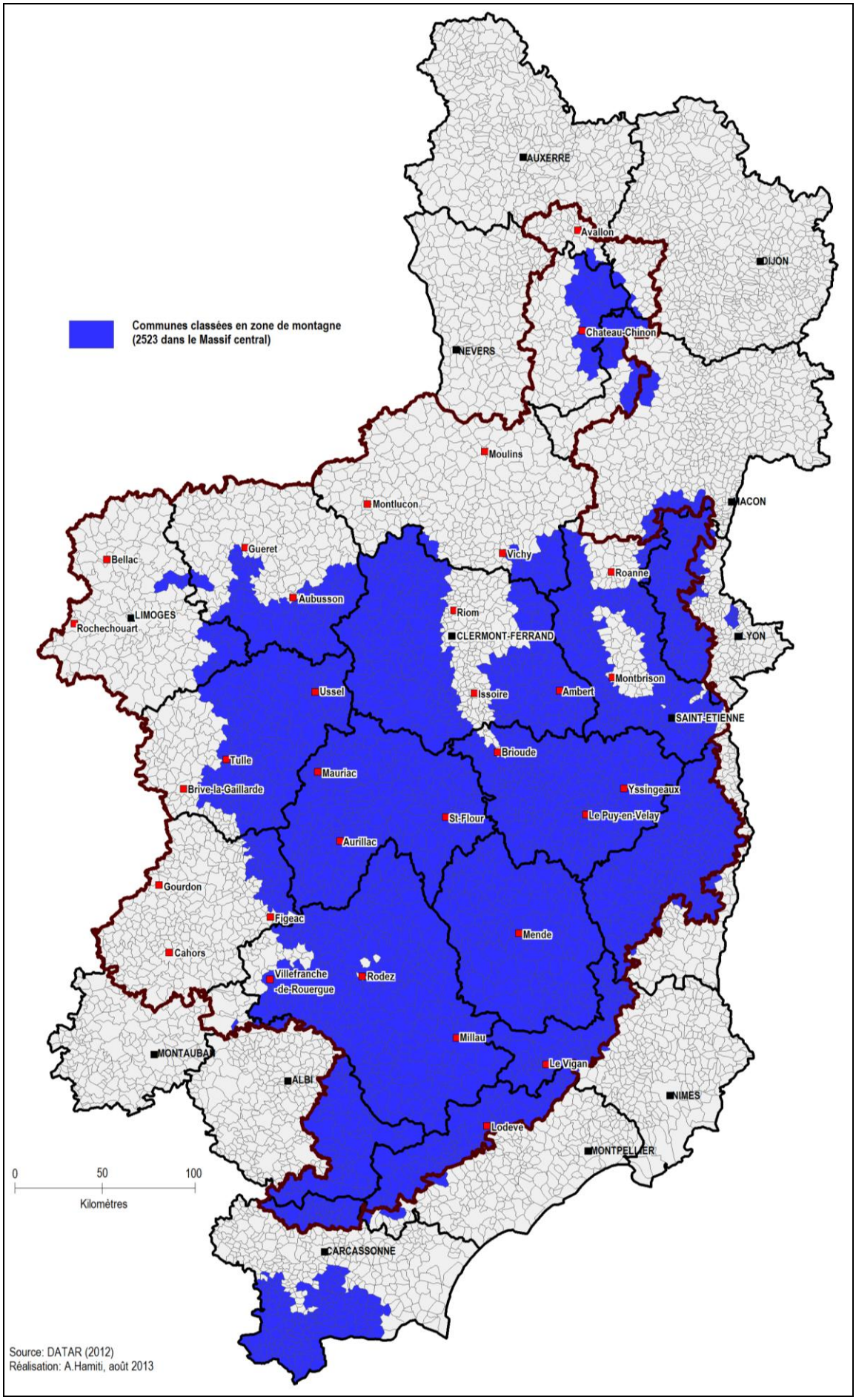
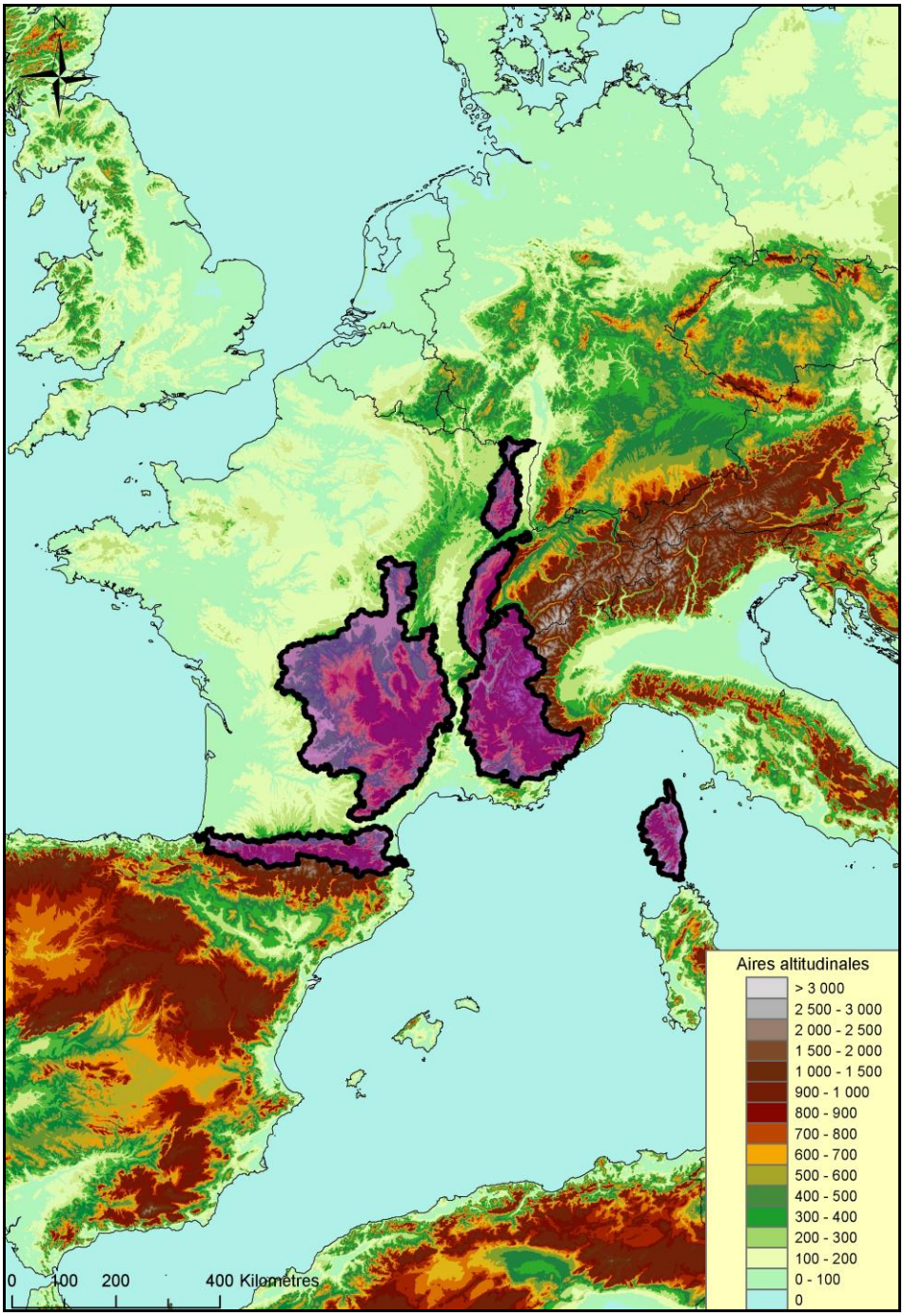


Figure 6. Altitudes et contours des massifs français



Source : CERAMAC.

On compte neuf massifs en France (figure 6), dont 6 en métropole (les Alpes, le Massif Central, les Vosges, le Jura, la Corse et les Pyrénées) et 3 en Outre-mer (en Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion). La politique des massifs se développe seulement en France. Chaque massif possède une entité administrative avec un commissariat qui a pour rôle, sous l'autorité du Préfet de massif, de coordonner les projets pour lesquels l'Etat, les collectivités des Massifs et l'Europe financent de manière partenariale.

Un « comité pour le développement, l'aménagement et la protection du massif », plus couramment appelé « comité de massif », réunit des élus de plusieurs collèges

(collectivités, associations, acteurs socio-économiques). Son rôle est de définir les objectifs et de préciser les actions à développer sur le massif. Les représentants des régions, des départements, des communes ou de leurs regroupements forment la majorité des membres du comité, aux côtés de représentants de chambres consulaires, des parcs nationaux et régionaux, des organisations socioprofessionnelles et d'associations.

Le comité est co-présidé par le Préfet coordinateur et le Président de la commission permanente (qui est un représentant d'une collectivité territoriale). La loi sur le développement des territoires ruraux de février 2005 prévoit l'élaboration d'un schéma interrégional d'aménagement et de développement pour chaque massif, afin de définir et de faire valider par les acteurs une stratégie et une série d'objectifs, ainsi que la signature de conventions interrégionales de massif, dont les premières ont été négociées entre l'Etat et les régions concernées, pour la période 2007-2013.

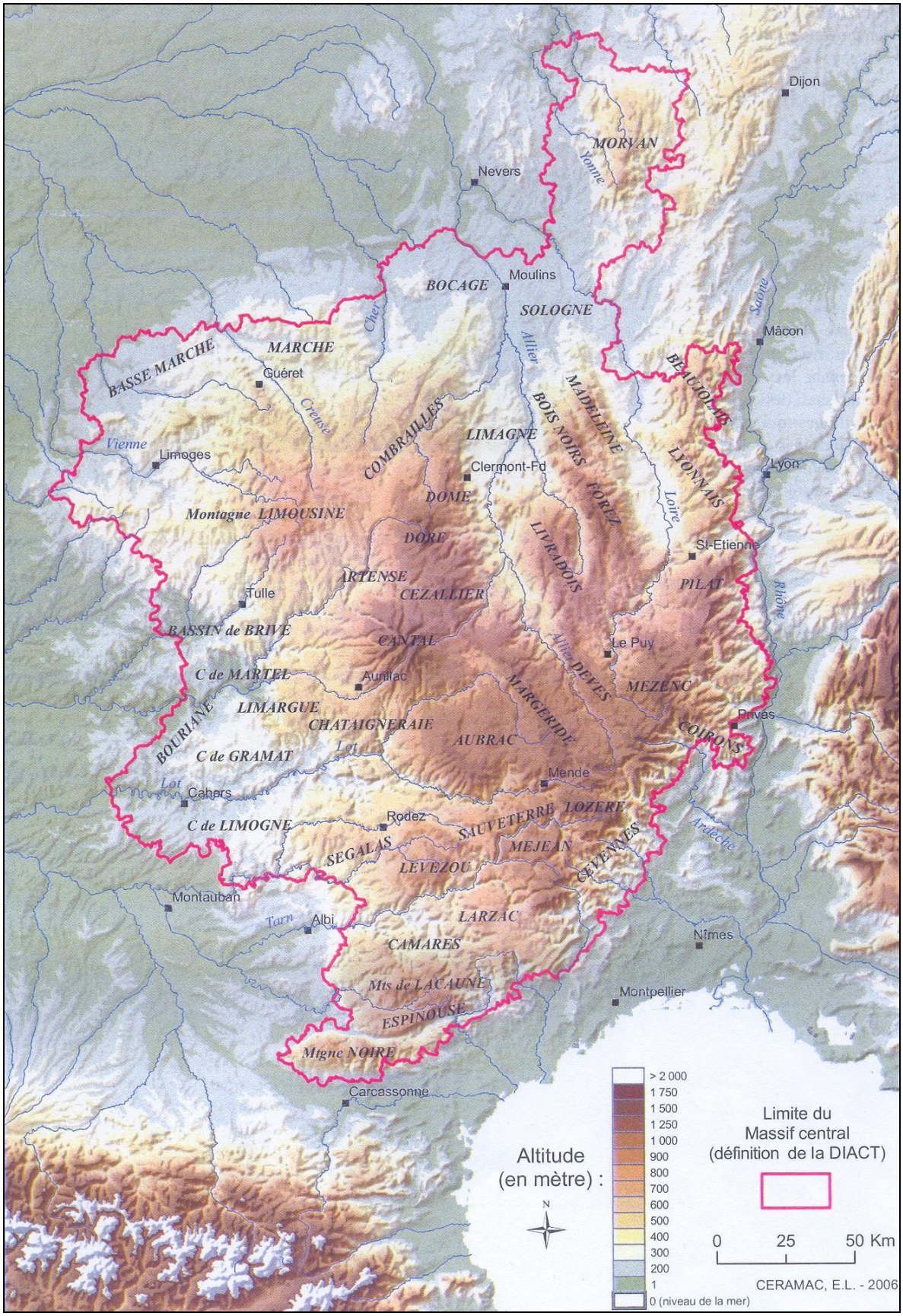
Ainsi, le Schéma interrégional d'aménagement et de développement du Massif Central mobilise les acteurs autour d'un projet de développement économique original conciliant croissance et protection de l'environnement. Trois axes de développement y sont fixés : l'accueil de nouvelles populations, la création de richesses et l'accessibilité du territoire. On y trouve également quatre conditions que sont la recherche, le développement, le transfert, puis l'environnement et le cadre de vie, puis encore les services et enfin la structuration des réseaux. L'accès aux services publics et plus généralement la question des services au public, selon des modalités prenant en compte les nouveaux modes de comportement des usagers et les évolutions de notre société, constitue une préoccupation majeure du Massif central. Ainsi, la question des services de santé s'insère à la fois dans cet objectif du maintien et du développement des services à la population sur le Massif et à la fois est perçue comme vecteur pour l'attractivité et appui au développement local, dans l'objectif de l'accueil de nouvelles populations.

Le découpage politique du Massif est proche du Massif central géologique et topographique, dessinant un bloc de hautes terres (figure 7). Etendu en 2005 au Morvan[30], il exclut toutefois le Charolais à l'est et s'étire sur le Quercy (Lot) qui est à l'extérieur des limites géologiques (Rieutort, 2006). Le Massif central compte six régions administratives différentes (figure 8). Les régions Auvergne et Limousin sont entièrement dans les limites du Massif, tandis que la Bourgogne, le Languedoc-Roussillon, les Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes y sont inclues en partie. Par ailleurs, vingt deux départements différents figurent dans les limites du Massif, dont la moitié d'entre eux ne sont qu'en partie dans les limites du Massif.

Le Massif central compte en 2010 une population de 3 883 000 habitants pour une superficie de 84 116 km² et 4072 communes, soit 15,3 % de la superficie de la France et 6,3 % de la population totale française.

[30] Le décret n° 2005-1333 du 28 octobre 2005, marque le rattachement du Morvan au Massif central.

Figure 7. Principaux reliefs du Massif central



Source : CERAMAC (Rieutort, 2006).

Figure 8. Les régions et les départements du Massif central

Le Massif central : une moyenne montagne

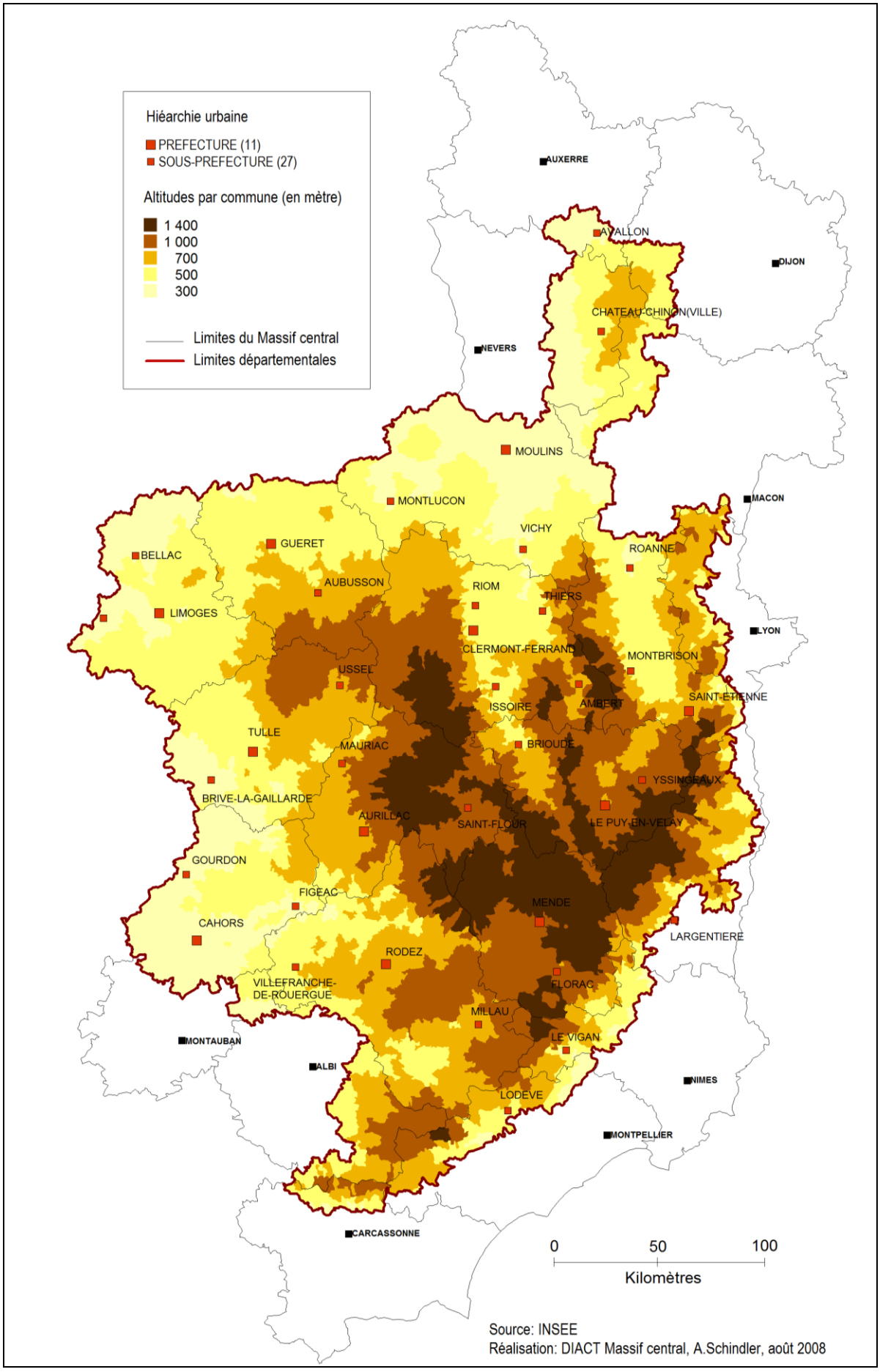
Le Massif central est constitué d'un relief de moyenne montagne, marqué par la ruralité. La moitié des communes est située entre 500 à 1 400 mètres d'altitude (figure 9). Selon l'altitude des communes calculée au centroïde, 1 492 000 personnes habitaient en 2010 à plus de 500 mètres d'altitude (38% de la population totale du Massif), dont 399 000 personnes entre 700 et 1000 mètres et 96 100 à plus de 1000 mètres (avec 7 communes qui comptent plus de 1500 habitants : Saint-Agrève en Ardèche, Le Chambon-sur-Lignon et Saugues en Haute-Loire, Saint-Alban-sur-Limagnole et Saint-Chély-d'Apcher en Lozère, Besse-et-Saint-Anastaise et la Bourboule dans le Puy-de-Dôme). Sur ces zones de montagnes, 60 000 personnes âgées de 75 ans et plus habitent une commune située à plus de 700 mètres d'altitude (dont 13 000 à plus de 1000 mètres). Le relief et le climat engendrent des surcoûts (chauffage, carburant), et isolent quelque peu les habitants en altitude, en particulier l'hiver lorsque la neige rend les déplacements difficiles. Ces caractéristiques entraînent des contraintes de mobilité pour certains publics : les jeunes sans permis ou sans moyens suffisants pour s'offrir un véhicule, ou les personnes âgées qui ne se sentent pas aptes à prendre la route, surtout en période d'enneigement et de verglas. Les raisons peuvent également être financières (petites retraites, personnes en situation de précarité). Malgré la faible densité de population, le taux d'équipement moyen est comparable à celui de l'échelle nationale, pour les services courants ou plus spécialisés. Toutefois, on constate que le temps d'accès aux différents commerces et services s'accroit à mesure que l'altitude augmente : « *Ainsi dans toutes les zones où l'altitude moyenne avoisine ou dépasse 700 m, les temps de trajet pour bénéficier des différents équipements s'allongent. […] C'est le faible niveau de population et sa forte dispersion qui ne permet pas le maintien ou le développement de certains services à la population* »[31].

Le Massif central est maillé par un réseau routier principalement de routes secondaires, avec quelques grands axes autoroutiers tels que l'A75 et l'A89, du nord au sud et d'est en ouest en passant par Clermont-Ferrand ou à proximité. « *Historiquement, on aurait tendance à contourner les hautes terres, pour des routes certes plus longues mais plus rapides* » (Rieutort, 2006). On observe peu de transports en commun. Des initiatives se développent au niveau des départements avec par exemple le bus des montagnes, qui circule en partie à la demande. Des lignes de TER (compétence des Régions) sont rénovées et de nouveaux véhicules mis sur les rails. Mais c'est le transport individuel qui reste dominant. Les territoires accidentés constitués de plateaux, de cols, de monts et de gorges, mais aussi les paysages plus vallonnés ou de bocage, rendent très sinueuses les routes du territoire. La vitesse de circulation moyenne est plus proche des 50 à 70 km/heure que des 90 km/heure réglementaires des nationales rectilignes qui sillonnent tant d'autres paysages français. Les temps de trajets sont par conséquent plus longs, pouvant être rallongés selon les conditions climatiques. Certains territoires se retrouvent en situation de cloisonnent et d'isolement par rapport à l'extérieur du Massif (Rieutort, 2006).

Hormis le fait qu'une part importante de la population du Massif central (36,8%) réside dans une unité urbaine de plus de 10 000 habitants (ne représentant que 3% du territoire en terme de superficie), nous observons qu'une part importante des habitants (15,8% et

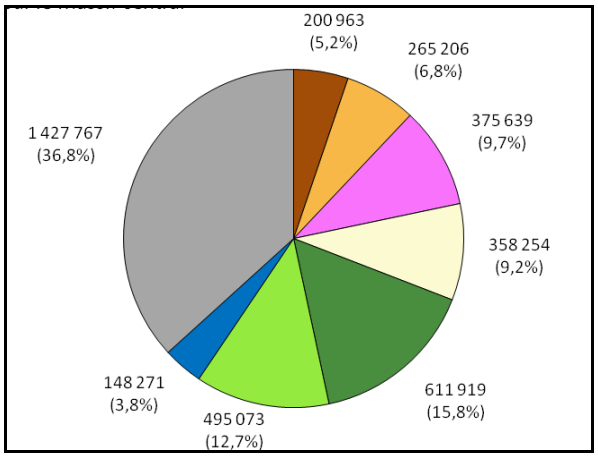
[31] Insee Auvergne, *Atlas du Massif central-Organisation territoriale*, juin 2010, Les Dossiers n°28.

Figure 9. Altitudes moyennes des communes du Massif central



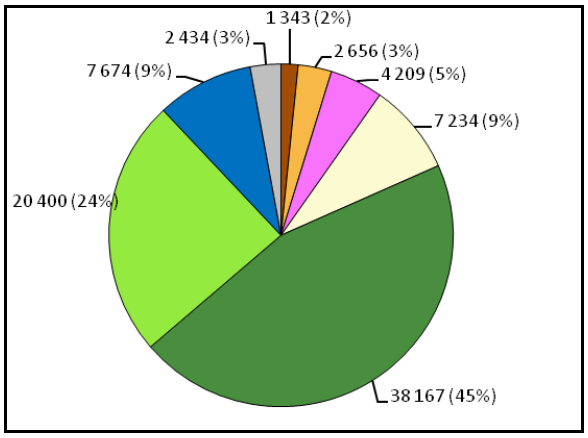
12,7%) se situe dans des campagnes vieillissantes à très faible densité, avec de faibles revenus, une économie présentielle et agricole, et avec en partie une croissance résidentielle et une économie touristique (graphique 1 et 2). La part des territoires concernés est également importante, réunissant 69% du territoire total, bien visible avec la carte du Massif central (figure 10).

Graphique 1. Nombre d'habitant par type de campagnes* sur le Massif central (2010)



Réalisation : A.Hamiti, 2013.

Graphique 2. Territoire (en km²) par type de campagnes* sur le Massif central (2010)

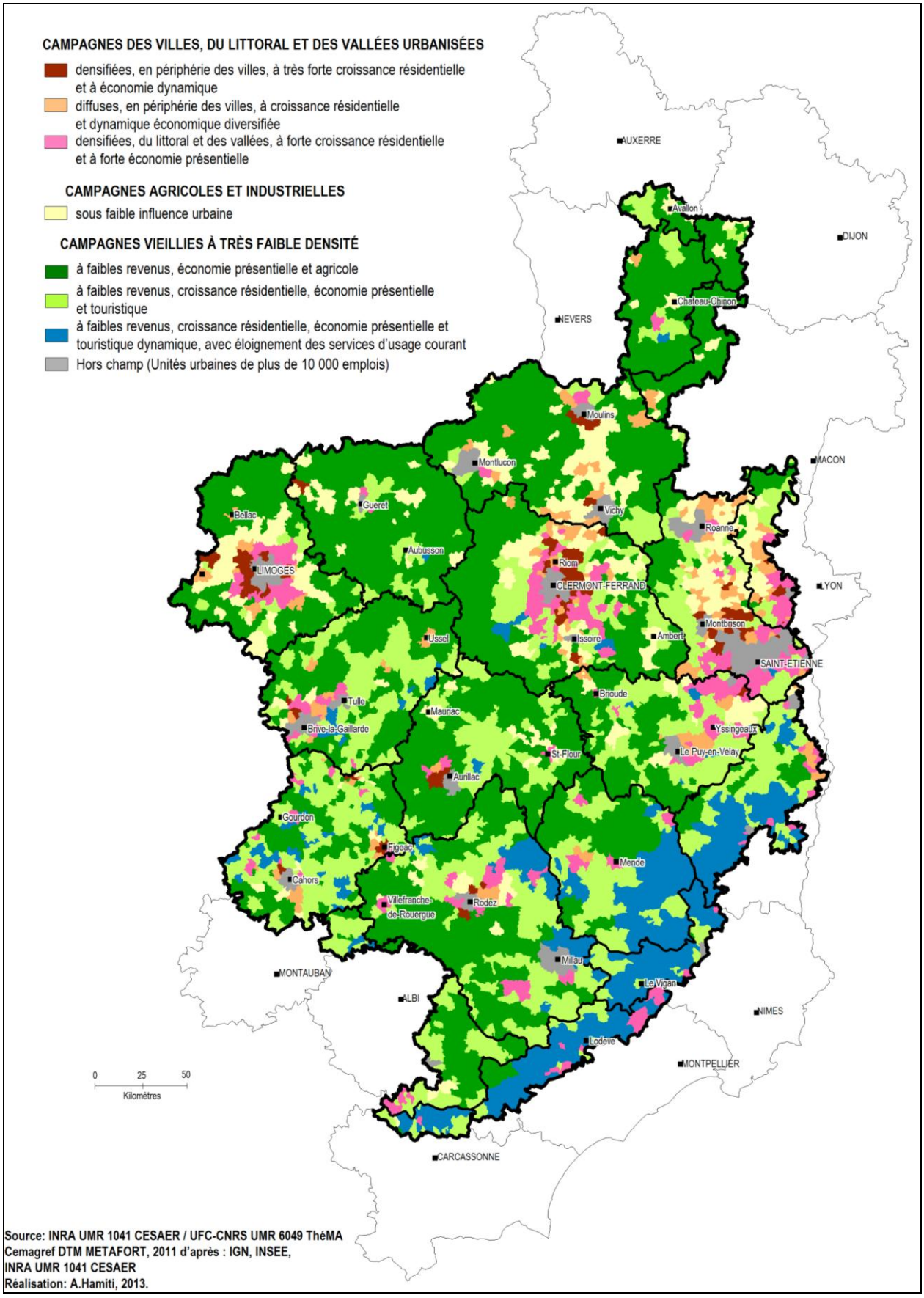


Réalisation : A.Hamiti, 2013.

(*) Selon la typologie DATAR détaillée dans la légende de la figure 10.

Au sud-est du Massif central, de vastes étendues (9% du territoire), mais réunissant une part faible de la population du Massif central (3,8%), sont caractérisées également par des campagnes vieillissantes de très faibles densités et un éloignement important aux services d'usage courant mais avec une économie présentielle et touristique dynamique. On retrouve l'Aubrac, le Vivarais, une partie des Causses, les Monts de l'Espinouse et la Montagne Noire. Ce sont principalement dans la Loire, l'Allier, le Puy-de-Dôme et La Haute-Vienne où l'on trouve les campagnes agricoles et industrielles sous faible influence urbaine, qui représente 9,2 %, précédées en nombre par les campagnes densifiées (9,7%), situées en périphérie des pôles urbains que sont Limoges, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, mais aussi Brive, Rodez, Mende, Aurillac, et les grands pôles extérieurs au Massif (Lyon, Montpellier) qui traduisent le phénomène de périurbanisation.

Figure 10. Diversités des campagnes du Massif central (Datar, 2011)



Une montagne habitée… mais faiblement

Les territoires du Massif sont caractérisés par une faible densité de population (figure 11). La moyenne est de 46 hab./km² contre 114 hab./km² en France en 2010, et 52 % de ses communes comptent moins de 20 hab./km². Le seuil de 20 hab./km² constitue un indicateur pour désigner les territoires de faibles densités souvent fragilisés dans leur développement socio-économique. Le Massif est majoritairement rural, avec un habitat dispersé dominant. Il couvre 15,5% de la superficie métropolitaine, mais ne représente que 6,2% de sa population en 2010. « Le poids démographique du Massif central n'a cessé de diminuer. En 1999, 6,4 % des Français y habitaient, ils étaient 7,0 % en 1982 et 8,2 % en 1962. »[32]

Un réseau dense de petites villes

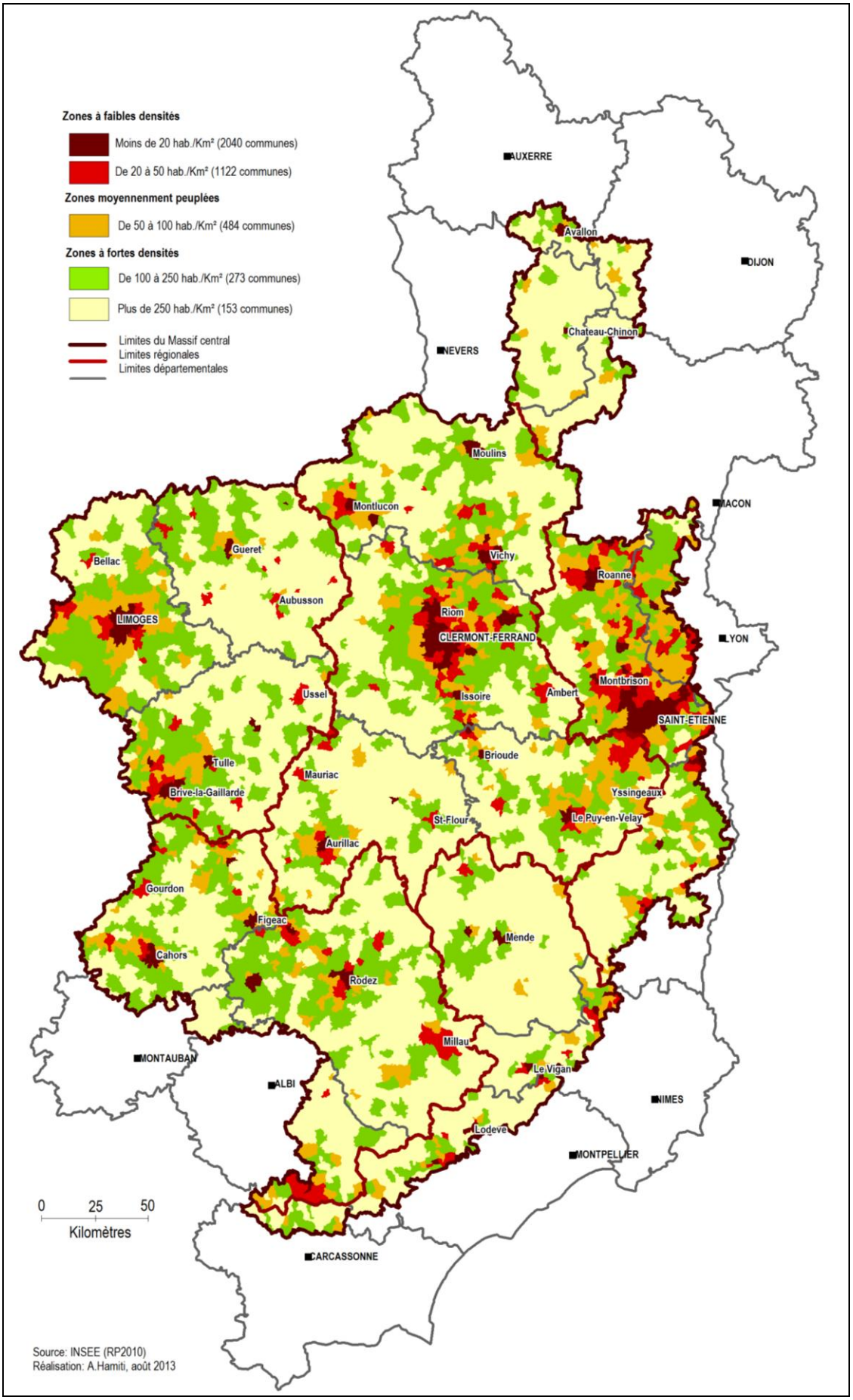
Le Massif central possède peu de grandes et moyennes villes. Il compte trois métropoles où se « concentrent les grandes fonctions économiques, administratives et politiques et qui participent par leur capacité d'entraînement au développement et au rayonnement des territoires »[33]. C'est dans ces mêmes métropoles que se trouvent les centres hospitaliers universitaires. Saint-Etienne, dans la Loire, gouverne une aire urbaine de près de 509 000 habitants, placée au 17ème rang des métropoles françaises. Clermont-Ferrand, dans le Puy-de-Dôme, compte 464 000 habitants et se place au 19ème rang et enfin Limoges, plus modeste, réunit 186 000 habitants. Puis viennent derrière seulement quatre communes de plus de 30 000 habitants (Montluçon, Brive-la-Gaillarde, Roanne et Saint-Chamond). Trente quatre communes réunissent entre 10 000 et 25 000 habitants, mais douze de ces communes appartiennent aux aires urbaines des trois métropoles.

Si le réseau de villes grandes et moyennes est faible, le Massif compte un réseau dense de petites villes. « Ces petites villes gardent leur rôle de maillage économique du territoire. Les emplois proposés par ces pôles ruraux sont occupés en partie par des habitants des communes rurales limitrophes. […] En 2006, dans le Massif central, 11 % des emplois se concentrent ainsi dans un pôle d'emploi de l'espace rural ou dans sa couronne, contre 8 % en France métropolitaine hors Île-de-France »[34]. Le Massif central connait également l'influence de plusieurs métropoles extérieures de tailles variables que sont Lyon, Toulouse, Montpellier, Nevers pour le Morvan et plus faiblement Bordeaux pour l'ouest du Limousin (figure 12).

Le réseau urbain du Massif constitue à la fois un facteur d'éloignement des populations aux spécialistes et aux établissements hospitaliers situés dans les villes. Les hôpitaux des petites et moyennes villes réalisent en effet souvent peu d'actes (selon les normes du nombre d'actes, fixées au niveau du gouvernement, notamment pour les maternités et la chirurgie) et voient leurs services de plus en plus restructurés et concentrés. Par ailleurs, les petites villes possèdent généralement un hôpital local, qui se spécialise de plus en plus dans la prise en charge des pathologies liées au vieillissement des personnes, mais aussi dans la prise en charge des personnes en convalescence (suite à une opération ou un traitement chimiothérapique effectué par exemple dans un centre hospitalier plus important).

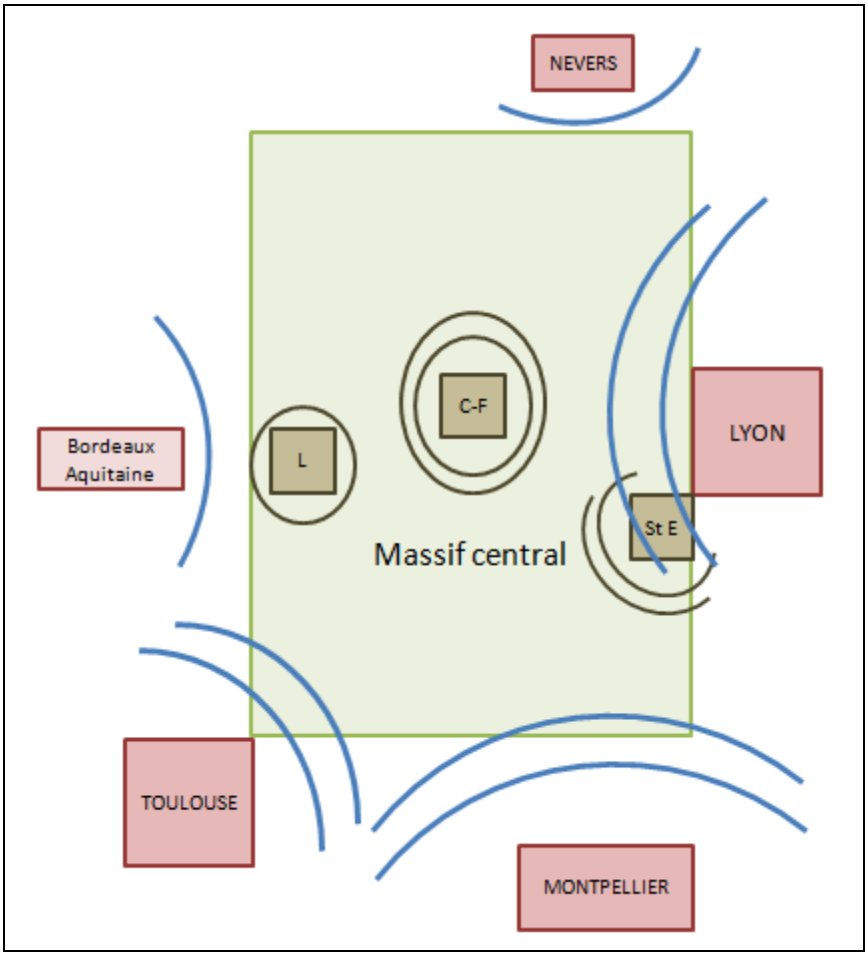
[32] Atlas du Massif central, Démographie-Attractivité, les Dossiers n°24, Insee Auvergne, mars 2010.
[33] Insee Auvergne, *Atlas du Massif central-Organisation territoriale*, juin 2010, Les Dossiers n°28.
[34] *Idem.*

Figure 11. Les densités de population faibles du Massif central (par commune en 2010)



Ces petites structures peuvent ainsi participer à la graduation de l'offre de soins, notamment dans le cadre des communautés hospitalières, et servir d'appui et de partenaire pour les professionnels de l'offre de soins primaires. Toutefois, un grand nombre de ces hôpitaux locaux sont vétustes et le rôle et les moyens que le système leur donne dans le cadre de la gradation de soins ne sont pas toujours à la hauteur des objectifs[35].

Figure 12. Influences urbaines à l'intérieur et l'extérieur du Massif central



Source : A.Hamiti, 2013.

Une population qui augmente légèrement et qui vieillit

Ces territoires possèdent une population vieillissante malgré l'arrivée, parfois spectaculaire, de nouveaux habitants. En 2006, 21% des habitants ont 65 ans et plus et 11% ont 75 ans et plus (contre 17% et 8% au niveau national). 14% de la population de l'espace rural a 75 ans et plus contre 10% dans les espaces à dominante urbaine. Dans certains territoires ruraux (plateau de Millevaches, Combrailles, Monts du Cantal, Aubrac, Margeride, Vivarais, Cévennes et Morvan), la part de la population âgée de 75 ans et plus dépasse les 18%. Selon les prospectives de l'Insee, de 2006 à 2016, on

[35] Une problématique évoquée lors des Assises des hôpitaux locaux, le 24 et 25 septembre 2010 à Venarey-Lès-Laumes (Côte-d'Or), en présence d'Annie Podeur, directrice générale de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

comptera une forte augmentation des personnes de 80 ans et plus (+28%), liée à l'arrivée des générations de l'entre-deux guerres. Après 2026, la progression devrait ralentir pour repartir à partir de 2026 avec les « papy-boomers ». En 2031, avec environ 400 300 octogénaires, les plus souvent touchés par les problèmes de dépendance, le Massif comptera 151 300 personnes de plus qu'en 2006 (soit 60% de progression). Toujours selon les chiffres de l'Insee, le vieillissement s'accentue davantage dans l'espace urbain. De 1999 à 2006, les 75 ans et plus augmentent le plus fortement dans les pôles urbains (+27%), puis les communes urbaines (+23%) et les communes de l'espace rural (+19%). Toutefois, en nombre, on compte 164 600 personnes de 75 ans et plus dans les pôles urbains et 65 100 dans les communes périurbaines pour 195 670 dans l'espace rural (soit 46% dans les campagnes).
Ce phénomène de vieillissement de la population (avec des pourcentages très importants dans la population locale) a pour conséquence, sur le plan des services de la santé, d'accroître les difficultés et les tensions si l'organisation de l'offre de soins qui ne répond pas et ne s'adapte pas toujours aux besoins grandissants qu'exige le vieillissement de la population (Mouquet et Oberlin, 2008). Cela renvoie à des défis de gestion et d'organisation autour de la dépendance et de la précarité, en matière de prise en charge en établissement et de plus en plus à domicile par des professionnels formés, libéraux et hospitaliers.

Les territoires du Massif possèdent une population vieillissante malgré l'arrivée de nouveaux habitants qui contribuent à diversifier les sociétés locales. Selon l'Insee[36], entre 1999 et 2006, le Massif central a gagné 100 900 habitants, + 0,4 % par an soit 14 000 habitants par année. Cette progression contraste avec la baisse observée encore entre 1982 et 1999 (avec moins de 4800 habitants par an), même si elle reste inférieure de moitié au dynamisme démographique constaté en France métropolitaine. Le Massif subit le contrecoup du vieillissement de sa population, avec la persistance d'un déficit naturel (3 600 décès de plus que de naissances entre 1999 et 2006) qui entraîne une baisse de 0,1% de la population. Il s'agit d'une décroissance de même ampleur que celle de 1982 à 1999. C'est grâce à l'arrivée de migrants que le Massif central regagne de la population.

Cette attractivité se diffuse sur l'ensemble du Massif. Sur les 4 072 communes du Massif, 67% (soit 2 738 d'entre elles) ont gagné de la population entre 1999 et 2006. Outre la bordure méridionale très attractive, c'est dans les communes sous influence directe des pôles économiques clermontois, stéphanois, limougeaud et lyonnais que la croissance démographique se diffuse et s'accélère. L'occupation de l'espace est marquée par l'amplitude de l'étalement urbain. Depuis 1999, les communes rurales (auvergnates, limousines, ou de la partie bourguignonne du Massif) situées à plus de 40 km d'un pôle urbain subissent une baisse annuelle moyenne de 0,4% de leur population. Ainsi, certains territoires conservent une fragilité démographique. Sur les sept départements français qui perdent de la population, quatre appartiennent au Massif central (la Creuse, l'Allier, le Cantal en entier, et la Nièvre en partie).

[36]INSEE Auvergne (2010) *Atlas du Massif central-Démographie-Attractivité,* Les Dossiers n° 25.

L'arrivée de nouvelles populations entraîne des modifications dans les compositions sociales du Massif central. Certains nouveaux arrivants expriment de nouveaux besoins ou des besoins différents en matière de soins, s'il s'agit par exemple de couples jeunes avec enfants plutôt en difficulté sociale, qui fuient le coût de la vie trop élevé en ville, ou de couples de sexagénaires plus aisés qui souhaitent retourner au « pays » pour leur retraite. L'arrivée de nouvelles populations sur une commune (parfois en très peu de temps), liée par exemple à la construction d'un lotissement, peut entraîner des tensions dans l'offre de soins, d'autant plus s'il n'y a eu aucune anticipation des besoins croissants que cette augmentation de la population peut engendrer. L'impact sur l'offre de soins peut s'exprimer par des besoins et des comportements différents, plus proches de ceux que l'on trouve en milieu urbain qu'en milieu rural. On peut observer également des habitudes de consommation de soins qui, même après une installation en milieu rural, peuvent amener des individus à continuer à consulter dans leur commune d'origine plutôt qu'utiliser les services présents sur leur commune d'installation. De même, dans un contexte de mobilité domicile-travail accrue[37], la consommation de soins sur la commune du lieu de travail ou à proximité plutôt que sur le lieu d'habitation est un indicateur peu mesuré.

La présence importante de personnes à faibles revenus

En France métropolitaine, le revenu fiscal médian par unité de consommation est de 18 355 euros en 2009. Les revenus fiscaux médians les plus élevés concernent essentiellement les grandes agglomérations, notamment au sein du Bassin parisien, mais aussi dans les régions Alsace et Rhône-Alpes.

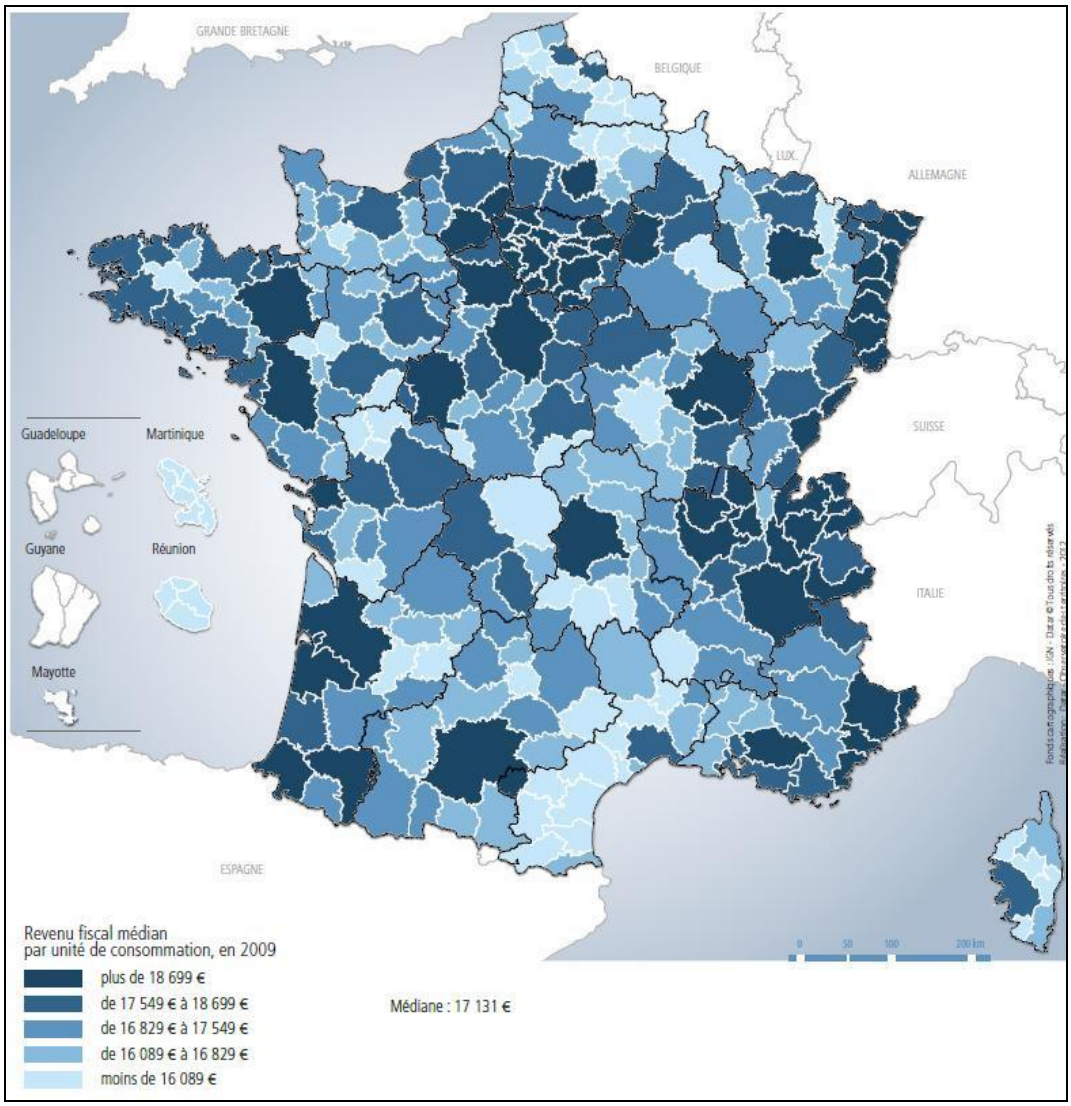
Les zones d'emploi dont les revenus sont les plus faibles sont quant à elles majoritairement situées dans les départements d'outre-mer et/ou dans des espaces peu denses tels que le centre de la Bretagne, les parties les plus rurales du Massif Central et des Pyrénées, mais aussi dans le Nord-Pas-de-Calais et les Ardennes. Cependant, le revenu fiscal médian ne rend pas compte des inégalités à l'intérieur des zones d'emploi ou des communes. Ni l'unité de consommation ni l'échelle communale ne permettent de visualiser les inégalités de revenus entre foyers, au-delà du revenu médian. Toutefois, celui-ci nous donne un premier niveau d'informations, surtout lorsque la moyenne du Massif central est de 16 411 euros et que l'on observe 870 323 personnes réparties sur 1647 communes qui possèdent un revenu fiscal médian inférieur à 16 089 euros (dont 200 711 personnes sur 617 communes avec un revenu fiscal inférieur à 14 100 euros).
A partir de la carte nationale (figure 13), on identifie plusieurs unités de consommations qui se situent en dessous du seuil le plus bas (16 089 euros) : dans le Cantal (Mauriac/Riom-ès-montagnes et le Pays de Saint-Flour), à l'ouest de la Haute-Loire (Brioude-Langeac-Saugues), dans la moitié sud de l'Ardèche, dans la quasi-totalité des territoires du Languedoc-Roussillon, dans le sud de l'Aveyron, la Creuse et le Morvan. A l'échelle du Massif central, pour les

[37] « Profitant d'un foncier plus accessible, les actifs venus s'installer dans l'espace rural tout en conservant un emploi en ville sont de plus en plus nombreux. […] En 2006, 34 % des trajets quotidiens des actifs habitant l'espace rural se réalisent en direction d'un pôle urbain » Insee Auvergne, *Atlas du Massif central-Organisation territoriale*, juin 2010, Les Dossiers n°28.

communes avec de faibles et très faibles revenus médians, on retrouve les territoires ruraux peu peuplés à savoir la Creuse, le Cantal, le Morvan, une partie de la Haute-Loire, de l'Aveyron, des contreforts sud du Massif, l'Ardèche, mais aussi une partie de la montagne bourbonnaise et du Forez, la zone de confins partagée entre le Lot, la Corrèze et le Cantal, les Combrailles ou encore le Sud Sancy.

Nous pouvons signaler toutefois que les faibles revenus ont une incidence sur la capacité des individus, à la fois à financer une mutuelle ou à prendre en charge les coûts liés à la santé, mais également à financer leurs déplacements pour se rendre à des soins, à des démarches de prévention ou de dépistage. Les personnes auront peut-être plus de scrupules à se déplacer vers un spécialiste, surtout s'il est loin et s'il pratique des dépassements d'honoraires.

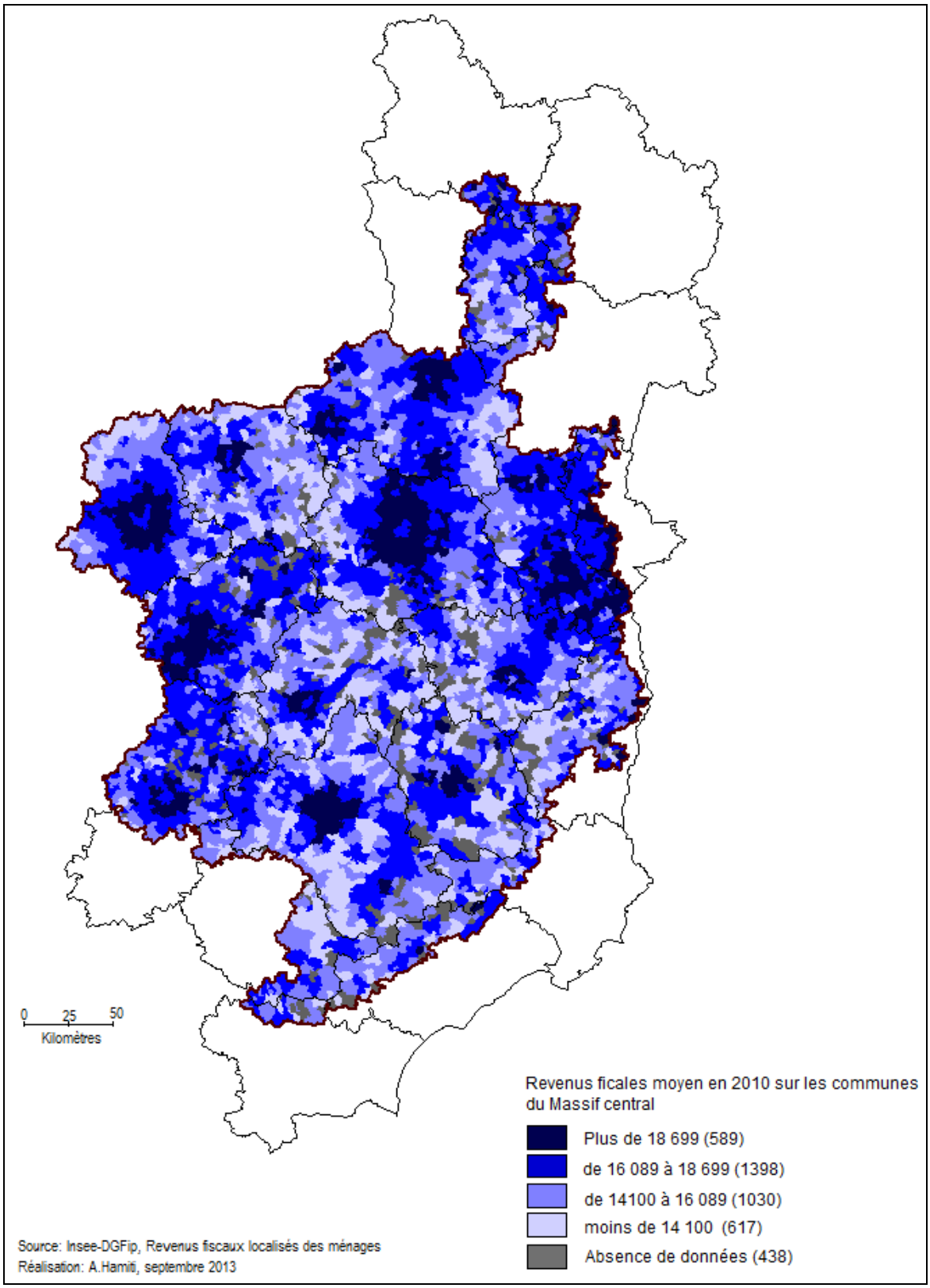
Figure 13. Revenus médians par unité de consommation



Source : Insee, 2009.

Ces traits de personnalités, qu'il conviendrait de décrypter à différentes échelles et selon les grandes catégories spatiales, constituent une des trames de fond nécessaires à la compréhension du maillage de l'offre de santé sur laquelle nous allons maintenant insister.

Figure 14. Revenus médians par commune sur le Massif central en 2009



Partie I

Maillage territorial des services de soins sur le Massif central : une offre en sursis ?

« Madame M. habite une commune d'une centaine d'âmes, à quelques kilomètres du chef-lieu de canton qui, lui, réunit près de 1500 habitants. Elle vit seule dans sa maison depuis que son mari est décédé, cela fait maintenant une dizaine d'années. A 84 ans, Madame M. est plutôt en forme, malgré quelques petits problèmes par-ci, par-là. Elle est tombée l'autre jour et a bien failli se casser le col du fémur. Heureusement qu'il n'y a pas eu de complications, car les enfants ne sont plus tout près et elle aurait sûrement eu des difficultés pour se débrouiller seule. Elle a entendu des histoires similaires, où les personnes ont fini à la maison des vieux ! On lui en parle parfois, cela rassurerait les enfants qu'elle y soit, mais pour elle, c'est à la maison qu'elle veut rester. Avec sa petite voiture, elle est encore autonome, pour aller au marché et faire les courses, même si pour aller à la ville elle n'est plus trop à l'aise maintenant et l'hiver il faut s'arranger avec les voisins! Pour l'heure, c'est Madame E., la voisine de l'autre côté de la route, pour qui la santé s'est dégradée depuis quelques semaines. Elle voit passer chez elle l'infirmière, le kiné et de temps en temps le médecin. On lui porte les repas aussi. Aujourd'hui c'est la petite-fille de Mme P. qui passe lui faire du ménage. Il faut dire que ce n'est pas facile pour Madame E. avec son mari qui est atteint de la maladie d'Alzheimer. Elle s'en occupe beaucoup. Elle était déjà bien fatiguée avant son accident. Ils ne sont pas seuls, ils ont de la famille autour, mais ils ne peuvent pas venir tous les jours. Ils ont bien pensé à une maison spécialisée mais il n'y en a pas sur le territoire, et puis avec la modeste retraite agricole qu'ils possèdent, même avec les aides, ils n'ont pas vraiment les moyens de la payer. »

Carnet de recherche sur le terrain, 2011.

Les personnages de ce portrait sont fictifs mais réunissent différentes situations rencontrées sur le Massif central (le vieillissement, la précarité, la maladie, les aidants familiaux, l'éloignement, la mobilité, l'aide à domicile, la coordination entre les professionnels de santé, le portage des repas, etc.), des situations parmi d'autres. Bien que nous n'ayons pas développé dans cette thèse une approche par les usagers pour traiter de l'offre de soins sur le Massif central, ce portrait introductif rappelle que le vécu et les préoccupations de la population dans l'accès et l'utilisation de l'offre de soins sont, ou doivent être, au cœur des analyses sur la présence et l'organisation de l'offre de soins (développées dans la partie 1), mais aussi au cœur des initiatives des institutions, des collectivités territoriales et des professionnels de santé (développées dans les parties 2 et 3).

Dans un premier temps, nous avons souhaité savoir si les territoires du Massif central rencontraient des problèmes d'offres de soins, quels étaient ces difficultés, quelles populations étaient touchées et dans quels territoires en particulier.
L'état des lieux cartographique, développé dans le premier chapitre, relève d'une approche quantitative classique dans laquelle on recense le nombre de professionnels en exercice libéral, à une date donnée, pour le mettre en perspective avec le nombre d'habitants. Nous prenons en considération les effectifs des professionnels de santé, leur desserte à l'échelle d'un bassin de vie, et la part de la population éloignée de ces professionnels, selon des seuils de distance-temps. Nous recoupons les effectifs de certains professionnels avec des catégories de population qui permettent de fournir des

indications sur l'adéquation entre l'offre et les besoins, notamment avec la part des 75 ans et plus pour les masseurs-kinésithérapeutes ou le nombre de femmes de 15 à 44 ans pour les maternités. Toutefois, nous ne pouvons nous contenter de cette approche comptable pour apprécier réellement la qualité de l'adéquation entre l'offre et les besoins. En effet, la seule présence d'un service ne suffit pas à répondre à cette question d'adéquation. Bien d'autres paramètres permettent de qualifier l'offre et la demande en soins, et de relativiser les chiffres de desserte et d'éloignement. Le niveau d'activité d'un professionnel, la part accordée à la prévention, le profil sociodémographique et socio-sanitaire ou encore le niveau de mobilité de la population, sont autant d'éléments à prendre en compte. Ces cartes à l'échelle Massif central peuvent tout au plus nous alerter sur des tendances et des zones de tensions potentielles entre l'offre et la demande et l'éloignement physique de certaines populations. Une faible desserte ne traduit pas nécessairement une mauvaise prise en charge de la population ou n'indique pas un « désert médical ». Les situations sur le terrain doivent être appréciées plus finement.

Pour apporter des nuances aux chiffres et proposer la dimension dynamique qui leur manque, nous rappelons dans les grandes lignes le contexte national et les enjeux spécifiques qui traversent les professions évoquées, en particulier sur les conditions d'exercice sur le Massif central et l'évolution de certains services hospitaliers (Chapitre 1). Une attention particulière est portée au médecin généraliste, pivot du premier recours, en terme de démographie médicale, élément clé de la sociologie des pratiques et des aspirations professionnelles ou encore point d'entrée pour une mise en perspective avec des situations mesurées dans d'autres pays (Chapitre 2). Enfin, pour établir un état des lieux plus qualitatif sur l'offre et les besoins du Massif central, nous reprenons les points de tensions identifiés dans quatorze territoires de projets, dans le cadre d'une étude initiée à l'échelle Pays, où on retrouve les préoccupations et le ressenti tant des habitants que des professionnels que des élus, à la fois sur les priorités sanitaires et sur les dysfonctionnements dans l'organisation des soins (Chapitre 3).

Chapitre 1

L'offre de soins de premier recours et certains services hospitaliers : des déficits perceptibles qui pourraient s'aggraver

Introduction

Les questions de présence de l'offre de soins, de sa répartition sur les territoires, du renouvellement des services, de l'adéquation aux besoins de la population ou encore de la distance d'accès aux services, sont au cœur de la politique de santé de l'Etat français. Ces préoccupations se développent surtout depuis quelques années, l'offre étant jusqu'à récemment jugée suffisante et répondant globalement aux besoins sur l'ensemble du territoire (Barbat, 2009).

Des instituts tels que la DREES[38] ou l'IRDES[39] produisent régulièrement pour le gouvernement des études et des cartes pour guider la politique de santé. Des organisations, telles que l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), ont été créées pour examiner plus spécifiquement l'enjeu du renouvellement des professionnels de santé, avec une déclinaison régionale. De plus, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) conçoit chaque année un atlas de la démographie des médecins en France et dans chaque région. Enfin, à l'échelle régionale et locale, les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) fournissent des études, sur l'organisation des services et l'état de santé des populations, dans le cadre notamment de la réduction des inégalités territoriales. Ces observatoires de santé viennent en appui aux décisions régionales. La politique de santé est en effet déclinée par région administrative, au sein des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces institutions, créées en 2010, regroupent au niveau régional les services de l'Etat et une partie de l'assurance maladie. Pour la définition des schémas d'organisation des services de santé et des actions à mener, des diagnostics de l'offre et des besoins sont réalisés et réactualisés régulièrement à l'échelle de chaque région par les ARS.
L'objectif de notre étude sur le Massif central, n'est donc pas de refaire des cartes et des analyses déjà réalisées par ces observatoires et les ARS. Toutefois, la politique de santé étant réfléchie et décidée au niveau régional et infrarégional, l'échelle du Massif central nous permet d'élargir notre propos sur la répartition des services de santé et les distances

[38] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
[39] Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

d'accès aux soins dans plusieurs régions adjacentes aux caractéristiques proches. Nous nous sommes tout d'abord intéressés à la dispersion d'une sélection de services de soins (professionnels de santé, service hospitalier) à l'échelle du massif. Puis, nous avons identifiés les zones et les populations les plus éloignées de ces services. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'étude des distances d'accès aux soins réalisée par l'IRDES (Coldefy et *al*., 2011). Nous avons également utilisé d'autres sources, parmi celles qui étaient disponibles, soit la base permanente de l'équipement de 2009. Ainsi, après avoir analysé la desserte et la distance moyenne de la population à l'offre, nous présentons la situation et les enjeux dans les grandes lignes des professionnels de santé libéraux qui font le premier recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes et pharmacie) puis de deux services hospitaliers que sont les maternités et les urgences.

I. Répartition des professionnels du premier recours à l'échelle des bassins de vie

A. Démographie médicale, desserte et répartition : de quoi parle-t-on ?

La démographie médicale est, au sens premier, l'étude statistique de la profession médicale, ou au sens plus large, des professions de santé. Elle est également la régulation du nombre de ces professions dans le cadre de la gestion du système de santé national. L'étude de la démographie médicale consiste à mesurer le nombre de praticien de santé (par discipline) exerçant sur le territoire national, leur répartition géographique ainsi que leur nombre par rapport à la population (densité, desserte). On ne sait pas aujourd'hui le nombre de médecin qu'il est nécessaire pour une population donnée. On peut toutefois évaluer la moyenne nationale et régionale, et effectuer des comparaisons entre territoires, et à des échelles plus locales, afin d'estimer le manque ou la surreprésentation de praticiens. L'étude de la démographie médicale consiste également à réaliser des projections pour évaluer l'avenir à dix, vingt ou trente ans de l'offre médicale au regard de l'évolution de la population. Ces projections sont effectuées à partir du nombre de praticiens formés dans les universités chaque année, sachant que pour certaines professions, le nombre de place dans chaque université est régulé par un *numerus clausus* (médecins) et des épreuves classantes nationales (médecine, chirurgie, pédiatrie, biologie médicale…). Toutes les places par spécialités ne sont pas systématiquement pourvues, de même que les professionnels de santé ont à la fin de leurs études des trajectoires différentes (salariat, remplacement, modification de spécialité ou encore installation) qui auront des conséquences sur l'offre de soins. A partir de ces tendances, on peut évaluer approximativement l'état de l'offre dans les années à venir. Par ailleurs, la démographie médicale s'intéresse aux comportements, aux attentes des professionnels de santé.

1. Le bassin de vie : définition

Les découpages administratifs tels que les communes ou les cantons, sont de moins en moins pertinents pour décrire et analyser les conditions de vie des populations. En effet,

les habitants traversent aisément ces limites administratives dans leur quotidien, notamment pour l'accès à des services ou pour se rendre sur leur lieu de travail (Pougnard, 2004). Ainsi, un découpage territorial qui prend en compte les pratiques des populations et l'accès aux équipements de la vie courante et à l'emploi, a été élaboré. Les services retenus pour définir ces plus petits « territoires vécus » sont à la fois les équipements concurrentiels (hypermarchés, magasins…), les équipements non concurrentiels (gendarmerie, notaire, crèche…), les équipements de santé (médecin, hôpital…) et les équipements éducatifs (collège, lycée…)[40].

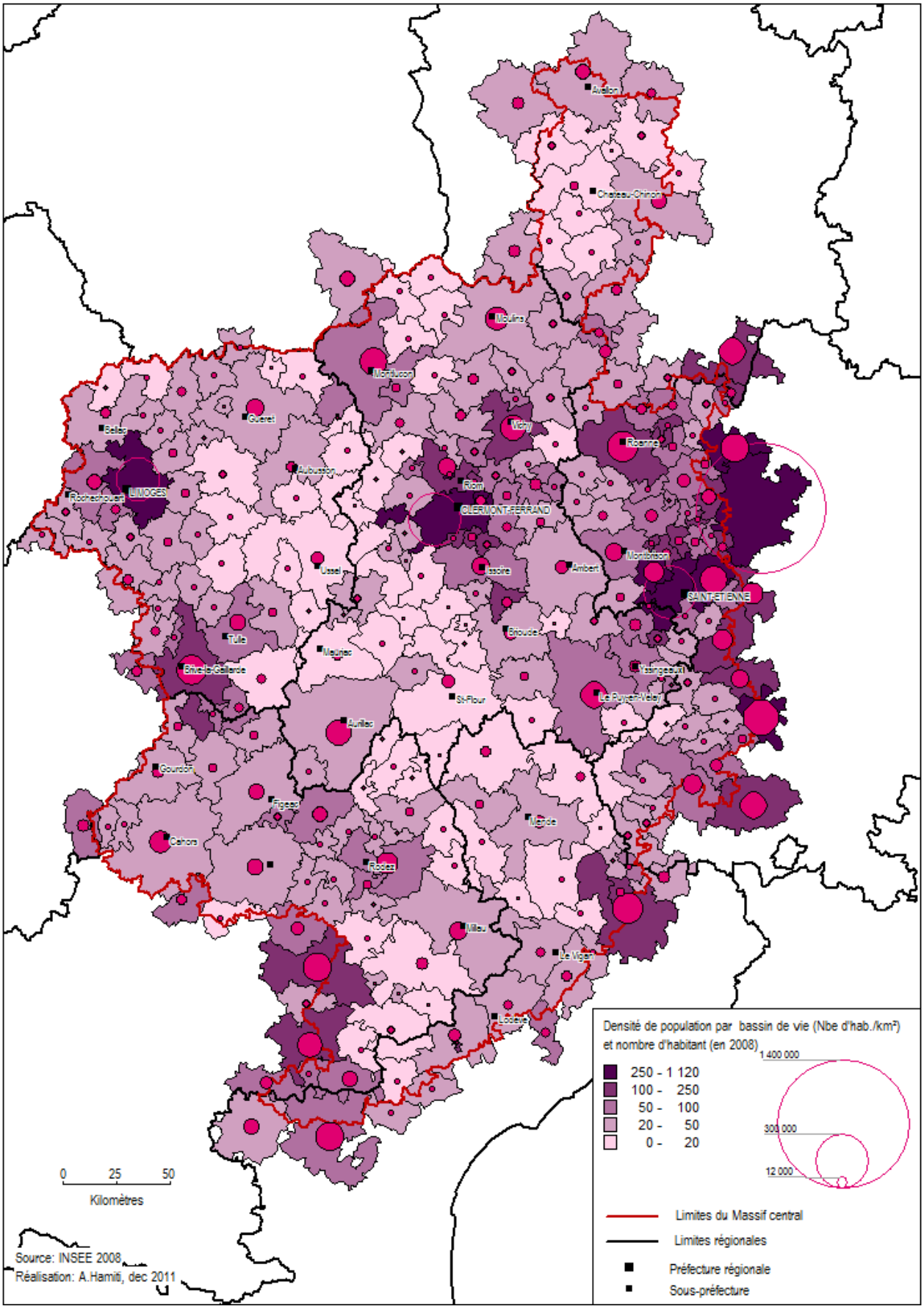
Ce découpage a pour objectif de mieux comprendre comment le territoire français métropolitain se structure, et de mieux qualifier l'espace à dominante rurale[41]. On compte 1916 bassins de vie, dont 1745 bassin de moins de 30 000 habitants appelés « bassins de vie des bourgs et petites villes » (Pougnard, 2004). Ces 1745 bassins sont peuplés en moyenne de 12 000 habitants, réunissant 36 % de la population nationale métropolitaine. Contrairement au milieu dense urbain, on considère que ces bassins de vie sont structurants en milieu rural. C'est pourquoi ils « *constituent un cadre pertinent pour analyser l'accès aux services, dans les espaces ruraux et périurbains* » (Coldefy et *al.*, 2011).

A l'échelle de notre zone d'étude, on dénombre au total 278 bassins de vie, totalement ou partiellement localisés dans les limites du Massif central. On compte 240 bassins de moins de 30 000 habitants, soit 86 % des bassins, avec une moyenne de 9 000 habitants (figure 15). Les 38 bassins de vie de plus de 30 000 habitants, dont 14 d'entre eux ont leurs pôles urbains situés hors des contours du Massif central, réunissent une population de 4 600 000 habitants. La superficie moyenne est de 851 km², soit presque trois fois plus grande que la superficie moyenne des bassins de vie des bourgs et petites villes (290 km²). En effet, la plupart des agglomérations possèdent une aire d'influence plus large en raison de l'importance des services et de l'emploi qui s'y trouvent. Quant à la densité de population, les agglomérations affichent une moyenne de 163 hab./km² contre 45 hab./km² pour les bassins de moins de 30 000 habitants[42].

Les bassins de vie du Massif central (figure 15)
Selon la définition de l'INSEE, les bassins de vie sont déterminés à partir de services et équipements de la vie courante de quatre ordres :
- **Équipements concurrentiels** : Hypermarché et supermarché, grande surface non alimentaire, magasins (vêtements, chaussures, électroménager, meubles), librairie, droguerie, marche de détail, banque, vétérinaire ;
- **Équipements non concurrentiels** : gendarmerie, perception, notaire, Pole Emploi, maison de retraite, bureau de poste, crèche ou halte-garderie, installation sportive, piscine, école de musique, cinéma ;
- **Équipements de santé** : médecin, infirmier, pharmacie, masseur kinésithérapeute, dentiste, ambulance, maternité, urgences, hôpital de court, moyen et long séjour ;
- **Équipements d'éducation** : collège, lycée général et/ou technologique, lycée professionnel
.

[40] Voir le détail en annexe.
[41] Définition de l'INSEE.
[42] Voir en annexe les cartes de population, des agglomérations et de densité.

Figure 15. Population et densité des bassins de vie du Massif central en 2008



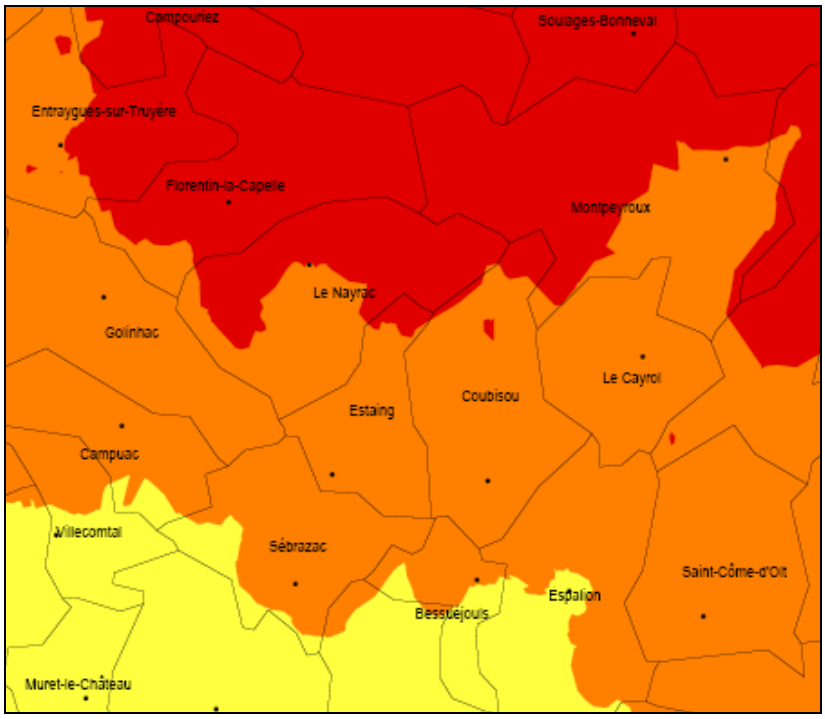
2. Méthodologie de la cartographie

Nous avons choisi pour le calcul des distances-temps entre la population et les établissements ou professionnels de santé présents sur le Massif central, de prendre en compte les acteurs des départements limitrophes afin de ne pas biaiser la mesure de l'accessibilité. En effet, l'offre médicale et les comportements de la population ne s'arrêtent pas aux limites d'un découpage administratif tel que le Massif central. En revanche, nous n'avons pas été en mesure de calculer les distances-temps à l'échelle de la France étant donné la quantité d'informations à traiter par le logiciel. Ce travail de comparaison des résultats du Massif central avec l'échelle nationale ne pourra donc se faire qu'à partir de l'étude de l'IRDES (Coldefy et *al.*, 2011) sur des données de 2007, et seulement sur certains indicateurs comparables.

Le choix des isochrones, selon les professionnels ou les services considérés, a été fixé en partie selon les normes des institutions sanitaires, qui sont non opposables. C'est le cas du service de maternité avec le seuil des 45 minutes et du service des urgences avec le seuil de 30 minutes. Ainsi pour les services d'obstétrique, nous avons calculé selon des seuils de distance de 30, 45 et plus 60 minutes. Les autres isochrones ont été établis selon la dimension de proximité physique et la fréquence « d'utilisation » du service ou du professionnel considéré. Ainsi, les isochrones du médecin généraliste ou de l'infirmière (de 5, 10, 15 et 20 minutes), diffèrent des médecins spécialistes ophtalmologue ou pédiatre (de 20, 40, 60 voire 90 minutes) dont le bassin de patientèle doit réunir davantage de population. Pour calculer la population concernée par les différentes distances temps à un service, nous avons choisi de prendre en compte le chef lieu de commune, c'est-à-dire que nous avons considéré que la majorité de la population communale se situait dans le chef-lieu. Nous avons fait ce choix en raison de la présence de deux isochrones parfois qui traversent une même commune, en particulier dans les territoires de montagne, comme nous pouvons le constater sur la figure 16. Faute d'une base de données plus précise localisant la population sur l'ensemble du territoire communal, nous avons fait le choix de retenir le chef-lieu de commune pour déterminer la population concernée par les différents temps d'accès. Il peut donc en résulter une sous-estimation de l'éloignement des populations qui se situent dans les hameaux hors du chef-lieu de commune comme l'exemple de la commune de Montpeyroux, située dans les pays coupés des *boraldes* aveyronnais nous le montre bien sur la figure 16.

Nous considérons toutefois que la majorité de la population communale se trouve dans le chef-lieu de commune. La question de l'éloignement des personnes situées dans des habitations dispersées, parfois loin du chef-lieu de commune, n'est cependant pas à négliger dans le cadre de l'accès aux soins, en particulier sur la question du maintien à domicile des personnes devenues dépendantes et qui demandent un certain nombre de services sociaux et médicaux. La localisation de certaines maisons dans des coins reculés et accessibles via des routes sinueuses, oblige certains professionnels de santé tels que les aides soignants ou infirmiers, à effectuer des tournées d'intervention étendues en raison des kilomètres qu'ils doivent parcourir.

Figure 16. Exemple d'isochrones avec le maillage communal et les chefs-lieux



Source : INSEE 2009/ Réalisation : A. Hamiti, 2010.

Le calcul de la distance temps à un service, à partir du logiciel *Chronomap*, est une estimation. Cette estimation est mesurée à partir de la vitesse en voiture, différente selon les tronçons de route (route départementale, voie rapide, autoroute…), dans des conditions normales. Il est évident que pour certaines agglomérations urbaines, le temps d'accès sera supérieur s'il y a de la circulation, des encombrements et des difficultés pour garer le véhicule. De la même manière, durant l'hiver, avec le verglas, le brouillard ou la neige, les distances-temps seront supérieures, en particulier dans les territoires de montagne, en raison d'une vitesse de conduite ralentie voire parfois impossible (routes barrées). Par conséquence, les temps d'accès peuvent être sous-estimés. A l'inverse, lors de mes entretiens sur le terrain, notamment sur le Plateau de Millevaches, un médecin remarquait que la proximité au cabinet est probablement plus grande dans ce territoire par beau temps que dans les grandes villes en raison de la fluidité sur la route et de la facilité à se garer de suite à proximité du cabinet médical.

B. Le premier recours, reconnaissance des professionnels et de leur rôle

A partir des Etats généraux de l'organisation des soins (EGOS), une définition du premier recours a pu être formulée et inscrite dans la loi HPST[43], ainsi que la définition du rôle du médecin généraliste et des pharmacies[44] qui participent au niveau de premiers recours.

[43] Art. L. 1411-1, *« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial, et conformément au schéma régional d'organisation des soins »*

[44] Art. L. 4130-1. et Art. L. 5125-1-1 A.

Même si dans les pratiques, les acteurs du premier recours jouaient leur rôle, une définition claire a permis d'officialiser et de cadrer cette échelle de recours. Ainsi, le premier recours est la porte d'entrée du système de santé, en permettant l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Il réalise la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du patient et il dispense et administre les médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que les conseils pharmaceutiques. Enfin, il joue un rôle dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé. Ce rôle incombe à la fois aux professionnels médicaux et auxiliaires médicaux.

1. Les médecins généralistes

En 2009, le Massif central, avec 3 968 praticiens, compte une desserte moyenne de 102,7 pour 100 000 habitants, soit légèrement inférieure à la desserte moyenne nationale (France métropolitaine), qui est de 103,2 médecins pour 100 000 habitants (avec 64 174 médecins généralistes pour une population de 62 134 866 habitants). 60 % des bassins de vie du Massif (soit 166) comprennent une desserte en médecin généraliste en dessous de cette moyenne nationale, dont 11 % (soit 31 bassins de vie) avec une desserte inférieure à 67 médecins pour 100 000 habitants (figure 17). Les territoires qui possèdent pour le moment une bonne desserte, supérieure à la moyenne nationale, sont les bassins de vie qui sont en moyenne assez peuplés (37 000 habitants, allant d'1 491 265 personnes à 746 habitants !). La superficie moyenne de ces bassins bien pourvus est de près de 400 km² (le minimum étant de 13 km² et le maximum de 1 743 km²). Les territoires les moins bien lotis en médecins généralistes en 2009 (inférieurs à 67 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants) sont les bocages de l'Allier et de la Nièvre (Bourbon-Lancy, Decize, Corbigny, Bourbon-l'Archambault, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Lapalisse), le Cézallier (Ardes, Condat, La Tour d'Auvergne), une partie de la Châtaigneraie cantalienne (Maurs) et du nord Quercy (Saint-Céré), les Causses de Séverac et de Sauveterre (La Canourgue), le Velay oriental (Yssingeaux), les Cévennes gardoises (La Grand-Combe et Bessèges) et à l'ouest du Rhône (Monts du Beaujolais et du Lyonnais). Une partie de ces tendances peut être rapidement inversée. En effet, le faible nombre d'habitants sur certains bassins de vie et le faible effectif de médecins font que, parfois l'arrivée d'un seul médecin suffit à changer la situation, passant d'une desserte en dessous de la moyenne régionale et nationale à un stade bien doté, à l'exemple du bassin de vie d'Ardes-sur-Couze, dans le Cézallier, comptant un médecin pour un peu moins de 2 000 habitants.

La présence médicale selon les aires urbaines

Pour certains services de santé, notamment les médecins spécialistes, les professionnels paramédicaux et les services hospitaliers, la population des communes rurales dépend de la proximité aux pôles urbains. Le médecin généraliste, au même titre que les autres professionnels du premier recours, sont des professionnels de santé que l'on considère de proximité, et donc proche de la population en terme de distance (figure 18). En effet, on compte en moyenne à l'échelle de la France un médecin généraliste libéral pour 1 000 habitants, à une distance moyenne de 0,8 kilomètre et 1 minute 20 en temps (Coldefy et *al*., 2011) devant l'infirmier libéral, le masseur-kinésithérapeute et le chirurgien-dentiste.

Figure 17. Effectif et desserte des médecins généralistes en 2009

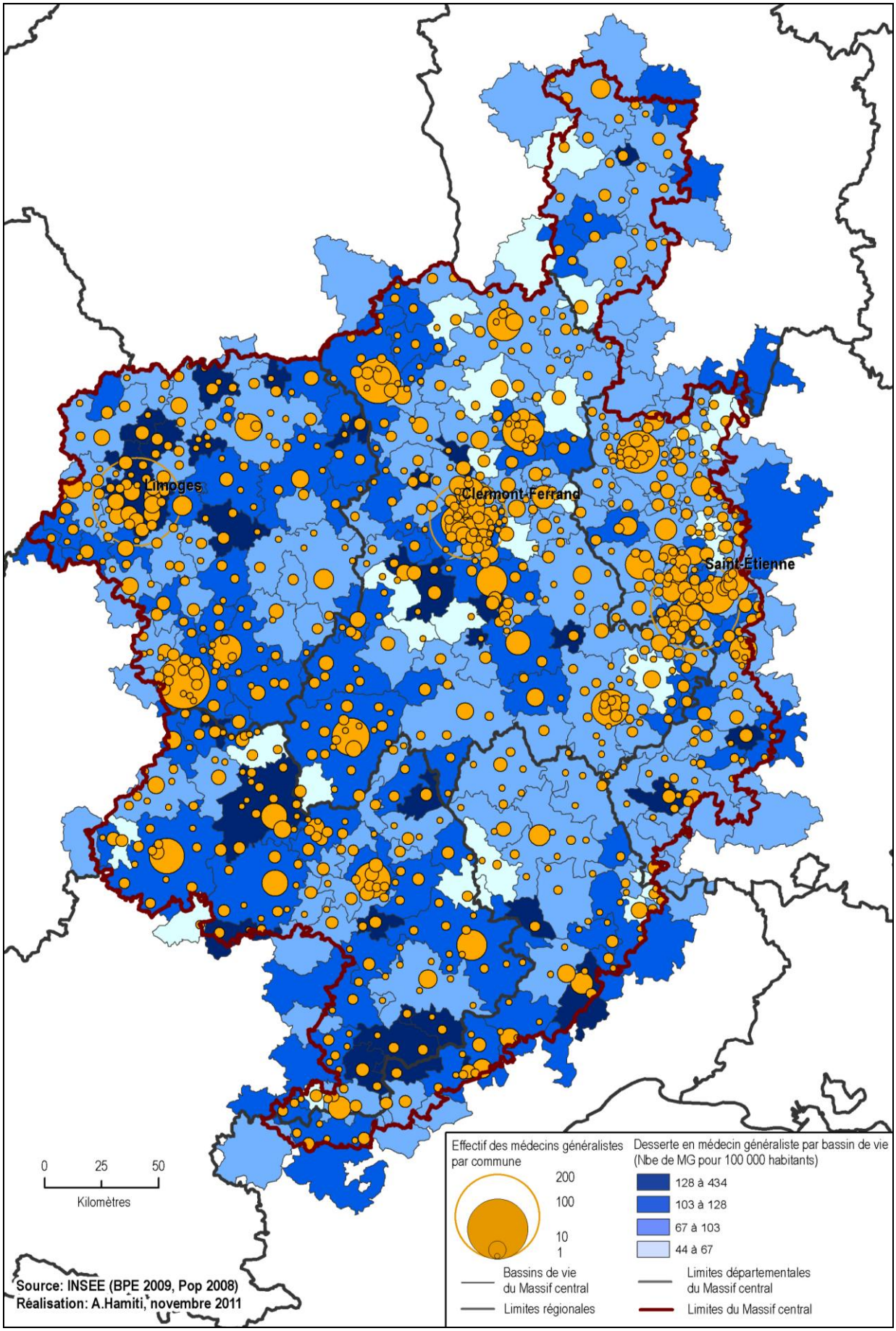


Figure 18. Un médecin généraliste en visite sur une exploitation agricole

Source: Figaro.fr.

Les aires urbaines ont été définies par l'INSEE afin de décrire l'influence des villes sur l'ensemble du territoire français. Le découpage est « fondé sur l'identification de pôles, unités urbaines concentrant au moins 1 500 emplois, puis sur la délimitation de leurs aires d'influence en s'appuyant sur les trajets domicile-travail de la population des communes avoisinantes. Cette approche fonctionnelle du territoire permet d'apprécier l'influence des villes au-delà de leurs limites physiques définies par la continuité du bâti » (Brutel et Levy, 2011)[45].

Nous avons calculé la desserte moyenne en médecin généraliste selon les aires urbaines de 2010 (figure 19), à partir de la base permanente des équipements de 2009. Pour chaque aire urbaine, nous avons additionné le nombre de total de médecins et le nombre total d'habitants. La desserte moyenne pour 100 000 habitants par aire a ensuite été calculée, avec un objectif de comparaison entre aire urbaine. Nous posons l'hypothèse que les populations des communes isolées, multipolarisées, appartenant à la couronne d'un petit et d'un moyen pôle et les communes appartenant à un petit ou moyen pôle, sont moins bien fournies en médecin généraliste que le reste des autres communes (communes multipolarisées des grandes aires urbaines, communes appartenant à la couronne d'un grand pôle et à un grand pôle) en raison de l'attractivité de ces derniers par rapport aux autres types d'aires urbaines.

Les aires urbaines du Massif central en 2010

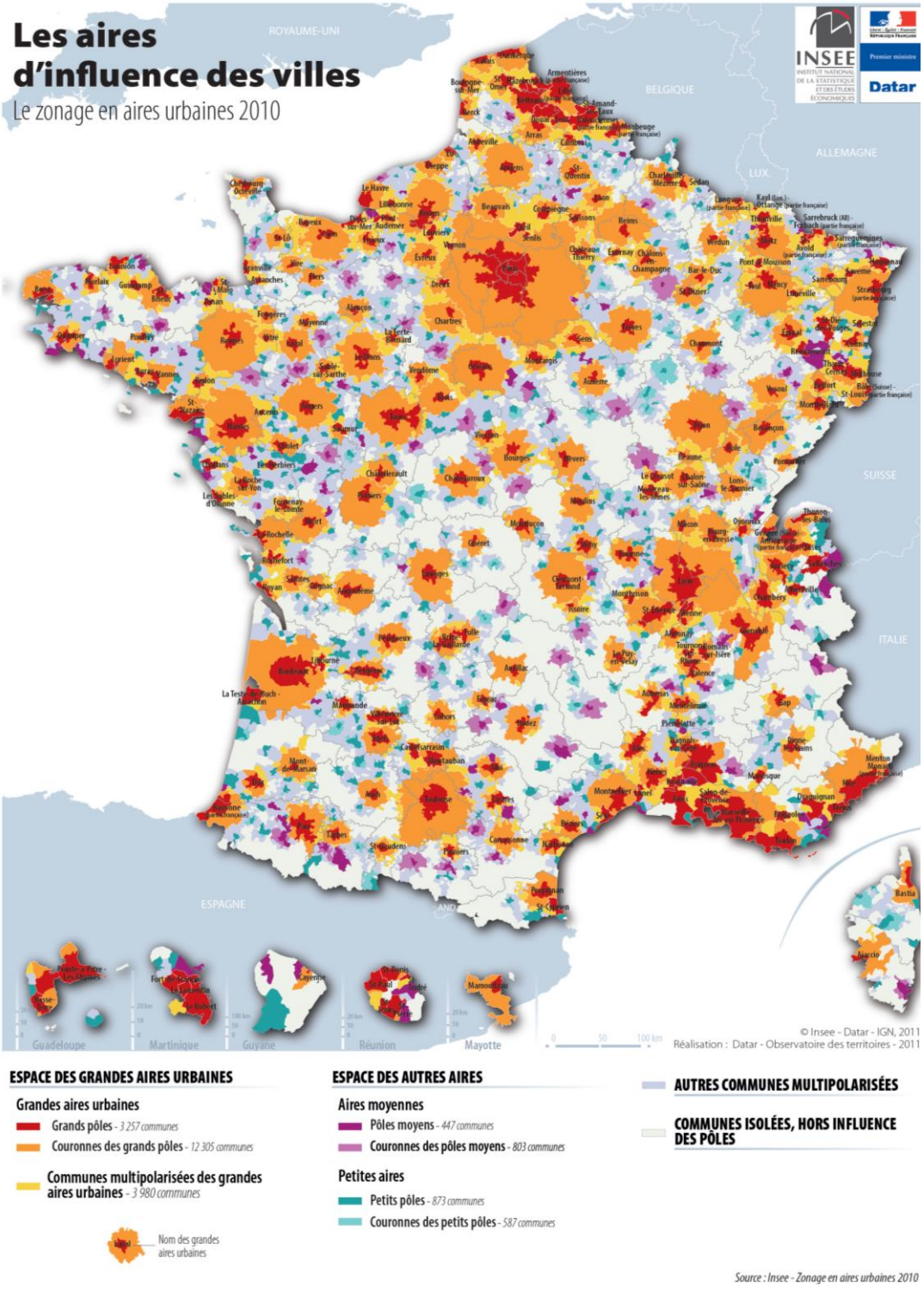
« Une aire urbaine ou "grande aire urbaine" est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci ».

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue également :
- les "moyennes aires", ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

[45] Chantal Brutel et David Levy (2011) *Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 : 95 % de la population vit sous l'influence des villes,* INSEE Première N°1374, octobre 2011.

- les "petites aires", ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
Le zonage est basé sur les données du recensement 2008.
La liste des communes est celle donnée par le Code officiel géographique (COG) au 01/01/2010. »

Figure 19. Les aires urbaines en France en 2010



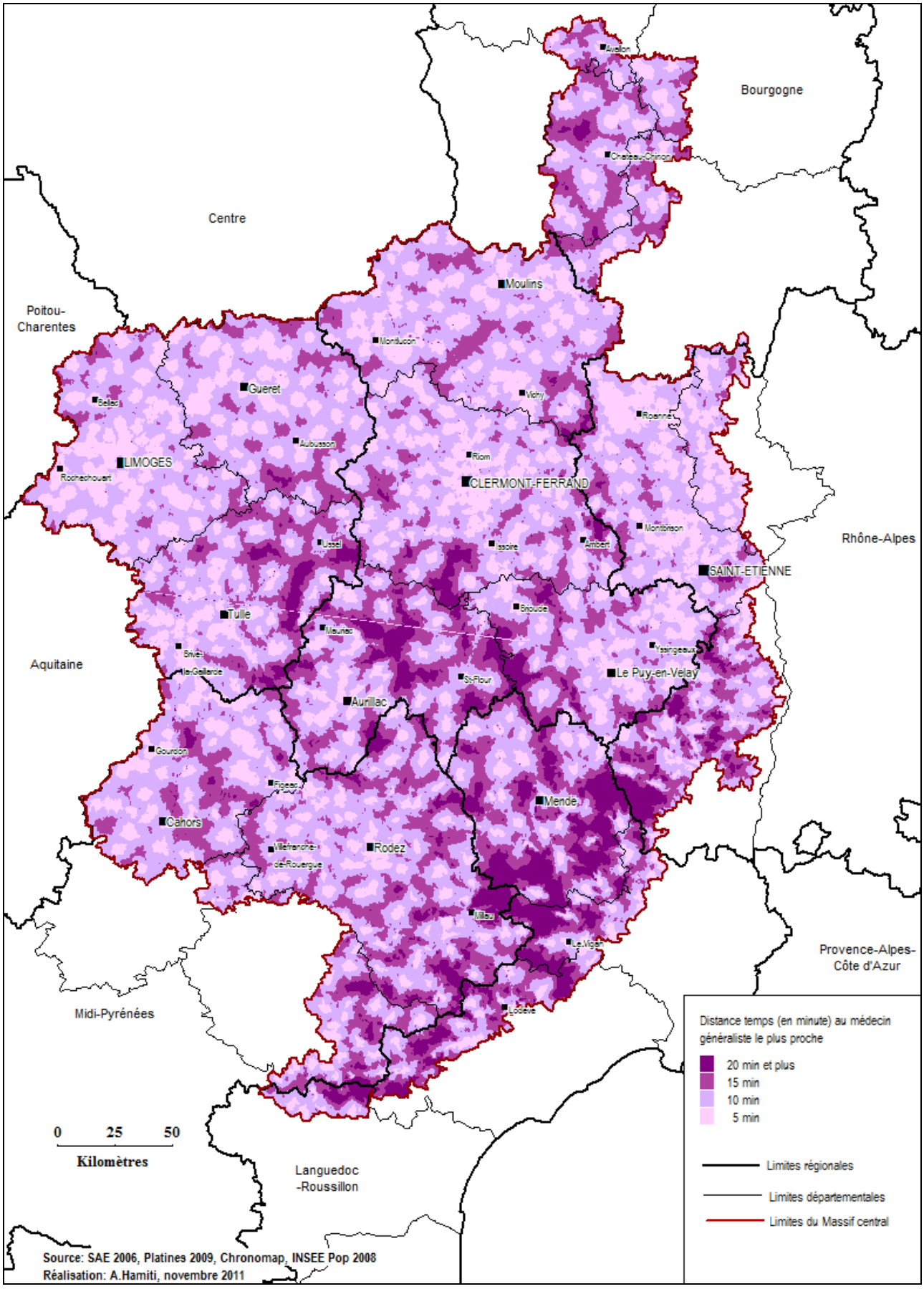
La distance-temps au médecin généraliste le plus proche

On dénombre 2 263 habitants éloignés de plus de 20 minutes du premier médecin généraliste (figure 20), principalement en zone de montagne, en Ardèche (676 hab.), en Lozère (516 hab.) et dans le Cantal (451 hab.). 18 439 habitants sont à 20 minutes d'un premier médecin : on en compte 2 072 en Ardèche, 2 917 dans l'Aveyron, 2 560 dans le Cantal, 2 347 dans la Corrèze, 2 269 en Lozère, et dans une moindre mesure, en Haute-Loire, dans le Puy-de-Dôme, dans le Gard et l'Hérault. On dénombre donc au total 20 702 habitants à 20 minutes et plus, soit 0,5% de la population totale du Massif central.
198 243 habitants sont à 15 minutes d'un premier médecin, 980 918 habitants à 10 minutes, 2 658 425 à 5 minutes. Cela représente une population totale de 3 837 586 habitants qui se situent à moins de 15 minutes d'un premier médecin.
La carte des distances-temps au médecin généraliste libéral le plus proche nous montre que les territoires les plus éloignés, c'est-à-dire situés à plus de 20 minutes, correspondent aux « dorsales » montagneuses, aux zones de confins et aux plateaux faiblement peuplés. Ainsi, on retrouve les hauteurs de la Margeride, partagées entre le Cantal, la Haute- Loire et la Lozère, le Mont Lozère, les Monts du Vivarais en Ardèche, en particulier au sud, la zone de confins avec la Lozère (où se situent en autres les communes de Saint-Laurent-des-Bains, Luc, Valgorge, La Bastide-Puylaurent). Aux confins des départements de la Lozère, de l'Aveyron et du Gard, sont visibles le Causse Méjean, le Mont Aigoual, une partie des Cévennes et le Causse Noir. Les zones de faiblesse se situent également sur les plateaux du Cézallier et les Monts du Cantal ou encore sur les contreforts du Massif au sud avec la Montagne Noire et les Monts de l'Espinouse.

Il est important de préciser que la carte des distances doit être considérée avec une certaine réserve, dans la mesure où la présence théorique d'un médecin ne traduit pas l'accès réel de la population à l'offre médicale. C'est la desserte, c'est-à-dire le nombre de professionnels par habitant, qui permet d'évaluer si l'offre est suffisante ou insuffisante pour la population d'un territoire. Pourtant, même avec ce ratio, plusieurs autres éléments sont à considérer afin d'analyser plus finement l'adéquation entre l'offre et les besoins sur un territoire. Par exemple, il faut prendre en compte l'activité moyenne d'un praticien. Ainsi, le nombre de patients pris en charge en une journée par un médecin libéral à temps plein ou à mi-temps n'est pas identique. On peut également considérer les caractéristiques de la population. L'âge en particulier, mais aussi le niveau de morbidité de la population peuvent être envisagés, car le recours au médecin sera plus ou moins fréquent selon ces indicateurs. Enfin, la présence d'instituts médico-sociaux de type EHPAD[46] ou de maisons d'accueil spécialisées pour personnes handicapées, influe sur les besoins en médecin généraliste, car la plupart de ces structures ne possèdent pas de médecins et sollicitent les libéraux. Le nombre de structures médico-sociales n'est donc pas négligeable dans les territoires du Massif central, avec un nombre important dans des départements tel que la Lozère ou la Corrèze (maisons d'accueil spécialisé, établissement et service d'aide par le travail, foyers d'hébergement et foyers de vie, centres d'habitat).

[46] Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Figure 20. Les temps d'accès au médecin généraliste le plus proche en 2009



Evolution et attractivité par commune

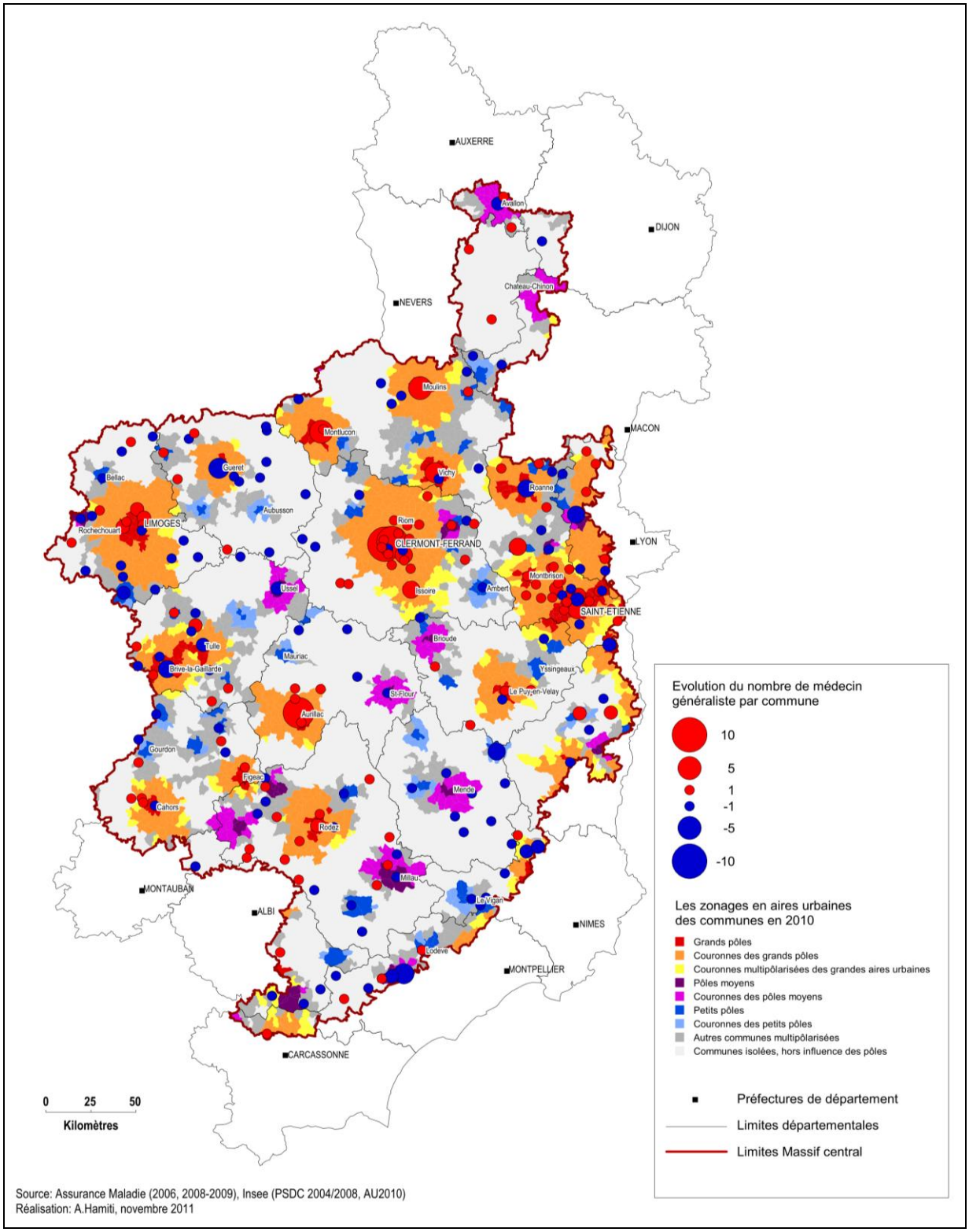
La carte de l'évolution des effectifs de médecins généralistes (figure 21) nous permet de visualiser à la fois les communes qui possèdent un nombre plus important de médecins en 2009 par rapport aux effectifs de 2006, mais aussi celles qui comptent moins de praticiens. En revanche, les communes qui ont perdu un médecin puis qui en ont récupéré un dans la même période ne sont pas visibles sur cette carte. Le décompte a été réalisé à partir de la base de données de l'Assurance maladie qui comptabilise la présence d'un médecin sur une commune sur le principe d'au moins un acte effectué. Nous avons donc réalisé une évolution à partir de la base SNIR[47] de l'Assurance maladie, sur des périodes différentes, 2006 et 2008-09. Cette carte des communes qui ont gagné ou perdu des médecins entre 2006 et 2009 nous offre certes une information partielle, mais nous signale, même sur une courte période, les territoires qui augmentent leur nombre de médecins généralistes, et ceux qui ont tendance à en perdre. Nous avons choisi de croiser ces effectifs de médecin, représentés par des points sur la carte, aux types d'aire urbaine les communes concernées sont rattachées (cf. figure 19).

Lors des échanges sur le terrain, a été soulignée à plusieurs reprises la difficulté d'installer un médecin lorsqu'il n'y avait pas eu de transmission directe de l'activité avec le praticien qui partait. Cette absence de continuité de l'offre sur le territoire provoque en effet des changements de pratiques de la population qui s'adapte progressivement. Ainsi, le risque pour les communes qui ont perdu un ou plusieurs médecins entre 2006 et 2009, est d'une part de pénaliser la population dans son accès aux soins, et d'autre part de connaitre plus de difficultés pour installer un nouveau praticien. Sur les 115 communes qui comptent un ou plusieurs médecins supplémentaires entre 2006 et 2009, 30 % sont des communes isolées hors influence de pôles et des communes multipolarisées, 51 % sont des communes appartenant à des grands pôles, à la couronne des grands pôles et multipolarisées des grands aires urbaines. Et seulement 9 % sont des petits et moyens pôles. En terme d'altitude, la majorité des communes qui gagnent des médecins est située à moins de 500 mètres d'altitude (65%)[48]. Toutefois, sept communes sont situées à plus de 800 mètres, dont cinq à plus de 1 000 mètres (Saint-Chély-d'Aubrac, Saint-Cirgues de Jordanne, Chambon-le-Château, La Bourboule et le Mont-Dore). On constate donc que des territoires assez élevés en altitude renouvèlent bien leurs médecins. Pour ce qui est des communes qui perdent des médecins entre 2006 et 2009, on en recense 113, dont 15 communes avec plus d'un médecin non remplacé. Ainsi, Guéret et Bédarieux ont perdu 4 médecins, tandis que Tarare, Langogne, Roanne et Brive-la-Gaillarde comptent 3 médecins en moins. Parmi ces 15 communes qui ont perdu plus d'un médecin entre 2006 et 2009, certaines possèdent un nombre de médecins par bassins de vie supérieur à la moyenne nationale, ce qui permet de relativiser l'impact de cette perte. C'est le cas d'Ussel, de Brive, de Bédarieux et de Lamalou ou encore La Talaudière.

[47] Système national inter-régimes (système d'information qui renseigne notamment sur le nombre et la localisation des professionnels en exercice (libéral et mixte)).
[48] Altitude au centroïde de la commune, INSEE.

Toutefois, pour dix d'entre elles, la desserte du bassin de vie à laquelle appartiennent ces communes en 2009 est inférieure à 100 médecins pour 100 000 habitants, voire plus bas encore pour La Grand-Combe (62) et Saint-Florent-sur-Auzonnet (72) dans le Gard, ou encore Tarare (78) dans la Loire.

Figure 21. Evolution des effectifs de médecins généralistes par commune entre 2006 et 2009

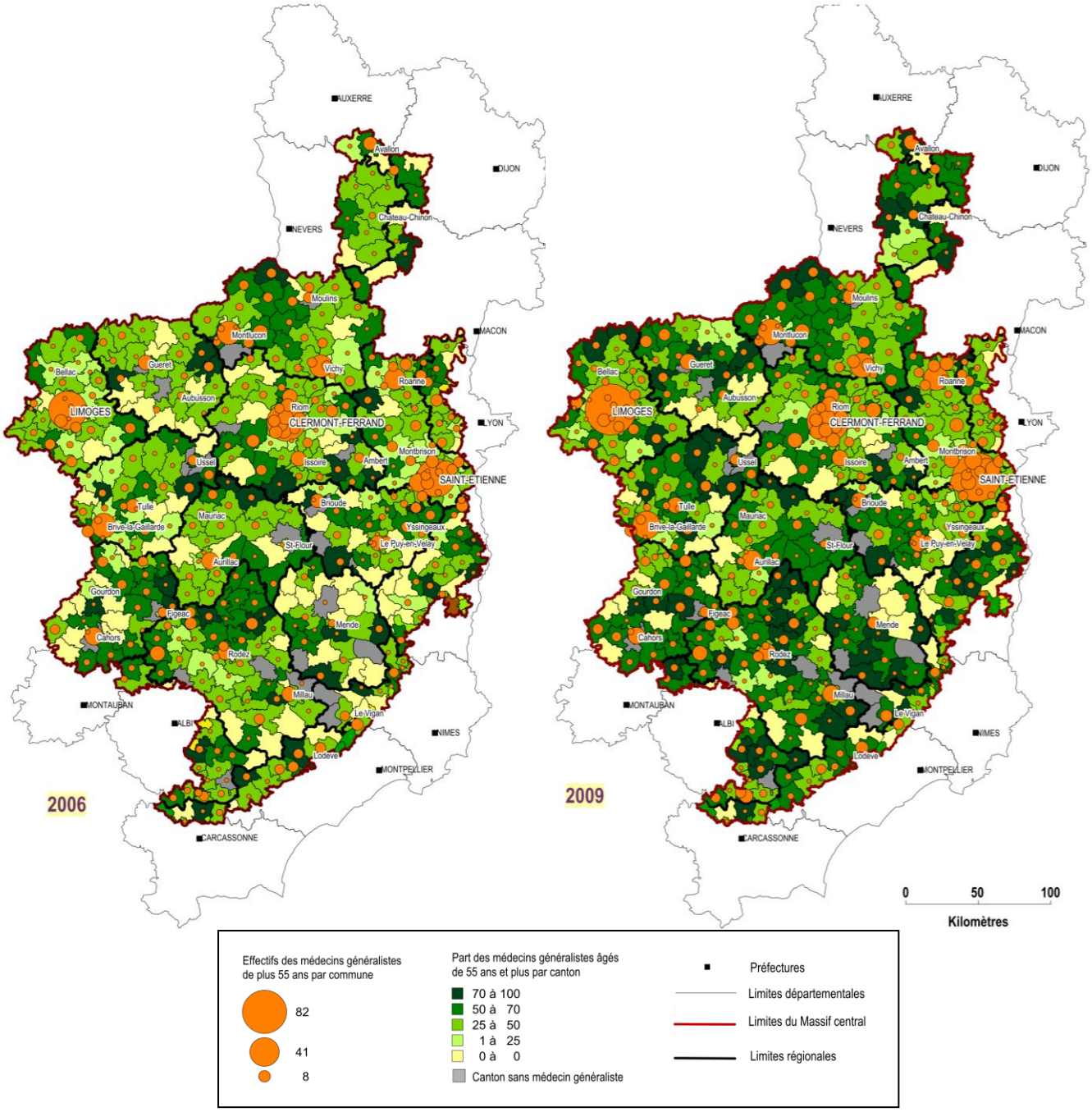


Ainsi, les départements qui recensent le plus de communes avec des médecins en moins sont l'Aveyron, la Creuse et le Haute-Vienne, et dans une moindre mesure la Corrèze, la Loire et la Lozère. Sur les 113 communes avec un ou plusieurs médecins en moins, 31 communes, dont 8 qui comptent plus de 1 000 habitants, ont perdu le seul médecin qu'elles possédaient. Ces 31 communes se situent pour 68 % dans des bassins de vie où les dessertes en médecin généraliste sont inférieures à la moyenne nationale (103 pour 100 000 habitants), voire très en dessous pour certains bassins de vie (Lapalisse dans l'Allier avec 57, Bourbon-Lancy avec 53 ou Gueugnon avec 69 en Saône-et-Loire, Allassac avec 70 en Corrèze). A l'opposé et depuis 2009, certaines communes ont installé de nouveaux médecins, à l'exemple de Condat dans le Cantal dont la desserte du bassin de vie était de 44 médecins pour 100 000 habitants. En termes d'altitude, 68 des communes qui ont perdu des médecins se situent à moins de 500 mètres d'altitude (60%), 16 à plus de 800 mètres dont 3 à 1 000 mètres (La Bastide-Puylaurent, Le Pont-de-Monvert et Rieutort-de-Randon). Le critère de l'altitude d'une localité comme facteur repoussant ou attractif à l'installation d'un médecin n'est pas significatif. Même si le nombre de communes à plus de 800 mètres qui ont perdu un ou plusieurs médecins n'est pas négligeable (16 communes), on observe sur la même période une augmentation de médecins pour 7 communes situées à la même altitude moyenne (sans compter les transmissions qui ne sont pas visibles dans ces données), parmi lesquelles 5 sont à plus de 1 000 mètres.

Nous nous sommes demandés si ce sont les territoires éloignés des centres urbains (communes rurales isolées et multipolarisées) avec un faible dynamisme démographique et un manque d'attractivité pour les nouvelles populations (Insee 2010), qui voyaient leur nombre de médecins décliner. Ainsi, nous avons pu constater que sur les 113 communes qui ont perdu au moins un médecin entre 2006 et 2009, 56 appartiennent à l'espace rural (communes isolées et communes multipolarisées) soit presque 50%, tandis que 25 appartiennent à un petit ou moyen pôle et leurs couronnes, 13 à un grand pôle et 19 communes situées dans la couronne d'un grand pôle ou les multipolarisées des grandes aides urbaines. Toutefois, sur les 56 communes de l'espace rural qui ont perdu au moins un médecin, la moitié a gagné de la population entre 1999 et 2008 (entre 0 et 19% d'augmentation, ce qui correspond en nombre d'habitants à une augmentation entre 1 habitant et 120 habitants). Autrement dit, sur les 113 communes, seulement 22 communes (19%) dont le solde démographique est négatif sont isolées ou multipolarisées. Par ailleurs, nous constatons que certaines communes de l'espace rural ont perdu leur médecin tandis que les communes voisines en ont gagné un. Ceci peut s'expliquer par le départ à la retraite d'un médecin dont le remplacement s'est fait au profit de la commune voisine, ou bien par le déménagement d'un même médecin d'une commune à l'autre pour différentes raisons, notamment le regroupement dans une maison de santé. On peut observer ce phénomène en Haute-Vienne (Magnac-Laval / Saint-Léger-Magnazeix) ou dans la Creuse (Dun-le-Palestel / Villard et à cheval avec la Corrèze, Peyrelevade / Faux-la-Montagne). On peut également observer que certains secteurs cumulent le déclin du nombre de médecins. C'est le cas en Lozère, avec 11 médecins en moins sur cette période, mais également de la moitié est de la Creuse qui perd 12 médecins, ou de Bédarieux et Lamalou qui perdent ensemble 6 médecins généralistes. Quatre grands pôles perdent de la population et des médecins (Guéret, Annonay et Roanne, La Talaudière se

plaçant différemment dans l'aire urbaine de Saint-Etienne), cinq pôles moyens (Saint-Flour, Ussel, Feurs, Tarare et Avallon) et cinq petits pôles (Le Vigan, Ambert, Bellac, Cours-la-ville et Saint-Yreix-la-Perche). Ainsi, les communes rurales qui ont perdu au moins un médecin, pour la moitié d'entre elles, connaissent une dynamique démographique positive, même si cette évolution est légère et correspond à un nombre d'habitants faible (une moyenne de 54 habitants par commune, entre un et 120 habitants). Les besoins restent les mêmes, voire augmentent avec le vieillissement de la population (la part de la population des plus de 75 ans s'accroît dans ces territoires).

Figure 22. Effectif et part des médecins généralistes de plus de 55 ans dans les cantons du Massif (en 2006 et en 2009)



Source: Assurance Maladie (2006, 2008-2009), Insee (PSDC 2004/2008)
Réalisation: A.Hamiti, novembre 2011

Une forte augmentation des médecins de plus de 55 ans

La carte de l'évolution de la part des médecins de 55 ans et plus entre 2006 et 2009 (figure 22) nous permet d'apprécier le phénomène de vieillissement que connaissent les territoires du Massif central. L'étude du vieillissement des médecins généralistes est basée sur le calcul de la part des médecins âgés de 55 ans et plus sur l'ensemble des médecins généralistes. Nous avons repris une analyse de 2006 à l'échelle des cantons, et nous avons établi un comparatif avec la desserte de 2009. Ainsi, sur le Massif central, la part moyenne des médecins de 55 ans et plus a augmenté de 28% en quatre ans, passant de 32,5% à 41,6% de 2006 à 2009, selon la base de données SNIR de cartos@nté. Les territoires qui connaissent un vieillissement particulièrement marqué de leurs médecins généralistes sur le Massif central, sont les bocages de l'Allier, le Morvan, la Corrèze et globalement la région Limousin, le Cantal, notamment le Pays de Saint-Flour, l'Aveyron, le sud de la Lozère, le centre de l'Ardèche, et enfin le sud du Massif central à l'est du Tarn. Sur ces différents territoires, on observe une accumulation de cantons qui comptent 70 à 100% des médecins qui sont âgés de 55 ans et plus.

Le nombre de médecins généralistes libéraux sur le Massif central approchant de la retraite augmente de manière importante. La part moyenne des médecins âgés de plus de 55 ans a fortement augmenté, passant de 32 % à 41 % entre 2006 et 2009. Si le vieillissement des médecins est également généralisé sur le territoire national, les territoires cibles du Massif central sont particulièrement touchés (sur des secteurs qui cumulent 70 à 100 % de la part des médecins). Près de 20 000 personnes se situent à 20 minutes et plus du médecin généraliste le plus proche. Cette population habite principalement sur les « dorsales » montagneuses, dans les zones de confins interdépartementales et sur les plateaux faiblement peuplés.

2. La profession infirmière bien représentée en évolution

Profession majoritairement féminine, elle est la plus nombreuse et globalement les territoires du Massif central connaissent une bonne desserte en moyenne en soins infirmiers. En 2009, on dénombre sur le Massif 4 994 infirmiers libéraux, soit une desserte moyenne de 129 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (figure 23). Ce ratio est plutôt favorable car en France métropolitaine, les infirmiers libéraux sont au nombre de 64 185 pour 62 134 866 habitants, soit une desserte de 103,2 infirmiers pour 100 000 habitants. En 2006, à partir de la base cartos@nté, on dénombrait une desserte de 114,6 pour le Massif central, contre 86,6 au niveau national. La base de l'équipement permanent considère seulement les professionnels libéraux. Dans le cas des infirmières, un certain nombre de professionnels exerce en tant que salariés dans des structures associatives ou Mutualité. Ces spécificités expliquent l'absence ou la faible desserte de certains bassins de vie, par exemple en Corrèze (entre Meymac et Ussel avec la Mutualité sociale agricole), sur le secteur de Laguiole dans l'Aveyron également avec une association salariant des infirmières. Au nord de la Lozère on recense quatre centres infirmiers[49]. De manière très majoritaire, les bassins de vie du Massif central connaissent une

[49] Nous n'avons pas connaissance d'une base de données des professionnels par commune sous un régime autre que libéral pour les six régions du Massif, ce qui nous a empêché d'établir une carte plus proche de la réalité, en tenant compte des différentes formes d'exercice qui existent pour cette profession.

desserte égale voire au dessus de la moyenne nationale. Le département de la Nièvre, une partie de la Loire et de la région Auvergne connaissent des dessertes moyennes en infirmiers libéraux.

A partie de l'étude DREES menée en 2006, et lors des entretiens des études locales sur le Massif, nous avons extrait quelques enjeux de cette profession paramédicale à la croisée des chemins, en particulier dans sa dimension libérale et rurale. Les effectifs, essentiellement féminins (88 % en 2006), croient sans discontinuer. C'est une profession qui continue de recruter (Barlet et Cavillon, 2010). Les auteurs expliquent qu'« *en 2008, on remarquait que malgré les augmentations du quota à l'inscription (en 2000 et 2003) face aux besoins croissants d'infirmiers, le nombre d'inscrits était en dessous du quota fixé.* […] *Ces professionnelles s'installent majoritairement dans la région d'obtention de leur diplôme (78% sur la période 2006-2009, à partir des données ADELI)* ». Les infirmières libérales représentent 15 %[50] de l'ensemble des infirmières en exercice, contre 71 % à l'hôpital. Elles exercent principalement en cabinet individuel mais une proportion croissante exerce en cabinet de groupe (Barlet et Cavillon, 2010). Même si les salaires sont variables selon les établissements et l'activité, beaucoup s'accordent à dire qu'ils sont proches en libéral et en salariat, à heures égales de travail. Le manque en infirmier que la France a connu durant la dernière décennie touche surtout les établissements hospitaliers. L'augmentation du nombre de professionnels formés n'a pas pallié les besoins des établissements. En effet, les jeunes diplômés infirmiers ont depuis dix ans tendance à s'installer en libéral plutôt qu'à exercer en salariat dans les établissements de soins (Vilbrod et Douguet, 2006). Par ailleurs, la mise en place de nouvelles mesures ministérielles dans certains secteurs médicaux et médico-sociaux, établissant des priorités de santé publique et des normes de nombre de professionnels selon des actes spécifiques (chimiothérapie par exemple), a eu pour conséquence de solliciter davantage de personnels infirmiers, sans pour autant prévoir une augmentation du personnel à former (Cour des Comptes, 2006)[51].

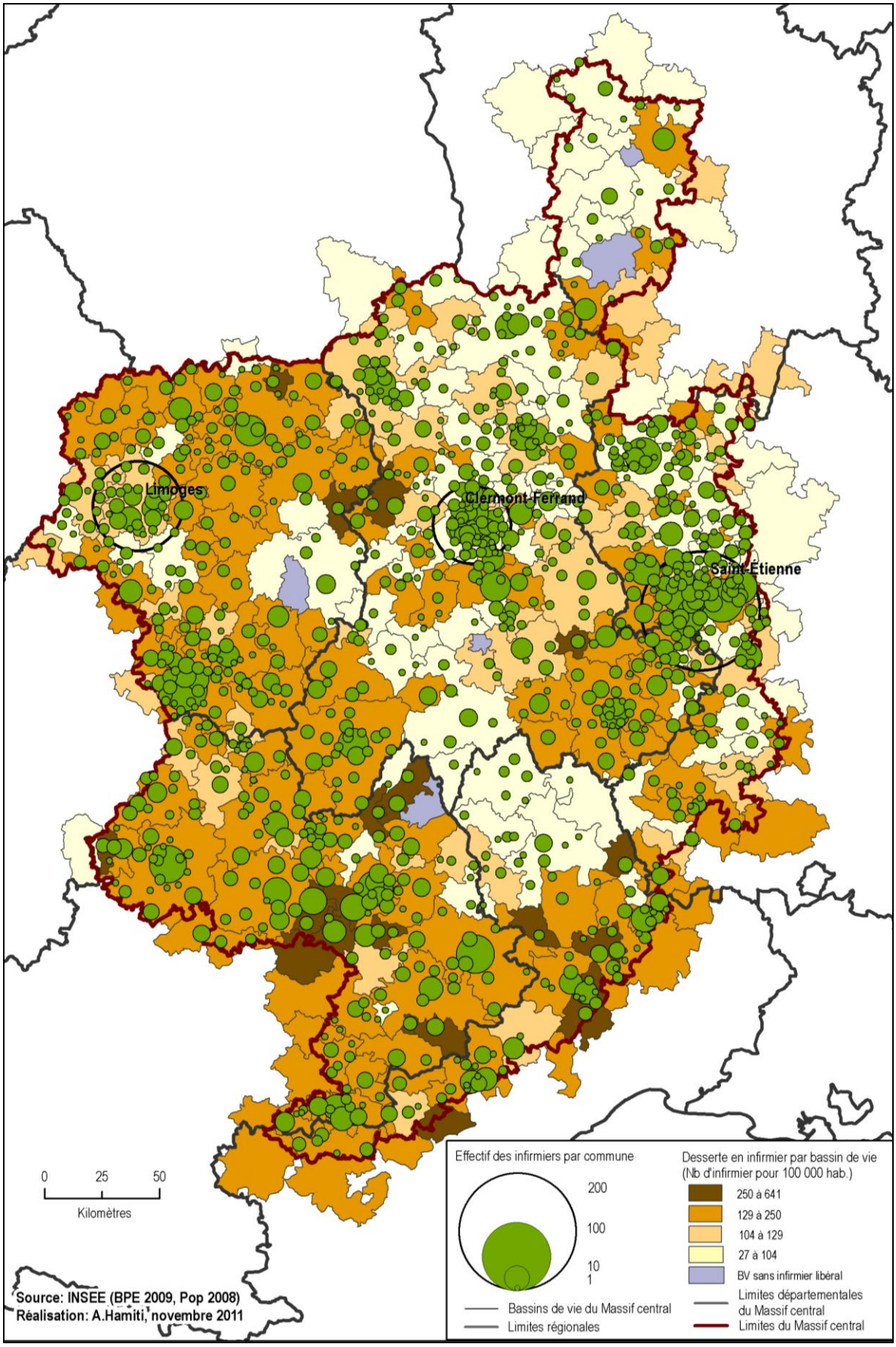
L'activité des infirmières libérales se décline en deux types d'acte. Il y a d'une part les actes de soins infirmiers (AIS) qui renvoient à l'hygiène associé à la toilette dite de « nursing » et les actes médico-infirmiers réputés plus « techniques ». Les soins de « nursing » correspondent à 35% de leur activité en 2008. Entre les aides-soignants et les médecins, les frontières entre les rôles de chacun sont minces. Les honoraires des infirmiers, comme pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, sont fixé par un système de paiement à l'acte défini dans le cadre d'une convention avec l'Assurance maladie. Toutefois, l'activité des infirmières, aux horaires et conditions de travail éprouvants, est marquée par une forte dimension relationnelle méconnue et donc peu reconnue. S'il requiert des aptitudes techniques, c'est « *un métier où l'on s'implique, où l'on donne de soi* », et bien souvent on est amené à outrepasser son rôle pour gérer la famille, « dépanner » des patients souvent âgés, dépendants et seuls (Vilbrod et Douguet, 2006).

Les infirmières libérales sont amenées à intervenir essentiellement à domicile. La population se déplace très peu au cabinet. C'est pourquoi, ces professionnels passent beaucoup de temps dans leur voiture. Les distances qu'elles parcourent journellement

[50] en 2009, selon la base Adeli, DREES.

[51] La Cour des Comptes (2006) *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, p 69 et p74.

Figure 23. Effectif et desserte des infirmiers en 2009 sur le Massif central



varient entre 80 et 250 km, voire plus, en particulier lorsque les habitations sont dispersées. L'indemnité forfaitaire de déplacement, au kilomètre, est moins bien remboursée que le médecin pour la même distance. Selon une étude CNAMTS en 2003, 19 % du revenu annuel moyen dépendait des déplacements. Pour les territoires de montagne, la part des remboursements liés aux déplacements est plus importante en rapport avec un prix kilomètre supérieur.

Dans le contexte de tensions croissantes autour de la démographie médicale, le rôle et les missions de la profession infirmière sont soumis à discussion. La revue *Prescrire* d'août 2012 reprend les conclusions de l'étude menée par l'OCDE sur les « pratiques infirmières avancées » dans 12 pays. Ainsi, dans plusieurs pays, les missions des infirmiers évoluent et s'élargissent au profit soit de tâches effectuées auparavant par des médecins (afin, pour la plupart des cas, de palier le manque de praticiens et pour améliorer l'accès aux soins), soit pour de nouvelles tâches (en vue d'améliorer la qualité des soins face notamment au développement des maladies chroniques et des nouvelles prises en charge). Ces infirmiers sont amenés à réaliser des consultations, à établir des diagnostics, à prescrire des médicaments ou encore à décider d'examens complémentaires. Malgré l'ancienneté de certains dispositifs, cette évolution ne concerne toutefois qu'un nombre limité d'infirmiers. En France, on compte en 2012 encore peu de coopérations formalisées entre médecins et infirmiers. Les principaux freins au développement de ce rôle élargi des infirmiers sont l'opposition des médecins, qui redoutent une perte d'activité et craignent dans les cas de faute professionnelle la responsabilité juridique. La faible proportion de l'exercice groupé et pluridisciplinaire, le paiement à l'acte et la complexité de la législation en l'état sont également des obstacles. Malgré les obstacles identifiés, plusieurs préconisations ont été formulées par le centre d'analyse stratégique en décembre 2011, dont la création d'un statut et d'un diplôme d'infirmier clinicien, l'expérimentation de consultation infirmière de première ligne, le suivi des patients atteints de pathologies chroniques par un infirmier clinicien, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération ou encore la structuration d'une formation dédiée aux soins primaires (qui réuniraient les filières médicale, paramédicale et pharmaceutique). Dans ces différents débats sur les soins primaires, nous pouvons remarquer l'absence de réflexion sur l'implication des aides-soignants, présents notamment dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), alors même que leurs rôles pourraient être davantage valorisés.

La Massif central possède une bonne desserte moyenne en infirmières libérales en 2009 à l'échelle des bassins de vie. Des besoins importants et croissants se font sentir, liés en particulier au vieillissement de la population et au développement du maintien à domicile. Les conditions de travail peuvent être difficiles, avec de grandes tournées, beaucoup de temps sur les routes, et une disponibilité avec les patients qui se réduit de plus en plus. Des réflexions de plus de plus nombreuses envisagent une redistribution des rôles et des tâches au sein des professionnels de premier recours, en particulier dans un contexte de démographie médicale accrue, en faveur d'une valorisation du rôle d'infirmier.

3. Une demande croissante de masseurs-kinésithérapeutes qui viennent à manquer

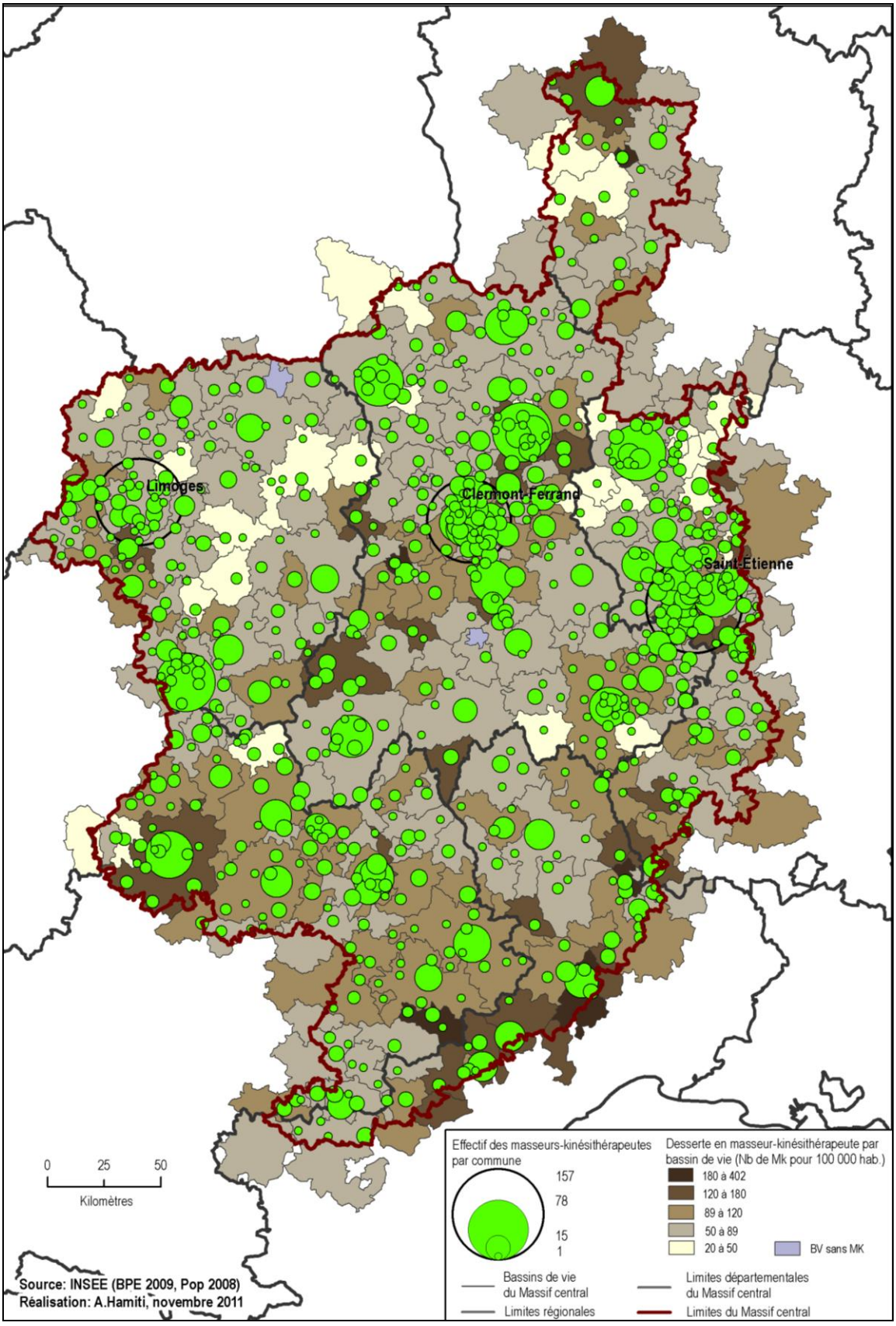
En France métropolitaine, les masseurs-kinésithérapeutes sont au nombre de 54 808, soit une desserte de 88 pour 100 000 habitants (figure 24). Le Massif central affiche une desserte moyenne légèrement inférieure avec 84 masseur-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants (3 248 professionnels en activité). Dans le détail, 62 % des bassins de vie du Massif possèdent une desserte en masseur-kinésithérapeutes inférieure à la moyenne nationale. Près de 2 200 000 personnes (soit 55% de la population du Massif) sont concernées par ces dessertes moyennes et faibles. Ces territoires correspondent à quasiment l'ensemble de la région Limousin, plus de la moitié des territoires de l'Auvergne, la Loire, le centre-nord de la Lozère et une partie du Tarn. Près de 250 000 habitants vivent dans des bassins de vie comprenant une desserte de moins de 50 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Ces faibles dessertes touchent le nord de la Loire (Saint Germain-Laval-Lespinasse, Noirétable, Saint-Just), une partie du Morvan (Corbigny, Château-Chinon), de la Creuse (Aubusson, Auzances), et les bassins de Treignac, Eymoutiers et Uzerche. Répartie sur 38 bassins de vie, cette population défavorisée compte en moyenne 13% de personnes âgées de 75 ans et plus. Certains bassins de vie réunissent même 18% et plus de personnes âgées (Treignac en Corrèze, Eymoutiers et Le Dorat en Haute-Vienne).

Profession paramédicale jeune et qui se féminise, les masseurs-kinésithérapeutes exercent majoritairement en libéral (80%)[52], avec une tendance au regroupement (Matharan, Micheau et Rigal, 2009)[53]. Le nombre d'étudiants formés est contrôlé par un quota. Toutefois, des professionnels étrangers et français aux diplômes étrangers intègrent le système de santé en grand nombre (presqu'autant que la filière nationale). L'étude de l'ONDPS[54] explique : pour ce métier, « *le travail ne manque pas, quelque soit le mode d'exercice* ». Professionnels de proximité, les masseurs-kinésithérapeutes sont bien présents dans les communes rurales et de moins de 5000 habitants, à 18,2 % contre 11,2% pour les infirmiers et 9,3% pour les médecins généralistes. Spécialiste du massage et de la gymnastique médicale, on constate une grande hétérogénéité des protocoles de soins, en particulier chez les libéraux (thérapeutiques variées, avec ou sans massage, avec ou sans physiothérapie, avec des méthodes et techniques particulières ou bien des durées de consultation variable). Les masseurs-kinésithérapeutes exercent donc à la fois dans un cadre formel contraint (rémunération à l'acte) mais avec une grande souplesse dans la pratique. L'exercice libéral, plus attractif par rapport au salariat, présente les avantages d'une patientèle diversifiée, une meilleure rémunération et une indépendance de gestion de l'activité. L'exercice au domicile des patients tend à se réduire en raison d'une perte de gain par rapport à l'exercice en cabinet, et ce malgré une indemnité de déplacement considérée comme faible. De plus, les orientations techniques de la formation initiale incitent à un exercice en cabinet avec des appareillages de plus en plus importants (Etude Pays des Combrailles, 2010, Coheo et Tamalou). Ainsi, les soins à domicile présentent

[52] En 2009, selon Adeli, DREES.
[53] Judith Matharan, Julie Micheau et Elsa Rigal (2009) *le métier de masseur-kinésithérapeute*, Plein sens, ONDPS.
[54] Observatoire national de la démographie des professions de santé.

des conditions matérielles et financières moins bonnes, sans toutefois disparaître en raison des besoins.

Figure 24. Effectif et desserte des masseurs-kinésithérapeutes en 2009 sur le Massif central



Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des polypathologies qu'il est important de prendre en charge globalement et selon des modalités spécifiques, notamment à domicile. Certains experts en santé publique et des représentants de la profession s'orientent vers de nouvelles collaborations avec d'autres professions, en particulier avec les aides-soignantes et les infirmières. La prise en charge devenant trop coûteuses pour les pouvoirs publics, des délégations de tâche sont envisagées, par exemple des actes « simples » pourraient être réalisés par des aides-soignantes, afin que les kinésithérapeutes se consacrent aux cas les plus lourds.

La desserte moyenne des masseurs-kinésithérapeutes du Massif est proche mais en dessous de la desserte moyenne nationale (84 et 88 professionnels pour 100 000 habitants). 38 bassins de vie, comprenant 250 000 habitants, ont une faible desserte avec moins de 50 praticiens pour 100 000 habitants (en particulier en Limousin, dans le Morvan et la Loire). De plus, ces territoires comptent une part importante de personnes âgées de 75 ans et plus, soit 13 % en moyenne, mais avec des bassins de vie où cette part peut atteindre jusqu'à 24% (Treignac en Corrèze). L'augmentation de polypathologies liée au vieillissement de la population, entraîne une augmentation des besoins de soins en kinésithérapie. Pour faire face, notamment financièrement pour les pouvoirs publics, des collaborations et délégations de tâches sont envisagées en particulier avec les aides-soignantes et infirmières.

4. Une présence des dentistes déficitaire

On comptabilise sur le Massif 2 184 chirurgiens-dentistes, soit une desserte moyenne de 56,5 pour 100 000 habitants (figure 25). En France métropolitaine, on dénombre 38 326 dentistes pour 62 134 866 habitants, soit une desserte de 61,6 dentistes pour 100 000 habitants. En 2006, à partir de la base cartos@nté, on comptait une desserte de 52,9 pour le Massif central et 59,5 au niveau national. Si les chiffres sont variables d'une source de données à l'autre, il faut retenir l'écart observé entre la moyenne nationale, celle du Massif et enfin celle des différents bassins de vie. 193 bassins de vie ont une desserte en chirurgien-dentiste libéral inférieure à la moyenne nationale, soit 70 % des bassins de vie situés en entier ou en partie dans les contours du Massif. La région Limousin, le département de l'Allier, de la Loire et une partie de l'Aveyron et de la Lozère sont particulièrement concernés par ces densités moyennes.

Pour certains bassins, la desserte atteint même un chiffre inférieur à 37 dentistes libéraux pour 100 000 habitants (en rose très clair sur la carte). C'est notamment le cas dans le Morvan élargi (Luzy, Château-Chinon, Etang-sur-Arroux, Guenon, Lormes), dans l'Allier (Lapalisse, Saint-Germain-des-Fossés, Dompierre-sur-Besbre, Bourbon-l'Archambault) en Limousin (19 bassins de vie), dans le centre de la Loire (Boën, Feurs, Balbigny), et dans les bassins de vie limitrophes de l'Ardèche, de la Haute-Loire et de la Lozère (Langogne, Le Monastier, Saint-Agrève, Saint-Martin-de-Valamas, Les Vans, Largentière, Lalevade d'Ardèche). Ces très faibles densités touchent 675 673 personnes sur le Massif. A l'instar des centres infirmiers, il faut tenir compte des centres dentaires qui salarient les praticiens, ce qui permet de relativiser certaines faibles dessertes ; c'est le cas de Varennes-sur-Allier (Allier). Les centres dentaires se situent toutefois pour la

plupart dans les villes grandes et moyennes. Concernant la distance temps au chirurgien-dentiste le plus proche (figure 26), 476 246 habitants (sur 1515 communes) sont éloignés de 20 minutes du dentiste le plus proche, 30 420 se situent à 30 minutes (sur 148 communes, dont la majorité se situe dans les départements de l'Aveyron, de l'Ardèche et de la Lozère, ainsi que l'Héraut, le Lot et la Haute-Loire). Enfin 3 201 habitants (sur 14 communes) se trouvent à plus de 30 minutes d'un dentiste (Ardèche, Gard et Lozère).

90 % des chirurgiens-dentistes sont des libéraux, en cabinet seul ou en association. L'organisation des soins dentaires se caractérise par une inégalité territoriale forte au niveau de l'offre libérale. Les praticiens se concentrent sur les grandes agglomérations, délaissant les communes rurales et de moins de 10 000 habitants[55]. Les facteurs explicatifs, au même titre que les médecins, sont la recherche d'une qualité de vie urbaine et un emploi pour le conjoint. Les dentistes cherchent également à rentabiliser un plateau technique coûteux et souhaitent réaliser des soins « sophistiqués », ce qui les poussent vers les aires urbaines peuplées (Rigal et Micheau, 2007). Si les soins primaires d'entretiens et de prévention sont essentiels pour la population, ils ne sont pas recherchés dans l'activité quotidienne des professionnels. Les actes tels que la pose de prothèse et l'orthodontie sont plus rémunérateurs. Ainsi, comme le souligne le cabinet Cohéo et Tamalou, « *au manque d'attractivité du milieu rural s'ajoute la spécificité d'une activité moins rentable* […] *L'émergence de difficultés d'accès aux soins d'une population âgée aux faibles revenus et qui se traduit par un renoncement aux soins mal remboursés complexifie la situation et démontre bien s'il en est besoin que les difficultés démographiques des professionnels peuvent parfois masquer une inadaptation plus profonde de notre système de soins* » (Coheo et Tamalou, 2010).
Même si on constate une amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire, en particulier chez les enfants, en 2004, 6,5% de la population déclaraient avoir renoncé ou reporté des soins (prothèses ou orthodontie) pour des raisons financières (Collet et Sicart, 2007).

La mise en place d'un *numerus clausus* a eu pour conséquence le ralentissement de la croissance démographique, voire sa diminution à partir de 2004. Les autorités de santé ont réagi à cette diminution, face à l'augmentation de nouveaux besoins et des demandes de prise en charge plus complexes. En 2008, le *numérus clausus* a été augmenté selon les besoins des territoires. En effet, partant du constat qu'une partie des étudiants s'installaient dans la région de leurs études, le Conseil national des chirurgiens-dentistes a élevé le *numerus clausus* à la « carte » selon les facultés, avec pour objectifs d'agir sur la répartition régionale des jeunes diplômés.[56]
Même si les âges moyens des dentistes par bassins de vie ne sont pas disponibles, de plus en plus de professionnels en milieu rural rencontrent des difficultés pour transmettre leur activité au moment de leur départ en retraite. En réponse à ces manques en milieu rural, les facultés d'odontologie ont développé des dispositifs incitatifs, par exemple pour réaliser les stages en rural, et par là sensibiliser les étudiants à ces territoires.

[55] Marc COLLET et Daniel SICART**,** Etudes et Résultats n° 594 et 595 (septembre 2007) : *Les chirurgiens-dentistes en France - démographie et horizon 2030.*
[56] *Le numerus clausus des chirurgiens-dentistes portés à 1 097 étudiants*, 13/03/2009, http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

Figure 25. Effectif et desserte des chirurgiens-dentistes en 2009 sur le Massif central

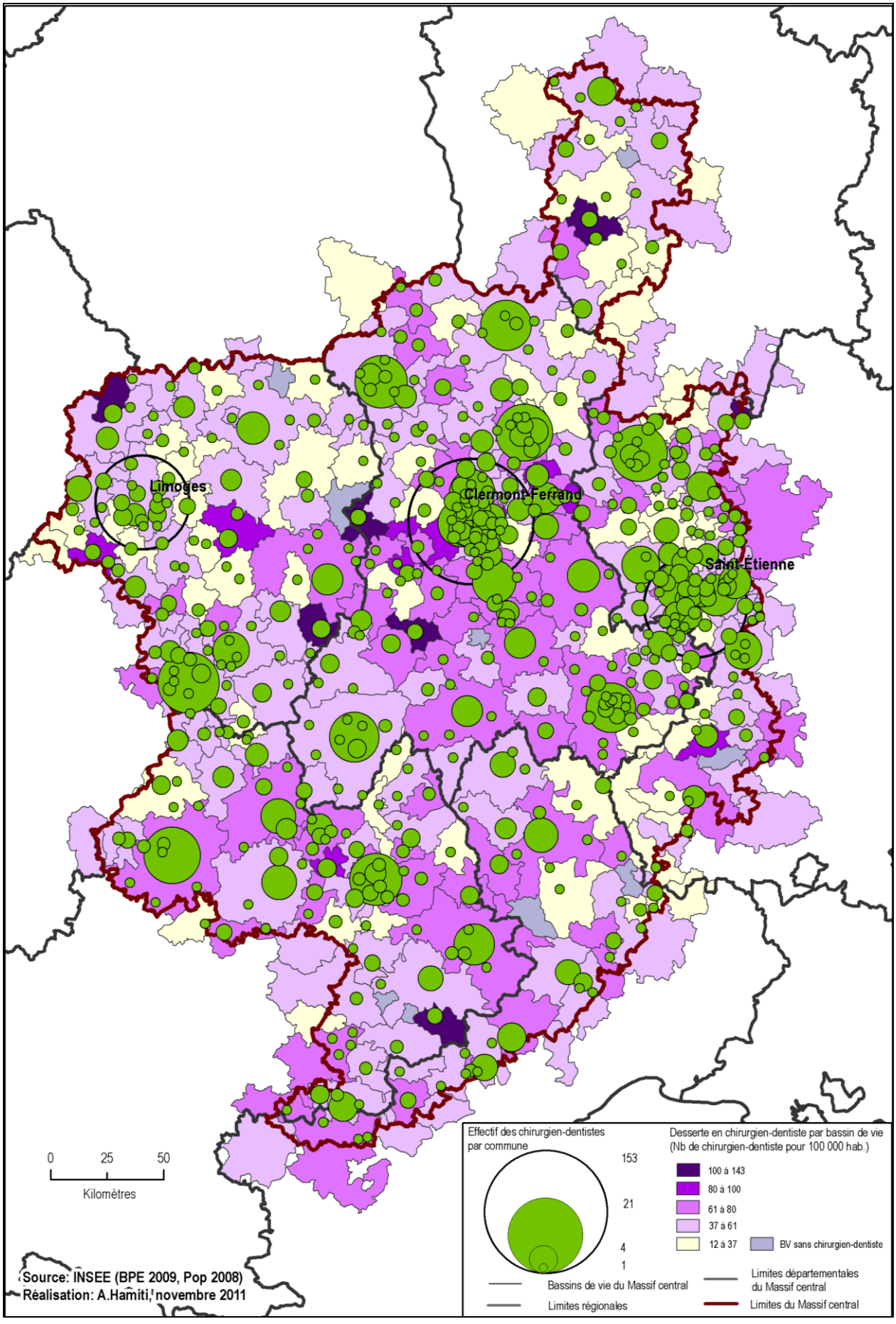
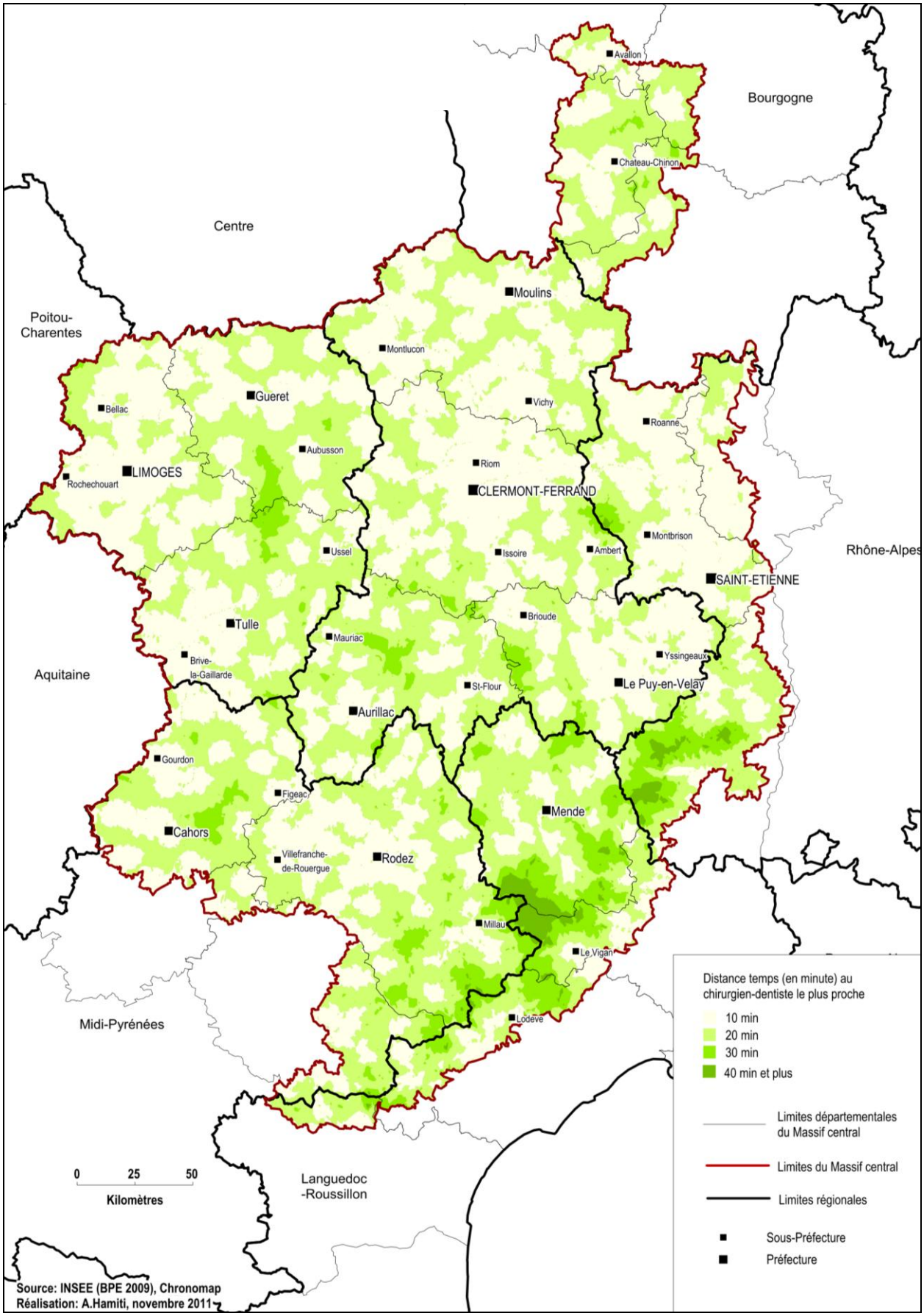


Figure 26. Temps d'accès au chirurgien-dentiste le plus proche en 2009 sur le Massif central



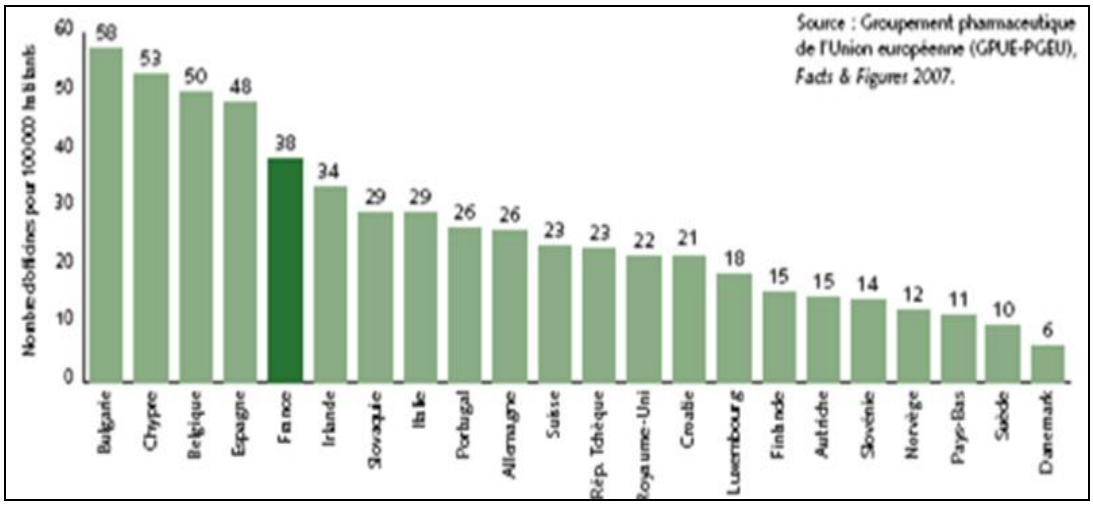
On observe une forte inégalité de répartition des dentistes au niveau national, avec une concentration dans les grandes aires urbaines au détriment des communes rurales et de moins de 10 000 habitants. Sur le Massif central, la desserte est en dessous de la moyenne nationale. Pour 675 000 habitants, la desserte est très faible avec moins de 37 dentistes pour 100 000 habitants, notamment en Limousin, dans le Morvan, dans la Loire et sur la zone à cheval entre l'Ardèche, la Lozère et la Haute-Loire. Le manque d'attractivité et une activité moins rentable représentent une double peine pour les territoires ruraux.

5. Les pharmacies fragilisées par la démographie des médecins

La France métropolitaine totalise 23 405 pharmacies, soit une desserte de 38 pharmacies pour 100 000 habitants. On compte sur le Massif central 1 706 pharmacies, soit une desserte moyenne supérieure à la moyenne nationale avec 44 pour 100 000 habitants. La carte (figure 29) présente la desserte en pharmacie à l'échelle des bassins de vie. Globalement, la présence de pharmacies est satisfaisante sur le territoire du Massif central, avec près de 72% des bassins de vie qui possèdent une desserte supérieure à la moyenne nationale.

Les pharmacies sont soumises à autorisation. Des règles d'installation sont inscrites dans le Code de la santé publique (art. L5125), avec un système de quota en fonction du nombre d'habitants. L'objectif est de garantir le droit à la présence d'une pharmacie. Leur implantation sur le territoire est définie selon les seuils d'une pharmacie pour 2 500 habitants dans les petites communes et une pharmacie pour 3 500 habitants dans les communes plus importante. En Europe, les pays ne présentent pas le même nombre moyen de pharmacies par rapport à la population (figure 27). C'est le cas aux Pays-Bas, avec 11 pharmacies pour 100 000 habitants en moyenne, soit 3,5 fois moins qu'en France. Toutefois, comme le rappelle l'ordre des pharmaciens[57], « *il faut raisonner en terme de densité de population* ».

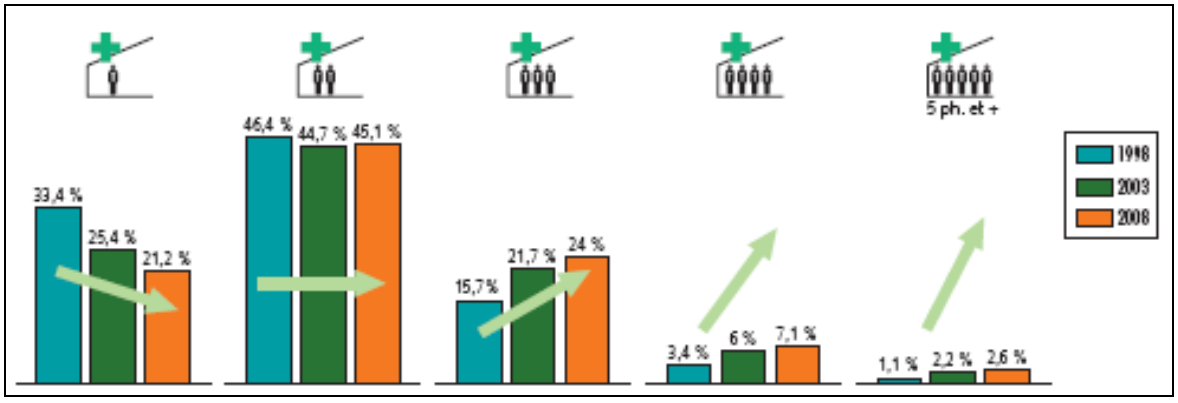
Figure 27. Densité moyenne des officines en Europe en 2009



Source : Ordre des pharmaciens, Panorama au 1er janvier 2009.

[57] Jean-Luc Audhoui, propos recueillis par Olivier Chartrain, web de la terre.

Figure 28. Evolution de la taille des officines, représentée par le nombre de pharmaciens, compris entre 1 et 5 (et plus) en France (entre 1998 et 2006)



Source : Ordre des pharmaciens, Panorama au 1er janvier 2009.

Ainsi, concernant l'accessibilité géographique (figure 30), la grande majorité de la population possède une pharmacie à dix minutes en voiture de son domicile (92 % de la population répartie sur 2 871 communes). On compte près de 300 000 personnes (8 %) situées à 20 minutes et 11 500 personnes à 30 minutes et plus de la pharmacie la plus proche (sur 68 communes, situées principalement sur les plateaux peu peuplés et les montagnes du sud du Massif central (dans le sud Ardèche, sur les Causses et les Cévennes lozériennes), dans le Forez et dans une moindre mesure dans le Cantal, le Gard et le Tarn.

Les pharmacies ont des obligations de garde les nuits et les week-ends sur des secteurs définis dans le cadre de la permanence des soins des médecins généralistes. Des difficultés ont été soulevées par rapport à l'éloignement des pharmacies aux médecins effectuant leur garde au même moment. Par exemple, pour une intervention du médecin de garde au domicile d'un patient, ou bien pour un déplacement du patient vers le médecin de garde, le patient est parfois contraint de parcourir une distance importante pour atteindre la pharmacie de garde qui se trouve à l'autre bout du secteur de garde. Cette difficulté pour la population oblige les médecins et pharmaciens à se coordonner davantage lors de l'élaboration des tableaux de garde, de manière formelle et systématique. Sur plusieurs territoires ces problèmes de coordination entre les pharmacies et les médecins de garde ont été soulevés, par exemple lors du diagnostic santé du Pays Charolais (Bourgogne-Auvergne) ou encore dans celui du Pays de Haute-Corrèze (Limousin). Ainsi, il a été précisé que la transmission organisée d'informations entre les professionnels libéraux et les pharmaciens doit être améliorée. *« Là où cet échange existe et fonctionne bien, on relève de bonnes pratiques informelles qui mériterait d'être sécurisées et systématisées par des outils adaptés, informatiques notamment »*[58].

Si la répartition des pharmacies est globalement satisfaisante en raison du système de quota, elles sont économiquement dépendantes de la présence médicale. La perte et la réorganisation de l'offre médicale ont des conséquences négatives sur l'activité des pharmacies. A cela s'ajoutent des fluctuations économiques en raison notamment de l'augmentation des médicaments génériques et le déremboursement.

[58] Elaboration d'une stratégie territoriale de santé, Pays de Haute Corrèze. Rapport final, juin 2010.

Figure 29. Effectif et desserte des pharmacies en 2009 sur le Massif central

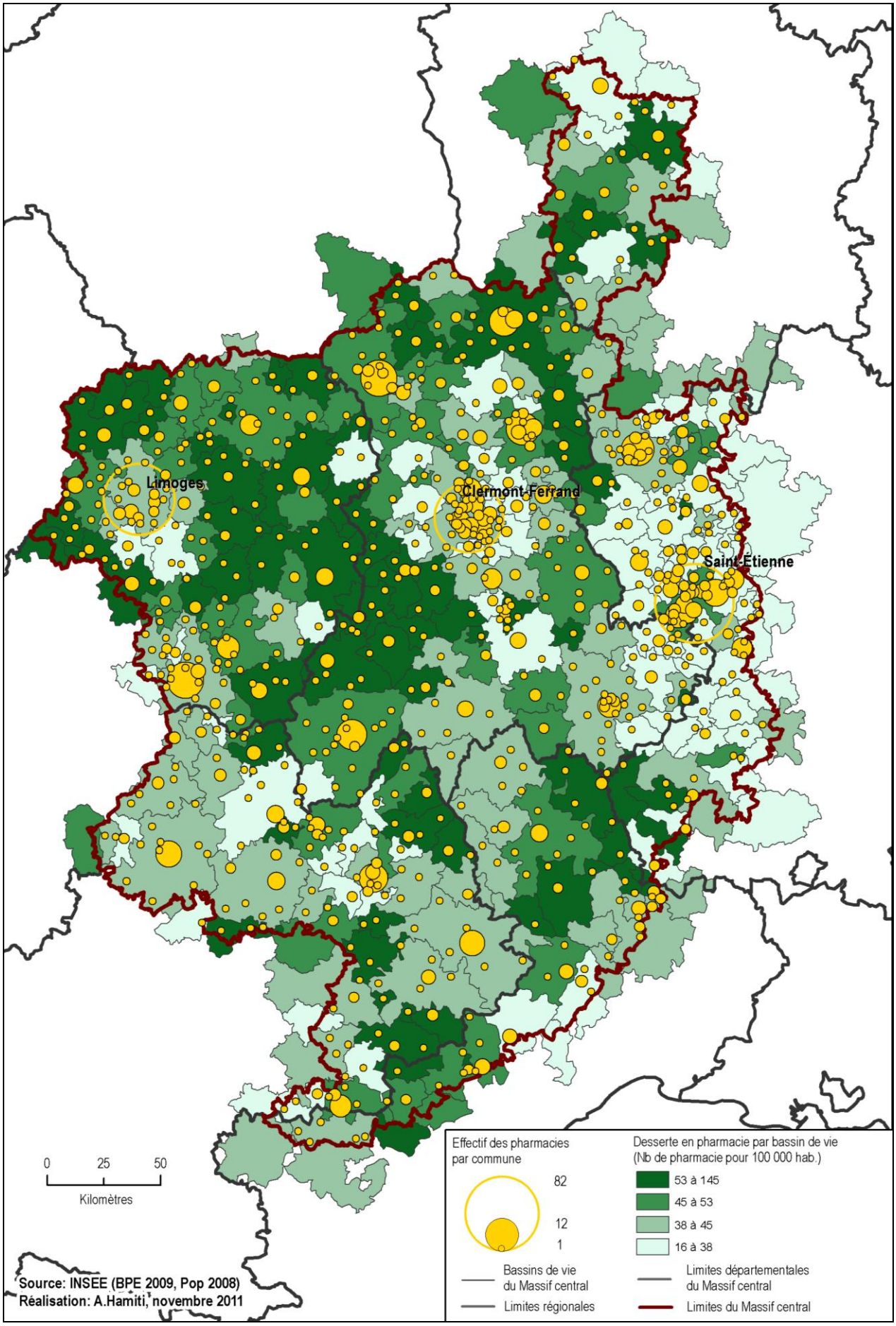
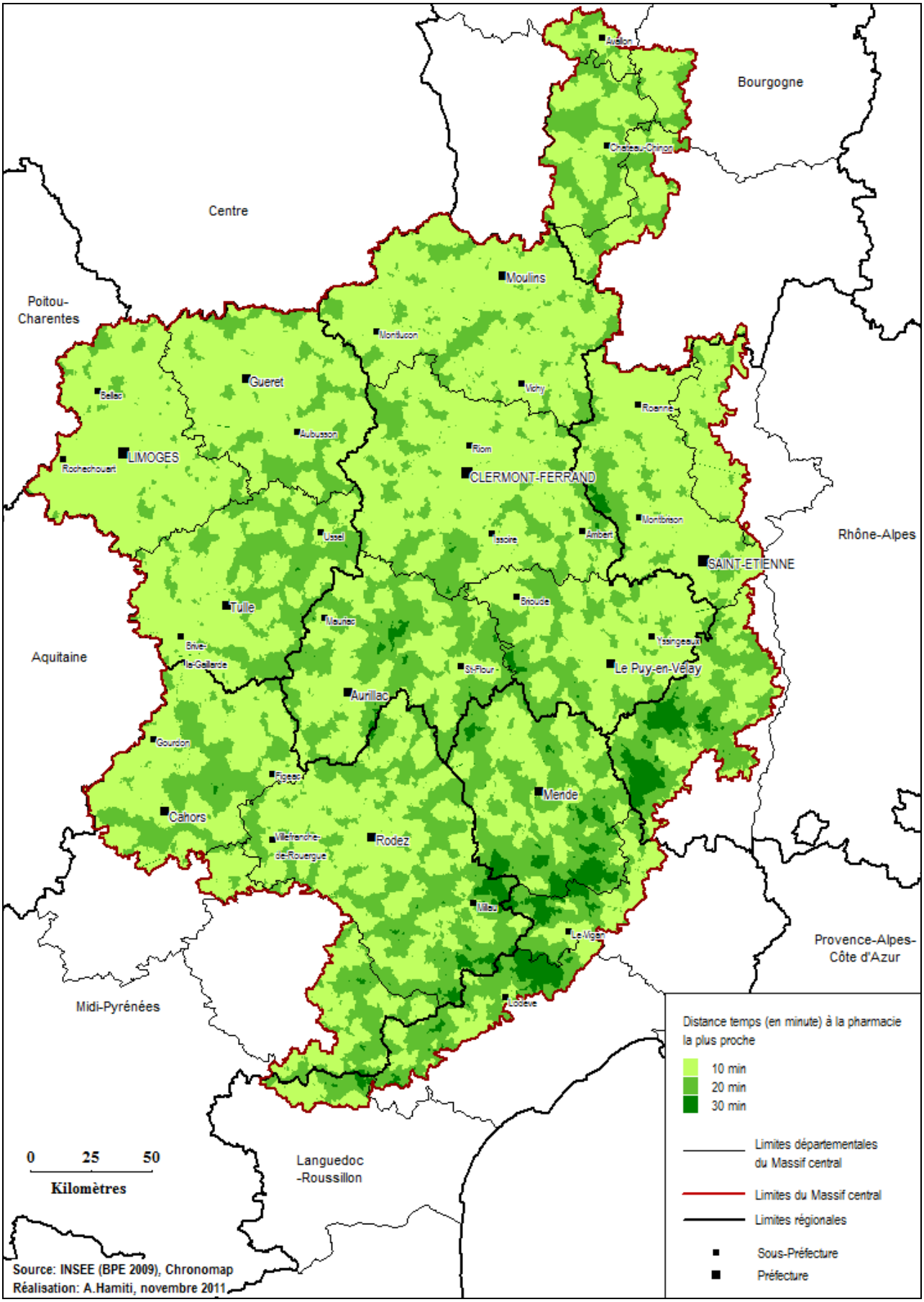


Figure 30. Temps d'accès pour la pharmacie la plus proche en 2009 sur le Massif central



Dans le cadre des diagnostics et des concertations réalisés sur les territoires, l'inquiétude accrue des pharmacies concernant leur pérennité est ressortie à plusieurs reprises. Que ce soit sur des territoires ruraux de montagne (Combrailles) ou périphériques à un moyen ou grand pôle urbain (exemple sur le Pays Jeune Loire et ses rivières), les pharmacies s'inquiètent de leur avenir face aux difficultés de renouvellement des médecins généralistes. Par ailleurs, on assiste à des évolutions dans les modèles économiques et d'organisation des officines. En dix ans, on observe une forte diminution des petites officines (avec un pharmacien) au profit des officines dotées de trois pharmaciens ou plus (figure 28).
Concernant le matériel médical et soignant, les pharmacies rurales doivent faire face à la concurrence des gros fournisseurs auxquels les groupes qui gèrent les établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS…) font de plus en plus appel en raison des gains liés à l'achat groupé. Pour faire face à ces pressions économiques, un projet de réseau de pharmacies sur le secteur des Combrailles (Puy-de-Dôme) a été formulé par exemple lors de l'étude réalisée à l'échelle du Pays en 2010. Ce réseau s'est donné pour objectif de mutualiser les moyens des pharmacies pour être capable de répondre aux besoins matériels des EHPAD du secteur, ainsi que d'offrir une mutualisation de la préparation des médicaments[59]. Pour ce faire, ce réseau, soutenu et accompagné par l'association Avenir Santé Combrailles[60], doit en amont identifier les besoins locaux en matériel pour ensuite définir les modalités de réponse groupées.

Les pharmaciens, en complément de la délivrance de médicaments, ont un rôle d'informations, de conseils, voire de soins de premier recours. Ils ont également un rôle dans le maintien à domicile en particulier des personnes âgées, en fournissant l'équipement médical au domicile.[61] Ce rôle important des pharmacies a été inscrit et renforcé dans la loi HPST[62] de 2009. En effet, au-delà de la dimension commerciale de ce service, la pharmacie remplit des missions de premier recours, et pourrait les développer à l'avenir. L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 apporte un changement majeur avec la possibilité pour les officines d'obtenir une rémunération mixte, au côté des marges sur les médicaments, en réalisant des actions de santé publique (dépistage, prévention, accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques)[63].
Les pharmacies, en raison de leur rôle et de leur proximité, sont amenées à rencontrer de nombreux patients. Les week-ends, elles doivent faire face au « stress » de la population qui a le sentiment d'avoir recours difficilement à leur médecin en raison de la

[59] Etude Pays des Combrailles, 2010, Coheo et Tamalou.
[60] L'association Avenir Santé Réseau Combrailles a été crée en octobre 2011, à la suite d'une étude sur l'offre de soins menée à l'échelle du Pays des Combrailles. Ce réseau fédère des professionnels de santé et des élus du territoire, avec pour but de « *maintenir une offre de soins de qualité adaptée aux besoins des habitants et mettre en place une organisation attractive pour les jeunes praticiens* ». Les objectifs sont notamment la mutualisation des ressources, l'élaboration de nouveaux modes d'exercice plus collaboratifs et pluridisciplinaires, le développement d'actions en santé publique, la circulation d'informations et la formalisation d'un contrat local de santé avec l'ARS.
[61] Etude Pays des Combrailles, 2010, Coheo et Tamalou.
[62] La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).
[63] Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 publiée au Journal Officiel du 22 décembre 2011.

régulation[64]. Les pharmacies sont amenées à réaliser des « dépannages », notamment en renouvelant des ordonnances pour des patients qui ont mal anticipé leur renouvellement ou bien n'ont pas eu assez tôt un rendez-vous chez le médecin. Le pharmacien, en particulier en milieu rural, entretient un contact très fréquent avec le ou les médecins généralistes du secteur : *« Je vois ou alors j'ai au téléphone quasiment tous les jours le médecin, pour une ordonnance, un renouvellement. Et c'est pareil avec les infirmiers »* (pharmacie, plateau Millevaches).
Au sein du projet de soin qui se prépare sur le plateau des Millevaches, des professionnels souhaitent intégrer l'éducation thérapeutique. Pour cela, un pharmacien du secteur est déjà en formation pour un diplôme universitaire (DU) sur le sujet[65]. Sur le pôle de Boussac, dans le Limousin, un pharmacien explique : *« Nous sommes disposés à participer au travail en réseau, conscients de la fragilité de nos territoires en matière de démographie des professionnels de santé.* […] *Nous pouvons jouer un rôle lors de la sortie d'hospitalisation, lorsque les prescriptions hospitalières sont parfois difficiles à appliquer, ou en relais des programmes nationaux de prévention et d'éducation thérapeutique. »*. Le Docteur D., médecin généraliste explique qu'au sein du projet de santé de Boussac, le passage des pharmaciens est prévu chez les patients afin notamment de suivre l'observance des traitements[66].

Les pharmacies sont de plus en plus nombreuses à se doter du dossier pharmaceutique. Ce dossier est l'équivalent et le complément du dossier médical partagé (DMP). A partir de la carte vitale du patient et de la carte professionnelle du pharmacien, on peut visualiser les médicaments délivrés, même ceux non prescrits sur ordonnance, dans les quatre derniers mois, par n'importe quelle pharmacie française. Ce dossier ne peut être créé qu'avec sur l'accord du patient, et peut être résilié à sa demande n'importe quand ou bien ne pas être actualisé en n'utilisant pas sa carte vitale. L'objectif avancé de ce dossier pharmaceutique est de sécuriser la consommation de médicaments. L'Ordre des pharmaciens explique que le développement de l'automédication et de la spécialisation de la médecine nécessite cette surveillance accrue. En effet, beaucoup de médecins généralistes ne sont pas informés des médicaments prescrits par les spécialistes. Le pharmacien peut alors éviter des combinaisons dangereuses de médicaments pour le patient, et ainsi avoir un rôle actif dans la santé des personnes. De nombreuses situations d'iatrogénies pourraient ainsi être évitées. Ce dossier pharmaceutique oblige les pharmacies à moderniser leur système informatique et à posséder une connexion internet très haut débit, ce qui n'est pas toujours évident en milieu rural.
Certaines pharmacies prennent des initiatives pour maintenir la présence de médecin, telles que la construction ou la réhabilitation de cabinet sur la commune de leur implantation (à l'exemple de la pharmacie des Ancizes dans le Puy-de-Dôme). Ces

[64] Dans le cadre de la permanence des soins les soirs et les week-ends, dans les départements et régions où les médecins de garde sont organisé selon le principe de régulation, la population n'obtient pas le médecin de garde directement s'ils appellent mais un médecin régulateur qui fera le filtre, pour rediriger au médecin de garde, aux urgences ou bien fournira un conseil téléphonique si cela semble suffisant. Ainsi, la population est très souvent en contact téléphonique avec un médecin régulateur inconnu, contrairement à l'ancien système.
[65] Dr Buchon, Journée sur l'organisation des soins.
[66] Rencontre santé sur le territoire du pays Combraille en Marche, samedi 4 septembre 2010, animé par JyPée Organisation et Management, Actes de la journée.

initiatives ont toutefois des succès mitigés pour le moment. Certaines pharmacies se retrouvent ainsi sans médecin sur leur commune d'implantation. C'est le cas de Rieutort-de-Randon ou La Bastide-Puylaurent (en Lozère). Dans cette dernière, le médecin s'est reconcentré, faute d'une patientèle suffisante, dans une commune proche mais plus peuplée. Il assure encore des permanences dans sa commune d'origine, toutefois la pérennité de la pharmacie est fortement menacée.

Les dessertes en pharmacie sur les territoires du Massif central sont bonnes, en raison d'un quota qui règlemente l'installation selon le nombre d'habitants (qui comprend des mesures adaptées aux espaces peu densément peuplés), et l'éloignement théorique n'est pas très élevé (10 minutes en voiture pour 92% de la population). Toutefois, près de 10 000 habitants se situent à 30 minutes et plus de la première pharmacie.
Les pharmacies rurales rencontrent des difficultés liées à une baisse de leur activité pour certaines (mise en concurrence, impact des politiques du médicament…), et en raison des problèmes de démographie médicale et de recomposition de l'offre de soins. Les pharmacies participent de plus en plus aux actions du premier recours, en particulier en santé publique. L'organisation entre les pharmacies et les médecins de garde doit être mieux coordonnée dans le cadre de la permanence des soins.

C. Les pôles de base, éléments de mesure de la qualité de l'offre de premier recours

Si en milieu urbain, la diversité de l'offre n'est pas un élément fondamental à mesurer, en milieu rural par contre les effectifs sont faibles et la diversité est importante pour juger de la qualité de l'offre de soins (Barbat, 2009). La cartographie des pôles de santé permet de percevoir la répartition systématique des professionnels sur les territoires et parfois l'isolement de certains. On considère qu'un pôle de santé de base réunit les cinq professions de santé du premiers recours, c'est- à-dire médecin généraliste, infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute et dentiste sur une même commune. L'accumulation de pôles incomplets (3 à 4 professionnels différents) et surtout d'éléments isolés (1 à 2 professionnels différents) traduit d'une part la dispersion de l'offre de soins sur le territoire et peut représenter d'autre part un indicateur de moindre qualité de l'offre en raison de la faible diversité des professionnels de santé de base présents sur une même commune pour la population. Analyser la qualité de l'offre à partir seulement de l'analyse cartographique de la présence de pôles de base complets, incomplets et des éléments isolés n'est pas chose aisée, en raison des multiples combinaisons de professionnels réunis d'une commune à l'autre. Ces combinaisons de professionnels sur plusieurs communes à proximité les unes des autres peuvent se compléter pour apporter une offre totale à la population. Nous avons dans un premier temps calculé les différents pôles de base, à partir de la base permanente de l'équipement de 2009. Pour chacun des cinq professionnels du premier recours, nous avons retenu la présence ou l'absence d'au moins un de ses professionnels puis additionné l'ensemble par commune. Nous avons ainsi identifié les combinaisons de professionnels de santé majoritaires par commune sur le Massif central (figure 31).

Figure 31. Les différents niveaux de dotation des pôles de santé en 2009 sur le Massif central

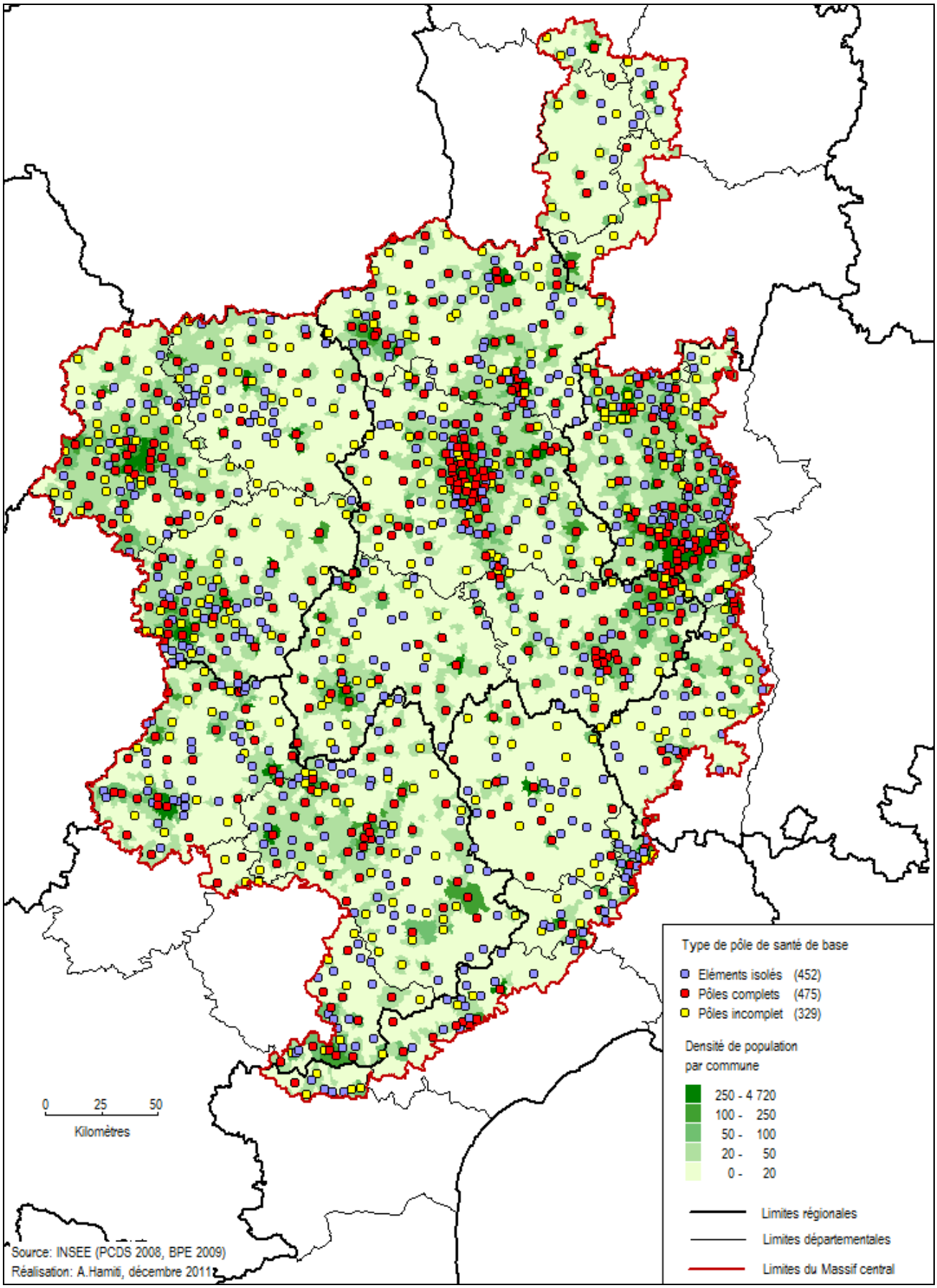
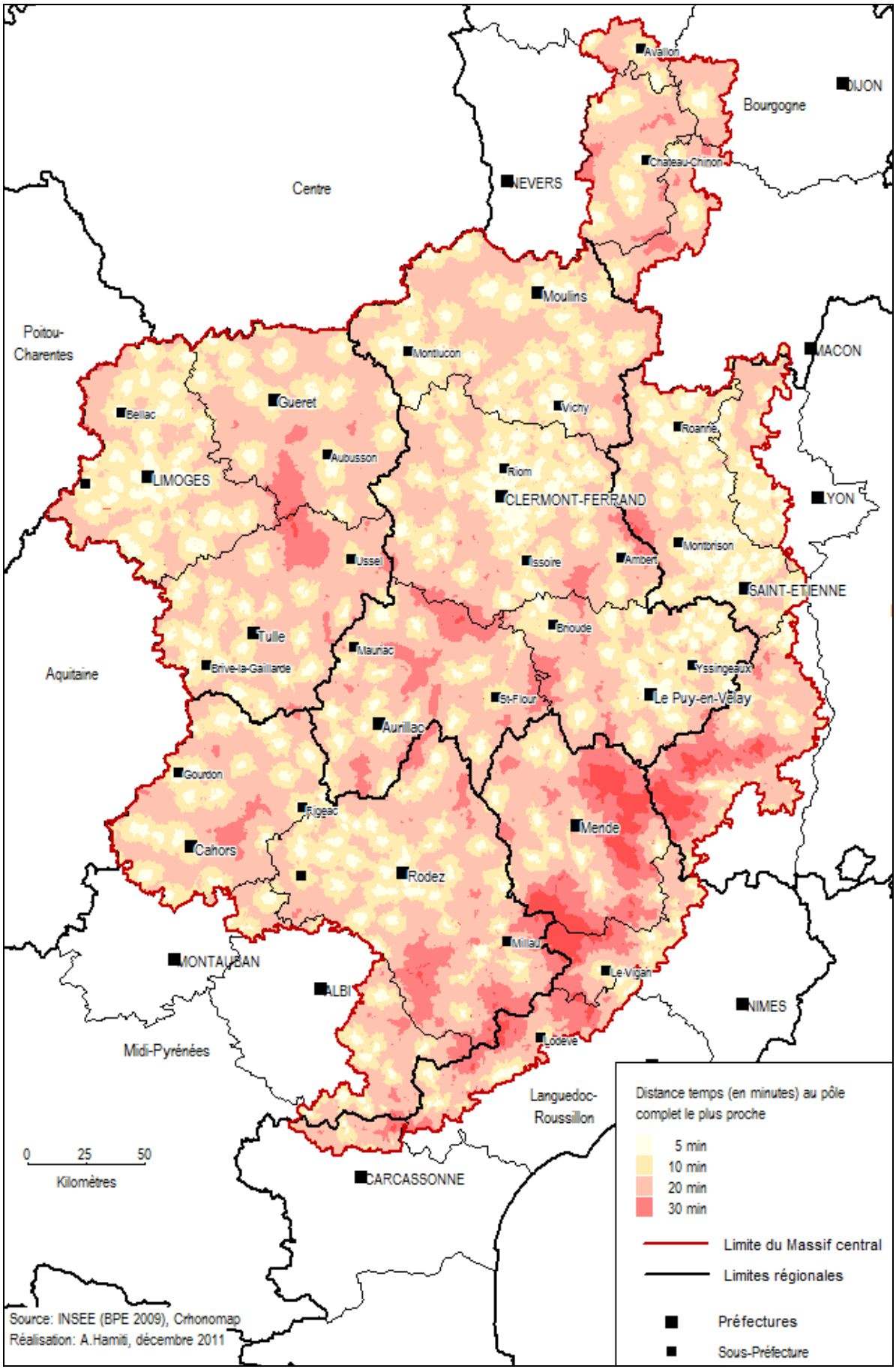


Figure 32. Temps d'accès au pôle complet le plus proche en 2009 sur le Massif central



484 communes du Massif central possèdent un pôle complet, soit 12% de l'ensemble du territoire. Pour les pôles incomplets, les configurations les plus courantes sont l'ensemble des professionnels de premier recours sans le dentiste (108 cas) puis derrière le trio médecin-infirmier et pharmacien (pour 86 cas). De façon moins importante, on retrouve médecin-infirmier-dentiste et pharmacie (pour 39 cas) et médecin-kiné et pharmacie (pour 24 cas). Concernant les éléments isolés ce sont la profession infirmière (219 cas) et la médecine générale (70 cas) qui se retrouvent seules sur des communes. Puis on observe les kinésithérapeutes pour 50 cas, la configuration médecin-infirmier pour 45 cas et enfin médecin et pharmacie pour 30 cas. Les professionnels qui exercent de manière isolée se situent en grande partie sur des territoires qui comptent une faible densité de population. En effet, 43 % de ces professionnels (196 cas) exercent dans des communes de moins de 20 habitants au km², et 86% (389 cas) dans les communes de moins de 50 habitants au km². Les pôles incomplets sont également présents majoritairement dans les communes de moins de 50 habitants au km² (64%, soit 211 cas) et un peu moins lorsque l'on descend à une densité de 20 habitants au km² (17%, soit 56 cas). L'exercice isolé des professionnels pourrait s'expliquer en partie par la nécessité d'offrir une proximité des services à une population disséminée sur de vastes territoires. Autrement dit, on trouve plus difficilement l'ensemble des professionnels du premier recours (pôle complet) dans les territoires peu densément peuplés.

Si les pôles complets traduisent la diversité de l'offre de soins primaires sur une même commune, et donc une certaine qualité de l'offre, nous avons calculé l'éloignement en temps d'accès de la population au pôle complet le plus proche (figure 32). Les différentes distances-temps retenues sont 5 minutes, 10, 20, 30 et enfin 40 minutes et plus. La population concernée par un éloignement de 40 minutes et plus à un pôle complet se situe essentiellement dans les départements de la Lozère, de l'Ardèche, du Gard et de l'Hérault. Cette distance touche 5 363 personnes (dont 1 865 personnes âgées de 60 ans et plus).
Sur l'ensemble du Massif central, 57 623 personnes se situent à 30 minutes d'un pôle complet en soins primaires. Cette population se situe en majorité dans les départements de l'Aveyron (11 890), la Lozère (8 731), le Cantal (6 383) et de l'Ardèche (6 043).

II. Les maternités et les urgences sur le Massif central

A. Une part importante de femmes à plus de 45 minutes d'une maternité

Les politiques de santé françaises se sont données comme objectif dès les années 1970 de rationaliser l'offre hospitalière et d'adapter l'appareil de soins aux besoins de la population, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins. De 1998 à 2000, pour le secteur de la périnatalité, plusieurs dispositifs normalisent l'exercice, établissent des seuils et des outils pour la qualité et la sécurité : classement par niveau, seuil de 300 accouchements minimum par établissement, effectif minimum de personnels et

d'astreintes, normes d'équipement (Cour des Comptes, septembre 2008). Ces dispositifs ont eu pour conséquence de réduire considérablement le nombre de maternité. En effet, si en 1975, on comptait 1 369 établissements, ce chiffre est tombé à 679 en 2001 et même à 535 en 2010 (Baillot et Evain, 2012), soit une diminution de 834 maternités en 35 ans (figure 33). Ce sont les maternités de petite taille (moins de 300 accouchements par an) qui ont été particulièrement touchés. Plus de la moitié des fermetures était des maternités du secteur privé (Arnault et Exertier, 2007). Une partie des fermetures de maternités (1997-2005) a été accompagnée d'une création ou du maintien d'un réseau de santé périnatalité ou Centre Périnatal de Proximité (CPP), afin de garantir un suivi de grossesse de proximité (Bichier et Fellinger, 2008).

Entre 2001 et 2010, les restructurations ne représentent qu'une diminution de 10% du nombre de lit total en France, ce qui s'explique notamment par la réduction de la durée de séjour moyen de 11%. Par ailleurs, on constate sur cette même période une homogénéisation de la densité de lit (nombre de lit par habitant) par département (Baillot et Evain, 2012). Ainsi, les restructurations n'ont pas eu pour conséquence de réduire le nombre de lit, ou faiblement, mais plutôt d'augmenter l'éloignement de la population aux maternités. Un rapport de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) estime le temps d'accès moyen à la maternité la plus proche en 2008 à 11,4 minutes. D'importantes disparités spatiales persistent sur le territoire nationale (Trugeon et *al*., 2010). L'étude de la Drees (qui utilise un mode de calcul différent) signale que le temps d'accès moyen au niveau national de 17 minutes est resté inchangé entre 2001 et 2010, malgré les restructurations des maternités sur cette période. Toutefois, nous constatons au niveau du Massif central que la fermeture de plusieurs sites a augmenté la population située à 45 minutes et plus d'un établissement.

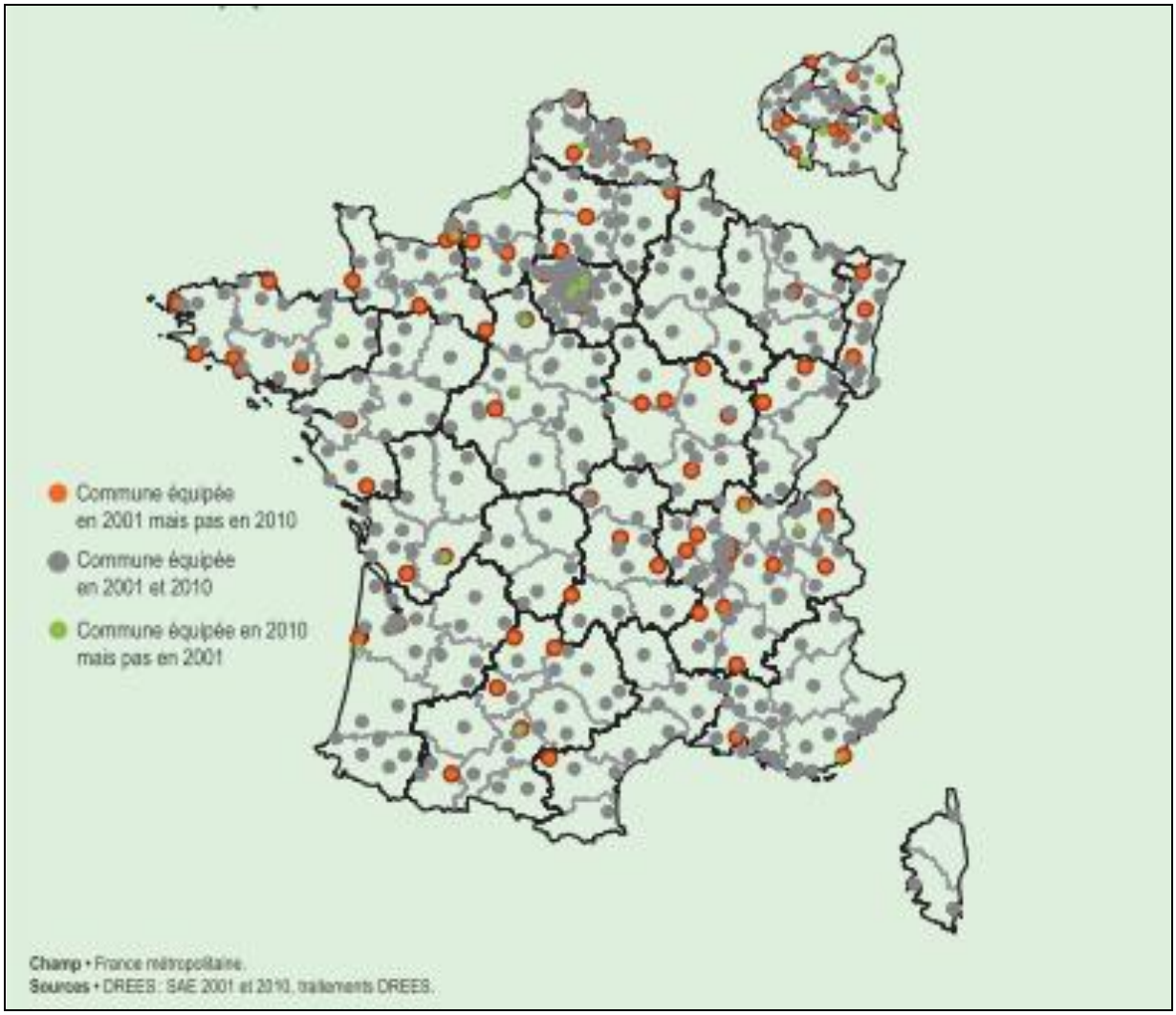
De plus, les temps d'accès moyen calculé par la Drees ou l'éloignement de la population du Massif à une maternité, sont établis dans des conditions normales de circulation. Par conséquent, ils ne tiennent pas compte des difficultés (congestion, routes enneigés, verglas, brouillard) qui ont un impact sur les temps d'accès.
Pour une partie des territoires, les temps d'accès sont donc sous-estimés. Pour identifier l'évolution de l'accessibilité sur le Massif central, nous avons pris en compte la base SAE[67] de 2006 que nous avons remis à jour à partir des données de Platines[68] 2009 (figure 34). Les établissements ayant connus une cessation d'activité en obstétrique depuis 2006 dans le Massif central et à proximité, sont la Clinique de Désertines dans l'Allier, le CH de Clamecy dans la Nièvre (2008), le CH de Figeac dans le Lot (mai 2009), le CH Moze de Saint-Agrève en Ardèche, le CH d'Ambert dans le Puy-de-Dôme (2006) et enfin le CH de Feurs dans la Loire (2007).

Au niveau national, on compte 2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans qui se trouvent à plus de 45 minutes d'un établissement (tout niveau confondu). A l'échelle régionale, cette

[67] SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
[68] Platines signifie PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé. C'est une base grand public qui réunit des informations sur l'activité et la qualité des établissements de santé de court-séjour dits MCO (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (dits SSR).

proportion atteint 31 % en Corse, 11 % dans le Limousin, 8 % en Franche-Comté et 7 % en Charente-Maritime, pour les chiffres les plus élevés (Coldefy et *al.*, 2011). Par ailleurs, les maternités de niveau 3 donc associées *« à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale, capable de prendre en charge des grossesses à risque et susceptibles de déboucher sur une naissance de nouveau-nés nécessitant des soins très importants, avec pronostic vital en jeu* » (Coldefy et *al.*, 2011). Les femmes en France sont en moyenne à 40 minutes d'une maternité de niveau 3.

Figure 33. Communes équipées d'au moins une maternité en 2001 et 2010



Source: Baillot et Evain, Drees, 2012.

En 2009 sur le Massif central, on compte 108 819 femmes âgées de 15 à 44 ans concernées par un éloignement de 45 minutes et plus d'une maternité, réparties sur 1843 communes, soit 16 % des femmes concernées et 45 % des communes du Massif central (figure 35 et 36). Certes, ces communes ne représentent que 0,89 % de l'ensemble des femmes de cette tranche d'âge au niveau national et 5 % des communes en France métropolitaine. Toutefois, ces territoires à 45 minutes et plus d'une maternité ont compté 6 001 naissances en 2009 (et 63 639 naissances entre 1999 à 2009). La population concernée par une distance inférieure ou égale à 30 minutes est de 558 593 femmes âgées de 15 à 44 ans, sur 2 223 communes, soit 84 % des femmes et 55 % des communes du

Massif. Depuis 2006, le nombre de femmes situées à 45 minutes et plus d'une maternité a augmenté de 2,2% (soit plus de 15 182 cas).

Il existe peu de travaux qui montrent les conséquences de l'allongement du temps d'accès sur la santé des mères et des enfants à naître. Toutefois, une équipe de chercheurs aux Pays-Bas a montré, en décembre 2010, qu'au-delà de 20 minutes de trajet les risques d'accouchement prématuré, de problèmes de santé et de mortalité pour l'enfant augmentaient. En France, une étude est actuellement en cours, dans le cadre du projet «Territoires de vie, santé périnatale et adéquation des services de santé ». La première partie de cette étude avait pour but d'évaluer les répercutions des restructurations de l'offre en région Bourgogne sur l'accessibilité géographique des femmes enceintes lors d'éventuelles hospitalisations et/ou lors de l'accouchement (Charreire et *al*., 2010). Les auteurs ont extrait de la base PMSI, qui recueille tous les séjours en médecine chirurgie et obstétrique pour chaque établissement public et privé, le code postal de résidence de la mère et la commune d'établissement de l'accouchement, entre 2000 et 2009. Les résultats ont montrés l'accroissement des temps de trajet entre le domicile de la mère et la maternité, en particulier dans les zones enclavées du Morvan, suite à la fermeture des maternités de Clamecy, Avallon et Châtillon-sur-Seine. La deuxième partie de l'étude devrait donc explorer les conséquences de cet éloignement accrues sur la santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, Danielle Capgras, sage-femme à Clamecy dans la Nièvre et consultante pour les réseaux locaux de périnatalité, expliquait les conséquences des restructurations de l'offre de maternité sur l'accessibilité financière pour les mères dans le suivi de leur grossesse. En effet, sur le secteur de Clamecy, après la fermeture de la maternité, service public qui accompagnait les grossesses et les accouchements, et dans la cas ou le réseau périnatalité n'était pas pérennisé (en lien avec les aléas de la politique de soutien des réseaux), les mères devraient subir la prédominance du secteur II des professionnels libéraux, provoquant ainsi des difficultés de recours pour une partie de la population et accentuant potentiellement les inégalités sociales de recours aux soins (Capgras-Baberon, 2010). Afin de qualifier l'offre des différentes communes où l'on peut bénéficier d'un service obstétrique, nous avons repris dans la base Platines le nombre d'accouchements et le niveau de la maternité, pour chaque établissement du Massif central.

Pour les communes qui possèdent deux établissements qui offrent un service d'obstétrique, nous avons ajouté les données afin d'informer l'offre réelle sur la commune. C'est le cas de Brive-la-Gaillarde, avec une offre obstétrique de niveau 1 au CH Dubois et à la Clinique Saint-Germain, ou bien de Limoges avec le CHU (niveau 3) et la Clinique des Emailleurs (niveau 1). Par ailleurs, nous avons additionné les données des différents établissements qui se trouvent sur des communes proches les unes des autres qui correspondent à un « pôle » d'offres. C'est le cas de Beaumont (avec la Clinique de la Chataigneraie de niveau 2) et le CHU de Clermont-Ferrand (de niveau 3). C'est le cas également du CHU de Saint-Etienne (niveau 3), avec les CH de Saint-Chamond et de Firminy (de niveau 1), trois communes qui appartiennent à un même grand pôle urbain.

Figure 34. Temps d'accès à la maternité la plus proche et niveau par établissements en 2009 sur le Massif central

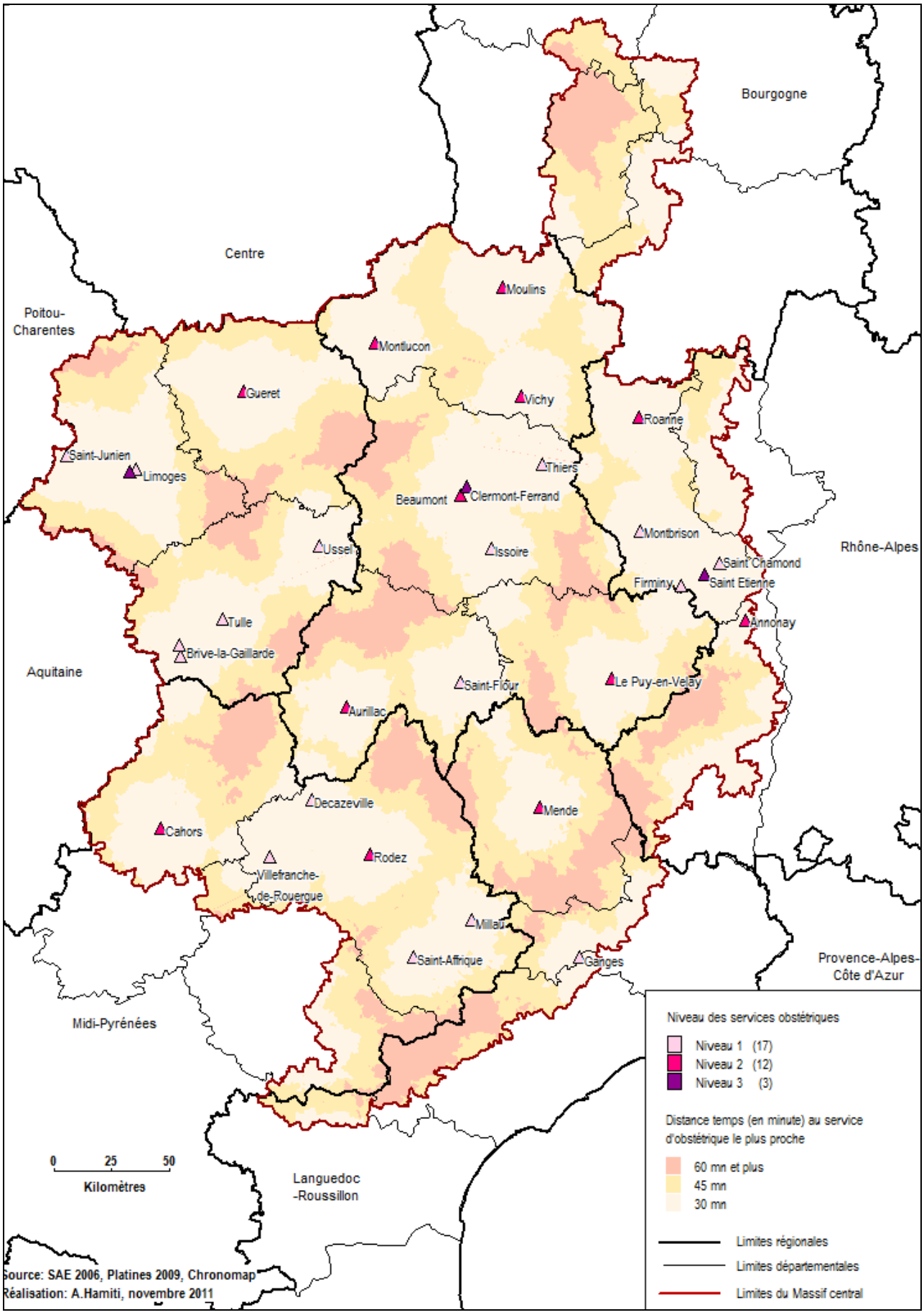


Figure 35. Temps d'accès à la maternité la plus proche et le nombre d'accouchement moyen en 2009 sur le Massif central

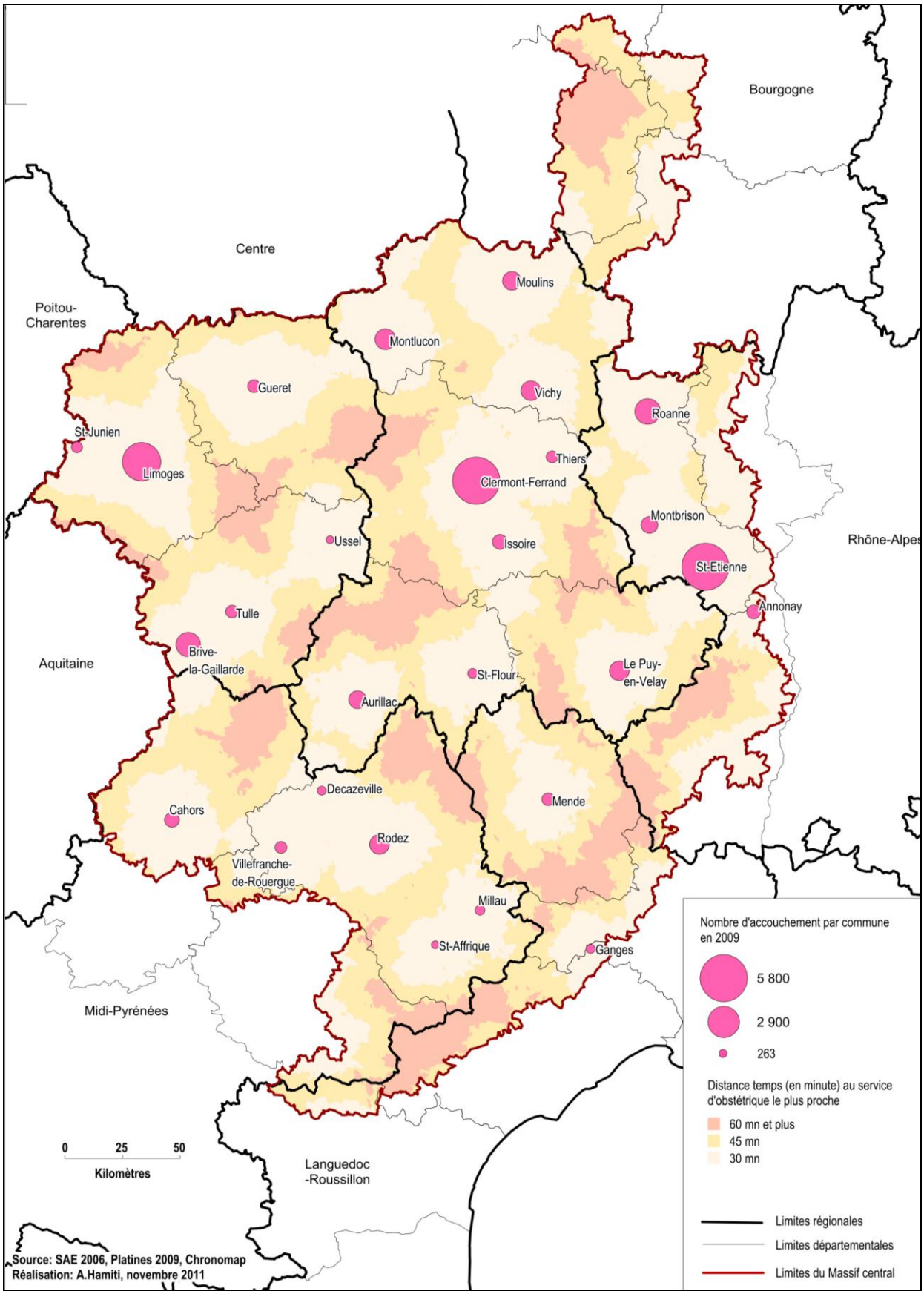
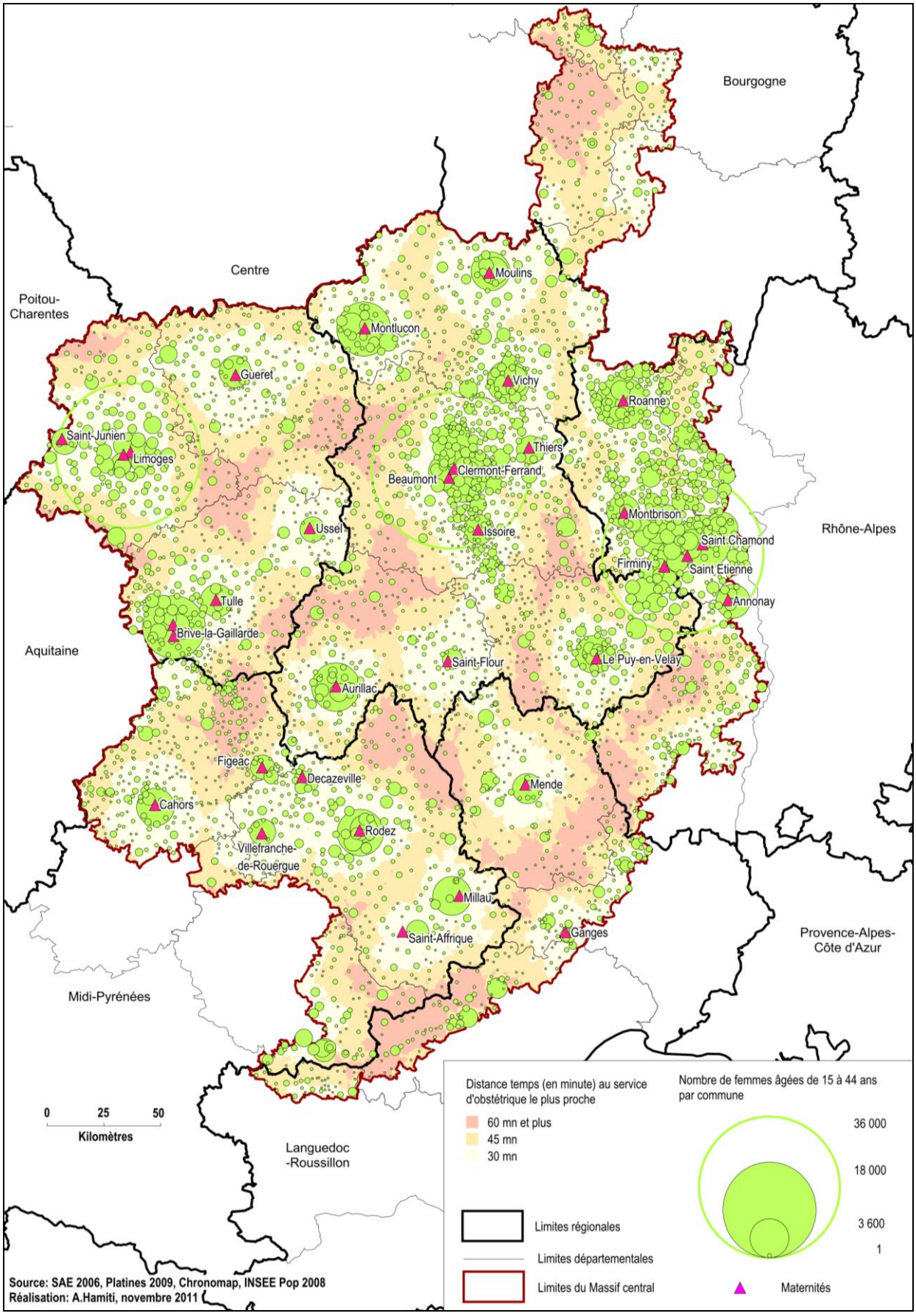


Figure 36. Nombres de femmes et temps d'accès à une maternité la plus proche en 2009 sur le Massif central

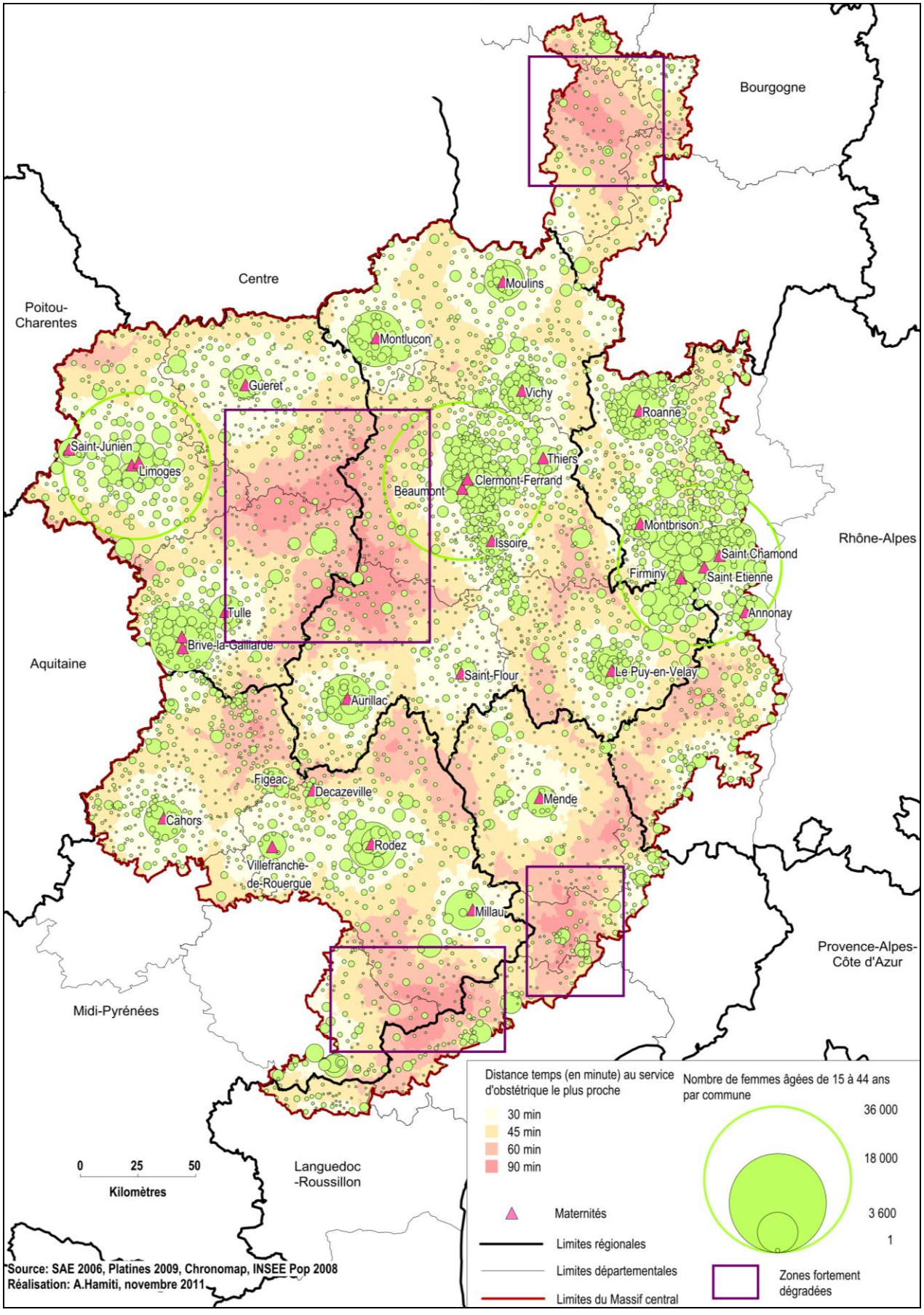


La majorité des communes du Massif central équipée d'un service d'obstétrique se situe dans un établissement public, à l'exception de Ganges qui ne compte qu'une offre privée d'obstétrique (clinique Saint-Louis Mutualiste Languedoc). Les grands pôles du Massif central que sont Limoges et Clermont-Ferrand comptent au moins deux établissements d'obstétriques, un public et un privé. Saint-Etienne fait exception avec l'absence d'une offre privée en obstétrique. Par ailleurs, Brive-la-Gaillarde se distingue en possédant une offre privée et une offre publique d'obstétrique.

Les politiques de santé souhaitent continuer leur restructuration à partir de seuil d'activité, comme le témoigne la proposition de décret en juillet 2010 qui visait à fermer les services de chirurgie ayant effectués moins de 1 500 actes (tous actes confondus) par an (entre 2007 et 2009). Dans une démarche prospective, nous avons envisagé la fermeture des maternités réalisant moins de 300 accouchements annuels ou presque (à 10 ou 20 accouchements près) dans les établissements du Massif central et dans les établissements limitrophes. Sur le Massif central, c'est le cas de Saint-Affrique dans l'Aveyron (263 accouchements en 2009), Ussel en Corrèze (270 accouchements en 2009), Decazeville (306 accouchements en 2009) et Ganges dans l'Hérault (312 accouchements en 2009). Dans les territoires limitrophes du Massif central, on trouve Privas en Ardèche (237 accouchements) et Autun en Saône-et-Loire (316 accouchements). Une étude de la DREES rappelait en 2007 que « *le seuil de 300 accouchements, souvent évoqué dans les textes règlementaires et les circulaires, ne repose pas sur une étude des relations entre niveau d'activité et qualité des soins. Il correspond plutôt à un seuil d'activité minimale « à dire d'expert » jugé nécessaire pour une prise en charge de qualité des naissances dans une maternité* » (Arnault et Exertier, 2007). Nous avons ainsi calculé l'accès à la maternité la plus proche et la part des femmes de 15 à 44 ans concernés par un éloignement de 45 minutes et plus, en supprimant les établissements précédemment cités qui ont effectué moins de 300 accouchements en 2009 (figure 37). On dénombrerait alors 131 325 femmes âgées de 15 à 44 ans à 45 minutes et plus d'une maternité (tous niveaux confondus). Cette part comprend 38 837 femmes situées à une heure d'une maternité (sur une population totale de 272 434) et 6 473 femmes situées à plus d'une heure. Les communes qui seraient situées à une heure et plus ont recensé 1 996 naissances en 2009, et 22 527au total entre 1999 et 2008. Les zones fortement touchées par la fermeture de ces établissements sont encadrées sur la carte. On observe que le CH d'Ussel est structurant pour les territoires alentour, car sa fermeture entraînerait une forte augmentation du nombre de femmes situées à plus de 45 minutes et une heure.

Pour près de 110 000 femmes âgées de 15 à 44, la maternité la plus proche est éloignée de 45 minutes et plus en voiture. Cette population représente 16% des femmes du Massif central. On a recensé sur ces communes 6000 naissances en 2009. Depuis 2006, le nombre de femmes situées à 45 minutes et plus d'une maternité a augmenté de 2,2% (15 182 femmes). Si les maternités réalisant moins de 300 actes ou presque par an venaient à fermer, 22 500 femmes supplémentaires se retrouveraient éloignées à 45 minutes et plus. Sur l'ensemble des femmes à 45 minutes et plus, près de 45 300 femmes se situeraient à une heure et plus d'une maternité, où l'on a recensé près de 2000 naissances en 2009.

Figure 37. Scenario du temps d'accès à une maternité la plus proche et nombre de femmes concernées sur le Massif central



B. Les évolutions rapides des services des urgences

1. Des enjeux de coordination

Selon la Direction générale de l'offre de soins, près d'un français sur cinq utilise au moins une fois par an le système de prise en charge des urgences en France (DGOS, 2010). L'activité des urgences reste soutenue[69]. On compte 703 structures d'urgences en 2010 et 16 millions de patients, dont seulement 25% donneront lieu à une hospitalisation. Bien que les services d'urgence soient prévus pour les cas les plus graves, 70 % des personnes qui s'y présentent n'ont pas eu d'avis médical préalable (notamment par le « centre 15 »). Une grande partie des patients contourne alors le système de régulation, ne présente pas de caractère d'urgence, et contribue à la congestion des services d'urgence. Ainsi, parmi les enjeux importants que rencontrent les services d'urgences au niveau national, on trouve la surcharge des services (avec le problème récurrent de la faible disponibilité des lits d'aval pour les hospitalisations), les délais d'attentes importants pour les patients, les conditions de prise en charge parfois difficiles en particulier pour les personnes fragiles telles que les personnes très âgées ou les malades chroniques, ou encore les conditions d'exercice difficiles pour le personnel soignant. Plusieurs rapports et consultations d'experts et de professionnels de santé prônent une meilleure organisation des services d'urgence, en renforçant en amont la prise en charge par un système de tri des patients par priorités, pour évacuer notamment les petites urgences pouvant relever de l'intervention d'un seul médecin généraliste. Au niveau du Massif central, nous mettrons l'accent sur la régulation de la prise en charge des urgences et l'éloignement de la population aux services d'urgences.

Rappelons que l'organisation de la prise en charge des patients en urgence repose sur plusieurs acteurs (Blémond et Favier, 2012). Ainsi, on compte les **services d'aides médicales urgentes** (SAMU), qui réalisent la régulation des appels avec le numéro 15 (appelé la plupart du temps les « centres 15 »). Les **services mobiles d'urgence et de réanimation** (SMUR) sont composés de véhicules équipés et de personnels dédiés qui réalisent la prise en charge pré-hospitalière des détresses vitales et le transport des patients. Interviennent également les **structures d'accueil des urgences**, présentes dans les établissements de soins publics ou privés, où les patients transportés sont pris en charge. Les **services des sapeurs-pompiers** (SDIS) sont amenés à intervenir auprès des patients lorsque des situations de sauvetage (incendie et secours) se présentent, ou pour compléter des effectifs insuffisants dans les services mobiles des SAMU. Les **ambulances privées** peuvent également intervenir. Enfin, s'ajoutent les **médecins généralistes libéraux** qui participent à la permanence des soins ambulatoires et qui sont amenés à intervenir auprès des patients sollicitant une aide d'urgence, en tant que simple médecin de garde ou bien comme médecin pompier ou médecin correspondant SAMU.

[69] « *Si la fréquentation moyenne était de 4,5% de 1999 à 2002, depuis 2004, elle se stabilise et diminue même de 8% entre 2009 et 2010 (SAE). […] Les raisons de l'importante fréquentation des services d'urgence sont le vieillissement de la population et du développement des polypathologies, le désengagement des médecins libéraux de la permanence des soins dès 2003, les exigences de la population qui augmentent en terme de réactivité et de qualité, le consumérisme médical, l'insuffisance de suivi des maladies chroniques ou de la dépendance, la paupérisation de la population* » (Blémond et Favier, 2012, p. 222).

Ainsi, un des grands enjeux de la prise en charge des urgences aujourd'hui est l'articulation entre ces différents acteurs, dont les moyens d'existence, les effectifs et l'organisation diffèrent d'une région à l'autre. La répartition et l'organisation des acteurs de la prise en charge des urgences sont inscrites dans un schéma fixé par le CODAMUPS (Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins) qui, depuis la loi HPST est géré au niveau régional.

Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont nés à la suite des décrets de 1965. Le terme SAMU apparaît plus tard, en 1972 dans une circulaire, avec pour mission de gérer les appels d'urgences et d'organiser l'utilisation des moyens mobiles de réanimation. Ainsi, les « centres 15 », un par département, ont pour mission d'assurer une écoute téléphonique médicale permanente pour faire face aux demandes d'aide médicale urgente. Le médecin prend connaissance de la situation et doit apporter une réponse adaptée : il s'assure que le patient peut être accueilli dans une structure la plus proche et adaptée à l'état du patient. Il s'assure également de la disponibilité des moyens et de la préparation de la prise en charge. Puis, il organise le transport du patient et enfin, il veille à l'admission dans les services, tout en tenant compte au maximum du libre choix du patient. Cette organisation fut seulement officialisée en 1986. La loi inscrit également, face aux disparités observées, « *l'obligation d'assurer en tout point du territoire français une couverture médicale de manière à faire face à l'urgence et d'y apporter une réponse adaptée* »[70]. La permanence des soins ambulatoires (plus couramment appelée gardes des médecins libéraux) était jusqu'en 2003 organisée par les préfets de départements et les services de la DDASS, selon des secteurs de garde, pour lesquels sont établis des tableaux de garde, que l'Ordre des médecins prend soin de remplir. « *La plupart des médecins accomplissaient ces gardes par devoir moral, normal à leurs yeux* » (Blémond et Favier, 2012). Au cours des années 2001-2002, les libéraux font grève pour protester contre une obligation de plus en plus contraignante. Les pouvoirs publics et les médecins négocieront alors de nouveaux secteurs et le principe de volontariat avec des astreintes rémunérées (premières parties de nuits, nuits profondes, week-end, jours fériés). Ces secteurs et modalités de volontariat continuent d'évoluer selon les régions, inscrites dans les SROS. Du côté de l'hospitalier, la permanence des soins reste une obligation dans les différents services, et pas seulement pour les services d'urgence.
Si la prise en charge des urgences a été généralisée sur le territoire national, de grandes différences existent d'un territoire à l'autre. Les différences naissent de plusieurs circonstances.

Les SAMU sont implantés le plus souvent dans l'hôpital le plus important du département. Depuis la loi HPST, des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) réunissent plusieurs SAMU, vers une gestion à l'échelle régionale. Un rapport de 2010 du Docteur Mardegan, rappelle qu'il persiste une grande hétérogénéité entre les SAMU, sur le plan technique, des ressources humaines et des structures. Ce même rapport dénonce notamment le sous-équipement et la sécurisation partielle de certains SAMU.

[70] Code de la santé publique, Art. L. 6311-1.

Par ailleurs, les services d'incendie et de secours (SDIS) ont des missions complémentaires de celles du SAMU, règlementées par plusieurs textes. Toutefois, malgré ces cadres règlementaires, persistent des phénomènes de concurrence entre ces deux services. Du côté des ambulances privées, il existe des tableaux de garde ambulancière, selon des secteurs de garde, définis en fonction des délais d'intervention, du nombre d'habitants, des contraintes géographiques, de la localisation des établissements et des secteurs de permanence des soins. Des conventionnements sont réalisés dans le cadre du CODAMUPS, pour compléter l'offre en véhicules SAMU. Les médecins correspondants SAMU, à la demande du SAMU, interviennent au chevet du patient le temps qu'un SMUR trop éloigné arrive, afin que la prise en charge soit plus rapide. On retrouve souvent ces médecins correspondants SAMU dans les zones de montagne. Par exemple, l'association ALUMPS dans le département de la Lozère dispense la formation des médecins et organise la permanence des soins. L'ARS Auvergne a inscrit dans le SROS ambulatoire 2012-2016, l'objectif de former des médecins correspondants SAMU pour les zones éloignées d'un service d'urgence à plus de 45 minutes, telles que les territoires autour du Sancy, à plus de 45 minutes. Selon Blémond et Favier (2012), « *les limites de ce système sont d'une part qu'il est tributaire du volontariat des médecins concernés, de leur compétence et de leur nombre, d'autre part, il est parfois en concurrence avec le dispositif des médecins sapeur-pompier* ».

Par ailleurs, la présence insuffisante de médecins libéraux dans certains secteurs de garde, en particulier dans des territoires ruraux, a pour conséquence l'augmentation du nombre de gardes par médecins et ainsi les risques de surmenage s'accroissent. Ces situations rendent également plus difficiles de nouvelles installations. Les maisons médicales de garde (MMG), cadrées par la circulaire de 2007[71], sont un outil d'organisation de la permanence des soins et une réponse potentielle à ces difficultés. Elles consistent en un lieu fixe où la population peut recevoir des prestations médicales par des médecins généralistes libéraux de garde, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins (soir, week-end et jours fériés). Les médecins y assurent une activité de consultation médicale non programmée. Le patient doit passer par la régulation téléphonique pour pouvoir obtenir une consultation avec le médecin de garde. Les institutions insistent fortement pour la création de MMG adossées à un établissement de santé existant, soit à un hôpital, à un service d'urgence, ou en milieu rural, à un hôpital local, un EHPAD ou une MSP. L'objectif est de décharger les services d'urgences de situations ne relevant pas de leur service, mais aussi, en particulier en milieu rural, à impliquer davantage les professionnels autour d'une organisation plus attractive (Rapport Grall, 2006). Il semble que l'arrivée d'une maison médicale de garde a pour le moment peu montré d'impact sur la limitation du nombre de passages aux urgences (Blémond et Favier, 2012). L'expérience d'une telle structure dans certains territoires du Massif tend cependant à jouer son rôle fédérateur et organisationnel qui permet le maintien d'une permanence des soins de qualité (par exemple sur le bassin d'Aurillac, dans le Cantal).

[71] CIRCULAIRE n° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. La circulaire établit un cahier des charges national.

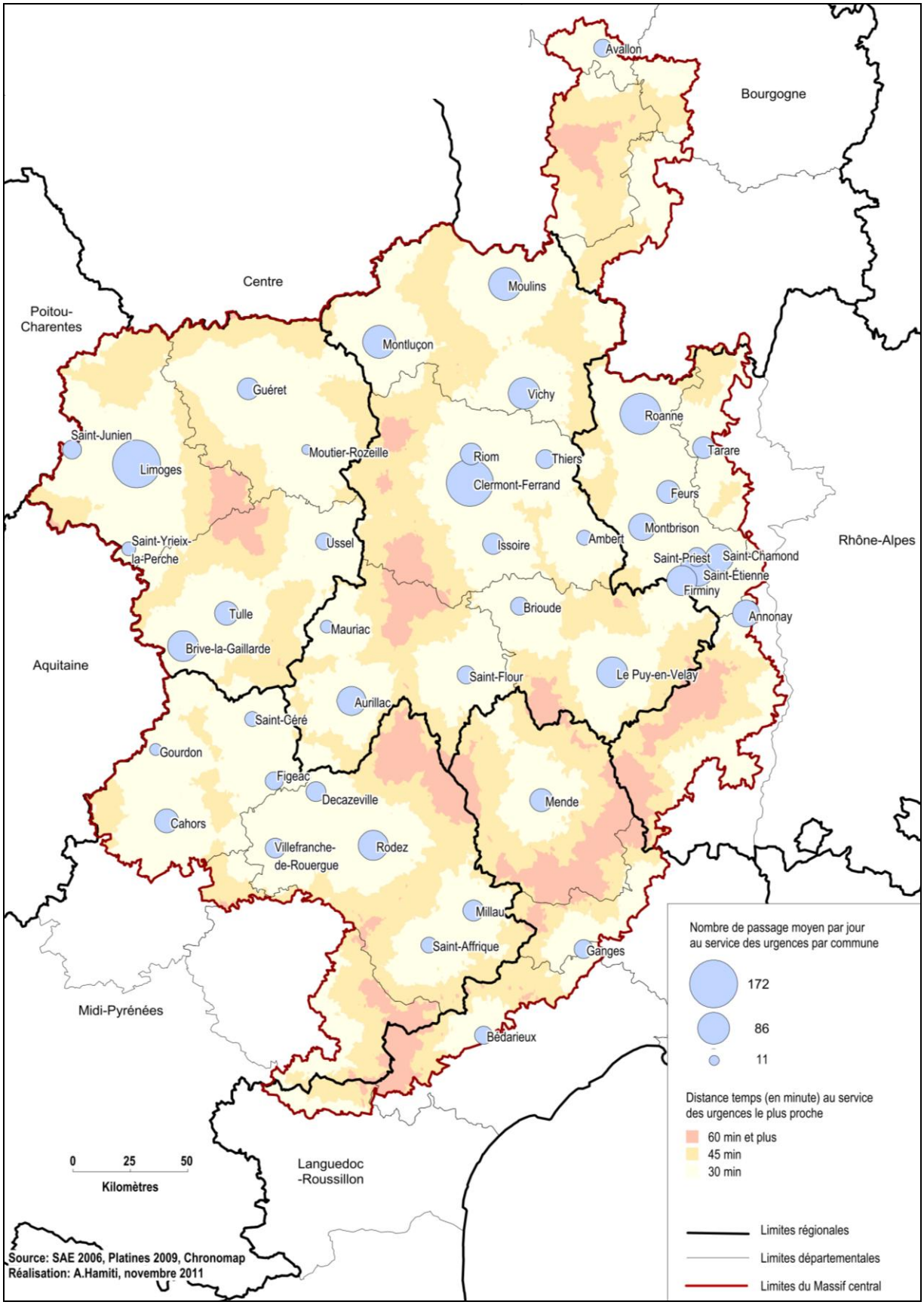
On compte plusieurs maisons médicales de garde (MMG) sur le Massif central :
En Auvergne (janvier 2012) : Aurillac, Yssingeaux, Cournon, Le Puy en Velay, Craponne-sur-Arzon, Bourbon l'Archambaud, 2 sur Clermont-Ferrand
En Rhône-Alpes (mai 2013), on compte 32 MMG, dont 6 sur le Massif, dans le département de la Loire (Montbrison, Feurs, l'Hôpital Nord, Firminy, Saint-Chamond, Roanne)
En Bourgogne, en 2012, neuf maisons médicales de garde fonctionnent (Dijon, Beaune, Nevers, Decize, Chalon-sur-Saône, Macon, Autun, Louhans, Chagny), mais aucune n'appartiennent à la zone du Massif central.
En Limousin, deux MMG sont financées par le FIQCS (2011) à Limoges (Haute-Vienne) et à Brive-la-Gaillarde (Corrèze).
En Languedoc-Roussillon (en 2011) on compte 14 MMG. Principalement dans les villes, aucune ne se situe dans le périmètre du Massif central.
En Midi-Pyrénées (2011), on compte six MMG (Saint-Girons, La Grave et La Faourette à Toulouse, Arreau et Lourdes) dont une sur le Massif central depuis 2010 à Saint-Affrique dans le département de l'Aveyron.

2. Plus de 500 000 personnes au-delà de 45 minutes d'un service d'urgence

A partir de la base Platines, nous avons extrait le nombre moyen de passages dans une journée par service d'urgences en 2009 (figure 38). Etant donné que certaines communes comptent plusieurs établissements offrant un service d'urgences, nous avons additionné le nombre total moyen de passages aux urgences par jour. C'est le cas de Clermont-Ferrand avec le Pôle République, établissement privé avec 42 passages par jour en moyenne et le CHU, établissement public, avec 124 passages en moyenne, Clermont-Ferrand totalise donc en moyenne 166 passages. Nous avons également ajouté l'activité des établissements de Limoges et ceux de Saint Etienne. Cette carte d'activité journalière moyenne des services d'urgence du Massif nous informe de la localisation des services et de la taille de ces services selon la fréquentation qu'ils connaissent. Le système de fonctionnement des centres hospitaliers, avec notamment la tarification à l'activité, pousse les services d'urgence à obtenir une certaine activité pour pouvoir être maintenus. Si une structure n'atteint pas le seuil annuel règlementaire de 8 000 passages, l'ARS Rhône-Alpes précise dans son SROS 2012-2016 que ce service d'urgence devra « s*e fédérer avec d'autres établissements plus importants ou requalifier leur activité en fonction de l'offre de premier recours* » (novembre 2012, p. 330). Si ce principe de seuil d'activité est appliqué sans prendre en compte les situations géographiques spécifiques des territoires et les profils des populations qui y habitent, des territoires et des populations pourraient se retrouver encore plus éloignés qu'actuellement, avec des conséquences sur la qualité de prise en charge (allongement du temps de trajet et d'attente dans les grandes structures d'urgence, augmentation du taux de mortalité ou des séquelles plus importantes).
La régulation médicale d'urgence prend tout son sens dans les cas de traumatismes graves, pour les victimes d'infarctus du myocarde (appelé communément crise cardiaque) ou d'accident vasculaire cérébral (AVC), pour lesquelles la prise en charge doit s'effectuer dans les meilleurs délais, avec une équipe médicale et un plateau technique adaptés et préparés à l'arrivée du patient, pour améliorer les chances de survie et une diminution des séquelles. Or, selon la Direction générale de l'offre de soins (2010), 92% de la population en France métropolitaine dispose d'un service d'urgence à moins de 30

minutes de son domicile. Elle relève cependant des disparités régionales importantes, avec seulement 75 à 80% de la population en Limousin et moins de 75% en Corse.

Figure 38. Temps d'accès au service des urgences le plus proche et nombre de passage moyen en 2009 sur le Massif central



La carte des distances d'accès au service d'urgence le plus proche et la présence de la population sur le Massif central (figure 40) nous montre que plus de 510 000 habitants, soit 13% de la population totale du Massif, sont éloignés de 45 minutes et plus du service d'urgence le plus proche. On retrouve les montagnes (Vivarais, Margeride, Sancy, Espinouse, Mont Aigoual et Mont Lozère) ainsi que les plateaux et territoires faiblement peuplés du Massif (Millevaches, Aubrac aveyronnais et lozérien, Morvan, Combrailles, Boccages de l'Allier). Toutefois, parmi les territoires concernés par cet éloignement aux services d'urgence, on compte 32 communes de plus de 2 000 habitants, dont 19 communes de plus de 2 500 habitants. C'est le cas de Lodève avec 7 345 habitants (Hérault), Bourbon-Lancy avec 5 338 habitants (Saône-et-Loire) et Bellac avec 4 372 habitants (Haute-Vienne), ainsi qu'un ensemble de bourgs ruraux d'une même aire en Ardèche, avec Saint-Agrève (2 506 hab.), Le Cheylard (3 285 hab.), Lamastre (2 523 hab.) et un peu plus loin Les Vans (2 812 hab.).

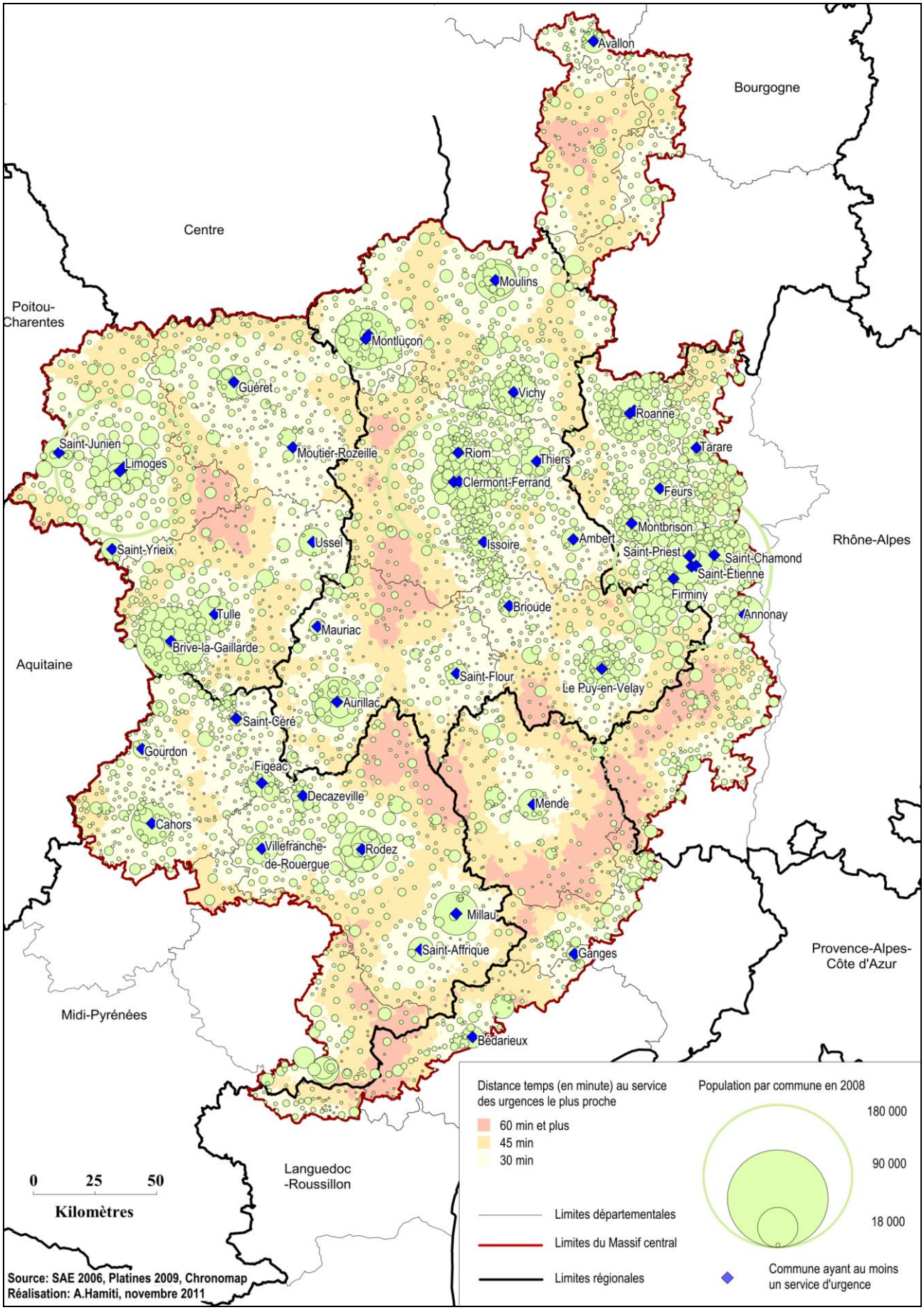
Les véhicules d'urgence, hébergés dans les établissements comptant un service d'urgence, peuvent certes intervenir auprès du patient dans un délai un peu plus court, mais leur temps de trajet reste conditionné par le relief et le climat. De la même manière, les véhicules des pompiers, présents dans les casernes plus proches de la population du fait de leur maillage serré, ne possèdent pas tous les équipements médicaux d'intervention et leurs déplacements sont limités par le relief et le climat. Par ailleurs, cette carte ne tient pas compte du niveau de spécialité des plateaux techniques associés aux services d'urgences. Ainsi, certains établissements possèdent un service d'urgence mais ne peuvent prendre en charge qu'un certain nombre de cas. Les autres cas sont transférés dans des établissements plus grands, ce qui signifie finalement un éloignement plus important encore pour le patient. Ce peut être le cas par exemple des services d'urgence d'Ambert, de Moutier près d'Aubusson, de Saint-Yrieix-la-Perche, de Mauriac ou de Brioude. Cependant, le rôle dans la prise en charge des urgences des centres hospitaliers de petite ou moyenne taille n'est pas à négliger, car ils répondent à des besoins de proximité et un premier niveau d'urgence nécessaire pour la population. Plusieurs de ces établissements réclament un renfort de leur service[72] et l'organisation d'une meilleure complémentarité avec les plus grands hôpitaux, en particulier avec les CHU.

Figure 39. Salle des urgences de la station médicale des Vans

Source : *Le Dauphine Libéré*, 03/12/08.

[72] Exemple de l'hôpital d'Ambert (Puy de Dôme) dont une partie de l'équipe et le collectif de défense de l'hôpital sollicitaient le maintien d'une « petite » chirurgie pour répondre aux besoins courants de la population et à un certain nombre de situations d'urgence.

Figure 40. Population et temps d'accès au service des urgences le plus proche en 2009 sur le Massif central



Dans plusieurs territoires situés à plus de 45 minutes des premiers services d'urgence, les professionnels de santé libéraux formulent le souhait d'un équipement de « petites urgences », localisé dans l'hôpital local du territoire par exemple, afin d'éviter à la population de se déplacer trop loin lorsque c'est possible. Nous avons pu l'entendre pour l'hôpital local du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ou celui d'Espalion (Aveyron), qui ne disposent à ce jour d'aucune prise en charge des urgences. Certains médecins généralistes se sont dotés d'une salle de premières urgences. C'est le cas aux Vans (Ardèche), à Gouzon (Creuse), à Montsauche-les-Settons (Nièvre) (figure 39). Dans ce dernier cas situé à côté du lac des Settons fréquenté l'été par les touristes, et donc à au moins 45 minutes d'un service d'urgence, la maison médicale compte un équipement de radiologie. Toutefois, un petit équipement comme celui de Montsauche, à la charge des médecins généralistes, répond difficilement aux normes imposées aux équipements de radiologie et définies pour des structures d'une certaine taille, ce qui met en péril sa pérennité.

Figure 41. Hélicoptère du SAMU de Rodez

Source: helisecours.com.

En France, « *la politique d'implantation des hélicoptères hospitaliers reste frileuse* » comme l'indiquent les auteurs Blémond et Favier (2012). Chaque hélicoptère réalise en moyenne 500 missions par an, dont 65% sont des transports secondaires, c'est-à-dire le transport d'un patient d'un hôpital à un autre (figure 41). Dans les zones de montagne, certains SAMU font intervenir près de 50% de leur hélicoptère sur des transports primaires (c'est-à-dire le transport d'un patient du lieu de l'urgence à un hôpital). Certains professeurs tels que Guy Vallancien (2006) plébiscitent la fermeture de certains services hospitaliers par souci de qualité, de sécurité et d'efficience, et souhaitent maintenir un accès aux soins des populations par l'utilisation de technologies telles que l'héliportage. Toutefois, ses détracteurs rappellent que les hélicoptères de secours actuels ne sont pas tous en mesure d'intervenir par temps de brouillard par exemple ou la nuit, et que la présence de structure d'urgence, même incomplète et de véhicules terrestres permet de garantir un premier niveau d'intervention. Blémond et Favier (2012) signalent une

« carence du dispositif français de couverture des hélicoptères sanitaires ». Près d'une soixantaine d'hélicoptères d'Etat, dédiée à la gendarmerie et à la sécurité civile n'est pas utilisée par les SAMU, en raison d'une chaîne de commandement longue pour en disposer. Par ailleurs, on note des difficultés de mutualisation entre les SAMU équipés d'hélicoptère et ceux qui n'en sont pas dotés, ce qui peut expliquer également la sous-consommation de ces engins aériens qui restent très couteux. De plus, la plupart des hélistations des hôpitaux ne sont pas aux normes.

Pour les régions du Massif central, on comptabilise 16 hélicoptères SAMU. En région Rhône-Alpes, il en existe quatre, positionnés à Valence (26), Saint-Etienne (42), Grenoble (38) et Lyon (69) qui réalisent des transports au profit de l'ensemble des départements. On compte 22 aires de pose d'hélicoptères dans cette région aux normes et 10 qui sont en cours d'étude ou de travaux[73]. En région Languedoc-Roussillon, on dénombre quatre hélicoptères SAMU, localisés à Nîmes (30), Montpellier (34), Carcassonne (11) et Perpignan (66). On utilise depuis 2011 un hélicoptère basé à Mende pendant la saison estivale pour la Lozère.
Le CHU de Limoges (87) dans la région Limousin emploie un hélismur, tandis que la région Auvergne compte deux hélicoptères (Clermont-Ferrand (63) qui interviennent également sur le département de l'Allier (03) et Aurillac (15)). La région Midi-Pyrénées en compte également deux (Toulouse (31) et Rodez (12)), et enfin la Bourgogne en compte deux (Auxerre (89) et Dijon (21)) avec une expérimentation en cours à Chalon-sur-Saône (71).

Plus de 510 000 habitants, soit 13% de la population totale du Massif, sont éloignés de 45 minutes et plus d'un service d'urgence le plus proche. Parmi les territoires concernés par cet éloignement aux services d'urgence, on compte 32 communes de plus de 2 000 habitants, dont 19 communes de plus de 2 500 habitants. C'est le cas de Lodève (Hérault), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) et Bellac (Haute-Vienne), ou encore sur une même aire en Ardèche, Saint-Agrève, Le Cheylard, Lamastre et un peu plus au sud la commune touristique des Vans. Dans ces territoires éloignés du service des urgences, des professionnels réclament la présence d'un service de « petite urgence », dans l'hôpital local notamment, pour éviter des déplacements trop grands pour la population. Certains médecins généralistes se sont dotés d'une salle où ils réalisent les premières urgences au sein de leur maison de santé (les Vans (Ardèche), Gouzon (Creuse), Montsauche-les-Settons (Nièvre)).
Globalement, un des grands enjeux de la prise en charge des urgences aujourd'hui est l'articulation entre les différents acteurs, dont les moyens d'existence, les effectifs et l'organisation diffèrent d'une région à l'autre (SAMU, SMUR, SDIS, service d'urgence, permanence des soins, ambulance privée).

[73] SROS p331.

Conclusion

L'analyse cartographique à l'échelle du Massif central, malgré les limites qu'elle comporte, montre de nombreux déficits de professionnels de santé libéraux du premier recours. L'évolution générale des professions de santé nous permet de dire que ces situations vont très probablement s'aggraveront très probablement à court et moyen termes. Les territoires de montagnes, les hauts plateaux, les zones de confins sont déjà particulièrement touchés.

En 2009, on compte un nombre moyen de **médecins généralistes** par habitant proche de la moyenne nationale, avec cependant des moyennes très inférieures sur plusieurs bassins de vie (bocages de l'Allier et de la Nièvre, Cézallier, Châtaigneraie, Causse de Sauveterre, Velay oriental). Près de 219 000 habitants (en 2009) se situent à 15 minutes et plus en voiture du médecin généraliste le plus proche tandis que la moyenne nationale est à 1 minute 20 (Irdes, 2011). La distance peut être plus grande étant donné que la présence théorique d'un médecin ne traduit pas l'accès réel de la population à l'offre médicale. Le nombre de médecins généralistes sur le Massif central approchant de la retraite augmente, avec une part moyenne de médecins âgés de 55 ans et plus qui a fortement augmenté, passant de 32 % à 41 % entre 2006 et 2009. Le vieillissement des médecins est généralisé à la France, mais ce phénomène touche particulièrement le Massif central qui compte de nombreux bassins de vie avec 70 à 100 % de médecins concernés (les bocages de l'Allier, le Morvan, la Corrèze, le Cantal, notamment le Pays de Saint-Flour, l'Aveyron, le Lot, le sud de la Lozère, le centre de l'Ardèche et l'est du Tarn). Par ailleurs, sur la même période, 31 communes perdaient leur seul médecin, dont 8 communes de plus de 1 000 habitants. Le Massif compte une bonne desserte moyenne en **infirmières** libérales sur les bassins de vie. Toutefois, les besoins sont importants et croissants, en particulier du fait du vieillissement de la population et du maintien à domicile. Les conditions de travail sont de plus en plus difficiles, avec de grandes tournées, beaucoup de temps sur les routes

et une disponibilité avec les patients plus réduite. Le renouvellement jusqu'à présent assuré pourrait rencontrer des difficultés à l'avenir. Des réflexions sont de plus de plus nombreuses sur la redistribution des rôles en faveur d'une valorisation du rôle d'infirmier. Du côté des **masseurs-kinésithérapeutes**, la desserte moyenne est assez bonne mais en dessous de la desserte moyenne nationale. Sur 35 bassins de vie, on observe une faible desserte avec moins de 50 praticiens pour 100 000 habitants, qui pénalise plus de 300 000 habitants (notamment en Limousin, dans le Morvan et la Loire). L'augmentation de polypathologies liées au vieillissement de la population, entraîne une augmentation des besoins de soins en kinésithérapie. Pour limiter les dépenses à venir, les pouvoirs publics envisagent des collaborations et des délégations de tâches en particulier avec les aides-soignantes et les infirmières. Les **dentistes** sont répartis de manière très inégalitaire au niveau national avec une concentration dans les grandes aires urbaines au détriment des communes rurales et de moins de 10 000 habitants. Sur le Massif, la desserte moyenne est en dessous de la moyenne nationale, et un nombre important de bassins de vie (réunissant 675 000 habitants) possède une desserte très faible (moins de 37 dentistes pour 100 000 habitants), notamment en Limousin, dans le Morvan, dans la Loire et sur la zone à cheval entre l'Ardèche, la Lozère et la Haute-Loire. Une activité moins rentable (avec moins de soins spécialisés) constitue un frein à l'installation des dentistes dans les territoires ruraux.
Les dessertes en **pharmacie** sont bonnes, en raison d'un quota qui règlemente l'installation selon le nombre d'habitants. Toutefois, les pharmacies rurales rencontrent des difficultés liées à une baisse de leur activité pour certaines (mise en concurrence, impact des politiques du médicament, …), et en raison des problèmes de démographie médicale et de recomposition de l'offre de soins. Concernant les **maternités**, plus de 100 000 femmes âgées de 15 à 44 sont éloignées de 45 minutes et plus d'une maternité. Cette population représente 16 % des femmes du Massif central. On a recensé sur ces communes 6 000 naissances en 2009. Depuis 2006, le nombre de femmes situées à 45 minutes et plus d'une maternité a augmenté de 2,2 % (15 182 femmes). Si les maternités réalisant moins de 300 actes ou presque par an (Saint-Affrique, Ussel, Decazeville, Ganges, Privas et Autun) venaient à fermer, 22 500 femmes supplémentaires se retrouveraient éloignées de 45 minutes et plus. Sur l'ensemble des femmes à 45 minutes et plus, 45 300 femmes se situeraient à une heure et plus d'une maternité, où l'on a recensé près de 2000 naissances en 2009.

Plus de 510 000 habitants, soit 13% de la population totale du Massif, sont éloignés de 45 minutes et plus d'un **service d'urgence** le plus proche. Parmi les territoires concernés par cet éloignement aux services d'urgence, on compte 32 communes de plus de 2 000 habitants, dont 19 communes de plus de 2 500 habitants. C'est le cas de Lodève (Hérault), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) et Bellac (Haute-Vienne), ou encore sur une même aire en Ardèche, Saint-Agrève, Le Cheylard, Lamastre et un peu plus au sud la commune touristique des Vans. Dans ces territoires éloignés du service des urgences, des professionnels réclament la présence d'un service de « petite urgence », dans l'hôpital local notamment, pour éviter des déplacements trop grands pour la population. Certains médecins généralistes se sont dotés d'une salle où ils réalisent les premières urgences au sein de leur maison de santé comme aux Vans (Ardèche), à Gouzon (Creuse) ou à Montsauche-les-Settons (Nièvre). Globalement, un des grands enjeux de la prise en

charge des urgences aujourd'hui est l'articulation entre les différents acteurs, dont les moyens d'existence, les effectifs et l'organisation diffèrent d'une région à l'autre (SAMU, SMUR, SDIS, service d'urgence, permanence des soins, ambulance privée).

Nous avons établi une synthèse des différentes cartes afin d'identifier les territoires qui cumulent particulièrement les difficultés et les fragilités dans la présence et l'éloignement aux services de soins, selon une analyse cartographique. Pour cela, nous avons retenu neuf indicateurs. Pour les indicateurs qui qualifient la fragilité de l'offre de soins, nous avons conservé les communes appartenant à un bassin de vie où la desserte est inférieure à 30 % de la desserte moyenne nationale (en 2009), ceci pour les médecins généralistes (seuil de 72 pour 100 000 habitants), les masseurs-kinésithérapeutes (seuil de 61) et les dentistes (seuil de 43). Nous avons également retenu les communes qui appartiennent à des cantons dont la part des médecins généralistes âgés de plus 55 ans est supérieure à 50 % (en 2009). Enfin, s'ajoutent à cela les communes dont les distances d'accès sont jugées importantes pour la pharmacie (30 minutes et plus), pour la maternité et pour les services d'urgences (45 minutes et plus), en tenant compte de l'éloignement des chefs-lieux aux services. Pour les informations sociodémographiques, la part des personnes âgées de 75 ans et plus par commune supérieure à 14 % (moyenne de l'espace rural) est un indicateur qui vient compléter les seuils de desserte et d'éloignement. De même, pour qualifier la densité et la dynamique démographique ainsi que le niveau de revenus des communes, à partir de la typologie des campagnes françaises de 2011, nous avons retenu les communes appartenant à quatre classes[74] qui réunissent notamment les critères de très faible densité, de population vieillie et de faibles revenues (qui ont un impact sur les déplacements, les besoins et les dépenses de soins). A partir de ces neuf indicateurs, selon un système de score (un point par indicateur de manière indifférenciée) nous avons identifié les communes avec trois niveaux de fragilité. Un score de 2 à 3 points correspond à une faible fragilité. Un score de 4 et 5 correspond à une fragilité plus marquée et un score de 6 et plus souligne les communes qui cumulent des difficultés et fragilités. Selon la typologie des campagnes françaises de la DATAR (établie en 2011), une très grande partie des communes sont concernées par les quatre classes que nous avons retenus (3423, soit 84 % des communes du Massif). Ce seul indicateur ne doit pas classer les communes en situation de fragilité, même faible, sur le plan de l'offre de soins. Nous avons par conséquent pris en compte les communes qu'à partir d'un score de 2 points.

Les limites de l'analyse cartographique présentée précédemment pour chaque professionnel et chaque service hospitalier s'appliquent également pour cette synthèse. Les dessertes sont parfois fortes mais ne tiennent pas compte des distances et des aléas climatiques ainsi que de la dispersion de la population à l'échelle du bassin de vie. L'absence d'indication sur l'activité des professionnels constitue une limite importante pour relativiser les niveaux de desserte, de même que l'absence de prise en compte des mutualités et des associations de professionnels salariés (que l'on peut trouver chez les

[74] Les campagnes agricoles et industrielles sous faible influence urbaine et les campagnes vieillies à très faible densité (déclinées en trois types : à faibles revenus, économie présentielle et agricole / à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique / à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant).

dentistes et kinésithérapeutes). Nous n'avons pas pris en compte également dans cette synthèse cartographique les réalités du terrain, par exemple les regroupements de professionnels en maison, en pôle ou en réseau de proximité de santé en fonctionnement ou en projet. Ces éléments peuvent influer sur le niveau de fragilité de l'offre d'un territoire. En effet, bien que peu d'études aient été menées dans ce sens, la prise en charge dans le premier recours et l'accès aux spécialistes et aux services hospitaliers pour le patient peuvent être favorisée lorsque l'offre est organisée en maison ou pôle de santé, même si la desserte est plus faible que la moyenne ou que l'éloignement est important. Pourquoi ? Parce que par exemple les tâches des professionnels de santé peuvent être redistribuées différemment, que certains professionnels délèguent une partie de leurs tâches administratives, ce qui leur libère du temps de soin et donc la possibilité de prendre plus de patients, ou bien encore qu'un système de transport collectif rattaché à la structure réduit les déplacements et les temps de tournées à domicile des professionnels en amenant les patients à eux. Le regroupement et la coordination entre professionnels peuvent encore par exemple permettre des délocalisations de consultations de spécialistes sur place. Ces différents éléments peuvent atténuer les difficultés que l'on pense trouver dans certains territoires, tout comme ils peuvent renforcer le niveau de fragilité (si par exemple un professionnel n'exerce qu'à mi-temps là où l'on pense qu'il couvre les besoins par sa présence).

Cette synthèse ne constitue qu'un premier niveau d'information de l'offre et le résultat ne constitue pas une fin en soi (figure 42). Elle ne peut être exhaustive de par son échelle et l'absence de prise en compte de certains critères. De plus, les données traduisent la situation en 2009, une situation qui a très probablement évolué depuis. C'est une carte qui désigne davantage des territoires de tensions mais aussi de possibles, où l'on doit porter une attention, un intérêt, une écoute et du soutien aux projets qui s'y développent, sans pour autant négliger les autres territoires. Ainsi, 1708 communes totalisent un score de 4 points et plus, soit 727 689 habitants sur le Massif. On descend à 371 communes pour celles qui réunissent plus de 6 points, soit 157 238 habitants. Il n'y a pas de communes qui cumulent les 9 indicateurs, en revanche 271 communes réunissent 6 points, 89 communes 7 points et 11 communes 8 points. Parmi les 371 communes, 287 possèdent moins de 500 habitants (dont 195 de moins de 250 habitants), et 12 comptent plus de 2 000 habitants : Lurcy-Lévis (03), Saulieu (21), Aubusson (23), Craponne-sur-Arzon (43), Retournac (43), Puy-L'évêque (46), La Canourgue (48), Château-Chinon (58), Luzy (58), Cours-la-ville (69), Bourbon-Lancy (71), Lacaune (81)).

Les communes identifiées comme fragiles possèdent peu le critère de faible desserte en médecin généraliste (16% et 30%), toutefois la part des médecins de plus de 55 ans est assez élevée (57% et 77%), renvoyant à la question de la pérennité de l'offre dans quelques années si les difficultés de renouvellement persistent. Le critère de la distance à la pharmacie est peu représenté car nous avons vu précédemment que les pharmacies sont dans l'ensemble bien présentes en raison d'un système de quota. La quasi-totalité des communes fragiles d'un score supérieur à 6 points possèdent le critère de l'éloignement aux urgences et à la maternité ainsi que la dimension rurale peu dense, vieillies et de faibles revenus (entre 95% et 98%). Les faibles dessertes en masseurs-kinésithérapeutes et en dentistes concernent une part non-négligeable des communes fragiles (62% et 76%).

Figure 42. Territoires en tensions sur le Massif central pour l'accès à l'offre en 2009 selon un score de fragilité

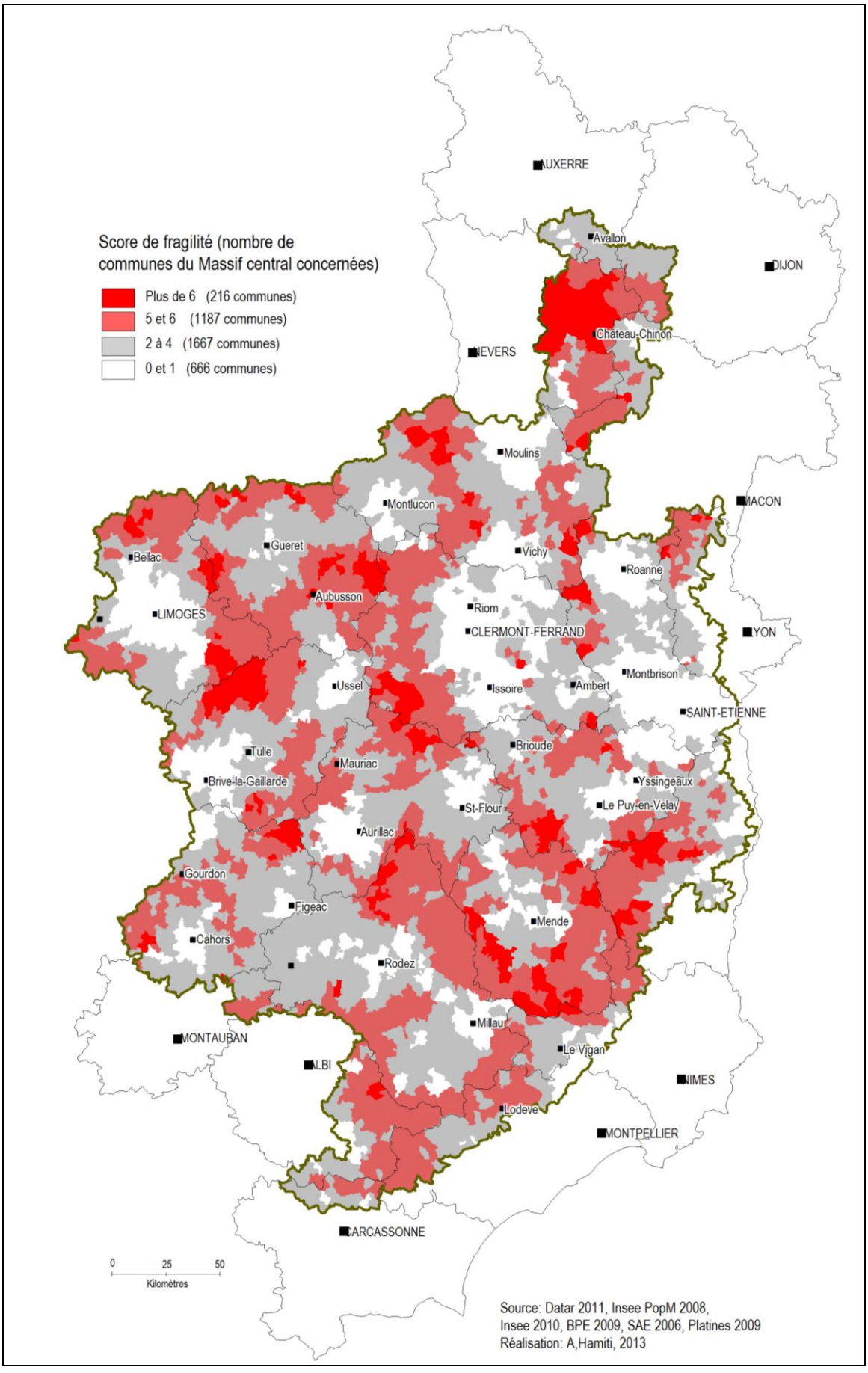


Tableau 1. Indicateurs et score de fragilité dans l'accès à l'offre de soins

Indicateurs	Score de 4 et 5 points	Pourcentage Score 4 et 5	Score de 6 à 8 points	Pourcentage score 6 à 8
Campagnes de faibles densités, vieillies et de faibles revenus	1314	98	366	99
Part des 75 ans et plus supérieure à 14%	792	59	318	86
Desserte en médecin généraliste inférieure à 72 pour 100 000 hab.	219	16	112	30
Desserte en masseur-kinésithérapeute inférieure à 61 pour 100 000 hab.	441	33	230	62
Desserte en dentiste inférieure à 43 pour 100 000 hab.	598	45	283	76
part des médecins généralistes âgés de plus 55 ans supérieure à 50%	757	57	287	77
Distance à une pharmacie supérieure à 30 minutes	25	2	21	6
Distance à une maternité supérieure à 45 minutes	1001	75	368	99
Distance à un service d'urgence supérieure à 45 minutes	840	63	352	95

Sur la carte on retrouve les zones de confins caractérisées par le relief et le rural isolé : le Morvan, le Vivarais, l'Aubrac, la Xaintrie, une partie du plateau de Millevaches, les Monts de l'Espinouse, la Margeride, le Sancy, le Cézallier, les Grands Causses. De manière moins évidente dans les cartes précédentes, on identifie des territoires interrégionaux fragiles : aux confins du Puy-de-Dôme, de la Haute-Loire et du Forez, aux confins de l'Allier et de la Creuse) ainsi que des territoires situés sur la retombée du Massif (dans le Pays Beaujolais, au sud-ouest du département du Lot, au nord de la Haute-Vienne et de la Creuse).

Chapitre 2

L'enjeu démographique de la médecine générale et des soins de premier recours au niveau du territoire national et du Massif central

Introduction

Si les effectifs des professionnels de santé augmentent globalement en France, des difficultés à trouver les professionnels pour répondre aux besoins persistent, voire s'accentuent. De nos jours, pas une semaine ne se passe sans que les problèmes de démographie médicale ne soient traités dans les journaux, dans la presse locale et nationale, dans les reportages télévisés et les émissions thématiques. Les causes sont multifactorielles. Le médecin généraliste est probablement la profession de santé la plus suivie. Toutefois, des études démographiques et des dispositifs sont de plus en plus développés en direction de l'ensemble des professions de santé. On dit du médecin généraliste qu'il est le pivot de l'offre de soins de premier recours. S'il ne fait pas tout, « la seule présence d'un médecin demeure indispensable » (Lacoste, 2011). De nombreux travaux des institutions telles que l'ONDPS, la DREES, les rapports des sénateurs et des députés, ainsi que des thèses de médecine et de nombreuses études locales, décrivent, analysent et commentent la situation démographique des médecins. Face à cette abondance de documentation, on pourrait avoir le sentiment d'avoir fait le tour de la question. Toutefois, certaines études et questionnements sur les nuances à la fois des situations et des solutions existantes ou potentielles sont peu portés à connaissance du public et des décideurs. Nous nous sommes attachés dans ce chapitre à reprendre les différents travaux, les approches disciplinaires variées (statistique, sociologique, économiste, médicale) en ponctuant de témoignages que nous avons recueillis sur les territoires du Massif central, en élargissant également notre analyse au niveau international (Suède, Royaume-Uni, Allemagne et Québec). L'objectif est de mettre en lumière l'évolution démographique de la profession et ses causes.

I. Le médecin généraliste, pivot du premier recours

Le champ d'activité du médecin généraliste est défini à partir des besoins et des demandes des patients. Il est ainsi le recours le plus courant pour les problèmes de santé.

Il doit prendre en compte l'environnement du patient, son cadre de vie, le milieu professionnel et social ou encore les origines culturelles, car se sont autant d'éléments qui peuvent interférer sur les problèmes pathologiques, sur le diagnostic comme le traitement. C'est pour ces raisons que l'on parle d'une certaine proximité du généraliste, physique mais aussi affective du fait de la connaissance que celui-ci doit avoir sur le patient ou parfois la famille entière (« le médecin de famille »). Le généraliste est prescripteur pour rediriger les patients vers un spécialiste, ou pour des soins infirmiers, de kinésithérapie, ou autres professions de santé, ainsi que pour des produits médicamenteux que le patient se procurera en pharmacie. Il est en cela le pivot des soins primaires (ou appeler autrement de premier recours). Le médecin libéral est rémunéré à l'acte, c'est-à-dire que chaque consultation auprès d'un patient qui vient le consulter, revient actuellement à 23 euros (s'il respecte le système de conventionnement pour le remboursement de l'Assurance maladie). Le rôle centralisateur du médecin généraliste a pu être renforcé avec la mise en place du médecin traitant. En effet, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie instaure le principe du médecin traitant, par souci d'une meilleure organisation des soins, en développant un « parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant […] qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins ». Ainsi, toute personne de plus de 16 ans doit désigner un médecin, généraliste ou spécialiste, qu'il consulte ensuite avant toute démarche vers d'autres médecins spécialistes. La majorité des assurés ont ainsi déclaré un médecin généraliste comme médecin traitant[75].
Par ailleurs, le rôle du premier recours est renforcé par le temps d'hospitalisation de plus en plus réduit. Le premier recours ne constitue pas seulement une première étape dans le soin, il assure aussi le suivi après une hospitalisation.

A. Déficit de médecins généralistes : une situation prévisible et « choisie »

De nombreuses études ont été réalisées concernant la démographie médicale en France. Depuis plusieurs années, les représentants des professions et les experts ont mis en lumière et ont prévenu les institutions sanitaires du risque d'une diminution des effectifs et de la nécessité de former davantage de professionnels de santé, en particulier de médecins généralistes. En 2001, l'Ordre national des médecins annonçait que si le recrutement restait inchangé, les chiffres allaient diminuer à partir de 2006, au point de descendre vers 160 000 médecins actifs en 2020, soit le nombre de médecins de 1988. Ce constat amène l'Ordre à annoncer une pénurie prévisible pour l'avenir et il préconise alors d'augmenter à 7 000 le numerus clausus pour 2001-2002. Il n'a été alors que de 4 700. En 2010 et 2011, on est arrivé à 7 400 postes ouverts.

De plus, l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé) expliquait dans son rapport de 2005, que la situation pour l'offre ambulatoire de premier recours allait être plus problématique que ce qu'il avait été dit. D'une part, l'examen de l'épreuve classante (ECN) 2005 a confirmé la désaffection de la médecine

[75] Rapport public annuel 2013, Tome I, Chapitre I, Santé et cohésion sociale, *« Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie »*, Cour des comptes, février 2013.

générale déjà observée en 2004, avec 40% des places non pourvues. C'est-à-dire, que même si le numerus clausus augmentait, les étudiants ne choisiraient pas cette spécialité. Des professionnels ont été interrogés sur les facteurs explicatifs de cette désaffection. Le phénomène en 2009 est certes plus atténué mais se maintient ; 59% des postes ouverts en médecine sont pour la médecine générale, 82% seulement sont pourvus contre 98% pour les autres spécialités (Millet-Kaptein, 2011). Par ailleurs, les trois principaux arguments évoqués sont la méconnaissance du métier (lié à un parcours étudiant au CHU avec peu de stage en médecine générale), la pénibilité de l'exercice (conditions de travail et horaires) et le manque de perspectives et de possibilité d'évolution de carrière (ONDPS, 2005). La spécialité médecine générale (reconnue comme telle en 2006) souffre d'une dévalorisation vis-à-vis des autres spécialités, dans le milieu de la formation et de la médecine. La médecine générale est délaissée pour des spécialités réputées « plus prestigieuses », résultant souvent d'un « choix négatif » (Bloy, 2009). En 2009, sur les 1000 premiers classés, seuls 44 choisissent la médecine générale. Dans les enquêtes de B. Dahan et de C. Braun, seulement 60% des internes en médecine générale avaient choisis cette filière, les autres ayant subi leur classement (Millet-Kaptein, 2011).

Ainsi, il n'est pas surprenant de découvrir qu'un certain nombre de jeunes diplômés en médecine générale se réorientent, en empruntant des passerelles hospitalières (urgence, gériatrie, spécialité psychiatrie…) ou choisissent des pratiques alternatives (acupunctures, homéopathie…). *« Le vivier en médecin généraliste est donc plus réduit que les chiffres le laissent penser »* (ONDPS, 2005). De plus, la médecine générale subit de ses jeunes diplômés une baisse d'intérêt pour l'exercice libéral. Dans l'atlas de la démographie médicale publié chaque année par le CNOM, qui présente un état des lieux des médecins en activités régulières, remplaçants et retraités inscrits à l'Ordre, par spécialité et par région, on confirme en 2010 le recul des installations en libéral. Seul 8,6% des nouveaux inscrits, toutes spécialités comprises, donc pas seulement la médecine générale, se sont installés, contre 10% en 2009. Les jeunes diplômés préfèrent massivement le salariat (66,8%) et les remplacements (23,9%).
Par ailleurs, l'âge de l'installation en médecine libérale continue de reculer, avec un âge moyen de 38 ans au niveau national[76]en 2009. Cette installation fait suite souvent à plusieurs années de remplacements.

1. Vieillissement des médecins, départ massif à la retraite et faible renouvellement

Les situations observées précédemment, c'est-à-dire moins d'étudiants inscrits en médecine générale, moins de jeunes diplômés qui exercent en médecine générale, moins d'installation en libéral, ont des conséquences statistiques et sont visibles sur les territoires. En effet, on observe un nombre important de départ à la retraite sans pour autant observer un renouvellement proportionnel (figure 43).

[76] *« **Restreindre la liberté d'installation augmentera la pénurie de généralistes »*** **de Martial Olivier-Koehret,** président de MG France. Le Parisien, **20 septembre 2009.**

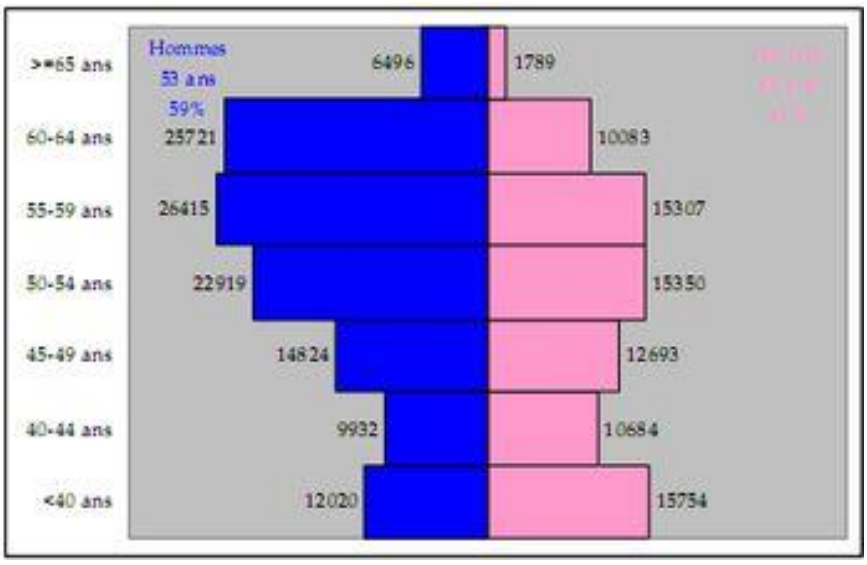
Figure 43. "De moins en moins de médecins"

Source : *La Montagne* du 9 septembre 2009.

Ainsi, l'écart est croissant en 2009 entre le nombre de médecins entrants (+1,8% en un an) et le nombre de médecins sortants (+ 6,6% en un an) (CNOM, 2010). La situation au 1er janvier 2011 confirme cette tendance de faible augmentation des entrants (+ 2,5%) par rapport à l'augmentation beaucoup plus importante des sortants (+ 11,2%) (CNOM, 2011).

On observe ainsi un vieillissement de l'âge moyen des médecins en exercice en France, de 51,4 ans en 2011 (53 ans pour les hommes, 49 ans pour les femmes), contre 50 ans, un an auparavant. Les médecins de plus de 55 ans représentent près de la moitié (43 %) des effectifs, tandis que les moins de 40 ans atteignent 14 % (graphique 3).

Graphique 3. Vieillissement des médecins français



Source : Atlas de la démographie médicale 2011, CNOM.

Ce vieillissement de la population médicale laisse présager une augmentation des difficultés sur le plan démographique, et par voie de conséquence le risque d'un accès plus difficile pour la population à une offre de soins plus réduite. Par ailleurs, afin de forcer le trait d'une situation déjà peu réjouissante, certains médecins décident de partir avant l'âge de la retraite. Une enquête du CNOM en 2011 auprès d'environ 900 médecins qui ont pris la décision de dévisser leur plaque en 2010, avant l'âge de la retraite. 70%

étaient des médecins généralistes qui avaient exercé en moyenne vingt ans. Les principales raisons évoquées sont « les charges financières trop lourdes », « le temps de travail journalier trop important » et la place démesurée des tâches administratives, ainsi que « la gestion de la permanence des soins ». Enfin, 30 % des répondants citent des cas de dépression ou *burn out* et la dévalorisation de la profession.
Par ailleurs, le départ non renouvelé de praticiens contribue à aggraver des situations déjà critiques sur certains territoires, par effet « boule de neige », avec le report de la charge de travail sur les praticiens qui restent, favorisant les risques de souffrance au travail ou d'épuisement professionnel, pouvant les conduire à partir ou cesser leur activité précocement.

2. De nouvelles aspirations chez les praticiens

De plus, les territoires ruraux et les banlieues des grandes villes semblent être des territoires peu attractifs pour de nouvelle installation en médecine générale libérale. En effet, de nombreux praticiens peinent à trouver des repreneurs pour la transmission de leur cabinet, et de plus en plus de médecins décrochent leur plaque sans avoir de successeur. Des études du syndicat des jeunes médecins généralistes, l'ISNAR-MG montre une réticence des jeunes diplômés à exercer de manière isolée, avec des gardes et une amplitude horaire trop importante, loin d'un plateau technique, dans un territoire où il n'y a pas d'emploi pour le conjoint. L'exercice en milieu rural garde cette image forte d'un exercice chargé et isolé. Pour la question de l'emploi du conjoint, nous le verrons plus loin, les territoires ruraux peuvent en effet rencontrer des difficultés à offrir un emploi dans leur domaine de formation, surtout si le conjoint est très qualifié et spécialisé.

Lors d'une étude comparative à l'échelle de l'Auvergne (Besset et Darbelet, 2010) sur la qualité de vie et ce qu'elle recouvre chez les médecins généralistes libéraux de la région qui habitent soit en milieu urbain ou périurbain, soit en milieu semi-rural et rural. Le questionnaire, envoyé par voie postal, demandait aux médecins de localiser leur lieu d'exercice dans ces 4 secteurs. Leurs réponses étaient ensuite comparées avec le zonage de l'INSEE. Ainsi, 70% des médecins qui se déclaraient en zone semi-rural étaient en réalité en péri-urbain selon l'INSEE, ce qui signifie que sur des enquêtes déclaratives comme c'était le cas pour cette enquête sur la qualité de vie, les organismes pour la prospective de la démographie médicale devraient s'inquiéter de ce quiproquo lorsque les déclarations d'intention des jeunes à s'installer en « semi-rural » sont là pour rassurer la crise annoncée du manque de renouvellement dans les territoires ruraux français. (Dans plusieurs études régionales et sondage BVA cités dans la thèse de Besset et Dardelet).

3. L'évolution dans les attentes et les manières de pratiquer des médecins généralistes

« La qualité de vie devient une exigence prioritaire avant la réussite professionnelle » (De Haas, 2013). Une femme médecin installée depuis plusieurs mois en milieu de montagne

rural dans le Massif central, et ayant exercé auparavant dans le Nord de la France, explique comment elle perçoit l'évolution de la profession de médecin et comment elle a vécu sa formation et ses expériences professionnelles.

> *« Il y a beaucoup de magazines, en particulier de l'Ordre, où on nous parle : « oh le médecin machin, il travaille 12 heures par jour, il est médecin pompier, il est à ceci, il est à cela. Il est tout seul !». Oui, il est tout seul, parce qu'il n'y a pas de place pour s'installer à côté de lui, parce qu'il est insupportable ! […] La glorification du sacrifice, c'est débile. […] A l'Ordre, tant qu'ils nous serviront ces exemples-là, bien sûr que les jeunes voudront se tailler. »*

On comprend, à travers ce témoignage, une certaine rupture de compréhension entre les générations de médecin, et en particulier entre les jeunes diplômés et les « garants » de la déontologie du corps médical, c'est-à-dire l'Ordre.

> *« On est prêt à faire des choses militantes, mais pas à sacrifier nos vies douze heures par jour toutes la semaine, c'est ça qu'ils n'arrivent pas à intégrer nos chefs. On n'est pas des fainéants, leur génération nous a fait beaucoup passer pour des fainéants : « les jeunes ils ne veulent pas travailler » […] D'abord, on est plus jeune, on a arrêté d'être des jeunes, et on n'est pas dans la rébellion. »*

Ces nouvelles générations de médecin, pour beaucoup, souhaitent simplement exercer différemment. Ils considèrent qu'à partir d'un certain nombre d'heures et de patients, on n'est plus efficace. Il faut savoir prendre du temps pour soi, pour bien faire son travail. Prendre du temps également pour sa vie de couple, pour sa famille. Certains anciens médecins diront que c'est avec l'arrivée des femmes dans la médecine générale, que notamment ces nouvelles conceptions d'exercice se sont affirmées auprès des jeunes générations. Des évolutions qui sont considérées par de plus en plus de médecins comme quelque chose de bénéfique pour la pratique. C'est également des attentes qui correspondent à des valeurs de société plus actuelles, ressentis dans d'autres corps de métier. Et si ce souci de qualité d'exercice et de vie se développe chez les jeunes médecins, c'est aussi parce que parmi les anciennes générations de médecins, ces aspects qualitatifs ont été mis de côté avec des praticiens qui se sont laissés submerger par le métier.

> *« C'est très compliqué comme métier finalement, et on n'a pas de garde-fou. C'est-à-dire que l'on voit bien [chez les médecins], il y a beaucoup d'alcool, il y a beaucoup de dépression, il y'a beaucoup de divorce, il y a beaucoup de mort précoce chez les médecins. Et on ne porte aucune réflexion là-dessus, sur la santé des médecins. […] Et je pense, le mal que l'on se fait à nous, faut pas croire que quelqu'un qui se fait du mal, en consultation, il va être très…je crois que quand on souffre on n'est pas en mesure d'écouter. »*

Une partie des médecins nouvellement diplômés, mais aussi de certains syndicats, abondent dans le sens d'une meilleure qualité de vie et d'exercice pour garantir de meilleurs soins à la population. De plus en plus de professionnels recherchent des mi-

temps, afin de conserver du temps pour leur vie personnelle, de famille mais aussi pour parfaire leur métier différemment que dans le soin seul.

> *« Toutes mes copines de fac sont sur ça. On est là à travailler sur du mi-temps. Un mi-temps de médecin qui finalement correspondrait à un mi-temps normal, puisque dans la journée on fait dix à douze heures. Elle est vite fait la semaine, […] y'a pas besoin de travailler tout les jours pour la faire. Quatre jours, c'est fait. On est toute sur ça, à pouvoir faire de la musique, à pourvoir se rencontrer avec d'autres professionnels pour discuter du sens, à l'humain. Et c'est ça le boulot de généraliste. »*

Toutefois, la question de la diminution choisie du temps de travail interpelle les « anciens » médecins sur la viabilité économique. Il serait intéressant de rechercher dans quelles mesures un mi-temps en libéral serait viable économiquement et selon quelles conditions.

4. La question des revenus

Le médecin libéral gagne en moyenne 5 400 euros net par mois en 2005 (contre 8 600 euros dans l'ensemble des autres spécialités, indiquent Fréchou et Guillaumat-Tailliet en 2008 (Dormont et Samson, 2011). Derrière cette moyenne se cache une grande hétérogénéité des situations. En milieu rural, les revenus sont généralement plus importants qu'en milieu urbain, en raison du nombre de patients et d'actes par médecin plus important. On observe chez les jeunes générations de praticiens, que la recherche de temps libre, de la qualité de vie et notamment de la vie de famille passe avant la rémunération. Les « médecins pauvres » (c'est-à-dire à 1,5 fois le SMIC) sont majoritairement des femmes qui ont la possibilité d'augmenter leurs activités et leurs revenus mais qui ne le souhaitent pas, parce qu'elles choisissent de privilégier leur temps pour autre chose que le travail (Samson, 2008). L'exercice libéral présente l'avantage de gérer la quantité d'activité que souhaitent les médecins.

Un médecin de plus de 60 ans qui a exercé 25 ans en milieu rural de montagne explique *: « Le changement de mentalité fait que les gens préfèrent le salariat. Maintenant, un couple de médecins qui commencent à l'hôpital, ils sortent 8 ou 9000 euros de salaires tout les mois, pour faire trente cinq heures, 10% pour leur formation, plus une demi-journée par semaine pour les travaux d'intérêt généraux, même si en pratique ils en font plus. […] Si je devais redémarrer maintenant en couple, j'avoue que l'idée de faire trente cinq heures par semaine et émarger 7000 au départ puis 8000 euros rapidement, pouvoir gratter trois sous de plus avec les gardes, les prélèvements de sang et l'intérêt collectif, je n'irai pas m'embêter à être libéral. »*

Un médecin dans le Livradois-Forez explique que les jeunes qui souhaitent être à mi-temps ou exercer moins d'heures dans un souci de qualité de vie, n'est pas compatible avec un exercice libéral en raison des charges trop importantes qui pèsent sur l'exercice libéral actuellement. Si les médecins souhaitent faire moins d'heures, c'est la solution du salariat qui semble la plus plausible. Si les médecins souhaitent exercer différemment, en

se recentrant sur la pratique médicale, la solution du regroupement avec un projet professionnel et projet de soins, avec des tâches administratives et organisationnelles mutualisées sur un personnel dédié est une avancée, mais il faut faire un certain nombre d'acte tout de même pour fonctionner.

B. Localisation et mobilité des médecins généralistes

1. L'inégale attractivité des territoires

Attal-Toubert et Vanderschelden montrent dans une étude DREES que les médecins se concentrent dans les pôles urbains dotés de CHU[77]. Les projections en 2030, selon la tendance des installations actuelles, signalent une augmentation du nombre de médecin en exercice dans ces pôles avec CHU, contre une diminution dans les autres espaces, périurbains, multi polarisés et à dominante rurale. Barlet et Collin (2010), selon des méthodes issues des théories économiques de la localisation des entreprises, présentent les résultats d'une étude sur l'adéquation entre la localisation des professionnels de santé et celle de la population, ainsi que l'adéquation avec la localisation d'autres équipements (colocalisation). A partir de la base permanente des équipements 2008 de l'INSEE, les auteurs évaluent la répartition spatiale d'un certain nombre de professionnels de santé (médecins généralistes, pharmacies, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres) par rapport à la population, avec un affinage sur la population de plus de 75 ans. Le maillage géographique choisi pour calculer et comparer la localisation et colocalisation des équipements est le bassin de vie pour les communes de moins de 30 000 habitants, et le « canton-ou-ville » de l'Insee pour les plus de 30 000 habitants. C'est un découpage territorial qui représente à la fois l'accès aux équipements les plus courants et l'emploi.
Ainsi, on retiendra que « les médecins généralistes et les pharmacies font partie, avec les boulangeries et les salons de coiffure, des équipements dont la répartition spatiale est le plus proche de celle des plus de 75 ans ». Dans un contexte où les incitations à l'installation sont majoritairement financières, l'étude de la colocalisation des médecins généralistes libéraux avec d'autres équipements permet de repérer les équipements que les médecins favorisent dans leur environnement et réciproquement.

Par ailleurs, une étude d'une économiste montre que les médecins généralistes libéraux exercent dans des départements où la qualité de vie est considérée comme meilleure, quitte à percevoir des revenus assez faibles (Samson, 2009). Cette observation, réalisée à l'échelle des départements, se retrouve au niveau du constat du nombre important d'installations en milieu urbain alors même que leurs revenus sont inférieurs (du fait de la

[77] *« En 2006, 54,3 % des médecins exercent dans un pôle urbain dans lequel existe un centre hospitalier universitaire (CHU), 31 % dans un pôle urbain dépourvu de CHU, 7 % en couronne périurbaine ou dans une commune multi polarisée et 7,7 % dans un espace à dominante rurale. À l'horizon 2030, le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1 %, le nombre de médecins exerçant en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée de 10,5 %, et le nombre de médecins exerçant dans un pôle urbain sans CHU de 6,2 %. En revanche, le nombre de médecins exerçant dans les pôles urbains avec CHU augmenterait de 5,5 %.* » K. Attal-Toubert et M. Vanderschelden (2009) Etudes et Résultats, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.

surdensité des praticiens) aux revenus que l'on peut observer sur les territoires périurbains et ruraux où les besoins en professionnels de santé se font ressentir. Bien qu'ils soient des professionnels libéraux, les médecins généralistes ne semblent pas toujours privilégier les revenus.

Jusqu'à présent, l'observation de la mobilité des médecins généralistes dans leur carrière montre qu'elle est rare. Une étude, à partir d'un panel représentatif de médecins généralistes suivis de 1979 à 2004 par la CNAMTS, montre que seulement 3% ont changé de région au cours de leur carrière et 4% ont changé de type de commune pour leur exercice professionnel (commune rurale vers urbaine ou vice versa) (Delattre et Samson, 2010).

Toutefois, pour des professionnels de santé en exercice et des institutions sanitaires, un phénomène de mobilité professionnelle chez les médecins s'amorce, en particulier dans les territoires ruraux.

« Les médecins ne feront que passer. Ils exerceront quelques années et changeront de lieu d'exercice. Je pense que c'est l'avenir. Ils ne feront plus comme nous, toute une vie sur un même territoire. Il faudra alors ces structures [maison de santé pluridisciplinaire] pour les accueillir, avec quelques permanents bien rodés mais surtout un cadre de fonctionnement souple où le praticien s'incérera. » (Médecin, Montsauche-les-Settons).

2. Une étude pour questionner la qualité de vie en médecine rurale

Deux internes en médecine générale ont fait porter le sujet de leur thèse de doctorat sur la « Qualité de vie des médecins généralistes : influence du lieu et des modalités d'exercice » à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux auvergnats (Besset et Darbelet, 2010). L'objectif principal de cette étude a été d'identifier, au travers du lieu et des modalités d'exercice du médecin généraliste libéral les facteurs qui peuvent influencer sa qualité de vie (positivement ou négativement). L'objectif secondaire a été d'étudier la relation entre la vie de famille et la qualité de vie. Les auteurs ont utilisés la classification INSEE pour qualifier le milieu d'exercice des praticiens sur l'ensemble de l'Auvergne (pôle urbain, couronne périurbaine, pôle rural, espace rural). Le questionnaire a été envoyé par voie postale à tous les médecins généralistes libéraux (collaborateur ou installé) dans un cabinet en Auvergne, en activité au 1er juin 2010, à partir de la base de donnée de l'URML-Auvergne recoupée avec celle de l'Ordre des médecins et les Pages Jaunes. Le questionnaire est composé de deux parties, des questions sur les caractéristiques socioprofessionnelles et des questions sur la qualité de vie. Ce questionnaire générique auto-administré (WHOQOL-BREF) établi par l'OMS, comprenait 26 questions, dans 4 domaines, la santé physique, psychologique, sociale et environnemental de la personne. Les thèmes abordés étant sensibles (vie de famille, santé, volume d'activité, de revenus…), les auteurs ont choisi l'anonymat des réponses.

Sur l'ensemble des 1 240 questionnaires envoyés, 576 ont été retournés, soit 46,5 % de taux de réponse, 381 hommes et 195 femmes (ratio 1,95), d'âge moyen de 50,8 ans (40 % ayant 55 ans et plus) le plus jeune répondant ayant 29 ans, le plus âgé 79 ans. En espace rural les médecins sont plus âgés et installés depuis plus longtemps que dans les autres types de territoire. Par ailleurs, la proportion de femme est significativement plus faible

en semi-rural et rural. Le secteur périurbain est le secteur le plus « jeune » et le plus féminisé. L'échantillon est représentatif de la tendance régionale sur les critères d'âge, de sexe, et de localisation.

Sur les répondants, un peu plus de la moitié exerce en association (54,9 %), le reste en indépendant. Selon les secteurs, le semi-rural est dominé par l'exercice en groupe (75,5 % de 54 répondants) et le rural compte un peu moins de la moitié en association (48,2 % de 137 réponses). 25,5 % des médecins déclarent avoir une activité salariée en plus de l'activité libérale (EHPAD, hôpital, milieu psychiatrique, fonctions universitaires), dont le nombre d'heures moyennes est de 9 heures par semaine. Le rural pratique davantage les modes de consultation mixtes (libre et sur rendez-vous à 47 % de 140 répondants) contre une majorité sur rendez-vous en urbain (75,9 % de 249 répondants), en périurbain (65,4 % de 133 répondants) et en semi-rural (56,6 % de 53 répondants). Le temps de trajet entre le domicile et le lieu de travail est en moyenne de 7 minutes, avec un temps maximal déclaré de 60 minutes. Le taux de ceux qui exercent à leur domicile est de 20,2 %, ce qui est significativement plus élevé en milieu rural. Par ailleurs, le temps de trajet est plus court en milieu rural (4,6 minutes en moyenne) comparé aux autres secteurs, notamment le milieu urbain (8,8 minutes). 12 % exercent à plus de 65 heures par semaines et 24 % entre 55 et 64 heures par semaines. Ceux qui exercent plus d'heures sont ceux qui exercent seul et/ou consultent le plus souvent sans rendez-vous. La proportion de médecins qui travaillent plus de 55 heures par semaine est plus importante en semi-rural (32 %) et rural (28 %) par rapport aux milieux urbains (19,8 %) et périurbain (24,6 %).

Concernant le temps de travail, la difficulté repose sur la représentation individuelle du temps de travail et la perception du temps non médical (gestion, administration, prise de rendez-vous et conseils par téléphone…). 51,4 % se font remplacer en cas d'absence, dont 22 % sans difficulté et 29 % plus difficilement. Ceux qui ont du mal à être remplacé ne sont pas forcément les ruraux (29,4 % contre 33,5 % en urbain). 12% ne parviennent pas du tout à trouver un remplaçant, dont 44,9 % en urbain et 30,4 % en rural. 36 % font le choix délibéré de ne pas se faire remplacer, majoritairement en urbain (51,4 % de 208 répondants). 61 % des médecins déclarent participer à des gardes régulées, 8,7 % à des non régulées et 30 % des médecins généralistes ayant répondu ne participent pas aux gardes. L'âge de ceux qui ne participent pas est en moyenne légèrement plus élevé que ceux qui y participent. Les médecins qui ne participent pas sont minoritaires (entre 7 et 17 %) dans les différents milieux à l'exception de l'urbain (54 %). Le nombre de gardes en semaine et le week-end sont en moyenne plus élevées en rural qu'en urbain (4,8 par mois en rural (la semaine) contre 1,5 en urbain, et 2,6 par trimestre en rural (le week-end) contre 1,5 en urbain). La moitié des 400 médecins qui effectuent les gardes souhaiteraient ne plus les assurer (26 % plutôt oui, 25 % tout à fait). 14 % sont indécis et 33 % souhaitent les poursuivre. Ceux qui souhaitent les poursuivre ont en général un délai d'intervention plus important au SMUR. On peut comprend par là que ces professionnels ont un souci de maintenir les gardes car elles sont importantes pour la population éloignée d'un service mobile d'urgence. 48 % des médecins considèrent que leur niveau de revenu n'est pas à la hauteur de leur investissement. 34% déclarent le contraire. Les médecins qui sont le moins satisfaits sont majoritairement en urbain et péri-urbain, qu'en milieu rural où ils sont plus satisfaits. La moitié des médecins envisagent de modifier leur activité professionnelle dans le futur. Parmi les modifications envisagées les plus souvent cités, on retrouve : diminuer le temps de travail (38 %), trouver un associé ou collaborateur (24 %),

devenir médecin salarié (17 %), arrêter la médecine générale (14 %), ou encore prendre sa retraite (13 %), et déménager le cabinet (9 %). 41 % des médecins sont satisfaits du temps passé avec leur famille, 21% sont indécis, 37 % ne sont pas satisfaits. Les médecins qui effectuent le plus d'actes en moyenne par jour sont en général ceux qui sont le plus insatisfait. De même, les médecins travaillant moins de 55 heures par semaine sont le plus souvent satisfait du temps consacré avec leur famille. Le milieu d'exercice, le mode d'exercice ou la participation aux gardes n'ont pas d'influence significative sur ce niveau de satisfaction. 41 % estiment que leur travail a contraint leur conjoint à modifier son activité, 8 % sont indécis et 50 % jugent qu'il n'y a eu aucune conséquence sur le conjoint. Il n'y a pas de surprise dans le fait que ce sont les médecins exerçant en milieu semi-rural et rural qui ont contraint le plus souvent les conjoints à modifier leur activité professionnelle. La problématique de l'emploi du conjoint est un frein à l'attractivité des territoires ruraux. Par ailleurs, 78 % des médecins considèrent que leur travail a déjà eu des conséquences négatives sur leur vie de couple. La majorité des médecins estime avoir un temps de loisir limité, avec 68 % de médecins qui répondent de « modérément » à « pas du tout » la possibilité d'avoir des activités de loisir, 19 % beaucoup et 12 % complètement. Plus les médecins consacrent du temps à leur travail, moins ils en ont pour les loisirs.

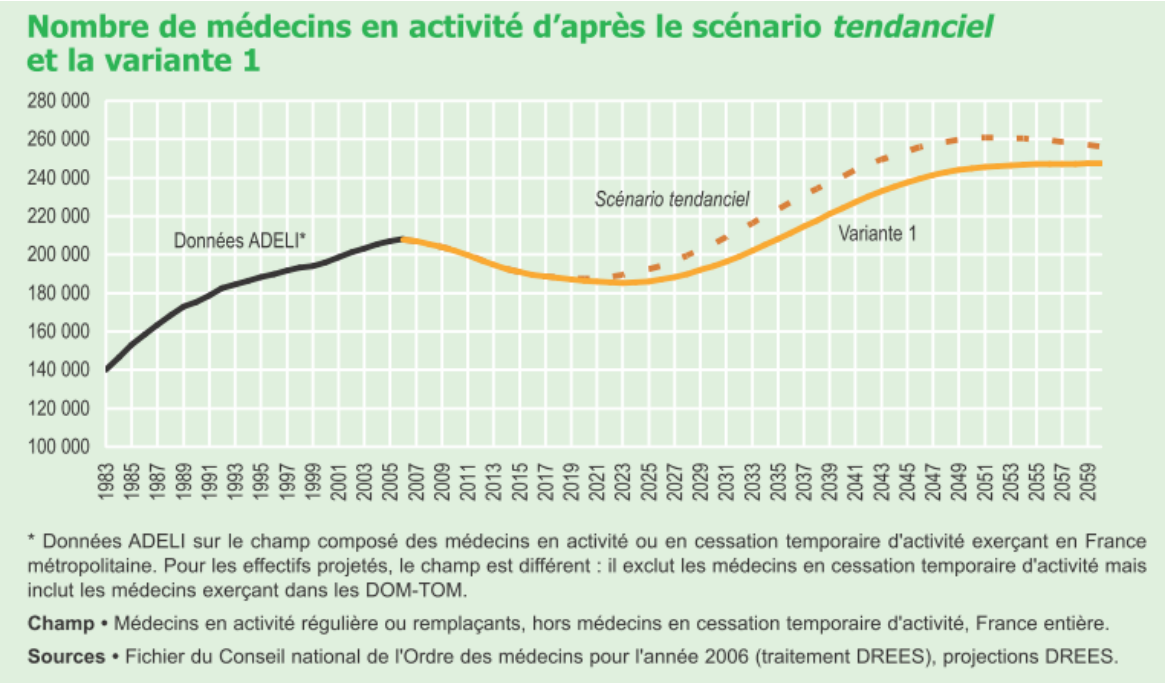
Pour conclure, « Le lieu d'exercice, entre urbain, péri-urbain, semi-rural et rural, n'a pas d'impact direct sur la qualité de vie ressentie des médecins généralistes en Auvergne. […] Cette affirmation va donc à l'encontre des stéréotypes selon lesquelles la qualité de vie en milieu rural serait inférieure, et supérieure en milieu urbanisé ». […] « Ce que l'on constate c'est que le péri-urbain est plus « jeune » et plus féminisé. Le milieu rural quand à lui est plus âgé et beaucoup moins féminisé. Même si la qualité de vie n'est pas inférieure, certaines modalités actuelles d'exercice en milieu rural ne conviennent probablement pas à des mères ou futures mères qui représentent une part croissante du renouvellement de la profession de médecin généraliste, telle que les gardes » (Besset et Darbelet, 2010).

3. Les projections démographiques des médecins

On constate qu'en janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, et qu'il s'agissait alors d'un record en termes d'effectifs et de densité médicale de praticiens par rapport au nombre de population moyenne qu'avait connu le pays. Toutefois, sous cette observation se cache une situation évolutive et contrastée. Comme nous l'avons montré précédemment, la situation est peu réjouissante, notamment chez les médecins généralistes, en terme de répartition, de densité médicale à des échelles plus fines et les perspectives de renouvellements. Selon les projections de l'organisme nationale de statistique la DREES (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009), avec un scénario tendanciel sur une constance dans les comportements de 2006 (graphique 4), c'est-à-dire les redoublements ou l'abandon des étudiants, l'absence aux épreuves classantes nationales (ECN), le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice. Les évolutions du numérus clausus sont prises en compte (fixé à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008, 7 600 en 2009, 7 800 en 2010 et 8 000 de 2011 à 2020. Il est ensuite supposé décroître avec un pas de 100 de 2021 à 2030, pour atteindre 7 000 en 2030). La répartition régionale des nombres de postes ouverts aux ECN est maintenue, avec la part de poste ouvert en médecine générale à 55%, le taux de fuite des médecins diplômés fixé

à 3%, et la mobilité est prise en compte (flux de médecins français diplômés à l'étranger entrants et ceux sortants selon les tendances de 2006).

Graphique 4. Courbe du nombre de médecin selon les tendances de la DREES (2009)



A partir de ce scénario, sur le graphique, on constate que le creux de la vague se fera en 2020 pour ensuite remonter. Compte tenu de la tendance actuelle du non remplissage complet des postes en médecine générale selon les régions, la variante 1 prend en compte un numerus clausus maintenu à 7000 postes jusqu'en 2030. Ainsi, il faudra attendre 2035 pour atteindre un nombre de médecin comparable à 2006, sachant que la population française devrait s'accroitre de 10% entre 2006 et 2030. Toutefois, ce scénario ne tient pas compte des situations présentées précédemment sur le départ à la retraite anticipé de certains médecins libéraux, le faible nombre d'installation en libérale, et l'âge de l'installation qui est plus avancé. La situation est donc beaucoup moins sûre en termes de perspective que celle affichée sur le graphique.

II. Les enjeux de démographie médicale dans quatre pays européens et de l'OCDE : des modèles complexes

A. Des démographies médicales différenciées : des territoires fragilisés dans leur offre

Il est difficile d'obtenir les données sur le nombre et la répartition des médecins dans l'ensemble des pays européens ou de l'OCDE, en raison de l'absence de base de données homogènes et systématiques, fondées sur le même système de comptage et à des périodes similaires ou encore en raison de l'absence d'organisme d'Etat pour centraliser les

données. Par ailleurs, un médecin ne revêt pas les mêmes compétences d'un pays à l'autre, ni le même rôle dans un système de santé différent. Par exemple, dans l'organisation du premier recours, la répartition des tâches entre les actes de soins, les actes administratifs ou les actes de suivi, n'est pas la même. Avoir un médecin pour 1000 habitants en moyenne, comme c'est le cas en France, ne sera pas nécessaire dans un autre pays où l'activité de prévention, de diagnostic ou de soins est réalisée en partie ou totalement par d'autres professionnels du premier recours tel que l'infirmier, comme c'est le cas en Suède ; ce qui signifie que la comparaison des démographies médicales entre des pays qui possèdent des systèmes de santé différents semble peu pertinente. De plus, les données recueillies sont des moyennes nationales, et ne tiennent pas compte des disparités à l'intérieur des pays pouvant dépendre notamment des configurations géographiques.

Voici toutefois quelques données à tire indicatif, pour quatre pays, Suède, Royaume-Uni, Allemagne et Québec, que nous avons souhaité retenir en raison des données disponibles, et de certaines caractéristiques que l'on peut retrouver en France telles qu'une désaffection des généralistes pour les territoires ruraux, la présence d'espaces faiblement peuplés et parfois de montagne. Si les problèmes de répartition se posent de manière différenciée pour certains pays en raison de la taille des espaces (236 699 km² pour la région Côte-Nord du Québec par exemple) ou des densités moyennes largement inférieures au Massif central (2,6 hab/km² pour la région de l'Abitibi au Québec), l'intérêt réside dans le fait que les pays retenus sont confrontés au problème de répartition des professionnels et souhaitent réguler par différentes mesures.
A partir des données de l'Organisation mondiale de la santé, recensées dans le cadre du programme « Health for all data » de 2008, repris dans le rapport Primary Care in Europe (Masseria et al, 2009), nous avons compilé les effectifs des médecins généralistes et des infirmiers de ces quatre contrées. Pour le Québec, nous avons retenus pour les médecins les données fournies dans le rapport du Sénat de 2008 et pour les infirmières, les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
En 2006, la France compte en moyenne 165 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 764 infirmiers. L'Allemagne compte 99 médecins pour 100 000 habitants et 781 infirmiers, tandis que la Suède ne possède que 60 médecins généralistes pour 100 000 habitants mais 1083 infirmiers. Le Royaume-Uni possède une moyenne de 67 médecins (données de 2004), et nous ne disposons pas du nombre moyen des infirmiers. Enfin, en 2006, le Québec recense 101 généralistes pour 100 000 habitants et en moyenne 900 infirmiers.

Si le nombre moyen de médecins et infirmiers pour 100 000 habitants, dans un contexte d'organisation de la santé différent d'un pays à l'autre, ne fournit pas de résultats comparatifs pertinents, il a été observé et ressenti des problèmes de démographie médicale et des déséquilibres de répartition géographique, en particulier des médecins généralistes, dans ces pays. Le Rapport du Sénat de 2008 et le rapport européen sur le système de santé suédois de 2012 évoquent des zones de tension de démographie médicale identifiées par les Etats. Ainsi, l'Allemagne compte plusieurs grandes villes en situation de surmédicalisation et des zones très insuffisamment pourvues en praticiens, en particulier dans les zones rurales des länders du Nord-Est du pays. Les zones de

l'Angleterre considérées comme sous-médicalisées, c'est-à-dire comptant un nombre de médecins pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne du pays (65,7 MG en 2007), se situent dans les Midlands de l'Est (61,3), à l'Est (62,6), sur la côte Sud-Est (63,7), dans les Midlands de l'Ouest (63,9) et au Nord-Ouest (64,4). Le Québec connait une importante carence de médecins dans les régions éloignées et isolées. De la même manière, en Suède, on observe une pénurie de médecins en soins primaires plus particulièrement dans les comtés faiblement peuplées et les zones rurales (Anell et al., 2012).

Cependant, les informations générales disponibles sur les zones identifiées comme déficitaires en médecins généralistes sont peu détaillées en termes de critères de découpage des zones géographiques retenues, et des caractéristiques de ces zones. Ce que l'on peut noter, à partir d'autres documents ressources.
Un chercheur du centre national de recherche et de développement en soins primaires de l'Université de Manchester, Bonnie Sibbald, explique que les zones géographiques du **Royaume-Uni** présentant les plus grandes difficultés à recruter et à retenir les médecins généralistes sont les zones urbaines défavorisées. Ces territoires réunissent, selon les médecins, plusieurs inconvénients : *« une charge de travail générée par un nombre important de patients socialement et économiquement défavorisés, des structures souvent de petites tailles limitant le partage de travail et le soutien mutuel, des équipements collectifs de type école et logement peu attractifs, des faibles possibilités d'emploi pour le conjoint, un taux de violence et de criminalité qui rendent plus difficile les visites à domicile, en particulier pour les femmes médecins »* (Sibbald, 2005). De plus, s'ajoutent aux difficultés des zones défavorisées, un contexte de travail peu incitatif pour les médecins généralistes, sur le plan de la flexibilité du temps de travail, des salaires et des partenariats (Young et Leese, 1999 ; Young et al, 2002).
Par ailleurs, des chercheurs anglais (Watt, Franks et Sheldon, 1994) ont réalisé, il y a plusieurs années, une revue de littérature grise, faute de littérature académique, sur les problèmes auxquels font face les services de santé en milieu rural au Royaume-Uni. Les chercheurs ont analysé en particulier en quoi la qualité des soins pouvait être influencée par la ruralité. Les résultats de cette recherche ont montré que les difficultés d'accessibilité aux services de soins étaient un problème central pour la garantie de la qualité des soins dans ces territoires. Au sein des populations rurales, les difficultés d'accès touchent certains groupes d'individus plutôt que d'autres. Même si la volonté de garantir un égal accès pour tous aux soins structure la politique du NHS depuis sa création, en 1994, le NHS n'avait pas clairement adopté une position quant à savoir si la ruralité devait influencer l'allocation des ressources, ni la manière de prendre en compte ce paramètre (Watt, Franks et Sheldon, 1994).

La **Suède** rencontre un problème de pénurie de médecins en soins primaires. Une des solutions trouvées a été de solliciter des « médecins de location » de type intérimaire (hyrläkare) auprès de sociétés privées, ce qui semble avoir pour conséquence des problèmes dans la continuité des soins des patients (Anell et Al., 2012). La moitié des médecins licenciés chaque année en Suède a été formée à l'étranger. L'Association médical de Suède explique que, malgré l'entrée de 2000 médecins en moyenne sur le marché du travail, les manques persistent en raison notamment d'une réorientation des

praticiens. Durant la période 2000-2008, entre 1,6% et 2,1% des médecins ont cessé chaque année de pratiquer la médecine et ont travaillé dans d'autres domaines (Anell et Al., 2012). Par ailleurs, la Suède manque de médecins spécialisés en soins gériatriques. Une situation, comme en Allemagne et en France, qui devrait s'aggraver avec l'augmentation de la proportion des personnes âgées.

En **Allemagne**, au cours de la dernière décennie, les étudiants en médecine ont décidé de moins se diriger vers les soins aux patients, encore moins vers la pratique générale surtout dans les zones rurales (Natanzon et Al, 2010). Ainsi, l'Allemagne fait face à une pénurie de médecins généralistes, en particulier dans certaines campagnes. En 2010, environ 15 600 médecins généralistes devaient être remplacés en raison de leur départ à la retraite, ce qui constitue un problème important d'autant plus que la population est vieillissante et que l'on observe une augmentation des maladies chroniques (Natanzon et al, 2010). Parmi les causes de désaffection massive de la discipline, le rapport sur la formation en médecine générale réalisé en Allemagne par un comité d'experts internationaux en 2009, fait mention d'une dévalorisation du métier auprès des étudiants, des stagiaires en médecine générale moins bien payés que les stagiaires des autres spécialités, une absence de formations pour les professionnels, ou encore un contenu de la formation initiale en décalage avec les réalités actuelles du métier[78].

B. L'organisation différenciée de la régulation démographique

1. Le cadre légal

En **Allemagne**, le nombre de médecin formé est fixé par les länders qui sont responsables de l'enseignement, et non par l'Etat fédéral qui détermine uniquement les conditions d'accès à l'exercice de la médecine et le contenu de la formation. L'effectif est fixé en fonction du nombre de places disponibles sur la trentaine d'universités présentes dans le pays. Il n'est donc pas fixé selon les besoins futurs en médecin. C'est par l'offre de stages, gérée par l'ordre fédéral des médecins, que de façon indirecte, est régulé l'accès aux différentes spécialités, dont la médecine générale.

En **Angleterre**, le ministre chargé de la santé fixe le nombre de places d'étudiants en première année de faculté de médecine, en tenant compte des recommandations d'un comité d'experts, des plans du NHS et de l'organisme public chargé du financement de l'enseignement supérieur. Le comité d'experts préconisait en 1997 un besoin de 1 000 places supplémentaires par an sur l'ensemble du pays. De 1997 à 2007, on enregistrait seulement une augmentation de 244 places par an en moyenne. Par ailleurs, le nombre et la répartition des spécialités sont déterminés par le budget alloué à chaque université, et par une négociation locale entre autorité de santé régionale, doyens des facultés et hôpitaux du NHS qui emploient en partie les étudiants (Sénat, 2008).

En **Suède**, les universités sont sous la responsabilité du gouvernement central, l'enseignement médical entièrement financé par l'État, et se déroule comme en France

[78] A Report by a Panel of Invited International Experts: Speciality Training for General Practice in Germany. Commissioned by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM), 2009.

dans les hôpitaux universitaires. C'est à partir des informations fournies par l'Agence nationale de l'enseignement supérieur, que l'Etat prend les décisions relatives à la planification. Pour cela, l'Agence fournie une évaluation de la demande actuelle et future des différentes catégories de personnel. Pour devenir un médecin généraliste agréé, l'étudiant doit réaliser cinq ans et demi d'étude puis 21 mois de formation pratique dans un service de soins primaires et enfin un examen écrit (Anell et Al., 2012).
Enfin, au **Québec**, le nombre d'étudiants en 1ère année puis la répartition par spécialité ensuite, est déterminé par un décret gouvernemental qui est fixé tout les trois ans, selon l'avis de 3 instances (la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec / le Comité de gestion des effectifs médicaux en omni-pratique / le Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés). Les spécialités sont réparties par faculté à partir de négociations entre elles. Depuis 1999-2000 on a vu les effectifs d'étudiants en médecine augmenter, alors que les premières recommandations dataient de 1996 (Sénat, 2008).

2. Le système de conventionnement avec les médecins généralistes

En **Angleterre**, la majorité des médecins travaille pour le *National Health Service* (NHS), l'organisme d'Etat qui gère le système de santé, et 85% environ des médecins généralistes sont conventionnés et ont conclu un contrat de prestations de service avec un *Primary Care Trust*[79] (PCT) (Sénat, 2008). Les médecins travaillent généralement en groupe (seuls 21% exercent seuls), dans des sociétés où chaque praticiens apportent des fonds personnels. Ces regroupements ont des avantages pour les remplacements et les congés, et favorisent des coopérations avec d'autres professionnels de santé. Un cabinet moyen compte en 2006, 4 médecins, 2,4 équivalents temps pleins (ETP) infirmiers et 6,6 autres ETP qui sont en général du personnel administratif. On observe une augmentation des médecins salariés dans un cabinet, au détriment du salariat direct par le *Primary Care Trust* (Bernstein, 2008). Depuis 2004, le contrat est conclu au niveau du cabinet, et plus seulement avec chaque médecin, et les patients sont inscrits sur la liste de leur cabinet. Cela renforce « la logique d'organisation collective et d'optimisation du partage des tâches entre professionnels » (Bernstein, 2008). Ces contrats dépendent à la fois de l'évaluation de l'offre de soins existante et future sur le *Primary Care Trust*, l'évolution démographique et la liste de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale, dans le cadre de la planification gérée par l'autorité régionale en collaboration avec les *Primary Care Trust* (Sénat, 2008).
En **Allemagne**, l'organisation des soins ambulatoires est assurée majoritairement par les médecins libéraux, qui exercent principalement en cabinets individuels (68 % des médecins de soins primaires), et dont plus de la moitié sont des spécialistes (Szecsenyi, 2010). C'est environ 500 caisses d'assurance maladie[80] qui négocient les budgets, les honoraires et la tarification des actes, en cogestion avec les Unions des médecins

[79] Les *Primary Care Trust* sont chargés de l'achat de soins primaires et secondaires, du contrôle des fournisseurs de soins et ont pour mission d'atteindre les objectifs de santé publique fixés par le gouvernement, dans une zone géographique donnée (Bernstein, 2008).
[80] 564 caisses en janvier 2001. La Documentation française, 2002, p 15.

conventionnés[81], au niveau fédéral et local, dans le cadre de la médecine de ville. La quasi-totalité des médecins (plus de 90%), toutes spécialités confondues, exerçant en ambulatoire sont conventionnés. On les appelle également les médecins de « caisse ». Une partie possède son cabinet (112 000) et emploie des médecins assistants salariés (8 000).

Depuis 1993, avec la loi Seehofer, l'orientation vers les spécialités (classées en groupe de médecins) et la limitation du choix territorial du lieu d'installation des médecins de ville conventionnés représentent les deux principaux outils de régulation de l'offre médicale. Des seuils de « saturation » à partir de la densité médicale de 1990, définis par l'union fédérale et déclinés par les Unions, sont établis sur un découpage des lands en petites circonscriptions distinguant ville et campagne, sur dix types de districts de planification. Le principe retenu est que le besoin en médecins généralistes est plus important dans les régions rurales que dans les villes, tandis que le besoin en spécialistes est plus important dans ces dernières (Sénat, 2008). Des exceptions ont été accordées pour certaines spécialités et sur des zones dites saturées. Ces exceptions ont été limitées après 2000. Ayant entraîné une réussite limitée, de nouveaux critères de fixation des seuils plus « rationnels » devaient être mis en place à partir de 2003 (Bourgueil et al, 2002). Nous n'avons pu obtenir de détails sur ces nouvelles modalités. On sait toutefois que les Länder se sont vus accorder un droit de regard plus important pour intervenir sur la planification. Par ailleurs, les médecins s'installant en zones déficitaires peuvent bénéficier de nouveaux avantages, tels que l'absence du système de tarification dégressive par patient (qui doit s'appliquer normalement au médecin au-delà d'un seuil de volume de clients)[82].

Au **Québec**, la majorité des médecins sont conventionnés. Leur droit d'installation est contrôlé par l'obtention d'une autorisation qui doit être en conformité avec le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) élaboré dans chaque région socio-sanitaire. Si les médecins omnipraticiens conventionnés exercent sans validation, ils sont rémunérés à moins 30% (Sénat, 2008).

En **Suède**, les soins primaires sont organisés par district, sous forme de centres de santé gérés par les Comtés. Ces centres de santé sont la porte d'entrée du système de santé pour la population. Ils sont composés de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, de kinésithérapeutes et parfois de travailleurs sociaux. *« Les responsabilités dévolues à chaque profession sont assez différentes de ce qui existe en France. Les consultations ont en général lieu avec une infirmière, les prises de sang et visites bénignes avec l'aide-infirmière, et le médecin ne voit que les patients plus graves ».* Tous les médecins agréés peuvent être affiliés aux Comtés et devenir salariés. Les honoraires des médecins privés affiliés sont négociés entre les Comtés et l'association des médecins.

3. La médecine spécialiste de plus en plus intégrée aux soins primaires

En **Angleterre**, la plupart des médecins spécialistes exercent en hôpitaux (dont une partie développe une clientèle privée) et sont liés par un contrat de travail avec un NHS Trust,

[81] Ces Unions de médecins conventionnés sont une particularité de l'Allemagne. Elles sont au nombre de 23. *La Documentation française*, 2002, p 17.

[82] Les Cahiers de la DG Trésor, *Comparaison France-Allemagne des systèmes de protection sociale*, n° 2012-02, Août 2012, p. 32.

organisme du *National Health Service* chargé de la fourniture de prestations de santé spécialisées ou hospitalières dites « secondaires » (le plus souvent des hôpitaux) dans une zone géographique donnée. Les NHS Trusts recrutent selon les orientations nationales, avec les autorités régionales de planification. Le gouvernement britannique, pour améliorer l'accès aux soins et réduire les coûts, pousse de plus en plus à la dispensation de soins spécialisés au sein de la médecine de ville, hors des hôpitaux où les listes d'attente est très longue et le coût plus élevé. Pour cela, il incite financièrement les médecins généralistes à organiser des consultations avancées dans leurs cabinets. Ces consultations, de type petites chirurgies, peuvent être réalisées par leurs soins ou être achetées à des services des hôpitaux. En capitalisant la différence de coût entre une consultation en cabinet et à l'hôpital, les médecins généralistes peuvent réaliser des projets de prévention, de promotion de la santé, de développement des soins tels que des séances de diététique pour des personnes obèses, des formations pour le personnel ou l'informatisation des cabinets, ce qui semblent contribuer à l'amélioration de leur condition d'exercice (Bernstein, 2008).

La Réforme Adel de 1992 en **Suède**, a eu pour objectif « de lancer un mouvement de restructuration et de transfert des soins de l'hôpital vers les soins de ville (primary care) et les soins à domicile » (Palier, 2006). Afin que le système de santé réalise d'importantes économies, l'objectif de la réforme, plutôt que de réduire simplement les budgets, a été de redistribuer les ressources et les activités. Ainsi, la part de l'hôpital dans le système a été considérablement réduite (45% des lits d'hôpitaux ont été fermés au cours des années 1990, contre 19% en France au cours de la même période), afin de se concentrer sur les soins spécialisés et très aigus, et de dispenser les soins quotidiens dans un cadre moins coûteux, c'est-à-dire réalisés par les soins dits primaires. Le nombre d'actes spécialisés n'a pas pour autant été diminué, mais ils ont été réalisés dans des conditions différentes (Palier, 2006).

Conclusion

Le phénomène de vieillissement et de départ massif à la retraite des médecins généralistes non renouvelés est aujourd'hui bien installé, et l'impact de l'augmentation du *numerus clausus* toujours relatif. Si les effectifs des médecins ont été multipliés par quatre entre 1968 et 2009, rien n'a été fait pour aménager et guider leurs répartitions sur le territoire national (Lacoste, 2011). La liberté d'installation et l'absence d'orientation ont contribué à la répartition actuelle de l'offre médicale libérale. Toutefois, mettre en place des restrictions dans le contexte actuel de la profession serait contre-productif. Nous développons dans la partie 3 de cette étude les aspirations à la coercition de certains politiques et les dispositifs existants pour influer sur la répartition des médecins. Au cours de l'année 2013, l'Etat promeut par décret[83] le recrutement de 200 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Les contrats s'adressent aux jeunes médecins non encore installés ou installés depuis moins d'une année. Parmi les premiers signés sur le territoire national, on en compte cinq en Auvergne. Le principe est d'encourager l'installation par

[83] Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale.

la garantie d'un salaire minimum. Ce dispositif semble être un des outils possibles pour assurer un renouvellement sur certains territoires.

Ainsi, nous avons pu observer que la mauvaise répartition des médecins par rapport aux besoins, est liée à d'autres facteurs que la seule liberté d'installation : la faible appétence des étudiants de médecine pour la médecine générale, et en particulier pour l'exercice en libéral, une plus grande mobilité dans la carrière des médecins, des aspirations pour les jeunes diplômés à de nouvelles conditions d'exercice, notamment un exercice groupé, un travail plus collaboratif, une ouverture vers d'autres professions (paramédicales, sociales…) et vers d'autres pratiques (homéopathie, acupuncture…). Plutôt que de vouloir la restriction, il est possible de s'appuyer sur ces facteurs de changement. L'étude sur la qualité de vie et d'exercice des médecins en milieu rural en Auvergne a permis de battre en brèche certains *a priori*. L'exercice dans les territoires ruraux du Massif central gagnerait à être mieux connu et valorisé, sans pour autant négliger la prise de conscience d'une évolution nécessaire dans les pratiques et l'organisation des soins déjà amorcée. Ainsi comme le suggère Olivier Lacoste (2011), directeur de l'observatoire régional de santé du Nord Pas de Calais, c'est davantage de la bienveillance envers les professionnels de santé que le premier recours a besoin.

Chapitre 3

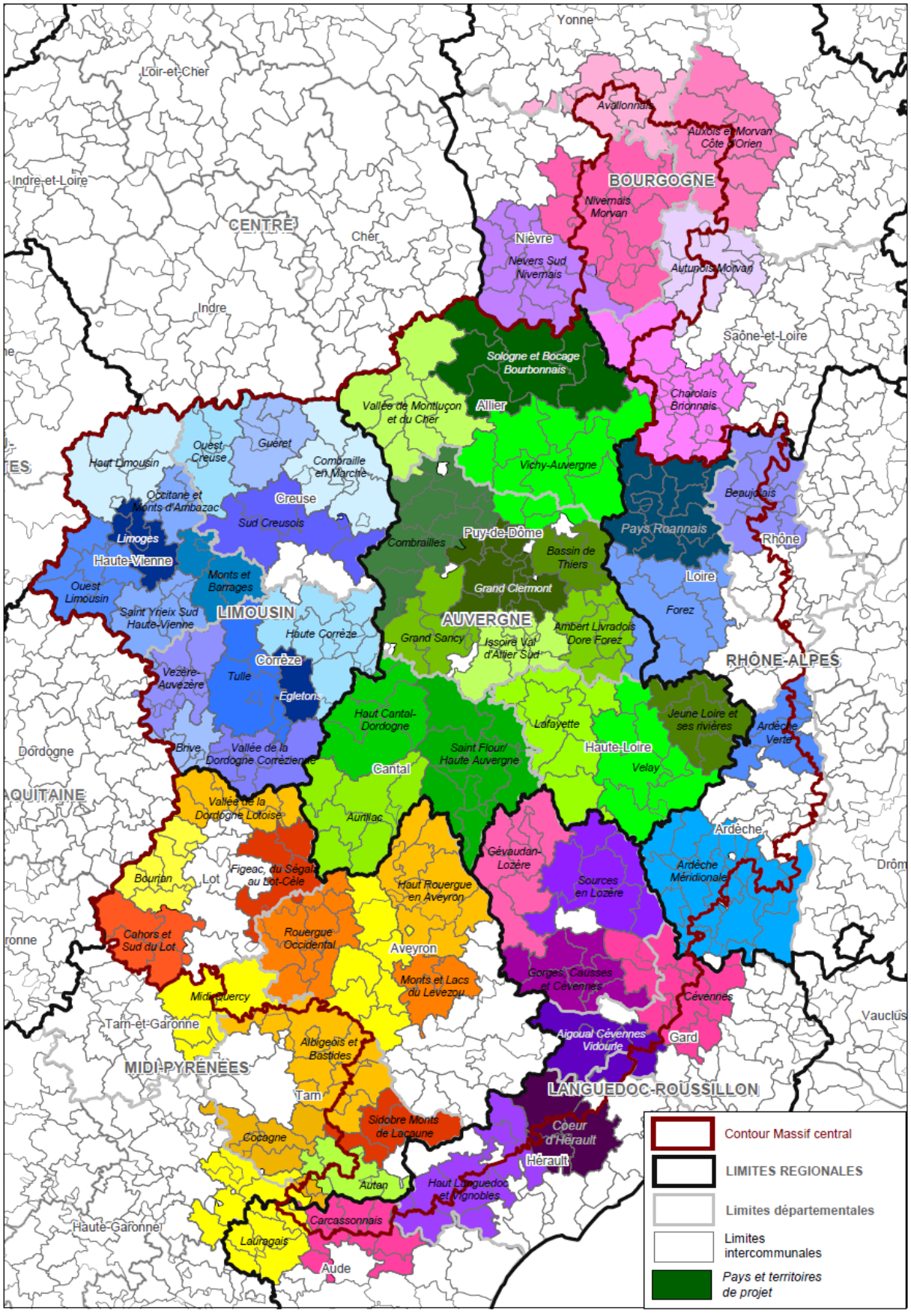
Les enjeux de l'offre de soins perçus par les acteurs des territoires de projet

Introduction

Si les points de tension ont bien été montrés à l'échelle du Massif central et à celle des Etats, il convient toutefois d'approfondir l'analyse multiscalaire de l'offre de soins en se focalisant sur les territoires vécus et perçus par la population. Bernard Leurquin, au sein de son ouvrage « *Projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement »* (Leurquin, 2007) nous rappelle que l'aménagement du territoire est d'abord issu de l'action volontaire d'une collectivité sur un espace d'échelle moyenne, pour l'organiser, pour le développer ou pour en corriger les disparités qui sont des causes d'inégalités entre les habitants. Cette politique d'aménagement du territoire aujourd'hui en France, menée en lien avec les lois d'orientations sur l'aménagement du territoire, s'est accompagnée de la définition de nouveaux territoires (Pays, Agglomération) et de nouveaux contrats territoriaux (Contrats globaux de développement). Ces contrats constituent des outils dédiés à la définition et à la réalisation d'un projet de territoire. *« Si l'économie constitue l'élément structurant de l'organisation des Pays, qui se rapprochent ainsi des bassins d'emplois, il a semblé souhaitable dans une perspective de développement global, que des projets prennent d'autres secteurs tels que la culture, le tourisme ou l'agriculture, mais aussi le champ sanitaire et social »* (Etude ORS Rhône-Alpes, 2007). On constate que la dimension de la santé fait partie de plus en plus des « territoires de projets » et que les acteurs de la santé (c'est-à-dire les professionnels de santé, libéraux ou salariés, médicaux ou paramédicaux…) sont perçus comme des éléments clés de la vie locale, des animateurs potentiels du tissu économique et de l'attractivité des territoires (Leurquin, 2007).

Afin de rendre compte à une échelle locale sur le Massif central, à la fois des difficultés rencontrées en matière d'offre de soins, des préoccupations des différents acteurs (professionnels, élus, population) et de l'implication des collectivités en matière de santé, nous avons procédé à un recueil et à une analyse des études portant sur les questions de santé, sur quatorze Pays du Massif central.

Figure 44. Pays du Massif central en 2009



Source : Observatoire Datar 2008, Réalisation : A. Hamiti 2010.

Qu'est qu'un Pays ?
L'échelon Pays est reconnu au niveau institutionnel avec la Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (LOADT dite loi Pasqua)[84] et la loi d'orientation et d'aménagement durable des territoires (LOADDT dite loi Voynet)[85]. Il est défini comme un territoire « présentant une cohésion géographique, historique, culturelle économique et sociale », avec un souci de complémentarité et de solidarité entre territoires ruraux et urbains. Présentés donc comme des « territoires vécus », les Pays peuvent s'affranchir des limites administratives. Les acteurs locaux de différents milieux (socio-économiques, associatifs, habitants…) sont conviés, selon un principe de démocratie participative, et non plus seulement les élus locaux, à définir les contours du Pays et à élaborer un document d'orientation (la charte), dans une perspective de développement durable. Ainsi, parce que l'aménagement du territoire ne devait plus être l'affaire seulement de la politique nationale, la loi promeut des niveaux locaux comme échelles pertinentes pour réaliser des projets de territoires, incités par des contrats territoriaux, dans le cadre de contrats de plan entre l'Etat et les Régions (Angeon et Bertrand, 2007). Le territoire du Massif central est en 2009 presque en totalité recouvert par des Pays. Une partie des départements de l'Aveyron, du Lot, du Rhône et de l'Ardèche ne possèdent pas de structure Pays (figure 44).
La loi portant réforme des collectivités territoriales de 2010 ne permet plus de créer de nouveaux Pays sur le plan législatif. Les Pays existants peuvent continuer les politiques engagées et la contractualisation avec les Régions, mais ils ne bénéficient plus d'une contractualisation spécifique avec l'Etat. Toutefois, l'alternance politique du gouvernement en 2012 pourrait contribuer à redonner de l'importance aux territoires de projets.

I. Une enquête auprès des Pays du Massif central engagés en matière de santé

A. Choix de l'échantillon

Nous avons tout d'abord collecté les initiatives en matière de santé parmi les soixante-deux Pays et neuf Parcs Naturels que compte le Massif, à partir de leurs sites internet et par échanges téléphoniques avec les techniciens de ces structures. Ainsi, nous constatons que la nature et le niveau d'engagement des Pays et des Parcs dans le domaine de la santé sont variables d'un territoire à l'autre. Ces territoires de projet à la construction et aux caractéristiques variées, ont des approches multiformes en matière de santé dans des temporalités différentes. Dans certains Pays, la santé est abordée sous un angle privilégiant plutôt l'offre de prévention, comme c'est le cas du Pays Beaujolais (Rhône-Alpes, Loire), ou bien avec une attention particulière sur l'état de santé de la population, tel que le Pays roannais (Rhône-Alpes, Loire). D'autres Pays agissent avant tout en apportant un accompagnement technique aux initiatives locales, en particulier pour la création de maison de santé, comme on peut l'observer sur le Pays Sidobre Mont de Lacaune (Midi-Pyrénées, Tarn), ou pour le Parc Naturel Régional des Grands Causses dans la

[84] Loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
[85] Loi n°99-533 du 25 juin 1999, JO du 29 juin 1999.

mise en œuvre du pôle d'excellence rurale comprenant la création de plusieurs maisons médicales. Certains Pays ont abordés la question de la santé au sein d'une étude plus générale sur les services à la personne, à l'exemple du Pays Sud Creusois (Limousin, Creuse) et du Pays des Cévennes (Languedoc-Roussillon, Lozère). D'autres Pays, dans un contexte d'inquiétudes locales fortes en matière de démographie médicale, ont commandité des études davantage ciblées sur l'organisation de l'offre de soins, tel que le Pays Combraille en Marche (Limousin, Creuse) ou le Pays des Combrailles (Auvergne, Puy-de-Dôme), tandis que d'autres élargissent leurs intentions initiales en englobant santé et social, soins et prévention, hôpital-ambulatoire-médico-social, à l'exemple du Pays Haut Languedoc et Vignoble (Languedoc-Roussillon, Hérault) ou du Pays Haute-Corrèze (Limousin, Corrèze).

Après un balayage des initiatives santé de l'ensemble des Pays du Massif central, nous avons retenus quatorze Pays selon plusieurs critères détaillés dans les paragraphes suivants (figure 45). D'une part, les rapports d'études en santé commandés par ces Pays étaient disponibles. D'autre part, ces 14 Pays permettaient de présenter une certaine diversité des situations que l'on peut rencontrer sur le Massif ; une diversité des configurations géographiques des territoires pouvant influer sur l'état de l'organisation des soins et l'état de santé de la population (présence de petites villes ou de bourgs ruraux structurants, présence ou absence d'un centre hospitalier, éloignement ou proximité au CHU, territoires très peu peuplés et territoires aux dynamiques démographiques, isolement ou proximité à des axes de communications importants, etc.). Une diversité par rapport aux stratégies proposées (approche large de la santé ou ciblée sur l'offre de soins, étude volontaire ou voulue par les institutions Régionales ou d'Etat, intervention d'un prestataire ou étude réalisée en interne). Par ailleurs, nous voulions étudier des Pays de chaque région du Massif central. Les Pays bénéficiant d'une contractualisation[86] avec les Régions selon des modalités différentes d'une Régions à l'autre, nous souhaitions ainsi percevoir les différentes configurations d'études dans les six régions qui composent le Massif central. Enfin, pour la majorité de ces Pays, on disposait d'un retour d'expérience sur des actions mise en œuvre suite à l'étude menée.

Ainsi, sur les quatorze Pays retenus pour cette étude, deux appartiennent à la région Limousin (Pays Combraille en Marche et Pays de Haute-Corrèze), quatre à la région Auvergne (Pays Vichy-Auvergne, Pays des Combrailles, Pays Jeune Loire et ses Rivières et Pays du Grand Sancy), trois à la région Midi-Pyrénées (Pays de Figeac, Pays Sidobre Mont de Lacaune, Pays du Haut Rouergue), deux à la région Bourgogne (Pays Nivernais Morvan et Pays Charolais Brionnais), deux à la région Languedoc-Roussillon (Pays Sources en Lozère et Pays Haut Languedoc et Vignobles) et un à la région Rhône-Alpes (Pays Roannais).

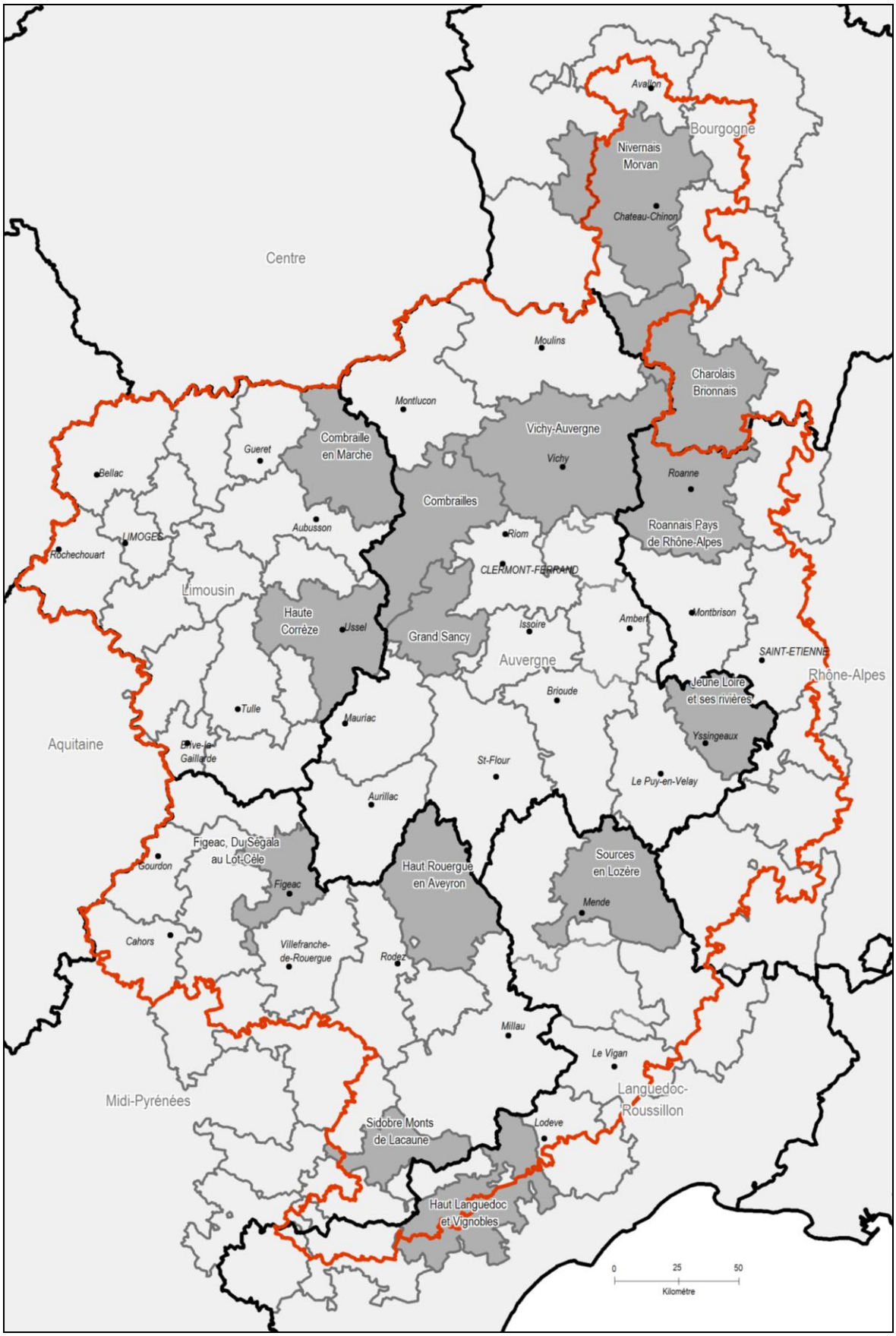
B. Méthode d'analyse et d'enquête pour mesurer l'implication des Pays

Afin d'établir une vision, même partielle, des problématiques rencontrées sur les territoires du Massif central en matière de santé et d'offre de soins, ainsi que des actions

[86] Mise en place depuis une trentaine d'années, la politique de contractualisation des Régions avec les Pays permet de soutenir des projets de territoires à des échelles infrarégionaux ou infradépartementaux.

développées pour y remédier, nous avons décortiqué les études réalisées à l'échelle des Pays, selon une grille de lecture.

Figure 45. Localisation des quatorze Pays du Massif central enquêtés en 2009



Réalisation : A.Hamiti, 2011.

Nous avons extrait des documents les éléments de contexte (date, objectifs, partenaires), les auteurs et la démarche méthodologique utilisée, les éléments du diagnostic de l'offre et de l'état de santé, puis la stratégie dégagée lorsqu'elle est inscrite et enfin le plan d'actions proposé.

En complément de cette approche documentaire, nous avons rencontré les chargés de mission ou les directeurs de ces Pays (liste en annexe), ainsi que certains prestataires intervenus pour les études. Certaines initiatives ont été abordées d'abord à partir de l'entretien avec un des représentants du Pays, tandis que d'autres initiatives ont été appréhendées par l'analyse de leur étude avant un entretien. Le déroulement des entretiens était structuré (voir grille en annexe) autour des critères de lecture des études (objectifs, partenaires, démarches méthodologiques, contenu synthétique du diagnostic et les actions proposées) mais avec un accent sur ce qui transparait peu dans les rapports écrits, à savoir l'implication des différents acteurs, les difficultés de mobilisation des acteurs ou les problèmes de mise en œuvre de l'étude et des actions ensuite.

Par ailleurs, en complément de ces analyses documentaires et des entretiens, nous avons pu participer à la réalisation de certaines études de notre échantillon (Pays des Combrailles, Pays Vichy-Auvergne et Pays Jeune Loire et ses Rivières), dans le cadre de la mission professionnelle au sein de l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne. En effet, la thèse en entreprise nous a permis d'adopter une position d'acteur-observateur pour les études menées en région Auvergne. Notre rôle était d'accompagner, en tant que conseil et appui technique, les Pays de la région Auvergne qui souhaitaient mettre en œuvre une étude en matière de santé, au niveau de la rédaction du cahier des charges, du choix du prestataire, en assistant aux comités de pilotage et aux réunions locales. Le suivi de ces trois démarches Pays nous a permit de percevoir pleinement le déroulement d'une étude santé, d'être au cœur des démarches des collectivités, de mieux saisir les problématiques d'offre de soins locales à partir des paroles des acteurs lors des réunions, et au contact des prestataires et des chargés de mission des Pays.

C. Profil des différents Pays sélectionnés

1. Populations et évolutions démographiques

Sur les quatorze Pays de notre échantillon (tableau 2), dix Pays ont gagné de la population entre 1999 et 2007, avec le plus fort taux annuel de variation sur le Pays Jeunes Loire et ses Rivières (+1,37%) et sur le Pays Haut Languedoc et Vignobles (+1,25%). Certains Pays ont vu leur nombre d'habitants progresser plus faiblement. C'est le cas du Pays Combraille en Marche (+0,01% de variation annuel), le Pays Sidobre Mont de Lacaune (+0,05%) ou encore le Pays Roannais en Rhône Alpes (0,10%). Le reste des Pays a un taux annuel de variation compris entre 0,21% à 0,78 %. Les quatre Pays de notre échantillon qui perdent de la population sont les Pays Grand-Sancy, Charolais Brionnais, Nivernais Morvan et Haute-Corrèze. Le taux annuel de variation le plus négatif se situe sur le Pays Nivernais Morvan avec - 0,23%.

Tableau 2. Evolution de la population pour les quatorze Pays de l'échantillon (entre 1999 et 2007)

Pays et PNR	Nombre d'habitants (2007)	Evolution 1999-2007	Taux annuel variation population 1999-2007
PAYS NIVERNAIS MORVAN	36 945	-685	-0,23%
PAYS DU CHAROLAIS BRIONNAIS	90 466	-1344	-0,18%
PAYS DE HAUTE CORREZE	29 972	-110	-0,05%
PAYS GRAND SANCY	20 327	-69	-0,04%
PAYS COMBRAILLE EN MARCHE	27 657	29	0,01%
PAYS SIDOBRE MONTS DE LACAUNE	17 779	78	0,05%
PAYS ROANNAIS EN RHONE ALPES	155 456	1203	0,10%
PAYS VICHY-AUVERGNE	158 167	2690	0,21%
PAYS DES COMBRAILLES	42 826	1025	0,30%
PAYS HAUT ROUERGUE EN AVEYRON	38 398	1244	0,41%
PAYS DES SOURCES EN LOZERE	32 824	1755	0,69%
PAYS DE FIGEAC, DU SEGALA AU LOT-CELE	36 528	2209	0,78%
PAYS HAUT LANGUEDOC ET VIGNOBLES	59 731	5656	**1,25%**
PAYS JEUNE LOIRE ET SES RIVIERES	79 943	8232	**1,37%**

Tableau 3. Densité de population et composition communales en 2007 pour les quatorze Pays de l'échantillon

Densité	Pays	Densité moyenne	Nb de Com com	Nombres de communes	Nb de com > 2 000 hab.	Commune la + peuplée	Nb hab. sur la commune la + peuplée
Très faible (moins de 20 hab./km²)	Nivernais Morvan	14	9	121	2	Château-Chinon	2 196
	Combraille en Marche	17	5	77		Évaux-les-Bains	1 546
	Sources en Lozère	17	9	68	2	Mende	12 153
	Haute-Corrèze	18	5	67	2	Ussel	10 328
	Grand Sancy	19	3	37	1	La Bourboule	2 031
	Haut Rouergue en Aveyron	20	8	62	3	Espalion	4 549
Faible (entre 20 et 50 hab./km²)	Combrailles	22	7	97	1	Saint-Georges-de-Mons	2 187
	Sidobre Mont de Lacaune	22	3	29	2	Lacaune	2 763
	Haut Languedoc et Vignobles	34	11	89	6	Bédarieux	6 576
	Charolais Brionnais	37	11	129	6	Paray-le-Monial	9 138
	Figeac	42	3	69	2	Figeac	9 994
Moyenne (entre 50 et 100 hab/km²)	Vichy-Auvergne	53	11	168	14	Vichy	25 467
	Jeune Loire et ses Rivières	69	6	44	14	Monistrol-sur-Loire	8 582
	Roannais	86	11	118	11	Roanne	35 750

2. Densités de population et maillage administratif

Les Pays étudiés ont une densité moyenne en 2007 comprise entre 14 et 86 habitants au km² (tableau 3). La densité moyenne sur l'ensemble des Pays du Massif central est de 53 hab/km², compris entre 8 hab/km² (Pays Gorges, Causses et Cévennes) et 340 hab/km² (Pays de Limoges). Sur les Pays de notre échantillon, on compte un nombre très variable de communes et communautés de communes, soit de 29 communes (sur le Pays Sidobre Mont de Lacaune) à 168 communes (sur le Pays Vichy-Auvergne) et de 3 communautés de communes (sur les Pays Grand-Sancy, Sidobre et Figeac) à 11 communautés de communes (sur les Pays du Haut Languedoc, du Charolais Brionnais, de Vichy-Auvergne et du Roannais). De plus, nous avons identifié le nombre de communes sur les Pays comptant plus de 2 000 habitants. Certains Pays ne comptent qu'une seule commune avec un peu plus de 2 000 habitants (Grand Sancy et Combrailles), tandis que le Pays Combraille en Marche n'en compte pas du tout, puisque la commune la plus peuplée, Évaux-les-Bains, atteint seulement 1 546 habitants. Les Pays aux densités moyennes entre 50 et 100 hab/km² comptent le plus de communes de plus de 2 000 habitants (Pays de Vichy-Auvergne, Jeune Loire et ses Rivières et Roannais).

3. Structuration géographique

Parmi les quatorze Pays étudiés, nous dégageons trois types de structurations géographiques.
Tout d'abord les Pays avec une ville **structurante**, **qui possède un centre hospitalier**, et la présence d'autres petits pôles avec souvent un hôpital local ou un établissement spécialisé en psychiatrie. C'est le cas du Pays Charolais-Brionnais avec un centre hospitalier et une clinique à Paray-le-Monial et plusieurs hôpitaux locaux sur d'autres communes (Bourbon-Lancy, Charolles, la Clayette, Marcigny). C'est le cas du Pays de Haute-Corrèze avec un centre hospitalier à Ussel et un centre hospitalier psychiatrique à Eygurande. Figeac compte un CH, et une clinique et à Leyme une clinique pour la psychiatrie (Pays de Figeac). Le Pays de Vichy-Auvergne compte également un CH et une clinique à Vichy, et un hôpital local à Tronget et enfin c'est le cas du Pays de Roanne, avec un CH et une clinique à Roanne, une clinique en psychiatrie à Commelle et un hôpital local à Charlieu. Le Pays des Sources en Lozère se range dans cette catégorie avec la ville de Mende au sud du Pays mais aussi avec la présence de Langogne, au nord, qui est un second pôle structurant. Ces Pays dotés de villes intermédiaires comptent des communes périphériques majoritairement rurales, et dont certaines sont enclavées. Par ailleurs, ces Pays comptent des communes sous influence d'autres pôles parfois plus importants (Lyon pour le Roannais, Decazeville pour Figeac, le Puy-en-Velay pour le Pays des Sources en Lozère, Clermont-Ferrand et Moulins pour le Pays Vichy-Auvergne, Moulins-Roanne-Mâcon pour le Charolais Brionnais).

Deuxièmement, nous identifions les Pays avec un **petit pôle structurant qui possède le** plus souvent un **hôpital local**, classé depuis 2009 dans la catégorie des centres hospitaliers, et qui a la particularité de ne pas être doté de plateau technique, et de compter généralement des soins de suite et de réadaptation. C'est le cas du Pays du Haut Rouergue avec Espalion (et un autre hôpital local à Saint-Geniez), du Grand Sancy avec

le Mont Dore, du Pays Nivernais Morvan avec Château-Chinon ((et un autre hôpital local à Lormes), du Pays Jeune Loire et ses rivières avec Yssingeaux et du Pays Haut Languedoc et Vignobles avec un hôpital et une polyclinique à Bédarieux (et d'autres hôpitaux locaux à Lamalou-les-Bains et Saint-Pons-de-Thomieres). Ces Pays comptent également des communes rurales isolées, ainsi que des communes sous influence d'autres pôles extérieurs au Pays (Rodez, Aurillac et Saint-Flour pour le Haut-Rouergue, Clermont et Ussel pour le Grand Sancy, St Etienne pour le Pays Jeune Loire et ses rivières, Béziers et Montpellier pour le Pays Haut Languedoc et Vignobles). Certains Pays ont une grande partie de leur commune isolée et donc connaissent une influence plus faible des autres pôles, comme c'est le cas du Nivernais Morvan. En revanche, d'autres Pays ont des communes sous l'influence très forte de grand pôle, comme c'est le cas du Pays Jeune Loire et ses Rivières avec l'agglomération stéphanoise.

Enfin, le troisième type de Pays réunit les Pays qui comptent **plusieurs petits pôles ruraux** sur leurs territoires, et sont dépourvus de ville-centre. Ce sont le Pays des Combrailles (avec comme principaux bourgs Saint Eloy les Mines, Saint Gervais d'Auvergne, Bourg-Lastic, Manzat, Pionsat et Combronde), le Pays Combraille en Marche (Boussac, Evaux-les-Bains, Gouzon, Auzances, Chambon-sur-Voueize) et le Pays Sidobre Monts de Lacaune (Lacaune, Brassac, et à l'ouest du Pays à proximité de Castres, Burlats et Roquecourbe). Seul le Pays Combraille en Marche possède un hôpital local sur son territoire (Evaux-les-Bains) et une clinique en psychiatrie à Viersat. Ces Pays comptent également des communes isolées et certaines communes sont sous l'influence de pôles extérieurs plus importants (Clermont-Ferrand, Montluçon, Castres).

D. Temporalités et contextes d'émergence des initiatives « santé » des Pays

1. Des contextes d'émergence souvent liés à la mise en œuvre de projets en santé

Les Pays retenus ont réalisé leurs études en majorité entre 2009 et 2011. Pour certains Pays, les démarches ont été initiées assez tôt, tel que le Pays Combraille en Marche dès 2005, mais dont l'étude n'a pu être mise en œuvre qu'en 2007-2008. De même, le Pays Sidobre Monts de Lacaune accompagne le projet de maison de santé de Brassac dès 2006. Le Pays de Figeac et le Pays du Haut-Rouergue mènent leur étude à partir de 2007, tandis que le Pays Roannais l'achève en 2007. Dans le Pays Nivernais Morvan l'accompagnement du réseau de santé démarre seulement en 2008.

Pour la plupart des Pays retenus, les études ont été menées par des consultants extérieurs. Certains Pays ont fait le choix d'une démarche en « interne ». C'est le cas du Haut Languedoc et Vignoble, du Charolais Brionnais, du Nivernais Morvan. A partir des témoignages des acteurs des Pays, on observe que la capacité de mobilisation des prestataires extérieurs et des chargées de mission en interne, dépend pour beaucoup du soutien et de la coopération qu'apportent les élus locaux, en particulier l'élu référent pour le Pays, et les « personnes ressource » locales dans le domaine de la santé et du social.

Le contexte d'émergence des études à l'échelle des Pays renvoie pour une partie des situations aux modes de soutien des projets en matière de santé par la Région. Ainsi, dans certains cas, une étude à l'échelle Pays était un préalable obligatoire à tout soutien de la part des institutions d'Etat et régionales d'un projet de santé, en particulier pour le financement des pôles et maisons de santé. C'est le cas de la région Auvergne à partir de 2009, et de la région Limousin. A la différence de la région Auvergne qui incite exclusivement les Pays à une démarche en santé, la région Limousin intervient à la fois auprès des Pays, auprès des intercommunalités ou encore à l'échelle des parcs si la démarche semble justifier cette échelle territoriale. De plus, le Limousin participe de manière concertée avec la Mission régionale de santé, devenue aujourd'hui l'Agence Régionale de Santé. La Région Auvergne en revanche ne collabore pas aux côtés de l'ARS Auvergne pour les études à l'échelle Pays, faute d'une volonté de l'ARS. Ainsi, dans le cadre de la contractualisation entre Pays et Région, les études ont bénéficié d'un cofinancement de la Région et des collectivités locales.

Si pour l'Auvergne et le Limousin, l'étude peut sembler une contrainte pour les Pays qui comptent un ou plusieurs projets de maisons de santé sur leurs territoires, pour la majorité des enquêtés, une approche santé à l'échelle du Pays apparaissait pertinente et était motivé par la volonté d'instaurer une stratégie et une cohérence entre les divers projets présents sur leurs territoires.

La région Bourgogne ne conditionne pas ses aides pour les maisons de santé à une étude. Certains Pays toutefois ont engagé une action santé à l'échelle du Pays, tandis que d'autres Pays ont bénéficié d'une étude de l'observatoire régionale de santé, suite à une commande du GRSP, aujourd'hui acteur englobé dans l'ARS. La Région Languedoc-Roussillon compte plusieurs Pays et Communautés de communes engagés dans une démarche santé tel que le Pays des sources en Lozère, le Pays Haut Languedoc et Vignoble ou le Pays Cœur d'Hérault. Toutefois la politique de santé du Conseil régional n'apporte pas de soutien aux études directement, considérant que la compétence santé est celle avant tout des institutions sanitaires, notamment de l'URCAM (aujourd'hui intégrée à l'ARS). La Région de Midi-Pyrénées passe par les Pays pour le financement des MSP, mais parce que le système est fondé sur la contractualisation avec les Pays. Elle ne sollicite pas d'étude préalable avant le soutien aux MSP, et n'accorde donc pas ou peu de fond pour la réalisation des études santé à l'échelle des Pays. Ainsi, les initiatives Pays en matière de santé sont peu nombreuses en région Midi-Pyrénées et en région Rhône-Alpes également pour les mêmes raisons.

2. Méthodes utilisées dans les études « santé » des Pays

On relève des étapes méthodologiques communes dans les études basiques (diagnostic, stratégie et plan d'action), avec par ailleurs certains outils développés de façon originale dans le domaine de la santé.

La première phase de diagnostic est caractérisée par une **étude documentaire** en matière de santé (schéma d'organisation des soins, schéma gérontologique, études cibles de

l'observatoire de la santé), puis par une **étude quantitative et cartographique** de l'offre de soins sur le périmètre du Pays, au regard des moyennes départementales, régionales et nationales. Cela passe par la compilation des données de la démographie médicale, récupérées le plus souvent auprès des institutions sanitaires, et qui sont dévoilées pour cette étude, le plus souvent de manière inédite, à l'échelle du Pays. En effet, la démographie était classiquement représentée par les institutions à d'autres échelles, souvent moins précises (départementale ou régionale). Pour l'analyse de la démographie médicale, l'échelle choisie à l'intérieur du territoire du Pays varie, tantôt selon le bassin de santé (Grand Sancy), tantôt selon les communautés de communes (Vichy, Combrailles), tantôt selon les bassins de santé de proximité pour les études les plus récentes (Jeune et Loire et ses rivières). Le choix de l'échelle intercommunale pourrait sembler peu pertinente dans le sens où ce découpage à des logiques davantage politiques que de santé. Toutefois, l'objectif présenté est celui de mobiliser les élus de ces intercommunalités, vers un constat partagé à dépasser dans un second temps. Certaines études ont élargi cette partie statistique à des données plus étendues que la santé, relevant du social voire la démographie générale du Pays, la dynamique économique et sociale, comme c'est le cas de l'étude du Pays Haute Corrèze ou Jeune Loire et ses rivières. D'autres études, en particulier celles réalisées par les observatoires régionaux de santé ou en partenariat avec eux, possèdent des données détaillées de l'état de santé de la population du Pays, comme c'est le cas pour le Roannais, le Haut Languedoc et Vignoble et Combraille en Marche.

Afin de compléter le diagnostic quantitatif par des informations plus qualitatives, il est réalisé au sein des études des **entretiens individuels et collectifs** auprès des élus, des professionnels de santé, des établissements de santé et des institutionnels. Ces entretiens permettent de recueillir des informations, des perceptions, d'identifier les projets en cours ou ceux qui ont échoué. Cela permet également de repérer des niveaux d'adhésion et des potentialités de collaboration et de dégager un premier niveau d'analyse des forces et des faiblesses du territoire selon le point de vue de ses acteurs. Toutes ces informations constituent une base pour des échanges et des propositions. Certains prestataires ou Pays, interpellent la population à partir de **questionnaires**. Des questionnaires papiers ou électroniques sont également utilisés pour interroger les professionnels et les élus. C'est le cas pour le Pays de Vichy ou du Pays Haute-Corrèze. Les entretiens ou les questionnaires permettent de saisir le ressenti et le vécu des acteurs et de la population. Le questionnaire à l'avantage de solliciter plus facilement des personnes souvent très occupées. Toutefois, le cas du Pays Sources en Lozère, qui a connu un faible retour sur le questionnaire, faute semble-t-il d'une légitimité suffisante du Pays sur ces questions, montre que la démarche du Pays doit être expliquée et validée par les acteurs du territoire. Dans le même sens, le Pays, structure pas ou peu connu des professionnels de santé voire de certains élus, a du être présenté et expliqué plusieurs fois en amont des échanges, afin de faciliter l'étude.

Des **réunions** par Communautés de communes ou sur plusieurs sites répartis sur le Pays sont organisées, avec élus et professionnels, ou avec les professionnels seuls. Ces réunions locales permettent d'engager des échanges et de partager sur les problèmes rencontrés sur le territoire. En effet, on constate que les élus et les professionnels ont eu jusqu'à maintenant peu l'occasion de partager leur point de vue. De la même manière, les

professionnels d'un même territoire ou proche peuvent ne pas se côtoyer ou très peu. Ces réunions ont facilités ces moments d'échanges. Par ailleurs, réaliser plusieurs réunions à des endroits différents permet de toucher un plus grand nombre. Pour certains Pays, il a été soulevé la difficulté de la taille du Pays qui, lorsque les réunions sont centralisées, ne permettent pas de mobiliser tous les acteurs du territoire, comme cela à pu être évoqué sur le Pays Nivernais Morvan.
On retiendra par exemple pour le Pays de Figeac que la dimension participative, à travers les réunions organisées pour l'état des lieux des problèmes et la construction de solutions en ateliers thématiques, fut déterminante dans l'implication des professionnels de santé, qui ont trouvé dans cette démarche Pays une occasion de s'exprimer, d'échanger, de partager et de construire des projets.

Après le diagnostic, l'étape suivante consiste à mieux comprendre le fonctionnement et les dysfonctionnements actuels et de sonder les actions potentielles.
Certaines démarches ont créé des **groupes territoriaux**, qui dépassent les limites intercommunautaires et qui répondent à des logiques de projets en cours et de fonctionnement des professionnels. C'est le cas avec les trois groupes (nord, centre et sud) du Pays des Combrailles, ou bien les groupes définis sur le Pays Jeunes Loire et ses rivières. C'est le moment, si cela n'a pas pu être fait lors des entretiens individuels et collectifs, de recenser les projets existants et les projets qui ont échoués ou sont en suspens. Afin d'obtenir une meilleure mobilisation des acteurs et de favoriser l'animation locale de la démarche, certains Pays ont désigné des élus référents. Pour le Pays Charolais Brionnais, un élu référent par commune, pour les Combrailles, un élu par communauté de communes, tout comme sur le Pays de Vichy-Auvergne. Des réunions à l'intention de la population ont été organisées par le Pays Haut Languedoc et Vignoble, mais toutes ont été annulées. Le constat est que si la thématique est trop large, les gens ne se sentent pas concernés et ne viennent pas. A l'issue du diagnostic, le Pays Charolais Brionnais proposa de mettre en place quatre commissions thématiques (Accès aux soins / Prévention / Personne âgée / Précarités, addictions, information et coordination).
Sur deux Pays, une animation sous forme de « séminaire » à l'intention des acteurs locaux a été organisée (Pays Combraille en Marche, Pays Vichy-Auvergne). L'objectif pendant une journée a été pour le Pays Combrailles en Marche, après une première étude diagnostic, de permettre aux professionnels de santé du Pays de réfléchir collectivement à ce qu'ils voulaient faire, en échangeant avec des professionnels de santé qui travaillaient déjà dans des dispositifs de type Maison de Santé ou Pôles de Santé. La matinée était constituée d'une table ronde avec les intervenants extérieurs autour de quatre questions thématiques (« La genèse de votre organisation coopérative, les acteurs impliqués dans votre dispositif, le contenu de votre projet de santé et l'attractivité de votre dispositif »), puis les participants étaient invités à échanger autour d'un buffet et des panneaux d'expositions sur l'organisation et les réalisations. Ensuite, deux ateliers thématiques, animés par le cabinet consultant JyPée Organisation et Management, ont abordé la question du maintien à domicile de la personne âgée et celle de la coordination entre médecin généraliste et infirmier(ère), avant de conclure par un bilan des échanges de la journée. Pour le Pays Vichy-Auvergne, l'après-midi séminaire concernait les élus des communautés de communes afin de les faire réfléchir sur les besoins de leur territoire et les problématiques liées à la présence et l'organisation des soins.

Pour certains Pays, il a été nécessaire pour les élus et les professionnels de santé de connaitre ce qui se vit et se fait sur d'autres territoires en France concernant la problématique de la démographie médicale en particulier. Pour cela, les consultants qui ont réalisés les études des Pays du Grand Sancy et du Haut-Rouergue ont intégré des informations sur d'autres réalisations en France et sur les dispositifs législatifs existants. Les élus et certains professionnels de santé du Pays Sidobre Mont de Lacaune sont allés visiter la maison de santé rurale de Salles-Curan, en Aveyron. Ces trois Pays ont initié leur démarche assez tôt, vers 2007-2008, avant la montée en puissance de ces questions qui sont liées aussi à la loi HPST de 2009 et la mise en place des ARS.
Au cours des études à l'échelle Pays, des besoins en accompagnement sur des projets de coordination de professionnels en cours ont été identifiés, et ont donné lieu à plusieurs réunions de travail ciblés (Pays Haute-Corrèze, Combrailles, Haut Languedoc et Vignoble). Ces réunions ont permis de faire avancer les projets sur les aspects d'organisation interprofessionnelle, sur le projet de santé, sur la partie immobilière ou encore la dimension juridique du projet. Sur le Pays de Vichy, le consultant a organisé ce qu'il appelle une opération « starter » auprès d'un territoire, c'est-à-dire une réunion élus, professionnels de santé et autres personnes ressources locales, afin d'encourager une dynamique naissante.

Enfin, après avoir partagé l'état des lieux de la situation en termes d'offre, de besoins et de difficultés et après avoir proposé et discuté les pistes d'action possibles, l'étude fixe une stratégie, avec un plan d'action, les modalités de mise en œuvre et un calendrier.
Les stratégies et les actions envisagées pour nos quatorze Pays retenus seront développées dans la partie III de cette présente étude, concernant les initiatives territoriales en termes d'actions.

II. Les enjeux identifiés sur ces Pays en matière de santé

A. La présence médicale et paramédicale du premier recours problématique à l'exception de la profession d'infirmière

Parmi les Pays enquêtés, on compte une part parfois très importante des médecins généralistes de plus de 55 ans sur le nombre total de médecins du territoire. Sur l'Yssingelais, le dynamisme démographique et la proximité de Saint-Etienne rassurent les institutions de santé. Cependant, la part de médecin de plus de 55 ans se situe au dessus de la moyenne régionale, et le dynamisme apparent semble ne pas maintenir systématiquement l'attractivité pour de nouvelles installations, en particulier sur les zones montagneuses des Sucs et du Forez. Le Pays Haute-Corrèze comptait quant à lui 61% des médecins de plus de 55 ans en 2008. Le Pays du Haut Rouergue, au nord de l'Aveyron, au moment de l'étude en 2007, avait établi une projection annonçant pour 2010, un médecin sur deux âgé de plus de 60 ans, et en 2012, sept médecins sur dix de plus de 60

ans. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants que ce territoire est caractérisé par un relief de montagne et une population âgée, avec 32,5 % de plus de 60 ans, dont 14,1 % de plus de 75 ans.
Les médecins craignent que les départs à la retraite non remplacés viennent inévitablement alourdir leur travail quotidien, sur un secteur qui est déjà chargé, comme cela a pu être exprimé sur le pays de Haute-Corrèze.
La situation des médecins généralistes a très souvent été à l'origine d'une démarche santé à l'échelle des Pays. Sur le Pays du Grand Sancy, et de manière moins détaillée dans les autres études, on évoque les raisons de ce contexte difficile des médecins généralistes.
Ainsi, on invoque les amplitudes horaires très larges et flexibles, des temps de trajet pour les visites qui peuvent être importants, un sentiment d'isolement pour le praticien, une forte individualité des professionnels de santé, la lourdeur des systèmes de garde, le traitement des urgences sans structure proche, une augmentation du temps consacré à chaque soin avec l'âge et les pathologies des patients, ou encore des difficultés de déplacement liées à l'enneigement pendant la saison hivernale. Les freins à l'installation des médecins évoqués sont l'éloignement au centre hospitalier, les difficultés pour le conjoint de trouver un emploi, la charge de travail présumée importante, enfin les difficultés pour trouver un remplacement ou se déplacer sur le territoire. Par ailleurs, les représentations négatives du monde rural seraient un frein à l'implantation des professionnels. « La question des représentations sociales du monde rural est abordée par de nombreux acteurs interrogés […]. Le moteur de l'installation en zone rurale ne semble pas être l'argent puisque les médecins généralistes gagneraient en moyenne plus d'argent en milieu rural qu'en milieu urbain. Le problème serait ainsi plus culturel et sociologique. » (Etude du Grand Sancy, CRP consulting).

On observe sur notre échantillon des Pays, un manque de dentiste de plus en plus généralisé, et une offre en masseur-kinésithérapeute contrastée. Le Pays Jeune Loire et ses rivières, territoire caractérisé par une dynamique démographique croissante sous l'influence de Saint-Etienne, a gagné 6 dentistes entre 2008 et 2011. Toutefois, ce chiffre important reste insuffisant par rapport aux besoins qui augmentent, liés à une présence importante d'enfants et de personnes âgées (Etude Pays Jeune Loire et ses rivières, 2011).
Sur le Pays Vichy Auvergne, on note une concentration des dentistes sur le pôle urbain, de même que sur le Pays Sources en Lozère, avec des densités inférieures à la moyenne régionale et une part importante des dentistes de plus de 55 ans sur les territoires plus ruraux autour. Pour une partie de ces communes, la population se déplace hors des limites du Pays (en Haute-Loire et en Ardèche, pour le Pays Sources en Lozère). Cette concentration contraint la population à se déplacer vers le pôle urbain, ou contraint à limiter ses soins faute de proximité et de moyen de déplacement, en particulier sur certains secteurs très éloignés. Les cabinets secondaires de quelques dentistes ne suffisent pas toujours à répondre aux besoins, du fait également des manques des territoires voisins (cas du Bleymard en Lozère). Sur le Pays Combraille en Marche, la densité en 2007 n'atteint pas la moitié de la moyenne nationale, de même que sur le Nord et l'Ouest du Pays de Haute-Corrèze (données 2008). Une partie de la population se rend dans le département du Puy de Dôme. Toutefois, la densité moyenne sur ce territoire (Pays des Combrailles) est également inférieure à la moyenne régionale et nationale. Une situation déjà problématique actuellement pour ces Pays, et qui pourrait s'aggraver s'il n'y avait

pas de renouvellement des départs dans les prochaines années. « Pour les dentistes comme pour les médecins, la recherche de collaborateurs ou de successeurs est de plus en plus difficile car les jeunes professionnels recherchent avant tout un exercice salarié qui leur permet d'éviter une installation onéreuse et des conditions de travail difficiles. » (Etude Pays des Combrailles). Pour le Pays Nivernais Morvan, la moyenne en 2010 n'atteint pas la moitié de la moyenne nationale (2,7 pour 10 000 habitants contre 5,9 pour 10 000 habitants), et la distance peut être très importante pour certains territoires.
Ce sont les Pays Haut Languedoc et Vignobles, Sancy qui semblent avoir une bonne densité moyenne (égale voire supérieure à la moyenne régionale et nationale en 2009), ainsi que le Pays Roannais (en 2007, avec toutefois une moyenne légère inférieure à la région).

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, sur le Pays des sources en Lozère la densité moyenne est de 64 professionnels libéraux pour 100 000 contre 105 au niveau régional. Par ailleurs, la consommation moyenne en actes de kinésithérapie est en dessous de la moyenne régionale. Lors d'une réunion organisée au cours de l'étude, en octobre 2008, un kinésithérapeute soulignait le fait que la consommation d'actes de kinésithérapie était faible, non pas parce qu'on compte un nombre faible de kinésithérapeute, mais plutôt parce qu'il n'est pas dans la « culture » des lozériens d'aller voir un kinésithérapeute. Toutefois, ce comportement pourrait évoluer, face au vieillissement de la population nécessitant ce type de soins, et face aux changements de pratiques de la part de la population. Un phénomène semblable pourrait expliquer actuellement le très faible nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans le nord et l'ouest du Pays Haute-Corrèze. Par ailleurs, on craint une généralisation de la pénurie de masseurs-kinésithérapeutes sur l'ensemble du Pays d'ici quelques années, faute de renouvellement des professionnels actuellement en place. La densité sur le Pays Combrailles en Marche n'atteint pas la moitié de la moyenne nationale, tandis que le Pays Jeune Loire et ses rivières, globalement dynamique sur le plan de l'attractivité, montre un recul du nombre de professionnels (moins trois kinésithérapeutes entre 2008 et 2011) avec une tendance à l'orientation des praticiens vers l'ostéopathie. Le Pays Roannais, en 2007, observait une densité moyenne inférieure à la moyenne départementale et régionale, une concentration des professionnels sur Roanne, et des difficultés accrues ressenties, au travers des enquêtes, pour l'accès aux professionnels d'une population âgée, majoritairement située dans les communes rurales. Sur le Pays de Figeac, la densité de masseurs-kinésithérapeutes est surtout favorable sur Figeac mais le développement de cabinets secondaires semble couvrir les territoires qui sont isolés (5,8 pour 10 000 habitants en moyenne en 2006). On note des éléments de dynamisme : par exemple un système de permanence des soins « informel » entre l'ensemble des kinésithérapeutes pour répondre aux demandes de soins des bronchiolites le week-end et les jours fériés (joignables à tour de rôle) ; le recrutement n'est pour le moment pas problématique, s'adressant à des jeunes souhaitant « revenir au pays », et on note des habitudes de travail collectif avec une majorité de cabinets de groupe.
Sur les autres Pays, on ne dispose pas d'éléments sur la question de cette profession (Sidobre Mont de Lacaune, Haut Rouergue) ou bien on note une densité moyenne de masseurs-kinésithérapeutes proche des moyennes régionales (Haut-Languedoc et

vignobles, Nivernais Morvan, Charolais Brionnais) mais avec une certaine fragilité liée à la part des professionnels de plus de 55 ans proche de 50%.

Sur une bonne partie de notre échantillon des Pays du Massif, il est relevé une densité moyenne en infirmiers libéraux supérieure à la moyenne régionale (Pays Haut-Languedoc et vignobles), voire parfois nationale (Pays Combraille en marche).
De même, pour la majorité des Pays, on compte une densité en pharmacie supérieure à la moyenne nationale, en raison de la faible densité de population sur une bonne partie du territoire. Sur le Pays Nivernais Morvan, on compte toutefois un temps d'accès aux officines deux fois plus long dans les cantons du Pays qu'en moyenne dans la région et en France métropolitaine (Etude ORS, 2010). De même, l'activité des pharmacies est fortement soumise à la proximité d'un généraliste et à celle d'une maison de retraite. L'inquiétude des pharmaciens est forte dans les communes dont le seul médecin doit partir à la retraite. Cette inquiétude des pharmacies pour la pérennité de leur activité, a été exprimée dans au moins deux études (Combrailles et Jeune Loire et ses rivières)

B. La présence d'une population âgée et qui augmente

La population des Pays enquêtés est composée d'une part importante de personnes âgées. La part des plus de 75 ans et des plus de 85 ans augmente globalement sur les Pays de notre échantillon. Ainsi, la population âgée du Pays Combraille en Marche était en 2006 deux fois plus importante qu'au niveau national (31% des habitants ont 65 ans ou plus, 16% ont 75 ans ou plus). De même, le Pays du Grand Sancy présente un profil démographique âgé et peu dynamique, avec 27% de 65 ans et plus et 12% de 75 ans et plus. La faible part des jeunes sur la population totale, par rapport à la moyenne nationale, ainsi qu'une faible natalité, accentuent le phénomène de vieillissement de la population. Sur le département de la Lozère, dont 40% de la population se situe dans le Pays Sources en Lozère, plus d'un habitant sur dix (11 %) à 75 ans ou plus en 1999. La Lozère connaît un vieillissement de sa population supérieur à la moyenne nationale avec un indice de vieillissement de 97,9 contre 64,3 au plan national. Selon les projections réalisées pour l'élaboration du Schéma des personnes âgées, le territoire de la Lozère vieillira encore plus rapidement dans les 20 ans à venir que la France en moyenne, par le seul fait de l'arrivée des générations du baby-boom. Parallèlement, la Lozère pourrait perdre des populations jeunes et/ou actives ((Etude Pays Sources en Lozère, 2008). Dans le Pays Roannais, malgré la présence du pôle urbain de Roanne, la part des 65 ans et plus constitue en 1999, 20,3%. Sur le Pays Nivernais Morvan, on compte en 2006 deux fois plus de personnes de 60 ans et plus (37%) que de jeunes de moins de 20 ans (18%). La proportion des habitants de 75 ans et plus (16% en 2006) est, là encore, plus élevée que les niveaux départemental (12%), régional (10%) et national (8%).

Dans ces Pays où la part des personnes âgées est importante et croissante, il est relevé plusieurs fois dans les études des situations économiques difficiles. Le nombre non négligeable de familles aux revenus modestes, en particulier chez les personnes âgées, souvent d'anciens travailleurs agricoles, ouvriers-paysans, et femmes de paysans, aux retraites limitées (Haute-Corrèze, Combrailles), peut entrainer un non recours ou un

renoncement aux services et aux soins en raison de leur coût. En 2004, dans le Pays Roannais, les bénéficiaires du minimum vieillesse étaient pour 47,4% des personnes de plus de 65 ans. Cette proportion est plus élevée par rapport au département et à la région. De même, sur le Pays Haut Languedoc et Vignobles, les personnes âgées ne bénéficient pas de revenus importants, avec 53% de retraités non imposables et jusqu'à 50% de retraités vivants avec des revenus inférieurs à 300 € par mois, contre 38% pour le département (en particulier sur le bassin gérontologique de Saint-Pons).
Plusieurs Pays, en amont ou à la suite des études, ont fixé comme objectif l'amélioration de l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées (Combraille en Marche, Figeac, Roannais). Dans de nombreux Pays du Massif, la population âgée se trouve en situation d'isolement dans son habitation personnelle, dans des territoires ruraux parfois reculés. L'isolement est à la fois physique, mais aussi social (Sources en Lozère, Nivernais Morvan, Haute-Corrèze, Marche en Combrailles).

Les situations de dépendance des personnes âgées s'accentuent avec l'allongement de la durée de vie. Les personnes âgées nécessitent à la fois une offre de services et de soins de proximité, mais aussi présentent des troubles de santé particuliers (polypathologies, démences séniles, fins de vie à domicile, chutes et lésions traumatiques, perte d'autonomie…) qui requièrent l'intervention de spécialistes et/ou la prise en charge dans des structures d'accueil adaptées. De plus, l'éloignement géographique des enfants ou leur manque de disponibilités auront des conséquences directes sur les établissements pour personnes âgées et les services d'aide à domicile. Face aux besoins de cette population âgée croissante, les effectifs de personnel et la coordination doivent être renforcés, et les services mieux adaptés.

En effet, si l'on constate, comme en Lozère, un bon niveau global d'équipement en structure d'accueil pour personnes âgées par rapport aux moyennes française et régionale, ou une bonne offre de services à domicile (portage de repas, orientations vers les différents dispositifs), comme sur le Pays Combraille en Marche ; plusieurs territoires déplorent d'ores et déjà un déficit d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, d'unité Alzheimer (en EHPAD et en USLD) et sur certains secteurs des soins de longue durée (Pays Haut Languedoc et Vignoble, Combraille en marche, Grand Sancy). Selon la législation[87], l'hébergement temporaire est « une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise, d'isolement, d'absence des aidants, de départ en vacances, de travaux dans le logement, etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite ».
Ainsi, l'accueil et le suivi des personnes âgées souffrant de démence par exemple sont très peu satisfaisants car les structures existantes ne sont pas adaptées pour les accueillir et rendent difficile la cohabitation avec les autres pensionnaires. C'est le cas cité notamment pour les hôpitaux locaux de Saint-Pons et de Bédarieux du Pays Haut

[87] Circulaire 2002-222 sur l'accueil temporaire, DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002.

Languedoc et Vignobles. Pourtant les besoins augmenteront inévitablement. Sur le Pays Nivernais Morvan, « si on applique les taux de prévalence de l'étude PAQUID à la population de 75 ans et plus du Pays, on peut évaluer à 1 100 le nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes de troubles démentiels, ces démences pouvant être très légères et légères (environ 450), modérées (350) à sévères (300). » (Portrait socio-sanitaire du Pays Nivernais Morvan, 2010)

De plus, si les cas de démences et le développement de la maladie d'Alzheimer doivent être mieux pris en compte et accompagnés, on constate également un taux de suicide qui croît avec l'âge. La dépression chez les personnes âgées n'est pas toujours bien prise en compte, mêlée à un ensemble de besoins en soins et d'aides somatiques importantes (Pays Nivernais Morvan, Charolais Brionnais). L'amélioration de la prise en charge psycho-gériatrique constitue de plus en plus une priorité dans les schémas régionaux d'organisation des soins et du médico-social, car les besoins sont croissants et la marge de progrès encore grande. Concernant les hébergements pour personnes âgées, ce sont les élus du Pays du Grand Sancy qui regrettent un déficit de prise en charge intermédiaire, faute de place suffisante en foyer-logement pour personnes autonomes, ce qui conduirait des personnes à entrer prématurément en maison de retraite, ou qui contraindrait des patients en convalescence à rester hospitalisées sur Clermont-Ferrand.

Par ailleurs, au niveau de la prise en charge pour le maintien à domicile, plusieurs études signalent un manque d'aides-soignantes et de dispositifs d'aides corporelles au sein des structures de type SSIAD (Roannais, Combrailles, Combraille en Marche).Les conséquences de ce manque entrainent parfois un dérapage des tâches vers les services d'aides à domicile, non habilités à effectuer des actes de soins (Etude Pays des Combrailles, 2010).

Sur au moins six pays, les professionnels de santé interpellés mettent en avant la nécessité d'améliorer la prise en charge des entrées et des sorties d'hospitalisation, en particulier pour les personnes vulnérables que sont les personnes âgées (Pays de Figeac, Haut Rouergue, Charolais Brionnais, Combraille en Marche, Vichy et Haute-Corrèze). Cela passe par une meilleure information et collaboration entre les établissements de soins et les professionnels libéraux, et entre l'équipe soignante libérale. Les outils proposés sont notamment le cahier de liaison et les réunions interprofessionnels (Pays de Vichy). Le Pays des Combrailles, qui possède un bon relais avec les hôpitaux du Pays (Les Genêts d'or à Evaux les Bains et Aubusson) mais qui pourrait améliorer les liens ville-hôpital avec les autres établissements (Limoges, Guéret, Montluçon), proposent également « la tenue d'un « journal des hospitalisations » (en entrée et en sortie) à l'échelle du Pays, avec une cellule d'appui (joignable par téléphone) chargée de jouer l'interface entre l'hôpital et les équipes soignantes de proximité ». Par ailleurs, si au cas par cas, la gestion des sorties d'hospitalisation et la prise en charge à domicile semblent satisfaisantes pour les professionnels, le manque de coordination systématique sur le Pays Haute-Corrèze pourrait entrainer un accès et un suivi à domicile difficiles de certains patients mal connus. La structuration de la « filière personnes âgées » peut être rendu difficile par l'absence de gériatre sur la structure (CH Figeac).

De plus, en amont de la prise en charge des personnes âgées, certains professionnels de santé, (Pays de Figeac, Roannais) ont manifesté leurs difficultés à repérer les personnes isolées et à risque en amont d'une potentielle dégradation des situations, et le souhait de réduire le délai de prise en charge (Pays de Vichy). On pourrait également éviter un passage par les urgences de personnes âgées, aux conséquences lourdes pour ces personnes déjà fragilisées, qui auraient pu être évité. En cause le manque de dispositif mis en place, ou bien la complexité et la méconnaissance des dispositifs existants. Parfois, Il semble difficile pour les patients comme les familles, et certains professionnels, de trouver le bon interlocuteur, d'identifier ce qui existe et ce à quoi ont droit les patients. Certains territoires sont équipés d'un système d'alerte permettant de repérer le plus tôt possible les situations d'isolement social, les personnes âgées en difficultés de santé et/ou sociale qui nécessitent une aide et un accompagnement, par le biais de l'action des CLIC et dans le cadre du plan canicule. Toutefois, ces dispositifs demandent l'intervention de nombreux partenaires locaux, pas toujours bien informés du rôle de chacun, et des procédures d'intervention, notamment les nouveaux élus (Pays de Figeac).

C. Un manque de spécialistes en libéral comme en institution

Il existe peu de données chiffrées sur les délais d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste, qui traduiraient les problèmes d'accès à l'offre médicale spécialisée. Toutefois, à partir des témoignages des professionnels, des élus et de la population interrogés dans le cadre de ces études santé, on identifie des tensions très fortes pour certains spécialistes cibles.

Plusieurs Pays signalent un manque cruel d'ophtalmologue, d'oto-rhino-laryngologiste (ORL), d'orthoptiste, d'orthophoniste, mais aussi de pédiatre, de gynécologue et de psychologue (Combrailles, Charolais Brionnais, Haute-Corrèze, Roannais). Sur le Pays de Figeac, les établissements comme les libéraux se plaignent de l'insuffisance également de radiologues et de cardiologues. Les médecins évoquent des manques en spécialistes de pneumologie, gynécologie et neurochirurgie, pour lesquels ils sont obligés d'envoyer leurs patients ailleurs. On craint sur le Pays de Vichy la disparition des spécialistes libéraux en ville, par exemple avec l'absence de remplaçants des cardiologues sur Vichy. Le risque est, selon le témoignage de certains professionnels, une concentration des spécialités sur le système hospitalier, avec pour conséquence de longues files d'attente et une sorte de « pensée unique du soin ». Pour le Pays des Sources en Lozère, l'étude relève un manque de médecins spécialistes que l'on peut généraliser à l'ensemble du département (deux pédiatres en milieu hospitalier pour tout le département, seulement deux ophtalmologistes, un oto-rhino-laryngologiste, deux rhumatologues praticiens hospitaliers). La grande majorité des médecins spécialistes présents sur la Lozère se trouve autour des deux pôles de santé, Mende et Marvejols, et plus de la moitié des spécialistes localisés sont des praticiens hospitaliers. Toutefois, l'étude ne fait pas mention de la présence des spécialistes présents dans les départements limitrophes auprès desquels une partie de la population lozérienne a recours.

Des professionnels de santé du Grand Sancy interrogés lors de l'étude, signalent que certains patients doivent être transportés pour des traitements souvent pénibles (dialyse ou chimiothérapie) sur Clermont Ferrand ou Ussel (soit de 40 minutes à plus d'une heure selon la commune), faute d'une offre présente sur le territoire. Le coût financier que représente la consultation de certains spécialistes, et du déplacement qu'elle occasionne, constitue parfois un frein et entraîne un renoncement aux soins de certaines personnes (Combrailles, Charolais). Le Pays Jeune Loire et ses rivières compte un très faible nombre de spécialiste sur son territoire (4 pour 100 000 contre 144 pour 100 000 à l'échelle régionale), que l'on imagine compensé par la présence de l'agglomération stéphanoise bien reliée par la voie express. Toutefois on observe un faible recours de la population aux spécialistes, ce qui signifierait que l'éloignement des spécialistes pourrait dissuader la population à consulter ou que l'offre de spécialistes sur Saint-Etienne n'est pas suffisante, et par conséquent entraîne un renoncement aux soins de la population. D'autant que plusieurs communes se situent à plus d'une heure de Saint-Etienne et du Puy-en-Velay, les villes les plus proches comptant des spécialistes. L'hôpital d'Yssingeaux accueille des consultations de cardiologie, d'ophtalmologie et de dermatologie deux jours par semaine, mais les consultations en gastrologie et en cancérologie ont été supprimées récemment.

Sur le Pays Nivernais Morvan, l'accès aux consultations de divers spécialistes est possible dans les maisons médicales de Moulins-Engilbert et Montsauche-les-Settons ainsi que dans le CH de Château-Chinon. Le réseau de santé du Nivernais Morvan tente de faire venir des spécialistes (Angeiologue, cardiologue, dermatologue, oto-rhino-laryngologiste, ainsi qu'une psychologue spécialisée en art-thérapie) pour éviter les déplacements et améliorer la proximité aux soins. Toutefois, la population, habituée à se rendre en particulier sur Nevers pour ce type de consultation, utilise peu ces facilités qui lui sont offertes. La question du choix du spécialiste et les habitudes sont des facteurs d'influence forte sur ce type d'initiative.
Un des points forts de l'offre de soins du Pays Haut Languedoc et Vignobles est la présence de la Clinique des trois vallées, située à Bédarieux, qui permet une offre médico-chirurgicale complète en soins de proximité avec des équipements performants et quatorze médecins spécialistes sur site. Cette structure reste toutefois une offre de type privé.

D. Un manque de connaissance mutuelle et de coordination entre les professionnels

Sur plusieurs Pays, les professionnels de santé et du social pointent du doigt les manques de coordination entre collègues libéraux mais aussi avec les établissements (Combrailles, Charolais Brionnais, Haut Languedoc et Vignobles). Un manque de partage d'information entre infirmier et médecin autour d'un même patient, entre spécialistes et généralistes, voire entre généralistes. Certains territoires comptent des situations de fortes individualités voire de rivalités entre professionnels, dans un contexte libéral marqué, lié en partie aux « mentalités » des générations en partance pour la retraite, qui ont connu la pratique d'un exercice individuel et total, loin des associations et des collaborations

(Etude du Pays du Grand Sancy). Ces habitudes de concurrence deviennent des handicaps pour un territoire et sa population. En effet, ces individualités marquées chez certains professionnels de santé empêchent une mobilisation collective autour d'un projet partagé de santé qui permettrait de faire face notamment aux départs des médecins non remplacés, et aux besoins croissants d'une population vieillissante.

Les professionnels de santé libéraux, c'est-à-dire médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, qui ont pour une grande majorité des habitudes de travail individualisée, se connaissent bien souvent, certains échanges régulièrement par téléphone pour les patients, mais pour la plupart possèdent des champs d'interventions et des modes opératoires qui leurs sont propres et qui sont peu ou pas concertés ni élaborés avec les autres.
De même, la faible coordination se joue entre professionnels de santé de la ville, les services sociaux et les services hospitaliers. Ce manque de communication entraîne une méconnaissance mutuelle des possibilités de prise en charge pour les patients. Ainsi, il a été signalé dans au moins trois Pays une ignorance des ressources existantes exprimée par les partenaires de l'étude. Sur le Pays de Haute-Corrèze et sur le Pays des Sources en Lozère par exemple, les acteurs déplorent une faible visibilité des services à la personne et une faible coordination entre les différents intervenants. De la même manière, sur le Pays de Figeac, il a été constaté une faible communication entre libéraux et personnel hospitalier et une méconnaissance mutuelle sur la présence d'un service ou d'une spécialité.

Certains professionnels libéraux regrettent de ne pas toujours connaître les structures et les possibilités de prise en charge sur des problèmes cibles pour lesquels ils se sentent parfois démunis, tel que les problèmes d'addiction (Pays Charolais Brionnais).
La recherche de collaborations, d'échanges, de mutualisation et de coordination entre professionnels, et avec les établissements, sont les conditions pour une meilleure prise en charge des patients (Pays de Vichy Auvergne), et proposer des actions de prévention (Pays Nivernais Morvan). Ces collaborations sont présentées également comme des pistes d'amélioration au manque d'attractivité pour le recrutement de nouveaux professionnels, libéraux comme salariés (Pays Roannais).

E. Des hôpitaux périphériques qui ont besoin d'être soutenus et renforcés

Sur les quatorze Pays pour lesquels nous avons pris connaissance des études et des problèmes rencontrés en matière de santé, sept Pays comptent un établissement hospitalier dont quatre Pays avec un centre hospitalier et une clinique (Figeac, Roanne, Paray-le-Monial et Vichy), deux Pays avec seulement un centre hospitalier (Mende et Ussel) et le Pays Haut-Languedoc et Vignobles qui compte seulement une polyclinique (Bédarieux). Nous ne comptons pas ici les établissements psychiatriques. Les autres pays possèdent un ou plusieurs hôpitaux locaux sur leurs territoires. Ces établissements, depuis la loi HPST de 2009, sont classés comme centre hospitalier mais n'ont pas de plateau technique.

Sur les sept pays qui comptent un centre hospitalier et/ou une clinique avec un plateau technique, seulement deux pays ont inscrit au cœur de leur étude et de leur stratégie l'hôpital comme acteur (Figeac et Haute-Corrèze). Le Pays du Roannais prend également fortement en compte dans son étude la place et le rôle de l'hôpital dans l'organisation des soins.

1. Un rôle structurant dans l'offre de soins

Dans l'étude du Pays Roannais, il est expliqué que les hôpitaux périphériques tels que Roanne, Vichy ou Ussel ont les capacités humaines et techniques pour prendre en charge une majorité des pathologies des patients de leur bassin hospitalier, bassin qui correspond à peu près au contour du Pays.
Les hôpitaux périphériques de proximité ont un rôle essentiel dans le système de santé local (Roanne, Figeac, Ussel, Paray-le-Monial). Ils ont à la fois un rôle de structure hospitalière de référence pour une grande partie des pathologies, mais aussi un rôle de structure de proximité, en particulier pour la permanence des soins et la gestion des urgences avec la présence d'un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation). En cela, « le maintien de ces services de proximité paraît crucial en terme de sécurité sanitaire et de qualité de la prise en charge des patients du territoire » (Etude Pays Haute-Corrèze).

Les hôpitaux de proximité ont également un rôle important de coordination avec d'autres établissements sur le territoire (souvent des établissements de personnes âgées ou de personnes handicapées), dans le fonctionnement des réseaux (diabète, soins palliatifs, périnatalité…), et pour le déploiement d'équipes mobiles ou de consultations avancées de spécialistes (notamment dans les hôpitaux locaux du territoire et à domicile). Certains hôpitaux participent à la prise en charge psychiatrique (en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour ou de nuit), et à l'accueil de jour pour personnes âgées semi ou totalement dépendantes (CH d'Ussel). Enfin, peu reconnus dans la tarification à l'activité, ils possèdent un rôle d'accompagnement social des patients, en particulier des populations les plus précaires, par la présence d'une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). C'est le cas sur plusieurs hôpitaux du Massif central (Thiers…). L'hôpital de Roanne accueille par exemple des associations telles que la « Boutique Santé » qui s'adresse aux populations en grande précarité ou en errance.

Si le centre hospitalier de Roanne se félicite de comptabiliser 80% des séjours hospitaliers des patients résidents sur le Pays Roannais ; sur d'autres Pays comme celui de Figeac, l'un des objectifs de l'étude était de comprendre les raisons du taux de fuite de la population estimé à 40% vers d'autres établissements situés hors du Pays, pour des hospitalisations possibles dans l'établissement. Ainsi, certains centres hospitaliers peuvent représenter un pôle attractif majeur auprès de la population d'un Pays, tandis que d'autres centres subissent l'influence d'autres établissements hors du Pays. La question de l'hôpital de Figeac a été de savoir si ce taux de fuite de 40% s'expliquait notamment par des dysfonctionnements dans l'organisation des soins, et en particulier sur les relations ville-hôpital.

2. Des problèmes de recrutements de personnels

En 2007, le CH de Roanne comptait 10% de postes non pourvus, les ophtalmologues et les radiologues étant particulièrement difficiles à attirer. De même, les centres hospitaliers d'Ussel, de Paray-le-Monial et de Figeac rencontrent des problèmes de recrutement en personnels médicaux et paramédicaux, obligeant les établissements à recourir parfois à des sociétés d'intérim. Ce manque de stabilité des effectifs, en particulier des médecins spécialistes, compromet parfois le maintien d'une activité hospitalière, ce qui contraint les patients à consulter sur d'autres établissements, et fragilise ainsi l'offre de services. Ce manque de stabilité des effectifs accroît également les difficultés financières de ces établissements par un recrutement coûteux, et rend plus difficiles les liens de confiance entre professionnels hospitaliers et professionnels ambulatoires, et auprès de la population.

Les causes avancées par les acteurs du territoire sont notamment la faible attractivité économique que présentent ces territoires, que ce soit le Pays Roannais, le Pays d'Ussel ou encore le Pays Charolais Brionnais. Elle résulte en effet des difficultés pour trouver un emploi pour les conjoints, d'une offre insuffisante en terme de formation ou de loisirs.
Toutefois, certains de ces acteurs mettent en avant une qualité de vie générale, des conditions d'exercice, de travail en réseau possible et d'un plateau technique qui constituent des facteurs d'attractivité pour attirer des professionnels.

Certains hôpitaux locaux, à l'exemple de celui d'Espalion, rencontrent des difficultés de recrutement importantes, en plus de souffrir d'un problème de vitalité budgétaire, faute d'attractivité suffisante.

> *« L'hôpital d'Espalion est également un excellent centre de rééducation très moderne, très très bien équipé, sous utilisé pour des raisons de manque de moyens humains. Ils ont les moyens techniques et ils ont un manque de moyen humain criant. […] Il y a un problème de recrutement, c'est-à-dire les gens n'ont pas du tout envie d'aller au fin fond de l'Aveyron, déjà Rodez ils ne savent pas où c'est, alors Espalion…ils connaissent mieux Millau, à la limite Laguiole par le nom que, même s'ils ne savent pas toujours le situer, qu'Espalion…. Et puis y a aussi les problématiques budgétaires dans cet hôpital, y'a les deux. » (MG Nord Aveyron, juillet 2011)*

Un autre exemple, le centre de rééducation fonctionnel de Pionsat, au nord-ouest du Pays des Combrailles, à la limite de la Creuse et de l'Allier. Le centre est un établissement qui offre des opportunités aux professionnels de santé d'exercer des actes très techniques, très pointus dans le domaine de la rééducation, ce qui constitue un atout pour attirer le personnel. Cependant la majorité des professionnels vient mais ne reste pas. Le roulement du personnel est très important. Par ailleurs, avec le temps, cela devient plus difficile de recruter. La situation géographique de l'établissement semble constituer un frein majeur à l'installation des professionnels.

3. Des conditions de l'offre pas toujours favorables et un déficit d'image

L'absence de certaines spécialités (en pédiatrie ou en gériatrie en 2008 sur le CH hospitalier de Figeac par exemple) pousse la population à aller consulter dans d'autres établissements. Par ailleurs, les conditions matérielles d'accueil ne sont pas toujours favorables (locaux vétustes pour certains services).

Certains centres hospitaliers périphériques (par rapport aux CHU notamment), possèdent une représentation négative des soins que l'on peut y réaliser auprès de la population et des libéraux du territoire. Une des conséquences potentielles est un taux de fuite des patients du territoire vers d'autres établissements pour des actes qui pourraient être réalisés sur leur territoire, et qui fragilise les hôpitaux périphériques. Ces représentations négatives se construisent par plusieurs facteurs. L'étude du Pays de Figeac liste certains de ces facteurs : « La taille des établissements représente, pour les patients, un gage de sécurité et de compétence », avec un plateau technique qui apparaît comme « rassurant » en cas de complications parce qu'il réalise plus d'actes compliqués. La communication sur les services présents sur le territoire fait défaut par rapport à d'autres établissements qui « savent se vendre », et certains bénéficient par exemple de la médiatisation d'interventions auprès de sportifs de haut niveau. Par ailleurs, les patients et les libéraux ne comprennent pas toujours les difficultés pour l'hôpital de recruter le personnel et « élaborent toutes sortes d'hypothèses à ce sujet », nuisibles encore à l'image de l'établissement. Enfin, une part des acteurs du territoire, parmi les professionnels de santé, n'a pas conscience de l'intérêt, pour des soins à qualité égale, d'orienter les patients vers les établissements locaux. L'enjeu du maintien d'une organisation de l'offre de proximité ne semble pas bien compris également par la population.

Une des conséquences de ces difficultés accumulées (recrutement, stabilisation du personnel, déficit d'image…) est le risque d'un recentrage nécessaire sur l'activité de base de l'hôpital pour renforcer la structure (urgences, activités de soins médicaux et chirurgicaux), au détriment d'autres activités telles que la participation à la coordination des réseaux ou le déploiement d'équipes mobiles ou encore la création de soins inexistants sur le territoire (Etude Pays du Roannais).

4. Une coordination à améliorer entre les professionnels libéraux et le personnel de l'hôpital

Sur le Pays Roannais, on note la présence de partenariat ancien et régulier avec certains réseaux et associations (en particulier en cancérologie et autour de la précarité). Toutefois, des collaborations « insuffisamment développées et encouragées » entre le centre hospitalier et les professionnels libéraux (médecins en particulier) ou les établissements privés sont pointées du doigt. De la même manière, les relations hôpital et professionnels libéraux sur le Pays Haute-Corrèze sont reconnues comme satisfaisantes au cas par cas, mais pourraient faire l'objet d'une coordination plus systématique, par la mise en place de protocoles par exemple.

Les besoins de développer un travail de liaison entre l'hôpital et l'équipe soignante de la ville se font de plus en plus sentir avec l'évolution des besoins des patients, en particulier les personnes âgées, avec un suivi à leur domicile après leur hospitalisation (Ussel, Vichy, Roanne, Figeac). Par ailleurs, l'action seule de l'hôpital trouvant ses limites, une meilleure collaboration doit également s'opérer pour la prise en charge de la précarité médicosociale, par des partenariats plus forts avec les organismes sociaux extérieurs à l'hôpital qui jouent un rôle important (Etude Pays Roannais).
Partagés par la plupart des différentes catégories d'acteurs sur les Pays où l'hôpital est partie intégrante dans les études, les principaux enjeux des hôpitaux de proximité sont à la fois de préserver l'offre, de se rendre plus attractifs et de mieux se coordonner avec les services péri-hospitaliers.

F. Une offre réduite en santé mentale préjudiciable

Globalement, sur plusieurs Pays on observe une population âgée avec de plus en plus de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, atteintes de démence et de dépression ; un taux de suicide parfois élevé notamment chez les jeunes est noté ainsi que des problèmes de consommation excessive d'alcool et d'autres addictions de type cocaïne. Les situations d'isolement des personnes et les difficultés économiques semblent être un des facteurs majeurs de ces problèmes psychiques (Pays Roannais, Pays Source en Lozère). De plus, on relève un déficit en offre de soins de proximité en santé mentale. Sur le Pays Sources en Lozère, ainsi que sur le Pays Haute-Corrèze et le Pays Roannais, le secteur psychiatrique souffre d'un manque de personnel (en médecins psychiatres et en infirmiers spécialisés en psychiatrie). De plus, la taille des secteurs de psychiatrie très étendue et l'isolement de la population ne permettent pas une prise en charge satisfaisante (Pays Charolais Brionnais, Haute-Corrèze, Sources en Lozère). Le nombre de psychologues n'est pas toujours suffisant, le coût économique et l'appréhension de consulter représentent également des obstacles (Pays Roannais).

On observe des manques dans la prise en charge plus spécialisée de la petite enfance sur le Pays Jeune Loire et ses rivières, avec des capacités insuffisantes des centres médico-psychologique de Monistrol et d'Yssingeaux, des délais d'attente très importants sur le Pays Charolais Brionnais, l'absence d'un CMPP (centre médico-pédo-psychologique) sur le Pays Haut Languedoc et Vignobles et la fermeture de l'antenne du CMP de Tarare à Amplepuis à l'Est du Pays Roannais, qui constituent un frein à la prise en charge psycho-sociale. La question de la scolarisation des enfants handicapés ou atteints de troubles du comportement trouve peu de réponse intermédiaire entre la psychiatrisation et la scolarisation dans un environnement « classique ». On regrette également sur le Pays des Combrailles la quasi-inexistence de la prévention et du dépistage parmi les enfants et les adolescents du territoire.
Par ailleurs, sur le Pays Haut-Languedoc et Vignobles, on relève un taux de suicide supérieur à la moyenne régionale et nationale, avec cependant un faible taux d'affection de longue durée relevant de la psychiatrie. Ce faible taux de prise en charge peut s'expliquer par la faible offre de service en psychiatrie de proximité, le manque de disponibilité des services existants localement et l'éloignement à une offre plus

importante. On note toutefois le développement récent de cinq points « accueil écoute jeune » sur le Pays Haut-Languedoc et Vignobles. Ces points « écoute » ont l'avantage d'être anonymes et gratuits, et contribuent à prendre en charge des dépressions et tentent de limiter le suicide chez les jeunes. Par ailleurs, sur d'autres territoires, ce sont les missions locales qui jouent un rôle important dans l'accès aux soins pour les jeunes de 16 à 25 ans. En effet, les conseillers peuvent orienter si besoin les jeunes qu'ils suivent dans leur démarche d'insertion professionnelle, vers des bilans médicaux, des ateliers de prévention et vers une prise en charge de la souffrance psycho-sociale. Par exemple, en 2008, la mission locale du Pays Nivernais Morvan a orienté 46 jeunes (sur 503 contacts) vers le psychologue à mi-temps de la mission locale.

Une partie des médecins généralistes enquêtés soulignent des difficultés importantes dans le travail avec les services de psychiatrie, en particulier sur le Pays de Figeac. En effet, les généralistes regrettent une faible communication pour le suivi des patients. Une perte de lien s'opère entre le praticien et le patient pendant et après l'hospitalisation dans les services de psychiatrie. Les généralistes ont l'impression de n'avoir, par la suite, qu'un rôle administratif (pour un arrêt de travail par exemple), tandis que les services psychiatriques, conscients de l'amélioration à apporter sur la transmission des informations, regrettent le manque d'effort des généralistes pour venir dans la structure et les incompréhensions sur la manière de travailler d'une façon davantage mutualisée. De plus, dans les situations d'urgence, les généralistes ne savent pas vers qui orienter les patients, les services de psychiatrie ne prenant pas ou très peu les urgences. Les services d'urgence de l'hôpital offrent la possibilité de rencontrer un psychiatre, mais toutes les situations ne semblent pas adaptées à cette forme de prise en charge. Il est ressorti sur le territoire de Figeac la nécessité d'un travail de partenariat et de communication pour le suivi des patients, et la recherche de solutions pour les situations d'urgence.
De la même manière, sur le Pays Haute-Corrèze, un meilleur suivi coordonné doit se mettre en place avec l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale, notamment entre le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Eygurande et le Centre Hospitalier d'Ussel, et surtout avec les libéraux et les services à domicile.

Une initiative intéressante est à relever sur le Pays Sources en Lozère, avec la volonté de l'hôpital de Saint-Alban (spécialisé en psychiatrie) et le réseau santé précarité 48, de rapprocher la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients et l'action sociale. Le projet Radial (Réseau d'Aide à la Décision pour l'Intervention et l'Accompagnement en Lozère), initié en 2009 a permis d'établir une charte et des journées de formation départementales « santé mentale-précarité » sur la souffrance psychique auprès des acteurs qui sont en contact avec une population fragile.

G. Un éloignement à l'offre accentué par la faible présence de transport en commun et de la moindre mobilité d'une partie de la population

La problématique des déplacements pour un accès à l'offre de soins de premier recours, vers les spécialistes et les services hospitaliers, inquiète à la fois les élus, la population mais aussi les professionnels de santé (Pays Roannais, Pays Vichy Auvergne). Lors des

enquêtes et des ateliers de concertation de la population, il est ressorti de manière forte les difficultés d'accès aux médecins spécialistes, liées aux délais d'attente importants mais également au manque de transport en commun pour s'y rendre, et au coût en temps et financier qu'ils représentent (Pays des Combrailles, Pays Charolais Brionnais, Pays Sources en Lozère), malgré le déploiement de transport à la demande sur certains territoires. « Les distances à parcourir sont un véritable obstacle pour certains patients, qui nécessitent un suivi de proximité et/ou ne bénéficient pas de moyens de transport personnels » (Pays Haute-Corrèze). Le manque de transport se fait ressentir plus particulièrement pour les personnes âgées isolées, peu ou pas du tout mobiles, qui ont besoin de consulter des spécialistes tels que le rhumatologue, l'ophtalmologue ou l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) par exemple, et qui ne possèdent pas de consultation à proximité (Combrailles, Charolais Brionnais, Sources en Lozère, Pays Haute-Corrèze). Sur le Pays du Haut Rouergue, il faut en moyenne une heure de temps d'accès pour consulter un spécialiste, avec la présence d'un taux important de personnes âgées (14% de plus de 75 ans) et le rôle de l'altitude.

Le coût financier que représentent les déplacements, pour des revenus modestes voire précaires, entrainent un renoncement à la réalisation d'examens médicaux ou à des soins tels que les prothèses dentaires, les appareils auditifs ou les lunettes, comme cela a pu être observé sur le Pays des Combrailles, avec un revenu moyen net imposable situé entre 14 655 euros et 21 480 euros. Les jeunes également, qui ne disposent pas toujours du permis de conduire ou d'un véhicule individuel, sont pénalisés par l'éloignement des services et par l'insuffisance des transports en commun (Pays Roannais, Pays Nivernais Morvan, Pays Sources en Lozère). Sur une partie du Pays Jeunes Loire et ses Rivières, la population se situe jusqu'à 23 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche (selon les données cartosanté 2010 de l'ARS) sans compter le relief sur certains lieux de résidence qui limite la vitesse de circulation et allonge la distance temps.

L'une des conséquences de l'éloignement et l'accès difficile aux services spécialistes et hospitaliers est une détection et une intervention tardive par rapport à certaines pathologies (Pays Nivernais Morvan, Pays Charolais Brionnais). Une autre conséquence de l'offre limitée en transport est par exemple, sur le Pays de Figeac, des situations difficiles pour les personnes âgées vivant en EHPAD sur le secteur de Lacapelle-Marival et Carjac, qui sont pour la plupart envoyées systématiquement aux urgences en cas de problèmes, et qui doivent attendre longtemps dans des conditions inconfortables, la disponibilité d'un transport (seulement une ambulance et un taxi sur rendez-vous pour le secteur) pour être reconduit en institut. Ces situations représentent des situations parfois traumatisantes pour des personnes très fragiles. Malgré les temps de déplacement pour se rendre aux CHU (une centaine de kilomètres pour Limoges et Clermont-Ferrand) et aux maternités (à presque 1 heure de la maternité la plus proche, Guéret et Montluçon, pour certains bourgs), l'indication d'un recours tardif aux soins pour raisons financières ou en raison de l'éloignement est peu relevée par les acteurs du Pays Combraille en Marche. Il semble que la population ne se plaigne pas de certains points parce que « cela ne se fait pas », pour des raisons culturelles, ou parce que, en particulier chez les professionnels de santé, « on a toujours fait comme cela ». Les professionnels recommandent toutefois de réfléchir à améliorer l'accès aux soins des personnes les moins mobiles.

Dans le contexte de territoires où l'habitat est dispersé et les services de soins éloignés, les services à domicile apparaissent nécessaires, comme le souligne le Pays Haute Corrèze, d'autant plus qu'une part importante de la population ne possède pas de moyen de transport propre/personnel. Ainsi, selon l'enquête réalisée auprès de la population, au moins 15% des répondants à l'enquête dépendent d'un transport extérieur et/ou sont dans l'incapacité de se déplacer (5% avec l'aide d'un tiers, 2% en transport en commun, 2% dans l'incapacité de se déplacer, 16% à pied ou en deux roues).

Les difficultés d'accès aux soins sont liées également à l'absence ou à la mauvaise coordination des gardes médicales et des gardes des pharmacies pour la nuit et les week-ends, qui entraînent des déplacements parfois pour la population de plus d'une heure d'un côté à l'autre du secteur de garde (au nord du Pays Charolais Brionnais).
Du fait d'un certain éloignement aux hôpitaux, le temps de réaction des urgences est perçu par la population comme long, et occasionne des situations anxiogènes pour, par exemple, des personnes âgées fragiles dont leurs domiciles seraient isolés. Par exemple, sur l'ensemble du territoire du Pays Charolais Brionnais (hormis le canton de Paray-le-Monial), les temps d'accès aux services d'urgence hospitaliers sont plus élevés qu'en moyenne en Bourgogne et 2 à 3 fois supérieurs à la moyenne nationale. C'est le cas également des territoires du Pays Nivernais Morvan, que ce soit les temps d'accès aux médecins généralistes, aux pharmacies et aux urgences hospitalières.

L'absence de service d'urgence et de SMUR sur le Pays du Grand Sancy et l'éloignement d'une bonne partie du territoire à un service d'urgence situé sur Issoire et Clermont-Ferrand, ne sécurisent pas la prise en charge des urgences vitales pour les professionnels de santé locaux. Ce temps d'intervention des urgences est d'autant plus gênant que sur certains Pays, on compte des entreprises « à risque », par exemple les abattoirs, la coutellerie, EDF ou les constructeurs métalliques situés sur le Pays du Haut Rouergue. Malgré une bonne répartition des pompiers et des services d'ambulances sur l'ensemble du Pays Haut Languedoc et Vignobles, quatre cantons ont des temps d'accès aux services d'urgences compris entre 40 et 50 minutes. On observe une pénurie de bénévoles pompiers sur certains territoires. Sur le secteur de Bédarieux, on a constaté plusieurs fois un délai d'intervention des urgences supérieur à 50 min, en raison notamment du non déplacement des services d'urgence de la polyclinique de Bédarieux.

H. La régulation des nuits et des week-ends souvent mal vécue et une mauvaise sollicitation des urgences

Plusieurs études signalent un phénomène de saturation des urgences, avec par exemple des temps d'attente en moyenne de trois heures sur le CH de Montluçon (Pays Charolais Brionnais, Pays de Vichy, Pays de Figeac). Cette situation est en partie liée au mauvais usage qui est fait du service des urgences. En effet, une très grande partie des patients reçus aux urgences pourrait être prise en charge par la régulation libérale, et permettrait de décharger/décongestionner les services d'urgences. Car, en réalité, une faible partie des patients nécessite une hospitalisation à la suite d'une prise en charge aux urgences (Vichy, Charolais Brionnais). On observe par exemple sur Vichy une augmentation de

personnes âgées, souvent non accompagnées par la famille facilitant la prise en charge, qui ne sont pas passées par la régulation. De la même manière, on note sur le Pays de Figeac, un recours aux urgences pas toujours approprié en ce qui concerne les soins post-opératoires. Un des éléments explicatifs mis en avant est un manque de coordination entre l'hôpital et les libéraux pour les sorties d'hospitalisation. De plus, la population ne semble pas s'adapter à la régulation libérale et s'adresse directement aux urgences. Le principe de la régulation, par le 15 ou par une structure régionale comme l'ARMEL en Midi-Pyrénées ou départementale comme dans l'Allier, consiste en une permanence en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux libéraux, soit de 19h à 08h en semaine et du samedi matin au lundi matin en week-end, ainsi que les jours fériés. L'appel du patient au médecin traitant est transféré sur le centre de régulation (si ce dernier s'inscrit dans la régulation) où une première personne recueille les données de type état civil, localisation et motif de l'appel, puis elle bascule l'appel au médecin généraliste régulateur qui décide de la suite, c'est-à-dire : un conseil médical, une consultation du médecin libéral d'astreinte sur le secteur où se situe le patient, une hospitalisation ou l'envoi du Samu ou des pompiers pour une urgence vitale. Parfois le patient obtient directement le médecin régulateur, et ne passe pas par un premier opérateur.

Après des enquêtes auprès des élus, des professionnels et de la population, le mode de recours à la permanence des soins sur plusieurs pays semble mal connu, mal accepté et mal utilisé par la population, ce qui entraîne des recours aux urgences injustifiés. Une meilleure information et éducation de la population pourrait être envisagée pour un meilleur fonctionnement (Pays de Vichy). Par ailleurs, on observe un mauvais vécu par la population de la régulation par le 15 qui joue son rôle de filtre. Cette régulation est vécue comme sévère, anonyme et impersonnelle. Les usagers regrettent ne pas pouvoir contacter directement des médecins connus de leur territoire. Ils signalent un accès difficile au médecin de garde, et attestent que parfois le médecin annoncé ne vient pas (Pays des Combrailles). Sur le Pays de Figeac, depuis la mise en place de la régulation, les infirmières « témoignent d'une sollicitation plus importante par les patients qu'elles suivent déjà, lorsque leur médecin traitant n'est pas de garde ».
Par ailleurs, le manque de cohérence entre le lieu de la pharmacie de garde et le lieu du médecin de garde implique que les patients se déplacent parfois sur de grande distance pour rejoindre le médecin de garde et ensuite la pharmacie après avoir obtenu une prescription médicamenteuse (Charolais Brionnais, Ussel, Combrailles).
Les médecins généralistes enquêtés disent apprécier en général la prise en charge de leurs patients par les urgences et ont un bon contact avec les médecins urgentistes et les pompiers (Pays de Figeac, Pays du Haut Rouergue). La régulation est appréciée par les médecins. Elle permet de diminuer le nombre de gardes de nuit et de week-end et réduit les sollicitations durant les périodes d'astreintes (Pays Haute-Corrèze). Certains professionnels regrettent toutefois l'étendue géographique des secteurs d'intervention (Pays de Figeac, Pays de Vichy). Sur certains territoires, les médecins rencontrent des difficultés pour l'urgence vitale, de jour comme de nuit, à cause de l'éloignement et des délais d'intervention des urgences, malgré une bonne collaboration avec les pompiers. On peut citer par exemple les communautés de communes de Sioulet Chavanon et Haute-Combraille dans le Pays des Combrailles. Sur le Pays Grand Sancy, l'absence de structure sur le Mont Dore et de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sur le Pays,

nécessitent une intervention de Clermont Ferrand, qui représente un fort niveau de risque en matière d'urgence, et provoque un sentiment d'isolement pour les professionnels et notamment les ambulanciers. De plus, la permanence des soins est vécue comme une activité lourde par les médecins libéraux en exercice, en raison du faible nombre de médecins par secteur et la grandeur géographique des secteurs, qui contribue selon eux au manque d'attractivité pour de nouvelles installations.

Les maisons médicales de garde (MMG) semblent être une réponse appropriée et souhaitée par les acteurs pour limiter la saturation des urgences et améliorer la prise en charge des patients. Elles ont été évoquées dans plusieurs études, sur Ussel, Saint-Pons-de-Thomières, Bourbon-Larchambon. Une maison médicale de garde existe depuis 2009 sur l'hôpital d'Yssingeaux (Pays Jeunes Loire et ses Rivières). Certains projets de MMG peinent toutefois à voir le jour. Par exemple, le projet sur Vichy n'a pas pu aboutir pour le moment. Plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires, en fonctionnement et en projet, assurent la prise en charge des « petites urgences » par une salle dédiée (Montsauche-les-Settons sur le Pays Nivernais Morvan) et comprennent parfois un studio pour le médecin de garde. Le projet de Tence, sur le Pays Jeune Loire et ses Rivières prévoit une zone d'atterrissage pour un hélicoptère, à proximité de la maison de santé.

Conclusion

A partir des études qualitatives menées par plusieurs Pays présents sur le Massif central, des problèmes d'offre et d'accès à l'offre récurrents ont été identifiés. Au-delà des constats déjà largement identifiés par les institutions mais qu'il est bon de rappeler : une offre libérale de plus en plus problématique sur certains territoires, une population âgée qui augmente, un manque de spécialistes en libéral comme en institution, un manque de connaissance mutuelle et de coordination entre les professionnels, les études Pays identifient d'autres tensions prégnantes sur le Massif. Ainsi, les hôpitaux périphériques ont besoin d'être soutenus et renforcés. Ces derniers connaissent en effet des problèmes de recrutement de personnels et un déficit d'image. L'offre en santé mentale est réduite et ne répond pas aux besoins de la population, notamment située dans les espaces ruraux. L'éloignement à l'offre est accentué par la faible présence de transport en commun et par la faible mobilité d'une partie de la population. Enfin, on retiendra que l'accès aux médecins de garde après régulation les nuits et les week-ends est souvent mal vécu par une part de la population et que l'usage des services d'urgences demande à être mieux organisé.

Pour répondre à l'objectif d'égalité d'accès aux soins pour tous, il faut à la fois des indicateurs pour mesurer l'accès des individus aux services, en prenant en compte les différentes facettes de l'accessibilité. Puis, après avoir relevé les zones géographiques et les types de population ayant un faible accès aux soins, il est nécessaire d'identifier les obstacles à cette accessibilité, afin de mettre en œuvre des actions correctives pour lutter efficacement contre les inégalités d'accès. Il semble que les politiques qui visent à améliorer l'accès ne peuvent fonctionner efficacement que si elles s'attaquent à la source

des inégalités (Goddard, 2009). Toutefois, établir des indicateurs n'est pas chose aisé. Plusieurs pays dont le Royaume-Uni ont tenté de mesurer les degrés d'inégalités d'accès entre les populations, sans réussir à trouver une méthodologie satisfaisante (Goddard et Smith, 2001). Les difficultés à déterminer les causes précises des inégalités d'accès des individus, entraînent inévitablement des obstacles pour établir des recommandations politiques pertinentes. Les contraintes à l'accès aux soins, selon une conception multi facettes de l'accessibilité, sont ainsi multiples selon les individus et groupes d'individus, selon les territoires, les secteurs et les services de soins concernés (Goddard, 2009). Cette diversité peut représenter un frein à l'efficacité de politiques trop généralistes et normées à l'échelle nationale.

Dans le cas du Massif central, à partir des études réalisées à l'échelle des Pays, nous avons pu voir que plusieurs publics cibles et plusieurs problèmes d'accessibilité ont été identifiés sur ces territoires. Le problème des déplacements, en particulier pour les personnes vieillissantes de moins en moins mobiles, sont des constats récurrents dans les études. Sans atteindre un niveau de précision élevé sur le nombre de personnes touchées par ces problèmes d'accessibilité, ni le détail des causes, ces études ont permis d'établir un premier niveau d'analyse, en vue de mesures correctives opérationnelles. Les personnes âgées peu mobiles, les jeunes sans permis de conduire, les personnes aux ressources faibles pour qui les frais de déplacements sont des freins, ou encore les personnes socialement isolées qui bénéficient d'un faible appui dans leur démarche de santé. Ces catégories de personnes fragilisées dans leur accès physique aux soins, pour des raisons économiques, de transport, de connaissances des ressources ou de besoins d'accompagnement social, sont localement identifiables et peuvent bénéficier de mesures spécifiques. En amont de toutes décisions de dispositifs à mettre en œuvre, il est bon de recenser les mesures existantes, et quelles en soient leurs limites. Puis d'envisager de nouvelles mesures, les personnes mobilisables, et les moyens disponibles ou à mobiliser.

Partie II

Gouvernance et territorialisation du système de santé

« Le maire de F. a apprit récemment que le seul médecin de la commune va partir à la retraite un peu plus tôt que prévu en raison de sa maladie et que malgré ses recherches, il n'a pas trouvé de repreneur du cabinet. L'élu est soucieux car il y a toujours eu un médecin à F., commune de près de 500 habitants, mais qui rayonne sur un canton d'un millier d'âmes, avec pas mal d'anciens qui ne peuvent plus trop se déplacer. Il faut une vingtaine de minutes sur une route sinueuse pour trouver un autre médecin, mais il ne pourra pas faire le boulot de deux, surtout qu'il est déjà bien occupé avec son activité à la maison de retraite et à la maison d'accueil spécialisée. Au conseil municipal, on se demande s'il faut recourir à un cabinet spécialisé pour rechercher un nouveau médecin. Certains conseillers ont entendu par les journaux qu'il y a des installations réussies mais aussi pas mal d'échecs. On dit qu'il y a des médecins roumains qui se sont bien intégrés et qui sont très compétents. C'est d'ailleurs la commune de T. qui possède une femme toubib roumaine depuis quelques mois. C'est terrible de ne pas trouver de jeunes s'affligent certains conseillers municipaux. Pourtant, la commune est belle, il y a tout ce qu'il faut, épicerie, école, bureau de tabac, on a même des cours de musique maintenant pour les enfants ! Et l'activité ne manquera pas, le médecin gagne bien sa vie ici. Dans la communauté de communes d'à côté, ils ont obtenu un PER[88] pour construire une maison médicale. Il paraît que ça aide à faire venir les jeunes qui préfèrent exercer en groupe. Il y a un médecin et les infirmières qui s'y sont installés. On en avait bien parlé l'année dernière au Docteur H. pour faire une maison médicale mais ça ne l'intéressait pas. Trop proche de la retraite ! La Région donne des subventions, mais il faut passer par l'agence régionale de santé maintenant pour obtenir des aides pour ce genre de projet, et les conditions sont strictes avec un cahier des charges. Le maire propose d'aller voir les étudiants directement à la faculté de médecine. Un membre du conseil municipal propose également d'en parler au niveau de l'intercommunalité. Peut-être que le projet de rénovation du vieil hôtel en centre ville pourrait abriter deux ou trois cabinets pour accueillir les professionnels de santé ? »

Carnet de recherche sur le terrain, 2010

Cette histoire succincte d'une collectivité territoriale a pour but de soulever quelques problématiques que nous avons rencontré dans les territoires du Massif central (départ d'un médecin à la retraite, absence de renouvellement, charge de travail qui se répercute sur les médecins voisins) et de suggérer les questionnements et les possibilités de stratégies et d'agir sur l'organisation des soins (solliciter un cabinet de recrutement, concevoir un projet de regroupement de professionnels, réfléchir à une échelle plus large que la commune, solliciter la faculté de médecine…).

Le système de soins et plus globalement le système de santé se compose et fonctionne avec une multiplicité d'acteurs qui interagissent entre eux (professionnels de santé, établissements, institutions, industriels, associations, citoyens…). Nous avons fait le choix de nous arrêter sur deux acteurs en particulier, l'Etat et les Collectivités territoriales, pour traiter la question de la gouvernance et de la territorialisation de la santé. Nous avons choisi l'Etat parce qu'il possède la compétence et par conséquent détient les pouvoirs législatifs, gestionnaires et financiers pour le système de santé. Nous avons également choisi les collectivités territoriales, en raison des commanditaires de la thèse, majoritairement des collectivités inquiètes de la démographie médicale. De plus, nous avons opté pour les collectivités parce qu'elles n'ont pas de compétences en tant que telles, même si elles peuvent agir de manière expérimentale depuis 2004, et parce qu'elles mettent en place des dispositifs et entreprennent des actions.

[88] Pôle d'excellence rural.

Nous avons cherché dans cette partie à comprendre les raisons et les modes d'implication des collectivités territoriales en matière d'organisation de l'offre de soins. Pour cela, nous avons d'abord identifié l'intervention de l'Etat, sa posture et les politiques mises en place spécifiquement sur les questions qui nous intéressent c'est-à-dire la présence, la répartition, le renouvellement de l'offre de soins primaires et de leur organisation, tout en se penchant sur le processus de territorialisation (chapitre 4). Puis, nous avons tenté d'établir un panorama des postures des collectivités territoriales en matière d'organisation des soins à partir des discours et des actions, diversifiées à l'échelle de la France et du Massif central et différentes selon les types de collectivités (chapitre 5), pour enfin saisir plusieurs dimensions du travail collectif entre Etat et collectivités, par l'observation des complémentarités et des oppositions sur le terrain (chapitre 6).

Chapitre 4

Interventions de l'Etat et territorialisation : système de décision et de gestion et ses évolutions

Introduction

En France, l'Etat exerce une régulation et un encadrement fort du système de santé. Même si différents organismes et administrations participent à la gestion du système, l'État doit garantir la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Ainsi, de manière directe, ou par l'intermédiaire de structures déconcentrées, l'Etat définit les politiques générales de santé publique (prévention et veille sanitaire comme la lutte contre les dépendances : tabac, drogues, alcool…) ; il organise et supervise l'ensemble des organismes de soins, gère la formation des professionnels de santé (il fixe notamment le *numerus clausus*). Il définit aussi l'accréditation des établissements de santé, le soutien financier aux investissements des établissements de santé, fixe leurs dotations de fonctionnement, et encadre les organismes d'Assurance Maladie. L'État exerce également des contrôles par exemple sur l'industrie du médicament ou le respect des normes de qualité. L'action de l'Etat s'effectue sur deux niveaux. Au niveau du Parlement, le vote annuel de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui définit l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et les grandes priorités nationales. A l'échelle gouvernementale l'Etat intervient également avec quatre directions administratives (la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) qui sont rattachées (en 2012) à deux ministères, la santé et le travail-relations sociales. Par ailleurs, le ministère du budget est associé à toutes les décisions et aux mécanismes de contrôles relatifs à la maîtrise des coûts du système de santé.

Le deuxième acteur administratif clé en matière de santé publique est l'Assurance maladie. Si l'Etat possède une légitimité régalienne incontestable, le rôle de l'assurance maladie est plus ambigu, délégué à la gestion des remboursements du régime obligatoire et la contractualisation avec les professionnels de santé (par convention). L'Etat et l'Assurance maladie entretiennent des rapports conflictuels. La masse de budget géré et le pouvoir de contractualiser offre une source de crispation pour les services de santé (Cépré, 2011).

Dans une logique d'équilibre financier de la sécurité sociale, l'Ondam s'appuie sur les évolutions des dépenses de l'année précédente, des besoins de la population et des ressources disponibles. Rappelons que les ressources de la protection sociale sont issues des cotisations sociales (correspondant à l'Assurance Maladie-maternité-invalidité-décès, l'assurance vieillesse, l'assurance veuvage, les accidents du travail et l'assurance dépendance), des « impôts et taxes affectés » (sur les impôts des revenus et patrimoine, dont le principal est la contribution sociale généralisée - CSG) et enfin des contributions publiques de l'État.
L'Ondam se décline en six enveloppes de dépenses correspondant à des secteurs déterminés[89]. L'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (Uncam) coordonne les différentes caisses (Régime générale, MSA, RSI). Elle négocie et conclut les accords et les conventions nationales avec les professionnels de santé. Elle procède au classement des médicaments et fixe le taux de prise en charge des soins dans les limites de l'Ondam. Elle détermine ainsi les actes et les prestations de santé admis au remboursement. Enfin, l'Uncam joue un rôle consultatif et donne son avis sur les projets de lois et autres textes réglementaires.

Comme le souligne J.-M. Amat-Roze (2011) *« La question de l'échelle et des référentiels spatiaux d'analyse et d'action est en toile de fond* [des multiples réformes et débats depuis la carte sanitaire dans les années 70] ». Les conceptions de l'espace et du territoire ont évolué et la question du choix et de la pertinence du territoire reste d'actualité. Plusieurs politiques gouvernementales de planification et de schémas se sont succédées depuis une trentaine d'années. Après deux générations de schéma régional d'organisation des soins (SROS) en 1994[90] et en 1996-1999[91], le SROS III[92] (2006-2011) vise à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. Le SROS III se veut plus large car il traite de l'ensemble de l'offre de soins, avec une ouverture aux secteurs libéral et médico-social. Il se veut également plus évolutif car il doit se prolonger par des projets médicaux à l'échelle de « territoire de santé », auxquels tous les acteurs de terrain sont conviés à participer. Ainsi, avec l'instauration des principes du SROS 3ème génération en 2003, un processus de « territorialisation » a été amorcé avec la prise en compte des besoins locaux et la définition de « territoires de santé ». Par la suite, en 2005, la Mission régionale de santé définira les zones déficitaires en médecins généralistes, puis viendra le zonage de dotation des professionnels de santé. La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009 est venue renforcer ces dimensions du SROS III que sont l'analyse des besoins de la population, la concertation et l'application des actions en santé à différentes échelles territoriales.

[89] Ces secteurs sont :
- les soins de ville, qui correspondent aux honoraires des professions médicales libérales (75 milliards d'euros en 2010) ;
- les établissements de soins financés par la tarification à l'activité (52 milliards d'euros) ;
- les autres dépenses des établissements de soins (19 milliards d'euros) ;
- les modes de prise en charge alternatifs (1 milliard d'euros) ;
- l'aide versée aux établissements et services pour les personnes âgées (7 milliards d'euros) ;
- l'aide versée aux personnes handicapées (7,9 milliards d'euros).

[90] selon la Loi Evin.
[91] selon l'Ordonnance du 24 avril 1996.
[92] selon l'Ordonnance du 4 septembre 2003.

Afin de décrire le processus de territorialisation et de régionalisation des politiques de santé mises en œuvre par l'Etat, nous nous sommes appuyés à la fois sur la littérature scientifique reprenant l'antériorité des politiques gouvernementales en matière de planification du système de santé, sur le texte de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et les décrets qui ont suivi. Nous avons également exploré les documents administratifs des régions du Massif central déclinant la mise en place des Agences régionales de santé et les nouvelles politiques (projets de santé, Conférences régionales et territoriales), et les premiers bilans de cette réforme. Un contrat de travail complémentaire de six mois (janvier à juin 2012) au sein du Conseil régional d'Auvergne dans le but de formuler les avis portant sur les schémas et programmes soumis à consultation par l'ARS, nous a permis d'appréhender en profondeur les processus mis en œuvre suite à la loi HPST (consultation, priorisation, rationalisation financière, prise en compte du cadrage national). La territorialisation s'exprime également par la définition des territoires de santé. Nous avons donc analysé l'évolution des découpages territoriaux avant et après la loi HPST (critères de définition et réalités géographiques selon les régions), et établi une étude comparative cartographique entre deux régions contigües du Massif central (Auvergne et Rhône-Alpes) afin de mettre en avant les points communs, les divergences et les limites de la territorialisation de l'Etat.

I. La « régionalisation » du système de soins par la création d'institutions régionales

Le terme « région » est sur le plan institutionnel polysémique. La région désigne un territoire, une circonscription des services de l'Etat (avec un Préfet à sa tête) ou une collectivité territoriale (avec un Président à sa tête). En matière de santé, la région revêt également une certaine polysémie (Truchet, 2006). C'est au début des années 1990 (Gravelat, 2008) que se diffuse l'idée de développer des actions de santé publique au sein des politiques régionales de santé et de faire participer l'ensemble des acteurs régionaux : *« Le territoire régional est consacré par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière »* (Amat-Roze, 2011). Les décideurs, les institutions, les professionnels et les associations de citoyens ou d'usagers sont sollicités autour de l'élaboration des différents plans et schémas régionaux. Par cette participation aux travaux de concertation, de proposition et d'avis, ces acteurs sont pour certains de plus en plus sensibilisés aux questions de santé publique, et pour la plupart, ils créent par une interconnaissance un véritable réseau.

La Direction Générale de la Santé (DGS) impulse en 1995 le développement des politiques de santé publique régionales. Les premiers Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP) porteront sur la consommation d'alcool, le cancer et la périnatalité. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins met en place les conférences régionales de santé (CRS). Le rôle de ces instances de concertation est d'apporter une expertise sur les besoins de santé afin d'établir des priorités et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé des populations.

A partir des travaux des conférences régionales de santé, le préfet arrête les priorités du PRSP, en concertation avec les principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé à l'échelle régionale. Les principaux décideurs sont la DRASS et la DDASS, l'ARH, l'URCAM, les services de l'éducation nationale, la Région et les Départements et enfin les représentants du milieu associatif. Un groupement régional de santé publique (GRSP) est chargé de mettre en œuvre des programmes de santé définis par le PRSP.
Parallèlement au développement de la concertation régionale en santé publique, le processus d'organisation des soins subit le même basculement régional avec l'élaboration des SROS.
On est passé d'un outil stratégique de planification à un outil de maillage sanitaire. En effet, avec les schémas de 1ère et 2ème génération (SROS I, SROS II), une carte sanitaire nationale avec une planification des fonds et des capacités hospitalières fut développée. En 2003[93], le schéma de 3ème génération (SROS III) s'oriente vers une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé, la gradation des soins (premier et second recours, niveau de spécialités…) et une analyse par territoires. On y supprime les secteurs sanitaires pour les territoires de santé.

Plusieurs institutions vont également être créées dans le sens de la régionalisation. L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) est instituée en 1996. La DRASS, service déconcentré de l'Etat, se voit retirer ses missions de gestion des hôpitaux au profit de cette structure dont le directeur se trouve désigné par le ministère. Les Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie sont également créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 dite « Ordonnance Juppé ». Leur fonctionnement est modifié dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. La Mission Régionale de Santé (MRS), créée en 2005, regroupe l'ARH et l'URCAM. Ce travail en commun doit instaurer une amélioration des liens entre le monde hospitalier et le monde de l'ambulatoire. La création de l'ARH en 1996, puis de la mission régionale de santé en 2005, constitue les prémices de ce qui sera créé dans la loi HPST de 2009 : les Agences régionales de santé.

A. La Loi « Hôpital, Patient, santé et territoire »: continuité et changements

La loi HPST de 2009 s'ajoute à un ensemble de réformes et de lois, qui rend le contexte du système de santé mouvant, incertain et turbulent. Ainsi, comme le fait remarquer un représentant de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), lors de son intervention au Colloque CNFPT de Nancy en 2010, on observe un *« emballement législatif »*. Depuis plusieurs décennies se succèdent des lois qui modifient le travail des acteurs sanitaires et sociaux ou des collectivités (loi en santé publique en 2004, loi sur les libertés et responsabilités locales en 2005, loi sur l'égalité des chances en 2005, loi sur la protection de l'enfance en 2007, loi portant réforme des collectivités territoriales en 2010…). Pour les acteurs, ces changements ont pour conséquence une perte de repère de

[93] Ordonnance du 4 septembre 2003.

leur cadre d'intervention. Très peu d'études ont été réalisées afin de mesurer l'impact des réformes successives sur les pratiques au quotidien.
La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) est venue renforcer les dimensions du SROS III que sont l'analyse des besoins de la population, la concertation et l'application des actions en santé à différentes échelles territoriales. Dans le processus de territorialisation des politiques de santé, un certain nombre d'experts, notamment des géographes et des aménageurs, ont pu influer sur les orientations prises. C'est le cas du groupe prospectif de la DATAR qui proposait dès 1998 de définir plusieurs niveaux de territoires de santé. Puis, en 2008, le groupe Santé et Territoires de l'Institut des Hautes Etudes de l'Aménagement et du Développement Durable des Territoires (IHEDATE) formulait des propositions au moment de la loi HPST, avec un principe fort qu'est l'ancrage territorial et le lien avec les élus. La réforme apparaît sur plusieurs points comme la continuité de changement que connaît le système de santé, en particulier la régionalisation engagée avec la création des ARH en 1996. Toutefois, elle offre une « rupture conceptuelle » importante en donnant les moyens à l'Etat de mener une politique de santé publique d'ensemble, qui va de la prévention-promotion de la santé à la prise en charge des soins (Lacoste, 2011). Par ailleurs, c'est une loi dont certains points ont beaucoup fait débat, notamment le nouveau cadre d'organisation décisionnelle à l'intérieur des structures hospitalières, avec la désignation des chefs de pôles de services. La loi compile de nombreux éléments différents, ce qui lui confère un aspect un peu « fourre-tout ». Malgré une loi au final très portée sur l'hôpital, avec un titre 1 conséquent, l'élément structurant que l'on peut retenir est la nouvelle gouvernance avec la mise en place des Agences Régionales de Santé (Titre 3).

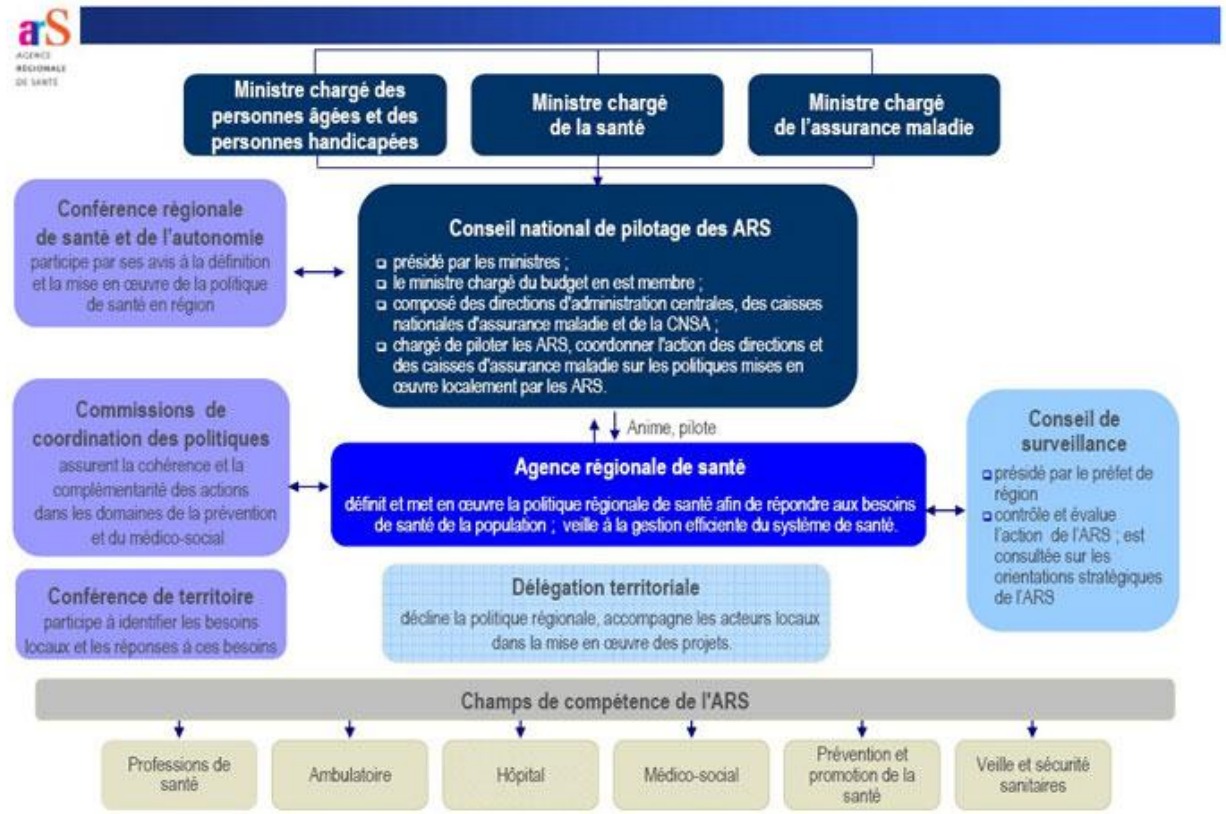
1. Les Agences Régionales de Santé

La Loi HPST, dans le troisième titre « Organisation territoriale du système de santé », met en place la création des Agences régionales de santé. Par ce regroupement de plusieurs structures régionales de l'Etat et de l'Assurance Maladie (DRASS, DDASS, ARH, URCAM, MRS, GRSP, une partie de la CRAM, DRSM, RSI et MSA), l'objectif est d'instaurer de la cohérence entre les structures et les dispositifs existants, en réduisant notamment les redondances. Les ARS regroupent ainsi les domaines hospitalier, ambulatoire, de la prévention et du médico-social.

La vocation des ARS est d'appliquer la politique de santé du gouvernement dans la région, de la décliner dans les territoires de santé, et de répondre aux objectifs d'une meilleure efficience du système par la maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie. Ainsi que l'explique Ludovic Cépré (2011), avec la création des ARS, on assiste à un mouvement contradictoire, ou complémentaire selon le point de vue, de délégation de responsabilité mais de centralisation des décisions et du pilotage. A la tête de chaque agence, des directeurs généraux dont la position est voulue initialement puissante, sont désignés par les ministres. *« Recrutés comme des patrons d'entreprises […] ils devaient être les bras armés d'une reprise en main de la gestion de la santé publique par l'Etat »* mais au final le pouvoir du DGARS est limité et sa situation est complexe (Cépré, 2011). Dans une organisation administrative très hiérarchisée et une gestion très centralisée, ce

« préfet sanitaire » est tenu de rendre des comptes régulièrement. Les budgets réduits laissent peu de marges de manœuvre et ajoutent même des tensions à l'intérieur de chaque ARS et avec ses partenaires.

Figure 46. Schéma de l'organisation, du rôle et des compétences des agences régionales de santé



Source : ARS, 2010.

Si les objectifs fixés aux ARS sont multiples et ambitieux, les fonds alloués pour le fonctionnement se restreignent, et une bonne partie de la gestion reste dans les mains des organismes de l'Assurance Maladie. En 2011, les budgets des ARS ont été reconduits à minima, avec des baisses de dépenses de fonctionnement imposées qui ont entrainé par endroit des suppressions de postes. Les possibilités de gestion du personnel par le DGARS sont limitées en raison de la cohabitation d'agents issus du public et du privé, gérés au final par l'Etat et l'Assurance Maladie (Vidana, 2012). De plus, la gestion du risque est maintenue par la CNAMTS et les relations avec les professionnels sont détenues par les CPAM (Becquet et Peltier, 2010). Le conseil national de pilotage (CNP), dont les missions et la composition sont fixées par la loi[94] (figure 46), est présidé par les ministres chargés de la santé, de l'Assurance Maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Il a un rôle de « coordination et de filtre » des instructions des ministères, ce qui complexifie et allonge « la chaîne de commandement », limite la liberté et la souplesse d'action des ARS. Certains ont vu dans la création du CNP le signe d'une absence d'arbitrage sur la gouvernance des ARS de la part d'un gouvernement qui n'a pas souhaité créer une Agence nationale de la santé, sorte de NHS française (Vidana, 2012).

[94] Loi HPST et décret du 8 juillet 2010 (Art.D 1433-1 à D. 1433-8 du Code de la santé publique).

Enfin, si le décloisonnement de la gestion des secteurs hospitaliers, de la prévention, de l'offre ambulatoire et de l'offre médico-sociale est à saluer, l'impossible fongibilité des enveloppes fléchées par secteur, déplorée par beaucoup lors de la promulgation de la loi HPST et de ses décrets, finit de réduire le pouvoir et l'autonomie des ARS (Cépré, 2011). Les agences élaborent un projet régional de santé, comprenant une stratégie, des schémas et des programmes et elles pilotent la concertation d'un panel d'acteurs dont les collectivités territoriales, à partir des Conférences de territoire et de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Si chaque région possède une liberté de concertation et de décision, l'Etat définit la ligne de conduite, les objectifs, les cadres d'actions et un certain nombre de priorités. C'est pourquoi on parlera plus volontiers de « déconcentration » des services de l'Etat en région que d'une décentralisation en santé.

2. Le Projet Régional de santé (Stratégie, Schémas et programmes régionaux)

Chaque stratégie, schéma et programme sont précédés d'un diagnostic partagé. En effet, pour définir des orientations adaptées aux contextes régionaux, il est nécessaire de connaître l'état des besoins et l'état de l'offre, et de faire valider par l'ensemble des acteurs les atouts et faiblesses identifiés. Cet état des lieux est très souvent élaboré en partenariat avec les observatoires régionaux de la santé. Définir les besoins de la population est toujours délicat. La démarche consiste le plus souvent à analyser l'état de santé des populations pour mieux connaître les besoins, même si cette connaissance reste partielle (si des personnes ne consultent pas notamment).

Ainsi, un certain nombre d'indicateurs[95] est utilisé dans les diagnostics :

- Des indicateurs sur la population (densité, classe d'âge, évolution, natalité-fécondité, dynamique démographique, espérance de vie, profils des ménages). Ces informations permettent de montrer les phénomènes de vieillissement, de baisse de la natalité pour certaines régions, la part des familles monoparentales, la part des jeunes en baisse ou en augmentation selon les territoires.

- Des indicateurs qui traduisent l'état de santé de la population : la mortalité globale, la mortalité prématurée, la mortalité évitable et les personnes touchées (homme/femme, âge, catégorie socioprofessionnelle), ainsi que la morbidité, c'est-à-dire la part de la population atteinte d'une maladie, classée par pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabètes, suicides…) à partir notamment des données sur les affections longue durée (ALD). En région Bourgogne, une attention particulière est portée sur des populations cibles (primo-migrants, détenus, « gens du voyage », étudiants …). Ces indicateurs montrent par exemple la surmortalité par maladie cardio-vasculaire (en Auvergne), la surmortalité persistante par cancer en Bourgogne ainsi qu'une mortalité prématurée supérieure de 14% à la moyenne nationale. Le Languedoc-Roussillon recense un taux

[95] Identifiés à partir de l'étude des six projets régionaux de santé du Massif central.

supérieur à la moyenne nationale d'affection psychiatrique de longue durée. En Midi-Pyrénées, un cadre de 35 ans vivra en théorie 34 ans sans incapacité tandis qu'un ouvrier n'a plus, au même âge, que 24 ans à vivre sans handicap.

- Des indicateurs liés aux comportements des individus (tabagisme, alcoolisme, troubles alimentaires en particulier l'obésité, accidents, chutes des personnes âgées, consommation de psychotropes…), liés à la précarité sociale notamment financière (taux de chômage, taux d'allocation aux personnes âgées, aux personnes handicapées, complémentaire maladie universelle, faibles revenus…) ou encore liés à des risques environnementaux (présence et exposition à des pollutions de l'eau, de l'air, habitat insalubre, nuisances sonores…). Comme le fait remarquer la région Bourgogne dans son diagnostic, les violences sociales, familiales et professionnelles sont des facteurs impactant la santé qui sont difficiles à obtenir. Ainsi, la région Languedoc-Roussillon identifie un taux de pauvreté important (1 enfant sur 4 vit sous le seuil de pauvreté) et une population de personnes vivant avec le RSA supérieure à la moyenne nationale (11% contre 7% en France). C'est dans la Creuse, en région Limousin, que l'on trouve les revenus nets imposables les plus bas (16 000 euros en 2006).

- Des indicateurs de l'offre (nombre de professionnels, desserte, activités des professions libérales, nombre de lits par service hospitalier et médico-social, temps d'accès aux services, dépenses engagées selon les secteurs et les thèmes, niveau de dépenses par personne pour des actions de prévention, niveau de dépense par personne âgée ou par personne handicapée…). Le taux d'équipement et sa répartition permettent d'évaluer l'adéquation entre les besoins et l'offre. Les diagnostics ont permis de mettre en avant la faible densité de médecins spécialistes en région Limousin, le faible nombre d'actions de prévention dans certains territoires (Yssingelais et Combrailles en Auvergne par exemple, les tensions autour de la démographie et la répartition des professionnels de santé entre littoral et arrière-pays en Languedoc-Roussillon).

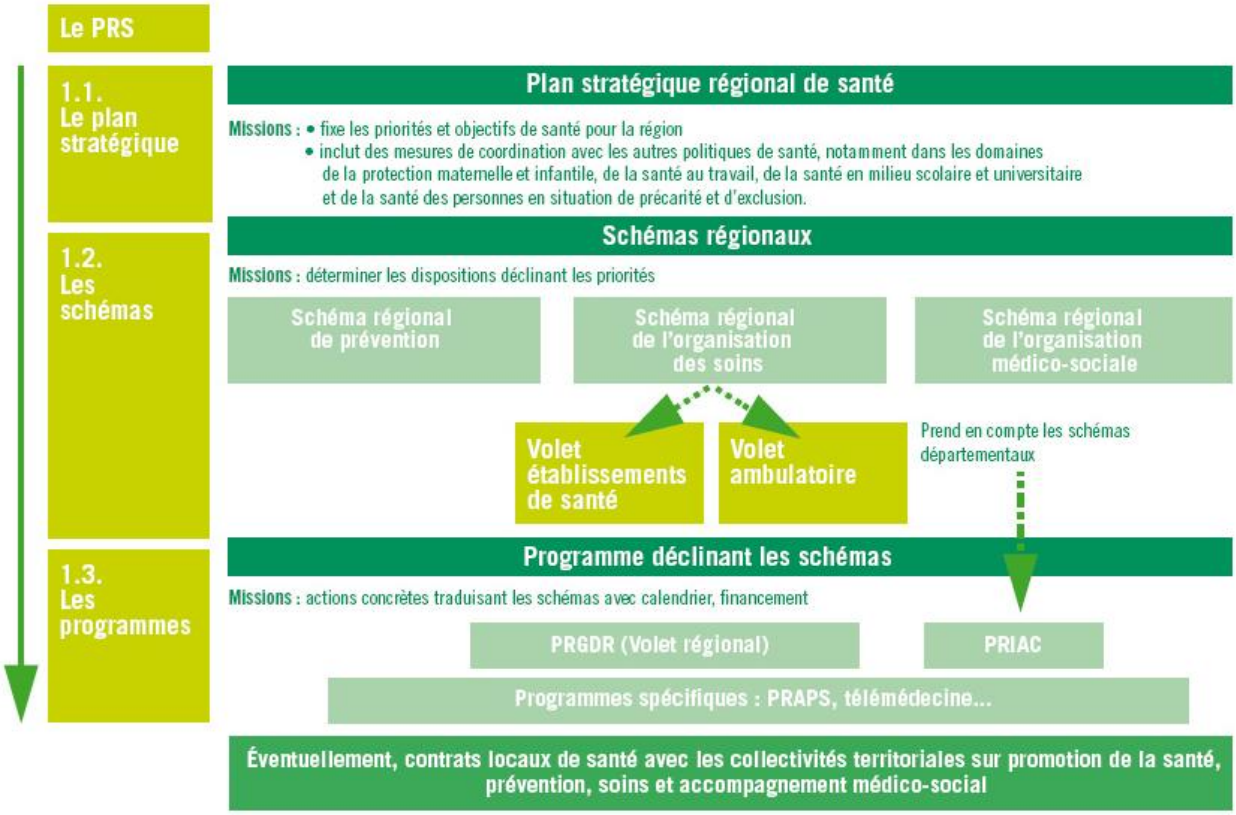
Le diagnostic de la région Rhône-Alpes propose une configuration différente, avec une étude de l'état de santé et de l'offre selon une approche thématique (périnatalité et petite enfance, santé des jeunes, santé mentale et addictions, maladies chroniques, handicap et vieillissement).

A partir de ces diagnostics sont définis la stratégie et les plans d'actions du projet régional de santé, soumis à discussion et validation. Cet ensemble de données offre un premier niveau d'information et dégage des tendances qui permettent de porter une attention particulière à un groupe d'individus ou à des territoires. La lecture des données varie toutefois selon les seuils fixés et les échelles territoriales considérées. Ces statistiques présentent de part leur nature des limites qui, pour améliorer la connaissance de l'état et de l'offre en santé, doivent être confrontées à des données qualitatives locales. Les Agences régionales de santé visent ce recoupement des données quantitatives aux informations qualitatives par le travail mené au sein des commissions spécialisées, dans

les projets territoriaux de santé et dans les contrats locaux de santé. La région Languedoc-Roussillon, par souci du point de vue des élus et des usagers, s'est attachée à développer une démarche participative dans l'élaboration du projet régionale de santé. Démarche « lente et progressive »[96], la stratégie s'est nourrie de la concertation à partir du diagnostic, de l'enquête auprès de tous les maires de la région, ainsi que la prise en compte de l'ensemble des contributions et des propositions qui ont pu être données, vers une convergence de l'ensemble des partenaires. De même la région Limousin a défini sa stratégie à partir des conclusions de plusieurs groupes de travail.

Les ministères ont convenu de trois priorités nationales, qui sont inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de chaque ARS. Cela signifie que les ARS doivent établir des orientations stratégiques puis des actions opérationnelles, en conformité avec les grandes orientations nationales. Ces orientations pour cinq ans (2011-2015) sont l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient (figure 47).

Figure 47. Schéma des différentes parties du projet régional de santé



Source : ARS, 2010.

Pour leur stratégie 2011-2016, les six régions du Massif ont déterminé à la suite du diagnostic partagé des axes, des priorités, des enjeux, des objectifs ou des défis, dans une configuration différente d'une région à l'autre. Si l'Auvergne compte trois enjeux, deux priorités transversales et cinq axes stratégiques, la Bourgogne cible une problématique

[96] Projet régional de santé de la région Languedoc-Roussillon, décembre 2011, page 5.

commune et quatre axes de travail. De même, le Languedoc-Roussillon a fixé cinq domaines prioritaires, Midi-Pyrénées trois grands défis, le Limousin une priorité régionale et trois axes structurants, et enfin, Rhône-Alpes a fait le choix de 13 orientations, qui réunissent 18 objectifs prioritaires dans 5 domaines d'action. La déclinaison de ces stratégies n'est pas toujours limpide dans son contenu, mais on constate un effort certain des ARS pour expliquer et communiquer cette stratégie.

Quatre régions ont placé comme priorité transversale ou comme axe la réduction des inégalités territoriales et sociales en santé (Auvergne, Bourgogne, Limousin et Midi-Pyrénées). L'accompagnement de la dépendance et du handicap et la prise en charge des maladies chroniques sont considérés comme prioritaires dans quatre régions (Auvergne, Bourgogne, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes). Le Limousin a défini des orientations par domaine de santé (promotion et éducation à la santé, dépistage, veille et gestion des urgences, soins de premier recours, accompagnement et soins médico-sociaux, soins hospitaliers aigus et coordination du parcours de santé). Quant à Midi-Pyrénées, elle privilégie à la fois une approche par public (8 groupes d'usagers) et pour réduire les inégalités, une approche par action ciblée (prévention de l'obésité, accès aux soins des personnes vulnérables). Trois régions ont inscrit la prise en charge de la santé mentale (Auvergne, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes), en particulier auprès des adolescents, jeunes adultes et personnes précaires. L'action sur les déterminants sociaux et environnementaux, notamment par la prévention et la promotion, est inscrit pour le Limousin, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Favoriser l'éducation des jeunes à la santé est placé comme priorité pour trois régions (Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes) et de manière un peu plus large en Languedoc-Roussillon (« Mettre en place précocement une politique de promotion de la santé »). On trouve en Rhône-Alpes des axes plus spécifiques (« Choisir librement l'arrivée d'un enfant » et « l'accompagnement *pré* et *post partum* » ou encore « la lutte contre les infections liées aux soins »).

Les projets régionaux de santé sont fixés de manière officielle par le directeur de chaque ARS pour une période de cinq ans. Les premiers ont été arrêtés pour la période 2012-2016. Des modifications sont apportées au fil de l'eau. Ces révisions passent également par une consultation et une discussion avant d'être validées à leur tour. Les modifications apportées sont, par exemple pour le Limousin sur le schéma ambulatoire, un ajustement des territoires déficitaires, compte tenu des évolutions de l'offre. Ainsi, il est proposé de retirer des communes du zonage, d'en ajouter de nouvelles, et de considérer l'ensemble de la région en zone fragile (à l'exception de Brive et Limoges)97.

La stratégie régionale est déclinée ensuite en schémas et programmes. Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ont pour but de définir des objectifs d'action et de suggérer des adaptations et des complémentarités entre établissements de santé, médecine de ville et secteurs sociaux et médico-sociaux. Dans la continuité du SROS III, la loi HPST et la création des ARS en 2010 ont donné naissance à trois nouveaux schémas (au lieu d'un auparavant), soit un schéma de la prévention, un schéma de l'offre

[97] Projet de révision du schéma régional des soins 2012-2016, volet ambulatoire, du 22 juillet 2013, soumis à consultation jusqu'au 24 septembre 2013.

de soins et un schéma de l'offre médico-sociale, qui seront probablement par la suite réunis pour plus de transversalité entre les secteurs. L'article L.1434-7 signale que les SROS doivent répondre « aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique » ; « il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ». Contrairement aux contrats d'objectifs et de moyens qui lient l'ARS et les établissements de santé, le SROS ambulatoire est non imposable, c'est-à-dire fondé sur la volonté des acteurs de mettre en place les orientations qui y sont définies.

3. Quelles considérations du Massif central et quelles propositions dans le projet régional de santé des six régions du Massif ?

Ainsi, au-delà des dispositifs et des mesures nationales pour contribuer à corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins que nous développerons par la suite, nous avons cherché à connaître, au sein des stratégies et des schémas régionaux (en particulier de l'offre ambulatoire) des régions du Massif central, les éléments et les objectifs en lien avec les différentes problématiques identifiées sur le Massif central. Nous avons réalisé une sélection de remarques et d'objectifs qui ont trait en particulier aux problématiques de faibles densités, de relief, de moyenne montagne, de ruralité, les problématiques d'accessibilité physique, de manque d'attractivité pour les professionnels de santé, de vieillissement accru des habitants, l'isolement et les revenus faibles d'une partie de sa population.

En **région Auvergne**, l'ARS rappelle dans le diagnostic du plan stratégique régional de santé que "les spécificités géographiques de la région, en particulier le caractère montagneux et rural, ainsi que la faible densité de population, sont autant d'éléments à prendre en compte pour organiser une offre en santé garantissant qualité, accessibilité et sécurité". Par ailleurs, elle constate le caractère montagneux et rural qui « engendre un éloignement excessif aux équipements collectifs pour certains territoires […]. Les disparités territoriales sont grandes, et plus l'altitude augmente, plus l'accessibilité diminue ». Du côté des inégalités sociales de santé, l'ARS met en avant que près d'un Auvergnat sur sept (en 2007) se situe sous le seuil de pauvreté (moins de 950 euros par mois). Les familles monoparentales et les habitants de la campagne, les seniors et les personnes seules sont les plus touchés. L'ARS inscrit la nécessité de créer des innovations adaptées à l'isolement géographique ou social de ces populations.
Pour palier l'éloignement excessif de certaines zones de montagnes aux équipements hospitaliers, le SROS ambulatoire a fixé comme objectifs la mise en place de médecins correspondants SAMU pour les urgences, la création de maisons médicales de garde pour structurer la permanence des soins et l'expérimentation d'une IRM mobile. Pour faire face au vieillissement croissant, la prise en charge ambulatoire et l'évaluation gériatrique précoce doivent être renforcées. Les filières gériatriques doivent être finalisées et il est nécessaire de développer des unités de jour gériatriques et de poursuivre la création d'équipes mobiles pour intervenir auprès des personnes âgées. Un des objectifs également

est de privilégier l'accès direct aux unités de court séjour gériatrique (CSG) plutôt que passer par les urgences qui peuvent avoir des conséquences négatives sur les patients. C'est dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), que seront développées les mesures pour faire face à la précarité de la population.

Le projet stratégique de la **région Bourgogne** rappelle que le massif granitique du Morvan occupe une grande partie du centre et de l'ouest de la région, « ce qui complique les communications ». Le problème de l'isolement de certains territoires est posé, et doit se résoudre dans le partenariat avec les autres acteurs, « tant pour les transports que pour les nouveaux modes de communication faisant appel aux techniques dématérialisées telles que la télémédecine, réponse efficace et d'avenir qui doit être développée ». La présence de grands secteurs ruraux, notamment dans la Nièvre, entraîne des particularités environnementales comme les effets potentiels de l'activité agricole sur la santé ou la présence de radon dans le Morvan. Pour améliorer la démographie médicale, en particulier dans les zones fragiles, la Bourgogne souhaite agir conjointement sur cinq niveaux différents (formation, aides à l'installation, exercice regroupé, coopérations professionnelles, TIC), en s'appuyant sur une synergie pluri-acteurs déjà bien mise en place.

L'agence régionale de santé du **Languedoc-Roussillon**, avec les autres acteurs, intègre dans la stratégie les spécificités territoriales comme « l'isolement des vallées et le caractère montagneux de l'arrière-pays, avec une population encore importante et moins jeune ». Le maintien d'une accessibilité physique des populations rurales et montagneuses situées à plus de 20 minutes de l'offre de soins (dans les Corbières, dans les Cévennes, en Lozère et dans le Conflent en Pyrénées-Orientales) est inscrit comme prioritaire. Dans un contexte de mauvaise répartition de l'offre, l'ambition d'une organisation solidaire doit conduire, à avoir dans les schémas et les programmes une « attention particulière », notamment pour le département de la Lozère, et une « exigence permanente de qualité ». Pour favoriser le désenclavement, « des politiques ambitieuses et innovantes (transport, télésanté) doivent être mises en place ». Des expérimentations pourraient permettre une évolution des pratiques dans la répartition des rôles entre professionnels, une évolution de l'organisation des transports, ou encore l'élaboration d'un système de « solidarité entre les professionnels du littoral avec leurs confrères de l'arrière-pays […] dans les zones rurales où la désertification est déjà avérée ».

Pour la région Limousin, la stratégie rappelle la faiblesse des zones urbaines et le poids de la ruralité (74% des commune, 38% de la population en espace rural). On retrouve à l'est « les contreforts du Massif Central (Plateau de Millevaches) considérés comme un territoire de moyenne montagne avec des altitudes avoisinant les 1 000 mètres. On met en avant les contrastes infra régionaux entre l'ouest et l'est et entre le milieu rural et les zones urbaines (géographique, accessibilité des services, densité démographique, desserte des professionnels de santé, profils socio-économique et épidémiologique). Le milieu rural continue pour une large part à perdre des habitants, la proportion des 85 ans et plus, continue de progresser (+ 40 % entre 2006 et 2015) et 50% des plus de 75 ans vivent dans l'espace rural. Par conséquent, la stratégie tente d'agir sur les situations croissantes d'handicap de cette population, d'organiser les transports en coordination avec

les autres services et d'améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés. Le fort taux de précarité est mis en évidence, mais sans établir de mesures pour en limiter l'effet sur la santé.

Au sein de la stratégie, l'agence régionale de santé de **Midi-Pyrénées** martèle sa responsabilité en matière d'organisation des soins pour l'ensemble des habitants de la région « qu'ils résident en montagne, dans un territoire rural ou en périphérie de Toulouse ». On ne retrouve pas d'autre élément sur d'éventuelles spécificités de montagne, ni même de problème ou de dynamique particulière mis en avant sur les territoires du Massif central. L'accent est davantage placé sur les besoins des zones rurales (attirer des professionnels du premier recours et rendre attractif l'exercice). Face aux populations vulnérables, la stratégie vise l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins par un partenariat avec les caisses d'Assurance Maladie. Inscrit dans le SROS, le développement de structures et de nouvelles modalités d'exercice coordonné en soins ambulatoires constitue le levier fondamental pour faire face aux défis du vieillissement de la population, notamment pour favoriser les soins palliatifs et l'accompagnement des patients qui souhaitent rester à domicile, face à l'augmentation des maladies chroniques, à l'inégale répartition des professionnels de santé et face également aux contraintes financières.

En ce qui concerne la **région Rhône-Alpes**, la montagne est prise en compte comme critère d'analyse impactant sur les besoins et l'offre, au sein du diagnostic et de la stratégie régionale. Toutefois, ce sont davantage les territoires montagneux de l'arc alpin qui sont considérés comme posant des problèmes d'accès aux soins, en particulier les stations de tourisme qui génèrent des flux saisonniers de population et de travailleurs. Ce sont les territoires de la Savoie qui présentent une accessibilité physique la plus contraignante. Le projet de santé se base sur une analyse par territoires de santé. Ce sont les territoires de l'ouest (Loire), une partie du nord (Beaujolais) et une partie du sud (Ardèche) qui débordent sur le Massif central. On peut lire que « les caractéristiques physiques et géographiques structurent l'espace en sous-territoires très différenciés d'un point de vue géographique, démographique, socio-économique. […] L'Ouest et le Sud, ont un indice de vieillissement supérieur, et un revenu moyen par foyer fiscal inférieur à la moyenne régionale et au reste du territoire. Le taux de chômage est plus important dans le Sud (24% contre 18% dans la région) ». Il n'y a pas de causalité et de priorités directement en lien avec ces caractéristiques pointées dans le diagnostic.
Pour répondre aux besoins des zones fragiles et renforcer les structures d'exercice regroupé, le SROS vise entre autres, en lien avec la plateforme d'accompagnement des professionnels de santé, à travailler sur la viabilité économique des structures libérales type maison de santé, sur les systèmes d'informations (messagerie sécurisée et dossier médical personnel) indissociable du travail coopératif et une réflexion particulière sur les nouveaux métiers (poste de coordonnateur et d'assistant santé).

A l'exception de Midi-Pyrénées qui décline peu les caractéristiques de ses territoires, les régions du Massif prennent en compte dans les stratégies régionales de santé fixées par les agences régionales les caractéristiques du Massif central que nous avons ciblées (faibles densités, moyenne montagne, ruralité, accessibilité, vieillissement, précarité).

Toutefois, ces caractéristiques sont moins clairement présentes dans les schémas et les programmes par rapport aux propos plus généraux de la stratégie, en particulier pour Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. La notion de « manque d'attractivité » et de démarche d'accueil est assez peu développée pour toutes les régions, même si la question des zones sous-dotées et des mesures incitatives à l'installation est abordée dans les SROS. S'il est aisé pour des régions comme l'Auvergne et le Limousin de prendre en compte les difficultés du Massif, s'y trouvant entièrement, cela est moins évident pour les vastes régions que sont Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées, qui ne possèdent qu'une partie dans le Massif central et qui compte un autre massif (alpin et pyrénéen). La région Bourgogne ne détient également qu'une petite partie sur le Massif central, mais cette partie est touchée par des problématiques généralisées sur la Bourgogne et se situe géographiquement de manière centrale, renvoyant aux problématiques d'accessibilité et de communication. Le Languedoc-Roussillon, partagé par les dynamiques du littoral et de l'arrière-pays, mais avec de fortes problématiques de précarité dans ses grandes villes notamment du littoral, mise sur la complémentarité et la solidarité de l'offre. Les projets territoriaux de santé et les contrats locaux de santé ont pour objectif de mieux prendre en compte les spécificités du territoire.

B. Les entités de concertation et la place des collectivités territoriales

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins met en place les conférences régionales de santé (CRS). Le rôle de ces instances de concertation est d'apporter une expertise sur les besoins de santé afin d'établir des priorités et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé des populations.
La loi HPST renforce le processus de concertation, appelé aussi « démocratie sanitaire » avec la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences Territoriales de santé (CTS).
Au niveau de la région, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) est composée d'une centaine de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé répartis en 8 collèges, pour donner leur avis sur le Projet Régional de Santé (PRS).

Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) :
Collège 1 : représentants des collectivités territoriales
Collège 2 : représentants des usagers
Collège 3 : conférences de territoires
Collège 4 : partenaires sociaux
Collège 5 : acteurs de la cohésion et de la protection sociale
Collège 6 : acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
Collège 7 : offreurs des services de santé
Collège 8 : personnalités qualifiées

A une échelle plus locale, selon un découpage territorial défini par les ARS, les Conférences Territoriales de santé (CTS) sont composées d'une cinquantaine de membres d'acteurs locaux de 11 collèges différents.

Conférence Territoriale de santé (CTS) :
Collège 1 : Etablissements de santé
Collège 2 : Etablissements sociaux et médico-sociaux
Collège 3 : Promotion de la santé et prévention
Collège 4 : Professionnels de santé
Collège 5 : Centres, maisons, pôles de santé
Collège 6 : Soins à domicile
Collège 7 : Services de santé au travail
Collège 8 : Usagers
Collège 9 : Collectivités territoriales
Collège 10 : Ordre des médecins
Collège 11 : Personnalités qualifiées

La loi HPST confère aux conférences territoriales la mission d'identifier les besoins et de permettre d'intégrer les réalités de terrain dans la stratégie de l'ARS, grâce à la concertation des acteurs locaux. Ainsi, les Conférences Territoriales de santé réunissent les partenaires appartenant à un territoire dit « territoire de santé » au contour défini par l'ARS. Selon la loi, ces territoires doivent être pertinents dans les 3 domaines que sont l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social, et ce afin de décliner les actions du Projet Régional de Santé. Ces territoires peuvent être en théorie infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux[98]. Toutefois, sur les découpages qui ont eu lieu en 2010, on observe aucun territoire de santé interrégional. Les territoires de santé, du même nom que les territoires promus dans le SROS III[99], sont définis selon des critères différents et revêtent des « fonctions » différentes des territoires de santé de 2003.
La concertation régionale, devant assurer la démocratie sanitaire, n'offre pratiquement aucun pouvoir décisionnel aux différents acteurs mais un simple rôle consultatif, de formulation d'avis, dans des conditions restreintes (cadrage serré, temps de consultation et d'échanges contraints). Une immersion critique au cœur de plusieurs CRSA et conférences territoriales, après plusieurs années de fonctionnement, pourrait explorer les jeux d'acteurs qui s'opèrent, les leviers d'actions et les freins rencontrés. Pour l'heure, certains diront comme l'explique un élu de l'association « Elus, santé publique et territoires », qu'il semble impossible de réaliser une « vrai démocratie sanitaire » avec des échelles territoriales aussi grandes. En effet, les échelles territoriales que recouvrent les territoires de concertation sont proches du découpage départemental. Pour les élus de cette association, il ne peut y avoir de réelle co-construction de la politique de santé[100] qu'à partir d'une concertation à grande échelle, comme peuvent l'illustrer les ateliers santé-ville à l'échelle d'une commune ou d'un quartier. L'ARS Rhône-Alpes, présent lors du colloque où est intervenu le représentant de cette association ESPT, répondra que la démocratie sanitaire ne se réduit pas à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et aux Conférences territoriales, et qu'il est nécessaire d'inventer des formes de dialogues entre les acteurs des territoires et l'entité décisionnelle régionale. C'est

[98] Article L1434-16, créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118.
[99] Selon l'Ordonnance du 4 septembre 2003.
[100] Remarque d'un membre de l'association ESPT lors du colloque « Collectivités territoriales et santé et publique » organisé par le CNFPT, Nancy, du 2010.

d'ailleurs la CRSA et l'ARS Rhône-Alpes qui initieront de manière innovante le théâtre-forum pour provoquer un débat public citoyen sur plusieurs problématiques de santé publique (addictions, souffrances au travail, suicide chez les jeunes et inégalités d'accès au système de santé)[101].

La contractualisation comme outil d'action des ARS

Le principal outil d'action mis à la disposition de l'ARS est la contractualisation (notamment les contrats pour les établissements de santé, les contrats d'amélioration de la qualité et de coordination, les contrats locaux…). Présentés par le gouvernement comme une forme moderne d'allocation des ressources publiques, ces contrats cachent mal une certaine logique coercitive, étant donné que la plupart des contrats s'imposent pour obtenir des subventions, en particulier les CPOM[102]. Les agences régionales de santé apportent-elles en leur sein un changement de gouvernance ? On peut se féliciter que la loi HPST et la gestion par les ARS soutiennent une conception plus globale de la santé, moins cloisonnée, et porteuse d'un souci de territorialisation des politiques pour plus d'efficacité. Si le directeur possède un pouvoir décisionnel important dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, ce pouvoir est largement sous l'influence de l'échelon central, via les directives, la validation des objectifs et les évaluations des ministères, mais aussi via le conseil national de pilotage et les agences nationales (HAS, HCSP et INVS[103]). On assiste donc à un renforcement paradoxal du pouvoir central. Pour certains chercheurs tel que Vidana (2012), il n'y a pas de changement de gouvernance du système de santé avec la mise en place des ARS, étant donné que les pouvoirs de décision restent dans les mains des mêmes. L'ARS offre seulement une certaine « illusion » de gestionnaire unique sur l'ensemble des questions de santé. De plus, la création des ARS a permis de *« jeter un voile sur la démographie médicale » et de* manier plus volontiers le thème de la sécurité sanitaire pour justifier les restructurations hospitalières sans apporter de débat. Elle a servi également le développement de la privatisation de la sécurité sociale, le déremboursement et la taxation des complémentaires santé (Vidana, 2012).

II. L'évolution des « territoires de santé »

Le processus de territorialisation est ancien (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012). A partir de 2003, la politique de santé développée par l'Etat vise à la fois à se rapprocher des besoins des territoires et à mettre en œuvre les actions à des échelles locales. Les travaux des géographes Vigneron et Corvez en 1999 offrent une définition des « bassins de santé », qui pourraient être appelés plutôt « bassin hospitalier », étant basée sur les flux hiérarchisés aux établissements de soins (Amat-Roze, 2011). Vigneron proposera par la suite cinq niveaux emboîtés de territoire[104], repris par l'Etat qui imposera aux régions de

[101] http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Debat-publics.129575.0.html (consulter le 20 juillet 2013).
[102] CPOM : contrats pluriannuels d'objectif et de moyen.
[103] HAS : Haute autorité de santé ; HCSP : Haut conseil de la santé publique ; INVS : Institut de veille sanitaire.
[104] Il s'agit des territoires :

- de proximité (soins de premier recours dit de base, qui implique l'omnipraticien, l'infirmier et le pharmacien) ;

réaliser au moins le niveau de proximité dans l'ordonnance de 2003. Les « territoires de santé », élaborés pour diagnostiquer les besoins, identifier l'offre et appliquer les mesures et les dispositifs relèveront de critères de définition et de rôles variables d'une région à l'autre, et seront re-débattus avec la mise en place des ARS.

A. Les territoires de santé et le SROS III

Le territoire de santé fait partie des nouvelles modalités du SROS III. La carte sanitaire est supprimée, faisant du SROS l'outil unique de planification. Ainsi, les territoires de santé, se substituent au secteur sanitaire et deviennent le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Ils sont définis pour organiser l'offre de soins, en terme d'implantation des établissements et des équipements et de volume d'activité. Ce sont donc des territoires hospitaliers. Chaque territoire doit comprendre un projet médical de territoire, qui est la déclinaison opérationnelle des objectifs du SROS, et qui sert de support à la définition des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) réalisés entre l'ARH et les établissements de santé. Les Conférences Sanitaires Régionales (CSR) sont mises à contribution pour l'élaboration de ces projets de territoire. Le territoire de santé est alors conçu comme un espace de concertation entre les acteurs du champ de la santé et il doit inclure une réflexion plus large avec les acteurs du médical et du social, avec les élus et les usagers[105].

Le territoire de santé est alors à la fois un espace de déploiement de l'offre hospitalière (publique et privée) et d'exercice de professionnels de santé (en institution et en cabinet libéral), mais il est également un espace de rencontre au sein de la conférence régionale de santé, entre élus, usagers, représentants institutionnels, représentants d'établissements, représentants des professionnels libéraux[106]. On parle déjà de « démocratie sanitaire » qui s'exprime au travers de la conférence régionale de santé[107]. La co-construction avec les différents acteurs pour définir les contours des territoires de santé et les stratégies appliquées à l'intérieur de chacun des territoires est assez limitée en raison en particulier de l'échelle régionale de concertation.

- intermédiaire (soins autour de la médecine polyvalente, premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique) ;
- de recours (soins spécialisés du bassin de desserte de l'hôpital pivot, territoire organisationnel de l'offre de soins)
- régional (prestations spécialisées assurées uniquement au niveau régional) ;
- interrégional (certaines activités telles que la prise en charge des grands brûlés, des greffes...).

[105] *« Parler du territoire, ce n'est pas limiter la discussion à des périmètres, mais avant tout réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs*».
« Les territoires sont un levier pour fédérer les professionnels de santé hospitaliers mais aussi libéraux, autour de projets communs pour assurer le meilleur service à la population ».
« Il n'y a pas de découpage parfait ; le meilleur territoire étant, en fin de compte, celui qui résulte d'une construction collective, appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques » (Extrait rapport Territoires et accès aux soins CREDES, 2003).

[106] Colloque de l'IHEDATE, *«Le territoire de santé : concept, matérialité, devenir »*, le 19-20 juin 2008.

[107] Terme qui apparait dans la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et qui s'élargie à l'usage avec les conférences régionales de santé.

Figure 48. Les territoires de santé du SROS des six régions du Massif central

La CRSA et les CTS sont la continuité de l'organisation mise en place en 2003, à la différence que l'on renforce la nécessaire transversalité de ces territoires de concertation et de décision entre les trois secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, plutôt que

l'hospitalier seul. De plus, on formalise davantage la composition et la représentativité de l'ensemble des partenaires dans les conférences par un système de collèges.

Précisé dans la circulaire du 5 mars 2004, le territoire de santé ne devait plus être envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement comme avec la carte sanitaire. Il est plutôt vu comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins qui prend en compte les réalités locales et qui doit s'affranchir des traditionnelles limites administratives. Le bilan des différents découpages des territoires de santé montre que l'affranchissement face aux contours administratifs est encore très difficile (figure 48). On observe des territoires trans-départementaux tels que les territoires de Brioude-Issoire (Auvergne) sur les départements de Haute-Loire et du Puy de Dôme, Valence (Rhône-Alpes) sur les départements de l'Ardèche et de la Drôme ou Montpellier (Languedoc-Roussillon) sur les départements de l'Hérault et du Gard. On observe également un cloisonnement certain dans les contours administratifs régionaux puisqu'il n'existe aucun territoire interrégional.
Pour autant, cet instrument de territorialisation a été traité de manière différenciée selon les régions, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ayant disposé du choix des méthodes employées pour dessiner cette carte de l'organisation des soins.

Les méthodes et critères utilisés pour définir les territoires de santé (2003)

A partir des documents produits par les régions du Massif pour le SROS III, nous avons pu réunir les différentes méthodes et les critères utilisés pour définir les territoires de santé, selon trois types principaux :

- Maintien des précédents découpages (totalement ou partiellement)
Le Limousin (16 942 km², 725 000 hab. en 2006), région à dominante rurale, a maintenu les limites départementales correspondant aux secteurs sanitaires précédents (SROS2). Le département ayant fortement structuré l'offre de soins. L'étude des comportements de la population vers les soins de premier recours conforte ce découpage. La région Midi-Pyrénées (45 348 km², 2 755 000 hab. en 2006) a maintenu 10 de ses 11 secteurs du SROS2. Le 11ème est Toulouse qui a été divisé en 5 territoires. L'organisation du SROS2 a été un compromis entre les aires d'attractions des grands pôles sanitaires et les frontières administratives, ce qui a entraîné la division en 2 pour la Haute-Garonne, le Tarn et l'Aveyron. Pour les 5 autres départements, la couverture du secteur correspondait aux limites départementales.

- Redécoupage à partir des flux de fréquentation hospitalière
La Bourgogne (31 582 km², 1 624 000 hab. en 2006) a mis en avant la concertation pour établir les limites. L'étude des flux a été présentée et discutée avec les acteurs (élus, professionnels, usagers) qui les ont ensuite modifié et validé selon leurs connaissances et les coopérations déjà engagées. C'est à la fois une approche scientifique et pragmatique. Rhône-Alpes (43 698 km², 6 058 000 hab. en 2007) a analysé les flux majoritaires de recours aux établissements de soins (à partir de la base PMSI). Elle a compté au moins

50% des séjours hospitaliers provenant d'un code postal affecté à un établissement et 8% d'écart entre le 1er pôle fréquenté et le second.

- Redécoupage à partir des flux hospitaliers avec zonages de bassins de vie et zones d'emplois

L'Auvergne a utilisé le zonage des bassins de services intermédiaires (qui traduit les habitudes de déplacements des populations) associé avec le zonage des soins ambulatoires et hospitaliers (sur les flux majoritaires URCAM et PMSI 2002). Le Languedoc-Roussillon (27 376 km², 2 548 000 hab. en 2007) a utilisé le même type de zonage en bassins de vie, associé avec le zonage des soins ambulatoires et hospitaliers (selon les flux majoritaires). La définition des territoires de recours a été calée sur les territoires de proximité identifiés.

On dénombre ainsi 9 territoires de santé pour l'Auvergne, 6 pour la Bourgogne, 8 pour Languedoc-Roussillon, 3 pour le Limousin, 15 en Midi-Pyrénées et enfin 13 en Rhône-Alpes.

Certains travaux, sans toutefois développer, interrogent sur l'incidence que peuvent avoir la délimitation des territoires de santé sur le comportement des professionnels de santé, des établissements et des citoyens, sur la distribution des soins, la localisation et les restructurations des services ou encore sur le recours aux soins[108]. Ces découpages, outils et vecteurs de changement dans l'organisation des soins, orientent en effet l'angle d'approche, les données mobilisées pour l'analyse de l'offre et des besoins et les décisions qui en découlent.

B. Les territoires de santé après la Loi HPST

Avec la loi HPST, les territoires de santé doivent pouvoir prendre en compte les trois secteurs (ambulatoire, hospitalier et médico-social). Selon l'article L. 1434-16, *« l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région ».*

Les nouveaux découpages qui en résultent, sont différents puisque l'objectif n'est pas tant de cerner l'activité hospitalière pour l'organiser, que de définir des territoires sur lesquels une population devra être prise en charge de manière globale et coordonnée. On est en présence de *« territoires de référence légaux »* [109].

Dix critères ont été retenus pour contribuer à la définition de ces nouveaux territoires, parmi lesquels *« le souci de délimiter des territoires cohérents avec la répartition et les*

[108] Colloque de l'IHEDATE, *«Le territoire de santé : concept, matérialité, devenir »*, le 19-20 juin 2008.
[109] Présentation power point CRSA de Mr Laforcade, ARS Limousin en 2010.

pratiques spatiales de la population, le maintien d'une distance d'accès à l'offre de services acceptable, ou encore l'intégration de l'offre de soins et de services »[110].

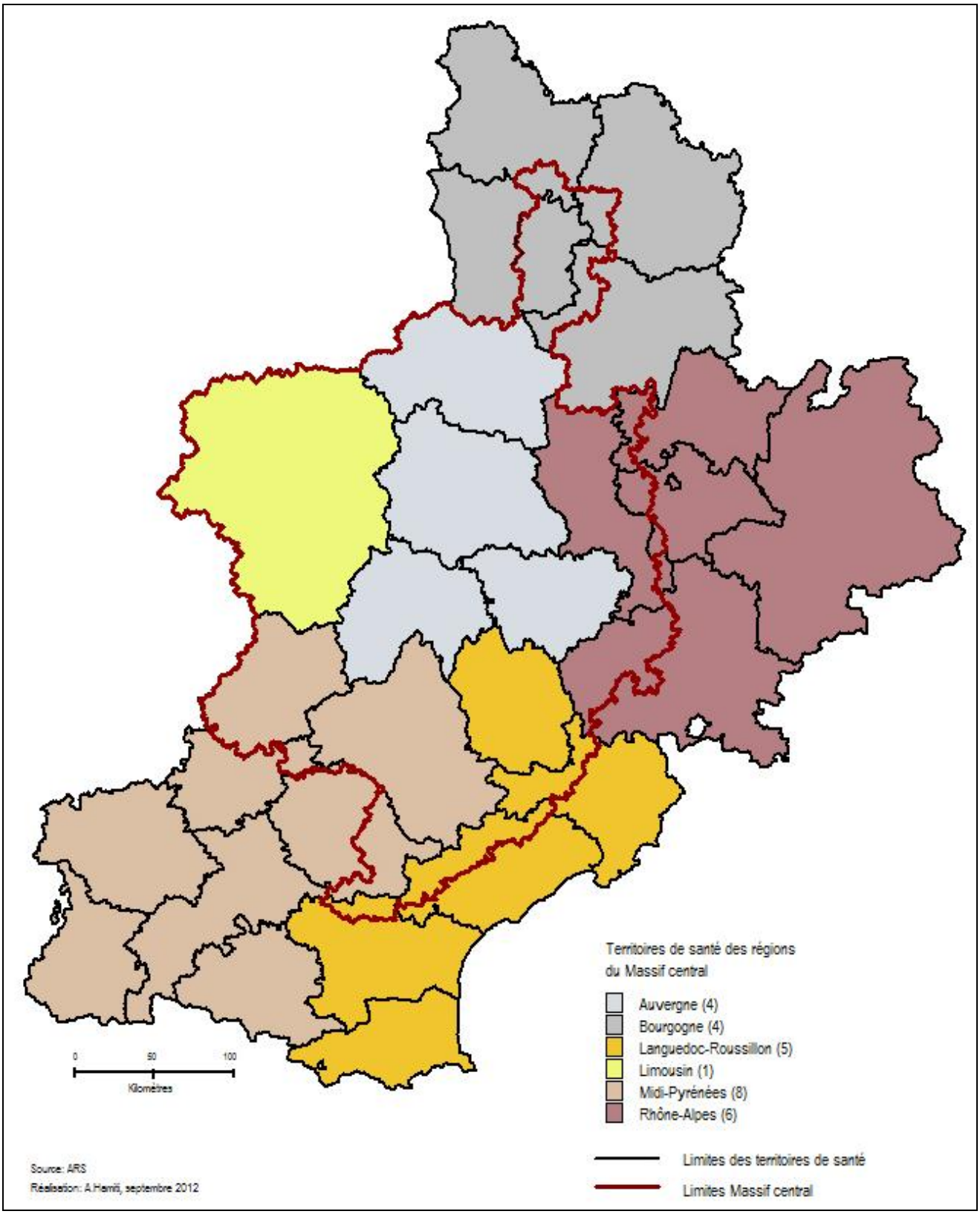
A partir des territoires arrêtés par les ARS, plusieurs observations ont été émises par le gouvernement qui coordonne au niveau national les ARS. D'une part, le nombre total de territoires de santé a diminué sur la France et ses DOM : entre les territoires du SROS III et ce nouveau découpage, on passe de 159 à 108 territoires de santé. Le redécoupage permet de réduire l'écart entre le territoire le moins peuplé et le plus peuplé, ce qui signifie pour les ARS que l'offre de soins est construite sur des territoires plus homogènes que dans le précédent découpage du SROS III. Toujours selon le gouvernement, les nouveaux territoires sont très différents des anciens territoires, car seulement trois régions sur vingt-six ont gardé leur découpage précédent qui se trouve être le département. Neuf régions sont allées vers un découpage départemental, et enfin quatorze régions ont découpé en partie leur territoire vers une échelle infra-départementale. Au final, les 108 territoires de santé sont très proches du nombre de départements que comptent la France, ce qui vaudra une remarque d'un géographe : « on peut avoir l'impression, notamment en Ile-de-France, bien que ce soit aussi vrai presque partout, que la montagne accouche d'une souris ! ». En effet, on souhaite davantage mobiliser les acteurs territoriaux notamment issus des anciennes DDASS et du secteur médico-social, que prendre en compte vraiment la cohérence spatiale des pratiques de la population, comme cela avait été énoncé dans les critères de définition des territoires. Ce découpage départemental pourrait rendre difficile l'analyse des besoins de la population pour mettre en place des actions pertinentes. En effet, un même département réunit des réalités de besoins et de pratiques de soins très variées[111]. Encore une fois, appliqués dans les mêmes découpages administratifs, on prend le risque de renforcer une organisation du système de santé éloignée de la diversité des dynamiques intra et inter départemental des pratiques et des besoins des populations.

La notion de territoire de santé revêt un caractère flou, malgré les tentatives d'éclaircissement et les critères de définition dans la loi. L'application ou interprétation de cette dernière dans les régions n'est donc pas toujours homogène. Ainsi, si les territoires doivent être le lieu et l'échelle de concertation pour l'organisation des soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux, ils doivent aussi être l'échelle d'application des actions à mettre en œuvre. Toutefois, certaines régions privilégieront des échelles plus fines pour les actions, comme cela est envisagé par la région Auvergne avec ces « bassins de santé intermédiaires ». A force de pratique, l'usage des territoires de santé tend à devenir plus concret pour les différents acteurs.
Pour le Massif central (figure 49), quatre régions ont choisi le territoire administratif départemental (Bourgogne, Auvergne, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon), la région Limousin a choisi le territoire administratif régional et enfin la région Rhône-Alpes a choisi de conserver le découpage territorial des anciens territoires de santé défini lors du SROS 3. Ainsi, La Bourgogne passe de 6 à 4 territoires de santé, l'Auvergne de 9 à 4,

[110] Les ARS ont arrêté leurs territoires de santé, http://www.ars.sante.fr.
[111] *Territoires de santé: Le « maillon faible », c'est l'interrégional*, article de Caroline Faesch, du 14 avril 2011, dans Hospimédia.

Midi-Pyrénées de 15 à 8, Languedoc-Roussillon de 8 à 5, le Limousin réduit de 3 à 1 territoire de santé et enfin Rhône-Alpes de 13 à 6.

Figure 49. Les territoires de santé en 2012 des régions du Massif central



Source : ARS / Réalisation : A.Hamiti, 2012.

III. Diversité des découpages territoriaux en santé : territoires d'analyse et territoires d'actions

A. Les territoires de santé des institutions sanitaires

Des territoires de santé sont définis à des niveaux plus fins pour analyser les besoins et appliquer des politiques de santé, soit au niveau du premier recours, soit pour l'offre hospitalière à un niveau dit intermédiaire. L'Etat n'a pas imposé un cadre pour définir ces territoires. Il a seulement inscrit les grandes lignes qui doivent caractériser les découpages. Ainsi, le résultat est que chaque région possède des critères différents. De manière récente, l'Ordre national des médecins[112] a remplacé le découpage départemental et communal par des bassins de vie définis par l'Insee[113] à partir des flux ; en effet, les habitants traversent aisément les limites administratives dans leur quotidien, notamment pour se rendre dans les services (commerciaux, sanitaires, sportifs…) ou pour se rendre sur leur lieu de travail. Les bassins de vie proposent un cadre territorial qui permet de prendre en compte les pratiques des populations et l'accès aux équipements de la vie courante et à l'emploi (Julien et Pougnard, 2004). Pour la définition des territoires de santé des ARS, les bassins de vie sont combinés avec d'autres critères (flux de patients par exemple). L'exemple de deux régions françaises contiguës, l'Auvergne et Rhône-Alpes, en partie comprises dans le Massif central, illustre les proximités et les différences de construction de territoires de santé pour l'observation et la décision en matière de santé.

Les deux niveaux d'analyse, de proximité et hospitalier, ont été définis selon des critères différents dans les deux régions. Le niveau de proximité a pour but d'observer, de prévoir et de susciter des installations et/ou des modes d'organisation de l'offre de premier recours. Le niveau dit hospitalier est quant à lui conçu davantage pour la mise en œuvre et la coordination des actions de prévention et l'articulation entre l'offre des secteurs médico-social, ambulatoire et hospitalier.

La région Auvergne a construit le niveau de proximité sur la notion de pôle de santé de base avec le bassin de patientèle des médecins généralistes à partir d'un seuil de 2500 habitants, tandis que la région Rhône-Alpes se fonde sur les flux de patients à un pôle (au moins 50% des séjours des habitants) (figure 50). De la même manière, pour le niveau intermédiaire, l'Auvergne regroupe les bassins de proximité autour d'un établissement hospitalier qui comprend un service d'urgence et de médecine polyvalente, avec un seuil de 30-45 minutes d'éloignement. Rhône-Alpes regroupe également les territoires de proximité, mais autour de flux de patients aux soins spécialisés, à partir de groupes

[112] Dans l'Atlas de la démographie médicale de 2011, l'Ordre national des médecins a réalisé les cartes à l'échelle des bassins de vie, contrairement aux années précédentes où elles étaient réalisées à l'échelle départementale.
[113] Institut national de la statistique et des études économiques.

homogènes de malades (GHM)[114] à 40% des séjours des établissements, selon un seuil de 10 000 séjours minimum (figure 51).

En présentant les différents critères sélectionnés par les deux régions, nous ne cherchons pas à les évaluer, mais à montrer les différences territoriales qu'ils produisent. Ainsi, on constate que les découpages des niveaux de proximité ou hospitalier possèdent des superficies, des densités de population et un nombre de services de santé très différents d'une région à l'autre (figures 50 ; figure 51 ; figure 52)[115]. Les territoires de santé de proximité de la région Auvergne sont en moyenne 4,5 fois plus petits que la superficie des territoires de la région Rhône-Alpes. Avec plus de 67% des territoires comprenant une densité moyenne inférieure à 50 hab./km², la région Auvergne possède des densités plus faibles que les territoires de proximité de la région Rhône-Alpes qui compte 87% de ses territoires à plus de 50 hab./km².

Pour le maillage des territoires de santé intermédiaires, conçu sur des logiques de flux hospitaliers, la moitié des territoires de la région Rhône-Alpes a une superficie de plus de 3 300 km², ce qui correspond à la superficie la plus grande des territoires d'Auvergne. Les territoires intermédiaires comprennent également des écarts de densités de population : 67% des territoires de la région Auvergne ont une densité inférieure à 55 hab./km², tandis que 85 % de ceux de la région Rhône-Alpes ont une densité supérieure à 70 hab./km². Les superficies et les densités étant différentes, les territoires des deux régions comptent également une offre de services différente d'un territoire à l'autre. Par exemple, pour le nombre de médecins généralistes par territoire de proximité, la région Rhône-Alpes compte sur 93% de ses territoires un nombre supérieur de 20 médecins, tandis que 89% des territoires de la région Auvergne compte moins de 20 médecins. Par ailleurs, la desserte moyenne en médecins généralistes pour 100 000 habitants sur les territoires de proximité oscille entre 43 médecins au minimum et 377 médecins au maximum. En moyenne, la région Auvergne compte 95 médecins tandis que Rhône-Alpes en détient 97. Les territoires qui possèdent des dessertes supérieures aux moyennes régionales sont majoritairement montagneux et ruraux.

Ainsi, les territoires de santé ont pour objectif d'analyser et d'organiser notamment l'offre de services de santé. Cette offre est inévitablement très inégale compte tenu des différences entre les superficies et les densités de ces territoires. Par ailleurs, on constate une forme d'enfermement de ces découpages dans les limites administratives régionales. Les territoires de proximité et intermédiaires sont en effet définis à l'échelle des régions, et correspondent aux limites administratives régionales.

[114] Le groupe homogène de malades (GHM) est la catégorie élémentaire de la classification médico-économique propre au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Cette classification repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans les établissements de santé, en un nombre limité de groupes de séjours, dits GHM, cohérents en termes médicaux et de coûts. Le PMSI est à la fois un outil descriptif de l'activité médicale et un outil de pilotage contribuant à mesurer la performance des établissements de santé, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). (Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui gère notamment la collecte des données et le financement des établissements de santé).

[115] Les seuils ont été fixés selon les maximums, minimums et les moyennes des densités et nombres de médecins par territoire des deux régions, afin de souligner les différences que produisent les découpages territoriaux entre les deux régions.

Figure 50. Carte de densité de population par territoire de santé de proximité

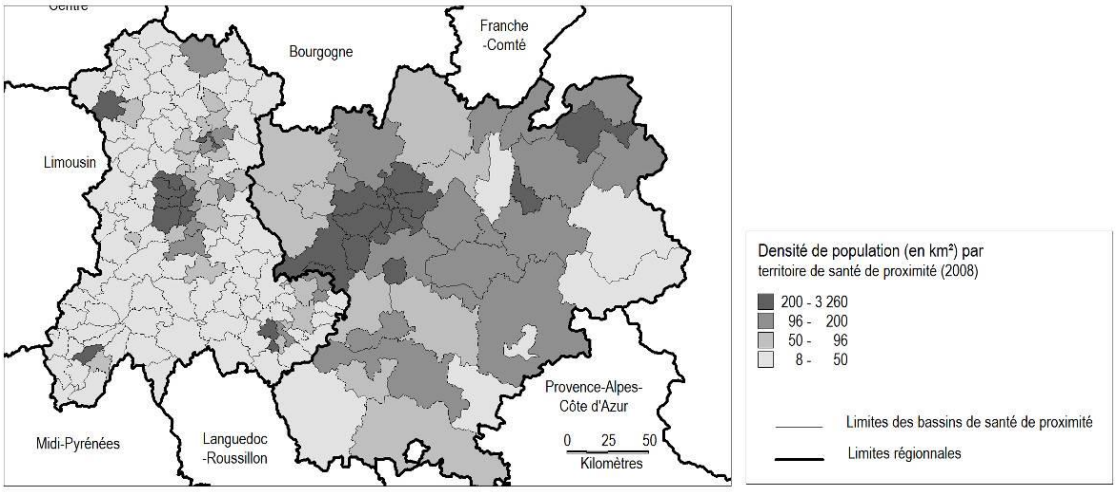


Figure 51. Carte de densité de population par territoire de santé intermédiaire

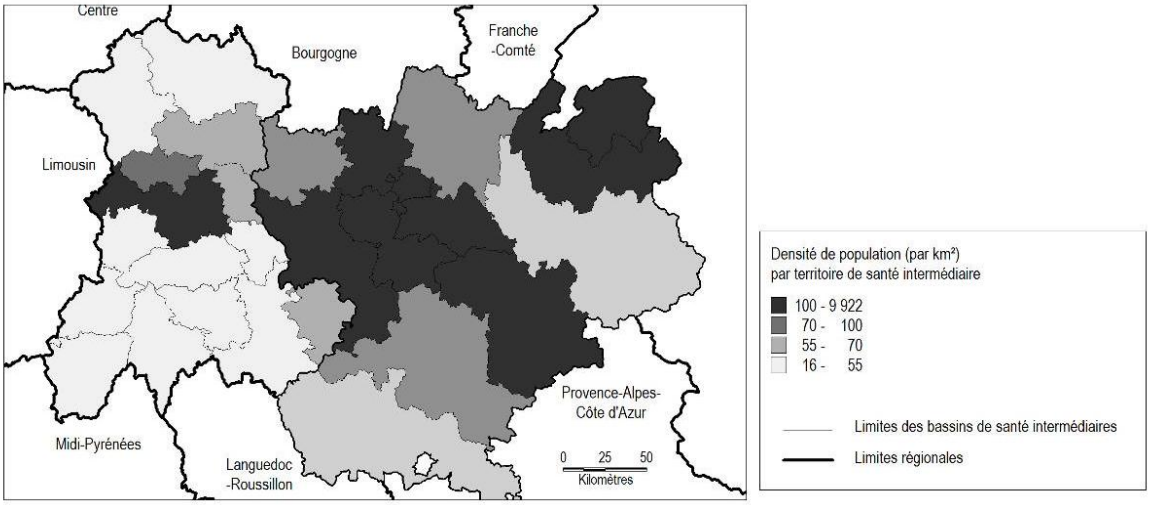
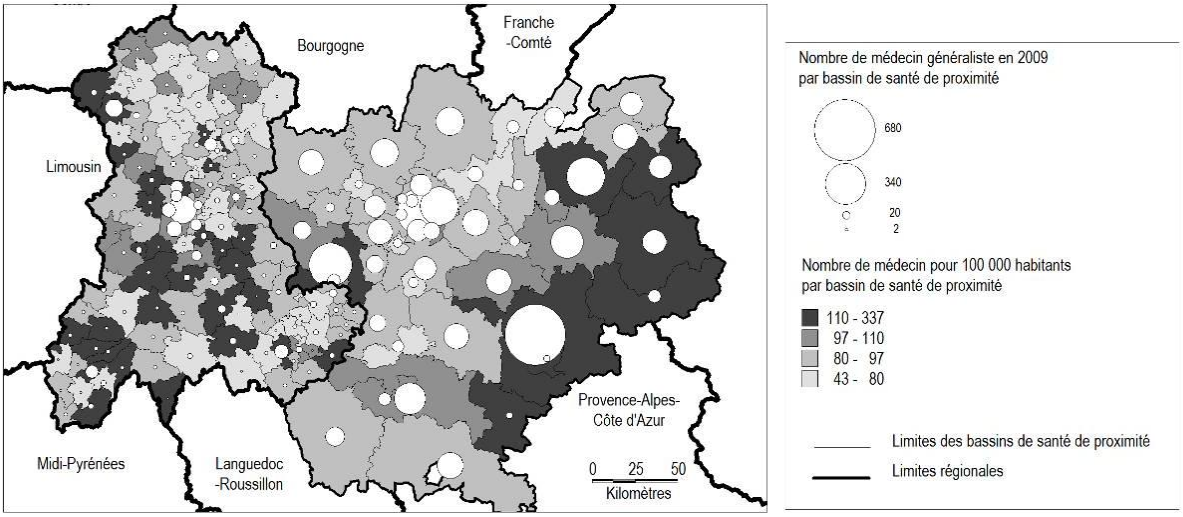


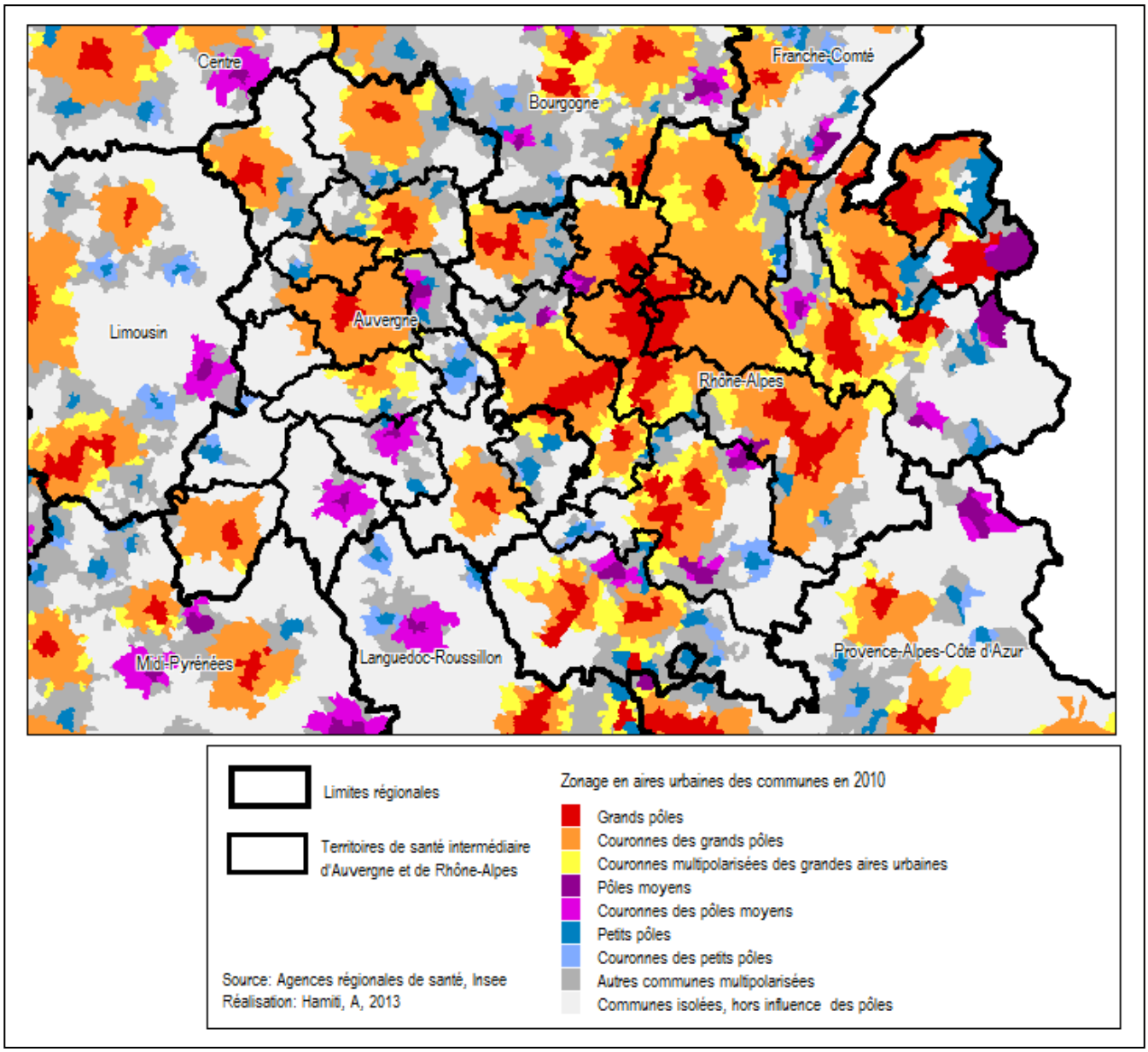
Figure 52. Carte de répartition des médecins par territoire de santé de proximité



Source : INSEE (BPE 2009, PopMun2006), ARS Auvergne et Rhône-Alpes (territoire de santé 2010) / Réalisation : A.Hamiti, février 2012.

On relève une certaine contradiction puisque les services de santé s'arrêtent aux limites régionales alors que les institutions sanitaires visaient, à mieux prendre en compte les usages de la population par rapport aux services de santé (par les flux vers les professionnels de santé et les établissements de santé), afin de s'affranchir des découpages administratifs. Certes, des régions prennent en considération les flux des régions voisines, mais les découpages au final sont cloisonnés aux limites des entités administratives, en raison d'une politique de santé régionalisée.

Figure 53. Les aires urbaines en 2010 des régions Auvergne et Rhône-Alpes



Nous avons recoupé les contours des territoires de santé intermédiaires définis par les ARS avec le zonage en aires urbaines en 2010, défini par l'INSEE (figure 53). L'objectif de cette superposition des données est de comprendre les liens qui existent entre ces zonages.

Pour définir les zonages, l'Auvergne a regroupé les bassins de proximité autour d'un établissement hospitalier qui comprend un service d'urgence et de médecine polyvalente,

avec un seuil de 30-45 minutes d'éloignement, à l'exception de deux territoires (territoire du Sancy autour de la Bourboule, et territoire d'Yssingeaux, tous deux ne possédant pas de service d'urgence). En région Rhône-Alpes, les territoires intermédiaires regroupent également les territoires de proximité, mais autour de flux de patients aux soins spécialisés.

Pour la région Auvergne, la distance à un service d'urgence a constitué un critère de définition des territoires intermédiaires. Les services d'urgence se situent bien souvent dans les pôles urbains structurants (grands pôles, pôles moyens et petits pôles). Ainsi, sur les quinze territoires de santé intermédiaires de la région Auvergne, sept ont un grand pôle urbain (Montluçon, Moulins, Vichy, Clermont-Ferrand, Issoire, Aurillac, Puy-en-Velay). Certains territoires comptent un pôle moyen (Saint-Flour), ou un pôle moyen et des petits pôles (Brioude-Langeac, Thiers). Trois territoires comptent un ou plusieurs petits pôles (Mauriac / Ambert/ Yssingeaux-Sainte-Sigolène, St Eloi-Les-Mines). Enfin, le territoire du Sancy ne compte aucun pôle urbain. Pour la région Rhône-Alpes, les territoires de santé intermédiaires, qui sont beaucoup plus étendus qu'en Auvergne, regroupent plusieurs grands pôles urbains auxquels s'ajoutent des pôles moyens et petits. Le département de l'Ardèche est caractérisé par l'absence de pôle urbain sur ses parties interrégionales avec la Haute-Loire et la Lozère. Cette configuration urbaine est assez similaire aux territoires d'Aurillac ou du Puy-en-Velay avec Aubenas. La gradation géographique des établissements de soins renvoie à la hiérarchie urbaine, avec des centres hospitaliers qui concentrent des services et des spécialités dans les grands centres urbains, et une offre plus réduite (en diversité et en capacité) dans les hôpitaux périphériques des villes petites et moyennes. On compte plusieurs territoires de santé intermédiaires, en Auvergne comme en Rhône-Alpes, qui possèdent une part importante de communes isolées hors influence de pôles, telles que le territoire de Mauriac, de St Flour, du Sancy ou encore du Puy-en-Velay, avec parfois plus de la moitié de la superficie totale du territoire. En région Rhône-Alpes, les grands pôles et leurs couronnes recouvrent plus des deux tiers de la région.

B. Les zonages

Les aides de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des collectivités, dans le cadre des mesures incitatives à l'installation (déduction fiscale, prime à l'installation…), s'appliquent sur différents découpages territoriaux, établis régionalement par les institutions sanitaires régionales. Plusieurs découpages se sont ainsi succédés ou ont cohabité : les zones déficitaires, les zones de revitalisation rurale et les zones sous-dotées.

1. Les zones déficitaires en médecins généralistes

En 2005, pour le Massif central, on dénombre 60 zones déficitaires de tailles variables, zones où *« un développement d'une offre est nécessaire »*[116]. 239 579 habitants sont concernés soit 6,4 % de la population totale du Massif, sur 552 communes. On constate

[116] Article L 162-47 du Code de la Sécurité sociale.

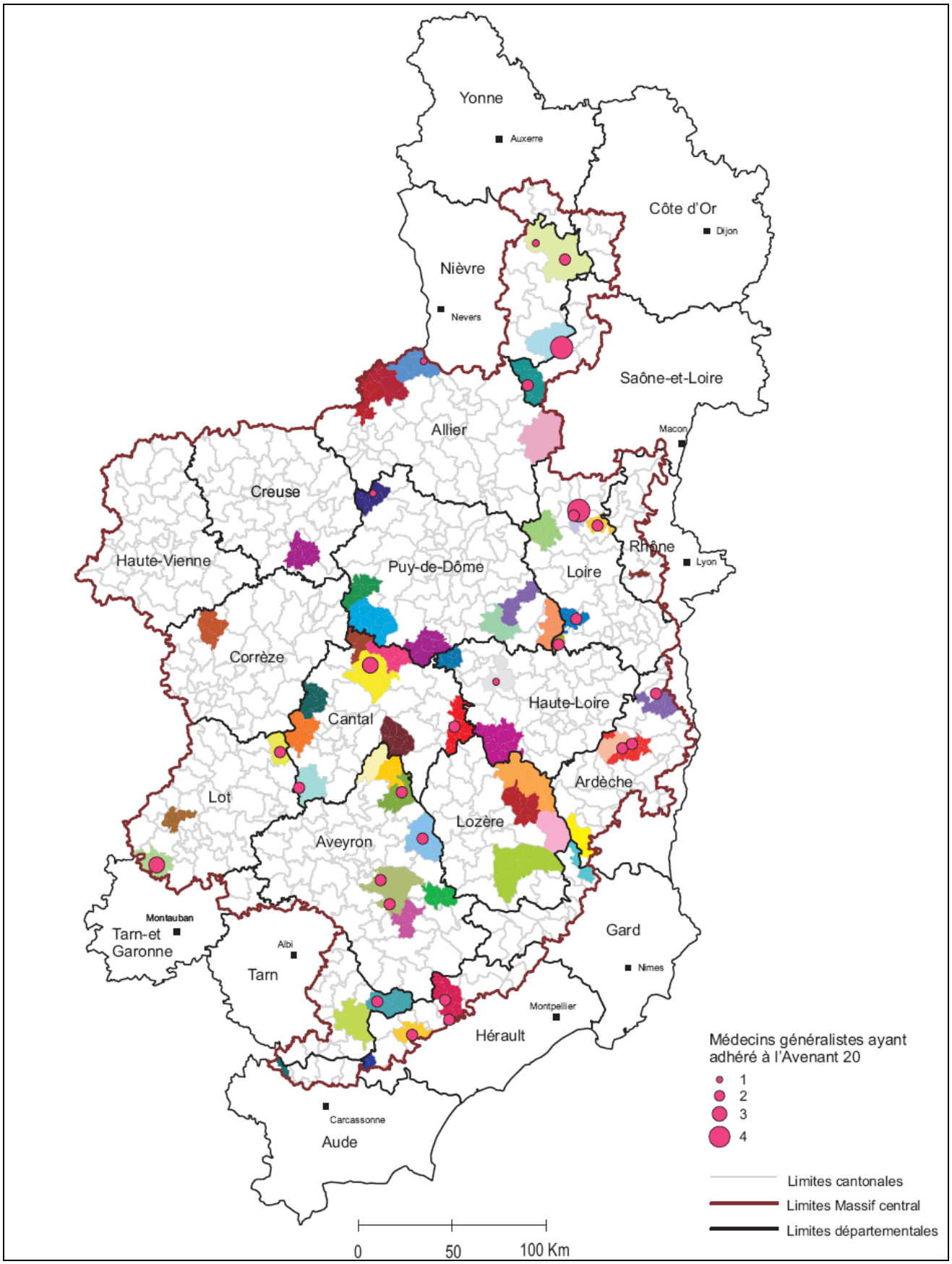
que la majorité des zones déficitaires de 2005 se situe sur les marges des limites départementales et pour certaines sur les limites régionales (figure 54).

Pour identifier les zones qui présentent un déficit en médecins généralistes libéraux, les institutions ont retenu des critères (repris dans le tableau 4) pour lesquels elles ont fixé des seuils. Elles ont recoupé ces critères, et pour certaines régions, ont établi un système de score. Les méthodes utilisées ont donc été variables. Les échelles territoriales d'analyse ont différé ; Trois régions ont repris les zones de patientèle (à partir des flux majoritaires de patients) comme échelles géographiques (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes), tandis que l'Auvergne a réfléchi à l'échelle des bassins de services intermédiaires de l'Insee, la Bourgogne à celle des cantons et le Limousin aux bassins de vie de l'Insee. Ces zones ont été élaborées à partir des critères de densité et d'activité médicale, comme précisé dans l'article L 162-47 du Code de la Sécurité sociale qui met en place ce zonage, ainsi que d'autres critères, variables selon les régions.

Afin d'identifier la densité en médecins généralistes, les régions ont compté le nombre de médecins rapporté à la superficie de la zone géographique retenue (bassin de service intermédiaire, canton) ou bien le nombre de médecins pour 50 km² (Languedoc-Roussillon). La densité est bien souvent complétée par la desserte, c'est-à-dire le nombre de médecins rapporté au nombre d'habitants. La plupart choisissent de calculer le nombre moyen de médecins pour 100 000 habitants, à l'exception de Languedoc-Roussillon qui a calculé pour 5000 habitants. D'autres critères ont été retenus pour qualifier et évaluer l'offre en médecins. La part des médecins de plus de 55 ans permet d'identifier les prochains départs en retraite d'ici 5 à 10 ans, et si les difficultés de renouvellement persistent, ce critère permet d'identifier les zones de tensions sur la pérennité de l'offre. Par ailleurs, les régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon ont choisi d'évaluer l'éloignement de la population aux médecins en temps d'accès au médecin le plus proche. L'Auvergne, quant à elle, a évalué le temps d'accès au service d'urgence le plus proche. Elle a également choisi de qualifier la diversité de l'offre de premier recours en identifiant les pôles, soit la présence sur une commune d'au moins 5 professionnels différents (médecin, infirmier, kinésithérapeute, dentiste, pharmacien).

Afin de mettre en perspective l'offre avec les besoins, les institutions ont choisi de prendre en compte des critères sociodémographiques. La majorité des régions du Massif central a retenu la part de la population de plus de 75 ans. En effet, on considère qu'à partir de cet âge, la consommation de soins et les besoins en médecin généraliste augmentent. D'autres critères ont été apportés. Languedoc-Roussillon a été la seule région du Massif à mobiliser le compte de personnes en affection longue durée (ALD) et les bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) ou encore la capacité touristique, qui peuvent également influer sur les besoins en soins. L'Auvergne a de son côté pris en compte la part des 60 ans et la faible densité de population (< à 25 hab/km²).
Le deuxième critère imposé par la loi est l'activité médicale. Afin d'identifier les zones où les médecins généralistes pratiquent beaucoup d'actes, ce qui pourrait traduire un potentiel besoin d'installations, le nombre moyen d'actes par médecin a été retenu. Les seuils varient d'une région à l'autre. L'Auvergne a fixé à plus de 5 800 actes, tandis que la Bourgogne à plus de 6 220 actes.

Figure 54. Les zones déficitaires en médecins généralistes du Massif central



Source : MRS 2005 / Réalisation : A.Hamiti, 2008.

Tableau 4. Critères et caractéristiques des zones déficitaires par région du Massif central en 2005

	Auvergne	Bourgogne
Réflexion géographique	Bassin de services intermédiaires (BSI)	Le canton
Données utilisées (et sources)	Indicateurs offre de soins : - desserte médicale <75 MG pour 100 000 - présence d'un seul MG sur secteur - Part des MG +50 ans - Part des MG +55 ans - Présence de 5 services au moins (MG, infirmier, pharmacien, dentiste, M-K) - nb d'actes par MG >5800 - temps d'accès urgence le + proche Indicateurs sociodémographiques : - déclin démographique de la pop entre 2 recensements - part de la pop +60 ans (>35 %) - part de la pop +75 ans (>10 %) - densité < à 25 hab./km² Par calcul de score	- densité MG (pour 100 000 hab.) et âge des MG (seuil ONDPS) - Niveau et potentiel d'activité des MG : activité suffisante pour nouvelle installation = zone de + 5000 hab. et seuil de nombres d'actes (<4672, [4672-6220[, > 6220) - zones de besoins (étude ORS. Les cantons les plus en difficulté en terme de mortalité, morbidité et critères sociaux) Part de la population de + 75ans Révisé en 2007 (méthode légèrement modifiée)
Nombres de zones	22 (total sur MC)	19 (dont 3 sur MC)
Nombre de MG concernés	60 MG	123 MG
Population concernée	82 331 hab. (6,3 %) total sur MC	147717 hab. (10,8 %) dont 21377 sur MC
Nombre de communes concernées	234 communes (totalité sur MC)	355 communes (dont 42 sur MC)

	Languedoc-Roussillon	Limousin
Réflexion géographique	Zone de patientèle (flux patients)	Bassin de vie (flux patients)
Données utilisées (et sources)	Besoins de soins : - densité de population - capacité touristique - Part de la pop de +de 75 ans - Part des personnes ALD - Part bénéficiaires CMU Offre de soins : - densité médicale (MG pour 5000 habitants) - Part des MG de + 55 ans - Nombre de MG pour 50 km² - temps d'accès MG + proche - activité moyenne pour 1 zone - activité moyenne en actes techniques (thermalisme…) Croisement des données avec une règle d'attribution de scores (selon seuils	Travail statistique à partir : - Etude typologie cantonale FNORS (sept03) - Analyse démographie des MG libéraux dans le cadre CR-ONDPS (2004) - Etude CNAMTS et URCAM. Evaluation de la fragilité des zones selon offre et consommation de soins - Etude Aromsa Limousin sur prise en charge des urgences dans zone d'isolement sanitaire (2002) Après comparaisons, compilations et discussions, ont été choisis les bassins de vie fragiles (*zones déficitaires et zones fragiles)*

	définis) Concertation et validation de nombreux acteurs. *Considération des zones limitrophes* Revue en 2008 mais juste à titre indicatif	
Nombre de zones	14 (dont 10 sur MC)	2 (en totalité sur le MC)
Nombre de MG concernés	36 MG	?
Population concernée	40 982 hab (1,8%) dont 35 325 sur MC	10 190 hab (0,8%) total sur MC
Nombre de communes concernées	131 communes (dont 83 sur MC)	18 communes (totalité sur MC)

	Midi-Pyrénées	**Rhône-Alpes**
Réflexion géographique	Bassin de recours à l'offre (flux)	Zone de recours (flux patient)
Données utilisées (et sources)	- densité MG - activité moyenne en exercice sur une zone - part population de plus 75 ans - *temps d'accès urgence + proche* - *temps d'accès MG + proche* - pourcentage de visites sur activité d'un MG dans une zone - cessation probable d'activité Sur 43 territoires, 25 retenus avec objectif de représentativité (équilibre) sur les 8 départements Sur avis de 432 acteurs (DDASS, DRASS, Préfets, CG, URML, maires, syndicats, professionnels de santé…)	Est zone dite déficitaire si : - densité médicale (fin 2004) est <71,68 MG pour 100 000 et au moins 1 MG sur 2 a réalisé + de 7503 actes (en 2003) ou - densité médicale (fin 2004) <71,68 MG et au moins 1MG sur 2 réalise + de 6503 actes (en 2003) et part de la population de + 75 ans supérieure à 7,8 % ou - un MG exerce > 7500 actes ou - 1 MG exerce < 7500 actes mais se compose de +15 % de visites, et + de 10 % de population a +75ans Révisé en 2006 (méthode conservée)
Nombre de zones	22 (dont 12 sur MC)	32 (dont 11 sur MC)
Nombre de MG concernés	?	?
Population concernée	82 650 hab (3%) dont 41 130 sur MC	137 500 hab (2,3 %) dont 49 226 sur MC
Nombre de communes concernées	298 communes (dont 95 sur MC)	(80 communes sur MC)

La région Rhône-Alpes fixe plusieurs seuils différents selon d'autres indicateurs pris en compte : si un médecin sur deux fait plus de 7 503 actes, ou plus de 6 503 actes, avec la présence d'une population de plus de 75 ans supérieure à 7,8%, ou si un médecin seul fait plus de 7 500 actes. Les régions Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées prennent en compte l'activité moyenne mais nous ignorons les seuils qui ont été fixés. S'ajoute au nombre d'actes le critère du nombre de visites à domicile, ce qui peut avoir

une incidence sur l'activité (Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) ou bien la présence d'actes techniques tels que le thermalisme (Languedoc-Roussillon).

2. Les zones de dotation infirmier

Le protocole d'accord signé le 19 avril 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux et relatif à la revalorisation des tarifs prévoyait d'« *instaurer prioritairement une régulation de l'évolution démographique des infirmiers libéraux organisant les installations dans les régions où la densité en infirmiers libéraux est la plus faible* ». Depuis, le protocole d'accord signé le 22 juin 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux prévoit que, dans les bassins de vie à forte densité d'infirmiers libéraux, seuls les départs ouvriront l'accès à de nouveaux conventionnements. Parallèlement, dans les bassins de vie où la densité est particulièrement faible, des mesures d'incitation à l'installation seraient développées par les caisses d'Assurance Maladie et les installations en groupe seraient favorisées (Cour des comptes sécurité sociale, 2007).
Ainsi, avant la loi HPST et la réorganisation d'une partie du système de santé en agences régionales de santé, un découpage en cinq zones (très sur-dotées, sur-dotées, à dotation intermédiaire, sous-dotées, très sous-dotées) et un dispositif d'aides et de restriction, entrés en vigueur le 19 avril 2009, ont été mis en place pour les infirmiers. Sur les zones « très sous-dotées » définies par les Mission régionales de santé, une participation aux cotisations d'Allocation Familiale (AF) et une aide de l'Assurance Maladie (3 000 euros par an sur 3 ans) sont allouées. Cette aide est soumise aux conditions d'un exercice en groupe, d'un engagement lié à l'activité (vaccinations, pathologies chroniques télétransmission, etc) et d'une adhésion individuelle à l'option conventionnelle appelée « Contrat santé solidarité » avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Dans les zones très sur-dotées, l'accès au conventionnement et l'installation ne peuvent intervenir qu'en compensation de la cessation définitive d'activité d'une infirmière de la zone considérée. Les ouvertures de places de SSIAD sont soumises à autorisation avec des conditions restrictives (Barlet et Cavilon, 2010). Ainsi, « en contrepartie de cette entrave à leur liberté d'installation, les syndicats ont obtenu des revalorisations tarifaires, avec une hausse des honoraires en 2009 correspondant en année pleine à + 5,33 % » (Diagnostic Pays du Sancy, EQR, p. 92).

3. Les zones de dotations « pluri-professionnelles »

La volonté de définir de nouveaux zonages par niveau de dotation pour les médecins a été lancée en 2010, au moment de la création des Agences régionales de santé. Il a fallu attendre une note d'instruction de janvier 2012[117] pour préciser les principes d'élaboration du zonage, ainsi que les modalités d'articulation avec les différents dispositifs qui s'y rattachent. L'objectif est d'identifier des zones fragiles en offre de premier recours, et pas seulement en médecin généraliste, appelées zones « pluri-professionnelles ». Ce zonage est arrêté dans chaque région par les ARS et intégré à la partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS), afin de définir les zones prioritaires à soutenir.

[117] DGOS/R2/DSS/2012/07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Ainsi, ces zones ciblées peuvent bénéficier des aides destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons, des pôles et des centres de santé, prévue à l'article L 1434-7 du code de santé publique.

Le Ministère a fixé un pourcentage de population qui se trouve en zone fragile pour chaque région. Chaque ARS possède donc un cadre contraint pour définir les zones sous-dotées. Le travail des ARS consiste donc à identifier géographiquement ces populations concernées par une offre de soins de premier recours fragile (tableau 5). Les échelles de réflexion pour définir les zones pluri-professionnelles sont différentes d'une ARS à une autre. Elles sont à la fois le bassin de vie (Bourgogne, Midi-Pyrénées) et le bassin de service intermédiaire (Languedoc-Roussillon). L'Auvergne conserve son approche bassin de santé de proximité, tandis que le Limousin cible ces zones par commune. Selon le cadre national, le pourcentage de population régionale est pour la part la plus faible, de 2,19% pour Languedoc et 3,5% en Midi-Pyrénées, puis autour de 8% pour l'Auvergne et Limousin ; et pour les parts les plus importantes, 10% pour Rhône-Alpes et 12% pour la Bourgogne. Ces pourcentages sont à mettre en perspective avec le nombre d'habitants concernés, étant donné les différences de population totale entre région. Ainsi, pour les effectifs les plus importants concernés par des tensions dans l'offre pluri-professionnelle de premier recours, on retrouve Rhône-Alpes avec plus de 600 000 personnes concernées et avec une moindre mesure la Bourgogne (196 000 personnes). Puis viennent l'Auvergne et Midi-Pyrénées avec respectivement 115 000 et 99 000 habitants concernés et enfin, le Limousin et le Languedoc-Roussillon qui affichent autour de 56 000 habitants.

Parmi les différents indicateurs utilisés par les ARS du Massif central pour définir le zonage, on retrouve des démarches communes et d'autres plus spécifiques à certaines régions. Ainsi, l'ensemble des régions prend d'abord en compte les caractéristiques générales (ruralité, faibles densités et part de la population âgée). Languedoc-Roussillon ajoute les flux touristiques ainsi que des critères socio-économiques tels que le taux de personnes bénéficiaires de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) et le taux d'emploi. La Bourgogne considère la consommation de soins (mais sans préciser les critères). Puis, ce sont les caractéristiques de l'offre de soins qui sont évaluées (densité, âge, niveau d'activité, pour le médecin généraliste libéral), élargies à d'autres professions (infirmier, masseur-kinésithérapeute et dentiste). Toutefois, l'offre en médecins généralistes reste déterminante dans le zonage, avec l'évaluation du risque à court terme d'une diminution des effectifs faute de renouvellement. L'Auvergne et Languedoc-Roussillon prennent en compte l'éloignement en temps au médecin et au service d'urgence. Midi-Pyrénées supprime toutes les communes à proximité d'une agglomération ou d'un établissement de santé attractif, puis restreint, comme Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, aux chefs-lieux et pôles structurants. La Bourgogne, le Languedoc-Roussillon et le Limousin accordent une importance à la présence d'une dynamique enclenchée par les acteurs locaux, par la présence d'un projet de maison ou d'un pôle de santé.

La Bourgogne et le Languedoc-Roussillon ont tenu à rendre visible la définition de leurs zones pluri-professionnelles réalisées en deux étapes. La première étape consiste à définir les zones déficitaires à partir d'un ensemble d'indicateurs qui permet de mesurer

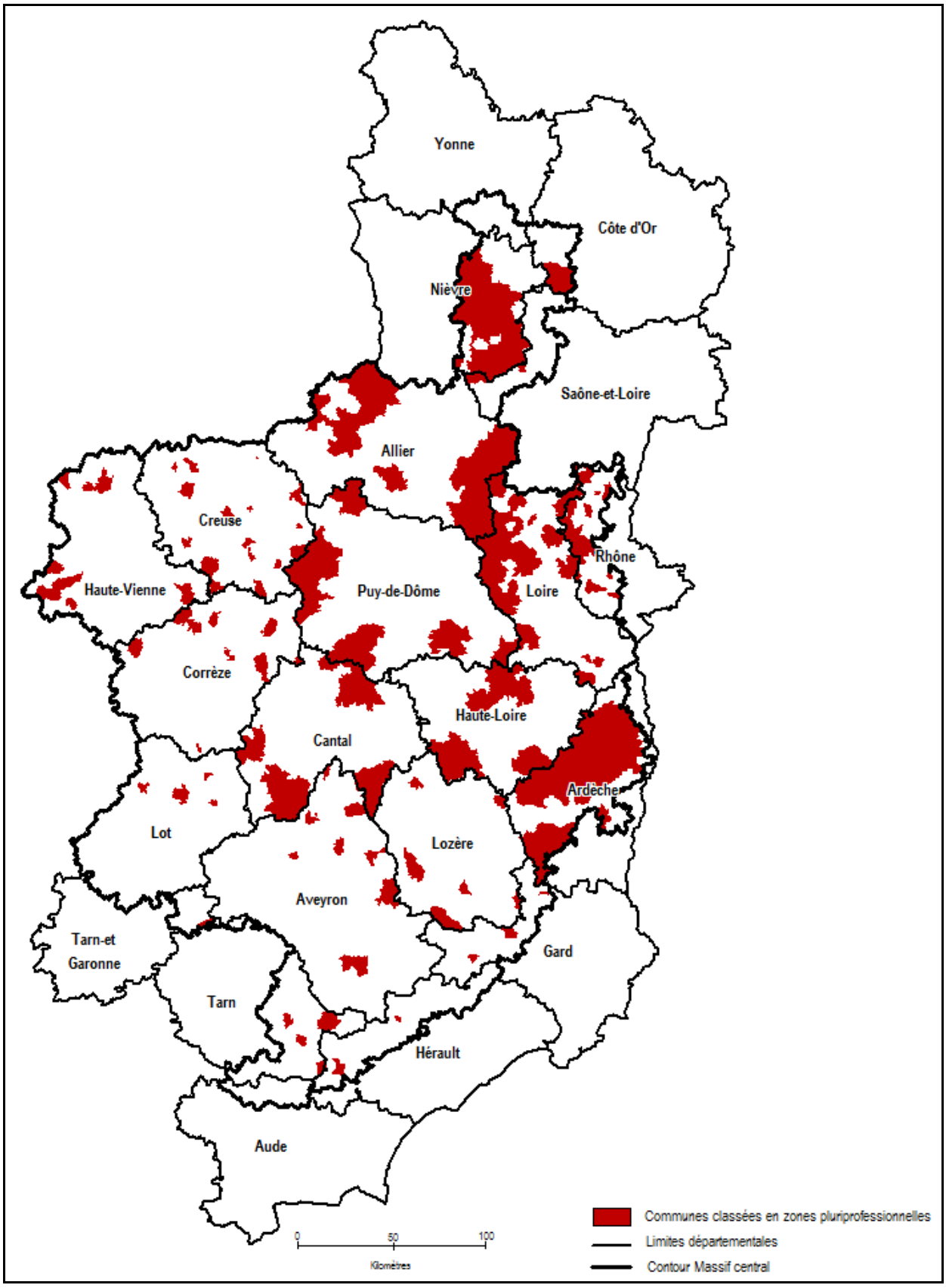
l'adéquation entre les besoins et l'offre à l'échelle des bassins de vie et des bassins de service intermédiaire. Puis, étant donné le cadre national, elles ont dû sélectionner les zones prioritaires pour arriver au nombre de population régionale imposé par l'Etat (par d'autres indicateurs et en ajustant via la connaissance du terrain).

Au total, sur le Massif central, on compte un nombre de 707 communes concernées par ce zonage, soit près de 477 000 personnes (12,3% de la population totale du Massif), qui pourront bénéficier des mesures favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (figure 55). On retrouve les territoires de confins que sont le Morvan, le bocage et la montagne bourbonnaise, une partie des Combrailles, le Cézallier, la montagne limousine, l'Aubrac, le Vivarais, la Châtaigneraie cantalienne, une partie du Forez et de la Margeride. Dans des territoires moins enclavés, on retrouve le Beaujolais et le secteur du Stéphanois concernés par ce zonage. En observant les différentes cartes des zones pluri-professionnelles des régions du Massif central, nous constatons que l'Auvergne, Rhône-Alpes et la Bourgogne ont pu identifier davantage de zones sous-dotées, sur un ensemble de communes (proche des bassins de vie). Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et le Limousin quant à eux n'ont pu cibler que des communes de façon plus ponctuelle. Cette situation est visible avec le sud du Cantal et le Nord Aveyron. Si dans le premier cas, c'est l'ensemble des communes concernées par un déficit, une fois passée la limite administrative, seules quelques communes sont identifiées.

Toutefois, les ARS, contraintes par un cadre statistique national, ont quelque peu contourné le maillage règlementaire en identifiant un autre niveau de dotation, appelé zones de vigilance en Rhône-Alpes, zones fragiles en Bourgogne ou zones vulnérables en Languedoc-Roussillon. Ainsi, la région Languedoc-Roussillon place en situation de vulnérabilité des territoires beaucoup plus larges que les zones pluri-professionnelles, où l'on peut retrouver l'ensemble de la Lozère, les contreforts du Massif au nord de l'Hérault et du Gard. De même, l'ARS du Limousin place l'ensemble de la région en zone fragile dans la révision du SROS ambulatoire de 2013. « Pour ne pas avoir une approche trop réductrice liée au seuil de population imposé par le niveau national […] l'ARS en accord avec l'URPS et l'Ordre des médecins, a décidé, au-delà des zones fragiles pluri-professionnelles, de considérer un second type de zones dites de « vigilance » où le niveau de risque de désertification est moins immédiat »[118], où des projets qui visent à assurer et consolider l'offre de soins pourront bénéficier également d'un soutien, notamment financier. Si l'on ajoute les territoires compris dans le zonage pluri professionnel et ceux des zones considérées comme fragiles (avec des risques à court et moyen terme), le Massif central est alors en grande partie recouvert par ces zonages. Cette situation confirme le fait que le Massif central rencontre des difficultés d'offre de premiers recours pour la majorité de ses territoires. Par ailleurs, depuis leur création, les Agences régionales de santé se dotent de bases statistiques de plus en plus riches, pour chaque profession, notamment celles des spécialistes médicaux (ophtalmologistes) et de certains paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes).

[118] Site de l'ARS Rhône-Alpes, consulté le 20 août 2013.

Figure 55. Les zones pluri-professionnelles fragiles du Massif central en 2012



Source : Agence régionale de santé / Réalisation : A.Hamiti, 2013.

Tableau 5. Critères et caractéristiques des zones pluri-professionnelles fragiles par région du Massif central en 2005

Régions	Pourcentage pop régionale selon le ministère	Réflexion géographique	Nombre de communes (total régional)*	Population concernée (total régional)	Population régionale (2008) **	Pourcentage population	Nombre de communes du Massif central (% régional)	Population concernée du Massif central (2008)	Méthode de définition (indicateurs)
Auvergne	inférieure ou égale à 8,64%	Bassins de santé de proximité (23 de niveau fragile et très fragile)	282	115 346	1 341 863	8,60	282 (100%)	115 346	Zonage élaboré sur la base: caractéristiques générales des bassins (ruralité, faible densité de population, part de la population âgée) / caractéristiques des MG libéraux (densité, âge, risque d'isolement, niveau d'activité des professionnels de santé) / critères relatifs au temps d'accès au MG et au service d'urgence le plus proche (Source: SROS Auvergne 2012-2016)
Bourgogne	inférieure ou égale à 12%	Bassins de vie (28 bassins fragiles)		344 103	1 638 588	21,00			Analyse multifactorielle de 20 indicateurs croisés relatif à la consommation de soins, à l'offre et à la structure par âge de la population et une analyse de la démographie pluriprofessionnelle (MG, IDE, MK et C-D) (Source : SROS Bourgogne 2012-2016)
		Bassin d'activité (unité géographie utilisé dans l'outil "géosanté": 42 retenues)	386	196 030	1 638 588	12 (soit 57% de bassins fragiles)	86 (22%)	26 884	Priorisation des zones les plus en difficultés du point de vue de la présence en MG : densité inférieure à 30% de la moyenne régionale / part des MG de plus de 55 ans (niveau 2 dans géosanté) / présence ou projet de MSP et de CESP (Source : SROS Bourgogne 2012-2016)
Languedoc-Roussillon	inférieure ou égale à 2,19%	Bassin de vie / bassin de service intermédiaire / communes	34	277 815 (en 2008)	2 581 718	10,7 (soit 54 % de la population rurale régionale)			Territoires vulnérables: classification ascendante hiérarchique basée sur des critères de démographie (pop, évolution pop, +75ans, flux touristique, densité pop), d'offre de soins (nb MG, nb ETP MG, nb et part + 55ans, desserte, temps d'accès) et critères socio-économiques (bénéficiaires et ayant droit CMUC, évolution taux emploi) et prise en compte des projets d'exercice coordonné pluri-professionnel. (Source: SROS Languedoc-Roussillon 2012-2016)
		Communes et bassins de service intermédiaire	32	56 597 (en 2008)	2 581 718	2,13 (soit 20% des territoires vulnérables)	11 (36%)	26 750	Identification des communes prioritaires au sein des territoires vulnérables (Part de la population des bassins de vie dont la densité des MG inférieur à 30% de la densité en France (ajustage selon connaissance du terrain et analyse de l'existant).
Limousin	inférieure ou égale à 8,62%	Communes	35 (dont le canton est d'Ussel)	57 838	740 743	7,8	35 (100%)	57 838	Les zones fragiles prioritaires sont celles qui cumulent des problèmes importants de démographie et des démarches engagées par les professionnels et les élus. (pas plus de précision) (Source : SROS 2012-2016)
Midi-Pyrénées	inférieure ou égale à 3,5%	Bassin de vie / communes	44 (dont 2 quartiers iris)	99 350 (dont 4918 hab d'iris)	2 838 228	3,5	19 (42%)	38 312	Diagnostic par bassins de vie / Sélection des zones dont la densité projetée à l'horizon 2015 de MG de moins de 60 ans la plus faible / Suppression de zones situées à proximité d'une agglomération ou d'un établissement de santé déjà attractif / Resserrement du dispositif sur les villes « chef-lieu de bassin INSEE » (Source : SROS 2012-2017)
Rhône-Alpes	inférieure ou égale à 10%		710 (dont 47 quartiers Iris dans 11 communes) soit 746 zones	611 723	6 117 229	10	280 (dont 4 quartiers Iris dans 2 communes) (38%)	211 951	Analyse, autour des pôles structurants repérés sur la région, à partir de plusieurs composantes (repérage des territoires ruraux ou urbains, approches populationnelles et de l'offre) (Source: SROS Rhône-Alpes 2012-2017)

Inscrits dans les schémas régionaux d'organisation et les programmes d'actions, ces zonages par profession permettent d'identifier statistiquement et géographiquement les territoires sous-dotés, où des mesures prioritaires pourront également être appliquées en vue de corriger le manque d'effectifs.

L'Etat a choisi de resserrer le soutien financier à l'installation et aux projets de regroupements (en maisons, pôles, centres ou réseaux) sur des territoires délimités par un critère de population régionale. Etant donné que la question relève de l'adéquation entre l'offre et les besoins et que les mesures visent les professionnels de santé, il est assez surprenant que le critère principal pour délimiter les territoires prioritaires locaux soit un pourcentage de population régionale, venu du national, obligeant ainsi les Agences régionales de santé à jongler avec les calculs statistiques et à moduler les données pour rentrer dans ce cadre comptable. On remarquera toutefois qu'une majorité des ARS a souhaité identifier des zones fragiles, au-delà du cadre règlementaire, précisant que des projets s'y trouvant pourront être étudiés au cas par cas afin d'envisager un potentiel soutien.

Conclusion

Depuis quelques décennies, le système de santé français voit se développer abondamment l'usage du terme « régional » dans ses textes législatifs. La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009 vient renforcer ce processus de « régionalisation», à la fois en créant des ARS et en appuyant les dimensions que sont l'analyse des besoins de la population, la concertation et l'application des actions en santé à différentes échelles territoriales. Les ARS se voient ainsi assigner les missions d'instaurer de la cohérence entre les structures et les dispositifs existants, notamment en regroupant les domaines hospitalier, ambulatoire, de la prévention et du médico-social, et en devant répondre aux objectifs d'une meilleure efficience du système. Elles pilotent la concertation d'un panel d'acteurs, dont les collectivités territoriales, et élaborent un projet régional de santé comprenant une stratégie, des schémas et des programmes. Dans ce contexte, le principal outil d'action mis à la disposition de l'ARS est la contractualisation (notamment les contrats pour les établissements de santé, les contrats d'amélioration de la qualité et de coordination, les contrats locaux…). Présentés par le gouvernement comme une forme moderne d'allocation des ressources publiques, ces contrats cachent mal une certaine logique coercitive, étant donné que la plupart d'entre eux s'imposent pour obtenir des subventions, en particulier les CPOM[119]. Le directeur de l'ARS possède un pouvoir décisionnel important dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé. Cependant, ce pouvoir est largement sous l'influence de l'échelon central. Par ailleurs, les objectifs fixés aux ARS sont multiples et ambitieux. Les fonds alloués pour le fonctionnement se restreignent, et une bonne partie de la gestion reste dans les mains des organismes de l'Assurance Maladie. La concertation régionale, quant à elle, devant assurer la démocratie sanitaire, n'offre pratiquement aucun pouvoir décisionnel aux différents acteurs mais un rôle consultatif, de formulation d'avis. Certains diront que ce rôle est trop limité dans sa forme et

[119] CPOM : contrat pluriannuels d'objectif et de moyen.

s’opère dans des conditions restreintes (cadrage serré, temps de consultation et d’échanges contraints). Toutefois, récente et perfectible, cette concertation porte des signes de changements et offre de nouvelles opportunités dans la gouvernance.

Le processus de « régionalisation» du système de santé passe également par la création des territoires de santé, définis par les institutions sanitaires (avant et après la loi HPST). Selon des critères différents d’une région à l’autre, ils présentent une diversité de configuration et de réalités. A partir de l’exemple de Rhône-Alpes et Auvergne, deux régions contigües du Massif central, nous constatons que les besoins et l’offre sont inévitablement très inégaux entre territoires de santé, compte tenu des différences entre les superficies et les densités de population ou du fait de critères de découpages différents. Par ailleurs, on remarque un cloisonnement de ces découpages de « santé » dans les limites administratives régionales. Les territoires de proximité et intermédiaires sont définis à l’échelle des régions, et correspondent aux limites administratives régionales. Ainsi, on relève une certaine contradiction de la part des institutions sanitaires entre leurs intentions et les réalités souvent encore réduites aux limites des régions administratives ; la politique de santé régionalisée doit encore s’affirmer.

Chapitre 5

Les collectivités territoriales et la santé

Introduction

Les lois de décentralisation de 1982 n'ont pas entraîné de remise en cause du partage de compétences en faveur de l'Etat. Malgré le transfert de responsabilités en matière sociale et la possibilité pour les collectivités locales d'intervenir dans la politique déconcentrée de l'Etat en matière de santé publique avec la loi du 14 août 2004, les grandes lignes de partage n'ont pas bougé. *« Les grandes orientations de la santé publique continuent d'apparaître comme relevant de l'action de l'Etat, au nom du double impératif de justice sociale et d'ordre public par lequel s'institue sa légitimité »* (Clavier, 2009). Si l'Etat est compétent en santé et rappelle son rôle dans les différents évènements législatifs successifs, les collectivités territoriales interviennent historiquement en matière de santé et elles tendent à s'impliquer de plus en plus dans ce domaine, sous différents angles d'approches. Face aux tensions accrues dans la répartition de l'offre de soins, un certain nombre de Conseils régionaux et de Conseils généraux proposent depuis 2007 des dispositifs au titre de l'aménagement du territoire, pour faire face aux risques de déserts médicaux. Ils soutiennent notamment la création de maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural et ils encouragent financièrement les stages des internes en médecine générale et l'installation de professionnels de la santé en zones déficitaires. Quant aux communes et aux intercommunalités, la plupart sont en contact direct avec les professionnels de santé locaux et mènent des actions pour favoriser leur regroupement ou de nouvelles installations. Ces initiatives sont accompagnées pour certaines par des démarches à l'échelle des Pays.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ouvre donc la possibilité aux collectivités d'intervenir dans le domaine de la santé à titre expérimental. Les collectivités territoriales ne profitent pas toutes de manière égale sur le territoire national de cette opportunité législative. En parallèle, comme le stipule la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, les collectivités locales sont associées à la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique (PRSP) à travers leur participation au sein des groupements régionaux de santé publique (GRSP), démarche d'implication des collectivités poursuivie avec la loi HPST.
Ainsi, les cadres législatifs en faveur de l'intervention des collectivités locales en santé possèdent des contours suffisamment flous pour qu'aujourd'hui nous constations la grande hétérogénéité d'investissement d'une collectivité à l'autre, tant sur le niveau de l'engagement

humain et financier que sur la diversité des dispositifs et des actions mis en œuvre. Pour une partie, les projets des collectivités sont réalisés en concertation et avec le soutien financier des institutions sanitaires déconcentrées de l'Etat. En revanche, d'autres projets émergent et se développent face aux manques des institutions sanitaires qui proposent peu de solutions aux problèmes locaux.

Ainsi, nous verrons dans ce chapitre quelles sont les collectivités territoriales qui agissent en matière d'offre de soins et depuis quand. Nous parcourrons brièvement les dispositifs et les actions qu'elles mettent en œuvre, pour ensuite aborder les raisons qui les poussent à intervenir, la manière dont elles justifient leur implication et les difficultés auxquelles elles doivent faire face. Nous tenterons également dans ce chapitre de faire le point sur les apports de leurs interventions dans le système de santé et sur la plus-value par rapport à l'organisation de l'offre de soins.

Afin d'étudier les raisons et les différentes formes que prend l'implication des collectivités territoriales en matière de santé, nous avons établi une revue des politiques et des dispositifs des Conseils régionaux à l'échelle nationale, et des Conseils généraux du Massif central, à partir des sites internet des collectivités, complétée par des entretiens avec certains services. Concernant les actions mises en place par les collectivités locales et les Pays, nous avons décortiqué les études réalisées à l'échelle des Pays, selon une grille de lecture. Nous avons extrait des documents les éléments de contexte (dates, objectifs, partenaires), les auteurs et la démarche méthodologique utilisée, ainsi que la stratégie dégagée lorsqu'elle est inscrite et le plan d'actions proposé. En complément de cette approche documentaire, nous avons rencontré les chargés de mission ou les directeurs de ces Pays, ainsi que certains prestataires intervenus pour les études. Enfin, nous avons participé à la réalisation de certaines études (participation à l'élaboration du cahier des charges et sélection des prestataires, suivi des réunions publiques et comité de pilotage), dans le cadre de la mission professionnelle au sein de l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne.

I. Antériorités des compétences sanitaires des communes et intercommunalités

Nous pouvons reprendre en quelques lignes l'histoire des compétences sanitaires des collectivités territoriales, à partir notamment d'un bilan réalisé par le juriste Villeneuve (2009). La loi du 15 février 1902 relative à la protection publique et la montée en puissance de ces préoccupations au cours des 19ème et 20ème siècles, donne aux collectivités locales dans un contexte institutionnel centralisé, un rôle décisionnel assez modeste et une fonction d'exécutant. C'est avec la création du Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance en 1920 qu'arrivent les premières politiques gouvernementales en faveur de la santé publique.

A. Les communes

Ce sont la gestion de services d'hygiène et quelques compétences secondaires en santé publique qui caractérisent le rôle sanitaire à l'échelon communal. Toutes les communes ne possèdent pas ces

services d'hygiène. Au contraire, en 2008, on ne compte que 208 services, principalement au sein des villes de plus de 20 000 habitants, qui concernent au total 23 % de la population française.

La loi de février 1902 crée les bureaux municipaux d'hygiène (BMH), pour les communes de plus de 20 000 habitats et les communes thermales de plus de 2 000 habitants, qui deviendront les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) en 1984. Initialement dans les textes, ces services ont trois types de missions : les mesures sanitaires qui touchent les individus (par exemple la réception des déclarations des maladies transmissibles ou contagieuses et l'établissement de statistiques des personnes touchées), les mesures sanitaires qui concernent les immeubles (par exemple l'assainissement des immeubles insalubres et la surveillance des eaux d'alimentation provenant des puits) et enfin les mesures sanitaires qui touchent les «localités» (assainissement général de la localité et de la voie publique et le contrôle de la distribution publique des eaux potables). Les attributions facultatives sont, par exemple, le traitement de l'hygiène de l'enfance, l'hygiène alimentaire (surveillance des abattoirs, l'inspection des viandes foraines, contrôle de la qualité du lait…), la police sanitaire des animaux, la surveillance des établissements insalubres dangereux et incommodes... D'autres missions seront ouvertes aux directeurs des BMH en 1962, telles que le contrôle sanitaire aux frontières (Massin et *al*., 2009). En 1986, plusieurs missions des SCHS sont transférées à l'Etat, en matière de vaccination, de désinfection et de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, prises en charge notamment par les DDASS. De fait, on constate que les missions sont hétérogènes d'un SCHS à l'autre, et que la répartition des compétences avec les services de l'Etat est parfois confuse (Massin et *al*., 2009).
La loi sur les responsabilités locales du 13 août 2004 permet aux communes qui disposent d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS) de contractualiser avec l'État sur certaines actions (salubrité de l'habitat, lutte contre la présence de plomb).

Progressivement, « *le territoire communal est reconnu comme une bonne échelle pour mesurer les disparités socio-territoriales de santé, leurs déterminants, mobiliser les acteurs* […] *ajuster les réponses et in fine articuler la santé aux autres politiques municipales* » (Amat-Roze, 2011). L'Etat incite les communes à engager des actions selon une approche globale et concertée, de la prévention aux soins, auprès des populations prioritaires, en les recoupant notamment avec les politiques sociales et urbaines. De plus en plus de municipalités, majoritairement urbaines, se dotent d'adjoints à la santé. Lors du lancement de nouveaux contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) en 2000, la santé est définie comme une priorité (selon la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé-Ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006). C'est au cours du comité interministériel des villes du 9 mars 2006 qu'est décidée la généralisation des Ateliers Santé-Ville (ASV) dans les quartiers relevant de la politique de la ville. Ces ASV visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; on en recensait 264 fin 2010. La loi HPST renforce et formalise les liens entre l'ARS et les collectivités territoriales, et en particulier avec les communes et les intercommunalités pas uniquement urbaines, avec la création d'un outil, le contrat local de santé. Ce contrat permet d'articuler les dispositifs existants, sur leurs fonds propres, en faveur de la promotion de la santé, de la prévention, des politiques de soins et de l'accompagnement médico-social, de manière décloisonnée.

B. Les intercommunalités

La coopération intercommunale se développe à partir des années 1990, sous l'effet de la loi du 6 février 1992 et de la loi Chevènement du 12 juillet 1999. L'objectif des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) est de recevoir des compétences, transférées par les communes membres. Il y est fait mention que *« ce sont les élus des communes qui décident de ce qui relève de l'intérêt communautaire »*. Une fois transférées à l'EPCI, ces compétences ne peuvent plus être exercées par les communes (principe d'exclusivité). On distingue l'intercommunalité de service représentée par les syndicats de communes et l'intercommunalité de projet représentée par les EPCI à fiscalité propre. Contrairement aux syndicats intercommunaux ou syndicats mixtes, les EPCI à fiscalité propre possèdent des compétences obligatoires fixées par le législateur, des compétences optionnelles et des compétences dites facultatives. L'action sanitaire relève pour les EPCI d'une compétence facultative.
D'après les chiffres du Ministère de l'Intérieur (Banatic), en France, en 2013, on comptait seulement 322 EPCI (sur les 16761 existants) avec une compétence santé (intitulée activité sanitaire), dont 236 intercommunalités à fiscalité propre (3 communautés urbaines, 24 communautés d'agglomération et 209 communautés de communes). Moins de 10% seulement des intercommunalités à fiscalité propre et moins de 2% de l'ensemble des EPCI possèdent donc une compétence en santé.

Toutefois, les intercommunalités s'intéressent de plus en plus aux questions de santé, soit en prenant la compétence, soit en mettant en place des actions dans le cadre d'autres compétences. En 2010, 20% des intercommunalités indiquaient agir dans le domaine de la santé. Pour la moitié, ce sont des actions de sensibilisation souvent animées par un centre intercommunal d'action sociale ou un centre social. 21% relèvent de subventions à des associations, 15% concernent le soutien aux maisons de santé et 14% sont d'autres types d'actions (d'après un document de l'ADCF, « L'intercommunalité sociale en 2010 »). Ces projets ou actions en matière de santé se retrouvent dans d'autres champs, tels que les SCOT (schémas), les Agendas 21, les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU). Par ailleurs, entre 2010 et 2013, 41 intercommunalités prenaient la compétence santé. L'implication des intercommunalités pour des actions « santé » continuera très probablement à s'amplifier, compte tenu des difficultés croissantes en matière de démographie médicale, et également en raison des objectifs de la loi HPST, à travers les Agences régionales de santé, qui cherchent à inclure les collectivités dans les politiques de santé publique, notamment avec la démocratie sanitaire et les contrats locaux de santé (ADCF, 2010).

II. Les dispositifs « santé » communs et spécifiques des Conseils Régionaux

La création des Régions entre 1982 et 1986 n'a pas entraîné une compétence spécifique en santé, contrairement aux communes et aux départements.
En 2006, Truchet relève ce paradoxe entre une « régionalisation » accrue du système de santé l'absence de renforcement des pouvoirs aux Régions. En effet, si de nombreux textes législatifs

du code de la santé publique qui structurent le système de santé, font usage du terme « régional » (commissions, conférences, groupements, plans, programmes, directions, conseils de professionnels, unions, agences, schémas, comités, centres…), de même que l'assurance maladie dans le code de la sécurité sociale (création des URCAM, programmes, caisses, missions…), la collectivité régionale ne possède pas plus de compétences en santé. Ainsi, l'échelon régional est reconnu par la législation comme un échelon de référence et pertinent pour la politique de santé publique, mais cela ne se traduit pas par une décentralisation de gestion au profit de l'institution régional (Villeneuve, 2009).
Par ailleurs, la collectivité territoriale Région ne souhaite pas nécessairement plus de compétences dans ce domaine. Invitées en 2004 à participer financièrement à l'organisation sanitaire au titre de sa compétence générale de l'équipement et de l'aménagement du territoire, nombre de Régions préfèrent en rester à un rôle incitatif ou de programmation plutôt que d'envisager une gestion des politiques de santé sur un mode décentralisé (Truchet, 2006). C'est depuis peu que les Conseils régionaux s'emparent de la question de la santé, hormis ceux qui ont un engagement ancien dans le domaine de la prévention, comme Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Loncle, 2009). Cet engagement des Régions se fait donc avec une certaine parcimonie.

A partir des sites Internet de chaque Région (métropolitaines et Corse), nous avons cherché à identifier les postures des Régions en matière de santé, ainsi que leurs actions développées et valorisées. L'information disponible sur les sites internet présente des limites dans le recensement des actions, du fait notamment de l'absence de mises à jour. Toutefois, cette source est un bon indicateur de la visibilité que donnent les Régions aux actions qu'elles réalisent et aux principaux messages qu'elles veulent faire passer.
Afin de faciliter l'analyse des 21 sites internet, une grille de lecture a été établie, pour identifier d'une part la position et le discours de la Région sur la thématique santé lorsqu'ils sont présents ; d'autre part, les dispositifs de chaque Région ont été relevés, à partir d'une liste d'actions pré-identifiées (soutien à la formation en médecine générale, soutien aux maisons de santé…), avec en complément une rubrique « actions spécifiques » permettant de classer les actions qui sont développées de manière originale dans les Régions.
Nous n'avons pas présenté en détail chaque dispositif, ni recensé les moyens humains et financiers mis à disposition dans chaque région pour la santé. Pour cela, il aurait fallu prendre contact avec les différents services des Régions. Un travail plus approfondi, avec la définition d'indicateurs et le développement minutieux des dispositifs, les moyens apportés et les résultats de chaque action, pourrait être réalisé afin de mesurer l'impact de ces politiques. La commission santé de l'Association des Régions de France ne possède qu'une vision très partielle des actions de chaque Région. L'objectif de ce tour d'horizon des sites internet des Régions de France est donc de dégager les tendances, les points communs et les spécificités régionales en matière de santé.

A. Les positions des Régions en matière de santé

Une bonne partie des Régions introduit la présentation de son dispositif d'aides par une argumentation justifiant leur position en faveur de la santé en lien avec diverses compétences :

- Franche-Comté, Pays de la Loire et Lorraine au titre de leur compétence aménagement du territoire.
- Poitou-Charentes et Haute-Normandie parlent de compétence en aménagement du territoire mais aussi pour les formations sanitaires et sociales.
- Motivées par une volonté de transversalité, les Régions Bourgogne, Provence-Alpes-Côte-D'azur et Centre, expliquent leurs implications au titre de plusieurs compétences régionales (aménagement du territoire, politique de la ville, TIC, politique en faveur des jeunes, formations, Recherche). Par souci également de transversalité du domaine, la Région Rhône-Alpes développe davantage le concept de santé environnementale, tandis que la Région Aquitaine parle de santé durable et de santé intégrée.

D'autres Régions ne mettent pas en avant une compétence particulière, mais définissent les raisons justifiant cette implication :

- Par souci de garantir une offre de soins au plus près de la population pour la Région Basse Normandie ;
- Par nécessité face à l'état de santé dégradé de la population pour la Bretagne (une « question d'intérêt régional ») et pour le Nord-Pas de Calais ;
- Face aux défis démographiques et pour anticiper les besoins : Languedoc-Roussillon, Limousin (en particulier face au vieillissement) ;
- Enfin pour lutter contre l'exclusion et la précarité afin de garantir un développement économique et une attractivité pour la Collectivité Corse.

Parmi les arguments mobilisés, on trouve le plus souvent la contribution à l'égalité d'accès à la prévention et aux soins, ainsi que la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, ou inégalités des chances (sur le plan social, auprès des publics jeunes ou précaires). Plusieurs régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Lorraine, Basse-Normandie, Corse, Nord-Pas de Calais, Bourgogne, Aquitaine, Limousin) affichent dans leur implication une volonté de transversalité, de concertation et de travail avec les partenaires concernés, notamment les services de l'Etat en région.

La Région Champagne-Ardenne et la Région Nord-Pas de Calais mettent en avant les lois des 9 et 13 août 2004, qui permettent aux Régions d'inscrire la santé dans le champ de leurs compétences, à titre expérimental. Ces Régions justifient ainsi la santé comme une priorité régionale déclinée en politique régionale de santé *(« La santé est devenue en 2004 une politique régionale du fait de la loi sur les libertés et les responsabilités locales », « Ces lois ont permis aux régions de définir des objectifs particuliers en matière de santé, d'élaborer et de mettre en œuvre les actions régionales correspondantes »*).

En Auvergne, la création d'un service « santé, solidarité et habitat » date d'avril 2008, mais auparavant, des actions en santé étaient menées au sein de différents services. Le soutien des maisons médicales et des stages aux internes en médecine générale a été mis en place dès 2007. En Bourgogne, l'intervention dans le domaine de l'offre de soins et en santé publique est ancienne et renforcée en 2004, au moment de la loi sur les compétences des collectivités. La Région Languedoc-Roussillon créée une direction santé en septembre 2005, axée sur la réduction des inégalités sociales et géographiques. En Limousin, une intervention dans le domaine de la santé et de l'offre de soins est décidée en décembre 2007, tandis que la Région

Midi-Pyrénées adopte une stratégie en novembre 2006 qui sera ensuite précisée en décembre 2007. La Région Rhône-Alpes, quant à elle, possède une démarche en santé assez ancienne, avec un mandat dès avril 2005 pour agir en faveur de la prévention, de la télémédecine, du cancéropôle ou encore du lien entre santé et environnement. C'est en mars 2007 qu'elle souhaite contribuer à la réduction des inégalités d'accès à la santé.

B. Les dispositifs des Régions en faveur de l'organisation des soins

1. Le soutien aux stages des internes en médecine générale

Une dizaine de Régions propose une aide aux internes de 2e et/ou de 3e cycle en médecine générale, pour leurs stages pratiques en cabinet libéral, en zone rurale (généralement classée déficitaire en offre de médecins généralistes) et également, pour certaines régions, en zone urbaine en difficulté. L'objectif est de les inciter à découvrir pendant leurs études l'exercice dans ces territoires et d'envisager leur installation, en vue de répondre aux besoins en praticiens libéraux. L'aide accordée est généralement sous forme d'indemnités pour les frais d'hébergement et de déplacement sur présentation de justificatifs. C'est le cas des Régions Basse-Normandie (pour les 2ème et 3ème cycle), Bourgogne (avec une allocation également pour les étudiants dentistes), Bretagne, Centre (avec également le financement d'une résidence dédiée aux internes à Orléans), Haute-Normandie (avec un plafond de 400 euros mensuels), Lorraine, Midi-Pyrénées (400 €/mois pendant 2 mois pour les 2èmes cycle en médecine et 400 €/mois pendant 6 mois pour les 3èmes cycle en médecine générale), Nord-Pas de Calais (avec 47 bourses en 2008 les territoires éligibles à l'aide sont ceux situés à plus de 100 km de la métropole lilloise), Poitou-Charentes, Rhône-Alpes (400 € par mois pendant 6 mois).
Quatre Régions apportant une aide financière aux médecins généralistes maîtres de stage en zone rurale déficitaire, sous la forme d'une indemnité pour perte de ressources occasionnée par la formation à la maîtrise de stage ont été identifiées : Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Lorraine.

2. Les aides à l'installation des professionnels de santé

Concernant les aides à l'installation des médecins généralistes, la Région Bourgogne offre une aide à la rénovation des cabinets médicaux ou paramédicaux, et se donne la possibilité de solliciter des chasseurs de têtes spécialisés sur le secteur de la santé pour trouver et installer de nouveaux praticiens dans des secteurs désertés.
La Région Limousin soutient indirectement l'installation de praticiens par une aide apportée au pays Haute-Corrèze pour l'élaboration d'une stratégie de prospection et de communication pour l'accueil des professionnels de santé. Deux Régions offrent des primes à l'installation, selon des zonages prédéfinis et selon un engagement d'une durée minimale (8.000 € pour un médecin s'engageant à exercer pendant une période minimale de 5 ans dans une zone déficitaire pour la Région Midi-Pyrénées, 12 000 euros pour une installation en zones rurales ou de montagne prioritaires en Région Rhône-Alpes).

3. Le soutien aux maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

A l'exception de l'Alsace, toutes les Régions en France métropolitaine soutiennent la création (construction ou réhabilitation) de maisons de santé pluridisciplinaires. Les modalités de soutien diffèrent toutefois d'une Région à l'autre. La plupart s'accordent à soutenir les projets localisés dans les zones dites déficitaires en offre de soins primaires (le plus souvent rurales, et pour certaines régions en zones urbaines). La plupart des Régions pause en conditions préalables la validation du projet de santé par l'ARS. Certaines Régions passent ou sont passées par un appel d'offre (Provence-Alpes-Côte-D'azur). Pour d'autres, les projets de maisons de santé pluridisciplinaires doivent être inscrits dans les priorités des contrats de territoire (Pays de la Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes…). Certaines Régions cofinancent des études préalables (la Région Aquitaine pour l'ensemble des pays avec l'ORS, Limousin pour les territoires de projets demandeurs, Bourgogne, Haute-Normandie…) La plupart des Régions soutiennent la partie investissement des projets de MSP. La Région Haute-Normandie cofinance les équipements à caractère communautaire. Les plafonds d'aides ne sont pas les mêmes (par exemple le plafond est de 450 000 euros en Région Nord-Pas de Calais, de 100 000 euros en zones rurales et de montagne ou 200 000 euros en zones urbaines pour la Région Rhône-Alpes, ou encore 30% du coût total sur un plafond de 150 000 euros pour la Basse Normandie). Quelques Régions élargissent leur dispositif aux centres de santé (Ile de France, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur), voire pour la Région Ile de France, aux services d'urgence, aux maisons médicales de garde, aux centres de planification et de contraception pour une meilleure prise en charge des IVG. Certaines Régions parlent davantage de pôles de santé que de maisons. C'est le cas de la Basse Normandie avec les pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA). Sur les sites internet, les pôles sont mentionnés pour les Régions Poitou-Charentes, Lorraine et Corse.

4. Le soutien à la formation des chefs de clinique

Afin d'encourager la recherche en médecine générale et rendre attractive cette spécialité, plusieurs Régions favorisent la formation des chefs de clinique. La Région Midi-Pyrénées soutient la formation de deux postes en médecine générale (pour des médecins exerçant dans une zone déficitaire), et depuis peu la Région Poitou-Charentes appuie un poste de manière expérimentale pour 2 ans. Ouverte à toutes les spécialités de médecine, la Région Nord-Pas de Calais soutient activement plusieurs postes afin d'attirer et renforcer la présence des professionnels de santé en milieu hospitalier sur l'ensemble des territoires. Elle développe :

- Une prime territoire pour les assistants à temps partagé (ATP) entre CHRU et CH régionaux, avec prime entre 500 euros et 700 euros selon la distance en kilomètre ;
- Une prime de spécialité en cancérologie pour les ATP (500 euros par mois, cumulable avec la prime de territoire) ;
- Le cofinancement de 15 postes de chefs de clinique au CHRU (2 000 euros par mois par chef de clinique) ;
- Le cofinancement de 3 postes de chefs de clinique au Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (72 000 euros par an).

Ces aides sont en lien avec le renfort des plateaux techniques des centres hospitaliers de la Région et le développement de techniques innovantes, qui constituent des facteurs déterminants dans le choix d'installation de jeunes médecins.

5. Le soutien aux études en matière de santé

Plusieurs collectivités (Bretagne, Corse, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes) cofinancent des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) qui réalisent des études sur l'état de santé des populations ou sur l'organisation de l'offre en santé. A partir de ces études, la Région Bretagne cible par exemple ses actions (actuellement, les décès prématurés sont principalement dus aux addictions et aux suicides). La Région Ile-de-France a aussi organisé en 2011 des États généraux en Santé avec trois tables rondes (Perspectives de l'accès à la santé en Île-de-France / Quelle prévention demain en Île-de-France ? / Santé : nouvelles attentes, nouvelles réponses).

6. Le soutien aux usages en télémédecine

Une dizaine de Régions affirme leur soutien au développement de la télémédecine sur l'entrée santé de leur site internet même si d'autres Régions (comme Midi-Pyrénées) sont connues pour leur soutien mais ne l'ont visiblement pas diffusé. L'aide apportée a pour objectif de favoriser l'accès aux soins pour tous, d'améliorer la prise en charge des patients et la coopération interprofessionnelle. Toutefois, les informations sur les types et modalités de soutien sont peu développées sur les sites internet.
On retiendra le soutien des Régions Aquitaine, Corse, Lorraine, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Rhône-Alpes sur des crédits d'investissements, en concertation avec l'ARS et généralement avec la plateforme télésanté (SISRA pour Rhône-Alpes par exemple). Ces aides se font en cofinancement avec l'Union européenne, les centres hospitaliers, les maisons, les pôles et les centres de santé, selon un appel d'offres sous conditions de coopérations institutionnelles en Région Haute-Normandie.
La Région Picardie se positionne sur la mise en place du réseau santé haut débit, le développement du dossier médical partagé, la création du portail régional santé avec un soutien à la maîtrise d'ouvrages (GIP télémédecine Picardie). La Région Pays de la Loire participe en particulier à l'équipement des réseaux de santé sur le principe de 40% de subvention pour l'acquisition et l'installation (Onco PL, sécurité naissance, Réti ouest, réseau de gérontologie), en s'associant à la plateforme d'informations Télésanté régionale, avec la mise en place de visioconférences, de transfert d'images et de télédiagnostic.
La Région Nord-Pas de Calais accompagne des projets de télésanté, par dépôt de dossiers de demande de subventions, par le biais du FEDER, axe 3 - priorité 7 du programme opérationnel, "faire de la télésanté un domaine d'excellence pour la Région". La Région Champagne-Ardenne a soutenu le Projet TELEMUS, reliant entre eux 17 établissements publics de santé afin de faciliter la transmission d'images et des dossiers en visioconférence grâce à des interconnexions sécurisées. Elle accompagne par ailleurs la mise en œuvre du système d'informations régional inter-SAMU. La Région Bourgogne quant à elle encourage, par le biais du programme

Bourgogne numérique, le développement d'applications : transfert de clichés, d'informations médicales (pour le dépistage de la rétinopathie diabétique par exemple) et le développement des réseaux extranet (territoires, périnatalité,...). Elle a contribué à l'investissement pour l'installation des équipements de connexion Wimax, par un soutien au réseau régional haut débit CLONYS, et un soutien à la plateforme technologique PharmImage, centre d'imagerie appliquée à la pharmacie et à l'évaluation des thérapeutiques.

7. Le soutien aux équipements hospitaliers

Certaines Régions mettent en avant leurs soutiens en faveur des équipements hospitaliers. Ainsi, la Région Champagne-Ardenne a cofinancé l'acquisition d'appareils de radiologie de pointe (TEP Scan et IRM 3 T). De la même manière, le Languedoc-Roussillon, dans le cadre de son soutien à l'excellence hospitalo-universitaire, apporte des aides aux centres régionaux (ex: subvention de 600 000 € pour une IRM de 3,8 millions d'euros).
C'est sûrement la Région Nord-Pas de Calais qui soutient le plus fortement les équipements lourds des établissements de santé. Par un système de dépôt de dossier, les matériels éligibles représentent tout matériel inscrit dans un projet médical explicite où la plus-value est précisée (ex: scanner, IRM, TEP Scan…). Ainsi, 36 millions d'euros sur les années 2006-2008 ont été alloués pour 103 projets. L'objectif est de contribuer au renfort des plateaux techniques des centres hospitaliers sur l'ensemble de la Région et le développement de techniques innovantes, afin d'offrir une qualité des soins pour tous et d'influer sur le choix d'installation des jeunes professionnels de santé.

Rapport d'information de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat (juin 2011)

Bien que ces dernières années, plusieurs rapports et propositions aient été faits par différentes autorités concernant l'évolution du système de santé français, la Délégation aux collectivités territoriale et à la décentralisation du Sénat a souhaité réaliser un rapport, mais sous **l'angle spécifique des élus locaux** sur ces questions, estimant qu'une politique de santé ne pouvait être conçue « *sans une réflexion sur leur rôle et leurs attentes en la matière* ». Ce rapport a été présenté par la sénatrice M.-T. Bruguière en juin 2011, à partir d'une vingtaine d'entretiens d'élus et de regroupement d'élus (principalement de droite, AMF, ADF) et de divers organismes (CNOM, CSMF, DATAR, ARS Languedoc-Roussillon et Nord-Pas de Calais).
Ce rapport présente trois approches conceptuelles sur la relation santé/collectivités territoriales, qui guident ainsi l'analyse. D'une part, sur le plan juridique, la compétence relève de l'Etat, mais non exclusivement, ce qui permet aux collectivités d'intervenir. Puis la santé peut être perçue comme un objectif d'intérêt général, la responsabilité étant partagée entre l'Etat et les collectivités selon leurs compétences respectives. Enfin, la santé peut relever d'une préoccupation d'ordre privé qui relève de chaque individu, dans une recherche de réponse aux citoyens et afin de contribuer à l'attractivité et au développement de son ou ses territoires. Ce que l'on retient de ces trois approches relève de divers ordres.

Les élus locaux : experts de la proximité
Certes la santé est une compétence de l'Etat, le rôle des collectivités en matière de santé peut être

qualifié de résiduel. Toutefois **les collectivités ont un rôle à jouer**. D'ores et déjà, elles font partie de la gouvernance, avec une place qui leur est faite dans les organes de concertation (avant dans le GRSP pour celles qui le voulaient, aujourd'hui à la CRSA et aux CRT, avec des collèges et des représentants dédiés). Pour la Délégation qui a réalisé ce rapport, cette présence des collectivités est justifiée par le fait que les ARS ont pour mission de territorialiser l'action publique en santé, et « *il aurait été curieux de se priver de l'expertise des élus locaux et de leur connaissance de la gestion de proximité* » (Sénat, 2011). Par ailleurs, les collectivités ont mis en œuvre de nombreuses actions que les ARS avaient le devoir de prendre en compte, en particulier les Départements pour le secteur médico-social.

Les collectivités : des partenaires de l'ARS, notamment financiers

Pour la Délégation, les ARS ont été conçues dans la loi HPST comme des partenaires des collectivités territoriales. Ces partenariats prendront forme par des contrats locaux de santé, sur des domaines et des échelles variés, à l'exemple du Conseil régional Languedoc-Roussillon sur des actions de dépistage du cancer, de prévention à l'obésité ou encore de lutte contre l'insalubrité de l'habitat.

A noter que, concernant les contrats locaux de santé, les modalités restent à définir. Volontairement flous dans la loi, *« les partenaires conventionnels sont ainsi laissés libres de définir les modalités et la portée de ces contrats. Si l'objet de ces contrats pourra être différent d'une collectivité territoriale à l'autre, il est fort probable que l'État souhaitera que leur exécution bénéficie de financements croisés et donc, a minima, d'un apport financier de la collectivité signataire. »* (Sénat, 2011).

Les collectivités : des compétences larges qui interagissent avec le domaine de la santé

Dans une acceptation de la santé comme objectif d'intérêt général, on comprend que celles-ci touche un large panel d'actions (prévention, soins, diagnostics, comportements, cadre…) dont les leviers se situent à différents niveaux de compétences (formation et éducation, environnement, habitat, transport…) de toutes les collectivités (communes, intercommunalités, région et départements). A condition de se concerter, ces dernières pourront alors agir, selon les besoins, par exemple sur la gestion de l'eau et de l'assainissement, la formation des professionnels du soin et du social, dans les cantines scolaires, sur les activités sportives extrascolaires.

La santé : facteur d'attractivité des territoires dont les collectivités ont la charge

La santé comme préoccupation d'ordre privé est entendu par la Délégation comme une composante essentielle de l'attractivité d'un territoire, qui touche les citoyens dans leurs aspirations à rester ou à venir sur un territoire. La santé, dans sa compréhension large (qualité de l'air, nutrition, offre de soins…), est considérée comme un facteur essentiel d'attractivité d'un territoire, même si cela reste difficile à évaluer et est variable selon les personnes. Par ailleurs, de nombreux citoyens interpellent leurs élus locaux et sollicitent des réponses en matière de santé.

Ce rapport rappelle que plane aujourd'hui sur l'offre de soins en France, la menace d'une crise, à la fois sur l'évolution préoccupante de la démographie médicale avec un manque à venir de professionnels, une pénurie forte pour certaines disciplines en particulier, et sur des territoires cibles avec la « formation de véritables déserts médicaux ».

Les préconisations du rapport :

Le rapport comptabilise 21 préconisations que l'on peut classer selon trois orientations.

- Les **préconisations en faveur des étudiants en médecine pour la formation et leur installation** (définir les modalités de formations pratiques en zones fragiles et permettre leur réalisation hors de

leur région d'étude, informer systématiquement les étudiants des possibilités de bourses par tous les partenaires sur tout le territoire national, établir une cohérence entre les aides à la mobilité des différents acteurs).

- Des **préconisations en faveur des candidats à l'installation dans les zones sous-dotées** (un guichet unique dans chaque ARS, un professionnel dédié à l'accompagnement des particuliers et les collectivités pour leur projet de santé, une majoration du tarif de consultation, la coordination des aides publiques locales à l'installation, la création d'une « assurance investissement », une journée de sensibilisation sur les conditions professionnelles et cadre de vie).
- Des **préconisations concernant les conditions d'exercice des professionnels de santé** (simplifier les formalités administratives, lancer une réflexion sur une nouvelle répartition des tâches entre professionnels, développer des plateformes en télésanté, favoriser l'usage de la télémédecine par une clarification du droit en la matière, intégrer les actes de téléconsultations dans la nomenclature générale des actes professionnels, généraliser le dispositif du tiers-payant aux actes de téléconsultation, inciter et soutenir les professionnels à l'usage de la télémédecine par l'octroi de bonus de rémunération, reconnaitre le métier d'assistant de santé).

III. Les politiques des Conseils généraux en faveur de l'organisation des soins

Les Départements sont en charge, depuis les premières lois de décentralisation de 1981-1982, d'actions de santé publique spécifiques : vaccination, prévention du cancer, de la tuberculose, de la lèpre et des infections sexuellement transmissibles. La loi du 13 août 2004 recentralise ces missions, mais laisse toutefois la possibilité aux Conseils généraux de continuer à les assurer en contractualisant avec l'Etat.

En matière d'offre de soins, différents Conseils généraux soutiennent financièrement des projets de maisons médicales, parfois en octroyant des fonds plus importants que les Conseils régionaux. Ainsi, sur le Massif central, on recensait en décembre 2010 plusieurs projets de maisons de santé cofinancés par les Conseils généraux. D'autres projets ont bien sûr été soutenus depuis. En Auvergne, l'Allier a contribué à la construction d'Ainay le Château à hauteur de 280 000 euros (soit 40% du coût total). En Bourgogne, la Nièvre avait versé 69 530 euros à partir du Fond de Développement des Territoires (FDT) pour la maison de santé de Moulins-Engilbert.

En Languedoc-Roussillon, la Lozère avait fait le choix de ne pas financer les projets retenus par le schéma de soins de proximité et par le Conseil régional, à l'exception du projet de Meyrueis. Il avait en revanche appuyé d'autres projets non validés par les institutions, mais dont il jugeait la réalisation importante pour le territoire. Le Conseil général de l'Hérault a fortement soutenu le projet du Bousquet d'Orb, à hauteur de 200 000 euros. En Limousin, la Corrèze a déboursé 120 000 euros (soit 8% du budget total) pour la maison pluridisciplinaire de Beynat. En Midi-Pyrénées, la maison de santé de Brassac a reçu 160 000 euros par le Tarn et la nouvelle construction de Cazals 60 000 euros du Lot. Le Conseil général de l'Aveyron a soutenu en 2010 quatre projets : la maison de santé rurale du plateau du Lévezou à Salles-Curan (253 484 euros), la maison de spécialistes de Saint-Affrique (67 500 euros), la maison médicale de Saint-Laurent

d'Olt (75 806 euros) et celle de Saint-Rome-du-Tarn (75 000 euros). En région Rhône-Alpes, le Conseil général de l'Ardèche, par le biais du fond Cap Territoires a contribué à hauteur de 42 220 euros à la première partie de la station médicale des Vans.
Si la plupart des Conseils régionaux affichent leur intervention au titre de l'aménagement du territoire, ils ne mettent pas ou peu en avant leur soutien financier pour les maisons de santé (hormis l'Allier et la Lozère,). Leurs sites internet ne le mentionnent pas.
Certains Conseils généraux expliquent vouloir contribuer aux problèmes de l'émergence des déserts médicaux, mais face à l'afflux de projets et de sollicitations sur leur territoire, certains tel celui de la Creuse n'ont pas souhaité s'engager financièrement. D'autres départements, comme la Nièvre, se questionnent sur le type d'actions qu'ils peuvent mettre en œuvre, comme le témoignent plusieurs réunions concertées organisées par le CG de la Nièvre, avec des propositions de création d'un observatoire de la démographie médicale à l'échelle départementale, tandis que le Conseil général de la Loire se dit attentif aux besoins même s'il n'intervient pas pour le moment.[120]
Compétents en matière de politiques sociales et d'actions médico-sociales auprès des personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité, mères et petite enfance, les Conseils généraux sont des partenaires privilégiés des agences régionales de santé pour l'élaboration des stratégies, des schémas et des programmes qui touchent ces publics et ces secteurs. Une concertation est mise en place et des appels à projets en commun sont lancés. Toutefois, les modalités d'une collaboration rapprochée entre les ARS et les Conseils généraux sont encore à développer selon les régions et les départements.

IV. Les partenariats multi-acteurs pour l'émergence et la cohérence des projets pour l'organisation des soins sur les territoires : l'exemple des Pays

L'implication des communautés de communes est de plus en plus importante dans le maintien de la présence et de l'organisation des soins localement, en particulier par le soutien à la création de maisons et pôles de santé pluridisciplinaires. En effet, les élus locaux, interpellés par la population et les professionnels de santé, prennent la parole et développent des actions, de manière nouvelle, en faveur de l'organisation des soins.
Cette échelle intercommunale pourrait remettre en cause les découpages des territoires de santé définis dans les politiques de santé régionalisées de l'Etat pour agir sur des projets visant à améliorer l'accès aux soins et l'état de santé.
L'échelle des Pays (selon la loi Voynet de 1999) semble parfois plus pertinente et plus efficace pour agir sur l'organisation des soins, voire sur la santé plus globalement, que l'échelle des territoires de santé de premiers recours, intermédiaires ou de concertation définis et animés par les Agences régionales de santé. En effet, la dynamique de concertation, d'analyse et d'actions qui émerge des territoires de projet et des intercommunalités qui les constituent, semble pour certains territoires plus opérationnelle et pertinente que les récents dispositifs sanitaires qui visent à analyser, concerter et agir à l'échelle des territoires de santé. Par ailleurs, on constate

[120] Sur le site du Conseil général de la Loire, consulté en juin 2011.

que plusieurs Agences régionales de santé se sont appuyées sur les initiatives des Pays pour développer par la suite des contrats locaux de santé, à partir des diagnostics et des plans d'actions mis en place par les territoires de projets.

Rappelons qu'un « Pays » est un territoire où des acteurs mettent en place une stratégie et des actions afin de contribuer au développement du territoire. Sa constitution repose sur l'élaboration d'un diagnostic, la définition d'une stratégie et la signature d'un contrat entre le Pays concerné, l'État, la Région et éventuellement le Département. Un Pays est un territoire de projets regroupant des communes, des groupements de communes ; « ce n'est pas un échelon administratif et politique local supplémentaire. Il constitue une échelle de travail intéressante pour définir une stratégie de développement d'activités locales pour favoriser l'emploi, améliorer la qualité du cadre de vie et l'attractivité d'un territoire. Les élus locaux sont les porteurs de la démarche. Ils y associent les citoyens, notamment à travers la mise en place au niveau local d'un Conseil de développement composé d'acteurs économiques, sociaux, culturels et associatifs. » (Pitard, 2008).

A. Le rôle des Pays : ce que les « territoires de projet » apportent dans le domaine de la santé

Les questions de santé ne sont pas traitées, d'un territoire à l'autre, à la même échelle et par les mêmes collectivités territoriales. Tout dépend où se trouvent les « développeurs », c'est-à-dire les volontés de changement dans une réflexion de développement local, mais aussi où se situent les moyens disponibles, les soutiens et les incitations extérieures pour travailler sur ces questions. Tour à tour les communes, les intercommunalités, les Pays ou les départements, agissent et déploient des actions dans le domaine de la santé.
Les actions des Pays sont hétérogènes d'un Pays à l'autre. L'ancienneté de création, les priorités, les compétences, les moyens d'actions et les dynamismes ne sont pas égaux. C'est pourquoi, la question de la santé n'est pas traitée de la même manière d'un Pays à l'autre.

Au travers de notre étude sur un échantillon de quatorze Pays du Massif central[121], nous avons pu dégager les caractéristiques des démarches Pays en matière de santé, la plus-value par rapport aux politiques publiques des institutions sanitaires régionales, ainsi que les limites.
Une partie des démarches Pays est née de la volonté des élus et des professionnels de santé d'être accompagnés pour élaborer la stratégie et les priorités en matière de santé. Les études bénéficient pour la plupart de cofinancement mais impliquent une participation financière du Pays. Ces fonds Pays sont issus généralement des communautés de communes adhérentes au Pays. Cette volonté et cette implication financière des acteurs du Pays dans la démarche santé incluent une motivation initiale plus forte de leur part qu'une étude proposée et déclinée par des institutions extérieures. En préalable à tout soutien financier à des projets locaux les institutions (Région et/ou ARS) ont fortement sollicité des études Pays. Dans ces cas-ci, on a pu observer une implication initiale faible, voire un scepticisme, de la part des acteurs des Pays quant à la pertinence de la démarche, mais qui au fur et à mesure de l'étude a évolué positivement (Pays

[121] Détail de l'échantillon au chapitre 3 de la partie 1.

Jeune Loire et ses Rivières, Pays Vichy Auvergne). L'initiative locale semble permettre une plus grande appropriation des acteurs et une meilleure efficacité de l'étude et du projet territorial de santé.

1. Transversalité et capacité de concertation multi-acteurs

Les études santé portées et réalisées par les Pays contribuent à rapprocher des acteurs qui se côtoient et se connaissent souvent peu sur le territoire local (élus, professionnels sociaux et de santé, libéraux et salariés dans des établissements de soins, représentants des institutions publiques…). Ces études permettent de provoquer des échanges de points de vue entre eux sur une même situation, et d'aller vers une compréhension et des objectifs communs. Ainsi, les démarches au sein des Pays offrent des opportunités d'actions et des espaces de débats auxquels élus et professionnels peuvent participer pour collaborer de manière constructive.
Les Pays ont été initialement créés pour avoir un mode de fonctionnement basé sur la concertation multi-acteur (avec le concept de conseil de développement notamment), dans une démarche intersectorielle et interterritoriale (avec les communes et intercommunalités qui les composent). Ces trois dimensions sont des éléments importants pour l'élaboration de solutions locales pertinentes en matière de santé et d'appropriation des actions à réaliser. Lors de la présentation du projet territorial de santé du Pays Haut Languedoc et Vignoble, en juillet 2008, le Pays rappelait son rôle fédérateur autour de l'aménagement et du développement du territoire de manière prospective et concertée.
Les Pays ont une habitude de partenariats avec diverses institutions (Conseil généraux, Conseil régional, Chambres consulaires…). Ils composent avec les intercommunalités qui possèdent une expertise dans plusieurs domaines tels que le développement économique, l'urbanisme, et qui ont une connaissance de proximité de leur territoire. La vision transversale et le multi-partenariat sont des éléments nécessaires pour élaborer des solutions face aux problématiques de santé observées sur les territoires.

2. Un rôle de soutien et de fédération des initiatives locales

Les Pays, dans la plupart des cas étudiés, se donnent pour mission d'apporter un soutien aux différentes initiatives locales, en particulier pour les projets de maisons et pôles de santé. En effet, ces initiatives ont très souvent besoin d'aide sur le plan logistique mais aussi politique, vis-à-vis des tutelles et des financeurs (Pays des Combrailles). Certains des cabinets de consultants chargés des études ont en partie soutenu les Pays ayant pour mission de prendre ensuite le relais (Pays des Combrailles, Pays Vichy Auvergne). D'autres Pays ont principalement joué ce rôle de soutien dans le domaine de la santé. Ainsi, le Pays Sidobre Mont de Lacaune a accompagné l'élaboration des projets de maisons de santé de Brassac et Lacaune, au travers de nombreuses réunions, de contacts avec les institutions et d'un soutien à l'écriture du projet. Sur le Pays Nivernais Morvan, la chargée de mission du réseau de santé du Pays, a soutenu l'élaboration de plusieurs projets de maisons de santé, parmi lesquels certains n'ont pu voir le jour. De la même manière, le Pays Combrailles en Marche a organisé la concertation de plusieurs groupes de paroles et a rédigé en partie le projet d'Evaux-les-Bains. Ce soutien des

Pays « pallie le déficit de temps, d'énergie, d'outils et de connaissances des professionnels de santé » (Pays Combraille en Marche) et la faible ingénierie territoriale disponible dans les communes et communautés de communes de certains territoires ruraux.

La démarche à l'échelle Pays permet de tendre vers un projet territorial cohérent plutôt qu'un ensemble de projets non concertés et en concurrence. Territoire de projet qui regroupe plusieurs intercommunalités aux situations différentes, le Pays assure un « esprit de solidarité » entre les territoires, une complémentarité et une certaine unité, afin de permettre une organisation équitable pour l'accès aux services sanitaires et sociaux sur l'ensemble du territoire (Pays Jeune Loire et ses Rivières, Combrailles, Haute-Corrèze, Pays Haut Languedoc et Vignobles). Pour cela, au sein de la démarche santé, il a pour rôle d'accompagner, de structurer, de coordonner les différentes initiatives locales. Il met au service de la problématique de santé sa capacité à mobiliser une multiplicité d'acteurs, et son « savoir-faire » de coordination de projets transversaux. Certains Pays fédèrent les différentes démarches locales à travers l'élaboration d'une information partagée sur le projet territorial et sur les réalisations locales (journal local, réunions), et contribuent ainsi à développer une sorte d'émulation et un élargissement des dynamiques sur l'ensemble du territoire (Pays des Combrailles, Pays Vichy Auvergne).
Globalement, la démarche Pays permet de formaliser les besoins et les objectifs des différents projets locaux qui émergent, tout en apportant du lien, voire une cohérence entre ces initiatives. Le Pays offre ainsi des outils d'argumentation aux projets locaux face aux institutions.

3. Des interlocuteurs privilégiés pour les institutions ?

Les Pays se donnent pour objectif d'obtenir une cohérence entre les projets territoriaux de santé élaborés sur leurs territoires et les politiques de santé nationales et les priorités régionales. De part sa connaissance et son accompagnement des projets locaux et transversaux, le Pays devient souvent un interlocuteur privilégié pour les institutions sanitaires (MSA, ARS…) et les institutions financeurs (Conseils généraux, Conseil Régional, Etat…). Il acquiert dans certains cas une position de relais des territoires locaux (Pays de Combrailles, Pays de Haute-Corrèze, Pays Sidobre Mont de Lacaune, Pays Nivernais Morvan) auprès des tutelles, notamment dans le but de négocier leurs spécificités, leurs pertinences et d'obtenir un soutien financier (Combrailles). Les Pays constituent une porte d'entrée pour l'élaboration des projets avec l'ARS, notamment depuis 2010, avec la rédaction des contrats locaux de santé. C'est le cas de l'ARS Auvergne qui a proposé, à la suite d'une étude, un contrat local de santé sur la prévention avec le Pays Jeune Loire et ses Rivières. De la même manière, l'ARS Bourgogne envisage un partenariat de type contrat local de santé sur le Pays Charolais Brionnais et le Pays Nivernais Morvan (qui font partie des 8 territoires prioritaires ciblés). Par ailleurs, les suites de l'étude pour le Pays Haute-Corrèze ont pris la forme d'un contrat local de santé avec l'ARS Limousin. L'élaboration des contrats locaux de santé n'est pas systématiquement envisagée par les ARS avec les Pays et à l'échelle des Pays. Il semble que les ARS saisissent l'opportunité d'une démarche santé d'un Pays pour envisager un travail sous forme de contrat local de santé. Mais tous les Pays ne sont pas intéressés par une démarche santé. De plus, il n'existe pas toujours de Pays (dans l'Aveyron et le Lot, dans la Montagne Limousine, en Ardèche) et leur

échelle ne correspond pas toujours aux découpages sanitaires (bassins de santé de proximité et intermédiaire) sur lesquels s'appuient les ARS pour le déploiement de leurs politiques.

4. Une capacité d'innovations dans l'élaboration des études-actions

Les Pays possèdent une liberté de choix dans les formes d'animation et d'intervention pour le déroulement des études. Ainsi, que ce soit dans le cadre d'une étude réalisée en interne ou via un cabinet de consultants, on observe des points communs méthodologiques entre les études, que l'on peut qualifier de basique (états des lieux quantitatifs, entretiens individuels, enquêtes par questionnaire, réunions territoriales…), mais également des innovations qui semblent pertinentes dans le cadre d'un projet territorial de santé. Par exemple, le cabinet, recruté sur le Pays Combraille en Marche, a organisé une journée Santé ; l'objectif était de pallier le manque de connaissances et d'informations des professionnels et élus du Pays, et de lever certains blocages. Cette rencontre a permis de faire intervenir des professionnels extérieurs au territoire pour témoigner de leur expérience dans des dispositifs de travail coopératifs, et ainsi de faire partager les interrogations et d'échanger à partir de ces expériences vécues. Les démarches santé des Pays impliquent des réunions de concertation, organisées à des échelles territoriales variables, permettant le plus souvent des rencontres par petits groupes, favorisant les échanges et le dialogue. Par ailleurs, le Pays Sidobre Mont de Lacaune a organisé, avec des élus et des professionnels, la visite d'une maison de santé pluridisciplinaire implantée dans le département limitrophe. Cette diversité de formes d'intervention et cette adaptabilité au terrain se retrouvent peu dans les interventions des services de l'Etat. En effet, les Agences régionales de santé possèdent un mode d'intervention basé sur l'organisation de réunions à différentes échelles (conférences régionales, conférences territoriales, projets de contrats locaux de santé). Ces rencontres sont pour la plupart régies par des protocoles (présence des représentants désignés par collèges, ordre du jour défini selon les obligations nationales). Elles n'autorisent que peu de souplesse et d'innovation dans les modes de concertation. De plus, faute de temps, de disponibilité et de personnes dédiées nécessaires pour se rendre sur le terrain, les interventions des ARS sont limitées.

5. Un impact opérationnel et concret

Les études portées par les Pays permettent d'apporter des connaissances auprès des différents acteurs locaux, sur la santé en général et sur leurs territoires en particulier. D'autres approches sont mobilisées en ciblant soit le problème de la présence du médecin généraliste, soit en intégrant une vision de santé globale, intégrant une diversité d'acteurs sanitaires et sociaux, comme une ressource territoriale, un facteur d'attractivité, participant à l'économie locale (Pays Charolais Brionnais).

Les études peuvent déboucher sur des recommandations d'actions potentielles à suivre pour les différents acteurs et territoires appartenant au Pays (Pays Jeune Loire et ses Rivières, Pays Vichy-Auvergne). Le plus souvent, les études produisent un plan d'actions concret et réaliste dans la mesure où ce plan intègre les contraintes locales de réalisation (Pays des Combrailles), avec une priorisation des actions, les moyens financiers et humains nécessaires et un calendrier.

Ainsi, à l'issue de la démarche, certains Pays sont en mesure de mettre en avant la pertinence de leur échelle pour le développement d'action santé, ce qui offre une légitimité pas toujours acquise pour les institutions sanitaires.

Pour qu'une étude santé locale soit efficace, pertinente et aboutisse à un projet territorial de santé cohérent et opérationnel, nous avons retenu plusieurs conditions à réunir :

- Une initiative/volonté locale ;
- Une connaissance partagée du rôle du Pays et une légitimité démontrée de son action par l'ensemble des acteurs ;
- Une mobilisation et une implication des personnes ressources ;
- Une démarche ancrée sur le terrain, à partir d'entretiens individuels et collectifs et des réunions de groupes ;
- Une démarche prospective, tournée vers des actions opérationnelles ;
- Un comité de pilotage, composé de personnes ressources locales, possédant un pouvoir d'orientation et de décisions sur la démarche santé.

Grâce à leurs études-actions dans le domaine de la santé, les Pays permettent donc, à la fois une démarche globale réunissant les champs du sanitaire, du social voire plus largement les préoccupations de l'aménagement et du développement du territoire, et réunissent des initiatives locales éparses vers une cohérence et une solidarité territoriale. La démarche des Pays permet une concertation multi-acteur, de proximité, tournée vers une implication et une appropriation des acteurs locaux, orientée vers une stratégie et un plan d'actions concret, précis et réaliste. De plus, le Pays joue le rôle de garant des orientations et de l'exécution du plan d'actions élaboré lors de l'étude. Pour toutes ces raisons, l'action des Pays représente une réelle plus-value pour l'élaboration de projets territoriaux de santé.

6. Les obstacles rencontrés dans les démarches Pays du Massif central

Si l'approche à l'échelle Pays permet de décloisonner les approches communales et intercommunales, on constate au travers de la majorité des études, une prise en compte de l'offre de soins et des dynamiques en cours sur les territoires limitrophes au Pays. L'autre obstacle de l'échelle Pays est parfois sa grande étendue géographique, entraînant de grandes distances à parcourir, qui augmentent avec le relief et le type de réseau routier, et qui rend difficile une concertation et la mise en œuvre d'actions (Charolais Brionnais, Nivernais Morvan). Par ailleurs, sur certains territoires, au moment de la réalisation de l'étude, une mauvaise connaissance des contours géographiques et du rôle du Pays a été observée chez les acteurs locaux, élus comme professionnels de santé (Pays Jeune Loire et ses Rivières, Pays Sources en Lozère). Le Pays a également pâti dans certains cas d'une faible légitimité pour engager une démarche santé, ce qui constitue un frein dans la dynamique globale de la démarche (Pays Jeune Loire et ses Rivières).

Malgré le travail de concertation mené dans le cadre des études, des situations de concurrence entre les territoires à l'intérieur du Pays ont persisté. La communication et le partage des points

de vue entre élus et professionnels de santé, ainsi qu'entre élus de communes et communautés de communes différentes n'ont pas toujours été aisés. Ces situations s'expliquent par les divergences d'intérêts et de motivation des uns et des autres, parfois sur motivations politiques et rapport de pouvoirs interprofessionnels. De plus, les stratégies des professionnels de santé en matière d'installation et de conditions d'exercice ne s'accordent pas toujours avec les objectifs des élus dont le souhait est de maintenir des services à la population (Jeune Loire et ses Rivières). Ces conflits représentent des freins majeurs à l'élaboration de projets communs et de mutualisation. Lors des réunions organisées dans le cadre des études, on a constaté des relations parfois difficiles entre l'Agence régionale de santé, les élus et les professionnels sanitaires et sociaux. En effet, les contours et les compétences de l'ARS ne sont pas toujours bien compris. Par ailleurs, certains acteurs locaux ressentent parfois de la part de l'ARS un manque de considération pour leurs problématiques locales. Sur certains Pays, les professionnels de santé et les élus ont une faible connaissance des possibilités d'amélioration de l'offre de soins, telles que les changements dans les pratiques et l'organisation, notamment par des regroupements et un travail collaboratif. Ces mêmes personnes montrent parfois de fortes réticences aux changements, et n'ont pas acquis au cours de leur parcours une culture du travail collaboratif, en réseau. S'ajoute à cela l'absence de leader et de dynamiques collectives, ce qui restreint les possibilités d'actions et entraîne une faible appropriation de l'étude et des actions à mettre en œuvre (Grand Sancy, Nivernais Morvan).

Les Pays, comptant en majorité dans leurs plans d'actions la préconisation d'une animation dédiée pour l'accompagnement des projets locaux et des actions collectives à l'échelle du Pays, rencontrent pour la plupart des difficultés pour le recrutement, faute de moyens financiers fléchés par le Pays et par les institutions. Certains Pays ont pu élaborer un plan de cofinancement par le biais de programmes européens et d'un soutien partiel des partenaires institutionnels (Combrailles, Figeac, Nivernais Morvan). Toutefois, ces Pays rencontrent des difficultés pour assurer la pérennité du financement des postes, avec pour but un travail de qualité dans le temps. Dans le cadre de la signature d'un contrat local de santé, le Pays Haute-Corrèze a pu bénéficier d'aides pour le recrutement d'un coordinateur santé. Face à l'absence de subventions pour une animation dédiée en santé, l'autre partie des Pays prélève dans ses propres ressources humaines dans la limite de leurs possibilités (Pays Sidobre Mont de Lacaune, Haut Rouergue, Grand Sancy, Combraille en Marche), ou n'a pu donner suite à l'animation (Roannais). Le manque de visibilité pour les acteurs locaux sur les possibilités de soutien financier pour la mise en œuvre des projets locaux et des projets transversaux à l'échelle Pays, a occasionné une baisse de motivation, un découragement et un ralentissement dans certaines démarches (Pays Vichy-Auvergne, Pays Charolais Brionnais. Pays Source en Lozère, Pays Nivernais Morvan).

7. « L'agir sanitaire » : les plans d'action issus des démarches Pays

Agir pour l'attractivité du territoire

Afin de répondre aux difficultés de renouvellement des professionnels de santé, libéraux comme salariés dans les établissements de santé, le Pays a pour mission, aux côtés des

intercommunalités, d'améliorer l'attractivité du territoire et de développer des mesures en faveur de l'accueil et de l'installation des professionnels de santé. Ainsi, il est recommandé aux intercommunalités, d'une part, d'élaborer des facilités pour l'installation des professionnels de santé (hébergement, cabinet…), et de désigner des référents élus/professionnels pour l'accueil et le suivi de l'installation (Grand Sancy). D'autre part, les intercommunalités et le Pays doivent faire connaître les besoins des territoires et les dispositifs d'accueil mis en place. Pour cela, il est proposé de prendre contact et d'établir des partenariats avec les facultés de la Région, d'identifier les étudiants potentiels à l'installation et de les rencontrer, d'organiser des sessions de découverte du territoire et des acteurs locaux. Concernant la communication, les communautés de communes sont invitées à consacrer un espace sur leur site internet pour présenter le territoire, les dispositifs et les offres, ainsi qu'à diffuser de l'information auprès des universités des autres Régions (Grand Sancy).
Pour contribuer à l'attractivité du territoire, le Pays doit inciter et accompagner les médecins généralistes à devenir maître de stage afin de faire connaître aux internes formés au CHU l'exercice en cabinet libéral en milieu rural (Haut-Rouergue, Nivernais Morvan, Grand Sancy). Enfin, l'accès à la connectivité numérique étant considéré comme un facteur d'attractivité pour les nouvelles générations de praticiens, en prévision notamment d'une utilisation possible de la télémédecine, il est préconisé sur le Pays du Haut Rouergue d'améliorer le déploiement de l'ADSL complet sur le territoire.

Améliorer la mobilité et l'accès aux soins de la population

La Lozère est caractérisée par une densité de population faible sur des territoires de montagne. Il est donc proposé au Pays Source en Lozère d'initier, à l'exemple du travail sur le Pays des Cévennes, une étude sur la mobilité de la population, afin d'identifier les freins à l'accès aux services de santé et d'envisager des solutions. Sur le Pays Roannais et le Pays Charolais Brionnais, les intercommunalités doivent travailler au développement des moyens de transport, en particulier pour les publics fragiles et précaires (personnes âgées, personnes à faibles ressources, famille monoparentale).
Afin d'améliorer l'accès aux soins de second recours, des consultations avancées de médecins spécialistes sont envisagées (Nivernais Morvan, Charolais Brionnais), ainsi que des partenariats avec les réseaux de santé de type diabète et soins palliatifs présents dans les centres urbains, afin qu'ils interviennent dans les territoires plus reculés (exemple de Saint Etienne pour le Pays Jeune Loire et ses Rivières). Le développement des outils de télémédecine pourrait également être favorisé, en élargissant notamment les réflexions des Pays aux acteurs des NTIC[122] (Charolais Brionnais, Haut Languedoc et Vignobles).
Les professionnels et les institutions doivent se concerter afin d'améliorer la permanence des soins dans les secteurs où l'organisation des gardes, la nuit et les week-ends, a été jugée insatisfaisante dans les études, pour la population comme pour les professionnels (Jeune Loire et ses Rivières). De la même manière, une concertation doit être organisée pour amender la prise en charge des urgences là où elle est difficile, via une coordination/coopération entre le SDIS et le SAMU et par la recherche d'infirmiers et de bénévoles sapeur-pompier (Haut Languedoc et Vignobles, Haut-Rouergue).

[122] Nouvelles technologies de l'information et de la communication

Soutenir les dynamiques locales de regroupements des professionnels

Tous les Pays de notre échantillon ont pour objectif dans le plan d'actions de leur étude de faciliter et accompagner les actions locales, par un appui technique aux professionnels de santé qui ont un projet en cours. Ce soutien passe par la formalisation des partenariats entre élus et professionnels, par l'implication des établissements de santé, par la concertation entre professionnels et l'accompagnement à l'élaboration du projet de santé et du projet immobilier, par la mise en réseau des projets avec les territoires voisins concernés. Certains Pays ont pour mission également de fédérer les groupes de réflexions et les projets, à l'échelle du Pays, par la désignation de représentants d'élus et de professionnels par territoire, et l'animation d'échanges et de prises de décision sur des actions transversales (Combrailles, Charolais Brionnais, Vichy Auvergne).

Sur les territoires où il n'y a pas encore de projets en cours, le Pays a pour rôle de sensibiliser les élus et les professionnels de santé à l'exercice regrouper et coordonner, de développer des groupes de réflexion, d'initier des démarches collectives sur les secteurs où l'offre de soins parvient difficilement à se maintenir (Pays du Grand Sancy, Pays Jeune Loire et ses Rivières, Combrailles).

Accompagner, initier ou développer des actions transversales sanitaires et sociales

Les démarches Pays, à partir des diagnostics et de la concertation, ont mis en avant la pertinence de l'élaboration de projets transversaux et interdisciplinaires, mêlant les acteurs du sanitaire, du social et de l'aménagement du territoire.

Les projets à soutenir sont variés et consistent à :

- Etendre l'action des services à domicile, notamment au travers de l'activité des SSIAD[123] (Combrailles, Jeune Loire et ses Rivières). Certains Pays doivent obtenir au préalable une meilleure visibilité des services à domicile proposés par les différents partenaires (intercommunalités, Conseil général, entreprises privées) afin d'identifier les zones peu ou pas desservies (Source en Lozère) ;
- Développer l'hospitalisation à domicile sur le Pays de Figeac, et engager une réflexion sur la mise en place d'une HAD territorialisée à l'échelle du Pays afin de favoriser la structuration de l'offre de proximité (Combrailles) ;
- Soutenir un réseau des pharmacies, pour mener des actions collectives dans le but de pérenniser leur activité (Combrailles) ;
- Développer la coordination entre les services hospitaliers et les professionnels libéraux et d'aides à domicile (Charolais Brionnais, Figeac) ;
- Structurer la mise en place de formations mutualisées pour l'ensemble des professionnels du Pays et conçues de manière interdisciplinaire (Figeac, Combrailles, Haute-Corrèze, Nivernais Morvan) ;
- Renforcer l'offre sanitaire et sociale en direction des personnes âgées : par l'augmentation d'accueil de jour, d'hébergements temporaires, par le développement de dispositifs d'aide aux aidants, par la diffusion de l'information sur les démarches à suivre pour les familles, par une plus grande coordination entre les dispositifs existants,

[123] SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

par la mise en œuvre d'un réseau Alzheimer (Haut-Rouergue, Roannais, Figeac, Combraille en Marche), et par la mise en œuvre d'un réseau des EHPAD à l'échelle Pays, afin de mutualiser les ressources humaines et permettre le maintien des médecins coordinateurs intervenant dans ces établissements (Combrailles, Jeune Loire et ses Rivières).

Développer des actions de prévention, ciblées par publics

Parmi les actions de prévention proposées dans les plans d'actions des Pays, on compte :

- La fédération des acteurs de la prévention, du sanitaire et du social (Source en Lozère) ;
- L'offre d'un appui technique aux montages de projets (Roannais), en promouvant le recrutement d'agents sanitaires et sociaux (Charolais Brionnais) ;
- Le relais avec les intercommunalités pour mettre en place des dispositifs auprès des jeunes et des adolescents (prévention sur les addictions, points écoute, lieux d'accueil et d'informations), en particulier sur les zones rurales les moins pourvues. L'objectif est aussi de développer une coordination multi-acteurs et favoriser l'intégration des dispositifs dans les projets de santé des regroupements de professionnels en cours (Jeune Loire et ses Rivières, Roannais, Nivernais Morvan) ;
- Le développement des dispositifs autour de la parentalité, sous forme de lieux d'accueil, de café-parents (Haut Languedoc-Vignobles, Roannais) ;
- Des actions pour prévenir la dépendance : encourager les ateliers de prévention sur les bons gestes et des activités favorisant l'autonomie, faire intervenir des ergothérapeutes, réduire l'isolement social, augmenter le temps d'intervention à domicile des professionnels de santé (Haut Languedoc et Vignobles, Charolais Brionnais, Combrailles en Marches).

Créer des supports d'information et de communication, et des outils de collectes de données et de veille

Face à une méconnaissance des services de santé présents sur les territoires et pour le suivi des actions engagées par le Pays et les Intercommunalités, des outils d'information doivent être mis en place à l'attention de la population, des élus et de l'ensemble des professionnels, par le biais du site internet et du journal local du Pays et des intercommunalités, par une lettre d'information dédiée à la santé ou encore par des plaquettes de présentation (Haut-Rouergue, Combrailles, Figeac). Sur le Pays des Combrailles, un intranet est envisagé afin de faciliter la communication entre les professionnels sanitaires et sociaux, et de construire réseaux et collaborations. Dans le but d'informer et de fédérer les acteurs locaux, des évènements thématiques sur la santé, relayés par des outils comme la visioconférence, sont proposés au Pays Source en Lozère. Afin de garantir un suivi de l'état de santé de la population et des besoins, en vue d'actions de promotion de la santé et de dispositifs de prévention adaptés, il est proposé au Pays de créer un observatoire des besoins en santé (Combrailles), de suivre la démographie dans les EHPAD (Nivernais Morvan), d'actualiser les données de démographie médicale réunies lors de l'étude pour chaque territoire (Vichy Auvergne), de renforcer la veille auprès des populations fragiles (Roannais).

Créer une structure transversale et une animation dédiée

Afin d'assurer le suivi du plan d'actions, la mise en œuvre et la coordination des actions transversales, certaines études favorisent la création d'une structure à l'échelle Pays, composée d'élus et de professionnels représentatifs de l'ensemble du territoire du Pays. Cette structuration est dénommée réseau (Combrailles), groupement de coopération sanitaire (Haute-Corrèze), ou encore groupement d'échanges sur la santé (Vichy-Auvergne). Des sous-groupes thématiques peuvent composer cette structure transversale (Charolais Brionnais). Le recrutement d'un animateur / coordinateur, qualifié dans le domaine de la santé, est fortement recommandé afin d'animer la structure transversale et, lorsqu'il n'y a pas de structure en tant que telle, mettre en œuvre et assurer le suivi du plan d'actions (Charolais Brionnais, Combrailles, Haute Corrèze, Vichy-Auvergne, Haut-Languedoc et Vignobles, Figeac).

Selon le travail de Pitard (2008), commandé et encadré par la fédération des réseaux de santé de Franche-Comté, l'échelle territoriale Pays présente les avantages les plus importants pour l'évolution des réseaux de santé thématiques et populationnels en mutations. En effet, la dimension idéale d'un réseau de santé prendrait la forme d'une plateforme santé à l'échelle du Pays, basée sur une approche transversale territoriale. Les avantages de l'échelle Pays sont en particulier de permettre l'obtention d'un financement du Conseil régional, dans un partenariat qui favoriserait plus de stabilité et une pérennité des réseaux. « Cette position est engagée car d'autres découpages existent (bassin de vie, territoire de santé) mais qui ne constituent pas un effet levier pour l'implication du Conseil régional » (Pitard, 2008). Cette proposition se prête bien à la Franche-Comté dans la mesure où la région est entièrement « recouverte » par des Pays, que le Conseil régional est volontaire pour agir en santé selon une vision élargie à la santé publique, et qu'il existe une ancienneté, un dynamisme des réseaux et une fédération des réseaux.

Si comme Pitard dans ces travaux en Franche-Comté (Pitard, 2008), nous pouvons avancer que l'échelle Pays présente de nombreux avantages pour constituer une échelle pertinente pour traiter de l'organisation et de l'accès aux services de soins, en particulier pour le premier recours et l'articulation avec le second recours, les hôpitaux et les établissements sociaux sanitaires, le Pays ne peut toutefois être la seule échelle d'intervention. La raison principale est l'inégal recouvrement des régions par ces territoires de projets et l'hétérogénéité des dynamiques qui s'y opèrent. De même, l'implication des Régions pour soutenir les initiatives santé des Pays n'est pas égale. De plus, l'Etat, par souci d'équité nationale ou de rationalité de gestion de ses services déconcentrés, souhaite développer le même mode opératoire d'une région à l'autre ainsi que les mêmes échelles territoriales d'intervention. L'autre élément qui peut constituer un frein à l'intervention à partir de l'échelle de territoire de projet, est l'absence de possibilité de créer de nouveaux territoires de projets dans la dernière réforme des collectivités de 2010. Ainsi les territoires qui ne possèdent pas de Pays aujourd'hui ont de très faibles chances de construire un territoire de projet, et donc d'agir en santé par ce biais.
Toutefois, nous pouvons affirmer que par souci d'efficacité et d'implication des différents acteurs (associations, collectivités…), les services de l'Etat peuvent choisir d'intervenir à l'échelle des territoires de projets, échelle qui favorise, nous l'avons vu, une approche large, transversale, participative et efficace dans la réponse aux objectifs fixés. C'est le cas déjà pour certains contrats locaux de santé, réalisés à l'échelle des Pays.

V. Les discours et postures des élus pour agir sur le maillage sanitaire

Une étude en sciences-politiques (Buton et Pierru, 2012) a mis en avant la faiblesse des positions politiques au niveau national et une réserve de la part des élus locaux,vis-à-vis du système de santé français et de ses enjeux. En effet, la succession des réformes qui a ponctué le système ces cinquante dernières années n'a pas subi l'influence de l'alternance politique, les gouvernements ne remettant pas ou peu en cause les réformes en cours ou précédentes. Selon le baromètre TNS-SOFRES de septembre 2010, les Français déclaraient que la santé et la qualité des soins faisaient partie de leurs principales priorités, au troisième rang, derrière le chômage ou l'emploi et le financement des retraites.
Si le sujet de la santé est sensible auprès de la population et source de préoccupations, les dernières élections présidentielles 2012 ont montré une fois de plus le faible débat politique et le petit nombre de propositions de changements. Cette position s'observe aussi au niveau des élus locaux.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette faible appétence. Sur la question de la décentralisation de la compétence santé, les élus, en particulier les élus régionaux, redoutent le coût que peut représenter ce secteur, notamment la gestion des établissements de santé. Ils craignent en effet un simple transfert de charges sans obtenir les ressources appropriées, ce qui les obligeraient à participer au comblement des déficits de ces établissements. « De plus, techniquement difficiles à gérer, les collectivités se sentent « mal outillées » (Truchet, 2006). Par ailleurs, les élus craignent qu'une gestion par collectivités contribue à accroître les inégalités sociales et territoriales de santé, ou bien augmente les différences de budget consacré à la santé en fonction de la richesse relative des Régions (Clavier, 2009).

Nous avons cherché à analyser la place que prennent les élus des collectivités territoriales dans le débat et l'action sur l'organisation de l'offre de soins. Quels rôles jouent-ils, quels discours tiennent-ils et quelles postures prennent-ils ? Pour répondre à ces différentes questions, nous avons fait le choix de recueillir et d'analyser les propos et les postures des élus locaux à travers notre position d'observateur participant, au cours de nombreuses réunions. Le rôle de chargée de mission–doctorant nous a en effet conduit à participer à des réunions organisées par les collectivités territoriales, en particulier dans le cadre de projets de maisons ou de pôles de santé (Le Donjon, Saint Pourçain, Pionsat, Gouzon, Bourg-Lastic,) ou d'études santé à l'échelle des Pays (Pays Vichy-Auvergne, Pays des Combrailles, Pays Jeune Loire et ses rivières, Pays d'Aurillac, Pays de Saint-Flour, Pays des Sources en Lozère, Vallée de la Dore). En appui au Conseil régional d'Auvergne, nous avons organisé des entretiens individuels avec des élus pour des projets de regroupements (Maire d'Ainay-le-Château). De plus, nous avons participé à des conférences, des colloques, des table-rondes et des journées de formations où les élus locaux ont pris la parole (Colloque national sur l'organisation des soins à Arras, Congrès des hôpitaux locaux à Alise Sainte Reyne, Colloque CNFPT à Nancy en 2010, Formation ETD, Formation ARDTA, Projet en campagne à Limoges en 2009, commission permanente Massif central). Nous avons également complété ces matériaux avec divers éléments bibliographiques : des articles de journaux (*La Montagne*), des articles de revue scientifique (Michel Autès, Patricia

Loncle), des programmes politiques, des contrats de Pays. Nous nous sommes également appuyés sur les entretiens individuels que nous avons menés lors de l'enquête sur la vingtaine de maisons de santé et deux réseaux de santé du Massif central (élus communautaires sur la Montagne Limousine et le Nord Aveyron, Beynat dans le Limousin). Nous n'avons pas proposé de questionnaires à l'intention des élus locaux. Ce travail a été amorcé auprès des communautés de communes du Massif central en 2008 (Schindler, 2009). Toutefois, une démarche d'entretiens individuels pourrait être réalisée sur un ensemble d'élus locaux à différentes échelles territoriales, ceci de manière complémentaire à plusieurs enquêtes déjà établies sur ce thème (Enquête du Pays Charolais Brionnais).

Les éléments qui ont guidé notre observation et notre analyse portent sur les profils des élus locaux à savoir comment s'engagent-ils dans le maillage sanitaire, quelles sont leurs motivations, quels discours tiennent-ils, quelles sont leurs contributions par rapport aux problématiques de l'organisation de l'offre de soin, quels sont leurs ressentis mais aussi leurs vécus ? Nous avons conscience que notre démarche ne peut être exhaustive, ni représentative de l'ensemble des élus du Massif central. A partir des dires et ressentis des élus, nous avons tenté d'éviter les altérations des cas observés lors des débats, en recoupant avec d'autres sources d'informations pour illustrer l'analyse. Nous restons volontairement peu précis sur les lieux et projets mobilisés pour nous concentrer sur les situations des élus locaux.

A. Les raisons qui poussent les élus à agir

La plupart des élus locaux émettent de fortes réserves sur leur rôle et leur implication dans le domaine. Même si de nombreux élus locaux du Massif central, interpellés par les professionnels et les habitants, s'engagent dans des actions en santé, les postures sont davantage réactives que proactives, et les solutions élaborées émergent majoritairement dans un contexte de crise et d'urgence.
Les collectivités locales, et plus spécifiquement les élus, sont interpellés pour réagir à des situations jugées souvent critiques et prioritaires, à la fois par la population, ou par un professionnel de santé, bien souvent le médecin qui part en retraite, par l'institution sanitaire parfois, ou encore par des associations. Parfois, la volonté d'agir pour le maillage sanitaire émane du propre constat de l'élu sur la situation de l'offre de soins. Ainsi, une part importante des élus explique la prise d'initiative en raison d'un manque de médecins ressenti sur leur territoire, le départ d'un ou plusieurs médecins généralistes, par les problèmes d'offre à anticiper, liés à la présence d'une population vieillissante demandant plus de soins, ou bien encore par souci de maintenir les services de santé comme facteur d'attractivité de leur territoire.

Une partie des élus locaux que nous avons pu entendre au cours des réunions publiques et des entretiens, exprime de la colère face à une situation pour laquelle ils se sentent peu armés. Cette colère est dirigée principalement contre l'Etat et le système de *numerus clausus* qui a, pendant une période, limité le nombre de médecins formés, conséquence selon eux des manques de professionnels aujourd'hui qui se ressentent sur leurs territoires. Face au départ et au non-renouvellement de professionnels, ils expriment leur résignation et un sentiment d'obligation à agir, pour palier le manque de l'Etat et l'absence de solutions proposées.
Certains élus se braquent sur le fait que la santé ne relève pas de leur compétence, et peinent à avancer des propositions. On note de nombreux discours sombres sur l'avenir de l'offre de

soins de la part de professionnels de santé d'un certain âge, et en particulier des médecins, qui rendent également les élus pessimistes. L'absence d'initiatives de professionnels et le constat d'une situation qui semble bloquée, entraînent également une forme d'immobilisme.

Les institutions sanitaires ont demandé aux collectivités territoriales de désigner leurs représentants afin de participer à la concertation en santé publique et pour l'offre de soins, au sein des instances telles que le GRSP[124], la CRS[125] ou encore dans le conseil régional de l'ONDPS[126]. L'objectif est alors de faire entendre la voix des collectivités dans le débat. En s'impliquant, les représentants des collectivités se forgent un avis et un jugement critique qui les rendent plus aptes à intervenir par la suite, malgré l'absence de compétences bien définies.
Pour certains territoires, les élus sont aussi des professionnels de santé. Directement concernés par les problèmes de démographie médicale que rencontrent leurs territoires, ces élus pourraient être réactifs et intervenir plus aisément en raison de leur connaissance du milieu. Toutefois, dans les territoires ruraux observés, il semble que les élus professionnels de santé ne soient pas toujours les plus moteurs dans le débat et les actions en la matière, pour des raisons qu'il faudra étudier.

B. L'action en santé ne fait pas l'unanimité chez les élus locaux : les raisons de l'absence d'implication de certains

Lors de décisions en conseil municipal ou communautaire, un certain nombre d'élus explique ne pas voir l'intérêt ou bien dénonce une injustice dans le fait d'agir et d'investir des fonds publics pour des professionnels de santé libéraux, et en particulier pour les médecins. En effet, dans certains territoires, le médecin est parfois la personne « qui gagne le mieux sa vie » sur la commune. L'utilisation des deniers publics en faveur de ces personnes interpellent ou dérangent. Par ailleurs, un sentiment d'injustice est présent chez des élus qui voient un traitement inégalitaire entre une profession libérale telle que médecin et garagiste ou le petit commerce de proximité par exemple qui n'a pu bénéficier d'aides publiques de la commune ou de l'intercommunalité pour empêcher la cessation de son activité. Cela renvoie aux représentations et aux perceptions des acteurs locaux du médecin ou des professionnels de santé libéraux qui gagnent bien leur vie, voire très bien, qui ont toujours géré leurs installations et leurs clientèles en privé et qui en conséquence pourraient continuer à payer leurs locaux et leurs logements. Ces remarques d'élus ont pu être entendu par exemple au sein de la communauté de communes de l'Argence, dans le Nord Aveyron, lors de la concertation pour le projet de maisons de santé en réseau (Saint Amans-des-Côts, Sainte Geneviève sur Argence et Laguiole).

C. Sur quoi agissent les collectivités locales?

Les élus des collectivités locales agissent principalement sur l'offre de soins de premier recours, levier sur lequel ils ont l'impression de pouvoir agir. Lorsque la commune compte la présence d'un hôpital local ou d'un centre hospitalier sur son territoire, il arrive que le maire préside ou

[124] GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
[125] CRS : Conférence Régionale de Santé
[126] ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

fasse partie du conseil d'administration de l'établissement, ce qui lui permet de connaître et d'être impliqué dans sa gestion. Mais le plus souvent, s'il n'y a pas d'hôpitaux sur leur territoire, les élus ne possèdent pas de contact avec le ou les établissements de référence. De plus, le monde hospitalier représente une structure très complexe où la plupart des élus ont le sentiment de n'avoir ni leur place dans l'organisation, ni les outils et les moyens financiers pour agir. Certaines collectivités interviennent toutefois dans l'équipement des établissements de santé. En effet, certains Conseils régionaux, mairies de grandes villes et Intercommunalités participent à l'achat de matériel technique lourd pour les hôpitaux, tel que des IRM, scanners ou machines médicales innovantes. Les manifestes tels que le « livre blanc de l'hôpital » écrit par l'association des petites villes de France, ou les débats de l'association des maires ruraux, traduisent une volonté de certains élus de faire entendre la voix et les positions des collectivités en matière d'offre hospitalière. Les prises de positions pour le maintien d'un service hospitalier sont souvent visibles médiatiquement pour obtenir une plus grande portée, mais ne signifient pas que l'engagement des élus est plus important. Parmi des exemples d'engagements d'élus locaux pour les centres hospitaliers, nous pouvons évoquer sur le Massif central le cas de la maternité de Saint-Affrique, d'Ambert ou de Figeac, ou encore la radiologie de Guéret.

Dans les territoires ruraux enquêtés, les élus ont tendance à se concentrer principalement sur la présence de professionnels de santé pour garantir l'accès aux soins. Il semble plus difficile d'élargir le champ d'intervention des élus à la santé plus globalement, comme on peut le voir en milieu urbain avec les ateliers santé ville sur des thématiques de santé publique. Les élus craignent de devoir agir sur les conditions de vie de la population et donc sur leur état de santé, ce qui implique d'autres compétences, une plus grande complexité d'analyse et de gestion, et des moyens humains et financiers peu présents à leur échelle.

D. La nécessité d'une vision et d'une action élargies

L'objectif que se fixe la majorité des élus locaux lorsqu'ils sont confrontés aux départs de leurs professionnels (départ en retraite ou déficience de l'offre qui a conduit à l'épuisement des professionnels) (De Haas, 2013)) est d'assurer le renouvellement, le plus souvent du médecin de leur commune. Pour cela, les élus font appel de plus en plus à des prestataires chargés de trouver un médecin, ou bien lancent leur propre prospection en publiant un « avis de recherche » sur différents supports de communication. Par dépit, certains même médiatisent leur recherche, parfois par des appels originaux (banderole, émission radio, article dans la presse locale, marche…) le plus souvent à la suite de premières recherches infructueuses (figure 56).

D'autres se font une idée bien arrêtée des problèmes qui se posent sur leur territoire en matière d'organisation des soins. Ils se concentrent sur le problème posé, ce qui entraîne bien souvent une vision trop réductrice et limite les solutions à apporter. Le risque alors est d'élaborer une stratégie et de mettre en œuvre des solutions inopérantes ou peu durables. Une part importante des élus souhaite absolument conserver une présence médicale sur leur commune. Les arguments que l'on peut entendre sont bien souvent qu'il y a toujours eu un médecin dans le village et que la population y est habituée et en a besoin.

Figure 56. Banderole à la Mairie de Sainte-Feyre

« Depuis des mois, la banderole orne la mairie de Sainte-Feyre », commune à côté de Guéret dans le département de la Creuse (Source : article *lamontagne.fr* du 03/05/12).

De multiples initiatives des collectivités traduisent une certaine absence de vision globale et à long terme. On a pu observer sur le Massif central des situations de financement d'une maison de santé sans savoir quels professionnels y travailleraient. Les élus souhaitent construire la maison et trouver dans un second temps les professionnels qui pourront y exercer, considérant que la maison de santé est un outil pour favoriser l'installation. Derrière ces situations, on peut voir une volonté louable des élus qui entreprennent et cherchent des solutions. Certains dépenseront sans compter pour maintenir ou attirer les professionnels de santé. « Nous sommes prêts à perdre de l'argent dans ce projet de maison de santé. Cela ne nous fait rien de faire des actions à perte. Les cinq commerces que nous avons réhabilités et dont nous payons les loyers, on est tous à perte. Mais il y a un enjeu. C'est la vie de notre commune qui est en jeu » affirme le maire d'une commune de Haute-Loire, également conseiller général. Il est vrai que sa commune a vu sa population augmenter de 1100 habitants en vingt ans, soit plus de 26%.
Toutefois, le souci d'une bonne utilisation de l'argent public doit conduire à réfléchir à la pertinence et l'efficacité des projets. Ces situations ont porté quelques fois le discrédit des collectivités au regard de certains services déconcentrés de l'Etat. Nous avons pu entendre lors d'échanges avec des personnes des Agences régionales de santé, des appréhensions voire du ressentis envers les élus locaux, qui « ne connaissent rien à la santé, ont tendance à faire n'importe quoi, ils ont des démarches électoralistes, contre-productives pour l'organisation des soins… »

Comme l'explique le Dr Haas, président de la fédération des maisons de santé, les modifications qui sont en train de s'opérer dans le maillage et l'organisation des soins de proximité rendent le seul objectif de remplacement d'un professionnel peu pertinent. L'objectif à se fixer, ou la question à résoudre, est davantage de chercher à *« assurer aux habitants un accès à des soins de proximité dans des conditions de continuité et de qualité »* (De Haas, 2013). Ainsi, ce n'est pas tant de se préoccuper de « combler » la chaise du cabinet médical qui sera vacante, que de réfléchir à la population, à ses besoins et à ses comportements vis-à-vis de l'offre de soins. Pour cela, le champ de réflexion est élargi à l'ensemble des professionnels de santé et services sanitaires voire médico-sociaux. Cette nécessité d'élargir le champ de vision

peut désemparer plus d'un élu. De plus, pour construire un projet pertinent et durable, l'implication et la co-construction avec les acteurs de santé sont fondamentales. Pourtant le monde des professionnels de santé et celui des élus ne se connaissent pas ou très peu. Ils possèdent chacun très peu d'habitudes de travail ensemble.

E. L'action des collectivités passe par l'implication de leurs élus

Le niveau de compréhension que se donne l'élu en matière de santé sera déterminant dans la mise en œuvre d'action locale en santé publique. Sa disponibilité pour comprendre et s'emparer du sujet influera, de même que son parcours de vie personnelle et professionnel l'amènera à avoir une analyse plus ou moins fine de la situation et des actions possibles en santé. Les élus doivent faire un effort de compréhension du fonctionnement et des intérêts des professionnels mais aussi de la population, ce qu'ils ne sont pas toujours en mesure de faire. Des travaux sociologiques et de sciences politiques ont permis de montrer l'impact du vécu de l'élu et de son expérience en matière de santé, sur son niveau d'implication sur des actions à mener à son échelle territoriale, que ce soit la région, le département, la communautés de communes ou communes (Clavier, 2009 ; Monneraud, 2009, 2013). Cela signifie également que l'élu déjà attaché aux questions d'offre de soins et de santé doit contribuer à sensibiliser la population.
L'absence d'implication des élus locaux peut compromettre l'émergence de projets, et ce malgré la volonté et la motivation des professionnels de santé.
Cette implication des élus n'est pas figée dans le temps. Elle évolue en général au fur et à mesure que les acteurs communiquent et partagent leurs points de vue. L'exemple que nous avons pu observer sur un des Pays du Massif l'illustre bien. Jusqu'en 2011, la Région Auvergne sollicitait une étude aux Pays lorsqu'un ou plusieurs projets de maisons de santé émergeaient sur leur territoire et qu'ils formulaient une demande de subvention au Conseil régional. L'objectif de la Région était d'avoir une réflexion à un niveau supérieur de la commune et de la communauté de communes, afin d'évaluer la pertinence des projets et des priorités à fixer. Dans ce contexte, plusieurs Pays de la région ont réalisé des études, avec l'aide d'un prestataire extérieur, financées en partie par le Conseil régional.

Ainsi, les représentants de l'ensemble des communautés de communes d'un des Pays d'Auvergne s'étaient réunis afin de sélectionner le prestataire pour la réalisation de l'étude. La réunion était présidée par un élu à la fois maire d'une petite ville et médecin qui faisait partie d'un projet de maison de santé. Son rôle était de porter l'étude en tant qu'élu, de susciter de l'intérêt et de l'enthousiasme et de fédérer l'ensemble des élus sur cette thématique. Toutefois, pour cette première approche, l'attitude des élus, surtout du président, fut assez déconcertante. Pour pouvoir faire leur choix, très peu de questions ont été posées sur les prestataires retenus par la chargée de mission du Pays. Parmi les remarques du Président, on a pu entendre : « *Cette étude est juste pour un diagnostic statistique. C'est la Région qui demande une étude pour pouvoir avoir le financement des maisons de santé. Mais c'est l'ARS qui est compétente. Les médecins s'en fichent complètement et ne viendront pas aux réunions* ». Devant ces propos, on pouvait douter de l'utilité de dépenser près de 30 000 euros pour l'étude. Toutefois, lors des réunions et des ateliers qui ont suivi, le Président s'est approprié différemment la problématique

et a fini par exprimer un intérêt réel pour la réflexion et la concertation à l'échelle Pays. Il est devenu le porte-parole de l'étude et de la démarche santé du Pays.

F. Un rôle de modérateur de conflits pas toujours facile à tenir

L'élu doit très souvent associer plusieurs éléments, parfois contradictoires lors de l'élaboration d'un projet en faveur du maintien de l'offre de soin. Il a pour mission parfois de gérer les conflits qui s'opèrent entre les professionnels de santé. Il doit concilier les partis pris et les oppositions entre les différents professionnels et entre les corps de métier. Dans plusieurs situations sur le Massif central, nous avons pris connaissance de situations critiques, d'affrontements entre médecins et pharmaciens, de tensions entre médecins ou bien de tensions entre médecins et infirmiers…

Les élus sont également amenés à gérer les rivalités entre collectivités, par exemple entre communes de capacité quasi équivalente et proches géographiquement. Ces communes, pour lesquelles les services et leur organisation devraient être pensés en synergie, de manière concertée, surtout dans une situation de pénurie de l'offre de soins, ne réussissent pas à s'entendre et à élaborer des projets communs en raison de divergences de bords ou de stratégies politiques ou encore de contentieux parfois « historiques ». Des situations de mise en concurrence s'exacerbent, nuisant à l'élaboration de projets cohérents entre les professionnels par manque de soutien et de concertation des élus.
On a pu voir par exemple au moment de l'étude à l'échelle du Pays Jeune Loire et ses rivières, à l'est de la Haute-Loire, l'initiative d'une maison de santé à Saint-Pal-de-Mons (2 090 hab. en 2009), sans concertation ni projet de réseau avec Sainte-Sigolène (5 900 hab. en 2010) et Monistrol (8 700 hab. en 2010), deux communes situées à 5 et 10 kilomètres, appartenant toutes trois à la même communauté de communes et Saint-Pal partageant la même zone de santé de proximité avec Sainte-Sigolène. De son côté, Monistrol a organisé un projet à l'échelle communale, de même que la commune de Sainte Sigolène. Le projet de Sainte Sigolène est porté par un conseiller général. La nécessité d'un dialogue et d'une coopération intercommunale semblait s'imposer pour la pertinence et la cohérence de l'offre de soins, mais demandait aux élus locaux d'accepter de se concerter. Ainsi, les élus, en particulier quand la coopération intercommunale est récente et peu installée et que les initiatives communales prennent le dessus, doivent gérer les conflits politiques qui émergent de prises de position pour l'organisation des soins.

Par ailleurs, dans certains contextes intercommunaux, les élus locaux doivent veiller à une certaine « justice » spatiale dans la répartition des services d'une commune à l'autre. Ces questions de répartition et de localisation de l'offre de soins exacerbent parfois des conflits liés aux intérêts divergents de l'intercommunalité. On peut entendre que des élus reprochent à une commune son hégémonie et sa volonté de concentrer les services au détriment d'autres communes autour. Les élus doivent également parfois user de temps et de pédagogie auprès de la population pour expliquer la pertinence de la localisation d'un service sur une commune plutôt qu'une autre.

Les constats, les analyses, et les propositions d'élus traduisent une évidente interconnexion entre l'aménagement du territoire et la santé. Cependant une méconnaissance des préoccupations entre les différents acteurs et des manières de travailler de chacun peuvent exister. Par ailleurs, le domaine de la santé est un domaine transversal à d'autres domaines et d'autres compétences (développement économique, transport et mobilité, environnement, éducation, accompagnement social…). Décloisonner les approches, les budgets et les actions pourrait permettre d'agir plus efficacement, et de façon moins coûteuse, comme par exemple autour des actions de prévention et d'activités pédagogiques sur l'alimentation ou le sommeil en milieu scolaire et extrascolaire, auprès des personnes âgées ou des étudiants. En effet, on retrouve parfois sur les territoires des situations de tensions entre acteurs liées au cloisonnement, à la sectorisation des diagnostics, des programmes et des actions. Le manque de communication et de coordination entre les services de l'Etat, des collectivités ou des associations provoquent parfois des conflits d'intérêt pour obtenir les fonds nécessaires, des redondances dans les actions à mener en santé ou empêchent l'émergence de celle-ci. D'autre part, le développement des relations entre les acteurs des collectivités et celui du monde de la santé constitue une nouveauté et un enrichissement pour chacun, par exemple pour orienter des initiatives d'urbanisme ou d'assainissement, ou autour de manifestations sportives ou culturelles locales source de riches partenariats possibles. Afin de répondre à la nécessité d'agir globalement auprès de l'ensemble des professionnels de santé, des services sanitaires voire médico-sociaux, il faut un accompagnement des collectivités qui passe notamment par la formation et l'ingénierie de projet. Par ailleurs, une prise de conscience et une démarche proactive des élus vers ces questions semblent importantes. La diffusion des multiples expériences peut également contribuer à favoriser l'émergence de projets cohérents dans la durée, afin de « banaliser » et de reconnaître le rôle des collectivités locales en santé (Dr de Haas).

Conclusion

Les collectivités territoriales jouent incontestablement un rôle dans les changements qui s'opèrent dans l'organisation des soins. Comme le plébiscitent certains représentants de collectivités, elles ont peut-être une place plus grande à prendre, à l'exemple des ateliers santé-ville. Les discours, les postures, les dispositifs et les actions des élus des collectivités traduisent leur implication en matière d'organisation des soins et plus globalement dans le domaine de la santé. Cette implication est donc différenciée entre les différents types de collectivités et d'une collectivité à une autre.

Ainsi, au côté de leurs actions spécifiques de santé publique (vaccination, prévention du cancer du sein, lutte contre la tuberculose), les départements ont développé principalement des mesures incitatives en direction des étudiants et des professionnels, en coordination plus ou moins forte avec les autres collectivités financeurs de dispositifs similaires. Les Régions sont engagées de manière croissante depuis 2006, mais avec parcimonie, tout comme les départements. La plupart des Régions justifie leurs interventions au nom de leurs compétences régionales en matière d'aménagement du territoire et de la formation sanitaire et sociale. Certaines mettent en avant d'autres compétences, dans le domaine de la politique de la ville, des technologies de l'information et de la communication (TIC), des jeunes et de la recherche, selon une vision

transversale de la santé. Les dispositifs mis en œuvre par l'ensemble des Régions sont diversifiés. Les mesures les plus courantes sont le soutien aux professionnels de santé (stages, installations, regroupements), la prévention (actions envers les jeunes, études en santé publique), la prise en charge des personnes âgées (équipements et innovations liés aux maladies dégénératives), ou encore les usages en télémédecine.

Si de plus en plus d'élus locaux du Massif central, interpellés par les professionnels et les habitants, s'engagent dans des actions en santé, les postures sont davantage réactives que proactives, et les solutions élaborées émergent majoritairement dans un contexte de crise et d'urgence. L'action en santé ne fait pas l'unanimité chez les élus locaux. Certains éprouvent de la colère face à une situation face à laquelle ils se sentent peu armés, et regrettent les faibles propositions de l'Etat pour améliorer la situation. Une majorité entreprend des initiatives par sentiment d'obligation, lié à des responsabilités que l'on assigne couramment à l'élu local. Ils agissent principalement sur l'offre de soins de premier recours, levier sur lequel ils ont l'impression de pouvoir agir, à la différence des structures hospitalières, perçues comme plus complexes, et où leur place semble moins légitime (sauf peut-être lorsqu'ils président le conseil d'administration). Dans les territoires ruraux, les élus développent plus difficilement leur champ d'intervention aux thématiques de santé publique comme on peut le voir en milieu urbain avec les ateliers santé-ville. La nécessité d'une vision et d'une action élargies à la seule volonté de faire venir un professionnel ou de construire une maison de santé est de plus en plus entrevue. Or, le monde des professionnels de santé et celui des élus ne se connaissent pas ou très peu. Ils possèdent peu d'habitudes de travail en commun. Les actions des collectivités passent par l'implication de leurs élus, en particulier par leur capacité à se rendre disponible aux problématiques territoriales de santé, à leur empathie face aux différents acteurs, à leur ouverture sur le système de santé plus globalement. En situation d'élaboration de projet, les élus locaux initient et organisent la concertation et la co-construction de projets. Ils tiennent un rôle de modérateur de conflits pas toujours facile à assumer. L'implication des élus et leur capacité à s'approprier les problématiques sanitaires sont déterminantes. Un travail complémentaire pourrait être réalisé, à partir du parcours des élus, sur le cheminement de l'ensemble des acteurs vers l'action, afin d'identifier plus précisément les mécanismes de « l'agir sanitaire » chez les élus ruraux.

Aux différents niveaux de leur implication, les élus comme les autres acteurs qui participent aux projets, ont besoin d'être accompagnés dans des modalités nouvelles de collaboration, qui passent par la formation et l'ingénierie de projet. Les démarches à l'initiative des Pays concourent à cette concertation multi-acteurs avec l'appui d'outils innovants, et favorisent une co-construction des stratégies et des actions. Toutefois, ces démarches n'existent pas partout, elles sont limitées dans le temps et n'obtiennent pas toujours le soutien nécessaire pour pérenniser la dynamique enclenchée.

Chapitre 6

Gouvernance entre acteurs des territoires (Etat - Collectivités)

Introduction

Plusieurs logiques de régulation du système, différentes selon les groupes d'acteurs, se côtoient à l'intérieur du système de santé. Ainsi, selon l'analyse d'A.-P. Contandriopoulos (2008), le monde des soins (médecins, infirmiers…) valorise la dimension professionnelle et parle de « patients » et de « malades », tandis que les gestionnaires (fonctionnaires, payeurs…), dans une logique technocratique de planification, parlent « d'assurés », « d'usagers » ou de « bénéficiaires ». Le monde marchand quant à lui (sociétés pharmaceutiques, assureurs…) met en avant la logique de marché en direction des « consommateurs » ou « clients », et le monde politique défend l'importance de la logique démocratique en se référant aux « citoyens », aux « contribuables » ou au « public » en général (Contandriopoulos, 2008). Par conséquent, au sein du système de santé se constituent des espaces de décisions parfois en tension et où s'expriment l'une ou l'autre des logiques. L'institution publique a pour mission de définir les rôles de chacun et de faire partager entre groupes d'acteurs leurs différentes valeurs et représentations, tel un chef d'orchestre. Elle oriente par ailleurs certaines pratiques plutôt que d'autres et établit un cadre plus ou moins serré, avec différentes formes de régulation.

L'action territorialisée est aujourd'hui considérée comme une condition d'efficacité des politiques de santé publique parce qu'elle permet entre autres leurs adaptations aux problèmes locaux[127]. C'est pourquoi, le gouvernement, à travers la gouvernance mise en place avec les ARS, exprime la volonté de se rapprocher de l'échelle locale, de produire des diagnostics et des solutions locales, en impliquant notamment les collectivités territoriales. Les ARS souhaitent également associer les élus à la fois en amont, lors du processus d'analyse et de décision (représentants dans les conférences territoriales, et dans le conseil de surveillance) et dans la mise en œuvre des solutions (aides financières et contractualisation avec les contrats locaux de santé). Ainsi, la loi HPST, rappelant le rôle central de l'Etat comme garant de la santé publique, ne remet pas en cause la répartition des compétences entre collectivités, et entre Etat et collectivités[128]. Une concertation avec les collectivités existait déjà avant 2009, mais la loi a entraîné une redéfinition des jeux d'acteurs, en formalisant la concertation, la coordination et la

[127] Argument que l'on retrouve dans le discours des acteurs des politiques territoriales de santé publique.
[128] Propos du conseil de modernisation des politiques publiques en 2008.

contractualisation (nombre de sièges par collège, conférences par territoires de santé, commissions thématiques spécialisant les élus membres, souci de la représentativité politique…). De plus, comme nous l'avons vu précédemment, si l'Etat est compétent en santé et mobilise les élus locaux, les collectivités interviennent de plus en plus de leur propre initiative en réaction aux manques de moyens de l'Etat.

Si l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'actions, issus des schémas (ambulatoire, hospitalier, médico-social et prévention), sont pilotées par les Agences régionales de santé, elles font appel à un ensemble varié d'acteurs locaux (associations, regroupements de libéraux, établissements de soins, établissements scolaires ou encore collectivités locales). Ces acteurs sont mobilisés par les ARS en partie par appels à projets. Par conséquent, il est important de rappeler que si le projet régional de santé est une politique obligatoire de l'Etat, sa réalisation concrète est déterminée par la disposition des acteurs d'un territoire à se mobiliser (Clavier, 2009). Ainsi, les modalités d'action varient d'un territoire à l'autre, selon des jeux d'acteurs qui leurs sont propres, au-delà des simples dispositifs, et plus particulièrement en fonction des problèmes d'offre de soins présents sur le territoire. C'est pourquoi il est intéressant d'observer et de comprendre les enjeux qui relient l'articulation des dispositifs et des actions des uns et des autres. Notre objectif dans le chapitre un et deux a été de caractériser le rôle, les postures, les manières de penser et d'agir des acteurs, que sont l'Etat et les collectivités territoriales. Dans ce chapitre, nous avons observé et analysé les jeux d'acteurs, les tensions, les conflits mais aussi les complémentarités.

I. L'entremêlement de territoires administratifs et sanitaires : une source de complexité

Les diverses politiques sectorielles produisent des territoires qui s'inbriquent entre eux. Le secteur de la santé n'échappe pas à ce processus. Dans le cadre de l'élaboration d'actions de prévention ou de l'organisation des services de santé, la logique territoriale propre à la santé (bassins de patients aux professionnels de santé, flux de patients aux services hospitaliers) mise en œuvre par les institutions sanitaires, doit s'articuler entre autres avec les territoires administratifs des collectivités territoriales qui participent à ces projets. Afin d'illustrer la complexité actuelle pour agir sur l'organisation des soins, en particulier par rapport à l'entrée territoriale, entre les territoires des institutions sanitaires et les territoires administratifs de la gouvernance locale, nous avons pris un exemple sur le Massif central : celui du Pays « Jeune Loire et ses Rivières ». Le Pays se situe à l'est du département de la Haute-Loire, dans la région Auvergne, limitrophe notamment du sud du département de la Loire, en région Rhône-Alpes (Figure 57). La Haute-Loire est un département de montagne, parmi les plus hauts pour son altitude moyenne supérieure à 800 m. Ce département est essentiellement rural, avec un actif sur sept qui est agriculteur[129]. Il connaît un développement contrasté, avec une dynamique démographique forte à l'est, correspondant au territoire du Pays « Jeune Loire et ses Rivières », sous l'influence de l'agglomération stéphanoise située dans le département limitrophe de la

[129] Source : préfecture de Haute-Loire, http://www.haute-loire.pref.gouv.fr/

Loire. Le territoire du pays comprend l'axe Yssingeaux/Saint-Etienne, et compte de part et d'autre de cette route nationale, des territoires plus reculés et moins attractifs.

Figure 57. Pays Jeune Loire et ses rivières dans le Massif central et en France

Réalisation : A.Hamiti, 2011.

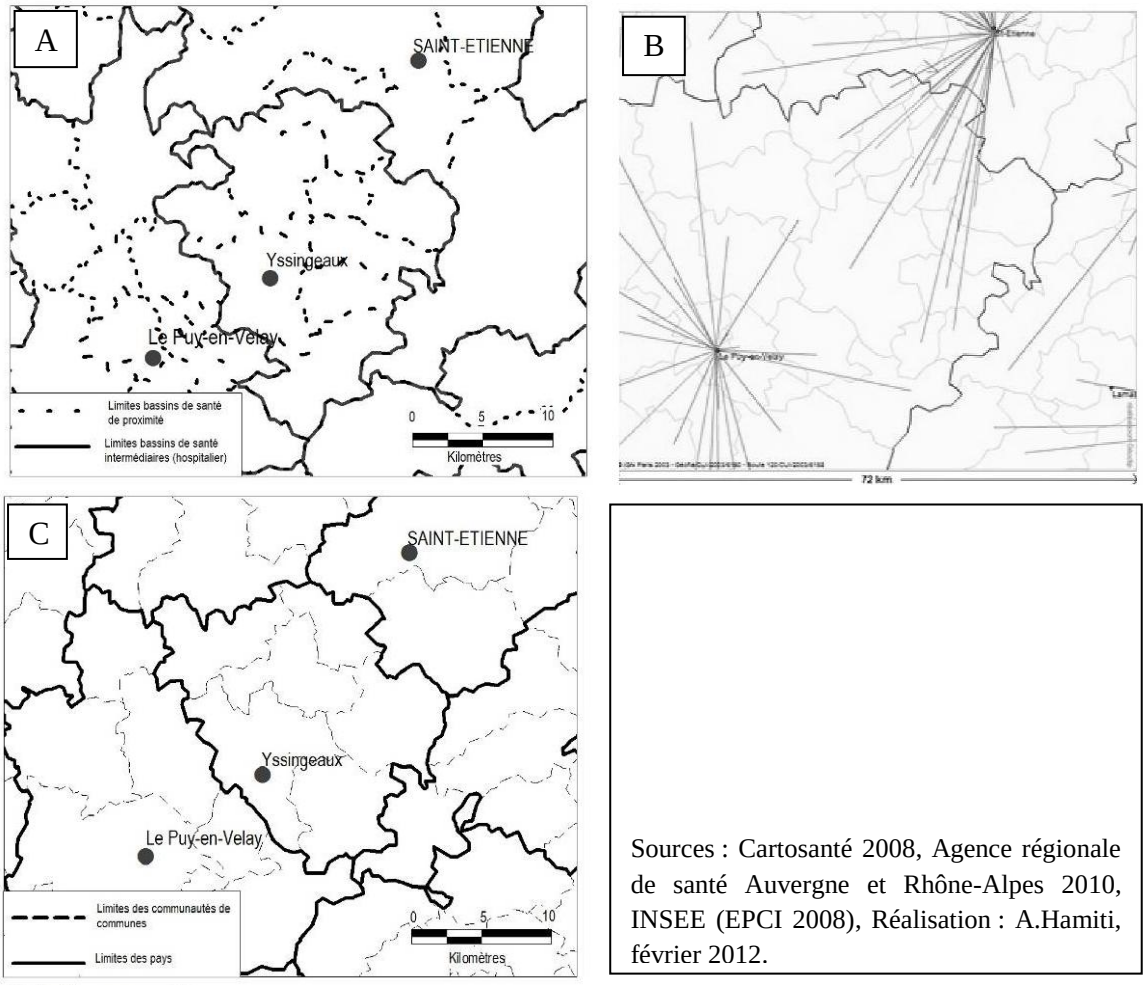
Commandée par le Pays, une étude[130] a été menée concernant l'organisation des soins à l'échelle de ce territoire de projet, suite à des incertitudes au niveau de l'accès aux soins primaires et de spécialistes, et en raison de l'émergence de plusieurs projets de maisons de santé. Dans le cadre de cette étude, les différents découpages territoriaux ont été pris en compte. Le bassin hospitalier, territoire défini par l'Agence régionale de santé (figure 58A) est proche du territoire du Pays (figure 58C). Ce Pays est le territoire de contractualisation avec la Région[131]. Il est également le territoire de l'étude sur l'organisation des soins engagée par les collectivités territoriales. On constate que le découpage du bassin hospitalier ne tient pas compte des flux de patients vers le centre hospitalier de Saint-Etienne (figure 58B), qui se trouve dans la région contiguë. Les hospitalisations de patients du Pays se font pourtant à plus de 80% dans l'agglomération stéphanoise. Les Agences régionales de santé ont choisi de ne pas prendre en compte les flux hospitaliers hors de leur région pour déterminer leurs bassins hospitaliers. Ainsi, on constate une absence de concertation entre les régions et donc entre les Agences régionales de santé, pour prendre en compte les flux réels de patients vers les hôpitaux et définir par conséquent des bassins hospitaliers interrégionaux lorsque cela est pertinent. L'échelle régionale pour la politique de santé s'est renforcée avec la loi HPST de 2009 et la création des Agences régionales de santé, tout en instituant un cloisonnement entre elles. De la même manière pour les bassins de santé de proximité (figure 58A), définis par l'ARS selon les

[130] Etude sur l'organisation de l'offre de soins à l'échelle du Pays Jeune Loire et ses Rivières, novembre 2011, Cabinet Guérard Conseil.

[131] Une contractualisation entre le conseil régional et les communautés de communes, pour la mise en œuvre notamment des politiques en matière d'aménagement du territoire.

flux de patients aux médecins généralistes, on constate un cloisonnement qui suit les contours régionaux. Par ailleurs, on observe que ceux-ci sont différents des découpages des communautés de communes (figure 58C) mises en avant dans le portage des projets de maisons de santé. Ces mêmes configurations subissent avec la réforme de 2010 des évolutions, ce qui entraîne des jeux politiques d'alliance de communes, contrairement aux bassins de santé de proximité qui prennent en compte les usages de la population par rapport aux médecins généralistes.

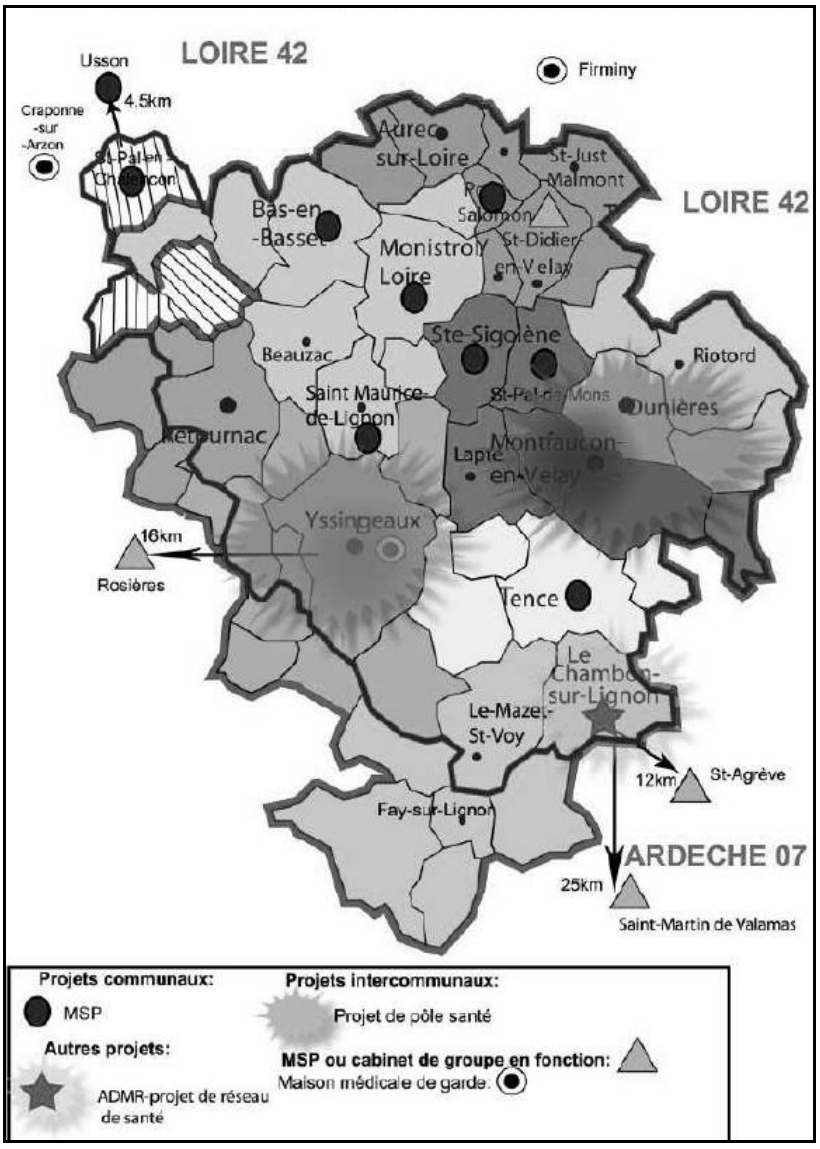
Figure 58. Les « territoires » de l'Yssingelais : Les bassins de santé (A), les flux dominants de patients vers les centres hospitaliers (B), intercommunalité (C)



Sources : Cartosanté 2008, Agence régionale de santé Auvergne et Rhône-Alpes 2010, INSEE (EPCI 2008), Réalisation : A.Hamiti, février 2012.

Sur la carte présentée en Figure 59, réalisée par le cabinet d'étude Guérard conseil, dans le cadre de l'étude santé du Pays « Jeune Loire et ses Rivières », on retrouve de manière synthétique les projets en cours en matière d'organisation des professionnels de santé. Les principaux résultats de l'étude ont montré une multiplicité et une diversité de projets de regroupements de professionnels et de construction de maisons médicales (les points représentent les maisons de santé pluri-professionnelles en projet et les triangles localisent les maisons en fonction). L'étoile renvoie à un projet de réseau de santé de proximité et les pôles de santé en projet sont figurés par des tâches éclatées (ce mode de représentation a pour objectif de mettre en coordination plusieurs sites de soins).

Figure 59. Carte des projets d'organisation des soins en cours et des réalisations



Source: Cabinet Guérard Conseil, 2010.

L'étude a révélé un manque de concertation et de coordination pour plusieurs de ces initiatives. L'illustration cartographique rend plus visible la multiplicité des projets. Ces initiatives sont parfois situées sur deux communes voisines qui appartiennent au même bassin de santé de proximité. Par exemple, les projets de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) de Bas-en-Basset et Monistrol-sur-Loire, ou de Sainte-Sigolène et Saint Pal-de-Mons. Cette absence de projet commun s'explique par un manque d'entente entre professionnels de santé, voire entre élus des collectivités locales. Au sud du pays, l'association ADMR (Aide à domicile en milieu rural) du Chambon-sur-Lignon, porte un projet de réseau de santé de proximité, en lien avec les maisons de santé pluri-professionnelles du département de l'Ardèche (Saint-Agrève et Saint-Martin-de-Valamas).

Au cours du diagnostic, des oppositions politiques, une absence de démarches intercommunales et un faible investissement des professionnels de santé dans les projets, ont été observés dans

certains secteurs et constituent des éléments de fragilisation à l'élaboration d'une stratégie d'organisation des soins. Une meilleure coordination et un choix des priorités pour ces projets ont été préconisés afin de gagner en pertinence. Par ailleurs, l'étude a mis en avant les usages réguliers des professionnels de soins primaires du Pays, vers l'offre de spécialistes et l'offre hospitalière de la région de St Etienne. Ce fonctionnement interrégional, alors que l'organisation des soins à l'échelle régionale est cloisonnée dans ses frontières administratives, contribue à la complexité de l'offre de soins sur le territoire.

Au travers de cet exemple de diversité de territoires pour l'action à l'échelle d'un territoire de projet, on peut formuler plusieurs remarques sur la territorialisation de la santé dans un contexte de tension de l'offre de soins de premier recours, notamment en milieu rural et de faible attractivité. Le cloisonnement à l'échelle régionale des politiques de santé des Agences régionales de santé et des collectivités territoriales a tendance à pénaliser les territoires aux dynamiques interrégionales, dans le sens qu'il ne permet pas de prendre en compte les besoins et le fonctionnement des professionnels comme ceux de la population de ces zones. Par ailleurs, pour les différents acteurs qui s'engagent dans des actions de santé, qu'ils soient professionnels de santé, élus ou techniciens des collectivités, les découpages des territoires d'analyse et d'actions sont actuellement peu robustes, y compris du fait des réformes en cours, celle de la santé et celle des collectivités territoriales. A la fois récents et instables, ces différents échelons, administratifs ou sanitaires, sont méconnus ou mal appropriés par les acteurs. Le découpage intercommunal ne correspond pas aux contours ni aux logiques des zones de proximité de santé qui sont basées sur la présence des professionnels et leur logique de répartition. L'intercommunalité, quant à elle, dépend davantage d'alliances politiques dans le regroupement de plusieurs communes. Pourtant, les projets de regroupements de professionnels mobilisent ces deux échelles. S'ajoutent à cela des logiques spatiales des professionnels de santé différents des deux premiers territoires, liés notamment aux affinités entre collègues pour travailler ensemble. Par ailleurs, dans le cadre des projets de premier recours, les communes et les intercommunalités sont amenées à réfléchir et à promouvoir ensemble des actions communes d'organisation des services de santé. Toutefois, les relations peuvent être contrariées par des intérêts divergents, notamment politiques, voire des situations de concurrence territoriale. Il se crée alors parfois des dilemmes entre une logique de territoire des collectivités (qui se font parfois concurrence) et une logique de territoire des professionnels de santé (valorisée par les institutions sanitaires).

La réforme des collectivités territoriales de 2010 apporte une certaine instabilité des contours et des pouvoirs décisionnels des collectivités, pouvant avoir une incidence sur la gouvernance locale de la santé. La loi du 10 décembre 2010 portant réforme sur les collectivités territoriales n'a pas simplifié la multiplicité et la complexité des collectivités (fusion de collectivités, création des métropoles, objectif de couverture intercommunale, vote par voix directe des élus intercommunautaires…). Selon Vanier, l'enjeu de cette réforme ne devrait pas être dans ces mesures, mais résider davantage dans la nécessité de « nettoyer » l'accumulation des normes, des règles, des procédures et des cadres qui s'ajoutent régulièrement à l'organisation administrative globale. De plus, « *le fonctionnement des collectivités s'est beaucoup dégradé et compliqué, à cause de leur fragilisation fiscale et financière* » (Vanier, 2012). Cette réforme encore en cours pourrait amener des solutions construites sur le partage et la collaboration, mais pourrait également provoquer des situations de repli et de rétractation politique, freinant potentiellement les dynamiques de développement des territoires. Le monde des territoires

gagne en complexité du fait de l'interdépendance qu'ils ont les uns aux autres. Vanier prône alors le concept d'inter-territorialité afin de favoriser davantage le dialogue entre les territoires. Pour les projets territoriaux de santé, qui parfois se poursuivent par des contrats locaux de santé, c'est le dialogue entre les différentes territorialités, notamment entre les territoires administratifs, les territoires des acteurs médicaux et sociaux et les territoires des ARS, qui peut être source de complexité mais aussi de richesses et d'innovations. Cette démarche semble être facilitée par une médiation extérieure. En effet, la complexité des stratégies d'action et des décisions publiques nécessite une coordination locale grâce notamment à la médiation. Parce que les Agences régionales de santé ne souhaitent pas être « juge et partie » dans les actions, elles ne jouent pas ou peu ce rôle de médiation sur les territoires. La concertation par le biais des conférences régionales et territoriales ne peut pas encore peser fortement. Les conférences régionales et territoriales permettent la formulation d'avis par les acteurs mais semblent peu propices aux échanges sur des problèmes locaux, voire micro-locaux, étant donné la grande échelle des territoires de consultation, le nombre important d'acteurs et l'impossibilité de prendre en compte les spécificités locales. La coordination émerge ponctuellement dans le cadre par exemple de l'intervention d'un prestataire extérieur comme ce fut le cas pour le Pays « Jeune Loire et ses rivières », pour l'élaboration d'une stratégie locale et d'un plan d'actions. Toutefois, la plupart de ces interventions se déroule sur des temps courts, faute de financements dédiés des institutionnels comme des collectivités. Certains territoires de projet poursuivent la coordination, souvent par la création d'un poste dédié à la santé, fixant ainsi la santé comme une priorité dans leur politique de territoire. Cette priorisation dépend de l'initiative et de la mobilisation des élus locaux en matière de santé, ainsi que de la dynamique de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, et du soutien des institutions sanitaires.

II. Les ARS comme catalyseur et chef d'orchestre ?

A. Les ARS, pivot de coordination

L'Etat a souhaité que les collectivités territoriales participent à la politique de santé. Les textes législatifs et les documents tels que le cadre du SROS 3, la mise en place du GRSP et la loi HPST mettent en avant cette volonté. La création des ARS a eu pour objectif entre autres d'assurer la coordination des initiatives locales, afin de garantir plus de pertinence et d'efficacité dans le choix et le soutien des projets de santé publique. Le directeur de l'ARS Rhône-Alpes présentait le rôle de l'Agence de santé dans une posture de catalyseur des initiatives, afin de mettre plus de pertinence dans les choix de soutien des projets de santé, notamment des pôles et maisons de santé dans le premier recours, afin d'avoir une meilleure gestion des fonds publics. C'est donc une position de coordonnateur et d'encadrant des multiples démarches issues des territoires qui est affirmée. L'ARS *« n'est pas là pour zapper toutes les initiatives existantes mais pour coordonner »*[132]. Une posture qui demande à être sur la négociation et le consensus avec les différents acteurs.

[132] Lors du colloque « Collectivités territoriales et santé et publique » organisé par le CNFPT, Nancy, du 2010.

Pourtant, créées en 2010, les agences régionales de santé ont eu besoin de s'affirmer pour être reconnues et légitimées aux yeux des acteurs. Dotées de missions ambitieuses et d'un délai de mise en place serré, les ARS ont appliqué les directives nationales à un rythme soutenu. Face à cette volonté des ARS de se légitimer et de suivre la cadence, les autres acteurs ont eu le sentiment d'un abus de pouvoir, limitant le débat démocratique. *« Certains élus ou cadres des collectivités ont pu reprocher le caractère déséquilibré des relations partenariales proposées »* (Prisse, 2013). De plus, on a pu observer chez certaines ARS une certaine défiance vis-à-vis des initiatives des collectivités. Les initiatives des élus ont pu en effet manquer de cohérence ou de pertinence. Leurs actions ont parfois émergé selon des logiques et des enjeux de politiques locales, au détriment d'une analyse portée sur l'intérêt des patients, de la population. Les ARS ont eu tendance à qualifier les élus locaux « d'individus » qui peuvent mettre en œuvre des maisons de santé ou payer pour aller chercher des médecins jusqu'en Roumanie, au détriment du bon sens. Certaines ARS ont alors donné une place réduite aux collectivités, limitée à la consultation et à l'apport financier.

La posture et le comportement des élus des collectivités ne sont pas uniformes. Les collectivités revêtent une grande diversité de positions, d'actions, de préoccupations, de manières d'agir. L'élu d'une commune ne possède pas la même vision ni les mêmes compétences que l'élu du conseil général et du conseil régional, et d'une commune à l'autre, les élus locaux n'agissent pas de la même manière et ne possèdent pas le même contexte local. Une partie des élus locaux se sent démunie par rapport aux problèmes d'organisation de l'offre de soins sur leur territoire. Bien souvent, ils attendent de l'Etat qu'il mette en œuvre des mesures qui apporteront des réponses à leurs problèmes, tout en prenant en compte les spécificités de leurs territoires. Au sein de plusieurs plaidoyers, tels que le livre blanc des petites villes de France en faveur du maintien et du développement des hôpitaux périphériques, ou les études des villes moyennes et les manifestes de groupes politiques, ces collectivités rappellent à l'Etat sa compétence juridique et financière en santé. En 2011, un groupe d'élus ruraux rédigeait par exemple un manifeste intitulé « vers un bouclier rural », incitant l'Etat à soutenir les professionnels de santé dans les nouveaux projets de réorganisation de l'offre de soins, en particulier de premier recours : « *Cet objectif de coopération entre les professionnels doit être encouragé vigoureusement par les pouvoirs publics comme le font depuis longtemps de nombreux pays étrangers* »[133]. D'autres collectivités, déjà investies sur des actions pour offrir un meilleur accès aux soins et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, sollicitent davantage de l'Etat qu'il se positionne en renfort de leur initiative, en particulier en apportant un soutien financier.

Des collaborations entre Etat et collectivités existaient déjà avant la loi HPST. Des politiques étaient ainsi menées de concert. Des dispositifs étaient codirigés et cofinancés. C'était le cas par exemple d'accompagnement pour les maisons de santé, réunissant l'ensemble des partenaires, en particulier la Région, la mission régionale de santé, et parfois les conseils généraux. A l'inverse, des oppositions, notamment politiques, ont empêché des partenariats rapprochés, conduisant à des actions individualisées. C'est le cas des études Pays financées par le Conseil

[133] Accès aux soins : la campagne doit retrouver la santé, Tribune collective du Jeudi 27 Janvier 2011, *http://www.marianne2.fr/Acces-aux-soins-la-campagne-doit-retrouver-la-sante_a202117.html*

régional de l'Auvergne, sans cofinancement de l'ARS. C'est le cas également de projets de regroupement de professionnels de santé financés par le conseil général de Lozère, sans systématiquement l'aide de l'ARS. La collaboration entre les différents acteurs avant la loi HPST a contribué favorablement à la mise en place et à l'efficacité du processus de concertation dans les conférences territoriales et régionales de santé. Cela n'a toutefois pas empêché l'apparition de tensions et d'objets de conflits.

B. Les partenariats entre Conseils régionaux et Agences régionales de santé

Avant la mise en place des agences régionales de santé et du cadre de collaboration entre ARS et collectivités territoriales proposé dans la loi HPST, les relations entre mission régionale de santé (MRS) et Conseils régionaux variaient quelque peu d'une région à l'autre, vraisemblablement selon les positions et les affinités des personnes, élus comme techniciens. Ainsi, en 2009, la plupart avait signé une convention de collaboration dont l'objectif était de traiter les dossiers de demande de subvention des projets de maisons de santé, conjointement entre mission régionale de santé et service des Conseils régionaux. En Auvergne, la convention était signée aussi avec l'agence des territoires d'Auvergne, et était davantage axée sur les politiques d'aides à l'installation des professionnels de santé. En 2009, le travail partenarial pour traiter des projets de maisons de santé entre les services du Conseil régional et ceux de la MRS était assez faible. Des échanges d'avis sont réalisés lors du comité technique mais par exemple la mission régionale de santé a pris l'initiative de faire réaliser des études de faisabilité par un prestataire extérieur sur plusieurs projets de MSP, sans concertation ni financement en commun avec le Conseil régional. Par ailleurs, le Conseil régional a pris l'initiative de son côté d'encourager et de financer des études sur l'organisation de l'offre de soins à l'échelle des Pays sans que la MRS ne le suive. En région Bourgogne, la convention entre URCAM et Conseil régional date de 2007 et le comité technique de 2008, avec la participation de deux CG (Saône-et-Loire, Côte d'Or), du SGAR et de l'Union régionales des médecins libéraux (URML). Le travail partenarial est fort, avec de nombreux échanges. Un outil de partage d'informations et des dossiers via un intranet est piloté par le Conseil régional. Les porteurs de projet sont rencontrés conjointement et l'URML est très impliquée.

Du côté de Languedoc-Roussillon, la convention entre CR, ARH et URCAM est signée en 2008 et une commission examine les projets de MSP. L'URCAM a confié à l'époque le travail d'accompagnement sur le terrain des MSP à la Mutualité sociale agricole régionale. Le partenariat entre la Région et la MRS concernant les MSP est assez faible, tandis que leur collaboration est beaucoup plus forte autour de la prévention des 12-25 ans, autre action phare de la Région Languedoc-Roussillon. Comme pour la Bourgogne, le partenariat entre la Mission régionale de santé et le Conseil régional est en 2009 fort en région Limousin, avec une tournée commune auprès des Pays pour présenter la démarche régionale sur les MSP et la mise en commun de l'expertise et de l'investissement financier pour les études de faisabilité et les constructions. De la même manière, pour la région Midi-Pyrénées, l'information auprès des professionnels de santé et des élus est conçue et diffusée conjointement (guide pratique pour les porteurs de projet de MSP), avec ensuite une concertation et une démarche commune pour l'instruction des dossiers. La différence est que des conventions ont été également signées au niveau de certains départements (Lot ou Tarn-et-Garonne). Le comité technique (Région, MRS,

DRASS, MSA) a été élargi au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, à l'URML et au représentant du FEADER. Après avoir constaté des divergences dans les critères, un effort a été fourni pour parvenir à une définition commune des MSP et à un projet commun régional. Enfin, pour la région Rhône-Alpes, une convention est signée entre le Conseil régional, la MRS et l'URML, et un comité technique de suivi des projets d'installation et MSP marque un partenariat fort, avec une ébauche de guichet unique.
Au moment où les agences régionales de santé ont été mises en place, en 2010, l'organisation interne des services, impliquant des changements parfois de personnes et de postes, a entraîné des nouvelles modalités de travail en même temps que l'arrivée d'un nouveau cadre de collaboration. Toutefois, la dynamique et l'intensité des liens qui existaient entre les services des missions régionales de santé et des services des Conseils régionaux, ainsi qu'avec d'autres partenaires lorsqu'ils étaient associés (MSA, URML, Ordres, CG…), ont pour la plupart perduré après la structuration des ARS. La faiblesse de certains partenariats a également persisté.

C. Un engagement difficile des élus dans la démocratie sanitaire

Les ARS attendaient des élus des collectivités territoriales une lecture des documents de travail relatifs au projet régional de santé (diagnostic régional et par territoire, plan stratégique, schémas et programmes). Ces textes sont pour la plupart très denses. A titre d'exemple, le plan stratégique et les trois schémas de la région Limousin comptent avec les annexes près de 800 pages. Malgré les efforts produits par la plupart des ARS pour rendre ces documents accessibles (Prisse, 2013), il semble bien difficile pour les élus de s'investir dans la lecture et la compréhension de tels documents. De plus, ces textes font référence à de nombreux acteurs, utilisent de nombreux cigles spécifiques aux domaines, présentent des dispositifs parfois très techniques (liés à des services hospitaliers par exemple). Pour que les élus comprennent ce qu'ils lisent, il leur faut au préalable des connaissances sur le système de santé national et sur le rôle des acteurs qui le composent. Sans cela, il est assez difficile de fournir un avis éclairé. Ce processus demande inévitablement aux élus du temps, de la volonté et de la disponibilité.
Par ailleurs, les conférences de territoire ont pour rôle de relayer les préoccupations diverses des acteurs locaux à travers leurs représentants par collèges. En retour, les membres des conférences doivent assurer à leurs homologues un relais des débats et des décisions qui s'y opèrent. On attend également que les élus adoptent des postures et des discours caractéristiques des collectivités qu'ils représentent. Mais pour ce faire, il est nécessaire que chaque collectivité (en particulier les communes et intercommunalités) possède un lieu de concertation à l'échelle départementale ou régionale, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des Régions. A cela s'ajoutent les divergences liées aux différentes étiquettes politiques présentes au sein de chaque type de collectivités, et donc difficiles à réunir sous un même avis.
Etre membre des conférences de santé demande donc de l'investissement en temps, pour lire, rechercher, comprendre, consulter ces homologues, relayer l'information, se rendre aux réunions. Pourtant, le rôle des élus au sein de ces conférences n'est que consultatif. Ils donnent leur avis, au côté d'une dizaine d'autres groupes (usagers, partenaires sociaux, acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé…). Cet investissement peut sembler trop important par rapport au faible impact sur les politiques. Ainsi, des élus expliquaient en février 2011 : « Ces

deux sujets (la prévention et la lutte contre les déserts médicaux) intéressent également les communes, mais la désignation de leurs représentants dans les différentes instances des ARS a été laborieuse. *« Nous avons quelques difficultés à trouver le nombre d'élus requis, à gauche comme à droite »*, note le maire (PS) de Vitry-le-François (Marne), Jean-Pierre Bouquet, membre du conseil de surveillance de Champagne-Ardenne. *« Les maires sont tellement sollicités : ils ne s'investissent que dans les structures qui ont de réels pouvoirs »*, explique, à Moissac, son confrère (PS) Jean-Paul Nunzi »[134].

Une partie des élus territoriaux a été désignée comme représentants de leurs collectivités un peu par défaut, certains possédant déjà d'autres compétences. Les conséquences sont l'absentéisme et le manque de participation active aux débats. Des élus territoriaux, membres des conférences de santé, ont exprimé une difficulté à s'approprier les termes, les concepts, le rôle de chaque acteur, la densité des textes pour lesquels il fallait fournir des éléments critiques. On a reproché également le temps court accordé pour le faire. « Des profondes réorganisations […] prescrites par les ARS ne sont pas bien comprises par les élus qui, s'ils siègent dans les instances mises en place par celles-ci ont la sensation de découvrir à posteriori les choix opérés »[135]. De plus, l'absence de culture en santé n'aide pas à augmenter la participation des élus.

L'actualité des politiques publiques au sein des collectivités, en particulier au moment de la définition des budgets et face à l'incertitude de la reconduction de certaines politiques, entraîne chez certains élus une baisse de leur implication dans ces instances santé, d'autant plus lorsque l'élu possède une ou plusieurs compétences. Par exemple, un élu d'un conseil régional, en charge de la santé pour sa collectivité peut avoir du mal à s'investir totalement car il est en charge également de l'ensemble des politiques d'aménagement du territoire. Cette dernière compétence étant remise en question, dans le cadre de la refonte budgétaire, il s'est d'autant plus impliqué, négligeant ponctuellement le champ de la santé. La possession de plusieurs mandats conduit également les élus à mettre de côté la santé, surtout si celle-ci n'est pas jugée prioritaire. Cela pose la question de la professionnalisation des élus dans le domaine de la santé, de l'exclusivité accordée à cette compétence, de l'investissement réellement adopté par la collectivité qui déterminera l'engagement de l'élu.

1. Dialogue élus-ARS : source de tensions ?

Lors des réunions des conférences régionales et territoriales de santé ainsi que celles portant sur les projets locaux réunissant l'ensemble des acteurs, on assiste à des situations de conflits, notamment entre les services de l'Etat et les représentants des collectivités. Nous avons observé par exemple sur le Massif central, lors d'études locales et pour des projets de contrats locaux de santé, que des élus maires, conseillers municipaux ou élus communautaires, manifestaient une crispation à travailler avec les services déconcentrés de l'Etat sur l'organisation de soins de premier recours, en raison de conflits ouverts sur d'autres sujets, notamment l'évolution de l'offre hospitalière sur le territoire. C'est le cas d'Ambert en Auvergne, où les débats publics ont parfois été très tendus, en raison de la réorganisation de l'offre hospitalière du centre hospitalier de la petite ville qui a entraîné notamment la fermeture de la maternité en 2006. Les

[134] Gazette santé-social, février 2011, *Agences régionales de santé : Les collectivités territoriales se tiennent sur la réserve.*

[135] Christophe Bernard, Intercommunalités, Adcf, n°157, juin 2011.

désaccords entre élus, association de défense de l'hôpital et l'institution entament le dialogue sur des sujets plus larges. Le lien entre l'offre hospitalière et l'offre de premier recours est rappelé à juste titre par les uns et les objectifs d'efficience et de sécurité qui justifient des décisions concernant notamment les maternités, par les autres. Le cloisonnement persistant maintenu par les institutions pour l'organisation de l'hôpital et de la médecine de ville ne facilite pas toujours le débat et les solutions collectives.

Les enjeux et les conflits d'intérêt entre partis politiques peuvent attiser les prises de positions. Lors du 51ème congrès national des centres de santé en septembre 2011, dont le thème était les « Centres de santé et l'hôpital public », le président de la commission santé action social du Conseil régional d'Ile de France prenait la parole avec conviction pour expliquer la position de la Région vis à vis de l'ARS : « *nous participons à plusieurs combats contre l'ARS pour maintenir des hôpitaux. Nous nous inquiétons du processus systématique de rentabilité et de privatisation que connaissent les établissements hospitaliers.* […] *La compétence de la Région en santé est nulle. C'est de manière complètement volontaire que le président de Région décide de mettre beaucoup d'argent. Il y a certaines Régions qui ne font rien, et on pourrait ne rien faire.* […] *Nous agissons pour faire rempart à l'ARS. Nous souhaitons organiser des contres Etats généraux de la santé, contre les conférences de santé* ». La Région Ile de France avait en 2011 un budget dédié à la santé et l'action sociale de 4 millions d'euros en investissement et 8 millions pour le fonctionnement, dont 1,5 millions d'euros pour les maisons de santé pluridisciplinaires. Le Président ajoutait cependant que la Région essaierait de travailler malgré tout avec l'ARS pour la mise en place de plusieurs contrats de santé.
De la même manière, lors du colloque sur les dynamiques territoriales de santé organisé à Arras en septembre 2010 à l'initiative de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports à l'époque et de M. Michel Mercier, ministre de l'Espace rural et de l'Aménagement du territoire, la vice-présidente du Conseil régional Nord-Pas-de-Calais chargée de la santé, avait introduit ses propos en déplorant l'absence d'invitation en leur faveur alors même que la Région avait une implication dans la santé depuis longtemps et de manière active.
Au moment de la mise en place des ARS et l'élaboration des projets régionaux de santé pour lesquels les collectivités devaient donner leur avis, en 2010 et 2011, les Régions, de couleur politique majoritairement de gauche, se trouvaient face à une loi et un gouvernement de droite. Ce pourrait alors être davantage une question de principe qui a conduit de nombreux conseils régionaux et certains conseils généraux à être en désaccord et à s'opposer aux propositions des Agences régionales de santé. Ils ont ainsi formulé des avis totalement ou en partie défavorables, plus ou moins argumentés selon les collectivités. Depuis les élections présidentielles de 2012 et le passage à un gouvernement de gauche, les attitudes semblent se faire moins tranchantes pour les Régions.

Au-delà des propos d'opposition et de tension tenus par les élus des Régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais envers les services d'Etat, nous pouvons souligner la mise en valeur de leur action en santé. Impliqués, volontaristes, rappelant les enjeux et se voulant acteurs du système de santé, ils minimisent cependant leur rôle, rappelant leur absence de compétence. On relève des situations similaires pour d'autres Conseils régionaux, notamment en Aquitaine (Monneraud, 2013). Une partie des collectivités territoriales, en particulier les conseils régionaux et généraux, se satisfait d'une position volontariste intermédiaire, d'appui, de

soutien. Cette posture permet de signifier à la population et aux autres acteurs leur engagement volontaire, de trouver une certaine gratification, sans prendre trop de risques, sans dépenser de grandes sommes, en se donnant la possibilité de se retirer facilement (Monneraud, 2013). Les conseils régionaux ne souhaitent pas récupérer la compétence juridique et financière, en particulier pour ne pas reprendre les déficits des hôpitaux.

2. Un cadre ARS contraint pour l'innovation ?

Dans le chapitre précédent sur les dispositifs et les actions menés par les collectivités, ces dernières, au travers notamment des actions des territoires de projet Pays ou des ateliers santé-ville, ont une capacité à innover dans la démarche participative, la concertation, la manière de poser le diagnostic et dans l'élaboration des actions.
Toutefois, dans de nombreuses communes et communautés de communes, on observe une certaine difficulté à entrevoir seules des réponses innovantes et adaptées aux problèmes qui se présentent sur leur territoire en matière de santé. Les élus semblent assez démunis et sont peu enclins à imaginer des processus d'amélioration. Certains se tournent vers les solutions élaborées chez les collectivités voisines, sortes de répétition de solutions vues chez les uns et les autres, mais pas toujours transposables efficacement sur leur territoire. Cet état de fait s'explique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même si les problèmes, en particulier de démographie médicale, étaient prévisibles depuis des années, ils apparaissent comme récents pour les collectivités. Les élus possèdent peu de recul. A cela s'ajoute que l'implication des collectivités dans la santé est une position récente. Les élus ont des connaissances limitées sur le système de santé. Ils ont l'impression de ne maîtriser que très peu de choses, l'offre de soins relevant depuis des années des professionnels libéraux, et de la planification par les services de l'Etat. Pour eux, les pouvoirs d'actions se jouent à d'autres niveaux sur lesquels ils n'ont pas d'emprise.

Par ailleurs, si le rôle des collectivités en santé fait son chemin, de plus en plus depuis la loi de 2004 et surtout celle de 2009, on peut se demander si le cadre dans lequel l'Etat contraint les collectivités à agir, parfois malgré elles, ne les empêchent pas de développer des actions innovantes. La gestion du système est maintenue au niveau national. Chaque proposition doit rentrer dans les cases des conceptions gouvernementales, dans les programmes et les enveloppes budgétaires (jusqu'à maintenant non fongibles entre elles). P.-Y.Landel développe l'idée de « points de passage obligés » pour les territoires en matière de politiques publiques, tels que le développement durable, la bonne gouvernance ou la démocratie participative, qui apparaissent alors comme une norme obligatoire pour tout développement de projets. *« Malgré les bonnes intentions, en normalisant et en institutionnalisant les pratiques, l'action publique réduit les possibilités positives de ces concepts ou crée les conditions de leur contournement, à la fois par les porteurs de projets, mais aussi par les institutions qui ont sécrété ces normes »* (Landel, 2007). Ainsi, pour les collectivités territoriales, les « points de passage obligés » pour agir sur l'organisation de l'offre de soins, s'expriment par le cadre et les critères d'intervention fixés par les ARS (cahier des charges, cadre de sélection, critères d'éligibilité). Malgré les justifications que l'on pourrait apporter à ces cadres et ces critères (maîtrise et efficience des fonds publics, évaluation de la pertinence des projets), ces derniers ne limiteraient-ils pas la

capacité d'innovation et donc de solutions à apporter aux territoires ? On peut se demander si la volonté des ARS et de l'Etat de canaliser les énergies ne limite pas les projets ou ne les rend pas uniformes. Des auteurs comme Olivier Lacoste, directeur d'un observatoire régional de la santé, souhaite que les ARS obtiennent à l'avenir une plus grande autonomie (Lacoste, 2013), dont la fongibilité des enveloppes pourrait y contribuer[136].

3. La contractualisation comme cadre du partenariat Etat - Collectivités

Les contrats locaux de santé sont conclus entre les ARS et les collectivités (et leurs regroupements) selon l'article L.1434-17 du code de la santé publique. *« Dans cette nouvelle configuration, les collectivités territoriales deviennent des partenaires privilégiés des ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé »* (Schapman-Ségalié et Lombrail, 2013). Les contrats sont soumis pour avis aux conférences de territoire. A partir du moment où d'autres politiques publiques sont concernées par le CLS, telles que la politique de la ville, du logement ou la politique sociale, le préfet de département participe à la signature.
Les contrats locaux de santé sont mis en place le plus souvent sur des territoires déjà porteurs de plusieurs initiatives dans le domaine, mais dont les acteurs ne communiquent pas nécessairement entre eux. Ils ont donc pour objectif de favoriser les synergies entre les démarches locales de santé, à partir d'un diagnostic partagé. L'objectif pour les ARS est qu'à moyen et long terme ces contrats permettent de construire une dynamique partenariale pérenne entre les différents acteurs locaux, selon une approche transversale, intersectorielle, autour des problématiques de santé locales, en lien avec les priorités de santé régionales et nationales (Schapman-Ségalié et Lombrail, 2013). Ces contrats ont vocation d'être évolutifs, reconduits, affinés, précisés et enrichis. Ils portent en eux l'espoir d'une plus grande transversalité intersectorielle, d'une meilleure prise en compte de l'échelle locale afin d'adapter les réponses. Les contrats locaux de santé n'impliquent pas nécessairement des moyens financiers supplémentaires pour les actions menées localement. On parle d'une réorganisation des fonds pour une plus grande efficacité des politiques publiques (Schapman-Ségalié et Lombrail, 2013). Si les CLS ont pour objet la coordination des actions locales existantes, ces contrats se mettent en place sur des territoires où des acteurs sont déjà mobilisés. Le dispositif des contrats semble donc ne pas concerner les territoires où des besoins en terme d'amélioration de l'état de santé ou d'accès aux soins de la population ont été identifiés, mais plutôt ceux qui sont dépourvus d'acteurs mobilisés pour y remédier.

L'Etat cherche ainsi à valoriser les dynamiques locales existantes. Toutefois, la posture des ARS de chef d'orchestre, d'organisateur, sans apport de fonds spécifiques a pu donner parfois la sensation désagréable pour les porteurs de projet d'être repris et récupérés par les instances décisionnelles qui rangent alors leurs initiatives dans des cadres gratifiants à l'échelle nationale ; le tout dans une sorte de mise en concurrence entre les régions.
La volonté de l'ARS de maîtriser l'ensemble des projets et son souhait de solliciter les échelons locaux ont provoqué une certaine tension, d'autant plus que les ARS ne possèdent pas toujours les ressources suffisantes pour réguler tous les projets. En voulant organiser, les ARS ont pu

[136] Le Fond d'intervention régionale est devenu fongible depuis la circulaire de mai 2013 (N°56/2013/195 du 14 mai 2013).

susciter un sentiment de dépossession chez les porteurs de projet. Ces acteurs qui parfois ont réussi à monter leur action sans l'appui des institutions, conservent une certaine amertume vis-à-vis de celles-ci pour leur manque de soutien. De plus, certaines associations et porteurs de projet continuent à peiner pour rendre pérennes leurs dispositifs. Le contrat local de santé dans son principe est porteur de complexité, en voulant à la fois concilier une logique descendante (décliner le projet régional de santé au niveau local) et ascendante (en mobilisant les dynamiques locales) (Schapman-Ségalié et Lombrail, 2013). Il combine également la difficulté de faire converger les différentes temporalités d'action : celle des professionnels de santé, celle des élus des collectivités, celle des institutions et celle de la population.

III. L'ingénierie de projet

Les contrats de santé existaient avant la loi HPST, avec en particulier les ateliers santé-ville, dans le cadre de la politique de la ville. L'objectif du contrat était alors de cibler un ensemble d'actions, issu d'une analyse partagée des problèmes, afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer l'état de santé des populations. Pour ce faire, une coordination des actions préexistantes et de leurs acteurs était nécessaire, d'autant plus qu'une bonne partie de ces actions se faisait indépendamment les unes des autres et que les acteurs se connaissaient pas ou peu ; les communes se dotant de services pour assurer la gestion et l'animation des contrats, ou sollicitant l'appui d'une ingénierie extérieure. Depuis la loi HPST, le type d'accompagnement des contrats semble évoluer. Un cabinet de consultants, intervenant depuis plusieurs années auprès de communes pour l'élaboration de contrats de santé, a observé que leurs interventions se sont davantage concentrées sur la définition des « enjeux stratégiques politico-institutionnels » de chaque partenaire, pour mieux cibler les points de contractualisation. En d'autres termes, il s'agit « *de bien comprendre les attentes et les positionnements de chaque type d'acteurs, de les concilier, tout en clarifiant la répartition des rôles entre eux* » (Baudot, 2013). Ainsi, l'articulation des actions de chacun, à partir de l'analyse des stratégies et des postures de chaque acteur, semble prendre une place de plus en plus importante dans la conception de contrats locaux de santé. Pour ce qui est des territoires ruraux que nous avons pu observer, la prise de conscience puis la définition plus précise du rôle des élus locaux, constituent une première étape d'accompagnement nécessaire à la mise en place de contrats. La sensibilisation des élus aux enjeux du système de santé, ainsi que des sessions de formation favorisent une meilleure connaissance des préoccupations et des fonctionnements des différentes personnes susceptibles de participer à un contrat local de santé. Les journées organisées par l'INPES Auvergne pour faire réfléchir les élus sur leur place en santé et les échelles d'intervention en sont un exemple.

Les collectivités tantôt initient et animent les projets, tantôt sont partenaires et l'animation revient aux institutions telles que l'ARS. Au sein des collectivités, on identifie des postures différentes. Comme le montre Lise Monneraud dans son étude auprès du Conseil régional d'Aquitaine (2013), les Conseils régionaux se placent comme intermédiaires entre l'Etat qui établit et gère financièrement les politiques du système de soins en établissant le cadre, et les professionnels qui font le soin. Ils prennent ainsi le rôle de facilitateur, d'organisateur de la

concertation pluri-acteurs, et ne souhaitent pas une responsabilité plus grande. Ils peuvent ainsi à la fois valoriser leur participation aux yeux de l'ensemble des acteurs, orienter les décisions, tout en maîtrisant leur implication notamment financière. Il semble en être de même des conseils généraux, au moins pour les maisons et les pôles de santé.

Les postures des collectivités locales, des maires et des élus intercommunautaires, de part leur échelle d'intervention et leur proximité, sont différentes. Pour inverser des tendances, pour construire des possibles, pour arriver à dépasser des situations de blocage, les élus, avec les professionnels de santé, initient des stratégies et des actions, pour lesquelles ils ont bien souvent besoin d'être accompagnés. L'ingénierie de projet, qui contribue fortement à l'émergence et la structuration d'un projet, est différente d'un territoire à l'autre. Elle dépend du niveau où se situe l'initiative (professionnels, élus, associations) et du cadre d'intervention et de priorités fixé par les uns et les autres (compétences pour l'intercommunalité, service d'accompagnement présent en région, dans un Pays, dans un CG, cofinancement des collectivités et des ARS pour une ingénierie extérieure…).

Les Agences régionales de santé ont pour mission d'accompagner et de soutenir l'émergence de projets, et de garantir une animation territoriale, notamment par le biais des délégations territoriales. En rencontrant plusieurs agents au cours des enquêtes sur des projets de réseaux et de maisons de santé, entre 2010 et 2012, nous avons constaté qu'au sein des ARS, il n'y a pas de définition fixe et consensuelle de ce qu'est l'animation territoriale, du moins dans la répartition des rôles. Les actions qui relèvent de l'animation venant des agents régionaux, et celles qui sont prises en charge par les délégations territoriales ne sont pas clairement identifiées. Par ailleurs, pour certains, l'animation territoriale consiste à impulser les conférences de territoires. Pour d'autres, l'animation revient à faire vivre les bassins de santé, les projets, rencontrer les acteurs, être vraiment sur le terrain. Animer les conférences de territoires revient davantage à faire du secrétariat, mobiliser les participants, établir l'ordre du jour souvent très cadré par le Conseil régional, prendre des notes et rédiger le compte-rendu. L'animation sur le terrain reviendrait à rencontrer les porteurs de projets, à assister aux réunions locales, à apporter du conseil sur les projets, à l'échelle du territoire de santé. Les dimensions des territoires de santé (pour la plupart le département) sont assez grandes pour un ou deux animateurs. Par ailleurs, l'autre frein est l'hésitation des services de l'ARS à être à la fois soutien technique en ingénierie et évaluateur, pour obtenir par exemple la labellisation des projets de maisons et pôles de santé. Bien souvent, les ARS sont partagées entre le fait d'être à la fois juge (au sein des commissions de sélection) et partie (dans le soutien des projets soumis à la commission).

Ainsi, l'accompagnement pour l'émergence puis la coordination autour d'un projet de santé, d'une maison de santé ou autour d'un contrat local de santé se présente de manière différente d'un projet à l'autre, d'un territoire à l'autre. Tantôt, ce sont les agents des agences régionales de santé (régionales ou délégations territoriales), tantôt des postes d'animateurs cofinancés avec les ARS (personnes des ORS ou de l'INPES, membres d'association, coordinateurs d'un réseau de santé…), tantôt des employés des collectivités (agents des communes ou intercommunalités, chargés de mission des Pays…) ou encore des consultants extérieurs (financés par l'Etat, par les collectivités, par les professionnels, en co-financement).

Les collectivités locales ne possèdent pas toujours la taille suffisante et les fonds pour financer un coordinateur chargé d'accompagner les projets, surtout dans la durée, comme on peut le voir pour les ateliers-santé-ville. L'échelle Pays pour animer les initiatives semble plus opportune. Cependant, l'absence de Pays dans certains territoires, la grande étendue de certains territoires Pays, l'absence parfois de compétences et la faiblesse des fonds constituent des freins.
Ainsi, si les situations d'ingénierie de projet sont modulables d'un territoire à l'autre, les fonds ne sont pas toujours présents ou pérennes pour appuyer les projets des acteurs locaux (en amont, pendant et dans le suivi) ce qui fragilise souvent les initiatives et fait retomber les dynamiques.

Conclusion

Les Agences Régionales de Santé ont été positionnées comme des chefs d'orchestre, et face aux collectivités territoriales, comme catalyseurs et coordinatrices des initiatives locales, par souci d'efficacité et d'efficience. Avec la mise en place des dispositifs de concertation (conférences régionales et territoriales) qui a suivi la création des ARS, les collectivités ont montré des difficultés à s'impliquer, notamment par manque d'intérêt pour un rôle consultatif sans pouvoir décisionnel, par manque de disponibilité et de connaissances pour se positionner de manière éclairée, ou encore par manque de temps accordé par l'Etat (en particulier pour les avis sur les schémas et les programmes). Les collectivités expriment une certaine ambiguïté entre le désir d'agir dans le domaine de la santé et le souhait que la santé reste une prérogative de l'Etat, avec le pouvoir et la gestion financière qui s'y rapportent. Les positions des élus varient selon les territoires d'élection. Certains solliciteront un plus fort investissement de l'Etat en terme de coordination et/ou en terme d'investissement. D'autres affirment leur place dans le processus de décision tout en maintenant une posture intermédiaire, en particulier par les Conseils régionaux. Les prises de positions des uns et des autres sont souvent l'objet de rapport de pouvoir et source de tensions. Les positions des services de l'Etat froissent parfois les collectivités déjà investies en santé qui se sentent dépossédées de leurs initiatives ou alors mal soutenues. La contractualisation se présente comme l'expression du partenariat entre l'Etat et les collectivités (contrat local de santé). Toutefois, les questions du financement et de l'accompagnement des projets restent ouvertes. Les configurations d'accompagnement et de financements semblent diversifiées de manière inéluctable, en lien avec la diversité des acteurs et territoires. Si les territoires ruraux présentent des handicaps pour attirer et renouveler l'offre de soins, les difficultés résultent en partie de la complexité territoriale et des limites des processus en cours (liées notamment à l'ingénierie et aux financements). Ces difficultés pourraient être résolues notamment par l'accompagnement des élus, par la formation, par l'intervention de prestataires extérieurs « médiateurs » entre les ARS et les collectivités ; des solutions financières seraient également nécessaires pour accompagner et animer les projets spécifiques.

Partie III

Les actions mises en œuvre pour remédier aux difficultés d'accès aux soins

« Monsieur V. est médecin à M. depuis plus de vingt-cinq ans. Il est venu s'y installer avec sa femme, originaire du territoire. Il connaît bien les routes, les maisons et les gens qui y habitent maintenant. Avec le temps, le travail est toujours important, voire plus avec le nombre de suivis des maladies chroniques qui augmentent. Ça fait plusieurs années que Monsieur V. pense qu'en améliorant le travail avec les infirmières, en leur laissant quelques tâches qu'elles savent bien faire, le boulot pourrait être un peu allégé. A son âge, il aimerait réduire son activité, mais ce n'est pas possible pour le moment. Ce sont les gardes en premier qu'il aimerait arrêter ou au moins réduire, mais ils ne sont pas beaucoup de médecins sur le secteur. Il doit continuer à les faire une semaine sur quatre. Le projet de maison de santé dans le canton d'à côté, soutenu par la communauté de communes, pourrait permettre de faire venir un jeune qui renforcerait les effectifs. L'agent de la commune et le maire sont venus l'autre jour l'inviter à participer à une réunion pour discuter des problèmes sur le territoire. Il y avait les collègues du secteur et ceux que l'on connaît moins. On s'y est beaucoup plaint des manques et des aberrations de l'Etat et aussi de l'administratif qui prend trop de place au détriment de l'activité de soin. Vers la fin de la réunion, on a convenu tout de même qu'il y avait probablement des choses à faire localement, peut-être pour s'organiser différemment. Les élus ont l'air de vouloir soutenir des actions. Ils veulent initier une étude qu'apparemment la région demande. Le collègue craint une perte de temps et d'argent dans cette étude. Il a rappelé aussi aux élus qu'un regroupement dans un nouveau local lui ferait des frais en plus qu'il n'a pas envie d'assumer. Pour Monsieur V., ce serait la même chose, son cabinet ne lui coûte presque rien aujourd'hui. Mais si cela offre de nouvelles opportunités… Il a entendu dire sur un autre territoire que l'étude avait aidé à faire un projet avec le service à domicile et même avec l'hôpital. C'est une idée qui l'intéresse. C'est peut-être le temps qui va lui manquer pour participer à un projet comme ça ».

Carnet de recherche, 2010

Ce portrait évoque plusieurs problématiques dans le vécu et la pratique des professionnels de santé libéraux sur le Massif central (excès de travail, envie de nouvelles pratiques, crainte du changement…), tout en posant la question de l'intervention des collectivités territoriales pour accompagner ces besoins et ces mutations.

Outre la description des différents dispositifs d'Etat et des collectivités, abordée dans la partie deux sur la gouvernance, nous avons souhaité développer de façon concrète les actions mises en œuvre pour remédier aux difficultés de présence et d'organisation des soins sur le Massif central, en particulier sur l'installation et l'accueil des étudiants et des professionnels de santé. Dans le cadre des politiques d'accueil de nouvelles populations, plusieurs dispositifs ont été adaptés à la recherche de professionnels de santé (chapitre 7). Toutefois, l'encouragement et l'aide à l'installation ne font pas tout pour le maintien d'une offre de soins dans les territoires ruraux peu attractifs. Les conditions d'exercice et l'organisation du système local doivent évoluer en parallèle. Les maisons de santé, les pôles et les réseaux de santé de proximité sont des outils aux services de cette évolution des pratiques. C'est pourquoi, nous nous sommes penchés sur la question du regroupement et de la coordination des professionnels autour des maisons de santé. A partir d'une enquête auprès d'un échantillon de maisons en fonctionnement ayant bénéficié de fonds publics, nous avons cherché à connaître quelles étaient les réalisations sur le Massif central, les différences et les similitudes entre les projets (chapitre 8). Une enquête auprès de deux réseaux de santé de proximité dans des régions éloignées de moyenne montagne rurales (le plateau de l'Aubrac aveyronnais et la Montagne Limousine), par immersion sur le

territoire pendant plusieurs jours et la multiplication des points de vue d'élus et de professionnels, nous a permis de mieux cerner les conditions d'émergences et de développement des regroupements et des collaborations entre professionnels de santé (chapitre 9). Cette partie nous permet d'illustrer plus abondamment la complexité du processus de gouvernance autour de l'action en santé, le rôle et l'impact des interventions de l'Etat, des collectivités territoriales, ainsi que les professionnels de santé. Selon nous, il est nécessaire qu'une sorte d'équilibre s'établisse dans la participation des différents acteurs. Plusieurs recommandations sont établies en conclusion pour aller dans ce sens.

Chapitre 7

Les stratégies et les mesures pour améliorer la présence et la répartition des professionnels de santé sur le Massif central

Introduction

Nous avons pu voir dans les chapitres précédents que les tensions pour garantir une offre de soins de proximité suffisante dans certains territoires ruraux du Massif central naissaient des difficultés à remplacer les départs à la retraite des libéraux (en particulier les médecins généralistes) ou à répondre à l'augmentation des besoins par de nouvelles installations. Ces situations touchent également d'autres professions du premiers recours, comme de plus en plus les dentistes et les kinésithérapeutes ainsi que des spécialités médicales en libéral et en établissement. Nous avons également vu que ces difficultés étaient liées à la fois aux conditions d'exercice qui pouvaient repousser les candidats à l'installation mais aussi au manque d'attractivité des territoires. Ainsi, par manque de connaissance des possibilités d'exercice sur ces territoires, par appréhension de conditions d'exercice considérées comme plus difficiles (horaires, gardes…) même si ce n'est pas toujours avéré, ou encore par crainte de ne pas trouver d'emploi pour le conjoint ou de ne pas trouver les services souhaités pour leur famille, les professionnels, jeunes diplômés ou plus anciens, refusent de s'installer en milieu rural. Pour y remédier, les acteurs développent des stratégies et mettent en place des mesures. Du côté du gouvernement, si la coercition a été plusieurs fois proposée, ce sont les mesures incitatives qui se sont surtout déployées. Les universités qui ont appliqué les choix des gouvernements successifs du *numerus clausus* et d'une formation centrée dans les CHU, tentent de plus en plus d'agir sur les choix des étudiants (en valorisant la médecine générale et le premier recours par le développement de travaux de recherche, par la formation des maîtres de stage). Les collectivités territoriales, quant à elles, mettent en place des aides financières ciblées vers les professionnels de santé et pour certaines, plus globalement, des politiques de développement et d'accueil pour agir sur l'attractivité et les facteurs de rétention des professionnels.

Dans un premier temps, nous parcourrons les mesures incitatives et les contrats d'engagement proposés par l'Etat en direction des étudiants et médecins, pour ensuite reprendre dans un deuxième temps les dispositifs spécifiques en faveur des internes en médecine développés de manière innovante par les Conseils généraux, de l'Allier, de la Saône-et-Loire et de la Lozère. Nous élargirons notre champ de connaissance sur les facteurs de rétention ou de départ des médecins à partir d'une étude réalisée dans les régions « éloignées » du Québec. Nous

reprendrons dans un troisième temps les démarches des collectivités locales du Massif central, à différentes échelles administratives, qui visent à favoriser l'installation. Dans un contexte démographique défavorable, plusieurs régions et départements du Massif central ont initié des politiques d'accueil de nouvelles populations, qu'ils ont déclinées pour les professionnels de santé. Ainsi, nous aborderons les différentes démarches de prospection, notamment la question des médecins venus de Roumanie, et enfin les différentes modalités d'accompagnement à l'installation, à travers plusieurs acteurs présents sur le Massif central, dans le cadre des politiques d'accueil de nouveaux habitants, en tentant de dégager les conditions favorables et les freins.

I. Les mesures incitatives du gouvernement français

A. Les principaux leviers

Actuellement, seules des mesures incitatives à l'intention des médecins généralistes sont déployées par l'Etat (par la règlementation) et par l'Assurance Maladie (par contractualisation ou conventionnement) pour remédier aux déséquilibres de l'offre et de la demande[137]. Les trois grands types d'aides sont repris dans un rapport du Sénat de 2008. Nous présentons brièvement les principes de ces aides et les premiers bilans qui en sont faits.

- Le premier type d'aide est le soutien à l'installation ou au maintien de médecins, par un système de convention tripartite entre le professionnel, la collectivité et l'Assurance Maladie. A la condition de s'installer pour une période d'exercice d'un minimum de trois ans et sur des zones déficitaires définies par l'Assurance Maladie, le professionnel peut bénéficier d'une prise en charge, en partie ou en totalité, de ses frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins. Les collectivités locales peuvent lui proposer une mise à disposition de locaux destinés à cette activité ou une mise à disposition d'un logement. L'Assurance Maladie verse une prime d'installation, et pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral, une prime d'exercice forfaitaire[138]. L'avenant 20 de la convention a été mis en place en 2006. Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel. Elle représente 20 % de l'activité (consultation et visite) du professionnel dans la zone et le montant est calculé au terme de chaque année civile, ou au prorata de la date d'entrée du praticien dans le dispositif. L'Assurance Maladie s'engage à *« aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et à les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer »*[139]. Entre 2007 et 2011, l'avenant a permis d'installer 50 médecins en primo-arrivants (c'est-à-dire une première

[137] Irdes, QES n°122, mai 2007.
[138] Décret 2005-1724 du 30/12/2005 et Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005).
[139] Arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'Avenant 20 à la Convention nationale avec les médecins.

installation sur la zone déficitaire) sur 773 bénéficiaires (dont 723 médecins déjà en exercice), pour un programme national qui a coûté au total 19,7 millions d'euros[140]. Ainsi, le nombre de bénéficiaires et de primo-arrivants par rapport à la somme de l'aide déboursée reste faible. Les raisons avancées de ce manque de succès sont la mauvaise connaissance de ces différentes aides de la part des étudiants, et les conditions d'obtention trop contraignantes (exercice en groupe, à deux au moins dans les zones déficitaires). Cette mesure a certes permis de limiter le manque de médecins dans ces zones déficitaires en contribuant à maintenir des médecins en place et installer plusieurs praticiens, mais pour un coût assez important.

- Le deuxième type d'aide est le soutien financier proposé par les Conseils régionaux ou généraux aux étudiants en médecine générale sous forme d'un contrat. Ces aides sont déployées d'une part pour leur stage de six mois de 3ème cycle (prise en charge de l'hébergement ou du logement), et d'autre part, l'octroi d'une bourse d'étude en échange d'un engagement de 3 à 5 ans d'exercice dans une zone déficitaire (dans le même zonage défini par l'Assurance Maladie que pour les aides à l'installation)[141]. Cette mesure a été reprise dans la loi HPST sous forme du « contrat d'engagement santé-solidarité ».

- Enfin, le troisième type d'aide est l'exonération de taxe professionnelle.

Ces différentes aides sont proposées aux praticiens par les organismes d'Assurance Maladie (anciennement URCAM et les CPAM de chaque département) et les collectivités territoriales. Les différents partenaires ne connaissent pas toujours ces aides, ou ne savent pas les mettre en œuvre, en particulier au sein des collectivités. La diversité d'accompagnement à l'installation et d'interlocuteurs d'une région ou d'un département à l'autre peut expliquer également l'hétérogénéité de la mise en place de ces contractualisations.
Il est difficile d'évaluer l'impact de ces aides, faute de chiffres, de recul et d'un échantillon représentatif de praticiens concernés (Delattre, Samson, 2010). Dans une étude du CNOM en 2008, sur les 1203 nouveaux généralistes installés dans 9 régions, 7 seulement se sont installés en zone déficitaire et auraient donc potentiellement bénéficié de certaines de ces aides. Avec la mise en place des ARS entre 2009 et 2010, certaines mesures ont été mises en attente et le nouveau zonage des zones de dotation n'a été officialisé qu'en 2011 et 2012. Les zones déficitaires de 2005, ou certaines de 2007, ont continué d'être appliquées malgré les évolutions qui ont pu modifier les critères de définition des zones (nombre de médecins en exercice par exemple).
Parmi les résultats de l'étude économique de Delattre et Samson (2010), les effets positifs observés pour l'installation sur la répartition des professionnels de santé ne sont pas suffisants face aux besoins mais les mesures doivent être poursuivies. Ainsi, on constate pour le moment un faible impact des mesures financières sur la répartition des médecins généralistes (Bourgueil.Y et al., 2007).

[140] Hervé Dagand, chargé de mission Santé à ETD, d'après l'étude CNAMTS 2011, *in Intercommunalités, ADCF, n°157, juin 2011.*
[141] Selon l'article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005), Décret 2005-1728 du 30/12/2005 et l'article L 1511-8 du Code des collectivités territoriales.

Les mesures publiques en faveur d'une meilleure répartition des professionnels de santé : expériences à l'étranger

En 2007, le Conseil de l'Europe appelait les régions européennes à mettre en place des mécanismes incitatifs pour attirer les médecins dans les zones démographiquement fragiles et prévenir les pénuries. L'inégale répartition des médecins sur le territoire n'est pas une spécificité française, comme le montrent Bourgueil et *al.* (2007b). Tous les pays de l'OCDE ont mis en place des mesures visant à améliorer la répartition des médecins sur leur territoire.

La revue de littérature scientifique réalisée par l'IRDES en 2006 permet une photographie des politiques de planification et de régulation des professionnels de santé, principalement les pays anglo-saxons (Canada, Etats-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni).
Lorsque l'on cherche à identifier et évaluer les mesures publiques en faveur de la gestion des ressources humaines en santé, les principaux thèmes qui reviennent sont d'une part la pénurie ou la surreprésentation de professionnels de santé (la plupart du temps des médecins), d'autre part la question d'une répartition équilibrée entre les spécialités des soins primaires et secondaires, notamment la part de l'hospitalier et de l'ambulatoire, et enfin la répartition des activités entre professionnels de santé (entre médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, professionnels sociaux…).
La distinction urbain/rural, en terme de planification, est très peu présente dans les analyses et les mesures mises en place dans les pays anglo-saxons, contrairement aux débats qui animent le système de santé français. On parle davantage de zones mal desservies (*underserved*). Les auteurs (Bourgueil et *al.*, 2006) constatent que pour définir les mesures publiques, les gouvernements des différents pays se sont attachés essentiellement aux déterminants du choix du lieu d'installation des professionnels de santé selon des critères professionnels et assez peu selon des critères personnels (cadre de vie, proximité à la famille, travail pour le conjoint…) qui pourtant semblent jouer un rôle déterminant. Pour cela, les auteurs renvoient à de nombreux travaux de chercheurs (Rabinovowits et *al.*, 1999, 2001 et 2005 ; Kanien et *al*., 1998 ; Felix, 2004 ; Bui, 2002).

Ainsi, les principales mesures mises en œuvre sont de trois types et concernent la formation initiale, le recrutement et l'installation ou le maintien en poste des professionnels sur un territoire.

- L'impact des mesures en faveur de la formation initiale est hétérogène. L'augmentation seule des effectifs n'a pas eu d'effets sur la mauvaise distribution des professionnels. Le recrutement des étudiants originaires des zones mal desservies, potentiellement plus aptes à y exercer après l'obtention de leur diplôme, semble être une solution prometteuse. En revanche, la création de cursus spécifiques adaptés aux conditions d'exercice des zones mal desservies, voire une relocalisation des lieux de formation initiale, n'a pas encore fait ses preuves. Les aides financières pour réaliser la formation (bourse ou prêt à des conditions préférentielles) nécessitent un investissement financier public assez important pour des résultats à moyen et long terme assez faibles, en raison notamment de la possibilité pour les jeunes diplômés de rembourser et de déroger aux conditions d'obtention des aides.

- Les deux principales mesures visant le contrôle de l'accès au marché de l'emploi ont un impact limité sur les déséquilibres de répartition des professionnels. En effet, les politiques administratives coercitives ayant pour but de limiter les installations aux zones mal desservies (Royaume-Uni, Allemagne et Autriche) ont surtout eu pour conséquence de contribuer à rendre moins attractif le métier de médecin, en particulier celui de généraliste. La politique coercitive à l'intention des diplômés étrangers (Etats-Unis, Canada et Australie), qui obtiennent leur autorisation d'exercer sous

condition d'installation en zones mal desservies, permet de garantir une offre sur ces territoires à court terme mais peu rencontrer des limites à long terme, faute de fidélisation des professionnels.

- Les mesures en faveur de l'installation ou de la rétention des professionnels sont de plusieurs ordres. La majoration des revenus mise en place au Québec, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et en Australie, a une influence modérée à court terme pour attirer les professionnels dans les zones mal desservies, et très faible à long terme, créant des opportunités peu durables. Le coût de cette mesure est élevé et provoque des effets pervers tels que la réduction du nombre de patients sur les listes de certains médecins en Angleterre. En 2006, les aides à l'investissement pour une installation (bâtiment, équipement médical, informatique ou de télémédecine) ont été peu évaluées, de même que les compléments de revenus pour la formation continue, les frais de déplacements et de remplacements. Les soutiens à des dispositifs de collaboration et de coordination entre professionnels, pour favoriser notamment l'attractivité et améliorer les conditions d'exercice (regroupement, mise en réseau…) ont également été peu évalués. Bonnie Sibbald recensait en 2005 la possibilité pour les professionnels de développer une offre élargie de prestations à réaliser (technique, prévention, suivi thérapeutique plus poussé) contribuant à l'intérêt et la valorisation des professions.

Bourgueil et *al*. (2006) constatent au travers de leur revue de littérature scientifique que les mesures sont orientées très souvent par profession. Ce cloisonnement ne permet pas une vue globale sur l'ensemble des professionnels qui contribuent au système de soins. De plus, les mesures s'inscrivent peu dans une logique d'aménagement du territoire, en particulier sur tous les facteurs personnels des professionnels contribuant au choix de l'installation et du maintien sur un territoire. Par ailleurs, les mesures publiques entre elles sont localement peu coordonnées, et inégalement développées sur les territoires. Ce manque de coordination est dû notamment à la diversité des acteurs qui les mettent en œuvre et la faible communication entre eux.

En conclusion, le rapport souligne qu'il n'existe pas de remède miracle à la mauvaise distribution des professionnels de santé. Il semble opportun de savoir en amont si la mauvaise répartition constitue un problème et pour quelles raisons. Les collectivités territoriales ont leur rôle à jouer vis-à-vis des facteurs d'attractivité et de rétention des professionnels. Un consensus doit être trouvé avec l'échelle nationale afin de limiter notamment la concurrence entre les territoires. De plus, dans le processus d'équilibrage de l'offre de professionnels avec la population et ses besoins, il semble important de considérer l'ensemble des corps de métiers de la santé qui interagissent et sont interdépendants. Enfin, c'est par la combinaison des différentes mesures (formation, recrutement, installation) que les effets positifs sur les zones mal desservies seront les plus profitables.

B. Le choix de la coercition ?

Avant et pendant le débat pour la loi HPST, plusieurs élus à l'Assemblée nationale ou au Sénat ont soumis le projet de maîtriser les lieux d'exercice des médecins en restreignant le choix du lieu d'installation du cabinet. Cependant, déjà en 2007, alors que cette possibilité avait été envisagée, de nombreuses manifestations ont eu lieu, avec en première ligne les internes en médecine générale.

Pour certains acteurs, en particulier des élus nationaux et locaux, des corps de métier au nombre d'années d'étude similaire à la formation des médecins, ont des obligations de services. C'est le cas des enseignants ou des juges qui passent par un système de vœux. On se pose alors la

question d'appliquer ce principe aux médecins généralistes libéraux[142]. Pour d'autres, en particulier certains représentants de la profession médicale, le système libéral n'intéresse plus les jeunes diplômés qui se dirigent beaucoup plus vers le salariat. Ainsi, pourquoi ajouter des contraintes à des personnes qui subissent déjà un certain nombre d'obligations et sont de plus en plus minoritaires ? Pour eux, la solution n'est pas dans une contrainte supplémentaire auprès des libéraux[143]. Par ailleurs, la médecine générale souffre déjà d'un manque d'attractivité, les places n'étant pas toujours pourvues en totalité dans certaines régions, ces mesures risquent de rebuter davantage les étudiants à opter pour la médecine générale[144].

Le lobby médical et le poids des médecins dans les élections électorales ont jusqu'à maintenant toujours fait reculer le choix de la coercition. La loi Fourcade de 2011, qui comprend une série de modifications et des points de précisions de la loi HPST, a permis entre autres la suppression des contreparties financières si les médecins libéraux des zones sur-dotées n'allaient pas exercer en zone sous et très sous-dotées, c'est-à-dire s'ils ne signaient pas un « contrat santé solidarité »[145].

Certains élus du parti socialiste ont rédigé en 2010 le « bouclier rural ». Ce manifeste pour le développement dans la ruralité aborde plusieurs points de tension dont le problème de la désertification médicale et formule des souhaits politiques. Dans une tribune publiée dans Marianne 2, quatre députés, un conseiller général et l'animateur du site « vers un bouclier rural »[146] expliquaient qu'un « accord global » avec les professionnels était nécessaire pour modifier en profondeur les conditions d'exercice des professions médicales grâce à un certain nombre de mesures (un mandat pour développer la prévention, le suivi des maladies chroniques, la permanence des soins, une double rémunération au forfait et à l'acte, un transfert de tâches auprès d'autres professionnels, la formation continue financée et obligatoire pour actualiser les connaissances). Pour compléter ces mesures dans un premier temps face à

[142] « Comment ne pas s'en indigner ! (face à la suppression des obligations d'exercer en zones sous-dotées dans la loi HPST avec la Loi Fourcade). Les médecins sont rémunérés par la solidarité nationale et leurs études sont quasi-gratuites. Le médecin pourra-t-il continuer à ignorer que, quand le malade le rémunère, c'est la collectivité qui paye ? […] Mais comment inciter les médecins, et notamment les jeunes générations, à exercer là où on a besoin d'eux ? […] Le débat n'est pas clos entre opposants et partisans de mesures coercitives. Les juges et les enseignants ont des obligations de service. Pourquoi pas les médecins ? » Que sont nos médecins devenus ? JP Camilleri, Le Monde, 15 mars 2011.

[143] Compte rendu analytique officiel du 13 janvier 2011, Débat sur la désertification médicale au Sénat.

[144] Compte rendu analytique officiel du 13 janvier 2011, Débat sur la désertification médicale au Sénat.

[145] « Art. L. 1434-8. − « A l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours […] Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut […] proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé […] où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits. Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. »

[146] Fabien BAZIN, conseiller général de la Nièvre, maire de Lormes, Olivier DUSSOPT, député de l'Ardèche, Jean-Philippe HUELIN, animateur du site « Vers un bouclier rural », Christian PAUL, Député de la Nièvre, président du laboratoire des idées et Michel VERGNIER, député de la Creuse. *Accès aux soins : la campagne doit retrouver la santé, Tribune collective du Jeudi 27 Janvier 2011, http://www.marianne2.fr/Acces-aux-soins-la-campagne-doit-retrouver-la-sante_a202117.html*

l'urgence de la situation, ces élus souhaitent imposer aux jeunes diplômés de médecine de s'installer quelques années dans des zones déficitaires. [147]

C. Les contrats d'engagement de service public

Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)[148] a été instauré dans la loi HPST du 21 juillet 2009. Un décret et plusieurs arrêtés précisent le cadre juridique. L'objectif de ce dispositif est de contribuer à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire de manière incitative. Ce type de dispositif a été expérimenté par des régions et des départements en France, selon des modalités variées, avant son instauration par l'Etat avec le CESP. Ainsi, l'Etat propose aux étudiants en médecine qui le souhaitent, à partir de leur deuxième année d'études, de recevoir une allocation mensuelle de 1 200€ brut[149] pendant la période de leurs études. En contrepartie de cette aide financière, les étudiants et les internes signataires du contrat s'engagent à se diriger vers certaines spécialités et d'exercer leur métier dans un lieu proposé par les agences régionales de santé (figure 60). Ils doivent exercer au minimum la même durée que celle pour laquelle ils ont reçu l'allocation. Ce contrat impose un minimum d'engagement de deux ans.
Le dispositif est financé par des crédits d'assurance maladie issus du fond d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FIQCS) et versés au centre national de gestion (CNG)[150] qui assure le versement de l'allocation aux étudiants.

Le but est d'inciter les jeunes étudiants à s'orienter dans des spécialités où les besoins ne sont pas comblés et à exercer dans des lieux où l'offre est fragilisée et la continuité des soins menacée. La spécialité en médecine générale est mise en avant prioritairement, mais d'autres spécialités peuvent être concernées par ce dispositif, telles que la pédiatrie, la dermatologie ou l'ophtalmologie.

Pour le choix de la spécialité, les signataires d'un contrat passent comme les autres les épreuves classantes nationales (ECN) mais doivent choisir leur poste d'interne selon leur classement sur une liste spécifique. Cette liste ne comptera alors que les spécialités en manque de médecins. Dans les premiers temps de ce dispositif, 75 à 80% des postes d'internat sont en médecine générale, mais d'autres spécialités deviennent critiques en matière de démographie médicale.
Les jeunes diplômés peuvent exercer en tant que libéraux, et ce au tarif conventionnel pendant la durée de leur engagement, en tant que salariés (centre de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, hôpitaux…), ou bien en exercice mixte. Dans tout les cas, le ou les lieux

[147] *« Sans remettre en cause la liberté d'installation dans son principe, nous pensons utile de mieux la réguler », explique Christian Paul, député PS de la Nièvre. « On pourrait très bien imaginer d'imposer à de jeunes médecins, à la sortie de leurs études, d'exercer pendant deux ou trois ans dans des zones prioritaires », ajoute-t-il. » La Croix*, 14 avril 2011.
[148] L'art.46 de la loi HPST crée l'article L.632-6 du code de l'éducation.
[149] Cette allocation est imposable et assujettie à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ce qui correspond à un montant net de 1106,88 €.
[150] CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux et des concours et examens.

d'exercice doivent être situés dans une zone sous-dotée (prévue au 5ème alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique). Ils peuvent également être remplaçants dans ces zones.
Chaque ARS détermine les lieux d'exercice pour lesquels les signataires postulent, selon le zonage de dotation fixé dans leur schéma d'organisation des soins (SROS). Par ailleurs, un nombre de contrats est fixé par arrêté interministériel chaque année pour chaque université. Les UFR de médecine organisent alors un appel à candidatures en début d'année universitaire et les étudiants doivent monter un dossier présentant leur motivation pour le CESP dans un projet professionnel.

Figure 60. Affiche d'information pour le contrat d'engagement de service public

Source : Ministère de la santé, 2013.

Au moment du choix de leurs lieux d'exercice, les ARS proposent aux étudiants signataires une liste nationale, la LLE (liste de lieux d'exercice), réunissant les différentes zones sous-dotées classées par région. Si les étudiants le souhaitent, ils peuvent obtenir le droit d'exercer en priorité dans leur région de formation, en sollicitant le directeur de l'ARS.
En libéral, en tant que salarié ou dans un exercice mixte, l'activité des signataires du CESP doit correspondre à un temps plein. C'est l'ARS qui se donne le droit d'apprécier la valeur du temps plein, au regard « des services attendus pour les patients ». Par exemple, un cabinet peut être

fermé un jour par semaine si l'activité est plus soutenue le reste des autres jours, comme l'indiquent les documents de l'ARS[151].
Les signataires bénéficient également d'un accompagnement individualisé pendant leur formation dispensée par l'agence régionale de santé de la région de formation et un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions.

Un premier bilan, après un an de mise en place, a été publié par la DGOS en juillet 2011. Ce qui ressort de l'analyse est un besoin d'informer davantage les étudiants sur le dispositif afin *« d'être plus rassurant et engageant »*, d'offrir une meilleure visibilité des lieux d'exercices possibles, et préciser les modalités de rupture et de remboursement.
Les représentants des étudiants en médecine (ANEMF) et des internes (ISNIH et ISNAR-IMG pour la médecine générale) ont sollicité, entre autres, plus de souplesse dans le dispositif qui sollicite selon eux un *« engagement très lourd pour les étudiants et internes »*[152].

En effet, nous pouvons constater que plusieurs éléments du dispositif peuvent devenir contraignants pour les étudiants de médecine, ce qui représente probablement un des facteurs de refus du dispositif.

- L'allocation est versée pour l'intégralité du cursus à partir du moment où le contrat est signé, sauf dans de rares exceptions (maladie, maternité…). L'engagement est donc à hauteur du nombre d'années d'études qu'il reste à l'étudiant ou l'interne au moment de la signature du contrat. Il n'y a pas de possibilité de suspendre. En cas de redoublement, l'étudiant continue à percevoir l'aide et le délai d'engagement à exercer en zone sous-dotée se prolonge de la même durée.
- La rupture de l'engagement implique le remboursement de la somme des allocations nettes perçues, ainsi qu'une majoration de 20 000 euros pour les frais d'études engagés[153]. Pour les médecins en exercice qui souhaitent résilier le contrat engagé, ils doivent reverser la somme au prorata du temps d'exercice déjà réalisé.
- Les signataires ont la possibilité de changer de zone sous-dotée au cours de leur engagement. Toutefois, il faut le négocier avec les ARS. De la même manière, si plusieurs étudiants ou médecins souhaitent exercer sur une même zone sous-dotée, c'est le directeur de l'ARS qui analyse les projets professionnels de chacun et décide en conséquence.
- La période d'engagement commence dès que les étudiants sont titulaires de leur diplôme d'études spécialisées (DES). Le report ne peut être accordé que sur titre dérogatoire par le directeur de l'ARS, en général pour pouvoir effectuer un post-internat ou une thèse. Cela ne permet donc pas aux jeunes diplômés de s'accorder un « délai » avant d'exercer après leurs études s'ils le souhaitent.

[151] Foire aux questions du CESP.
[152] Lequotidiendumedecin.fr, 04/03/2013, « Bourses anti-déserts : étudiants et internes négocient l'aménagement du CESP », A. Bayle-Iniguez.
[153] Sauf pour décès, maladie grave ou incapacité d'exercer.

Ainsi, la DGOS reconnaît que le *« dispositif s'adresse à des jeunes en formation dont les parcours de vie restent encore incertains ou peu définis. Dans ce contexte, le CESP peut être perçu comme de nature à restreindre leur future liberté de choix pour leur carrière. »*[154]
Malgré des ajustements possibles pour changer de lieu d'exercice, le dispositif reste contraignant sur de nombreux points (négociation obligatoire avec les ARS pour choisir le lieu d'exercice, faible visibilité des lieux d'exercice disponibles entre le moment de la signature du contrat et le moment de choisir à la fin du diplôme, début d'engagement sitôt diplômé, impossibilité de suspension momentanée du nombre d'années d'allocation, majoration en cas de rupture…).

Rappelons que le dispositif vise à corriger les inégalités de répartition des médecins entre les régions, liées notamment à un manque d'attractivité de certaines zones, grâce à des mesures incitatives, ce qui laisse encore une certaine liberté de choix aux jeunes diplômés. Toutefois, l'Etat (par le biais des ARS) se donne le droit de réguler le nombre de lieux d'exercice offerts par région si besoin, pour éviter *« un effet de concurrence entre les régions et de fuite des bénéficiaires du CESP vers les régions les plus attractives »*. L'Etat limitera donc le nombre de zones classées sous-dotées proposées aux étudiants afin que chaque région puisse obtenir des jeunes médecins en CESP de manière équitable. Ainsi, même parmi les zones sous-dotées, il semble que des régions soient plus attractives que d'autres.

Dans le premier bilan de la DGOS en 2011, il est surprenant de lire dans les points de conclusion que les territoires classés comme sous-dotés en médecins impliquent parfois *«des choix de vie très particuliers »*, en raison notamment du fait qu'ils soient bien souvent *« pauvres en infrastructures et en services publics»*. Les termes utilisés dans cette étude et cette généralisation des différentes zones sous-dotées ne risquent pas de rendre le dispositif plus attrayant. Cela renvoie à la manière dont les lieux d'exercice sont présentés aux étudiants, ainsi que la diversité des réalités de ces zones désertées par les médecins.

Les lieux d'exercice du CESP

En mai 2013, sur le site du Centre national de gestion, la liste des lieux d'exercice (LLE)[155] proposée aux étudiants et jeunes diplômés compte 382 lieux d'exercice sur 21 régions de la métropole et les régions Outre-mer (Guadeloupe, Mayotte et la Réunion) (tableau 6). Des offres de la région Picardie ainsi que d'autres régions outre-mer (Guyane, Martinique) n'ont pas été inscrites sur cette liste. Le nombre de lieux d'exercice est très variable d'une région à l'autre. Parmi ces lieux d'exercice, on dénombre 347 postes en libéral, 20 en salarié et 15 en exercice mixte. Sur les 382 lieux d'exercice, 340 sont des postes en médecine générale.

Des mises à jour ont été réalisées plusieurs fois entre 2011 et 2013, pour ajouter ou retirer des zones sous-dotées. Pour le Massif central, on identifie 76 lieux (communes) d'exercice proposés. Seule la région du Limousin a mis en ligne la liste des spécialités autres que médecin généraliste. On retrouve une douzaine de postes salariés de spécialités différentes pour le centre

[154] Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année, Corinne Régnard, juillet 2011, DGOS.
[155] http://www.cng.sante.fr/LLE.html (site consulté le 3 mai 2013).

hospitalier d'Ussel (psychiatrie, pneumologie, ORL, médecine interne, radiodiagnostic et imagerie médicale, gynécologie obstétrique, gériatrie, gastro-entérologie et hépatologie…).

Tableau 6. Nombre de lieux de stage par région

Régions	Nombre de lieux d'exercice proposés (mai 2013)
PAYS DE LA LOIRE	1
CORSE	1
Antilles-Guyane	2
OCEAN-INDIEN	4
ALSACE	5
AQUITAINE	8
CHAMPAGNE-ARDENNE	9
CENTRE	9
POITOU-CHARENTES	14
AUVERGNE	14
LANGUEDOC-ROUSSILLON	15
BRETAGNE	16
BASSE-NORMANDIE	16
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	18
MIDI-PYRENEES	19
LORRAINE	24
RHONE-ALPES	26
LIMOUSIN	27
ILE-DE-FRANCE	27
BOURGOGNE	28
NORD-PAS-DE-CALAIS	30
FRANCHE-COMTE	31
HAUTE-NORMANDIE	38
	382

En conclusion, l'Etat a l'obligation de permettre à l'ensemble de la population française d'accéder à une offre de soins. Pour cela, il passe pour le moment des conventions avec les représentants des médecins, pour des mesures incitatives, afin de permettre une meilleure répartition des professionnels selon les besoins. Ces mesures incitatives existent également dans d'autres pays. Devant les effets relatifs de ces mesures, la question de la coercition plane, plus particulièrement pour les médecins généralistes. Une résistance forte du corps médical et les enjeux de pouvoir, ont permis jusqu'à maintenant d'éviter le choix de la coercition. Le lieu d'exercice est depuis longtemps laissé au libre-choix des médecins, ce qui semble être une condition importante à l'exercice libéral de la médecine. Etant donné la faible attractivité de l'exercice libéral (8,6% d'installations des jeunes diplômés de médecine en 2009) et la

moyenne attractivité de la filière générale par rapport aux autres spécialités médicales dans le cursus universitaire, le risque à court terme de la coercition est de réduire encore plus les vocations de la médecine générale libérale, et ainsi ne pas résoudre le problème des territoires peu équipés en médecins.

Toutefois, l'Etat pourrait imaginer instaurer un système de salariat, comme cela semble être le souhait de certains jeunes diplômés. La remise en cause de l'exercice libéral est un sujet tout à fait tabou auprès du syndicat majoritaire des médecins. Les modalités et les structures de soins sous forme salariale sont encore peu développées. De nouveaux centres de santé municipaux émergent. Toutefois, les plus anciens centres sont en majorité déficitaires financièrement. Ce point a été soulevé lors d'une réunion organisée par l'Association des Maires de France[156] en 2011. Le rapport Acker de juin 2007 ciblait plusieurs causes à ce déficit, notamment les frais de structure insuffisamment pris en compte ou encore les financements inadaptés aux actions de lutte contre la précarité. Pour le syndicat des jeunes médecins généralistes, un certain nombre de mesures sont possibles afin de favoriser l'installation en libéral sur les territoires, même ceux qui sont les plus isolés. L'objectif de ces mesures consiste à mieux faire connaître ces territoires et à rendre attractif l'exercice dans ces régions, bien souvent dévalorisées auprès des jeunes praticiens. La réalisation de stages est une porte d'entrée pour les étudiants dans ces territoires.

Figure 61. Affiche d'information sur le manque de maître de stage en médecine générale

Source : ANEMF, 2010.

[156] Rencontre de l'AMF, Désertification médicale : une fatalité? Urbains et ruraux mobilisés pour une médecine de proximité, le 29 mars 2011, Paris.

II. Les aides financières aux stagiaires et maître de stage en médecine générale

A. Les stages : un levier souvent mobilisé

La médecine générale est la seule spécialité médicale où les étudiants, lors de leur cursus universitaire, doivent réaliser un stage de formation en milieu ambulatoire au cours de leur internat. Les stages en cabinet libéral sont devenus obligatoires en 3ème cycle, et facultatifs en 2ème cycle, ce qui a entrainé une demande accrue de maîtres de stage, en plus de l'augmentation du nombre de médecins formés avec le relèvement du *numerus clausus*. Face à cette demande plus forte de maîtres de stage, une campagne de « recrutement auprès des médecins généralistes » s'est développée dans les Facultés, via une affiche créée par le syndicat des jeunes médecins (Isnar-MG) et l'association des étudiants de médecine (Anemf) (figure 61).

Le maître de stage a pour rôle de former pendant six mois à la pratique de la médecine générale, aux fonctions du médecin ainsi qu'à la gestion du cabinet médical. Cela passe par la mise en situation de l'étudiant. Le médecin généraliste qui souhaite être maître de stage doit, à la suite d'une demande, obtenir un agrément par la faculté de médecine, ceci pour trois ans. Il peut intégrer une équipe de médecins déjà mise en place en binôme ou trinôme pour recevoir le stagiaire, soit créer un nouveau lieu de stage. Lorsqu'il est en groupe, il peut être le médecin coordonnateur désigné par le binôme ou le trinôme. Il définira alors les objectifs pédagogiques prioritaires ; il signe une convention avec la faculté et le stagiaire et réalisera son évaluation. Les obligations du maître de stage sont de participer à une formation médicale continue et de se former aux techniques de pédagogie dans des formations spécifiques. Plusieurs réunions sont généralement organisées dans l'année par le département de médecine générale. Le maître de stage est rémunéré sous forme d'honoraires pédagogiques par mois de stage effectué à temps complet. Pendant la période de stage, l'interne doit effectuer au moins 11 demi-journées par semaine (3,5 heures par demi-journée). Sept sont consacrées au cabinet, deux s'effectuent en structure de soins primaires (centre de P.M.I, dispensaire ou centre agréé, structure de contrôle médical de la C.P.A.M, médecine scolaire ou pénitentiaire) et deux sont réservées à la formation universitaire. Un stagiaire peut effectuer seul en moyenne 3 actes rémunérés par jour, mais il ne peut assurer seul une garde libérale[157]. Le stage de troisième cycle est divisé en trois phases : la phase passive ou d'observation où le stagiaire apprécie le mode de fonctionnement du médecin et est présenté aux patients, la phase semi-active où le stagiaire est mis en situation graduellement face aux patients et enfin la phase active où il mène la consultation, sous le contrôle ou non du médecin. Le maître de stage doit être joignable et disponible à tout moment pour donner un conseil voire finir la consultation, car il ne s'agit pas d'un remplacement.
« Pour le médecin installé, ces stages d'interne sont souvent l'occasion de prendre du recul sur son activité, de partager ses impressions et observations, parfois de rompre l'isolement et la routine » (Besset et Darbelet, 2010). Les stages permettent aux médecins de partager et de

[157] *Le livret du maître de stage, Département Universitaire de Médecine Générale, Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, http://www.dumg-toulouse.fr/categorie/le-livret-du-maitre-de-stage*

transmettre leurs connaissances. L'étude a montré, par un questionnaire élaboré par l'OMS sur la qualité de vie auprès des médecins généralistes, que les scores de santé physique et psychologique étaient supérieurs chez les médecins s'étant inscrits dans la démarche de maître de stage (576 médecins libéraux sur 1200 enquêtés).
De nombreux médecins libéraux ont encore des difficultés à franchir le pas pour devenir maîtres de stage. L'argument principal est le manque de temps à la fois pour se former (formation continue, littérature…) et pour l'encadrement du stagiaire. Avec le développement des maisons de santé pluridisciplinaire, la présence d'un ou plusieurs maîtres de stage dans la structure est une des conditions du cahier des charges, ce qui a permis une augmentation du nombre de maîtres de stage formés.

La contrainte financière est également avancée dans le refus d'être maître de stage, malgré l'exonération systématique par l'Assurance Maladie (honoraires pédagogiques) mise en place pour l'encadrement. Ainsi, certains Conseils régionaux proposent des aides financières supplémentaires pour la partie formation afin d'inciter les médecins à se former et devenir maître de stage. C'est le cas sur le Massif central des Conseils régionaux Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Ces derniers souhaitaient ainsi proposer une compensation de la perte de ressources lors de la formation et aider à l'organisation de la formation. Le dispositif sur Rhône-Alpes est ainsi géré par l'université et soutenu depuis novembre 2007. On ignore cependant les impacts de ce dispositif.

Certains médecins libéraux en campagne sont devenus maîtres de stage, mais ils accueillent peu d'internes par manque de candidats. En effet, ces lieux de stage se situent parfois assez loin de la ville de formation des internes, ce qui les rebute. Mais d'autres raisons pourraient expliquer cette situation, notamment le fait que certains médecins attachés à la faculté de médecine orientent les stagiaires par un système de relation qui exclurait les maîtres de stage peu présents à l'université ou peu en relation avec ceux qui s'y trouvent. Le Docteur Borée, médecin de campagne, auteur d'un ouvrage sur expérience, écrit sur son blog[158] : *« En cinq ans de maîtrise de stage, j'ai eu un unique interne. Trop éloigné de la Fac, les étudiants hésitent à faire autant de route, ce que je peux comprendre. Quant aux enseignants du Département de Médecine générale, ils fonctionnent entre eux, se répartissant volontiers cette main d'œuvre et rechignant visiblement à la partager».*

Les stages sont un moyen pour les étudiants de mieux connaître l'exercice en libéral. Pour les collectivités et les institutions, ils offrent, en particulier en milieu rural, la possibilité qu'un jour peut-être ces étudiants s'installent sur le territoire. Connaître l'exercice libéral, en particulier à la campagne, est important en raison des images négatives qui sont véhiculées dans les facultés, malgré la présence de certains « médecins de campagne » dans les enseignements. Les idées de l'exercice en rural relèvent plus de préjugés que d'une réalité, car de nombreux jeunes installés à la campagne expriment une réelle qualité de vie lorsque l'organisation de la pratique s'adapte aux désirs d'exercice. Les étudiants ont besoin d'avoir des repères, des connaissances, voire du vécu, pour davantage imaginer s'installer dans un endroit. Vraisemblablement, les jeunes médecins iront plus facilement vers ce qu'ils connaissent, vers l'environnement qu'ils

[158] http://boree.eu/, message du 18 mars 2013, *Fin de partie*.

maîtrisent. Un médecin généraliste, installée en zone de montagne sur le Nord Aveyron depuis plusieurs mois, après avoir effectué de nombreux remplacements dans le Nord de la France nous explique : *« Parce que quand on est à la ville, on n'imagine pas vivre à la campagne. Moi je n'imaginais pas du tout. Je ne comprenais même pas comment on faisait pour vivre à la campagne. Et c'est mon stage, il m'a fait comprendre que c'était vraiment le dernier endroit où on pouvait vraiment faire notre boulot, sans passer notre temps à faire des lettres à des spécialistes. »*

Il nous manque ici les résultats du nombre d'aides accordées par les Conseils régionaux du Massif central pour les internes, ainsi que des éléments d'évaluation de ces dispositifs (ce qui fonctionne bien et moins bien et les choses à faire évoluer, à partir des retours des bénéficiaires et des facultés). De même, les modalités d'échanges entre les collectivités territoriales et les universités de médecine auraient pu faire l'objet d'une attention particulière dans ce cadre. Enfin, étant donné le contexte interrégional du Massif central et les enjeux autour d'un plus grand nombre de maîtres de stage et de stagiaires dans les territoires, notamment ruraux, il aurait été intéressant de recenser le nombre de stages des internes réalisés hors de la région de leur Faculté, d'évaluer le besoin, la pertinence et les freins.

B. Les bourses aux internes en médecine générale par les Conseils généraux

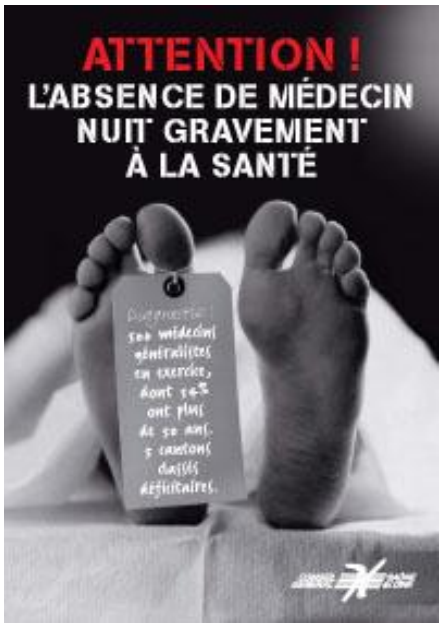
A l'échelle du Massif central, les départements de l'Allier, de la Lozère et de la Saône-et-Loire, inquiets des nombreux départs en retraite de leurs médecins généralistes libéraux à venir, ont mis en place un système d'aide financière à l'intention des étudiants de médecine contre l'engagement d'une installation sur leur département, dans des territoires nécessitant des médecins. Créé par le département de l'Allier en Auvergne, ce dispositif a été repris dans la loi de réforme de 2009 « Hôpital, patient, santé et territoire ».

1. « Jeunes médecins en Saône-et-Loire »

D'après le Docteur Thevenon Sylvie, médecin de la PMI et directrice adjointe du service Enfance et familles du Conseil général de Saône-et-Loire, ce dispositif intitulé "Jeunes médecins en Saône-et-Loire" a été mis en place en 2007, reconduit en 2008 et 2009 puis suspendu pour des raisons financières et non repris depuis. Il proposait aux étudiants en 3ème cycle de médecine générale une aide financière mensuelle de 1 000 € pendant 3 ans, à la condition de s'engager à exercer pendant au moins 5 ans dans une zone classée déficitaire définie par la Mission Régionale de santé en 2005. Les zones déficitaires concernées sont les cantons de Louhans, Montret, Sémur en Brionnais, Digoin et Toulon-sur-Arroux.

Une communication avait été faite sur ce dispositif dans la presse générale, la presse spécialisée médicale, le site internet du Conseil Général, dans les facultés de médecine et auprès des associations d'étudiants par l'intermédiaire de l'affiche et de flyers (figure 62).

Figure 62. Affiche d'information pour le dispositif du Conseil de Saône-et-Loire



Source : CG de Saône-et-Loire.

Plusieurs étudiants ont contacté le département mais seulement trois ont contractualisé la première année : un étudiant de la faculté de Nantes qui possédait des attaches familiales dans la région, un étudiant de la faculté de Toulouse qui possédait également des attaches familiales dans la région, et enfin une étudiante de la faculté de Dijon qui était originaire de Saône-et-Loire. Aucun autre étudiant ne fut contractualisé les deux années suivantes.
La contractualisation passait par la signature d'une convention entre l'étudiant et le Conseil général. L'étudiant s'engageait à s'installer dans une zone déficitaire et devait informer le département un an avant la fin de son cursus du lieu exact d'implantation de son cabinet. Les deux étudiants ont dénoncé la convention, l'un en avril 2009, l'autre en mars 2010. Nous n'avons pas eu connaissance des raisons de ce désistement. L'étudiante quant à elle possède un projet d'installation en septembre 2011 dans une des zones déficitaires (de 2005).
Selon le Docteur Thevenon, il n'y a pas eu d'accompagnement particulier auprès des candidats au dispositif, pas de visite sur les territoires. L'étudiante qui souhaite s'installer connaît déjà bien la région.

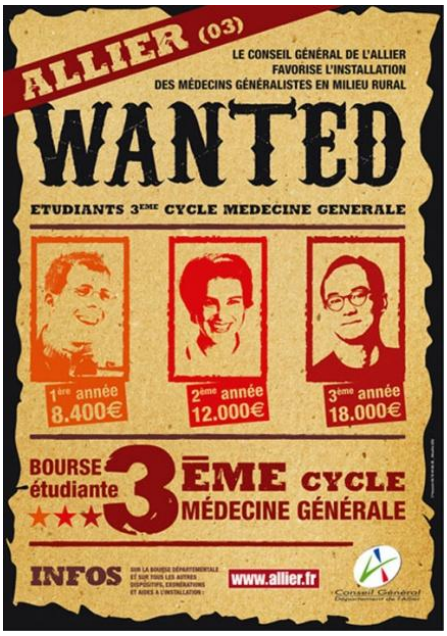
Le programme ayant été interrompu pour des raisons financières, et au vu de l'absence de sollicitation en 2008 et 2009, on peut en conclure que le bilan était mitigé en raison de la faible efficacité et d'une redistribution des priorités du Conseil général. Toutefois, une note d'analyse datant de 2009 envisageait quelques pistes d'amélioration. Ainsi, le département limitrophe (l'Allier) qui propose le même type de dispositif offre une indemnité croissante au fil des années, ce qui paraît donc plus intéressant financièrement pour l'étudiant. De plus, le contexte local des territoires qui ont un potentiel d'installation pourrait être développé. Enfin, il était envisagé de mieux cibler les périodes d'informations auprès des étudiants en fin de 2ème cycle. Ces recommandations n'ont toutefois pas pris effet en raison de l'arrêt du financement quelques mois plus tard.

En 2011, ce même Conseil général mettait en place un appel à projet afin d'aider financièrement la création de maisons de santé multidisciplinaires sur le département.

2. Le dispositif « Wanted » de l'Allier

Le département de l'Allier rencontre des difficultés importantes en terme de démographie médicale. En effet, dans une étude de la Préfecture[159], sur les 347 médecins généralistes en exercice en 2007, 123 sont âgés de plus de 55 ans et devraient partir dans les cinq à dix prochaines années. Par ailleurs, les cessations d'activité ne sont pas uniquement liées aux départs en retraite. Dans cette même étude, il est expliqué qu'« en prenant également en compte les cessations d'activité précoces, ce sont les deux tiers des médecins actuellement installés qui ne seraient plus en fonction à cette échéance. ». De plus, les médecins ont une tendance à se concentrer dans les trois agglomérations du département (65%) alors que seulement la moitié de la population y habite. Etant donné le faible nombre de nouvelles installations depuis dix ans et les difficultés actuelles à assurer la transmission dans les territoires ruraux notamment, le Conseil général a jugé essentiel de trouver des solutions aux problèmes.

Figure 63. Affiche d'information du dispositif « Wanted »



Source : Conseil général de l'Allier.

Marie-Béatrice Venturini-Lenoir, chargée de mission à la Mission Accueil du Conseil général de l'Allier, présente le dispositif « Wanted » et ses résultats actuels (figure 63). Elle est en charge de ce dispositif à l'intention des étudiants en médecine générale, ainsi que toutes les actions d'accueil et d'aide à l'installation de nouveaux habitants pour le département de

[159] Rapport à M. le Préfet de l'Allier sur la démographie médicale prospective dans le département de l'Allier, Observatoire interministériel des territoires de l'Allier, novembre 2007.

l'Allier. Une démarche qualité pour l'accueil de nouvelles populations a été mise en œuvre par le Conseil général, impulsée par l'Agence des territoires d'Auvergne (ARDTA). Le dispositif « Wanted » s'insère dans cette démarche qualité, et est également pleinement connecté avec les actions de soutien mises en place par le Conseil général pour la création de maison de santé et les projets de structuration de l'offre de soins.

Le dispositif a été lancé en juin 2006, et est reconduit tous les ans. Jusqu'en 2010, il proposait le soutien à deux étudiants par an. La montée en puissance des besoins et le succès du dispositif a entraîné l'augmentation de la capacité d'aides à dix étudiants par année depuis 2010. Le Conseil général propose un contrat aux étudiants de 3ème cycle de médecine générale de toute la France. Ce contrat permet de recevoir une bourse de 700 euros la première année, 1000 euros la deuxième année et 1 500 euros la troisième année, soit 38 400 euros au total, pour un engagement de minimum six ans sur le département de l'Allier, dans les territoires où il y a des besoins. Les aides sont suspendues en cas de redoublement. Pour contractualiser, il suffit de faire une demande au Conseil général. Une commission permanente se réunit tous les mois pour traiter les demandes. L'aide débute le mois suivant la validation en commission permanente.
Au printemps 2011, dix-huit étudiants avaient signé un contrat. Trois étudiants parmi les 18 ont pris en cours d'année de leur cycle d'étude (un au début de sa 2ème année, et deux en milieu de leur 1ère année, tandis que le reste des étudiants s'est engagé à leur entrée en 1ère année de 3ème cycle).

Sur ces dix-huit internes :
Région d'origine : Auvergne (7), Bourbon Lancy (1), Lyon (1), Paris (3), Orange (1), Normandie (1), Marseille (3), Roumanie (1)
Région de formation (3ème cycle) : Clermont-Ferrand (12), Lyon (1), Paris (1), Besançon (1) Lille (1), Marseille (2)

Tous les étudiants ont plus ou moins l'âge d'un étudiant en 3ème cycle de médecine, à l'exception d'une personne d'une quarantaine d'années, travaillant auparavant dans la communication et qui a repris des études de médecine, et une personne qui a fait auparavant l'école d'infirmier avant la médecine. On compte sept femmes et onze hommes. Deux contrats ont été rompus avant installation, dont un étudiant de l'université de Lille, qui, pour des raisons personnelles, souhaite rester en région Nord-Pas de Calais pour le moment.
Plusieurs actions de prospection ont été mises en œuvre pour faire connaître le dispositif et recruter des candidats potentiels. A deux reprises, des affiches et des flyers ont été envoyés à toutes les facultés de France.
Une session d'actifs a été organisée à Moulins (préfecture de l'Allier) en 2009 par la Mission Accueil du Conseil général. Cette session a réuni des professionnels de santé, des représentants des Ordres (médecin, dentiste) et de l'université, des élus locaux, des institutionnels et des candidats à l'installation, pour des échanges à bâton rompu, puis des visites sur les territoires le jour suivant. Une opération dite « d'infiltration » a été menée par le Département en 2010 au sein des universités de Toulouse et de Marseille, mais celle-ci a été jugée peu efficace en raison d'un public trop jeune. Le Conseil général est présent comme partenaire lors de la journée de la médecine générale, la Jumga, à Clermont Ferrand, chaque année, et lors du forum de l'installation, avec l'avantage d'avoir un public plus varié. Sur plusieurs années consécutives,

ils ont présenté un stand au MEDEC, seul représentant territorial rejoint par la suite par le département de la Lozère. Les étudiants qui ont été contractualisés sont venus à la fois sur le site du Conseil général, ont eu connaissance du dispositif par l'affiche, en particulier à Marseille, ont été aux salons ou bien ont profité du bouche-à-oreille des locaux.

Marie-Béatrice Lenoir-Venturini se présente comme une « accueillante de porteurs de projet classique ». En général, les maires s'investissent, trouvent des logements par exemple, et se donnent les moyens d'accueillir. Pour les démarches administratives, elle les renvoie auprès d'une personne partenaire en charge de l'installation à l'ARS. Pour identifier les territoires qui ont des besoins en médecin, le Conseil général ne s'est pas arrêté aux zones déficitaires définies en 2005, mais possède une connaissance fine de son territoire avec les manques, les potentiels et les professionnels prêts à accueillir voire à s'associer. Selon Mme Lenoir-Venturini, ce n'est pas la manne financière qui est la première cause de la contractualisation, même si c'est un plus. L'accompagnement est le plus important pour susciter l'installation, par la connaissance du territoire et des professionnels, à partir de rencontres et d'échanges. *« Pour beaucoup, ils ne seraient pas venus dans l'Allier s'ils n'avaient pas mis un pied dedans »*. Certains étudiants se sont adressés à d'autres conseils généraux : *« C'est nous qui avons été le plus réactif pour faire visiter le coin. Notre chance est aussi le système des « résidences d'entrepreneurs » qui leur permettent de visiter aux « frais de la princesse »* ». Les résidences d'entrepreneurs sont un dispositif à l'échelle de la région Auvergne, porté par l'Agence des territoires d'Auvergne, qui permet notamment aux candidats à l'installation en Auvergne provenant d'une autre région, d'être remboursés des frais de déplacements et d'hébergement pour venir découvrir le territoire et le potentiel lieu d'exercice.

« Après la 1ère visite, certains savent déjà où ils souhaiteraient aller, d'autres vont attendre. Je prends en compte les contraintes du boulot du conjoint également. S'il est sur Clermont-Ferrand, je vais faire visiter surtout le Sud de l'Allier. Si l'étudiant souhaite exercer en maison de santé pluriprofessionnelle, je vais faire des visites ciblées dans les maisons de santé en fonctionnement ou en projet qui cherchent des professionnels ». Quand les étudiants qui ont contractualisé ont décidé de leur lieu d'installation, un avenant est signé, avec une lettre d'engagement avec les professionnels de santé lorsque c'est dans une MSP, afin d'être sûr de garder la place. Lorsqu'ils obtiennent leur diplôme, on leur laisse un an pour s'installer dans la zone qu'ils ont choisie.
La plus-value de ce dispositif original est d'être sur mesure, adapté aux besoins du candidat à l'installation, fondé sur le principe du réseau de connaissances avec le territoire et les professionnels du territoire. Cela demande un investissement important de la chargée de mission qui accueille et organise des actions de prospection et se déplace dans les salons. Au vu des difficultés importantes de démographie médicale du premier recours que connaît le département de l'Allier, ce dispositif apporte une réelle plus-value.

3. La Lozère accueille ses futurs médecins

La Lozère compte 76 800 habitants (Insee 2006), une densité de 15 hab/km², une altitude moyenne départementale la plus élevée de France de 1 100 mètres. Elle possède environ 50

médecins généralistes en 2009, dont 12% ont plus de soixante ans[160]. Les départs en retraite et la transmission de l'activité sont des questions préoccupantes, d'autant plus que de nombreux établissements médico-sociaux, qui structurent une partie de l'économie de la Lozère, fonctionnent avec la médecine libérale.

Figure 64. Affiche d'information
« la Lozère vous accueille »

Source : Conseil général de Lozère.

Le réseau ALUMPS est l'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins. Cette association résulte de la fusion en février 2006 de l'ALUM (Association de médecins pour la formation aux urgences des généralistes) et Synergie 48 (association de médecins pour la régulation des gardes des généralistes). Le réseau est animé par M. Laurent Crozat, chargé de mission aux multiples compétences, et une secrétaire. Son siège est à la maison Cruveiller, à côté du CH de Mende. De plus en plus connu, l'ALUMPS devient un interlocuteur incontournable des questions de l'offre de soins en Lozère. L'association possède plusieurs missions, dont les principales sont la permanence des soins avec la tenue du tableau des gardes à l'échelle départementale, la formation des médecins correspondants SAMU pour les urgences, l'accueil des nouveaux praticiens et l'accompagnement des projets de maisons de santé en Lozère. Elle est chargée par le Conseil général d'assurer l'accueil des nouveaux professionnels de santé qui souhaiteraient s'installer, en particulier des médecins généralistes. Le fonctionnement de l'association est assuré en partie par le FIQCS de l'ARS. Les contraintes budgétaires de l'enveloppe financière du FIQCS rendent difficile l'accompagnement à la fois des professionnels et des projets de maisons et pôles de santé.
Le Conseil général de la Lozère finance également des bourses aux étudiants de médecine et de chirurgie-dentaire, en contrepartie d'une installation et d'un engagement de cinq ans sur le département (figures 64 et 65). Il propose également une aide financière pour les frais de

[160] *« La Lozère se démène pour attirer des médecins »*, Le Quotidien du médecin, le 14 avril 2009.

déplacements des étudiants vers leur lieu de stage dans un ou plusieurs cabinets de médecine libérale sur le département.

Figure 65. Affiche d'information à l'intention des dentistes

Source : Conseil général de la Lozère.

En janvier 2012, le Conseil général de Lozère était en mesure de faire un premier point sur le dispositif en faveur des médecins, l'action de sensibilisation des étudiants en chirurgie dentaire n'ayant pas encore débuté. On comptait alors huit internes en médecine générale qui avaient signé un contrat dans le cadre des bourses d'internat, soit deux hommes et six femmes. Pour cinq d'entre eux, la signature du contrat intervenait en 1ère année d'internat, pour deux d'entre eux en 2ème année et un interne en 3ème et dernière année d'internat. Concernant le profil des internes, ils proviennent de cinq régions différentes (Normandie, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Aquitaine) et de quatre régions différentes de formations (Normandie, Auvergne, Franche-Comté, Bretagne). En janvier 2012, on comptait trois professionnels installés, depuis décembre 2010 pour les premiers. Ils ont pu bénéficier d'un accompagnement dans la préparation à leur installation professionnel, en particulier grâce à la prise de contact avec les médecins locaux. L'installation personnelle est facilitée par une aide pour la mutation de leur conjoint, et des informations logistiques sur le territoire, en particulier pour trouver un logement. Le Conseil général entretient des échanges réguliers avec ces internes, ainsi qu'avec ceux en exercice sur la Lozère.
Une enquête auprès des bénéficiaires du dispositif n'a pas encore été réalisée. Pour la collectivité, l'élément le plus déterminant dans cette politique d'accueil pour l'installation des médecins est le relationnel qui est établi avec les étudiants, dans le but d'assurer un suivi et un contact régulier avec eux, afin qu'ils se sentent réellement accueillis et soutenus. Le principal facteur d'échec, toujours selon les services du Conseil général de Lozère, serait que le conjoint décourage l'installation pour diverses raisons (pas de travail, éloignement trop important à la famille…).

Concernant les bourses de stage, onze conventions ont été signées, avec des étudiants provenant tous de la faculté de médecine de Montpellier. Des contacts ont été établis avec des étudiants de

Clermont-Ferrand, mais la réalisation de leur stage en Lozère, dans une autre région que l'Auvergne, semble compliquée à mettre en place pour le suivi et l'évaluation du stage par leur Faculté. Les universités ont peut-être facilité depuis les stages hors régions. La bourse de stage consiste en une aide pour réaliser les déplacements vers le lieu de stage. Tous les étudiants ont donc bénéficié des remboursements de leur frais de déplacement, d'environ 500 euros en moyenne par étudiants sur les 6 mois de stage. Une enquête de satisfaction auprès des stagiaires n'a pas pour le moment été réalisée.

Figure 66. Informations du CG de l'Aveyron sur les aides à l'intention des internes en médecine

Source : Conseil général de l'Aveyron.

Pour faire connaître le dispositif de bourses d'internat et de stages, et afin de trouver les candidats, le Conseil général de Lozère mène plusieurs actions de prospection, dans les facultés de Clermont-Ferrand, de Montpellier et de Toulouse, lors de séminaires, et il participe depuis 2009 au Congrès national des internes de médecine générale (Reims, Nantes, Caen, et Lyon).
L'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon a connaissance des dispositifs mis en place par le Conseil général de Lozère mais ils ne travaillent pas ensemble. L'Ordre départemental des médecins et l'association l'ALUMPS sont les principaux partenaires de la collectivité sur ce sujet. D'autres départements tels que le conseil général de l'Aveyron proposent une aide financière pour le transport et le logement à l'intention des internes (figure 66).

A partir de ces différentes expériences locales d'aides financières par le biais de la contractualisation, reprises par le gouvernement avec la loi HPST, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de miser sur l'installation des étudiants de médecine générale, à la suite de l'obtention de leur diplôme. En effet, plusieurs rencontres sur le territoire du Massif central, ainsi qu'au niveau national, nous ont révélé que la période de remplacement ou de salariat, qui fait suite à l'obtention du diplôme pour une bonne part des jeunes docteurs, offre des expériences, l'occasion de prendre confiance, de s'affirmer et de mieux définir sa manière d'exercer, éloignée des cadres parfois contraints des stages qui ponctuent les cycles de formation en médecine. Ces expériences sont citées comme étant d'une grande richesse pour le parcours du praticien. Une médecin généraliste récemment installée explique : *« Moi j'ai pris le temps de la réflexion de mes études. J'ai pas passé le concours de l'internat, donc j'ai eu tout ce temps-là pour aller au théâtre, pour m'ouvrir à plein de trucs, et après mon activité de remplaçant, je travaillais une semaine sur deux. Donc, j'ai fait énormément de chose, et je suis allée travailler en Savoie, dans l'Aube, un peu partout dans les Ardennes, j'ai profité pour bouger un petit peu. J'ai voyagé. […] S'installer dix ans après, ça fait des meilleurs médecins, moi j'en suis sûre. »*

Ainsi, si les multiples expériences semblent contribuer à former de meilleurs médecins, les politiques d'accueil devraient peut-être œuvrer auprès des remplaçants et des salariés qui parfois sont attirés par l'exercice libéral mais redoutent le passage à l'installation.

Les commentaires des médecins que l'on peut lire à propos des articles en ligne du *Quotidien du médecin*, montrent plusieurs types de réactions et soulèvent plusieurs aspects de la problématique des incitations financières pour favoriser l'installation.
Par exemple, nous avons extrait certaines remarques suite à l'article[161] portant sur le dispositif du Conseil général des Charentes pour les étudiants en médecine, et de l'histoire d'un interne qui a remboursé la totalité de l'aide qu'il a reçue, par un seul chèque, suite à son désistement d'installation dans les lieux prévus par son contrat. Ainsi, des commentaires montrent l'idée qui persiste chez de nombreux médecins que ce serait le fait d'augmenter les honoraires des médecins généralistes qui permettrait l'augmentation du nombre d'installations et non les aides financières pour les études et l'installation. D'autres rétorquent que ce n'est pas un problème d'argent, mais davantage un souhait de nouvelles conditions de travail. Certains médecins reprochent une quête de toute puissance des administratifs et des politiques avec les aides et les zonages, dont l'évènement relaté en Charente montre les limites. Les démarches auprès des étudiants de la part des politiques provoquent des réactions vives chez certains médecins. Ces derniers se comportent parfois violemment auprès des jeunes confrères installés, en raison d'une inégalité de traitement, d'où naît un sentiment d'injustice. Enfin, un médecin propose d'utiliser l'argent des aides aux étudiants (qui font preuve de peu d'efficacité) pour soutenir *« des contrats de collaboration salariés entre un médecin déjà installé et un jeune médecin véritablement prêt à faire le grand saut, pour une incorporation en douceur dans un système déjà en place »*.

[161] **«** *Un chèque de 29 000 euros : un interne charentais touche sa bourse et la rembourse* », Anne Bayle-Iniguez, Lequotidiendumedecin.fr, 28/06/2013.

III. Allez voir ailleurs : les facteurs de rétention ou de départ des médecins boursiers en régions « éloignées » du Québec

Au Québec, une politique de régionalisation de l'immigration a été instituée en 1992. L'objectif est alors d'obtenir une meilleure distribution spatiale des immigrés et un ancrage dans les régions québécoises durables, en travaillant sur les facteurs d'attractivité et de rétention. Toutefois, les résultats de cette politique sont encore peu concluants dans le sens où en 2006, 87% des immigrants vivaient à Montréal, la plus grande ville du Québec.

L'étude de Simard et Van Schendel a consisté à *« dégager les conditions de base pour enraciner de façon durable les médecins immigrants et leur famille en région éloignée »*. Ce travail a été financé par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Il s'agit d'une étude qualitative entreprise en 2002 et qui a pour objectif d'identifier les processus socioprofessionnels et familiaux des médecins généralistes et les facteurs de rétention dans un contexte de pénurie de médecin. Les auteurs ont réalisé 45 entrevues auprès de médecins immigrants mais aussi de médecins boursiers qui ont eux l'obligation de pratiquer dans les régions éloignées en raison de leur statut ou des aides financières qui leur ont été accordées. En effet, pour palier les manques de médecins dans les régions éloignées, le gouvernement québécois a mis en œuvre à partir des années 1990-2000 des dispositifs incitatifs pour l'exercice médical dans ces territoires. Pour les médecins à diplômes étrangers, une obligation d'exercice pendant 4 ans en régions éloignées a été fixée avec la possibilité de s'installer où ils le souhaitent. Les étudiants boursiers, eux, doivent obligatoirement y exercer un nombre d'années identique à celui durant lequel ils ont reçu une aide financière.

A. L'exemple des régions éloignées ou isolées

Les régions éloignées ou isolées sont définies par arrêté gouvernemental. Ce classement entraîne un certain nombre d'aides dans l'exercice quotidien (aide à l'installation et au maintien, aide à la formation, prime et rémunération majorées ou enfin aide à certains frais de transport). Ainsi, les étudiants candidats à la bourse pour s'installer en régions éloignées ou isolées déficitaires en médecins choisissent sur une liste publiée chaque année par le gouvernement, un centre où un poste est disponible[162] (figure 67).

De quel type de territoire parle-t-on lorsque l'on parle de régions éloignées (figure 68)? Par exemple, la région du Bas-Saint-Laurent (région 01), pour une superficie de 22 234 km² et une population d'un peu moins de 200 000 habitants (2001), affiche une densité moyenne de 9 hab./km², avec un solde démographique négatif (-0,3% entre 2006 et 2011) et une desserte moyenne de 138 médecins généralistes pour 100 000 (contre 105 en moyenne sur l'ensemble du Québec).

[162] Site du Ministère de la Santé et des services sociaux, rubrique Médecine en régions éloignées et isolées (http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/medregion.nsf/) (consulté le 20 août 2013).

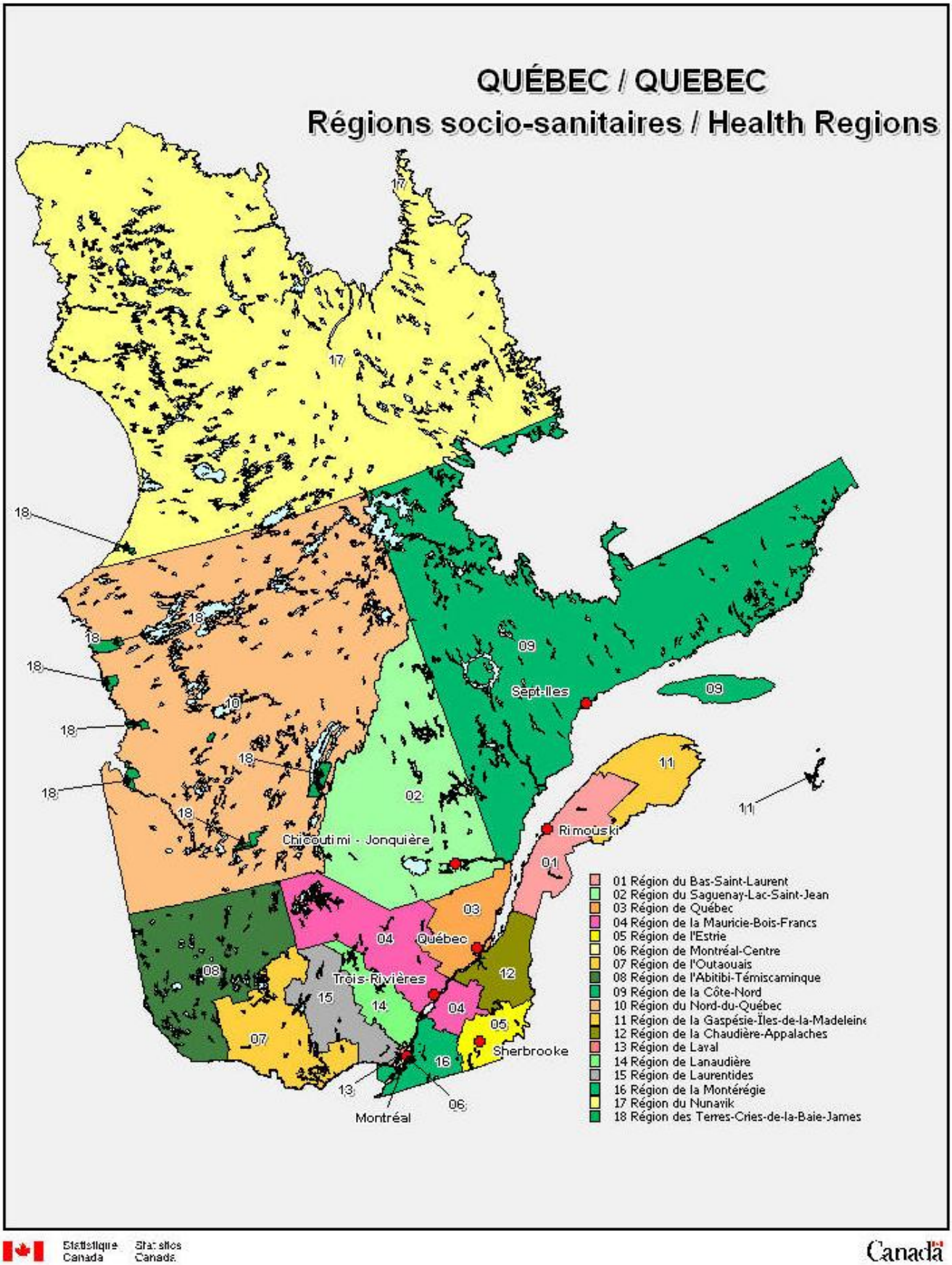
Figure 67. Liste des postes accessibles pour les boursiers en médecine de famille en 2013 selon recommandations du Comité consultatif MSSS-FMOQ du Québec

RÉGIONS	ÉTABLISSEMENTS ACCESSIBLES AUX BOURSIERS (liés aux priorités exprimées par les DRMG et les DRAM)	NOMBRE DE POSTES ATTRIBUÉS DANS CHAQUE RÉGION
RÉGION 01 BAS-SAINT-LAURENT	- CSSS de Témiscouata (Notre-Dame-du-Lac) (1) - CSSS de la Matapédia (Amqui) (1) - CSSS de Matane (Matane) (1) - CSSS de Rivière-du-Loup (Rivière-du-Loup) (1) - CSSS Les Basques (Trois-Pistoles) (1)	5
RÉGION 02 SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN UNIQUEMENT LES TERRITOIRES DU LAC-SAINT-JEAN	- CSSS Maria-Chapdelaine (Dolbeau) (2) - CSSS Domaine-du-Roy (Roberval) (1)	3
RÉGION 04 MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC *UNIQUEMENT LE TERRITOIRE DE LA TUQUE*	- CSSS du Haut-Saint-Maurice (La Tuque) (2)	2
RÉGION 07 OUTAOUAIS *UNIQUEMENT LES TERRITOIRES DE MANIWAKI ET SHAWVILLE*	- CSSS du Pontiac (Shawville) (4) - CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki) (4)	8
REGION 08 ABITIBI-TEMISCAMINGUE	- CSSS de la Vallée-de-l'Or (Val-d'Or) (3) - CSSS des Aurores Boréales (La Sarre) (3) - CSSS du Lac-Témiscamingue (Ville-Marie) (2) - CSSS Les Eskers de l'Abitibi (Amos) (1)	9
RÉGION 09 CÔTE-NORD	- CSSS de la Haute-Côte-Nord (Les Escoumins) (2) - CSSS de Port-Cartier (Port-Cartier) (2) - CSSS de Sept-Iles (Sept-Îles) (5) - CSSS de la Minganie (Havre St-Pierre) (1)	10
REGION 10 NORD-DU-QUÉBEC	- Centre de santé René-Ricard (Chapais) (1) - Centre de santé Lebel (Lebel-sur-Quévillon) (1)	2
RÉGION 11 GASPÉSIE-ILES-DE-LA-MADELEINE	- CSSS du Rocher-Percé (Chandler) (1) - CSSS de La Haute-Gaspésie (Ste-Anne-des-Monts) (3) - CSSS de la Côte-de-Gaspé (CLSC de Grande-Vallée) (1) - CSSS de la Baie-des-Chaleurs (CLSC de Paspébiac) (1)	6
RÉGION 15 LAURENTIDES *UNIQUEMENT LES TERRITOIRES DE LA MRC DE L'ANNONCIATION*	- CSSS d'Antoine-Labelle (Mont-Laurier) (2) - CSSS d'Argenteuil (Lachute) (2)*	4
RÉGION 17 NUNAVIK	- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Kuujjuaq) (1)	1
RÉGION 18 TERRES-CRIES- DE- LA- BAIE-JAMES	- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Chisasibi)	0
NOMBRE TOTAL : **11 REGIONS**	**28 établissements**	**50 postes attribués en 2013 pour 45 boursiers attendus**

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, 2013

Autre exemple, la région de l'Abitibi-Témiscamingue (région 08), pour une superficie de 57 739 km² et une population de près de 145 700 habitants, compte une densité moyenne de 2,5 hab./km², un solde démographique positif de 1,3% et une desserte moyenne de 130 médecins pour 100 000 habitants. Un troisième exemple, la région du Nord-du-Québec (région 10), avec 747 161 km², 42 579 habitants en 2011 et une augmentation de 6,9% de la population depuis 2006, compte une densité moyenne de 0,1 hab./km², 133 médecins généralistes soit une desserte moyenne de 313 praticiens pour 100 000 habitants. Les dessertes moyennes donnent peu d'informations sur les réalités de l'offre étant donné l'étendue des régions et le faible nombre d'habitants, ce qui entraîne des dessertes moyennes plus importantes que la moyenne à l'échelle du Québec, voire trois fois plus pour la région du Nord-du-Québec par exemple.

Figure 68. Les régions socio-sanitaires du Québec



Source : Statistique Canada du Gouvernement du Canada.

Parmi les médecins enquêtés, il y a ceux qui sont restés sur le territoire après leur période obligatoire et il y a ceux qui sont partis vers les grands centres urbains (selon une proportion égale de l'échantillon). Les immigrants enquêtés sont pour moitié originaires d'Europe, puis l'autre moitié à proportion égale d'Amérique du sud, des Antilles et d'Asie. Il n'y a pratiquement pas d'immigrants du Moyen-Orient. Ces derniers sont de dix ans en moyenne plus vieux que les médecins boursiers, caractéristique liée au parcours migratoire. Les facteurs de rétention ou de départ en région éloignée sont classés dans cette étude en six grandes catégories d'analyse : les facteurs professionnels, socioculturels et communautaires, familiaux, personnels, financiers et environnementaux.

Sur le plan **professionnel**, la pratique médicale en régions éloignées est appréciée par les médecins immigrants et les boursiers car elle permet une continuité et une proximité avec les patients. Elle offre l'occasion d'être autonome et polyvalent dans le travail du fait de la diversité des situations et des soins à réaliser, ce qui permet d'élargir les compétences professionnelles dans des domaines tels que la cardiologie ou l'obstétrique. L'exercice en région éloignée est un exercice où le médecin a un rôle global et valorisant vis à vis du patient, ce qui correspond à l'idée *« d'un vrai médecin de famille généraliste»*, à la différence de l'exercice en milieu urbain. La charge de travail est raisonnable, dans le cadre d'une entente et d'un soutien entre professionnels avec une stabilité remarquée dans les équipes et le renouvellement. Toutefois, la détérioration des conditions de travail, notamment par le manque constant de médecins, entraîne une surcharge de travail et une dégradation de la qualité de vie qui poussent les médecins au départ.

Sur le plan des facteurs **socioculturels et communautaires**, les éléments qui ont favorisé la rétention du médecin dans la région après sa période obligatoire, sont les relations sociales faciles et satisfaisantes avec la population locale, un accueil chaleureux et une solidarité avec le voisinage, le respect et la reconnaissance sociale de leur apport en tant que médecin et citoyen, et enfin le sentiment d'appartenance à la communauté. A l'inverse, les éléments qui ont contribué au départ des médecins sont la différence de système de valeurs et de champs d'intérêt, la distance sociale et culturelle ressentie avec la population locale, perçue surtout par les immigrants, le manque d'intimité dans un format de société plus restreint que la ville, l'isolement et la solitude. Une discrimination et du racisme ont été ressentis, du fait d'une origine urbaine – donc un « statut » de non natif de la région – ou de la position d'immigrant issu d'un pays étranger.

Concernant les facteurs **familiaux**, on observe un échec important pour l'emploi de la conjointe (les médecins étant essentiellement des hommes), avec 40% d'entre elles qui n'ont pas obtenu d'emploi valorisant. C'est un facteur décisif de départ, lié à l'ennui, à la dépression ou au sentiment de sacrifice de leur carrière que la situation impose. Sur le plan éducatif des enfants, le passage postsecondaire est généralement critique et est un critère décisif de rester ou partir, lié aux limites de l'offre scolaire en région (pas d'écoles privées, faible diversité des choix de cours et de programmes…). Par ailleurs, il est noté que l'accueil personnalisé et le soutien aux conjoints et aux enfants pour intégrer la communauté sont déterminants. Cela commence par un accueil chaleureux afin de passer les premiers mois difficiles du changement, par le biais d'informations sur les ressources locales, par une aide pour la recherche d'une

maison ou encore pour inscrire un enfant à l'école. La manifestation d'une attitude ouverte en direction des étrangers est très importante. Dans cet accueil, le rôle des personnalités de la communauté et des associations est crucial pour faciliter l'intégration des médecins. Les **facteurs personnels** identifiés dans le fait de rester ou de partir d'une région éloignée sont d'une part, l'origine ou une affinité particulière avec le milieu rural. On constate que 60% des médecins d'origine rurale resteront sur le territoire, contre 66% d'origine urbaine qui repartiront exercer en ville. Cet intérêt pour la ruralité doit être partagé par le conjoint. Pour les médecins immigrants âgés, ils souhaitent s'installer, se fixer afin de mettre un terme à leur parcours migratoire. D'autre part, certains médecins qui restent en région éloignée désirent relever des défis liés à l'exercice rural qui offre une plus grande autonomie et polyvalence. Ainsi, l'étude pointe du doigt l'avantage de cibler les médecins souhaitant exercer en milieu rural dans le système d'aides afin de garantir une plus longue rétention.

Les facteurs **financiers** de la rétention sont l'importance de la rémunération majorée et des primes d'installation qui sont proposées aux médecins exerçant en région éloignée. Les journées de ressourcement et de formation continue réalisées à l'extérieur du territoire sont très appréciées des médecins et leur permettent de garder confiance dans leur exercice à l'égard d'une pratique autonome et polyvalente. Il a été suggéré d'inclure les conjoints et les enfants lors des séjours de ressourcement pour davantage de « bien-être familial ».

Les facteurs **environnementaux** sont plus secondaires. On retrouve l'attraction du territoire pour la beauté des paysages, des grands espaces, de la tranquillité et du silence, de la proximité à la nature, des activités familiales et sportives à l'extérieur. Les facteurs environnementaux répulsifs sont la dureté du climat, la longueur de l'hiver et la dangerosité sur les routes pendant les tempêtes ou encore les longues distances à parcourir.

Pour conclure, cette étude permet de comprendre au niveau des territoires ruraux des régions « éloignées » les facteurs de rétention ou de départ des médecins ayant bénéficié d'une aide dans le cadre d'une politique d'installation et d'accueil en direction des médecins généralistes étrangers et des étudiants boursiers.

Au-delà des résultats de cette étude, pour en compléter le contenu et offrir des éléments de comparaison avec la France, il serait intéressant de mieux connaître les modalités d'exercice des médecins en régions éloignées, quelles sont leurs relations avec l'hôpital et l'offre de spécialistes, comment sont vécues les situations d'urgence et comment se fait la régulation la nuit et les week-ends ? Les régions éloignées du Québec étant caractérisées par de très faibles densités de population et des conditions climatiques parfois extrêmes, il serait également intéressant de connaître les distances que parcourent en moyenne les praticiens et les conditions de circulation. De même, il est fait état d'un changement régulier des médecins, faute notamment de pouvoir les maintenir en exercice dans ces régions. Quel est l'impact de ces changements sur la population ? Comment se fait la transmission des informations des patients d'un praticien à l'autre ? Quels sont les stratégies développées pour offrir un suivi médical de qualité aux patients?
Le système de bourse, développé au Québec, contre l'engagement d'exercer dans une zone déficitaire selon la durée du versement de l'aide d'un minimum de trois ans, a été inscrit par l'Etat français dans la loi HPST de 2009. Ainsi, les Agences régionales de santé mettent en

place depuis 2010 ces mesures dans les facultés de médecine des universités françaises. Ce système de bourse a cependant débuté de manière innovante avant 2009, mis en œuvre par plusieurs conseils généraux, à l'échelle de leur département dès 2006. Sur le Massif central, on trouve l'Allier, la Lozère, ainsi que la Saône-et-Loire. Sur les autres départements et régions de France, on identifie la Manche et l'Ardèche avec 5 ans d'aides maximum pour un engagement de 10 ans, la Vienne sans engagement de durée, la Seine-et-Marne, l'Indre, la Sarthe, le Loiret, le Cher, ou encore la région Picardie. La majorité de ces dispositifs s'est développée entre 2006 et 2012. Une étude similaire à celle réalisée au Québec sur les facteurs de rétention ou de départ auprès de ce public n'a pas encore été réalisée, faute également de recul temporel nécessaire. En effet, les étudiants qui ont bénéficié de l'aide, sont pour la plupart encore en formation ou installés depuis trois ou quatre ans maximum, et donc dans la phase d'exercice obligatoire. L'effet sur les facteurs de rétention ne peut pas pour le moment être évalué. Toutefois, le nouveau dispositif développé par les ARS (CESP) pourrait tenir compte d'un certain nombre de recommandations issues de l'expérience d'autres pays et notamment du Québec, pour favoriser le maintien des médecins soutenus. On retiendra en particulier le soutien porté au conjoint pour trouver un emploi, une offre de formation au bénéfice du praticien durant laquelle la famille peut l'accompagner (type séjours de ressourcement), le souci d'accueillir une famille et d'accompagner l'installation et les premiers temps dans la vie locale par des personnes ressources locales.

B. Faire connaître les opportunités professionnelles et attirer dans une région reculée : l'exemple de l'Abitibi-Témiscamingue (Province du Québec)

Un dispositif appelé « ça prend du panache », a été mis en place par la province de l'Abitibi-Temiscamingue au Québec (figure 69), afin de faire connaître les offres d'emploi dans le domaine de la santé et susciter des vocations. Le principe de cette démarche est de présenter de manière ludique le profil requis pour des métiers cibles, soit « un profil, une profession », à partir d'indicateurs utilisés pour les conseils d'orientation. Ainsi, le profil créatif correspond plutôt aux ergothérapeutes, orthophonistes, techniciens en éducation spécialisée, le profil discret aux technologistes médicaux, archivistes médicaux, psychologues, le profil *stainless* aux technologues en radiodiagnostic, inhalothérapeutes, technicien(ne)s en électrophysiologie médicale. On trouve également le profil *feu* (gestionnaire, technicien(ne) en diététique, infirmier(ère) clinicien(ne)), le profil *velours* (infirmier(ère) auxiliaire, auxiliaire familial(e) et social(e), thérapeute en réadaptation physique) et le profil *d'équipe* (infirmier(ère), préposé(e) aux bénéficiaires, technicien(ne) en assistance sociale). Chaque profil décline en quelques lignes ses caractéristiques selon des indicateurs élaborés dans le cadre de parcours d'orientation professionnelle.

Dans la rubrique « nous embauchons », une liste d'offres précise par secteur est proposée, ainsi que la liste des métiers les plus recherchés, la possibilité d'un crédit d'impôts selon des critères, et un contact centralisateur pour l'envoi du *curriculum vitae* et pour demander des renseignements. Dans la brochure au format pdf, une dizaine de pages met en avant le cadre de vie de la province de l'Abitibi-Témiscamingue (nature, divertissements, convivialité…).

Le système de santé étant organisé au Québec par centre de santé et services sociaux, les contacts de chaque centre sur la Province sont repris.

Figure 69. Extrait du site internet « j'ai du panache » réalisé par la province de l'Abitibi-Témiscamingue

TRAVAILLER EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
« ÇA PREND DU PANACHE!
C'EST PAS POUR LES P'TITES NATURES! »

Tu devras garder ton sang froid.

Les gens auront recours à toi parce qu'ils n'iront pas bien, Parfois ce ne sera qu'un malaise. Parfois tu côtoieras la détresse humain

Les décisions et les gestes que ton équipe posera changeront e sauveront des vies.

Source : http://www.jaidupanache.com/.

Une étude australienne (Eley, Young et Przybeck, 2009), dans une démarche proche de celle de l'Abitibi-Témiscamingue, avait cherché à identifier le profil psychobiologique des médecins généralistes exerçant en milieu rural, par rapport à ceux en milieu urbain. Ainsi, les premiers résultats montraient une prédominance des traits de caractères plus portés sur la recherche de nouveauté, la persévérance et l'autonomie, et moins d'évitement du danger que l'on peut retrouver davantage en milieu urbain. En conclusion, ces chercheurs souhaitaient que ce travail préliminaire soit le précurseur d'une nouvelle approche pour le recrutement et le maintien des médecins en milieu rural, et pourquoi pas l'orientation et la préparation des étudiants en médecine sur l'exercice en milieu rural, grâce à une plus grande prise de conscience des traits de personnalité propice au travail dans les zones rurales.

Ces deux démarches pourraient nous amener, dans le contexte français, à réfléchir davantage sur ce qui fait les spécificités de l'exercice en milieu rural, et plus particulièrement en régions éloignées de montagne. La question de la recherche et de la valorisation de cet exercice, déjà initiée avec certains postes de chef de clinique exerçant dans des cabinets libéraux ruraux, pourrait être développée, ainsi que l'adaptation du contenu de la formation, avec peut-être des options d'enseignement dédiées, et pourquoi pas un système de présélection des futurs médecins de ces zones (selon des traits de caractères et des motivations ciblés).

IV. Les politiques d'accueil des collectivités en direction des professionnels de santé

Une étude prospective dans les années 1990 faisait le constat de la persistance d'un solde naturel négatif et du vieillissement de la population, notamment en région Limousin et Auvergne, offrant donc des perspectives démographiques négatives. Cette situation a poussé des élus à vouloir inverser la tendance. Ainsi, pionnier en France et en Europe, le Conseil régional du Limousin a initié une politique d'accueil de nouvelles populations avec pour but de faciliter la prospection, l'installation et l'intégration de nouveaux habitants en Limousin. Le Conseil régional d'Auvergne lance à son tour, plusieurs années après, des initiatives pour inciter les migrants potentiels à venir vivre et travailler en Auvergne. Cette volonté d'organiser et de promouvoir des politiques d'accueil se développe également à l'échelle du Massif central. Un dispositif appelé « créer et vivre dans le Massif central » a vu le jour en 2001 au sein de la Datar pour favoriser l'accueil d'actifs (Rieutort, 2006). Depuis, les partenaires du Massif ont initié d'autres actions concertées tout en valorisant les démarches et dispositifs développés localement. Les politiques d'accueil consistent notamment à sensibiliser à la fois la population, les collectivités locales et les acteurs socio-économiques à la notion d'accueil, aux conditions à réunir pour favoriser la venue et l'installation de nouveaux habitants. Pôles locaux d'accueil, sites de proximité, sessions d'accueil, foires à l'installation, résidences d'entrepreneur, défi jeune, université de l'accueil : une panoplie de dispositifs et d'initiatives se développent sur les territoires du Massif, à des échelles variables. Ce concept de politique d'accueil est assez récent (une vingtaine d'années maintenant) et est peu institutionnalisé. Les politiques d'accueil

tiennent à la volonté et l'initiative des collectivités et ne renvoient pas à une compétence en tant que telle. Les volontés d'accueillir bousculent parfois les habitudes des populations comme celles des élus, et interpellent leur état d'esprit et leur vision du développement de leur territoire et les manières d'y parvenir. Les enjeux pour les territoires accueillant se situent à la fois dans la présence et la création d'activité économique, le maintien et le développement des services de proximité (administratifs, loisirs, scolarité, santé), l'offre de logement qui doit correspondre aux besoins et aux attentes et qui passe parfois par la rénovation du parc, l'accessibilité par la présence des transports en commun ou par les nouvelles technologies (réseau ADSL par exemple). Les politiques d'accueil renvoient pour beaucoup à des politiques d'aménagement et de développement. On retrouve également le souci de créer une image positive du territoire, tout en veillant à ne pas survaloriser des atouts qui peuvent devenir des inconvénients, tels que le calme et la tranquillité qui pourraient être perçus comme de l'immobilisme (Rieutort, 2006).
La présence des professionnels de santé, participant au maintien d'une offre de soins de proximité, facteur de rétention et d'attractivité pour de nouvelles populations, a été perçue pour une part des élus comme une priorité. Ainsi, les politiques d'accueil ont décliné leurs dispositifs aux professionnels de santé, à la fois par des démarches de prospection, des aides à l'installation et par la création d'actions spécifiques. Les acteurs et les dispositifs présents sur le Massif central que nous développons ci-dessous ne sont pas exhaustifs mais offrent des exemples de ce qui peut se faire en la matière.

A. Les dispositifs de prospection en direction des professionnels de santé sur le Massif central

Les professionnels de santé libéraux, médecins, kinésithérapeutes, dentistes, qui souhaitent prendre leur retraite ou partir dans une autre région, et qui n'ont pas trouvé de repreneur, l'expliquent bien souvent aux collectivités territoriales. Ces dernières, des communes pour la plupart, prennent l'initiative depuis récemment de rechercher des candidats à l'installation, face à ces problèmes de renouvellement des professionnels et sous la pression des besoins de la population.

Pour cela, certaines collectivités sollicitent des prestataires spécialisés dans l'installation de professionnels (surtout pour les médecins généralistes) tels que Revitalis-Conseil (cabinet devenu XPconsultant après sa liquidation judiciaire en 2011), ou bien CEFC MEDICAL (Centre Européen de Formation et Conseil, comprenant un cabinet de recrutement international). Ces cabinets prospectent pour la plupart dans les pays de l'Est, en particulier en Roumanie. De plus en plus de collectivités locales font appellent à leurs services, à l'exemple de la Communauté de communes de la montagne thiernoise qui a installé un masseur-kinésithérapeute à Chabreloche en 2010 suite à l'intervention d'un prestataire. Le Conseil régional de Bourgogne a également participé au financement de plusieurs opérations de « chasseur de tête » pour aider à installer des professionnels dans des communes.

D'autres collectivités se rendent dans des salons professionnels afin de mettre en avant les qualités de leurs territoires, faire connaître les opportunités d'installation et les dispositifs d'aides, auprès des professionnels de santé qui assistent aux congrès. Ce sont pour la plupart

des congrès de médecine générale qui se déroulent en France, dans une ville différente d'une année sur l'autre. Le congrès ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) est un congrès pour les internes en médecine générale, réalisé par les internes eux-mêmes. Il propose des ateliers, tables-rondes et café-débats, sur une thématique cible qui réunit entre 600 et 700 internes de toute la France chaque année. Un espace est dédié aux partenaires, où se retrouvent des collectivités pour trouver de futurs médecins candidats à l'installation en libéral.
C'est le Conseil général de l'Allier qui innova en allant « planter » son stand au MEDEC, un congrès de médecine générale annuel avec conférences, ateliers et espaces d'expositions, qui visait à accompagner les médecins dans leurs pratiques. Pendant plusieurs années, il a été le seul territoire et collectivité à présenter un stand, puis il a été rejoint par le Conseil général de la Lozère (figure 70).

Des « settings » sont organisés dans les halls des Facultés avec pour but de favoriser les rencontres entre les élus des collectivités en recherche de professionnels de santé et les étudiants, notamment ceux en dernières années de formation qui se renseigneraient pour une éventuelle installation. L'union des professions libérales d'Auvergne (UNAPL) a par exemple organisé un « forum de l'installation » en octobre 2009 à la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand. Cette initiative, sans partenariat avec le département de médecine générale, a eu toutefois peu d'effets avec une faible mobilisation étudiante.

Figure 70. Laurent Crozat, en charge notamment de l'installation des médecins généralistes en Lozère au sein de l'ALUMPS, lors du MEDEC 2010

Source : Conseil général de la Lozère.

L'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne, en charge de l'accompagnement des candidats à l'installation, établit des échanges réguliers avec le Département de médecine générale de Clermont afin d'informer les étudiants des opportunités d'installation sur les territoires et les possibilités d'accompagnement à l'installation, en particulier via les Journées universitaires de médecine générale d'Auvergne (JUMGA), qui se déroulent chaque année. L'Agence a également entrepris une collaboration avec l'université de médecine de Cluj en Roumanie. Cette collaboration a pour objectif de permettre à des étudiants de l'université de Cluj de venir pratiquer leurs dernières années d'études de médecine en

Auvergne, à la fois dans un centre hospitalier et dans un cabinet libéral en zones fragiles ou sous-dotées, de manière accompagnée, afin de garantir une meilleure intégration des médecins en France. Pour se faire, un rapprochement avec les six représentants des hôpitaux régionaux a été opéré, afin d'envisager des conditions d'accueil pour les médecins venus de l'université de Cluj dans ces structures. Une première visite du Président de l'Ordre des médecins du Puy-de-Dôme s'est déroulée en octobre 2011, et a ouvert des perspectives de collaboration avec l'Université de Cluj, mais qui depuis sont restées sans suite.

Les médecins roumains en France : question d'éthique ?

En 2009, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) comptait près de 10 000 médecins étrangers exerçant en France. Les médecins roumains arrivaient au deuxième rang (avec 12%) derrière les médecins belges (16%). La présence des médecins roumains dans le paysage médical français n'est pas récente. Si leur nombre est croissant et leur venue médiatisée, les médecins roumains étaient plus nombreux encore à venir avant 2007, souvent « dans le cadre d'une formation à une spécialité, suite à laquelle ils sont restés » (Séchet et Vasilcu, 2012).

Deux chercheurs, Séchet et Vasilcu, dans un article publié dans la revue *Norois* de 2012, ont tenté de comprendre les raisons de leur nombre et les conséquences de leur immigration sur leur pays d'origine. Pour cela, ils ont rencontré en 2010 une centaine de médecins roumains installés dans l'ouest de la France et en région Ile de France. Nous reprenons ci-dessous les différents points développés par les auteurs qui nous permettent d'apporter un éclairage sur cette situation évoquée abondamment au sein des collectivités du Massif central, mais dont on ne connaît pas toujours la complexité.

Les médecins roumains sont très présents dans les CHU, en particulier en région parisienne, « porte d'entrée de nombreux médecins exerçant en France », ainsi que dans les hôpitaux périphériques de taille modeste, pour répondre aux besoins de spécialités médicales en tension telles que psychiatrie, anesthésie-réanimation, radiologue, services d'urgence. La part des médecins spécialistes, exerçant principalement dans le public, est supérieure à la part des médecins généralistes libéraux dans chaque département. Par ailleurs, l'étude fait le constat que les médecins roumains changent régulièrement de lieux d'exercice, sans pour autant en connaître les raisons (liées à la précarité des contrats de travail ou bien liées à des stratégies personnelles). Un peu plus de la moitié des médecins enquêtés souhaitaient s'installer définitivement en France.

Il existe plusieurs facteurs explicatifs au processus migratoire des médecins roumains.

Les écarts de revenus sont importants au sein de l'union européenne et peuvent justifier le souhait de migrer. Un contexte législatif a facilité les migrations, avec l'entrée dans l'Union de la Roumanie, la libre circulation des personnes entre les états membres et la reconnaissance des diplômes au sein de l'Union. Dans un contexte de démographie médicale en tension, les pays de l'Europe de l'Ouest ont élargi leur zone de recrutement à l'Europe de l'Est pour répondre à des besoins de personnels soignants. Dans les pays comme la France, les établissements de santé et les collectivités mettent en œuvre des dispositifs d'aide pour faciliter leur installation, et des prestataires dédiés organisent leur venue. Ce sont donc des travailleurs roumains, à la différence d'autres corps de métier, qui peuvent négocier les conditions de leur venue et bénéficier de facilités.

Parallèlement à ce contexte juridique favorable aux migrations, les difficultés sociales et professionnelles en Roumanie poussent de nombreux médecins et leurs familles à vivre hors de leur pays. Pour 70% des médecins enquêtés, ce sont des motivations économiques qui les poussent à immigrer. C'est également la recherche d'un cadre professionnel plus stimulant et épanouissant (88 médecins sur les 106 enquêtés). En effet, les conditions professionnelles en Roumanie sont très difficiles dans un système de santé où le gouvernement ne consacre que 4,5 % de son PIB, contre 9 % en moyenne dans l'Union européenne. La baisse à 2,6% du PIB en 2010 a eu notamment pour conséquence une diminution de 25% des salaires des professionnels de santé. Les professionnels des hôpitaux ne possèdent pas de matériels techniques en nombre suffisant et performants. Ils manquent de produits courants (médicaments…), et les équipes médicales sont incomplètes. Les professionnels exerçant en Roumanie sont dans l'impossibilité de répondre aux besoins des patients, ce qui provoque chez eux une insatisfaction au niveau professionnel, s'ajoutant à cela des salaires peu valorisants pour une profession à haute qualification. Aux opportunités professionnelles s'ajoutent la recherche d'une meilleure qualité de vie et de meilleures opportunités de formation pour leurs enfants. La maîtrise de la langue française facilite l'intégration professionnelle et sociale. « Même si l'anglais gagne du terrain, le français est largement enseigné en Roumanie et garde son rôle de langue culturelle.». De plus, des médecins déjà installés en France jouent un rôle facilitateur pour faire venir des collègues et amis (c'est le cas de 10% des médecins enquêtés).

Toujours selon l'enquête, 70% des médecins envoient des devises en Roumanie. Ceux qui le font régulièrement, cherchent souvent à aider des parents à la retraite ou à soigner un proche. La majorité des immigrés retourne en vacances et certains réalisent des acquisitions ou conservent un bien immobilier en Roumanie. Ces comportements assez classiques de population immigrée n'offrent pas d'impact significatif sur l'économie du pays. En revanche, le départ de ces médecins du système de santé roumain contribue à fragiliser une situation déjà très critique et représente la « perte d'un élément vital pour le développement social d'un pays ». On évalue une perte prochaine de 50 à 70% de médecins formés si les mauvaises conditions en Roumanie persistent selon le Collège des médecins de Roumanie en 2010. Persistant dans sa stratégie de rigueur et ne cherchant pas à mieux répondre aux besoins des médecins, le gouvernement roumain, pour palier au manque, accepte et favorise l'arrivée d'autres médecins de l'étranger, venus principalement de Moldavie et des pays arabes, qui sont prêts à exercer dans ces conditions.

Enfin, les deux auteurs nous expliquent que pour que le système de santé roumain bénéficie de retombées positives de cette migration (transfert de connaissances, d'expériences et de compétences), il est nécessaire que le gouvernement roumain propose une politique efficace de retour des médecins et fasse évoluer les conditions d'exercice. Parallèlement, les pays comme la France qui reçoivent cette population immigrée de médecins ne doivent pas « fermer les yeux sur les conséquences de ces migrations en Roumanie ».

L'OMS a tenté de mettre en place un code de pratique en 2010, comprenant la notion d'éthique dans le recrutement et l'emploi de professionnels de santé étrangers. Mais sans une dimension contraignante, ce document aura un impact quasi nul sur le comportement des Etats. Ainsi, « pour que le bénéfice de la migration des médecins soit partagé, il faudrait une grande implication de la part des acteurs politiques et économiques des deux pays ». Faute d'encadrement, « la Roumanie va payer chèrement la liberté de circulation, d'installation et de travail de ses citoyens ».

B. L'exemple d'une prospection « santé » à l'étranger : le salon de l'émigration à Utrecht (Pays-Bas)

Un bilan établi par l'ARDTA sur son intervention au salon d'Utrecht entre 2008 et 2011 nous permet de présenter cette expérience de prospection des professionnels de santé. Il existe une forte immigration annuelle des Néerlandais avec près de 120 000 départs. Cette immigration est motivée par le coût important de l'immobilier, la très forte densité, le manque d'espace vital, et enfin la recherche d'une meilleure qualité de vie et une recherche de « sens ». Cette immigration est organisée par les services publics et par des salons du type Immigration Fair auxquels l'Agence des territoires participe chaque année depuis 2008. Le Salon de l'Emigration d'Utrecht, qui se déroule au Pays-Bas, s'adresse à un public étranger (néerlandais, belges, allemands) et réunit environ 10 000 visiteurs. Différents pays sont présents (Suède, Australie, Allemagne), proposant un panel d'offres important auprès des visiteurs. L'objectif du salon est d'apporter des informations et des contacts essentiels pour que ces futurs migrants réussissent leur installation et leur intégration à l'étranger. La France bénéficie d'une image très positive au Pays-Bas : c'est un lieu de vacances très apprécié (une des principales destinations touristiques depuis des années**)**, et aussi une terre d'émigration (y compris en Auvergne) depuis plusieurs dizaines d'années. La barrière linguistique est cependant réelle. Les Néerlandais n'ont pas toujours de réserves financières lorsqu'ils émigrent. Pour beaucoup, la vente de leur maison constitue la base financière. Pour L'Agence régionale de développement des territoires d'Auvergne, les porteurs de projets sont suivis par un chargé de mission possédant une triple casquette, néerlandais d'origine, travaillant pour le comité régional du tourisme Auvergne (70%) et pour l'agence des territoires d'Auvergne (30%) sur le volet accompagnement à l'installation des néerlandais.

Contrairement aux éditions précédentes, où les stands de l'Auvergne, d'EURES France, du Limousin et de la Nièvre étaient les seuls représentants français, l'édition de 2010 a vu la présence du Pays de Vesoul (Franche-Comté), venu essentiellement pour le volet santé des contacts. L'Auvergne, le Limousin et le département de la Nièvre, ont défini et mis en œuvre des politiques d'accueil structurées : organisation des territoires, identification et qualification des offres d'installation, développement de dispositifs d'accompagnement des porteurs de projets. Une action spécifique a été engagée auprès des professions de santé.

La prise de contact entre le cabinet et les professionnels de santé intéressés par l'immigration en France s'est fait pour certains en amont du salon, à la suite d'une information diffusée dans les journaux hollandais spécialisés. Sur le salon, un espace conférence permettait une présentation du territoire, des opportunités dédiées aux professionnels de la santé, des aides ainsi que des démarches à suivre pour venir exercer en France. Pour cela, un support visuel PowerPoint avait été conçu initialement en concertation avec les différents acteurs du Massif central participant à l'opération (Auvergne, Limousin, Nièvre et la Datar). Le cabinet a intégré les éléments chiffrés et quelques cartes fournis par les partenaires, mais a construit le PowerPoint selon les attentes et l'image que les Hollandais ont de la France, et selon leur manière de plaisanter. La Région Auvergne, le Limousin et le département de la Nièvre, qui cherchent à développer depuis plusieurs années une politique d'accueil de nouvelles populations avec une communication

basée sur une image vivante ou décalée du territoire (les « urbanophiles »), ont été assez surpris par le choix des images du cabinet assez symboliques voire caricaturales (figue 71).

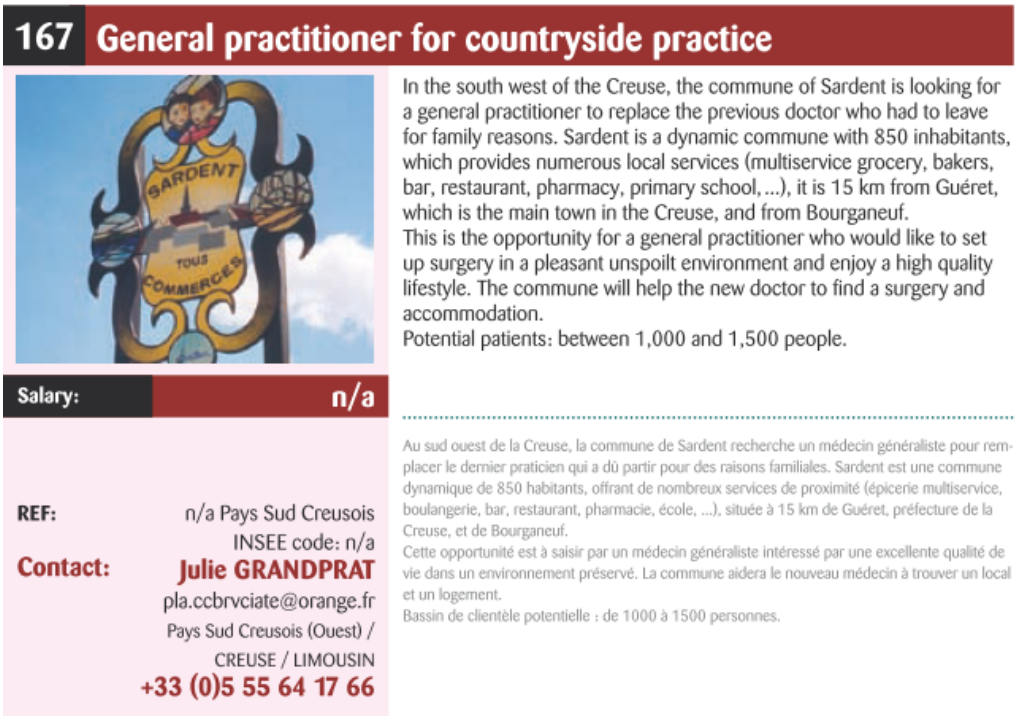
Figure 71. Support de communication du Massif central lors du salon d'Utrecht en 2010

Diapo 1 : « Bienvenue à la présentation : *du pain, du vin…et où est notre médecin* ? » / Diapo 2 : « L'itinéraire pour le candidat à l'installation » / Diapo 3 : « Merci pour votre attention ! Rendez-vous dans notre belle France donc…Au revoir !? ».

En support papier, les acteurs du Massif central avaient créé pour l'occasion un catalogue de 66 pages (figure 72), organisé en 3 chapitres :
- les offres de commerces (hôtels-bar-restaurants, chambres d'hôtes, multi-commerces) ;
- les propriétés principalement basées sur le tourisme ;
- les opportunités axées professions (professionnels de santé, mécanicien pour une municipalité, boulanger).

L'action en direction des professionnels de santé menée par le cabinet Van der Lee lors du salon, a permis d'établir 33 contacts (avec établissement de fiches-contacts détaillées), sur les 153 entretiens.
Sur les 21 personnes qui ont indiqué leur âge, la moyenne est de 51 ans, allant de 32 ans pour le plus jeune (anesthésiste) à 68 ans pour le plus âgé (médecin généraliste). Même si les professionnels de santé sont généralement sur le marché du travail à un âge plus avancé en moyenne que les autres professions, la moyenne des candidats est assez élevée, par rapport notamment à l'âge moyen de 36 ans des autres porteurs de projet.
Sur les 33 contacts classés santé, on dénombre 16 métiers de la santé différents. Deux professionnels (massage et vétérinaire) ont été exclus, ne relevant pas de la classification classique française des professionnels de santé. Ainsi, 9 spécialités médicales étaient représentées, dont les médecins généralistes en plus grand nombre (8), les ophtalmologues (3), les médecins gériatres (2), urologues (2) et anesthésistes (2). Pour les autres professionnels, on comptait un dentiste, un pharmacien à la recherche d'un cabinet à reprendre, trois kinésithérapeutes, une infirmière et une aide-soignante.
Sur les 21 candidats à l'installation qui ont exprimé leur préférence géographique, 16 désignent la Bourgogne (dont 6 dans la Nièvre), 9 l'Auvergne, 4 le Limousin. Une jeune médecin généraliste évoque la Réunion, un autre plus âgé s'intéresse également au Jura. La Bretagne (Région non présente au salon) est envisagée pour un cardiologue.
Trois médecins généralistes (âgés de 51, 52 et 68 ans) cherchent des remplacements pour l'été en vue d'une installation.

Figure 72. Extraits du catalogue de communication du Massif central en 2010 au salon d'Utrecht



Source : DATAR Massif central.

Au final, les acteurs de la prospection à Utrecht évaluent à 7 sur les 33 contacts le nombre de professionnels qui présentent le plus de probabilité de venir s'installer à court ou moyen terme, au vu de leur motivation et de l'avancement de leur projet. Ils sont composés de 3 médecins généralistes, un kinésithérapeute, deux anesthésistes et un urologue, avec comme destination privilégiée la Bourgogne. Cette Région est depuis plusieurs années, un territoire de prédilection des touristes hollandais.

C. Des « offres qualifiées »

Parmi les acteurs qui à la fois prospectent et accompagnent l'installation des professionnels de santé sur leurs territoires, certains passent par la création d'offres dites qualifiées. Lorsque les besoins en professionnels sont identifiés sur un territoire (en libéral ou dans un établissement), afin de mieux faire connaître l'offre et de donner envie de postuler aux professionnels prospectés, les acteurs présentent l'environnement professionnel et le cadre de vie du lieu d'exercice, ainsi que l'assurance d'un accompagnement à l'installation avec des personnes dédiées et des dispositifs d'aide à l'installation. Ces offres qualifiées sont valorisées sur plusieurs supports : brochures papier, fiches techniques sur sites internet dédiés, annonces dans des journaux d'offres d'emplois spécialisés. Nous avons cherché à savoir qui produit ces offres et comment elles sont présentées? Qui participe et promeut la brochure ? Pour quels effets ? Globalement, les offres dites qualifiées présentent le poste recherché, le territoire d'implantation (le plus souvent la commune), l'environnement professionnel (locaux mis à disposition, autres professionnels présents, établissements à proximité…) et le contact.

La **région Limousin** a développé depuis plus de dix ans de manière innovante « une politique volontariste visant à attirer de nouvelles populations, puis à accompagner leur installation et leur intégration tant professionnelle que familiale». En 2013, la rubrique santé du site internet Op'en Limousin comptait sept opportunités d'installation. Parmi ces sept offres, cinq sollicitaient des professionnels de santé de manière ciblée : l'hôpital d'Aubusson recherche un infirmier(e) et un kinésithérapeute en poste salarié, tandis que le centre hospitalier d'Eygurande recrute 37 infirmiers dans le cadre de la création d'une nouvelle unité de soins. Deux communes recherchent un médecin généraliste et un kinésithérapeute, en proposant à l'un de rejoindre des professionnels réunis dans une maison de santé pluridisciplinaire en construction, offrant à l'autre l'opportunité de s'installer dans un local situé sur la place principale du village à partager avec un infirmier libéral. Enfin, deux autres annonces présentent l'offre de locaux en direction de tous types de professionnels de santé intéressés. Les contacts sont tantôt les animateurs des pôles locaux d'accueil, tantôt les référents accueil à l'échelle des intercommunalités ou des Pays, les personnels recruteurs des établissements de santé ou encore les maires propriétaires des locaux mis à disposition.

Dans le **département du Tarn**, en région Midi-Pyrénées, une brochure a été réalisée en 2010 par la mission accueil, conjointement entre le Pays Sidobre Mont de Lacaune et le Pays Albigeois Bastides, pour des propositions « urgentes » de stage aux étudiants et des offres d'installation situées sur ces deux territoires (figure 73). La brochure s'adresse aux médecins généralistes et aux chirurgiens-dentistes de toute la France. Elle a été diffusée sur l'université

de Toulouse mais aussi en Roumanie. En effet, une délégation composée d'élus et de professionnels de santé des deux territoires, s'est rendue à l'Université de médecine de Cluj-Napoca afin, nous dit-on, de « *valoriser les atouts de nos territoires auprès des nombreux étudiants français présents sur cette université* ».

Les offres d'installation et de stage de quatre communes sont présentées dans cette brochure : une page par commune, le nombre d'habitants, la situation de la commune par rapport à des villes « structurantes » et des éléments considérés comme attractifs tels que « Albi classé patrimoine de l'Unesco » ou « la Mer méditerranée est à 1h ». Des qualificatifs sont donnés aux communes, tels que « dynamique et jeune», « le sourire de la montagne ». On peut lire également une sélection de services présents sur la commune et à proximité (les services publics comme écoles, poste ou notaire, les commerces comme épicerie, boulangerie et boucherie et des lieux de loisirs comme « casino avec machine à sous », « 28 associations », « piscine municipale et tennis »). Au-delà des informations générales sur la commune et à proximité, on trouve une liste des services de santé et médico-sociaux : les établissements hospitaliers les plus proches (et leur distance en km du lieu d'installation), les établissements médico-sociaux (maison de retraite), les autres professionnels de premier recours présents sur la commune et leur nombre, ainsi que les maisons de santé en projet ou en fonctionnement.

En amont de la conception de cette brochure, le chargé de mission accueil dédié à ce projet, a réalisé un diagnostic de la situation, constitué à partir d'entretiens et de réunions avec les professionnels de santé, leurs représentants, les élus locaux, et la participation des institutions (ARS, MSA, CPAM). Selon le bilan établi, la brochure est un support de communication et un outil d'échanges qui a trouvé un écho auprès des étudiants des facultés. Des précisions auraient pu être apportées concernant par exemple le matériel disponible pour les dentistes, si le cabinet est à la location ou à l'achat, l'activité moyenne pour les médecins et les dentistes, ou encore le type d'accompagnement par les collectivités sur place. Les actions de prospection puis de suivi des stagiaires et des professionnels, en plus de la conception du support, demandent un temps d'animation important. Au niveau des perspectives, à court terme, l'animation doit être en charge d'approfondir le partenariat avec les Facultés, les collectivités et les professionnels pour mieux définir et mettre en place les conditions d'accueil des stagiaires, en particulier sur les logements. A plus long terme, c'est une réflexion globale sur l'organisation des services de santé qui doit être poursuivie par les acteurs locaux.

Au final, un an après la diffusion de cette brochure, les résultats se font encore faiblement sentir, au niveau des installations, avec toutefois deux dentistes arrivés à Lacaune, et au niveau des stages, avec cependant un nombre de maîtres de stage au sud du territoire qui est passé de 3 à 5 et qui pourrait encore augmenter. Les acteurs rencontrent des difficultés pour diffuser la brochure au-delà de la région Midi-Pyrénées, à l'exception de la Roumanie. Pour que la diffusion soit efficace, la communication des offres doit s'accompagner d'une présence physique. A la suite du déplacement à l'université de Cluj-Napoca en Roumanie, de nombreux contacts ont été établis et plusieurs diplômés de la faculté d'odontologie devaient venir en visite sur le territoire au moment du bilan.

La plus-value réelle de cette initiative participative menée au niveau des deux Pays Albigeois Bastides et Sidobre Mont de Lacaune est la prise de conscience de la part des différents acteurs locaux de la « nécessité de travailler non seulement sur la démographie médicale, mais aussi sur l'organisation des soins ». Plusieurs projets de pôles de santé se profilent. Des partenariats rapprochés se sont établis avec les services de l'ARS, notamment sur une expérimention à l'échelle du bassin de santé Castres/Mazamet/La Montagne, autour du cancer et des personnes âgées. Les réunions en amont ont permis de favoriser l'interconnaissance, le partage des difficultés, entre professionnels et avec les élus, vers des objectifs communs. La coopération entre les deux Pays s'est enrichie et les liens entre chargés de mission des communautés de communes et des Pays se sont renforcés, élargis même à d'autres projets.

Figure 73. Extrait de la communication sur les offres de stages et d'installation dans le Tarn

Source : Pays Sidobre Mont de Lacaune et Pays Albigeois Bastides.

Le **Conseil général de l'Allier**, dans le cadre de sa politique d'accueil de nouvelles populations, compile les offres d'installation de professionnels de santé sur le département dans un document mis en ligne sur leur site internet (figure 74). En décembre 2012, on comptait 14 communes ou Communautés de communes qui recherchaient des professionnels de santé (19 professionnels au total, dont 15 médecins généralistes, 3 kinésithérapeutes et 1 orthophoniste).Dans cinq communes, situées pour l'essentiel au nord du département, l'offre

élaborée par le service accueil du CG, en concertation avec les communes et les communautés de communes, mettait en avant la présence d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Figure 74. Extrait des offres d'installation dans l'Allier

Source : Conseil général de l'Allier.

Les offres services+ de la région Auvergne

Créée et cofinancée par la Région, l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne est dédiée aux politiques d'accueil de nouvelles populations et à l'ingénierie territoriale. Sur le site internet Auvergne life, conçu par l'Agence des territoires d'Auvergne (ARDTA), plusieurs « offre service + » concernent les professionnels de santé.

Ces « offres qualifiées » sont rédigées par les collectivités locales, en partenariat avec l'ARDTA. Elles présentent le territoire de manière générale, le contexte professionnel dans lequel s'insère le poste et les aides potentielles d'installations de la commune.

Les offres se déclinent en plusieurs rubriques. On trouve une ou deux photos, soit de la commune, soit de la maison de santé en construction ou en fonctionnement, d'un cabinet médical ou encore une représentation photographique d'un médecin (avec stéthoscope). Puis, l'activité est décrite. Le contact d'un ou plusieurs médecins sur le territoire est parfois mentionné. Enfin, l'offre décline les atouts du cadre de vie (les services présents, la dynamique économique de la ville ou du territoire, les caractéristiques dites remarquables du territoire et à proximité). L'ARDTA réalise également une veille prospective tous les 15 jours sur les sites Internet dédiés aux professions de santé, en particulier sur deux sites (annoncesmédicales.com et le syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes.org), et répond aux demandes d'installation des professionnels en fonction des offres connues sur

l'Auvergne. L'ARDTA envisageait en 2012 une présence sur ces sites par la publication d'annonces d'offres qualifiées. Un des freins était le coût que représentait cette action, soit 400 euros en moyenne pour une pleine page sur le site annonces-medicales.com.

D. Des acteurs dédiés à l'accompagnement des nouveaux arrivants : aides et dispositifs pour les professionnels de santé

1. Les pôles locaux d'accueil du Limousin

Les Pôles locaux d'Accueil (PLA) se donnent comme objectif d'être une porte d'entrée pour les candidats à l'installation sur les territoires, par l'apport d'informations et surtout en orientant les porteurs de projet vers d'autres partenaires cibles. Par exemple, un couple d'ostéopathes (l'un installé aujourd'hui à Ussel, l'autre à Neuvic) a visité avec le pôle local d'accueil de Haute-Corrèze plusieurs locaux professionnels et recherché un logement. Puis, il a été orienté vers différents contacts et notamment la chambre de commerce et d'industrie (CCI) qui leur a permis de réaliser un prêt prévisionnel. De manière générale, les différentes chambres consulaires peuvent monter des dossiers de demande d'aides auprès du Conseil général ou du Conseil régional pour l'installation, contrairement au PLA. La principale aide du PLA est l'attribution d'une aide financière du Pays ou du Conseil régional pour l'hébergement et la restauration lors de la prise de contact pour la création ou la reprise d'une activité (dans la limite de 200 euros sur 2 jours, et la possibilité de cumuler 5 contacts sur l'année, soit 1000 euros de budget total). Par ailleurs, le PLA peut écrire une lettre de demande d'aide au président du Conseil régional pour le remboursement des frais de déménagement, d'agence ou de notaire, dans la limite de 2 000 euros.

On compte neuf PLA sur la région Limousin. Ces pôles locaux d'accueil accompagnent tout type de porteurs de projets. Toutefois, en lien avec les projets et l'actualité des territoires, ils développent des spécificités. Par exemple, le PLA de Combraille en Marche travaille plus spécifiquement sur les circuits courts ; son action est identifiée davantage sur l'artisanat, le commerce et l'agriculture, c'est pourquoi les communautés de communes et les Pays ne sollicitent pas spécialement le PLA, pour la recherche de professionnels de santé ou pour leur installation. Toutefois, un rapprochement devrait s'opérer avec la chargée de mission de l'association Réseau Santé Combraille qui s'occupe de l'animation du réseau et qui est hébergée dans les mêmes locaux que le PLA. Seul le PLA de Haute-Corrèze possède parmi ses priorités la prospection et l'accueil de professionnels de santé. En effet, ce Pays est engagé depuis 2008 dans l'accompagnement à l'élaboration d'un pôle de santé à l'échelle du Pays. Un cabinet (Eliane conseil) a travaillé avec les acteurs locaux entre mars et septembre 2012 pour l'élaboration d'une stratégie en matière de prospection des professionnels de santé. Ce qui en ressort, après un état des lieux précis des besoins et des pratiques, est la nécessité de mettre en place des actions de communication par cibles prioritaires sur six ans. Le territoire est qualifié d'expérimental pour les deux premières années à l'échelle de la région. Sur les 10 cibles fixées, pour les deux premières années, c'est en premier lieu la sensibilisation des externes en médecine afin qu'ils s'orientent vers la filière générale, puis, les internes et médecins généralistes en exercice, pour un exercice à la fois de salarié, de libéral et mixte. La troisième cible est la profession infirmière, exclusivement en salarié et la quatrième est le masseur-kinésithérapeute en libéral comme en salarié

ou en exercice mixte. Ces actions se réalisent sur la base d'un partenariat entre le Pays, le groupement de coopération sanitaire qui représente le pôle de santé, l'ARS et le Conseil régional. Une plaquette constitue le support de communication à la démarche. Elle présente le territoire, le pôle de santé, les postes recherchés prioritairement, les aides et accompagnements possibles et des témoignages de professionnels déjà installés. Cet outil doit être remis de main à main lors de rencontres en face à face pour plus d'efficacité : « *c'est pour laisser une trace aux professionnels comme aux élus auxquels nous présenterons à l'oral les besoins et les dispositifs d'accompagnement* » (Julie Grandprat, chargée de mission au pôle local d'accueil). La conception de la plaquette est prise en charge par le Conseil régional qui souhaite disposer de la charte graphique pour que, si le résultat de l'opération est satisfaisant pour le Pays Haute-Corrèze, elle puisse être déclinée sur d'autres territoires de la région Limousin. En attendant que cette plaquette soit imprimée, le travail de communication et de prospection pour la Haute-Corrèze se fait petit à petit, coup par coup selon les opportunités. Le PLA, le directeur du pôle de santé et un médecin généraliste, se sont rendus auprès des internes, lors de séminaires à Clermont-Ferrand et à Limoges, et auprès des six internes à l'hôpital d'Ussel. L'objectif est, en plus de présenter le pôle, les aides et l'accompagnement du PLA, d'échanger sur les projets de chacun. Jusqu'à maintenant, même dans le cadre de la campagne de recrutement de l'hôpital d'Eygurande, le PLA a été peu amené à installer des professionnels de santé, notamment parce qu'il était trouver un emploi aux conjoints. Les atouts que possède le Pays Haute-Corrèze est la dynamique enclenchée avec le pôle de santé et le contrat local de santé en cours d'élaboration, possible grâce à l'engagement actif d'une bonne partie des professionnels de santé exerçant sur le territoire et le soutien des élus.

2. Les sites de proximité en Rhône-Alpes

Les sites de proximité en région Rhône-Alpes ont à peu près les mêmes objectifs que les pôles locaux d'accueil en région Limousin. Ils possèdent toutefois plus de personnels, composés pour la plupart d'une équipe polyvalente de 3 ou 4 techniciens. Ils sont financés par l'Etat et la Région Rhône-Alpes dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région avec le soutien de l'Union européenne et par des participations locales. On compte six sites de proximité en région situés dans des territoires ruraux, dont cinq se trouvent dans le Massif central : en Ardèche, le site des Boutières (basé à Saint-Martin-de-Valamas), le CEDRE (à Lamastre) et une partie du Sud Ardèche (à Rosières) et dans la Loire, le site des Monts du Forez (à Noirétable) et l'arrière-pays roannais (à Saint-Just-en-Chevalet). Les sites de proximité sont des lieux de ressources pour ceux qui souhaitent entreprendre ou créer une activité. Ils offrent aux porteurs de projets des informations, un appui méthodologique, des conseils, et orientent vers d'autres acteurs spécialisés partenaires type chambres consulaires, Pôle emploi, coopératives d'emplois. Les sites de proximité possèdent une bonne connaissance de leur territoire, à la fois des élus, des techniciens, des entreprises et du milieu associatif. Ils repèrent également des opportunités locales en terme de locaux professionnels, d'entreprises à reprendre, ou d'emplois.
En matière de santé, les sites de proximité réalisent une veille de l'actualité, et relaient sur leur site internet les évolutions législatives, les études thématiques et les expériences en France en faveur du maintien et du développement de la santé de proximité. De plus, chaque site de proximité mène des actions dans le domaine de la santé, différentes selon les projets qui émergent et les besoins qui s'expriment.

Par exemple, le **site de proximité des Monts du Forez**, qui intervient sur les trois cantons de Boën, Noirétable et Saint-Georges-en-Couzan, a accompagné le projet de maison de santé de la Communauté de communes des montagnes du Haut-Forez qui a reçu le label PER en 2011. Le site a apporté une animation active pour mobiliser les professionnels et les élus lors de la constitution du PER. Il accompagne encore aujourd'hui la mise en place des modalités de collaboration entre professionnels dans la future structure dont l'ouverture est prévue au printemps 2014. Parce que la Communauté de communes est dépourvue de technicien, c'est la chargée de mission du site de proximité qui contribue au montage des dossiers de demande de subvention auprès de l'ARS, qui constitue des devis pour les logiciels, qui accompagne la structuration des professionnels en association et va jusqu'à relancer les professionnels du projet pour qu'ils répondent aux sollicitations de l'architecte pour le choix des peintures de la MSP. Par ailleurs, le site de proximité réalise un travail de prospection compte tenu du souhait d'accueillir un 4ème médecin généraliste, un kinésithérapeute et de favoriser la permanence d'un orthophoniste dans les locaux. Pour cela, des courriers électroniques (présentant en une dizaine de ligne le territoire, le projet de MSP et les professionnels recherchés) sont envoyés aux universités (principalement du quart sud-est), aux syndicats professionnels et sur la plateforme PAPS de l'ARS Rhône-Alpes. Pour le moment, force est de constater que les candidats à l'installation pour les Monts du Forez sont venus par le biais des professionnels de santé déjà en place et par le bouche-à-oreille local, plutôt que par les annonces envoyées par mail. Il semble que c'est davantage par le réseau professionnel, par le système de connaissances (« je viens de la part de… »), que les nouveaux professionnels auront plus de chance de s'installer et de bien développer leur activité sur le territoire. Un des élus du territoire par exemple exerce comme médecin aux urgences du CH de Thiers et permet de faire connaître les opportunités et d'attirer des candidats à l'installation. Pour le moment, le site de proximité n'a pas eu l'opportunité d'installer de nouveaux professionnels. Le fait que la MSP ne soit pas encore en fonctionnement peut constituer selon l'animatrice un frein. Toutefois, grâce au travail d'accompagnement pour la candidature du pôle d'excellence rural ainsi que l'animation pour l'élaboration du projet de santé, les élus comme les professionnels de santé identifient et reconnaissent le rôle du site de proximité, notamment en matière d'accompagnement au projet d'installation pour les futurs professionnels et de leurs familles, sur le plan du logement, de l'emploi et des démarches administratives. Déjà quelques professionnels intéressés par le territoire sont venus et le site de proximité a organisé pour eux une rencontre avec les élus et les professionnels de santé du territoire.

3. L'Agence des territoires d'Auvergne et les résidences d'entrepreneurs

Le dispositif des résidences d'entrepreneurs développé par l'ARDTA, repose sur le même principe que les résidences d'artistes. Il encourage et aide à la création d'activité sur le territoire. Ce dispositif permet de mettre en œuvre, à côté des services d'accompagnements existants, des conditions pour faire venir le porteur de projet sur place, et ainsi prendre en charge une partie de la complexité et des coûts liés au montage d'un projet hors de sa région de résidence (trajet, hébergement, restauration), lui apporter (grâce aux acteurs locaux) un accompagnement technique et relationnel pour lui permettre d'avancer dans son projet en

rencontrant tous les interlocuteurs utiles, et enfin il propose également un soutien financier pour le démarrage de l'activité.
Deux formules, les résidences courtes et les résidences longues, ont été mises en place. Les résidences courtes offrent aux candidats à l'installation qui sont situés dans une autre région que l'Auvergne, le remboursement en partie ou en totalité des frais de déplacement, de restauration et d'hébergement lorsqu'ils viennent pour évaluer une offre d'installation ou poser les bases de leur projet si c'est une création d'entreprise. Les résidences longues offrent quant à elles une aide au lancement de l'activité, dès la soumission d'un projet de création ou de reprise d'activité et acceptation par une commission composée de plusieurs partenaires territoriaux de l'ARDTA. Cette aide peut représenter un complément de revenus pendant plusieurs mois afin de soutenir le lancement de l'activité, et / ou une aide pour le financement de matériel.

L'Agence des territoires, tout comme les PLA et les sites de proximité, accorde des aides financières sans contrepartie. Le dispositif des résidences d'entrepreneurs a été décliné pour les professionnels de santé. Depuis 2008, dix-sept résidences « santé » ont accompagné l'installation de praticiens et sept étaient en cours d'installation en 2012. On compte onze médecins généralistes, un podologue, cinq kinésithérapeutes et ostéopathes, trois orthophonistes, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, une infirmière et un magasin d'optique. En 2012, on comptait quatre résidences longues accordées, pour un total de 23 000 euros environ, et 19 résidences courtes pour un total d'un peu plus de 10 000 euros (le montant des aides des premières résidences courtes n'étant pas archivé informatiquement). Par exemple, l'installation de Madame Morand, médecin généraliste dans l'Essonne qui est venue s'installer sur le territoire d'Ardes-sur-Couze, est relatée dans la thèse de Séverine Barbat (2009). Son accompagnement a été réalisé à la fois par l'ARDTA et l'URCAM et par la collectivité. En collaboration avec le Président de la Communauté de Communes, une résidence courte d'entrepreneur a été engagée. Celle-ci a permis de prendre en charge les frais de déplacement pour les visites en amont de l'installation. La mairie a fourni un cabinet médical, et les compétences professionnelles du mari de Madame Morand ont permis qu'il soit embauché par la Communauté de communes.
Autre exemple, Madame Vasilache, médecin généraliste roumaine, s'est installée à Cayres en Haute-Loire. Toujours en collaboration avec le président de la Communauté de Communes, une résidence courte d'entrepreneur a permis de faire venir son mari et son fils de Roumanie (achat des billets d'avion) et de participer aux frais de scolarité de l'enfant. Cet accompagnement a visé particulièrement à assurer la pérennité de l'installation du médecin grâce à la présence du conjoint et de sa famille.

Madame Annick Pitson Lefevbre était médecin généraliste sur Marseille. Elle s'est installée en décembre 2009 sur la commune de Condat dans le Cantal, à l'âge de 62 ans. Ses motivations étaient multiples. Elle souhaitait moins de stress et plus de sécurité qu'en milieu urbain où elle exerçait, plus de proximité avec la population, un cadre de vie apaisant et une vie moins chère au quotidien. En collaboration avec la commune de Condat, une résidence d'entrepreneur a été engagée. Madame Pitson a pu ainsi réaliser plusieurs visites pour découvrir le territoire, son environnement, et rencontrer ses confrères en amont de son installation (les frais d'hébergement et de restauration ont été pris en charge). Présente à chaque visite, l'ARDTA participait à l'équipe d'accueil avec d'autres acteurs locaux du territoire. La mairie lui a fourni un local

professionnel tandis que l'ARDTA lui a permis d'acquérir un appareil portable d'électrocardiographie, a assuré la prise en charge de son loyer pendant ses 6 premiers mois d'exercice (soit 6 fois un loyer de 500 euros), ainsi que le financement de son déménagement. Le mari de Mme Pitson quittait un travail de commerçant textile dans les Bouches-du-Rhône. Après une période d'inactivité de trois mois, il a obtenu une licence de taxi, avec laquelle il peut réaliser des trajets privés comme des trajets sanitaires. Il a ensuite été rattaché aux ambulances Alliance à Condat. Là également, l'ARDTA a participé au coût de la licence qui s'élevait à 3 000 euros.
Le Docteur Pitson est restée jusqu'au début de l'année 2013 sur Condat et a fait le choix ensuite d'exercer comme médecin coordinateur d'un EHPAD dans le sud du département du Cantal. Un autre médecin venu de l'agglomération clermontoise l'a remplacé et a intégré la nouvelle maison médicale de Condat.

E. Le rôle de l'accueil par les professionnels de santé du territoire

1. Une implication inégale

L'implication des professionnels de santé déjà installés sur le territoire pour favoriser l'installation et l'exercice des nouveaux arrivants est aussi important voire davantage que l'accueil réalisé par les collectivités. Un médecin en cours d'installation explique :

> *« Je pense que pour faire venir les jeunes, il faut que les jeunes ils arrivent dans un cabinet où il y a des vieux, parce qu'ils ont énormément à nous transmettre, et qu'on va leur faire changer la façon de faire aussi […] Le jeune va profiter de cette expérience, parce qu'ils ont quand même une sacré expérience, et il y a un vrai accueil fait à la personne ».*

Ce jeune médecin explique qu'elle a pu rentrer progressivement en exercice dans le cabinet de deux médecins, grâce à la volonté des médecins qui l'ont accueillie. Au début, elle ne devait reverser que 15% de ce qu'elle gagnait, ne payait pas de loyer ni de secrétaire, et ainsi n'avait pas « le couteau sous la gorge » par rapport aux charges qu'elle aurait eu avec un cabinet.

> *« Et ça c'est les médecins qui me l'ont proposé, ce n'est pas l'aide de l'ARS, de la CPAM, de quoi que ce soit, qui aurait pu dire on vous suspend l'URSSAF pendant un an, la CARMF qui m'aurait dit vous vous installez, on vous suspend la carte pendant un an… Car c'est des grosses sommes qui partent, y'a 30 000 euros qui partent tous les ans. Donc là, c'est la bonne volonté des médecins qui m'ont permis de bosser dans des conditions correctes et de démarrer progressivement. »*

Les professionnels de santé déjà installés ne jouent pas toujours ce rôle d'accueil, nécessaire et favorable au déploiement de l'activité d'un nouveau professionnel fraîchement arrivé. Un médecin installé depuis plus d'un an sur une commune de montagne qui avait perdu précédemment son médecin mais dont une partie de la population avait déjà l'habitude de consulter deux médecins situés dans des communes limitrophes, explique son désappointement face à sa faible activité dans son cabinet libéral : *« Ils viennent (les patients), petit à petit, un par un, mais c'est long. Quand les deux médecins savent qu'il y a un de leurs patients qui est*

venu chez moi, ils passent derrière et lui disent : « comment, vous êtes allés chez le Dr X, mais ça va pas, ça fait 20 ans que je vous soigne, je ne comprends pas ce n'est pas normal, je vous enjoins de rester avec moi. Vous verrez, lorsque vous serez malade, et ben je ne viendrais plus vous voir » etc., et je le sais parce que les patients me le répètent derrière. »
Ces situations peuvent être issues d'un manque de concertation (entre élus et professionnels par exemple) et de prise de conscience collective sur la nécessité d'un nouveau praticien sur un territoire. Par ailleurs, certains professionnels, par habitude, perçoivent les nouvelles installations comme une concurrence et un manque à gagner, même si les besoins sont réels pour un nouveau professionnel. Sans aller nécessairement dans le refus de nouvelles installations, les professionnels déjà en activité peuvent également mal percevoir leur rôle et leurs moyens d'actions.

2. Les charges administratives de l'installation des médecins généralistes

Un nombre important de jeunes diplômés choisit le remplacement pour améliorer leurs connaissances et leur pratique, afin de diversifier les situations et les territoires, pour mieux envisager leur installation. Un certain nombre trouve dans le remplacement un compromis avec le salariat, parfois des avantages financiers. Les démarches administratives pour l'installation puis dans le quotidien freinent de nombreux jeunes médecins dans leur projet d'installation. Ainsi, une des solutions serait de faciliter les modalités administratives de l'installation, qui émanent des ARS, de l'Assurance Maladie et de l'Ordre des médecins.
Afin de palier les difficultés des professionnels qui font face à de nombreuses charges administratives lors de leur installation, les Agences régionales de santé ont pour mission de créer un guichet unique avec une plateforme d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), déjà mise en place en 2011 dans certaines régions, en cours pour d'autres. Par ailleurs, pour décharger les travaux administratifs du quotidien, certaines municipalités ont mis à disposition un temps de secrétariat de la mairie pour aider le ou les professionnels, afin de permettre de maintenir leur professionnel de santé sur leur commune. Des solutions de mutualisation et de transfert de tâches avec les secrétaires médicales et les infirmières se pratiquent déjà chez certains professionnels.

3. Le rôle des hôpitaux dans l'installation et le maintien des libéraux

Lorsque que les médecins généralistes s'installent et qu'ils n'ont pas réalisé leur formation dans la région ou qu'ils ne connaissent pas du tout le territoire, l'absence de connaissances des services et des spécialistes du ou des centres hospitaliers les plus proches devient vite un handicap auquel il faut remédier. C'est pourquoi, certains professionnels conseillent d'exercer un peu dans l'hôpital ou d'avoir une consultation en libéral au sein de l'établissement. Le travail du médecin généraliste est en grande partie de diriger les patients vers une prise en charge spécialiste, et doit pouvoir compter sur un certain nombre de spécialistes pour demander conseil ou pour obtenir une consultation en urgence à l'hôpital par exemple. Lorsque l'hôpital est trop éloigné du lieu d'exercice du libéral, que l'exercice dans l'établissement n'intéresse pas ou encore qu'il n'y a pas d'opportunité à exercer dans l'hôpital de référence, la solution pour

les libéraux, pour connaître les spécialistes, est d'aller à des repas, bien souvent organisés par les laboratoires pharmaceutiques. Une médecin récemment installée explique :

« Je fais l'effort de rencontrer les spécialistes, grâce aux labos. C'est là que les labos sont forts, ils nous organisent des repas où on se rencontre. A ces repas-là, j'y vais pour qu'ils aient vu ma tête une fois. Parce que des fois si j'appelle, c'est plus facile. […] Le labo ? Il fait semblant de présenter son médicament, il présente rien du tout, et il fait juste un repas convivial. […]Chose qui devrait être organisée par l'Ordre. Ca serait son rôle de faire ça… »

Pour une sage-femme récemment installée en libéral dans un territoire de montagne, après avoir exercé vingt ans en hôpital dans une autre région, elle explique qu'elle avait besoin d'un contact avec l'hôpital le plus proche, à une heure de route en été:

« Quand je me suis installée, je voulais avoir un lien avec l'hôpital, un lien, enfin, que ça coule bien. Donc je suis allée me présenter à l'hôpital […], et puis en fait il manquait une sage-femme à ce moment-là. J'ai pris des gardes, ça m'a permis de connaître le fonctionnement, les gynécos, les sages-femmes. Et du coup, c'est l'hôpital qui me prescrit quelques fois des visites à domicile, pour des femmes qui ont des grossesses compliquées ».

4. La mise en concurrence des territoires et les effets d'opportunisme

Une des conséquences négatives des initiatives des maires est la mise en concurrence des territoires entre eux. On assiste à une surenchère des offres des collectivités. Pour attirer les professionnels, ce sera à qui proposera la meilleure offre de logement et le prix du loyer du cabinet le plus bas. A Sainte-Sigolène, à l'Est de la Haute-Loire, on a pu entendre l'histoire d'un dentiste qui raconte être venu exercer dans « la commune qui proposait les conditions les plus intéressantes financièrement ». De plus, ces aides créent parfois des situations d'opportunisme chez les professionnels, ce qui ne favorise pas les installations durables. Des élus sollicitent les services de chasseurs de prime pour les professionnels qui parfois ne s'installent que le temps de la durée imposée de l'aide puis partent pour un autre territoire, parfois voisin. Le risque est de voir les professionnels aller « au plus offrant », voire d'imposer des conditions abusives aux collectivités, profitant ainsi d'une situation de pouvoir vis-à-vis des collectivités qui recherchent les professionnels. Parfois, certains professionnels qui ont bénéficié d'une aide à l'installation, possèdent une patientèle trop faible pour maintenir une activité suffisante pour rester. Dans ces situations, les communes ont alors déboursé parfois des sommes importantes, pour finalement voir partir leur médecin. C'est la situation que la commune des Ancizes (Puy de Dôme) a rencontré avec un médecin venu de Roumanie qui est parti exercer dans un département voisin après une première installation jugée infructueuse pour le praticien.

Une vision plus large que l'échelle communale et une démarche coopérative font défaut à certains territoires ce qui nuit à la construction de solutions pérennes. Cette réflexion collective permettrait en effet d'aider à faire le deuil de ne pas avoir nécessairement un médecin dans sa commune, et de prendre conscience qu'une organisation collective permet le maintien d'une

offre adaptée de proximité. Nous avons pu voir qu'une des démarches pour limiter les effets de concurrence consistait de la part des techniciens des Communautés de communes à tisser des liens et à échanger sur les problèmes et les solutions à apporter. « *Etant donné que les métiers sont en tension, les médecins généralistes ne se bousculent pas pour venir exercer chez nous, ça se tire un peu les cheveux entre voisins pour installer un professionnel intéressé par le coin* » (chargée de mission pour une Communauté de commune située en milieu rural de montagne). Pour favoriser des installations pertinentes et pérennes, les ARS proposent une contractualisation avec les communes ou communautés de communes, pour convenir des modalités d'accompagnement des professionnels lors de leur installation. Ce type de contrat seul peut sembler restrictif. Le contrat local de santé apparaît comme une opportunité de coopération plus large et offre la possibilité d'établir une transversalité avec les autres problématiques de santé du territoire. L'échelle des Pays peut sembler une échelle pertinente pour la réalisation d'un contrat de santé dès lors qu'une dynamique en matière de santé a été initiée. A l'exemple du Pays de la vallée de la Dore en Auvergne, des priorités d'actions de prévention et d'organisation des professionnels de santé et du social sont fixées, tout en montrant la nécessité de réfléchir à une échelle large aux questions de l'attractivité, de l'installation et de la rétention des professionnels de santé. Les aides financières et d'accompagnement ne suffisent pas toujours à installer des professionnels de santé. La qualité de l'exercice étant remise en cause par les jeunes générations, l'amélioration des conditions d'exercice doit avancer en même temps que la question de l'accueil et des aides à l'installation.

Conclusion

Les collectivités territoriales ont pleinement leur rôle à jouer vis-à-vis des facteurs d'attractivité et de rétention des professionnels. Sur le Massif central, pour citer quelques exemples d'intervention, on retient le dispositif des Conseils généraux de l'Allier et de la Lozère, qui consiste en la signature de contrats avec des étudiants (médecin, kinésithérapeute et dentiste) pour une aide financière contre un engagement d'installation dans une zone sous-dotée. La plus-value de ce dispositif est d'être sur mesure, adapté aux besoins du candidat à l'installation, et surtout fondé sur le principe du réseau de connaissances avec le territoire et les professionnels du territoire. Ce dispositif demande dans les deux départements un investissement important des chargés de mission qui accueillent les candidats, organisent des actions de prospection et se déplacent dans les salons.
Une étude réalisée au Québec sur les facteurs de rétention ou de départ des médecins boursiers en régions « éloignées », explique que des journées de ressourcement et de formation continue réalisées à l'extérieur du territoire sont très appréciées des médecins, leur permettant de garder confiance dans leur exercice. Il est recommandé d'inclure les conjoints et les enfants lors de ces séjours. Par ailleurs, pour favoriser l'installation familiale, l'accueil se doit d'être chaleureux afin de passer les premiers mois difficiles du changement, par le biais notamment d'informations sur les ressources locales, par une aide pour la recherche d'une maison, pour les inscriptions à l'école. Le rôle des personnalités de la communauté et des associations est alors crucial pour faciliter l'intégration des médecins. Sur le Massif central, des structures telles que

les pôles locaux d'accueil en Limousin, les sites de proximité en Rhône-Alpes et l'Agence régionale de développement des territoires d'Auvergne (ARDTA), spécialisée dans la mise en œuvre de politiques d'accueil en faveur des nouvelles populations, ont décliné et adapté leurs dispositifs aux professionnels de santé, en collaboration avec les communes et intercommunalités, favorisant l'installation et l'intégration des professionnels sur les territoires. Face aux besoins d'attirer des professionnels libéraux, une vision plus large que l'échelle communale et une démarche coopérative font défaut à certains territoires, provoquant des phénomènes de concurrence et de surenchère des aides, nuisant à la construction de solutions pérennes. Les aides financières et d'accompagnement ne suffisent pas toujours à installer des professionnels de santé. La qualité de l'exercice étant remise en cause par les jeunes générations, l'amélioration des conditions d'exercice doit avancer en même temps que la question de l'accueil et des aides à l'installation. Il est donc important d'agir à la fois sur les facteurs personnels pour l'installation des professionnels de santé mais aussi sur les conditions d'exercice.

Chapitre 8

Maisons de santé : des initiatives multi-partenariales développées aussi dans le Massif central

Introduction

On assiste actuellement à au moins deux phénomènes autour de l'offre de soins de premier recours en France. D'une part, on note une baisse de la démographie médicale (en particulier de médecins généralistes libéraux) et un manque d'attractivité de certains territoires qui rend difficile le maintien d'une offre de services pour leurs populations. D'autre part, on constate un besoin croissant de repenser l'exercice des professionnels du 1er recours afin, en particulier, de leur permettre d'assurer une prise en charge du patient de manière plus globale (liée au vieillissement de la population et au développement de maladies chroniques). Ainsi, on devrait tendre vers un exercice de plus en plus coordonné et pluridisciplinaire, avec une remise en cause du paiement à l'acte, qui induirait le développement de nouveaux modes de rémunérations afin d'accompagner de nouvelles pratiques (consultations et suivis pluriprofessionnels, éducation thérapeutique, actions de prévention et de dépistage).

La maison de santé est un outil au service de l'organisation de l'offre de soins et de la coordination des professionnels de santé de premier recours, avec une ouverture croissante vers le second recours. Cet équipement doit prendre en compte le contexte dans lequel il s'inscrit, qui doit s'adapter à ses acteurs, à son environnement, à sa population. De fait, il revêt une diversité de réalisations (De Haas, 2010) et s'ouvre à l'organisation en pôle et en réseau, notions complémentaires. Décrire et comprendre la maison, le pôle ou le réseau de santé revient à décrire concrètement la complexité, le fonctionnement et la diversité des acteurs et des actions dans le domaine de l'organisation des soins. C'est un processus en mouvement. Ce chapitre reprend différents éléments de littérature qui permettent de faire un point sur la situation, l'évolution du concept, les avantages attendus, les conditions de réalisation des projets. Puis, dans un deuxième temps, ce chapitre rend compte d'une enquête réalisée entre 2009 et 2010 auprès d'un échantillon de maisons de santé, afin de donner à voir les regroupements de professionnels sur le Massif central.

I. Les regroupements et la coordination des professionnels du soin autour d'une maison ou d'un pôle de santé

Si les maisons de santé suscitent autant d'enthousiasme, c'est qu'elles sont la conséquence d'une évolution d'un système et des pratiques en santé que nous rappelle le président de l'INPES, l'institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (Garros, 2009). Le système de soins ambulatoires, financé par les cotisations des actifs sur un principe de solidarité, est utilisé, sans régulation, à l'initiative individuelle des professionnels de santé libéraux et de la population, avec pour les uns la liberté de prescription et d'installation, et pour les autres, la liberté du choix du praticien et de consulter sans limite. Cela représente une source de liberté pour les uns et les autres, conditionnée auparavant par l'employeur ou la commune davantage dans une logique d'assistance. La relation se passe entre les deux parties, la rémunération se fait à l'acte. Les actions de prévention se déroulent à l'extérieur de cette relation, relevant de dispositifs collectifs diversement financés, et enfin, la dépendance et le handicap sont gérés à un niveau privé ou grâce à l'aide sociale. Ce contexte « *a eu pour conséquence de jeter le discrédit sur tous les dispositifs collectivement organisés, considérés soit comme de moins bonne qualité médicale et réservés aux plus nécessiteux* » (Garros, 2009). Par ailleurs, entre les professionnels de santé s'instaure une relation de hiérarchie entre les prescripteurs (les médecins majoritairement) et les prescrits. La conséquence de tout ceci est qu'entre les années 1950 et 1980, l'exercice libéral individuel est quasi-exclusif, sans coordination ni organisation pour réguler la répartition, et que l'offre est tellement abondante qu'il existe pour les jeunes diplômés en médecine un dispositif pour les aider à trouver des zones où s'installer ! (Garros, 2009). Si des initiatives en faveur d'un exercice regroupé pluridisciplinaire émergent dès les années 1970, elles sont développées bien souvent par des professionnels militants qui rencontrent de nombreux obstacles pour pérenniser leur structure, ce qui conduit pour certains à l'essoufflement. C'est depuis les années 2000 (et de manière plus marquée en 2007) que l'exercice groupé et coordonné apparaît de plus en plus aux yeux des différentes parties (professionnels, élus, institutions) comme un facteur d'innovation pour répondre aux multiples défis actuels de l'ambulatoire.

Plusieurs études et rapports ont été réalisés par des acteurs variés (scientifiques, professionnels, institutions, étudiants, politiques, techniciens du conseil), selon des approches et des points de vue différents. Tous concordent et encouragent aux regroupements de professionnels de santé, chacun mettant l'accent sur des points particuliers. Nous n'avons pas, ou peu, trouvé de textes récents qui constatent ou alertent des dangers de tels projets de regroupements. En revanche, la plupart tente de décrire et d'apporter un regard critique qui contribue au développement de ce concept.

Les professionnels de santé participent à l'émulation et à l'évolution du concept de maison de santé, en participant activement à des travaux nationaux et en retranscrivant leurs réflexions et leurs vécus. Ainsi, plusieurs médecins généralistes ont livré leur point de vue à travers l'écriture d'ouvrages ou d'articles sur les maisons de santé (Dr. Serin, Dr. Depinoy). L'objectif de l'ouvrage rédigé par le Dr. De Haas, président de la fédération nationale des MPSP, a notamment été de relater des exemples réussis de MSP en fonctionnement et de dégager les différentes « briques » nécessaires à la construction d'une maison de santé. Nous nous sommes

largement appuyés sur ses écrits pour apporter le point de vue professionnel dans la partie qui suit. De plus, différents acteurs régionaux (l'Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne, les fédérations régionales des maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne, la fédération nationale des maisons de santé) ont organisé plusieurs séminaires et colloques nationaux des maisons et pôles de santé, à Besançon en 2008, à Dijon puis à Beaune en 2010, auxquels nous avons participé (figure 75). Ces congrès, avec des ateliers thématiques et des plénières, sont des moments forts d'échanges, de témoignages, mais aussi l'occasion d'établir un bilan et de prendre du recul afin de faire avancer notamment la législation, par la formulation entres autres de recommandations. L'association des médecins généralistes des hôpitaux locaux a, quant à elle, ciblé en septembre 2010 sa 18ème assise nationale sur « *comment travailler ensemble sur un territoire de premier recours* », en abordant particulièrement la question du rapprochement entre maisons de santé et hôpitaux locaux et les modalités de coopération entre soignants des établissements, de l'ambulatoire et du médico-social. Parmi les ateliers proposés, on a pu assister à la recherche du territoire de projet pertinent et les critères de définition. C'est un atelier auquel nous avons participé et qui nous offrait l'opportunité d'entendre les professionnels de santé s'exprimer sur cette question territoriale.

Figure 75. Séminaire national des maisons et pôles de santé à Dijon le 30 janvier 2010

Source : A.Hamiti, 2010.

L'institut de recherche et de développement en économie de la santé (IRDES) a de son côté réalisé une première évaluation des maisons de santé, et a produit plusieurs revues de littérature et d'études qui permettent de mettre en perspective l'exercice groupé et coordonné. Du côté des collectivités, nous avons assisté à plusieurs colloques, séminaires et formations organisés par l'Etat (colloque à Arras, colloque de la fonction territoriale à Nancy), par les associations d'élus (maires ruraux de France) et par ETD, le centre de ressources national de l'ingénierie territoriale (session de formation).

A. Concept et cadre législatif de la maison de santé pluridisciplinaire

Les maisons et pôles de santé appartiennent à ce processus de changement dans les soins primaires. La maison de santé est apparue pour certains professionnels de santé ainsi que pour certaines collectivités et les institutions, comme une solution pour répondre aux souhaits d'un travail en équipe, coordonné et pluridisciplinaire. Même si des regroupements de professionnels se créent depuis longtemps, ce phénomène est récent, dans un contexte d'installation et d'exercice majoritairement individuels. Depuis 2007, une émulation autour des maisons puis des pôles et des réseaux de santé de proximité se développe, présageant peut-être, plus qu'un effet de mode, les prémices d'une réforme plus profonde de l'offre de soins ambulatoires en France.

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) créait un groupe de réflexions d'où sortiront une définition et un premier cahier des charges sur l'exercice coordonné et sous protocole. La même année, dans le rapport du sénateur Juilhard, il est fait mention des maisons de santé dans le cadre des problématiques de démographie médicale. Suite à la loi de financement de décembre 2007, les maisons de santé sont inscrites dans le Code de la santé publique (art. L.6323-3). On parle déjà d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'actions sociales, réalisées par des professionnels de santé en collaboration avec des personnels médico-sociaux. L'année suivante, à la suite des états généraux (EGOS) de février 2008, le Ministère de la santé annonce le soutien à la création d'une centaine de maisons à hauteur de 50 000 euros maximum par projet ; l'aide étant incluse dans l'enveloppe FIQCS (Fond d'Intervention pour la Coordination et de la Qualité des Soins). Un référentiel définit les critères d'éligibilités pour l'attribution des aides en juin 2008 ; on introduit notamment le nombre minimum de professionnels (au moins deux médecins et un autre professionnel de santé), un exercice coordonné, un projet commun qui précise les modalités d'accès et de continuité des soins, l'engagement pour un système informatique et la prise en charge de stagiaires en médecine. Sur le terrain, on comprend que ces critères assez larges sont peu parlants pour une grande part des professionnels et des techniciens des institutions, qui ne savent notamment pas quoi insérer dans le projet commun ou dit projet de santé. Ce sont les Missions régionales de santé (URCAM et ARH) qui auront en charge l'accompagnement de ce dispositif. L'application sera hétérogène d'une région à l'autre, certains n'y voyant qu'un effet de mode. Le Président de la République affirme pourtant le 18 septembre 2008, lors du discours à la maison de santé de Bletterans (Jura), que *« les maisons de santé sont l'ossature du système de santé de demain »*.

Avec l'appui des fédérations régionales et nationales de maisons de santé, les URML, l'HAS, et nourris de l'expérience du terrain, la définition et les modalités de fonctionnement de la maison et du pôle de santé s'étoffent. Le contenu du projet de santé et du projet professionnel se précise. En 2009, la loi HPST complète le Code de la santé publique sur la partie maison de santé, en précisant qu'un projet de santé doit être élaboré « *témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux* », et que l'ensemble des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux membres doit y adhérer. On encourage et soutient les projets de maisons de santé qui se situent davantage sur des territoires où l'offre de soins a été identifiée comme déficitaire, fragile ou vulnérable (selon le zonage fixé par les ARS). Suite à une sollicitation du gouvernement pour un bilan sur les maisons et pôles de santé, un rapport avec des propositions, présenté par un sénateur, une

interne en médecine générale, une infirmière libérale et un professeur (Juilhard, Crochemore, Touba et Vallancien) sous la coordination de l'inspection générale des affaires sociales (Chambaud et Schaetzel) est remis en janvier 2010. Le Président de la République annonce lors du discours sur l'avenir des territoires ruraux le 9 février 2010 à Morée (Loir-et-Cher), de nouvelles mesures pour l'offre de soins en milieu rural, en particulier le financement par l'Etat et l'Assurance maladie de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur trois ans. La circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement de ce plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural précise les modalités de mise en œuvre de ces mesures (financements des études, financement du fonctionnement et de l'investissement, procédure de concertation et critères de sélection). On retiendra que les dossiers sont soumis concomitamment à l'ARS et au Préfet, ce dernier co-présidant la commission de sélection des MSP. A réception de cette circulaire, les ARS doivent signaler avant le 30 octobre 2010 les projets sélectionnés dans ce cadre, soit dans un délai de trois mois. Cette courte période pour sélectionner un nombre réduit de projets qui pourront bénéficier de cet appel n'est pas sans conséquence sur les projets en cours dans les territoires. Ce système donne parfois l'impression que l'essentiel consiste à être prêt au bon moment pour bénéficier de ces soutiens aléatoires, conduisant certains projets à se précipiter pour attraper quelques aides au vol !

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent être établis entre les porteurs des MSP et l'ARS. Les contrats, définis dans le décret du 4 octobre 2010[163], doivent mentionner les principales orientations du projet de santé qui s'inscrit dans le projet régional de santé puis les différents engagements qui visent l'accès et la continuité des soins, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'efficience de l'organisation et l'évaluation de la performance, le développement des systèmes d'informations et les activités de télémédecine. Dans le contrat, viennent ensuite les contreparties financières associées aux engagements contractuels pour une période de 5 ans. Les missions des ARS sont de maîtriser les projets, en vue d'en garantir la pertinence, la viabilité, la bonne gestion des fonds publics et de s'assurer que les territoires déficitaires ou fragiles dans leur offre voient émerger des projets cohérents.

Le FIQCS disparaît et est intégré au FIR (fond d'intervention régionale) dont le décret du 27 février 2012[164] dresse la liste des types d'actions, de structures et d'expérimentations pouvant être financés par ce fond. On y trouve les grands items que sont les actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins, le développement de nouveaux modes d'exercice, des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire, des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, ou encore les réseaux de santé[165]. Si les maisons ou pôles de santé ont pour obligation de fonctionner en exercice coordonné entre professionnels, de développer des protocoles et des réunions pluriprofessionnelles ou encore de mettre en place des actions de santé publique (prévention, éducation thérapeutique), le paiement à l'acte ne valorise toujours pas ce genre d'activité et les nouveaux modes de rémunérations ne sont pas pour le moment généralisés. Le modèle économique n'est pas encore mis en place et freine le développement de ces dimensions de l'exercice regroupé.

[163] Art. D.6114-11 à D.6114-17 du Décret no 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.
[164] Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.
[165] Art. R. 1435-17 du décret n° 2012-271 du 27 février 2012.

Pour les soutiens financiers des collectivités territoriales, la définition des maisons de santé fixée dans le référentiel de 2008 a été majoritairement reprise et partagée par les autres partenaires que sont les conseils régionaux, les conseils généraux, et les services d'instruction du fond européen FEDER, pour l'attribution des aides. Toutefois, la définition a été suffisamment « large » dans son contenu pour que les critères d'éligibilités varient d'une institution à l'autre. Ainsi, avant la mise en place des ARS en 2010, on peut observer sur le Massif central, que les critères du Conseil général de la Lozère ou de la région Midi-Pyrénées par exemple, sont moins précis et moins contraignants que les critères qui sont suivis à ce moment-là dans les autres régions et départements qui soutiennent les regroupements de professionnels de santé ; de même, pour les missions régionales de santé, malgré un cadre d'intervention identique défini dans une circulaire et le cahier des charges nationaux. Les manières de travailler et d'appliquer les conditions diffèrent d'une région à l'autre. Une des conséquences est qu'en 2009 et 2010, on recense un certain nombre de maisons de santé en fonctionnement qui ont obtenu un soutien financier des différentes institutions sans toutefois répondre à tous les critères du cahier des charges des maisons pluridisciplinaires de 2008. Par exemple, le nombre minimum de professionnels n'est pas toujours réuni, de même qu'un exercice coordonné et la formalisation d'un projet de santé. Ces différences s'expliquent par la dimension expérimentale dans laquelle ont émergé ces projets et ces politiques de soutien.

Les agences régionales de santé, installées en 2010, ont repris les anciennes commissions de sélection des maisons de santé, qui avaient été créées pour la plupart en partenariat avec les missions régionales de santé et les conseils régionaux, avec la participation de certains conseils généraux, les Ordres, les URML. Les ARS ont mis en place un système de guichet unique, avec un outil, la PAPS (plateforme d'accompagnement des professionnels de santé). Si auparavant, un projet de regroupements pouvait être financé par les collectivités sans pour autant être soutenu par la MRS, le principe de la labellisation des projets par les ARS incite tout projet sur les territoires à se faire connaître auprès d'elles pour pouvoir obtenir un hypothétique financement. Ainsi, l'obtention des financements est conditionnée par la validation du comité organisé et piloté par l'ARS. L'évaluation des projets se fait à partir d'un dossier écrit qui reprend le projet de santé professionnel et les dimensions techniques (notamment immobilière dans le cas d'une ou plusieurs maisons de santé). Le cahier des charges sert de cadre et d'appui aux porteurs de projet. Le but est d'harmoniser, d'une région à l'autre, les procédures et de favoriser l'articulation des différents financements d'investissement et de fonctionnement. Toutefois, les plafonds de financements des collectivités restent variables d'une collectivité à une autre. De plus, le soutien au montage du dossier, à l'étude d'opportunité ou à l'élaboration du projet de santé, n'est pas le même d'une région à l'autre, avec pour certaines des financements pour un cabinet extérieur (cas de l'Auvergne) par l'ARS, ou bien en cofinancement ARS et CR (cas du Limousin et de la Bourgogne).

B. Ce que l'on peut attendre d'une maison de santé pluriprofessionnelle : avantages et intérêts pour les élus et pour les professionnels

Comme l'explique le Dr. De Haas dans son ouvrage de 2010, les professionnels de santé libéraux se sentent de plus en plus contraints à faire évoluer leur organisation et leur pratique en

raison d'une complexification de leur métier. Cette complexité est liée à une gestion administrative plus lourde, aux systèmes d'informations médicales à intégrer, à l'augmentation des malades chroniques[166]. Elle est aussi liée aux difficultés à trouver un remplaçant, à assurer les gardes de la permanence des soins, et pour certains territoires à l'augmentation de la charge de travail faute de renouvellement lorsque leur collègue part à la retraite. Le regroupement, la mutualisation et la coordination entre professionnels offrent l'opportunité de se recentrer sur leur cœur de métier, le soin et la santé des patients (De Haas, 2010) notamment en se déchargeant des tâches administratives. Cela permet d'améliorer leurs conditions de travail, de rompre avec l'isolement professionnel, de structurer la prise en charge des patients avec d'autres professionnels pour en améliorer la qualité, de pouvoir développer des actions de santé publique, de faire venir de nouveaux professionnels sur le territoire. Le regroupement peut induire également le « plaisir du travail en équipe […] d'échanger sur sa pratique, de voir un patient avec un autre professionnel, de pouvoir accompagner des situations difficiles en étant soutenu par l'équipe » (De Haas, 2010).

De nombreux élus locaux se sont investis dans la création d'une maison de santé dans le but de favoriser le renouvellement ou l'arrivée de nouveaux praticiens sur leur territoire, en particulier les médecins généralistes. Certaines maisons de santé sur le Massif ont d'ores et déjà réussi à attirer de nouveaux médecins dès la conception du projet (Beynat et Neuvic en Corrèze) ou après la mise en fonctionnement (Luzy dans la Nièvre, Gouzon dans la Creuse). Les élus souhaitent garantir le maintien de l'offre de soins à la population, et favoriser des services qui sont considérés comme facteurs de dynamisme et d'attractivité pour les territoires. La maison de santé permet de rendre plus visible et plus accessible l'offre de soins. Elle peut amener l'intervention de professionnels qu'il n'y avait pas auparavant (des spécialistes médicaux une fois par semaine ou par mois, la présence d'un diététicien ou psychologue par exemple). La structure peut favoriser une meilleure prise en charge, qui contribue à la qualité de vie sur le territoire.

Les maisons de santé sont bien souvent à l'image des acteurs qui les font vivre et des habitants qu'elles servent. Le cadre fixé dans le cahier des charges offre des orientations pour guider et structurer le projet d'organisation de l'offre des soins. Il ne doit pas constituer un frein. Dans le cahier de charges, revu en 2010, les regroupements de professionnels de santé en maison doivent réunir un socle minimum :

- Un lieu principal d'exercice des professionnels de santé, visible pour la population ;
- Un projet de santé fondé sur la base d'un diagnostic des besoins de santé, en lien avec le SROS ambulatoire ;
- La pluriprofessionnalité, avec au moins deux médecins et un autre professionnel ;
- Une organisation du travail entre les professionnels (horaires d'ouverture, réunions)
- Un encadrement de stagiaires ;

[166] *« Si les soins étaient le plus souvent liés à des pathologies aiguës il y a trente ans, les professionnels de santé sont dorénavant confrontés à des pathologies chroniques nécessitant des suivis plus coordonnés en équipe que par le passé. Une démarche de suivi de qualité des patients porteurs de pathologies chroniques, voire de cas complexes, passe par un plan personnalisé de soins. Cette démarche ne peut s'envisager que dans une équipe pluriprofessionnelle aux compétences complémentaires. »* (De Hass, 2013).

- Des actions de prévention ;
- Un exercice coordonné : des réunions pluriprofessionnelles régulières, des protocoles communs ;
- Des partenariats avec d'autres acteurs de la santé, du médico-social et du social (hôpital, SSIAD…) ;
- Une réponse aux demandes de soins non programmées en dehors des horaires de permanence des soins et des consultations non programmées ;
- Des horaires d'ouverture larges ;
- Un partage sécurisé de l'information patient, informatisé ou non.

Ils peuvent contenir des éléments non obligatoires mais qui permettent d'apprécier la qualité du projet :

- une association réunissant les professionnels ;
- l'implication des professionnels au-delà de ceux qui participent à la maison de santé ;
- l'implication d'une collectivité ou d'un établissement de santé de type hôpital local
- le projet d'un hébergement pour l'accueil d'étudiants et d'internes en stage.

D'autres dimensions s'ajoutent, la formation professionnelle notamment (commune par profession et entre les différentes professions), la diversification de l'activité (moins d'exclusivité dans les pratiques), un travail coordonné grâce à un partage des répertoires de professionnels de santé, un partage de référentiels professionnels et une évaluation des pratiques professionnelles, ou encore la participation à des travaux de recherche en soins primaires.

S'il ne doit pas être un frein, le cahier des charges cadre et oriente les projets, en définissant les activités et les pratiques qui doivent composer le projet. Ne s'opère-t-il pas une sorte d'uniformisation des maisons de santé, même si le projet de santé varie selon la population et les professionnels? Par ailleurs, le contenu des projets est laissé à l'appréciation de chaque ARS et membre des comités de sélection, ce qui laisse une marge de manœuvre pour la validation des différents projets. Même si nous n'avons pas de réponse à apporter, nous pouvons nous demander dans quelle mesure et à quel moment le cadre devient trop contraignant et trop restreint, au risque d'empêcher l'émergence ou le développement de certains projets ? Existe-t-il des stratégies de contournement du cahier des charges, et selon quels jeux d'acteurs (porteurs de projets, services de l'ARS, collectivités territoriales financeurs-promoteur) ? Au cours de la thèse, des projets de construction et de regroupements sur le Massif central, en particulier sur le territoire de la Vallée de la Dore (Puy-de-Dôme), ont remis en question le cahier des charges dans la mesure où ils ne répondaient pas à tous les critères d'éligibilité. Se posait alors la question de la possibilité de créer de très petites structures. Nous nous sommes demandés si certains territoires de montagne ne présentaient pas une configuration de peuplement telle qu'un regroupement de professionnels ne pouvait être que réduit et donc ne pouvait répondre aux exigences du cahier des charges. Le critère du nombre de professionnels de santé minimum requis pour un projet de maison de santé, fixé par les institutions qui jugent de la viabilité et de la pertinence des projets, renvoie à la question des conditions nécessaires à réunir pour répondre à une situation de pénurie. Bien souvent, c'est le manque de professionnels qui pousse les

projets de collaboration entre professionnels et élus vers des projets de maisons de santé. Une situation de déficit en professionnel de santé semble alors être un contexte favorable à l'innovation dans l'organisation de l'offre de santé locale. Toutefois, les institutions fixent un seuil en terme de pénurie et la viabilité du projet peut être remise en cause notamment par un nombre insuffisant de professionnels. Depuis, la notion de pôle et de réseau de santé de proximité qui permet de contribuer au développement et à la viabilité de ces très petites structures au sein d'un projet plus vaste a été développée.

L'institut de recherche et de développement en économie de la santé (IRDES) a réalisé de manière inédite une première évaluation, à l'initiative de la CNAMTS, sur le fonctionnement de plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires en Franche-Comté et en Bourgogne (Bourgueil et *al*., 2009). A partir d'une comparaison avec des zones témoins, il a cherché à savoir auprès de 9 cas si les maisons qui réunissent en un même lieu des professionnels médicaux et paramédicaux en exercice libéral, offrent une bonne accessibilité aux assurés et de meilleures conditions de travail, favorisent un panel de soins et de services plus large et de meilleure qualité et enfin si les dépenses sont plus importantes. Sur ce dernier point, l'Assurance maladie craint face aux regroupements en maisons de santé que les professionnels développent davantage leur activité de manière non justifiée, afin d'augmenter ou de rééquilibrer leurs revenus, pour compenser l'augmentation des charges de fonctionnement qu'entraîne l'exercice dans une structure (Bourgueil et *al*., 2009). Dans l'échantillon, si les maisons de santé sont similaires dans leur configuration, les contextes territoriaux quant à eux sont différents. Les premiers résultats montrent que l'accessibilité des usagers est augmentée en lien avec une amplitude horaire de consultation plus large que dans les cabinets médicaux classiques (5,5 jours par semaine et 11h30 en moyenne par jour) et le nombre moyen de jours sur l'année plus importants (entre 254 à 358 jours contre 162 à 211 sur les zones témoins). De plus, la gamme d'offres de soins en médecine générale est plus large (sutures de plaies, petite chirurgie, pansements lourds, pose de plâtres, dispositifs contraceptifs…). Le temps de travail des professionnels n'est pas pour autant augmenté, soit une moyenne de 40 heures hebdomadaires plus 6 heures de travail administratif, et il est même plus réduit qu'en cabinet traditionnel (52 à 60 heures totales en moyenne selon une étude de Le Fur et *al*., 2009). Les professionnels semblent satisfaits des conditions de travail, grâce notamment à une répartition des charges de travail entre généralistes. Les maisons sont bien pluriprofessionnelles, avec des compositions hétérogènes, le nombre de professionnels fluctuant entre 5 et 21, la diversité des métiers étant de 3 à 10 et les temps de travail variant d'une demi-journée par mois aux temps pleins. La collaboration entre professionnels s'opère plus particulièrement entre médecins et infirmiers, selon des échanges d'informations relatives aux patients surtout informels, en particulier pour adapter les traitements médicamenteux. Enfin, par rapport aux dépenses, les critères retenus (dépenses de pharmacie, de soins infirmiers) présentent une variabilité entre les zones étudiées qui ne permet pas de conclure à une augmentation des dépenses de santé.

Ainsi, les auteurs de l'étude concluent que, sous réserve d'une implantation adaptée, les maisons de santé avec un exercice coordonné peuvent contribuer « à mieux répartir l'offre de santé sur le territoire en maintenant des professionnels dans les zones désertifiées » (Bourgueil et *al*., 2009).

C. Ce que se regrouper et travailler ensemble implique pour les professionnels de santé : pour mieux comprendre les hésitations et les réticences

Ce sont majoritairement des professionnels libéraux qui participent à la création d'une maison de santé. Ces professionnels ont la particularité de posséder la liberté d'installation (contrairement aux pharmacies et infirmiers qui répondent à un système de *quota*) ce qui signifie qu'ils sont libres d'installer leur cabinet principal et secondaire où ils le souhaitent et de refuser d'intégrer une maison de santé (De Haas, 2010). Par ailleurs, une grande partie des professionnels que l'on retrouve dans les projets de MSP passe des conventions avec l'Assurance maladie qui régule les modalités de leurs revenus (honoraires remboursés), à l'exception de certains professionnels tels que les psychologues, diététiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes ou pédicures-podologues en partie. Parmi la diversité de professionnels, des différences de revenus moyens apparaissent, ce qui peut influencer les motivations des professionnels à se regrouper (De Haas, 2010).

Le regroupement au sein d'une même structure nécessite un réel effort d'adaptation, car il implique souvent un changement d'implantation géographique, une modification des statuts juridiques et fiscaux et de nouvelles modalités d'exercice.

Le surcoût qu'engendrent les charges communes est un frein non négligeable pour le professionnel. Certains exercent seuls et assurent eux-mêmes le secrétariat. Les professionnels craignent des dépenses trop importantes lorsqu'il est question de secrétariat, d'entretien et de pièces collectives dans la structure. Bien souvent, les ambitions architecturales sont revues à la baisse, avec un partage des salles d'attentes, la création de cabinets qui peuvent servir à plusieurs professionnels (Depinoy, 2011). Parfois, la salle de réunions et le lieu de repos sont simplement supprimés des projets si les professionnels ne sont pas convaincus de leur intérêt et de leur pertinence et n'y voient qu'un coût supplémentaire. Dans le projet immobilier, il est important d'aborder rapidement la répartition des charges en adéquation avec l'utilisation des locaux et des ressources de chacun. Une étude menée auprès de 16 MSP en 2009 par la fédération des maisons de santé (FFMPS) a montré un surcoût moyen pour un généraliste de 4400 euros pour l'année, même s'il augmente ses revenus. « *Son chiffre d'affaires est plus important, mais il ne gagne pas plus car ses charges sont majorées* » (De Haas, 2010). L'auteur rappelle qu'il est essentiel de veiller à ce que les professionnels qui intègrent une MSP gardent un équilibre économique et que cette tâche revienne en grande partie au leader qui désamorce les conflits et négocie avec les collectivités.

Par ailleurs, de nombreux professionnels craignent les conflits, car l'entente peut être bonne ou cordiale dans le même village, mais elle peut être mauvaise au sein d'un même bâtiment, lorsqu'il s'agit de partager des projets. Cette crainte est liée parfois à des relations déjà difficiles ou à de mauvaises expériences de collaboration antérieure. Les infirmiers redoutent qu'une hiérarchie s'installe avec le médecin, que la plupart subissait à l'hôpital, et à laquelle ils ont souhaité s'extraire en s'installant en libéral. On craint aussi le regard et les critiques sur son exercice, ou encore, dans le cadre d'un exercice coordonné, l'obligation de suivre de nouvelles méthodes de travail (De Haas, 2010).

D. Quelques grands principes et conseils pour l'élaboration d'une MSP

Le centre de ressources national à l'intention des collectivités dans le champ du développement territorial, appelé ETD, a proposé dans le domaine de la santé plusieurs journées de formations à l'intention des élus et des techniciens, auxquelles nous avons participé en 2009. Ce centre réalise également des études et des guides méthodologiques. Il a publié en juillet 2010 un guide intitulé « les collectivités, partenaires de l'offre locale de santé : quels moyens d'actions ? ». On trouve dans l'ouvrage des conseils aux élus et techniciens qui souhaitent mettre en œuvre une étude ou un projet de maison ou pôle de santé, ainsi que des témoignages et des éléments juridiques. Nous avons retenu ici plusieurs points.
Le projet de santé de la maison ou du pôle de santé doit être construit sur la base du diagnostic des besoins de la population (mentionné dans le cahier des charges) et composé avec les besoins et les souhaits des professionnels de santé. Partir du territoire permet de replacer au centre le patient dans l'organisation des soins ambulatoires, favorise la prise de recul, peut contribuer à dépassionner les tensions autour des problématiques de démographie médicale. Pour cela, l'échelle territoriale du diagnostic doit être suffisamment large pour ne pas refermer la réflexion trop localement. Les maisons de santé sont généralement portées par les communautés de communes et la réflexion se fait à l'échelle des Pays ou de plusieurs intercommunalités (ETD, 2010). Une échelle de projet suffisamment large permet d'éviter une concurrence parfois stérile entre élus et collectivités.

Le diagnostic, réalisé en interne dans la collectivité ou par un prestataire extérieur, se présente en trois étapes pour ETD. Ce diagnostic fait tout d'abord le point sur l'état de santé de la population, à partir des données issues principalement des observatoires régionaux de santé. Le profil de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la présence de personnes isolées, la faiblesse des revenus moyens, peuvent par exemple être retenus. Même si cela semble une évidence pour les acteurs locaux, cet état permet de placer d'emblée la population comme moteur de tout projet. Puis, c'est au tour de l'offre des services de santé d'être analysée. Il est important de considérer les services selon une vision élargie, en prenant en compte l'offre hospitalière, les urgences, les gardes, le dépistage, les services à domicile, le planning familial, les établissements médico-sociaux… L'écueil serait de limiter la réflexion à la médecine générale dans la mesure où le problème semble se situer à ce niveau. Pour réduire l'effet « liste à la Prévert », la perception et le vécu de la population et des professionnels locaux peuvent être recueillis pour questionner la qualité et les limites de cette offre de soins. Enfin, en 3ème étape, faire un point sur l'état de l'accessibilité des services, même si l'obtention des informations n'est pas toujours évidente, à partir des indicateurs de temps d'attentes pour un rendez-vous, de temps de trajet, sur la régulation les nuits et les week-ends, le temps d'intervention des urgences, ou pour l'approche financière la part des bénéficiaires de la CMU et CMUC.

Ce diagnostic constitue un premier niveau d'analyse et propose une base de discussion entre les élus et les professionnels de santé, dans le but de partager les problèmes pour mieux réfléchir aux solutions. Les premières réunions entre élus et professionnels ressemblent souvent à des plaidoyers ou cahiers de doléances sur tous les dysfonctionnements nationaux, régionaux et locaux. Support d'échange, basé sur des chiffres et des observations, le diagnostic peut faciliter la prise de parole mais il permet aussi de ne pas se perdre dans des considérations générales.

L'essentiel étant de prendre acte de ce qui se dit, en réaction ou pas à l'état des lieux. Afin d'assurer la cohérence et la pertinence des projets, l'autre point important à la concertation et à l'élaboration de projet, par rapport au diagnostic, est la prise en compte des dynamiques à des échelles plus grandes. Le projet régional de santé fixe des priorités et des plans d'actions, dans lesquels le projet local peut s'insérer, ce qui ouvre des possibilités de soutien et garantit de la cohérence, par exemple pour des actions en santé publique (prévention, dépistage).

E. Quelles postures des collectivités et quelles modalités d'accompagnement ?

L'accompagnement aux changements des pratiques des professionnels est un élément de plus en plus pris en compte. Aujourd'hui, dans les commissions de sélection des maisons de santé au sein des ARS, la formalisation du projet de santé est exigée pour pouvoir obtenir la labellisation et ainsi pouvoir demander des aides financières aux différents partenaires. Le Fond d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins (FIQCS) puis le Fonds d'intervention régional (FIR) peut servir aux financements d'études d'opportunité et d'accompagnement. Les craintes multiples des professionnels précédemment citées peuvent être désamorcées, réduites, à la fois en faisant exprimer chacun dans le respect et l'écoute et en initiant une dynamique collective où des solutions et des consensus doivent être discutés. Cela se fait aux différentes étapes du projet, grâce à la fois à un travail d'animation (interne ou par un prestataire extérieur) et par la présence d'un leader parmi les professionnels de santé.

Vis-à-vis des modalités d'accompagnement des projets de réorganisation de l'offre de soins de proximité, il est intéressant ici que nous relations l'expérience de la « résidence en territoire » de la 27ème région qui s'est déroulée en 2009 dans le Pays de Pionsat, aux confins du Puy-de-Dôme, de l'Allier et de la Creuse. Nous présenterons le concept développé par la 27ème région et les méthodes d'élaboration de projets innovants mis en œuvre dans le cadre de cette résidence en territoire. L'intervention de la 27ème région en Auvergne a été « l'immersion » d'une équipe d'experts pluridisciplinaires, composée d'une architecte, d'une sociologue, d'une designer de service, et d'une experte en entreprise sociale autour de la personne âgée. Cette équipe est intervenue trois fois pendant une semaine, afin de questionner l'opportunité d'une maison de santé, en réalisant un diagnostic atypique de l'offre et des besoins sanitaires et médico-sociaux sur le territoire. En mobilisant des outils et des méthodes variés appartenant à leurs différents domaines (entretien par magnétophone, dessin, cartographie, blog, article journalistique, création d'objet…), les intervenants ont croisé les avis et les perceptions de l'offre et des besoins des élus, des professionnels de santé, des associations sociales et médico-sociales, de la population, afin de mieux comprendre les enjeux locaux de la santé et d'examiner l'opportunité d'une maison de santé. Par leur regard extérieur et leur expertise, ils ont offert une vision dynamique du territoire. Ils ont mis en avant les atouts de l'organisation du territoire (bonne coordination interprofessionnelle dans le suivi des patients par exemple…) et ont présenté les dysfonctionnements, les manques ou les besoins (une population vieillissante parfois isolée, des besoins de logements adaptés, l'anticipation pour le renouvellement des prochains départs à la retraite des libéraux…). Leur intervention avait pour objectif de favoriser l'expression libre de chacun dans une écoute mutuelle et le respect des positions et des points de vue. Le but était que les problèmes soient partagés et validés par les différents acteurs ainsi que les pistes

d'amélioration, en vue de structurer le projet de maison de santé. Cette démarche n'est guère possible sans l'implication d'un acteur local « complice » et c'est bien la participation active des élus et des techniciens de la Communauté de commune, en particulier du président François Brunet, qui a permis le bon déroulement de la résidence.
L'innovation de la 27ème région réside dans l'association de la population à la « co-conception de solutions » pour répondre à ses propres problèmes. Cette méthode cherche à contrecarrer les politiques et les études « qui tombent toutes faites ». Le parti pris de cette action est la créativité par la coproduction des projets. Une des caractéristiques de ce projet de maison de santé a donc été l'implication et la participation de la population, aux côtés des professionnels de santé, des élus et d'autres acteurs locaux du social et du médico-social.

Ainsi, la 27ème région se distingue par la constitution d'une équipe pluridisciplinaire d'innovateurs sociaux. Elle se démarque également par la forme d'intervention : une résidence dans laquelle une équipe vit au moins trois semaines sur le territoire de projet, avec la population pour mieux saisir les enjeux du projet et du territoire. Enfin, elle se différencie d'une intervention classique par une production atypique. Afin d'éviter une étude classique de 300 pages sur les solutions à apporter, l'équipe utilise des outils issus de disciplines variées (visuels, jeux, maquettes…) qui constituent des moyens de coproduire l'analyse et les solutions au projet, en plaçant l'utilisateur au centre de la réflexion du projet.

Figure 76. Table de discussion installée le jour du marché à Pionsat

Source : 27ème Région, 2009.

Pour la résidence de Pionsat, les outils mis en œuvre ont notamment été la « table de discussion » (figure 76), les « planches d'ambiances » (figure 77), la « charte des valeurs », le « lexique ». La table de discussion permettaient de relayer les témoignages, les avis, les observations sur différentes thématiques (l'accueil, l'activité au quotidien, les gardes….). Afin d'interpeler la population sur leur perception d'un projet de maison de santé et de recueillir leurs idées et remarques, l'équipe est allé sur la place le jour du marché, proposant d'ajouter des petits mots aux côtés de mots clés déjà inscrits sur la table. Les planches d'ambiances visaient à faire réfléchir à partir de mots évocateurs les fonctions et les configurations possibles ou attendus du lieu, avec l'appui de photos et d'illustration diverses suggestives. Ce sont autant

d'outils qui ont permis de faire participer de manière interactive la population sur les besoins et les idées de changement dans leur rapport aux soins, et pour les professionnels de santé, d'exprimer leurs attentes et leurs craintes autour d'un projet de regroupement. Les outils ont également permis de fournir une analyse à la fois micro et macro de la maison de santé en apportant des éléments autant sur les fonctions du bâtiment (secrétariat, accueil, agenda partagé, salle de réunions…) que sur l'offre globale de soins sur le territoire (aide à domicile, gestion des urgences…).

Figure 77. Planche d'ambiance comme support d'élaboration du projet de maison de santé

Source : 27ème Région, 2009.

Figure 78. Eléments du jeu d'échange lors de la journée de restitution de la résidence

Source : 27ème Région, 2010.

Au cours de la troisième semaine de résidence, la 27ème région a fourni aux élus et aux professionnels de santé les outils conçus sous forme d'un kit, afin qu'ils continuent l'élaboration du projet, après le départ de la résidence (figure 78). Le temps d'élaboration d'une maison de santé est en moyenne de trois ans avant sa mise en fonctionnement. Les guides proposés pour établir les chartes de la future maison de santé permettront de mettre en place une

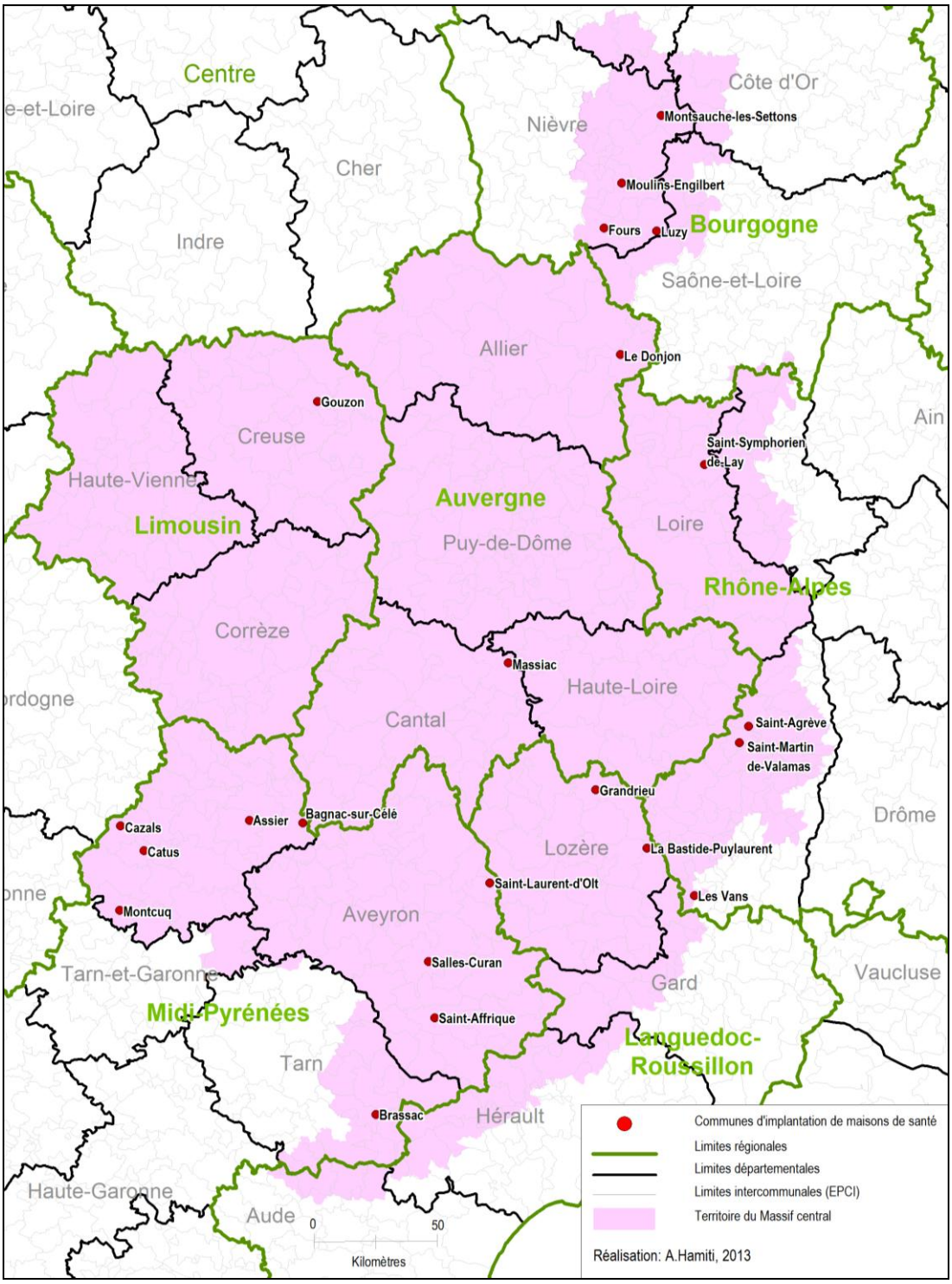
vision commune de toutes les dimensions du projet (valeurs, usages, fonctionnement, esprit des lieux et identité visuelle) qui ont commencé à être posées au cours de la résidence.
Les résultats de cet accompagnement, mis en perspective par rapport aux différentes littératures et productions qui existent déjà sur le sujet, nous montrent qu'aussi bien l'intervention de professionnels de disciplines variées (sociologue, designer, entrepreneur social) que la volonté d'impliquer et de faire exprimer la population, apportent d'autres dimensions que l'on ne trouve pas pour le moment dans toute l'émulation autour des maisons, pôles et réseaux de santé. Même si l'expérience est assez courte et non reproduite ailleurs, nous pouvons dire que cette résidence en territoire dans le domaine de la santé constitue une véritable plus-value qui pourrait ouvrir de nouvelles pistes d'exploration pour enrichir le concept de maisons, pôles et réseaux de santé, autant pour les collectivités que les professionnels de santé et les institutions.

II. Les maisons de santé : enquête auprès d'un échantillon sur le Massif central

Au début de la thèse, en 2009, la loi HPST était encore débattue. Les maisons de santé bénéficiaient déjà d'un cadre de soutien de l'Etat et des collectivités. C'est pourquoi, une des commandes des acteurs du groupe santé du Massif central (composé des conseils régionaux, des URCAM et des SGAR) avait été de produire une première évaluation de l'impact de leurs dispositifs en faveur des maisons de santé, et de réunir des retours d'expériences. Du fait de la mise en place des ARS et des élections régionales, l'évaluation des politiques publiques en faveur des maisons de santé n'était pas facile à conduire, y compris pour obtenir les informations ou conserver les interlocuteurs institutionnels dans un contexte très mouvant. Ainsi, nous nous sommes fixés comme objectif de fournir des retours d'expériences sur l'ensemble du Massif central. Pour cela, nous avons fait le choix de réaliser une enquête auprès d'une sélection de regroupements de professionnels de santé ayant bénéficié de fonds publics. Ces regroupements, sur un ou plusieurs lieux, devaient être en fonctionnement et ce sur le périmètre du Massif central. Nous avons cherché à identifier quels étaient les réalisations, les organisations et les fonctionnements présents sur le Massif central, les différentes configurations d'un territoire à l'autre, les différences dans le processus de création et dans les modalités des dispositifs d'aides et enfin, l'implication des collectivités territoriales. Nous souhaitions également identifier les difficultés rencontrées par les acteurs, selon le point de vue des professionnels de santé et des collectivités, et quelles solutions avaient pu être mises en œuvre. Ainsi, un échantillon de 22 maisons de santé en fonctionnement situées sur le Massif central a été enquêté de mars 2009 à décembre 2010 (figure 79). Elles ont été retenues à partir du recensement des conseils régionaux et généraux, de la MSA et des Missions Régionales de Santé (intégrées par la suite dans les ARS). A ce moment-là, de nombreux autres regroupements étaient en cours, au stade de chantier, au plan de financement, dans la phase d'élaboration du projet de soins ou encore au moment du diagnostic des besoins sur le territoire. La maison de santé est un objet d'étude mouvant, en raison notamment de son cadre législatif récent et de son essor rapide. Durant cette période, la loi HPST fut validée, suivie de nombreux décrets et de la mise en place des agences régionales de santé. Les évolutions y ont été

nombreuses et rapides. Les résultats présentés sont issus d'une photographie à un moment donné qui doit être prise comme telle.

Figure 79. Communes d'implantation des maisons de santé de l'enquête



L'analyse est complétée par des observations sur le terrain rendues possibles grâce à la participation dans plusieurs réunions de projets de maisons de santé et dans l'élaboration d'études à l'échelle des Pays (réunions locales de concertation animées par des cabinets d'étude et les collectivités territoriales), ainsi que par la participation à des séminaires et des colloques

(fédérations des maisons de santé, formation proposée par ETD, Assises des hôpitaux locaux, congrès des centres de santé).

On relève des appellations différentes (maison de santé rurale, maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle) qui recouvrent une diversité de configurations de projets. Dans notre enquête, les regroupements de professionnels sont appelés maisons de santé, sans ajouter, pour ne pas créer de confusion, pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires, car ces regroupements ne présentent pas tous, au moment de l'enquête, un travail commun formalisé entre les professionnels de santé avec un projet de santé. Cela ne signifie pas pour autant que dans certaines maisons de santé, l'exercice des professionnels ne puisse pas évoluer et être formalisé. Le changement dans les pratiques est un processus lent et qui demande à être éprouvé au quotidien, qui peut être facilité par un exercice dans une même structure. Les critères d'analyses retenus pour cette enquête sont le nombre de professionnels, les types de professions présentes à temps pleins ou partiels et l'ouverture au médico-social. Nous avons demandé le ou les statut(s) juridique(s), la formalisation d'un projet de soins, la configuration des maisons de santé (ancienneté, coût, superficie, type de construction, partenaires financiers, accompagnement). A partir d'informations complémentaires, nous avons établi le profil des collectivités porteuses et des territoires d'implantation (démographie, bassin de vie, distance à l'hôpital, zonage…). Nous n'avons pas fait le choix d'analyser en détails les projets qui ont échoué. Toutefois, nous présenterons un certain nombre d'éléments recensés qui participent à l'échec ou ont freiné l'élaboration d'un projet de maison de santé (exemple de Dompierre-sur-Besbre, Saint-Germain-l'Herm, Chambon sur Lignon…). Bien souvent, un échec se retransforme en un autre projet positif des années plus tard, avec d'autres acteurs, d'autres contextes politiques, financiers, législatifs, avec d'autres environnements et contextes locaux (Saint-Pons-de-Thomières, La Canourgue).

Sur les 22 maisons enquêtées (figure 80), on compte 9 maisons en Midi-Pyrénées (Assier, Bagnac sur Célé, Catus, Cazals et Montcuq dans le Lot, Brassac dans le Tarn, Salles-Curan, Saint-Affrique et Saint-Laurent-d'Olt dans l'Aveyron), 2 en Languedoc-Roussillon (Grandieu et La Bastide-Puylaurent en Lozère), 4 en Bourgogne (Fours, Montsauche-les-Settons, Luzy et Moulins en Gilbert dans la Nièvre), 2 en Auvergne (Le Donjon et Massiac), 1 en Limousin (Gouzon) et 4 en Rhône-Alpes (Les Vans, Saint-Agrève et Saint-Martin-de-Valamas en Ardèche et Saint-Symphorien-en-Lay dans la Loire).
Les personnes enquêtées (tableau 7), porteurs de projets, sont les techniciens et les élus pour 18 des cas et les professionnels de santé pour 5 des cas. Treize d'entre eux ont été contactés par téléphone tandis que nous sommes allés à la rencontre de huit d'entre eux qui ont accepté de nous recevoir pour un entretien. Nous n'avons pas pu nous entretenir avec un membre du projet de Salles-Curan, en raison du succès de la structure qui ne leur permet plus de répondre à chaque sollicitation individuelle. Nous nous sommes donc contentés des informations présentes dans les documents de la MSA, accompagnateur du projet. Une partie des secrétaires de mairie ont dû, pour répondre à nos questions, chercher dans des informations parfois archivées, certains projets ayant été achevés depuis plus d'un an. Les regroupements sont en effet récents. En terme d'antériorité à la création de ces maisons de santé, la plus ancienne date de 1986, puis la mise en fonctionnement des autres remonte à moins de quatre ans (1 en 2007, 8 en 2008, 7 en 2009 et 5 en 2010).

Figure 80. Photographies d'une partie des maisons de santé enquêtées

Source : Photos A. Hamiti (Massiac, Saint-Affrique, Gouzon, Montsauche-les-Settons) et sites Internet des communes (Saint-Laurent d'Olt, Fours, Moulins-Engilbert, Salles-Curan, Cazals, Saint-Agrève et Le Donjon).

Tableau 7. Personnes rencontrées pour les maisons de santé enquêtées

Maisons de santé enquêtées	Porteur du projet	Département, Région	Personnes enquêtées	Mode d'entretien
Assier	commune	Lot, Midi-Pyrénées	Secrétaire de mairie	téléphone
Bagnac sur Célé	commune	Lot, Midi-Pyrénées	Secrétaire de mairie et Maire	téléphone
Brassac	commune	Tarn, Midi-Pyrénées	Chargée de mission Pays	entretien de visu
Catus	commune	Lot, Midi-Pyrénées	Secrétaire de mairie	téléphone
Cazals	communauté de communes	Lot, Midi-Pyrénées	Agent C.C	téléphone
Fours	commune	Nièvre, Bourgogne	Secrétaire de mairie	téléphone
Gouzon	communauté de communes	Creuse, Limousin	Agent C.C. et Président Pays	entretien de visu
Grandrieu	communauté de communes	Lozère, Languedoc-Roussillon	Agent C.C	téléphone
La Bastide-Puylaurent	communauté de communes	Lozère, Languedoc-Roussillon	Agent C.C	téléphone
Le Donjon	commune	Allier, Auvergne	Secrétaire de mairie	entretien de visu
Les Vans	commune transféré à la C.C	Ardèche, Rhône-Alpes	Secrétaire médicale et Médecin généraliste référent	entretien de visu
Luzy	communauté de communes	Nièvre, Bourgogne	Agent C.C	téléphone
Massiac	communauté de communes	Cantal, Auvergne	Kinésithérapeute (professionnel référent)	entretien de visu
Montcuq	communauté de communes	Lot, Midi-Pyrénées	Directrice C.C / Secrétaire médicale	téléphone
Montsauche-les-Settons	commune	Nièvre, Bourgogne	Médecin généraliste référent	entretien de visu et téléphone
Moulins-Engilbert	commune	Nièvre, Bourgogne	Secrétaire de mairie	téléphone
Saint-Martin-de-Valamas	communauté de communes	Ardèche, Rhône-Alpes	Agent C.C	téléphone
Salles-Curan	commune	Aveyron, Midi-Pyrénées	*Documents MSA*	
Saint-Affrique	commune	Aveyron, Midi-Pyrénées	Médecin généraliste	téléphone
Saint-Agrève	communauté de communes	Ardèche, Rhône-Alpes	Agent C.C	entretien de visu
Saint-Laurent d'Olt	communauté de communes	Aveyron, Midi-Pyrénées	Agent C.C	téléphone
Saint-Symphorien-de-Lay	SCI	Loire, Rhône-Alpes	Médecin généraliste référent	entretien de visu
Total	10 communes/ 11 C.C / 1 SCI	9 MP / 2 LR / 4 B / 2 A / 1 L / 4 RA	17 techniciens / 2 élus / 4 professionnels de santé	13 par téléphone/ 8 de visu

Le portage des projets est essentiellement réalisé par les collectivités. Les porteurs de projets sont pour dix cas des communes, onze cas des communautés de communes et pour un cas seulement une SCI. Derrière le portage, nous comprenons la maîtrise d'ouvrage de la structure immobilière, et dans certains cas, il signifie aussi l'animation pour l'élaboration du projet (organisation de la concertation entre les acteurs, recherche de financements, recherche de l'architecte, lancement de l'appel d'offre). Si dans les premiers temps du développement des maisons de santé, les communes avaient tendance à prendre la maîtrise d'ouvrage, de plus en plus ce sont les Communautés de communes qui en prennent l'initiative (ETD, 2010). Les maires et les techniciens interpellés expliquent que la construction de la maison de santé est facile pour eux : lancer un marché public « on sait faire, c'est notre travail ». Les collectivités

ont pour la plupart contracté un prêt en plus des subventions ; elles peuvent bénéficier de taux préférentiels ou de remboursement de taxe. Certains agents expliquent qu'il a fallu de nombreuses réunions pour arriver à définir le souhait des professionnels pour la structure. Il faut répondre et s'adapter aux besoins des professionnels et certains « comptent jusqu'au centime près ». Ils ont dû pour certains revoir les surfaces, réduire les espaces communs afin de diminuer les charges.

A. Profil des communes et communautés de communes porteurs des maisons de santé

Tableau 8. Profil des communes et des intercommunalités d'implantation des maisons de santé

Commune d'implantation	Centre hospitalier	Pop communale (PSDC 1999)	Pop communale (2010 principale)	Evolution de la pop communale (99-10)	nom C.C	Pop C.C (EPCI 2010)	Nombre commune (2010)
Assier	non	535	684	149	C.C de la Vallée et du Causse	3 521	16
Bagnac sur Célé	non	1 519	1 556	37	C.C Figeac Communauté	27 207	36
Brassac	non	1 427	1 396	-31	C.C Sidobre Val d'Agout	9 061	10
Catus	non	906	920	14	C.C du Grand Cahors	36 895	30
Cazals	non	576	617	41	C.C Sud-Bouriane	2 633	9
Fours	non	780	762	-18	C.C Entre Loire et Morvan	4 565	9
Gouzon	non	1 380	1 511	131	C.C du Carrefour des Quatre Provinces	4 690	14
Grandrieu	non	773	760	-13	C.C Margeride Est	1 878	7
La Bastide-Puylaurent	non	157	172	15	C.C de Villefort	1 805	7
Le Donjon	non	1 168	1 080	-88	C.C Donjon Val Libre	4 558	14
Les Vans	oui (HL)	2 664	2 816	152	C.C du pays des Vans	4 837	6
Luzy	non	2 234	2 006	-228	CC entre l'Alène et la Roche	4 196	11
Massiac	non	1 857	1 829	-28	C.C du pays de Massiac	3 977	14
Montcuq	non	1 263	1 273	10	C.C du canton de Montcuq	3 935	16
Montsauche-les-Settons	non	612	528	-84	C.C des Grands Lacs du Morvan	3 465	9
Moulins Engilbert	non	1 572	1 607	35	C.C du Sud Morvan	3 224	7
Saint Martin de Valamas	non	1 299	1 264	-35	C.C des Boutières	3 344	11
Salles-Curan	non	1 087	1 067	-20	C.C Lévézou Pareloup	5 516	10
Saint Affrique	oui	7 507	8 288	781	C.C St Affricain	11 381	8
Saint Agrève	oui	2 688	2 534	-154	C.C du Haut Vivarais	3 967	7
Saint-Laurent d'Olt	non	619	648	29	C.C Lot et Serre	1 793	5
Saint-Symphorien-de-Lay	non	1 427	1 800	373	C.C du pays entre Loire et Rhône	12 729	16

Pour les communes d'implantation des maisons de santé (tableau 8), la plus petite commune compte seulement 172 habitants, à La Bastide-Puylaurent, en Lozère, mais où, nous le verrons un peu plus loin, aucun professionnel n'exerce à plein temps sur les lieux. Sept communes comptent moins de 1 000 habitants, dix communes entre 1000 et 2000 habitants et enfin quatre comptent plus de 2000 habitants. Près de la moitié des communes a perdu de la population entre 1999 et 2010. Au niveau de leur appartenance à une intercommunalité, deux communes appartiennent à des communautés de communes de taille assez importante (Figeac et Cahors), entre 27 000 et 37 000 habitants. Saint-Affrique et Saint-Symphorien-de-Lay polarisent une intercommunalité de 11 000 et 13 000 habitants. Le reste des communes d'implantation des maisons de santé est de taille plus réduite. Hormis les communautés de communes Sidobre Val d'Agout (9 000 habitants) et Lévezou Pareloup (5 500 habitants), la majorité des communes de notre échantillon appartient à des intercommunalités de taille modeste, avec moins de 5 000 habitants, dont trois particulièrement, autour de 1 800 habitants (Margeride Est, Villefort et Lot-et-Serre). Seulement trois communes possèdent un établissement de santé : un hôpital local aux Vans et un centre hospitalier à Saint-Affrique et Saint-Agrève. La moitié des maisons de santé se situe dans une zone déficitaire en médecins généralistes libéraux définie par les Missions régionales de santé. Ce zonage a été arrêté en 2005. On y trouve Brassac, Catus, Le Donjon, Les Vans, Luzy, Montcuq, Montsauche-les-Settons, Salles-Curan, Saint-Laurent d'Olt, Saint-Martin-de-Valamas et Symphorien-en-Lay.

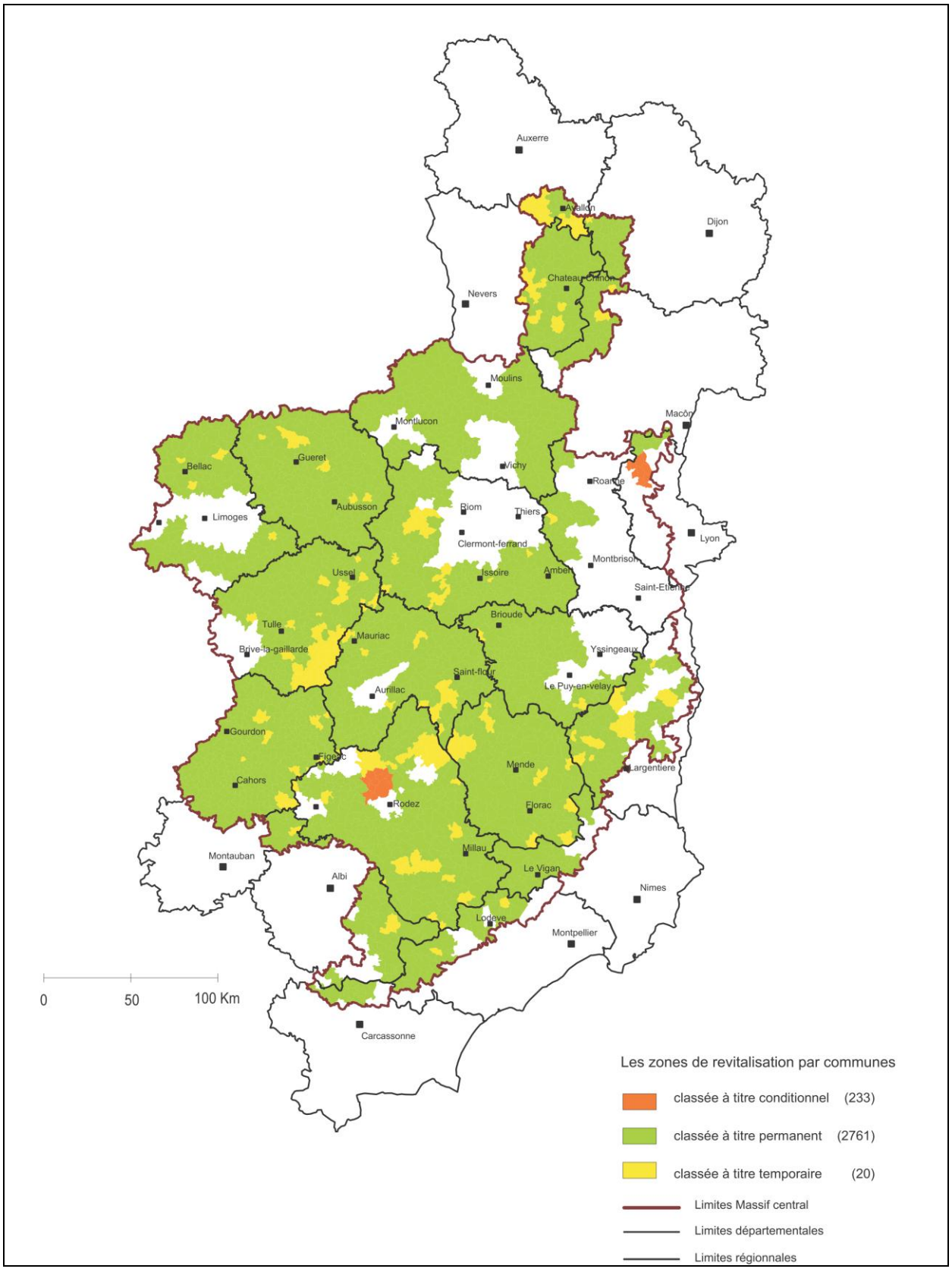
En 2009, au moment de l'enquête, chaque mission régionale de santé a préparé de nouveaux découpages selon un principe de dotation (de très dotés à sous-dotés) en médecin généraliste, selon des critères réactualisés. Il faudra cependant attendre la loi HPST et la mise en place des ARS en 2010 pour qu'un nouveau zonage soit officialisé dans le cadre des maisons et pôles de santé, selon des critères élargis aux premiers recours (zonage pluri-professionnel) où le médecin généraliste reste au cœur. Ainsi, la définition des niveaux de dotation permet de cibler les territoires où l'offre est fragile et vulnérable. Les projets émergeant dans ces territoires sont prioritaires lors des commissions de sélection des maisons de santé et peuvent bénéficier de soutiens plus importants que les projets hors zonage.

Toutes les maisons enquêtées se situent en 2008 dans des communes en zone de revitalisation rurale à l'exception de Saint-Symphorien-en-Lay dans la Loire ; La Bastide-Puylaurent (Lozère) est classée au départ à titre conditionnel, puis « temporaire » depuis son intégration à la Communauté de communes de Villefort (figure 81). Le zonage de revitalisation rurale repose sur trois critères : critère démographique (faible densité), socio-économique (perte de population et/ou part de l'activité agricole importante) et institutionnel (appartenir à une EPCI[167] à fiscalité propre). Il a été créé par la loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (LOADT) du 4 février 1995, et son objectif est d'aider le développement de ces territoires à travers des mesures fiscales et sociales. Les orientations ont été redéfinies afin de mieux adapter ce dispositif aux besoins actuels, par le CIADT[168] du 3 septembre 2003, puis inscrites dans la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005 et dans le décret n° 2005-1435 du 21 novembre 2005. Certaines aides de

[167] EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
[168] CIADT: Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire

l'Assurance maladie pour l'exercice et l'installation sont privilégiées pour les professionnels dont le cabinet principal se situe en zone de revitalisation.

Figure 81. Les zones de revitalisation rurale dans le Massif central



Source : DIACT / Réalisation : A.Hamiti, 2008.

B. Des équipes pluri-professionnelles

Ces maisons de santé regroupent un nombre de professionnels à temps pleins variables selon les lieux, allant de deux à quatorze professionnels (tableau 9). Bagnac-sur-Célé (Lot) ne comptait que deux professionnels et la maison de la Bastide-Puylaurent n'hébergeait aucun professionnel à temps plein. Six maisons réunissent entre 3 à 5 professionnels, 12 maisons entre 6 à 10 professionnels et 2 maisons avec 13 et 14 professionnels (Cazals et Gouzon). Les effectifs des infirmiers et des aides-soignants des SSIAD[169] peuvent contribuer à grossir les équipes. Ils représentent en effectif la profession la plus présente, devant les médecins et kinésithérapeutes. S'ajoutent aux professionnels à temps plein, des professionnels qui exercent des permanences, entre 2 à 15 professionnels selon les maisons. Certaines maisons ne comptent que des permanents et n'accueillent pas au moment de l'enquête de professionnels occasionnels (Le Donjon, les Vans, Saint-Affrique).

En permanence, on trouve des médecins, kinésithérapeutes et de manière plus rare les dentistes (La Bastide-Puylaurent) (étant donné qu'ils doivent posséder un matériel et un équipement important). Ce sont surtout des services sociaux et paramédicaux qui interviennent ponctuellement : ostéopathe, orthophoniste, psychologue clinicien, pédicure podologue, diététicien, PMI[170], assistance sociale, SSIAD et Aide à domicile, ainsi que certains spécialistes médicaux (angiologue, cardiologue, dermatologue, ORL[171]) en particulier sur Moulins-Engilbert. La maison de Saint-Affrique, construite dans une commune parmi les plus importantes de notre échantillon, possède une configuration un peu particulière, puisque ce sont exclusivement des spécialistes qui travaillent aux côtés des 4 médecins généralistes.

Lors de l'étude du Pays Jeune Loire et ses rivières, des élus se sont interrogés sur l'implication des professionnels de médecines dites « alternatives » qui se multiplient sur leurs territoires, de type ostéopathe, naturopathe, chiropratique. Faut-il les mobiliser dans la réflexion et comment ? Une grande partie des professionnels de santé a des difficultés à intégrer ces professionnels en raison de leur non-appartenance au corps médical et paramédical officiel reconnu par l'Assurance maladie. Il n'est pas rare que des professionnels disent recommander et orienter leurs patients par exemple vers l'ostéopathie pour certains maux. On peut observer la participation de certains ostéopathes à l'exercice en maisons de santé et dans des projets de santé. Toutefois, les autres professions sont présentes à la marge. Nous pouvons citer l'exemple de l'art-thérapie dans la maison de Montsauche-les-Settons.

Les maisons de santé offrent une plus grande visibilité des services de santé auprès de la population du territoire. Elles permettent de faire intervenir des professionnels qui n'étaient pas ou peu présents avant la construction, comme les orthophonistes et les sages-femmes. Elles rendent peut-être plus visible une offre spécialisée, telle que les pédicure-podologues ou les psychologues.

[169] SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile.
[170] PMI: Protection Maternelle Infantile.
[171] ORL: Oto-Rhino-Laryngologie.

Tableau 9. Composition professionnelle des maisons de santé enquêtées

Maisons de santé enquêtées	Nb de pro. à pleins temps	Nb de pro. occasionnel	Spécialistes, paramédicaux et médico-sociaux
Assier	4	6	Pédicure-podologue, psychomotricienne, PMI, assistance sociale
Bagnac sur Célé	2	2	Psychologue, orthophoniste
Brassac	8	1	Orthophoniste et pédicure-podologue
Catus	9	5	Ostéopathe, orthophoniste, psychologue clinicienne, pédicure-podologue
Cazals	13 (+ AS du SSIAD)	3	Ostéopathe, psychologue sophrologue, psychologue clinicienne
Fours	6	4	Diététicienne, SARL Bien au quotidien, diabétologue, pédicure-podologues
Gouzon	14	0	Sage-femme
Grandrieu	5	0	?
La Bastide-Puylaurent	0	7	Pédicure-podologue
Le Donjon	9	0	
Les Vans	4	0	*SSIAD, psychologue, service d'aide à domicile à venir*
Luzy	5	15	?
Massiac	9 (+ SSIAD et ADMR)	2	Orthophoniste, ambulancier, SSIAD, ADMR
Montcuq	6	?	SSIAD et Aide à domicile
Montsauche-les-Settons	3	3	Art-thérapeute, psychologue, travailleuse sociale
Moulins Engilbert	8	8	Angiologue, Prévention en addictologie, cardiologue, dermatologue, diététicienne, ORL, pédicure, psychologue
Saint Martin de Valamas	7	plus de 7	MSA et CPAM, médecin du travail (dans le cabinet du kinésithérapeute lorsqu'il est vacant), podologue, psychologue, assistance sociale, ADMR
Salles-Curan	9 (+ service social)	3	Podologue, diététicienne, psychologue
Saint Affrique	9	0	Radiologie, psychologue, neurologie, Maladie du foie et de l'appareil digestif
Saint-Agrève	8	4	Orthophoniste, psychomotricienne, psychologue, CMPP
Saint-Laurent d'Olt	4	2	Kinésithérapeute, pédicure-podologue
Saint-Symphorien-de-Lay	9 + Pharmacie	7	Podologue, psychologue, psychomotricien, médecin du travail, assistante sociale, consultation PMI

C. Peu de projets de santé formalisés et des bâtiments nouveaux

Mes entretiens ont été réalisés en majorité auprès des techniciens et des élus des collectivités porteurs du projet. Nous n'avons qu'une vision partielle de l'existence d'un projet de santé pour les maisons de notre échantillon, car pour la majorité des collectivités, le projet de santé relève des professionnels de santé. Ces acteurs savent très peu si tel projet a été mis en place et très peu d'entre eux ont participé à la réalisation de projets de santé. Pour les regroupements où j'ai eu connaissance d'un projet de santé, on

retrouve les actions de prévention et de formations pluri-professionnelles, plus particulièrement les thèmes du diabète, de l'ostéoporose, la prévention des chutes des personnes âgées sous forme d'ateliers vers des conseils d'aménagement de la maison, des protocoles d'aides aux aidants pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En terme d'hébergement des professionnels, on compte 8 rénovations et 14 constructions neuves. L'ensemble de ces structures doit prendre en compte plusieurs normes (notamment l'accessibilité aux personnes à mobilités réduites, plein pied ou avec ascenseur), qui rendent parfois la construction plus simple que la réhabilitation d'un bâtiment existant. La question de la localisation du bâtiment est parfois source de tension. Les éléments qui contribuent à déterminer la localisation des maisons de santé sont bien souvent la taille et la centralité de la commune à l'échelle de la communauté de communes ou du canton. C'est également la disponibilité d'un terrain communal, la présence de locaux vacants à réhabiliter (Brassac, les Vans) (figure 82), l'opportunité d'un agrandissement de l'hôpital local ou la proximité de l'hôpital local (Condat, Langogne), une position permettant l'accessibilité de la population (parking, desserte de la route principale). En général, on cherche également un compromis avec la localisation de la pharmacie, surtout s'il y en a plusieurs pour ne pas défavoriser l'une par rapport à l'autre par exemple. Pour le projet le plus ancien, à Saint-Symphorien-de-Lay, la pharmacie se trouve accolée à la maison de santé et possède une vitrine pour le matériel médical au sein des locaux.

Figure 82. Station médicale des Vans

Source : A.Hamiti, 2010.

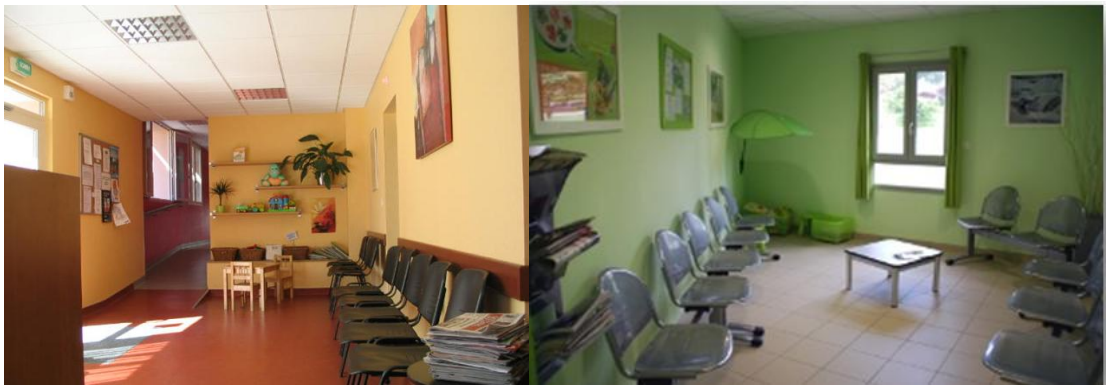
La surface moyenne des maisons est de 430 m², avec une disparité entre les maisons, soit 6 de moins de 200 m², 8 entre 200 et 500m² et 8 de plus de 500 m² (tableau 10). La surface totale dépend bien souvent du nombre de professionnels permanents et de ceux occasionnels, la volonté de posséder des salles d'attentes communes ou individuelles selon les catégories de professionnels voire pour chaque professionnel (figure 84). Certaines maisons possèdent une salle de réunions, une salle de repos avec cuisine, une salle de petites urgences voire de radiologie. La surface varie également selon le type de professionnel et leur type d'exercice. Certains professionnels demandent plus de surface que d'autres, en particulier le kinésithérapeute avec une salle d'activité tandis que les infirmiers ne peuvent solliciter qu'un bureau. Les dentistes ont besoin en général d'un aménagement particulier avec plusieurs salles

(radiologie, salle de préparation et salle de soins), de même que les kinésithérapeutes (matériels, piscine). La surface du bureau des infirmiers sera différente s'ils exercent exclusivement à domicile ou s'ils souhaitent effectuer des soins dans la maison de santé. On a pu voir des permanences le matin pour des prélèvements sanguins sur rendez-vous.

Tableau 10. Type de construction et superficie des maisons de santé enquêtées

Maisons de santé enquêtées	Construction neuve	Superficie
Assier	Oui	792 m²
Bagnac-sur-Célé	non (ancien trésor public avec logement)	265 m² (sur 3 niveaux)
Brassac	non (ancienne usine textile)	105 m²
Catus	non (acquisition bâtiment en centre ville)	247 m² (pour 6 locaux)
Cazals	Oui	350 m²
Fours	Oui	287 m²
Gouzon	Oui	700 m²
Grandrieu	Oui	160 m²
La Bastide-Puylaurent	Oui	190 m² (au RDC, logement à l'étage)
Le Donjon	Oui	500 m²
Les Vans	non (ancienne gare)	297 m²
Luzy	non (bâtiment rénové)	300 m²
Massiac	Oui	900 m²
Montcuq	non (rénovation)	200 m² (sur 2 niveaux)
Montsauche-les-Settons	non (réhabilitation bâtiment communal)	150 m²
Moulins Engilbert	Oui	150 m²
Saint-Martin-de-Valamas	Oui	500 m² (sur 2 niveaux)
Salles-Curan	Oui	? (plus de 1000 m²)
Saint Affrique	Oui	? (entre 500 et 700 m²)
Saint-Agrève	Oui	715 m² (sur 2 niveaux)
Saint-Laurent d'Olt	Oui	160 m²
Saint-Symphorien-de- Lay	non (ancien hôtel, agrandi et mis aux normes)	1 000 m²
Total	8 rénovations / 14 constructions neuves	- Moins de 200 m²: 6 - Entre 200 et 500 m²: 8 - Plus de 500 m²: 8

Figure 83. Salles d'attente (Montsauche-les-Settons et Saint-Agrève)



Source : Site internet de la MSP et de la C.C du Haut-Vivarais.

D. Les structurations juridiques et les coûts des maisons de santé

La structuration juridique des professionnels de santé de ces maisons est pour un cas une société civile immobilière (SCI), pour 5 cas une société civile de moyen (SCM) avec tous les professionnels, pour 11 cas une SCM entre infirmiers (IDE) ou entre médecins généralistes (MG), et enfin pour 5 cas sans structuration juridique (contractualisation individuelle avec la collectivité) (tableau 11). La plupart des maisons de santé est constituée d'un ou plusieurs statuts juridiques. Les associations ou les sociétés civiles de moyens ne sont pas satisfaisants pour faire fonctionner la structure pluriprofessionnelle, empêchant de percevoir des financements publics et de redistribuer entre professions libérales. Un nouveau statut a été créé, à partir des différents statuts juridiques existants, pour permettre aux structures de disposer de statuts autorisant à la fois l'interprofessionnalité (figure 83), la réception de subventions publiques, la redistribution des sommes dans un cadre sécurisé au niveau fiscal et social, avec des règles simplifiées en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure, et enfin pour permettre les nouveaux modes de rémunération Ce sont la Loi Fourcade du 10 août 2011 et le décret d'application du 23 mars 2012 qui créaient les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), constituées entre personnes physiques exerçant une profession médicale, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ce nouveau statut, qui doit encore évoluer, ne répond pas à tous les problèmes qui se posent dans l'exercice coordonné. Les solutions sont pour le moment davantage dans la combinaison de plusieurs statuts qui varient selon les projets.

Figure 84. Deux personnes se relaient pour l'accueil et le secrétariat dans la MSP de Brassac (Tarn)

Source : *La Dépêche du Midi*, novembre 2009.

Le coût que représente l'investissement varie en fonction de la taille des structures et du nombre de professionnels (tableau 11). Nous avons obtenu pour la majorité des maisons de santé le montant des travaux de réalisation. Généralement, les collectivités parlent des coûts hors taxes (les taux des taxes pouvant évoluer toutefois dans le temps ou varier selon les dépenses). Ainsi, ces chiffres nous donnent une idée du montant des projets. On compte 3 maisons de moins de 400 000 euros (toutes taxes comprises), 8 maisons entre 400 000 et 600 000 euros, 4 maisons entre 600 000 et 800 000 euros et enfin 7 maisons de plus de 800 000 euros. La plupart des collectivités contracte un prêt et établit le coût des loyers de sorte qu'elles remboursent cet emprunt en plus des frais de fonctionnement (sous forme de charges).

Tableau 11. Coût de l'investissement, structures juridiques et loyer des maisons de santé

Maisons de santé enquêtées	Coût	structuration juridique	coût loyer
Assier	1 302 473 euros TTC (partie médicale: 532 412 euros TTC)	MK en SCM, le reste des professionnels en individuel	12,57 euros/m²
Bagnac sur Célé	120 000 euros TTC	Non	Entre 120 à 187 euros par mois selon les professionnels
Brassac	871 483 euros HT (1 042 294 euros TTC)	Tous les professionnels en SCM	3,21 euros/m²
Catus	494 916,98 TTC	IDE en SCM, le reste des professionnels en individuel	3,72 euros/m² + charges (5,09m²+7,42m²)
Cazals	640 000 euros HT (765 440 TTC)	IDE en SCM, SSIAD en association, le reste des professionnels en individuel	Entre 360-380 euros par local + charges en moyenne 110 euros/mois
Fours	506 306,6 euros TTC	SCM (Beau soleil)	1071,92 euros à la SCM
Gouzon	1 200 000 HT (1 435 200 TTC)	SCM pour 7 IDE, le reste des professionnels en individuel	?
Grandrieu	705 000 TTC	Non	Entre 400 et 500 euros selon les professionnels, 155/trimestre pour les IDE
La Bastide-Puylaurent	528 750 euros TTC	Non	50 euros/mois (Dentiste, 150/mois car équipé) charges comprises
Le Donjon	862 500 euros HT (1 031 550 euros TTC)	IDE en SCM, dentistes en SCP, le reste des professionnels en individuel	7 euros/m² + charges
Les Vans	508 000 euros TTC	MG en SCM	2200 euros/MG (secrétariat et charges commun)
Luzy	270 000 euros (322 920 euros TTC?)	?	?
Massiac	1 495 250 euros TTC	SC (MG, MK, SSIAD, ADMR, 1 ambulancier)	7 euros/m²
Montcuq	383 000 HT (458 068 TTC)	IDE en SCM, le reste des professionnels en individuel	10 euros /m² charges comprises
Montsauche-les-Settons	254 880 euros HT (304 837 euros TTC)	MG en SCM	1036 euros pour les MG (charges + remboursement radiologie)
Moulins Engilbert	693 682 euros TTC (terrain gratuit)	SCM	1390,55€/mois (Hors électricité, chauffage, eau, ménage, secrétariat)
Saint Martin de Valamas	750 000 euros HT (897 000 TTC)	Non	7,5 euros/m² + charges 3 euros/m²
Salles-Curan	1 700 000 euros (2 033 200 euros TTC)	Tous les professionnels en SCM	?
Saint-Affrique	450 000 euros HT (538 200 euros TTC)	SCM	?
Saint-Agrève	1 429 193 euros TTC	Non	7,50 euros/m²
Saint-Laurent d'Olt	345 000 euros HT (412 620 euros TTC)	IDE en SCM	500€ (avec charges) pour MG, 197€ pour Inf, 83€ et 40€ pour kiné et podologue (1 à 2 j/s)
Saint-Symphorien-de-Lay	? Par étapes	SCI (paiement du loyer à la SCI par le biais d'1 SCM, d'1 SCP, ou société commerciale)	Achat de part par surface (coût?)

La détermination du prix du loyer, des charges, de la répartition par professionnel et par surface provoque très souvent dans les projets de longues discussions et négociations. La fixation des prix peut parfois conduire à des mésententes. Dans le cas de Massiac par exemple, les deux médecins généralistes très actifs dans la construction du projet de MSP semblent ne pas avoir accepté les modalités financières et n'ont finalement pas intégré la structure. La discussion des coûts peut faire l'objet parfois de confrontation et d'incompréhension entre élus et professionnels. Les uns, libéraux, rappellent que la MSP représente un coût, parfois un surcoût par rapport à leur situation précédente, et donc un effort de leur part. De l'autre côté, les élus rappellent qu'ils participent et que cela coûte aussi à la collectivité. Chacun doit finalement chercher à mieux comprendre le point de vue de l'autre et ce qui est engagé en terme de coût.

E. L'entrée territoriale des dispositifs d'aide aux MSP

En partenariat avec les missions régionales de santé, les conseils régionaux ont privilégié les projets de MSP à soutenir lorsqu'ils se trouvaient en zones déficitaires. Ce zonage présente des limites. Défini en 2005, il devient vite obsolète si les données ne sont pas réactualisées. De plus, il ne tient compte que des médecins généralistes et non des autres professions. Enfin, les critères de définitions ne sont pas les mêmes d'une région à l'autre.

Si les Régions du Massif central privilégiaient les zones déficitaires, ils modulaient les critères d'éligibilité (tableau 12). Ainsi, la Bourgogne proposait des aides bonifiées pour les projets en zones déficitaires mais elle acceptait tous les projets, son objectif étant d'avoir une MSP par canton, en particulier dans les territoires du Massif central (Morvan). Les conseils régionaux du Languedoc-Roussillon, de Rhône-Alpes et du Limousin prenaient en compte les zones fragiles et les zones à surveiller, définies par les MRS. Le Languedoc-Roussillon privilégiait les projets situés dans les bourgs-centres, et ceux adossés à un hôpital local ou un EHPAD[172]. Rhône-Alpes utilisait également les bassins à risque démographique, définis par niveaux 1, 2 et 3 selon l'outil Géosanté de l'Union régionale des médecins libéraux (URML), ainsi que les quartiers fragiles relevant de la politique de la ville. Enfin, Midi-Pyrénées offrait des aides plus importantes aux projets en zones déficitaires et situés dans une EPCI, et ouvrait le dispositif à tous les projets en zones rurales mais dont la maîtrise d'ouvrage était portée par une EPCI. Ainsi, on voit dans le choix de Midi-Pyrénées la posture d'aménageur du territoire en incitant l'intercommunalité.

Les principes de financement des conseils régionaux du Massif central sont différents d'une région à l'autre. C'est la région Auvergne qui propose le plafond le plus élevé pour l'investissement des MSP à 400 000 euros, même si en application, ses aides ne dépassent pas 150 000 euros par projet. En janvier 2010, c'est la région Midi-Pyrénées qui a le plus investi en nombre de MSP et en terme de coût soit 1 288 780 euros en totalité (le moins élevé étant 23 680 euros et le plus 150 000 euros). La région Bourgogne est la seule à moduler son plafond d'aides au nombre de professionnels de santé (figure 85). Concernant le pourcentage d'aides ou l'exclusivité de l'aide selon le type de porteur de projet, dans un souci d'incitation au regroupement en EPCI, on retrouve ce principe en région Auvergne, en Limousin et en Midi-Pyrénées.

[172] EHPAD : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Tableau 12. Les critères d'éligibilité pour les MSP avant les ARS

Région	Principes financiers des aides des MSP	Nombre de projets soutenus (en 2009)
Auvergne	40 % max du coût global, dans la limite de 400 000 euros	4 MSP
Bourgogne	Ce sont des crédits sectoriels. Pour l'investissement immobilier, le plafond d'aides est modulé selon le nombre de professionnels (75000€ à 150000 €, 20% à 40% du coût global) l'aide est bonifiée en zones déficitaires (100 000 € à 175 000€, 50% max). Une aide à l'acquisition de mobilier, d'équipement médical et d'équipement de télétransmission. Une aide aux études d'opportunité ou de faisabilité médicale et économique (40% max)	7 MSP sur le MC (sur 18 MSP financées en Région)
Languedoc-Roussillon	Par an, possibilité de financer 3 à 4 MSP (50 % d'un plafond de 300 000 €)	3 sur le MC sur 6 soutenus en Région
Limousin	Principe d'aide aux études de faisabilité, pour l'investissement (plafond?) et les premiers équipements, les frais de fonctionnement, et l'évaluation.	1 maison de santé
Midi-Pyrénées	En zones déficitaires, aides de 25 à 15% max du coût HT (si porteur est EPCI ou commune). Pour les autres zones rurales, 20% max du coût HT (seulement EPCI) sur un de 150 000 € par projet	13 maisons de santé financées par la Région. Montant total des aides : 1 288 780 €. 11 MSP dans la zone Massif Central.
Rhône-Alpes	40 % max. du projet et pas plus de 100 000€. Et pour les zones relevant de la politique de la ville, type CUCS[173], 50% max d'un montant limite de 200 000 €.	3 sur le MC (sur 12 financées en région)

Figure 85. Pancarte de la maison médicale intercommunale de Luzy (Bourgogne)

Source : A.Hamiti, 2010.

[173] CUCS: contrat urbain de cohésion sociale

F. Des relations avec les partenaires limitées au moment du plan de financement et un faible accompagnement des projets

Bien souvent, les relations avec les collectivités régionales ou avec les conseils généraux se font en amont, au moment du montage du projet et de la demande de subvention. Passée l'étape de la validation du plan de financement, bien souvent les relations se font plus distantes. Certains territoires solliciteront parfois le Conseil régional sur les aides à l'installation. L'ARS peut constituer un partenaire privilégié pour les professionnels et l'animateur des projets, sur un plan majoritairement technique, sur l'actualité, le cadre législatif et les dimensions économiques. Pour les questions plus basiques, du type « répartition des charges » ou implication de certaines spécialités, ce sont plutôt les fédérations régionales et la fédération nationale des maisons de santé qui sont sollicitées.

Seulement cinq projets, dont deux labellisés Pôle d'excellence rural (PER), ont bénéficié d'une étude de faisabilité ou d'une étude sur les besoins du territoire, mais qui semble très succincte. Une concertation est réalisée majoritairement entre professionnels, collectivités et programmateur-architecte. Seulement cinq maisons de santé ont organisé une concertation avec les partenaires institutionnels et/ou la population sous forme de réunions publiques (tableau 13).

Même si l'intervention des conseils régionaux relève de la compétence de l'aménagement du territoire, l'entrée territoriale de l'aide financière aux maisons de santé n'est pas systématique. Avant les ARS, le Conseil régional de Bourgogne possédait une ligne sectorielle d'intervention. Il ne sollicitait pas obligatoirement une étude d'opportunité et de faisabilité même si il avait soutenu financièrement certaines maisons (Luzy, Corbigny) ; des études de faisabilité se transforment parfois en accompagnement de montage de projet. La région Auvergne (depuis 2009) et la région Limousin demandent obligatoirement une étude de l'offre de soins, avant toute instruction d'une demande de financement d'une MSP. Les études sont réalisées à l'échelle d'une communauté de communes ou d'un pays, dans le cadre d'une contractualisation. Les études sur le Limousin sont cofinancées avec la MRS, avec un cahier des charges imposé, et le libre choix du prestataire pour le porteur de projet. L'Auvergne a également financé des études d'opportunité ou sur l'analyse de l'offre et des besoins, mais à la différence du Limousin, ces études ne sont pas engagées aux côtés de la MRS. L'objectif est, selon une entrée pays, d'obtenir une analyse assez large, afin de sortir du pré-carré du territoire d'un projet de maison de santé. La position de l'ARS Auvergne a été de choisir un cabinet pour réaliser l'ensemble des études de faisabilité/d'opportunité des maisons et pôles de santé sur la région Auvergne. Lors d'une réunion organisée par la fédération d'Auvergne des maisons de santé, le directeur de l'ARS énonçait implicitement qu'il trouvait inutile les études à l'échelle Pays soutenues par le Conseil régional : « *je le dis aux collectivités territoriales, il n'y a pas d'obligation à faire d'autres études, à solliciter d'autres cabinets. Nous avons choisi un cabinet qui le fait très bien* » (directeur ARS Auvergne, avril 2011).
Face à l'engouement pour les maisons de santé, qui multiplie les sollicitations auprès des financeurs, ces études permettent d'évaluer la pertinence et l'articulation des projets entre eux sur le territoire. Pour la région Auvergne, parce qu'obligatoires, certaines études sont réalisées uniquement parce qu'un projet de MSP de ce territoire sollicite des fonds de la région. Elles

deviennent alors une étude prétexte, avec peu d'objectifs d'action derrière. Parfois, la temporalité n'est pas la même entre la réflexion santé Pays et les projets de MSP avancés qui sont contraints d'attendre une étude à l'échelle pays pour obtenir potentiellement des financements. Le Languedoc-Roussillon compte plusieurs pays et EPCI avec une démarche santé dans leur projet de territoire (Pays des sources en Lozère, Pays Haut Languedoc et Vignoble), mais la politique régionale de santé ne soutient pas directement d'études, car la Région considère que la compétence santé est celle des institutions sanitaires, notamment de l'URCAM. La région Midi-Pyrénées passe par les Pays pour le financement des MSP, mais parce que le système est fondé sur la contractualisation avec les pays, elle ne sollicite pas d'études avant le soutien aux MSP. Rhône-Alpes réclame une étude de faisabilité dans le dossier de demande de subvention, mais avec un degré de précision moindre que la Région Limousin par exemple.

Tableau 13. Etudes de faisabilité et accompagnement des maisons de santé enquêtées

Maisons de santé enquêtées	Etude de faisabilité / accompagnement	Lien avec Pays ou C.C
Assier	Lot habitat (Maître d'œuvre) Aide pour le montage financier	Sollicité C.C mais pas d'écho
Bagnac sur Célé	non	Soutient du pays dans montage financier
Brassac	non	non
Catus	Aval de la CRAM et de l'ARH (petite étude)	non
Cazals	non	non
Fours	Population consultée en interne. Politique dans la Nièvre : 1 MSP par canton	non
Gouzon	non	non
Grandrieu	non	non
La Bastide-Puylaurent	non	Etude par le pays après le projet, mais pas de lien
Le Donjon	non (un dossier d'informations en 2007)	soutien par C.C
Les Vans	non	En cours
Luzy	non	Réseau santé sur le Pays
Massiac	non	C.C?
Montcuq	non	Financement par biais du Pays de Cahors
Montsauche-les-Settons	non	non
Moulins Engilbert	par la C.C?	Appui pour demande de subventions et des aspects juridiques
Saint-Martin-de-Valamas	Accompagnement par un consultant pour le PER/ Projet réseau de santé territorialisé	3 C.C dans le PER
Salles-Curan	oui (par le technicien du pays)	non
Saint-Affrique	Non	non
Saint-Agrève	Accompagnement par un consultant pour le PER / Projet réseau de santé territorialisé	3 C.C dans le PER
Saint-Laurent d'Olt	Non	non (une étude dans le cadre du PER Grands Causses)
Saint-Symphorien-de-Lay	non (seulement étude de marché comptable)	non
Total	- 17 sans étude de faisabilité - 5 avec quelques éléments d'étude (dont 2 PER)	

III. Les pôles de santé : l'exemple du Pays Haute-Corrèze

Le pôle de santé est présenté officiellement dans les textes législatifs avec la loi HPST. Les pôles doivent répondre aux mêmes objectifs que les maisons de santé (soins de premier recours, actions de prévention, de promotion de la santé) mais de manière élargie au second recours et à la sécurité sanitaire, dans une forme originale qui peut réunir dans une organisation fonctionnelle diverses entités que sont les professionnels libéraux, les maisons de santé, les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements de santé et médico-sociaux. Les pôles offrent ainsi la possibilité d'intégrer dans une démarche de projet de santé des professionnels libéraux qui ne souhaitent pas investir une maison de santé ainsi que des établissements de santé et médico-sociaux afin d'améliorer l'offre de soins ambulatoires.

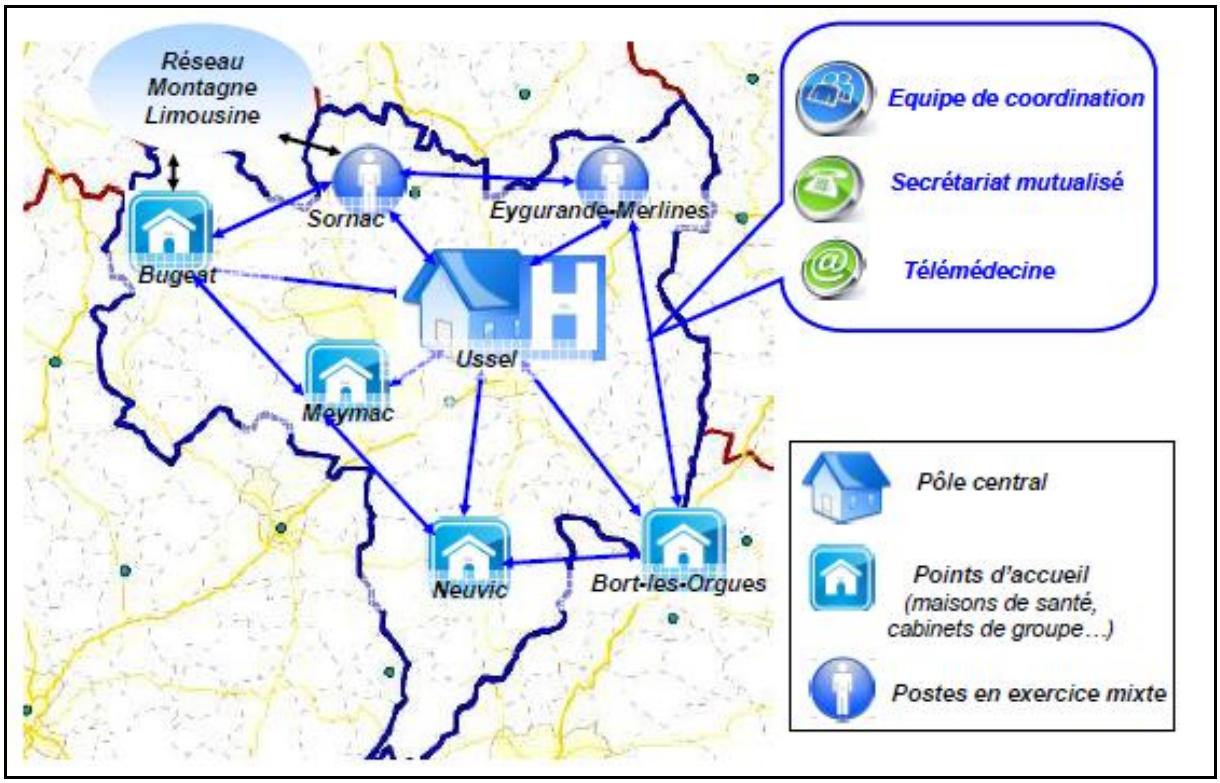
Nous avons rencontré la chargée de mission responsable de l'animation et du suivi du pôle de santé au sein du Pays Haute-Corrèze, en septembre 2011. C'était le moment où le projet de santé venait d'être posé et le contrat local de santé était réalisé.

A l'origine du projet, plusieurs idées de maisons de santé se font entendre à différents endroits du territoire du Pays. L'inquiétude sur la démographie des médecins généralistes libéraux est prégnante, car depuis de nombreuses années, l'hôpital d'Ussel ne reçoit plus d'interne, et les dernières installations remontent à une quarantaine d'année. Sur le secteur de Neuvic, quatre médecins ont tous 60 ans. On craint alors, à court terme, l'absence de renouvellement après leur départ, d'autant plus que le creux de la vague en termes démographique doit arriver en 2015-2020. De plus, le nord de la Corrèze est un territoire où le secteur de la santé et du médico-social possède une place importante, par la présence de plusieurs structures (hôpital d'Ussel, hôpital psychiatrique d'Eygurande, hôpital de Bort-les-Orgues, la fondation Jacques Chirac qui réunit plusieurs établissements d'accueil de personnes handicapées). C'est au moment de la négociation du nouveau contrat de Pays que les élus ont souhaité initié une étude, selon une approche large, sans *a priori* sur les solutions à apporter. Deux études vont être financées tour à tour, l'une pour l'analyse, la stratégie et un plan d'actions (60 000 euros TTC). De ce premier travail ressort en autre l'opportunité de mettre en place un pôle de santé, réunissant différentes structures et libéraux dans une organisation et des actions communes. Une assistance à maîtrise d'ouvrage est sollicitée, afin d'accompagner la construction du projet de santé du pôle ainsi que pour la programmation de trois maisons de santé, à Ussel, à Neuvic et à Borg (70 000 euros TTC). Parmi les axes du projet de santé qui sont ressortis de la concertation avec les différents acteurs, on trouve l'amélioration de la prise en charge globale en gérontologie, dont le suivi à domicile et le passage en institution ou encore l'amélioration du suivi des affections longues durées. Une réflexion a été initiée sur l'organisation de la permanence des soins, en lien avec l'hôpital et les services d'urgences, pour l'opportunité d'une maison médicale de garde (figure 86).

La structure juridique la plus adaptée semble être le groupement de coopération sanitaire (composé du collège des établissements et celui des libéraux), qui constitue l'interlocuteur unique des collectivités et des institutions sanitaires, notamment pour le fonctionnement des maisons de santé. La maison d'Ussel doit constituer la tête de réseau du pôle où seront basés le

directeur du GCS et les professionnels de santé en charge de la coordination du réseau gérontologique et des autres actions de santé publique (prévention alcoolisme et suicide notamment). A la suite de ce projet, l'ARS Limousin a proposé au Pays d'établir un contrat local de santé, afin d'appuyer le pôle de santé, en particulier pour développer les actions de santé publique.

Figure 86. Projet de pôle de santé inscrit dans l'étude



Source : Eliane conseil (2010).

Ainsi, le rôle du Pays a été important dans l'impulsion de la dynamique et la structuration du projet, avec l'appui du prestataire extérieur. Le projet de coordination avec l'ensemble des différents acteurs du soin et du médico-social et des initiatives en santé publique développés dans ce cadre n'auraient jamais vu le jour. L'implication des élus a été déterminante, en mobilisant les professionnels, en créant une synergie au-delà des divergences de bords politiques, en réalisant activement des démarches pour l'obtention de subventions (départementales, régionales, nationales). De plus, le contexte local semble s'être prêté au projet de pôle, en particulier avec le centre hospitalier d'Ussel qui a saisi l'opportunité du pôle pour se renforcer et mieux structurer son action sur le territoire en améliorant les relations avec les professionnels libéraux. De la même manière, la motivation et l'investissement du noyau dur de professionnels a été très importante. Par ailleurs, le projet de pôle ne s'est pas contraint aux limites du Pays, mais il a tenté de s'adapter aux logiques des acteurs de la santé. Les membres ont pris le soin de consulter les territoires autour (PNR Millevaches, Pays des Combrailles, Pays de Tulle) afin d'avoir connaissance des projets et de s'appuyer sur des dynamiques transfrontalières lorsqu'elles existent (Bort-les-Orgues, La Courtine, lien avec le CHU de Clermont-Ferrand).

IV. Les centres de santé : une solution pour les élus des zones où l'offre peine à se maintenir ?

Un centre de santé est une structure qui réunit des professionnels de santé salariés pour dispenser des soins de premier recours sans hébergement, ainsi que des actions de santé publique (prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique) et des actions sociales. On compte environ 1500 centres principalement en zone urbaine, spécialisés (médecine, dentaire, infirmier) ou polyvalents[174]. Ils font l'objet d'un agrément technique de la part des autorités sanitaires. Ils sont gérés par des municipalités, par des associations ou par des assureurs (Assurance maladie, mutuelle) et leurs ressources sont celles du paiement à l'acte (Depinoy, 2011). Les centres de santé ont la volonté de faciliter l'accès aux soins pour tous, en considérant le patient dans sa globalité et son milieu de vie (Colin et Acker, 2009). Selon une étude de l'IRDES[175] (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) de mai 2011, les patients recourant à la médecine générale dans les centres de santé sont plus défavorisés sur le plan socio-économique et leur état de santé est plus dégradé que celui de la population générale. Leur précarité est également plus grande (plus de 60 % des patients contre moins de 40 % en population générale).

Les éléments caractéristiques des centres de santé qui se distinguent de l'exercice libéral et qui tendent à se rapprocher de plus en plus de l'exercice dans les maisons de santé pluridisciplinaires sont notamment, l'exercice pluriprofessionnel, la décharge des tâches administratives des professionnels, la définition d'un projet collectif de santé lié à la population, la maîtrise du temps de travail, la souplesse de l'emploi du temps, le statut de salarié du personnel, la pratique du tiers payant et l'obligation du « secteur 1 » (Acker 2007[176], repris dans Depinoy, 2011). Du fait de l'exercice coordonné et du salariat, le centre de santé peut constituer une solution intéressante pour palier le manque d'attractivité de certains territoires et aux aspirations des nouveaux professionnels de santé du 1er recours.

Toutefois, les centres de santé possèdent un déficit de 10% à 50% selon les centres, lié à l'absence de ressources dédiées au temps de coordination, de coopération et de prévention, et lié également au paiement à l'acte qui ne valorise pas les actions sociales dispensées aux populations prises en charge (ETD, 2010). Si un nouveau système économique venait à se mettre en place pour les soins ambulatoires, palliant les limites du paiement à l'acte, les centres de santé pourraient contribuer à améliorer la répartition et l'accès à l'offre de soins primaires comme les maisons de santé pluridisciplinaires.

M. Grelier, maire de la commune de la Ferté-Bernard dans la Sarthe est venu présenter son projet de centre de santé lors de la table ronde intitulée « comment les centres de santé peuvent-ils répondre aux problèmes de désertification médicale ? » lors du 51ème congrès des centres de santé à Paris. La Ferté-Bernard compte 10 000 habitants et structure un territoire rural de 30 000 âmes. Située à 50 km du Mans et 150 km de Paris, c'est la petite ville la plus à l'Est du département et la plus éloignée de sa capitale régionale, Nantes. Trois médecins généralistes

[174] En 1995 selon les données de la CNAMTS, on compterait 29 centres de médecins généralistes, 357 de centres polyvalents, 377 centres dentaires et 691 centres infirmiers.

[175] Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J. (2011) *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?*, Questions d'économie de la santé n°165, Mai 2011.

[176] Acker C. (2007) Rapport sur les centres de santé. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Direction de l'hospitalisation et des soins, Juin 2007.

d'un même cabinet sur la commune, annonçaient partir à la retraite en même temps. Bien que certains aient été médecins formateurs pendant 25 ans, ils n'avaient pas trouvé de repreneur. Les autres médecins généralistes du secteur ont prévenu la municipalité qu'ils ne pourraient pas faire face à ces trois départs. A l'initiative de la mairie, une étude de démarche marketing a établi le profil type du médecin généraliste de la Ferté. Après une intervention auprès de plus de 7 000 médecins sur la région parisienne, 21 contacts ont été pris et seulement 7 rencontres ont eu lieu qui ont abouti au même constat : ils n'avaient aucun intérêt à interrompre leur exercice libéral actuel si ce n'était pas au moins pour une forme salariale.

C'est ainsi que le maire s'intéressa à l'option du salariat. Il rencontra plus particulièrement le centre de santé de Malakoff qui l'accompagna dans l'élaboration de son projet de centre municipal de santé. Le premier médecin recruté, originaire de la région de Perpignan, a fui la forte concurrence de ce secteur et les exigences accrues de la population. A sa grande surprise, le maire souligne la facilité à mettre en œuvre le projet et se félicite de la très grande compréhension du directeur de l'ARS des Pays de la Loire.

Avant le centre de santé, le maire avait bien pensé à une maison pluridisciplinaire de santé, car en effet ce type de projet est soutenu par les institutions, mais selon lui, « elle permet certes de réunir des professionnels de santé mais bien souvent pour une opportunité immobilière seulement. Ces structures n'attirent pas toujours des nouveaux, à l'exemple d'une commune de la Sarthe, qui a réalisé une maison pour 1,5 million d'euros et qui aujourd'hui reste vide ! ». Ce maire de droite, favorable au système libéral, avoue s'être fait interpelé plusieurs fois par ses confrères élus sur ce revirement de position, mais il assume son choix d'avoir eu recours à un projet public quand le libéral fait défaut. Aujourd'hui, « *on tend vers un travail en bonne intelligence entre les médecins futurs salariés et les autres médecins libéraux. Ironie un peu de la situation, certains [médecins déjà installés en ville] précisent au maire que trois médecins ne seront peut-être pas forcément nécessaires, deux suffiront finalement… !* »

Conclusion

Inscrit depuis 2008 dans le code de la santé publique, la définition et les modalités des maisons de santé pluridisciplinaire évoluent et continuent de s'enrichir. Porteur de promesses de changement pour le système de soins ambulatoires, son concept mobilise de nombreux acteurs et semble créer une véritable émulation.
L'Etat et les ARS présentent les regroupements pluriprofessionnels en maison ou pôle de santé comme une réponse aux problèmes de démographie médicale, même si ces regroupements semblent apporter plus largement une réponse au besoin de changements dans les pratiques professionnels et la prise en charge des soins primaires. Dans un cadre budgétaire contraint, ces regroupements ne sont pas généralisés à l'ensemble des territoires mais encouragés sur des territoires prioritaires, selon l'état de l'offre. Pour s'assurer de la qualité et de la pertinence, et peut-être aussi pour en limiter le nombre, l'Etat impose un cadre et un processus de labellisation pour tous les projets qui souhaitent obtenir des soutiens financiers des différents partenaires. Les ARS s'orientent par ailleurs sur un système de contractualisation d'objectif et de moyens pour ces regroupements. Toutefois, des modalités de financement pérenne pour les activités de santé publique et de coordination de l'exercice, rendues obligatoires dans les maisons de santé, doivent encore être trouvées. Ainsi, cohabitent pour le moment une variété de mode d'exercice (individuel, pluriprofessionnel, isolé, en groupe, coordonné, mutualiste, salarié, libéral, mixte). Certains ne manqueront pas de signaler : *« On introduit de l'innovation sans pour autant toucher à l'essentiel. […] On recourt sans cesse davantage aux enveloppes forfaitaires, ce qui contribue à rendre plus opaque les mécanismes de financements* » (Garros, 2009). Pour le docteur De Haas (2010) les maisons de santé pourraient bien être à l'origine de changement plus général du système ambulatoire, d'autant plus que la nécessité de travailler autrement pour s'adapter aux nouvelles conditions se diffuse et fait de plus en plus consensus (Garros, 2009).

Les élus s'investissent en faveur du maintien de l'offre de soins souvent par sentiment d'urgence ou de nécessité, bien que la santé ne relève pas de leur compétence. Ils doivent mobiliser les professionnels de santé si ces derniers n'ont pas amorcés d'eux même une réflexion. Les élus ne sont pas toujours très à l'aise avec le système de santé et l'organisation des soins. Ils possèdent assez peu de connaissances, faute de compétences, et ne saisissent pas toujours les enjeux. Ils n'ont pas l'habitude de solliciter les professionnels de santé qui ont toujours fonctionné de manière indépendante et privée. De plus, la plupart des élus, en particulier dans les petites localités, tiennent en respect les professionnels, surtout le ou les médecins généralistes, ce qui ne facilite pas toujours le dialogue. Parallèlement,, les professionnels de santé, tiennent fortement à leur indépendance. Ils ont exercés pour la plupart depuis des décennies de manière individuelle, même s'ils échangent régulièrement avec certains collègues. Ils ne voient pas toujours qu'elles peuvent être les améliorations de ces regroupements car ils ont toujours fonctionné de la sorte, en faisant de leur mieux, répondant aux besoins. Pour certains professionnels, dire qu'il faut faire autrement, c'est dire implicitement que la manière d'exercer avant n'était pas satisfaisante alors même qu'ils y croyaient. Si les professionnels de santé identifient les problèmes et les améliorations potentielles, ils ne savent pas souvent comment faire autrement ou « par quel bout

commencer ». Libéraux, ils ont le souci de maintenir leur activité économique stable et souhaitent garder leur liberté. Certains d'entre eux sont à quelques années de la retraite, d'autres ont investis récemment dans de nouveaux locaux ou équipements, ce qui peut constituer un frein au regroupement. Même si les craintes ne sont pas toujours formulées, les professionnels redoutent bien souvent les regards critiques des collègues et le risque d'une remise en cause de leur exercice et de leurs pratiques. Certains ont le sentiment de donner déjà beaucoup dans leur travail, et une collaboration pluridisciplinaire demanderait une énergie qu'ils ont peur de ne pas trouver, surtout à quelques années de la retraite. D'autres voient dans les projets de regroupement une belle opportunité de nouveauté et d'amélioration, même si cela leur coûte une part de liberté. De plus, les professionnels n'ont pas l'habitude de travailler avec les élus des collectivités territoriales ; la co-construction d'un projet représente un double défi de compréhension mutuelle et de partage du leadership à la fois entre professionnels et avec la collectivité. Même s'ils partagent les constats, les besoins et les solutions avec les élus, les professionnels ont en général besoin de temps pour s'approprier le projet et intégrer les nouvelles exigences qui leurs sont demandées par les institutions sanitaires. Toutefois, les délais imposés par les appels à projets et les programmes de subventions ont poussé de nombreux projets à précipiter leurs démarches, ce qui a pu limiter la qualité de réalisation du projet professionnel et du projet de santé.

De l'enquête menée entre 2009 et 2010 auprès d'un échantillon de 22 maisons de santé sur le Massif central (qui ont reçu des financements publics), nous retenons différents éléments. D'une part, la majorité des projets sont récents (90% sont rentrés en fonctionnement entre 2008 et 2010). Les maisons ont vu le jour dans des communes de taille plutôt modeste, 7 de moins de 1000 habitants, 11 entre 1000 et 2000 habitants et seulement 3 de plus de 2000 (Les Vans, Saint-Agrève et Saint-Affrique). Ces communes connaissent un dynamisme relatif (près de 50% ont un solde migratoire négatif, mais cinq ont gagné plus de 100 habitants entre 1999 et 2010). Elles sont essentiellement rurales, toutes sont classées en zone de revitalisation rurale. L'offre y est pour la moitié d'entre elles déficitaire (selon le zonage des MRS de 2005). Les équipes qui exercent dans les maisons de santé sont effectivement pluriprofessionnelles, avec majoritairement les infirmiers, les médecins et les kinésithérapeutes (qui exercent pour beaucoup à temps plein), et pour certaines maisons des dentistes. S'ajoute d'autres spécialités médicales et paramédicaux qui interviennent la plupart ponctuellement sous forme de permanence. Les professionnels sont pour une partie réunis par corps de métier en société civile de moyen (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), mais une grande partie reste en individuel. Le SISA n'existant pas encore, pour quelques maisons, l'ensemble des professionnels est réuni en SCM (cas de Brassac, Salles-Curan, Massiac). Malgré la pluri-professionnalité, très peu de maison de santé ont mis en place un exercice coordonné. Probablement faute de financement dédié au fonctionnement, peu de maisons comptent des actions en santé publique. La maîtrise d'ouvrage est partagée entre les communes et les communautés de communes (à part égale, avec l'exception de Saint Symphorien). Une grande partie des maisons est de construction neuve (14), les autres étant des rénovations. On observe des coûts très différents, allant de moins 400 000 euros (3 cas) à plus de 800 000 euros (7 cas), lié à des différences de superficie notamment, entre 100m² la plus petite (Brassac) à 1000m² pour la plus grande (Salles-Curan), mais qui hébergent pourtant à peu près le même nombre de professionnels (8 à temps pleins pour la première, 9 pour l'autre, sans compter les services

sociaux). Peu de maisons compte une salle de réunion, un coin repos, un lieu d'accueil et de secrétariat commun, éléments favorables à un exercice coordonné. L'accompagnement à l'élaboration des projets et le soutien financier sont différents et ont pu avoir une incidence sur les différentes configurations des maisons de santé. Certains projets ont obtenu le label pôle d'excellence rural (Saint-Agrève, Saint-Martin–de-Valamas, Massiac) ou bénéficié de l'expérimentation d'un dispositif de la MSA (Salles-Curan). La majorité des projets a été réalisée entre professionnels, collectivités et architecte. La faible ingénierie développée sur les aspects étude d'opportunité, diagnostic des besoins et de l'offre, élaboration du projet professionnel et du projet de santé, a très probablement contribué à l'absence d'exercice coordonné et d'espace collectif au sein de l'immobilier.

Pour conclure, l'accompagnement au projet semble avoir était mieux pris en compte, du fait du possible financement dans le cadre du Fond d'intervention régionale, même si les collectivités territoriales contribuent encore largement aux financements de prestataires extérieurs. La prise en compte, dans un projet de maison et de pôle de santé, des perceptions, des préoccupations et des vécus des différents acteurs en jeu, en particulier des collectivités territoriales et des professionnels de santé et du social est fondamental. Reste que la population doit être davantage sollicitée, comme a pu le suggérer la 27ème Région, plaçant les utilisateurs de la maison de santé au cœur de l'élaboration des projets. La fédération des maisons de santé souhaite également mieux impliquer la population dans le fonctionnement et l'amélioration de l'organisation, notamment par une évaluation de leur satisfaction (De Haas, 2010). De plus, il semble innovant de développer des outils d'accompagnement et de solliciter différents métiers tels que le design industriel, la sociologie, l'architecture, mais aussi pourquoi pas un plasticien, un comédien, un travailleur social, qui offrent un regard renouvelé, propice dans ce contexte d'émulation et de changement. En guise d'ouverture, nous pouvons évoquer le rôle important, jusqu'à maintenant encore peu développé, du milieu universitaire, pour s'emparer du champ passionnant que représente l'exercice coordonné en soins primaires, les opportunités et les implications sur les pratiques, les perceptions des professionnels et des patients, les possibles qui s'ouvrent avec le médico-social et le social, et les relations avec les établissements de santé. Les maisons médicales universitaires (projet en cours sur Montpellier et Dijon), pourraient jouer ce rôle de valorisation et de recherche en soins primaires, et constituer un relais des maisons de santé sur les territoires.

Chapitre 9

Les réseaux de santé de proximité dans deux territoires de moyenne montagne : le Nord Aveyron et la Montagne limousine

Introduction

Les réseaux de santé de proximité qui émergent actuellement sont élaborés le plus souvent en réponse aux problèmes de renouvellement de l'offre de soins. En cela, ils diffèrent des réseaux de santé thématiques ou plurithématiques. En effet, ces réseaux de santé de proximité ont pour mission d'apporter des solutions aux problèmes de démographie médicale, ainsi qu'adapter l'offre de soins aux conditions du territoire et aux nouveaux besoins et pratiques des professionnels. La particularité des deux réseaux que nous avons enquêtés, sur le Nord Aveyron et sur le plateau Millevaches, est leur caractéristique géographique de montagne rurale éloignée. Nous avons cherché à mieux connaître les actions qui visent à remédier au manque de professionnels, actuel ou à venir, sur ce type de territoire. Ainsi, nous avons exploré les conditions d'émergence des réseaux de santé de proximité, comme organisations construites par des interactions entre acteurs du monde de la santé, des collectivités et des institutions sanitaires, pour de nouvelles pratiques coopératives. Ainsi, nous avons cherché à savoir en quoi les réseaux de santé territoriaux participent à l'amélioration de l'offre de soins primaires actuelle et future ? En quoi ces réseaux sont-ils innovants ? Et surtout, quels sont les démarches de mise en œuvre, les clés de réussite et les principaux freins ?

I. Les réseaux de santé : concept et cadre législatif

A. Les étapes de mise en place

Au sein du système de santé français, les politiques en faveur de la création et du développement des réseaux de santé avaient initialement pour objectifs de rationaliser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients par une meilleure organisation et coordination de l'offre (Buttard et Gadreau, 2008). Dans le paysage des réseaux, on distingue en fait plusieurs types. On retient les réseaux thématiques qui traitent de pathologies cibles (diabète, cancer, pathologies psychiatriques…), les réseaux d'activités sanitaires spécifiques (la permanence des soins par exemple), ou encore les réseaux dits

« populationnels », c'est-à-dire qu'ils sont au service de populations cibles, le plus souvent des populations vulnérables telles que les toxicomanes, les personnes en situation de précarité ou de pauvreté, les personnes âgées. Les réseaux sont constitués en majorité sous forme d'association loi 1901. Leur rôle est principalement de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge des patients. Certains réseaux privilégient le rôle de coordination, tandis que d'autres se positionnent sur des prestations de service à destination des professionnels de santé et/ou des patients. Les réseaux peuvent être constitués de nombreux partenaires : professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales et médico-sociales, organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants d'usagers. Ils peuvent s'inscrivent dans des critères de qualité, d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret, et ainsi bénéficier de subvention de l'Etat (Dotation Régionale de Développement des Réseaux), dans la limite des crédits disponibles revus chaque année, ainsi que des subventions des collectivités et de l'assurance maladie (FAQSV[177] devenu FIQSC[178]). Le soutien aux réseaux se fait pour la plupart par un système d'appel à projet.

La majorité des réseaux en France s'est développée à partir des années 1990. On retient plusieurs étapes législatives dans la politique des réseaux de santé. Dans le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale du 24 avril 1996, il est créé deux types de réseaux, les réseaux expérimentaux[179] et les réseaux organisationnels dits de soins inter-hospitaliers[180]. On observe peu de différences entre ses réseaux dans leur application, si ce n'est dans leur mode de financement, car les réseaux expérimentaux bénéficient de fonds dérogatoires permettant de se soustraire des règles habituelles de tarification de l'Assurance Maladie. Par ailleurs, on a pu remarquer que les réseaux expérimentaux concernaient davantage les professionnels libéraux tandis que les réseaux de soins se centraient plus sur l'hôpital (Gadreau, 2001). En 2000, la loi de financement créée un fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) commun à tous types de réseaux. Dans une loi du 4 mars 2002[181], on remplace le terme de réseau de soins par réseaux de santé. On précise les acteurs qui les constituent, les objectifs et les missions de ces réseaux.

Parmi les objectifs des réseaux, on retrouve la recherche d'une amélioration des échanges ville-hôpital pour une meilleure continuité des soins dans la prise en charge des patients.[182] Les réseaux de santé ont été soutenu initialement selon une approche segmentée, avec la création de filières thématiques et ou territoriales. Même si le concept a été élargi dans les textes législatifs, pour une prise en charge plus globale et transversale du patient, de « nombreux réseaux restent

[177] FAQSV **:** Fond d'Amélioration à la Qualité des Soins de Ville.
[178] FICQS : Fond d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins.
[179] Ordonnance 96-345 portant sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
[180] Ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[181] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Article 50 et 84 / Art. L. 6321-1.
[182] L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.* »

structurés sur le mode de filières de soins par pathologie, avec une prédominance hospitalière dans leur composition » (Acef, 2008). On trouve des réseaux, à l'échelle de la région, du département, de la ville ou autre, pour la prise en charge du diabète (Réseau Diabète Vichy, DIAMIP pour la région Midi-Pyrénées, RESEDIA dans la Nièvre, DIABLIM en Limousin…), du cancer (OncAuvergne, ONCOMIP, OncoBourgogne, ONCOLIM, RRC-RA, ONCO-LR…), des soins palliatifs (Rasp 03 pour l'Allier, Palliance12 pour l'Aveyron, PLEIADE 71 en Saône-et-Loire, SPHERES en Languedoc-Roussillon…), de l'addictologie (Parad en Auvergne, Hemera pour la Côte d'Or…) ou de la périnatalité (RSPA en Auvergne, Matermip-Ptitmip en Midi-Pyrénées, PERINAT'LIM en Limousin, Aurore en Rhône-Alpes…).
Les réseaux composés d'acteurs libéraux et hospitaliers visant à une meilleure coordination ville-hôpital sont peu nombreux et opérant. Par ailleurs, si les réseaux ont pour objectif notamment de venir en soutien aux professionnels de santé du premier recours, on en compte très peu avec des médecins généralistes libéraux (IGAS, 2006).
Dès la circulaire de novembre 1999, les tutelles sont sollicitées pour inciter et accompagner les réseaux de soins thématiques à se transformer en réseau de santé de proximité. Le but est de prendre en compte plusieurs pathologies dans la prise en charge des patients dans une démarche plus transversale ; mais il faudra attendre un rapport de 2012 pour expliciter les modalités du concept de réseau de proximité. On possède peu d'information sur les conversions qui ont pu être réalisées.

Le dispositif de soutien aux réseaux de santé a été étendu à de nombreuses questions de santé, sans pour autant être généralisé. Les réseaux de santé se sont donc développés de manière marginale. L'encadrement souple a contribué à offrir à l'échelle nationale une grande hétérogénéité dans les types de réseaux, dans leurs échelles d'intervention, leurs missions, le nombre de professionnels mobilisés ou le nombre de patients concernés. Ainsi, les termes de réseaux de soins, réseaux de santé thématique ou populationnel, réseaux de santé de proximité, revêtent une grande diversité au sein de ces types de réseaux. Chaque réseau en fonctionnement, tout type confondu, possède ses spécificités, liées aux contextes et acteurs locaux. L'émergence des réseaux dépend fortement des initiatives des professionnels de santé d'un territoire et du soutien des tutelles. Il a été observé d'importantes différences dans les modalités d'accompagnement, les critères d'attribution et les parts budgétaires allouées d'une région à l'autre (Buttard et Gadreau, 2008). En raison d'un développement un peu « anarchique » des réseaux de santé sur l'ensemble de la France, du manque de pilotage et du mauvais usage de l'enveloppe budgétaire dédié aux réseaux dans certaines régions, le bilan réalisé par l'IGAS en 2006 sur la politique de soutien aux réseaux a été très mitigé (Pitard, 2008). A la suite de ce bilan, une circulaire de mars 2007 du DHOS en direction des ARH et des URCAM précise plusieurs points pour guider les critères de sélection des réseaux à soutenir. Un réseau doit d'abord s'appuyer sur un diagnostic partagé par les acteurs qui le constituent. On insiste sur le fait que les réseaux doivent avoir pour missions d'appuyer les professionnels pour orienter les patients, d'appuyer les patients et les associations de patients, de développer des fonctions pour les pathologies chroniques (éducation thérapeutique notamment) et d'organiser le maintien à domicile ou le retour d'hospitalisation.

Les réseaux peuvent être à une échelle régionale, départementale voire infra départementale. C'est dans la circulaire de mars 2007 qu'il est précisé que les réseaux doivent s'inscrire dans

une logique d'organisation territoriale. Il s'agit pour eux d'établir des liens entre l'organisation des soins telle qu'elle est prévue dans le SROS et les projets de santé développés sur le territoire. La circulaire distingue deux niveaux de territoires, le niveau de proximité et le niveau subsidiaire. Le niveau de proximité renvoie avant tout aux soins primaires, au plus proche du domicile du patient, sur des thèmes généraux demandant des soins fréquents, sollicitant médicaux et paramédicaux et des partenariats avec les associations et les collectivités territoriales. Le niveau subsidiaire renvoie quant à lui à un recours, une expertise et des pathologies qui ne relèvent pas du niveau de proximité, mais plutôt à une échelle qui va du territoire de santé à la région voire à l'interrégionale. Les réseaux de niveau subsidiaire, en lien avec les pôles universitaires de référence, se portent en appui aux réseaux de proximité, avec un certain nombre de missions (diffusion et élaboration de référentiels et protocoles, évaluation des pratiques professionnelles, élaboration de programmes de prise en charge de pathologies chroniques…)
Toutefois, malgré les précisions apportées sur les orientations des réseaux en intégrant la dimension territoriale, la circulaire ne définit pas les limites infra-régionales (Pitard, 2008).

B. Les réseaux de santé territoriaux ou de proximité

Le terme de réseau de proximité est évoqué dans les textes législatifs de manière brève, pour solliciter une conversion des réseaux thématiques en réseaux de proximité, à visée pluri-pathologique, dans une prise en charge transversale. Le terme de réseau territorial n'est quant à lui pas évoqué. Les réseaux « territoriaux » et de « proximité » appelés et présentés ainsi par les acteurs de ces réseaux, semblent de nature quelque peu différente des réseaux de santé qui ont vu le jour ces dernières décennies. On peut certes observer des similitudes entre les objectifs et les missions des réseaux de santé thématiques ou populationnels. Toutefois, les réseaux de santé de proximité qui émergent actuellement sont élaborés le plus souvent en réponse aux problèmes de renouvellement de l'offre de soins. En cela, ils diffèrent des réseaux de santé thématiques ou plurithématiques. En effet, les réseaux de santé de proximité ont pour la plupart pour mission d'apporter des solutions aux problèmes de démographie médicale, ainsi que d'adapter l'offre de soins aux conditions du territoire et aux nouveaux besoins et pratiques des professionnels. Ils constituent une forme originale de l'organisation des soins, avec une formalisation des relations entre professionnels de santé, voire avec des élus et des établissements de santé sur des actions concertées mise en place, sur un mode volontaire et collaboratif. Les actions des réseaux de santé de proximité réunissent essentiellement l'offre de premier recours, mais avec des projets de passerelles avec le 2nd recours et l'hospitalier.
Des réseaux collaboratifs ont été élaborés depuis plus de vingt ans, essentiellement en milieu urbain. Les caractéristiques des milieux ruraux pouvaient jusqu'à présent contraindre le développement des réseaux. En effet, la dispersion des professionnels sur des territoires étendus, ou encore le faible nombre de professionnels et de patients, et l'éloignement aux plateaux techniques hospitaliers pouvaient constituer un frein à la création et au fonctionnement de réseaux thématiques ou populationnels. Toutefois, face à la nécessité d'agir pour le renouvellement des professionnels de santé, et par le fait d'engagement de certains professionnels en faveur de réformes dans le système de santé, en particulier dans le premier

recours, des projets de réseaux émergent et sont sources d'innovation dans ces territoires en tensions.
Plusieurs termes différents, pôles de santé, réseau de proximité, réseau territorial de santé recouvrent des réalités proches. Ainsi, il existe différentes formes sous l'appellation de réseau territorial de santé, ainsi que différents niveaux d'état d'avancement. Nous avons retenu à l'échelle du Massif central ceux qui se présentent comme un réseau, mais également les regroupements de professionnels qui possèdent des objectifs et un fonctionnement en réseau mais qui se désigne par le terme de pôle. Cette liste n'est pas exhaustive et n'est pas présenté selon un ordre d'importance :

- Le réseau de Marche en Combrailles ;
- Le réseau de la Montagne Limousine ;
- Tous deux ont reçu un financement Pôle d'excellence rural en 2011 ;
- Le projet de réseau territorial de santé du Haut-Vivarais fait suite à un projet soutenu également comme PER, en 2006 ;
- Le Réseau de Santé de Proximité du Nord Aveyron (RSPNA) ;
- Le Réseau de santé du Nivernais-Morvan ;
- Le Réseau de santé globale du Pays de Figeac ;
- L'association santé avenir des Combrailles possède un fonctionnement en réseau ;
- Le Réseau de Santé de Proximité du Lévezou : à l'échelle du plateau du Lévezou, ce réseau a été initié par les médecins Ducamp de Salles-Curan et Martin de Pont de Salars, afin de proposer aux professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et sociaux) une nouvelle manière d'exercer pour mieux prendre en charge la population et pour organiser des actions de santé publique (d'après la présentation du projet de novembre 2011). ;
- Le Réseau de santé du Roannais : c'est un réseau de proximité qui vise à améliorer le parcours de santé, en particulier pour les situations complexes. Il est issu d'une fusion-création entre un GCS (Centaurée) et un réseau gérontologique (des Coteaux Roannais) (d'après les statuts de décembre 2012).

Par rapport aux réseaux de santé évoqués en amont, ciblant une ou plusieurs pathologies, parfois des populations particulières, les réseaux de santé territoriaux ou de proximité que l'on peut observer sur le Massif central sont composés essentiellement de professionnels libéraux. Le territoire d'intervention est en majorité rural, parfois dans des régions étendues très faiblement peuplées. C'est le cas du Nivernais-Morvan, du Lévezou, du plateau Millevaches ou encore du Nord Aveyron. Pour certains réseaux, une petite ou moyenne ville polarise des services de santé tels qu'un hôpital comme à Figeac ou Saint-Agrève pour le Haut-Vivarais.
La création des réseaux fait pour la plupart suite à des problèmes de démographie médicale. Face aux difficultés réelles ou à venir du renouvellement, les professionnels en exercice cherchent à s'organiser pour rendre plus la pratique plus attractive. Plus globalement, les réseaux de santé territoriaux ou de proximité répondent à un besoin de changement dans l'organisation de l'offre de soins de premier recours, dans la prise en charge des patients et dans les pratiques professionnels sanitaires et médico-sociaux.
Ces réseaux ont pour objectif de répondre aux besoins de l'ensemble de la population de ces territoires ruraux et des professionnels de santé qui y exercent. Toutefois, sur le Massif central,

ces réseaux doivent faire face en particuliers aux besoins et aux spécificités des personnes âgées isolées et moins mobiles qui sont en augmentation dans ces territoires. Ainsi, il ressort plus particulièrement des besoins de coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des maladies dégénératives de type Alzheimer, le diabète, les troubles psychologiques, les soins palliatifs ou encore le suivi des sorties d'hospitalisation.
On trouve rattaché à ces réseaux des logos (figure 87), un statut juridique, pour la plupart associatif, une charte, des salariés coordinateurs, un site internet ou un blog, une lettre d'information dédiée.

Figure 87. Exemples de logos de réseau de santé territoriaux

Les réseaux de santé de proximité qui émergent semblent présenter une réponse originale et appropriée aux tensions des territoires ruraux. Plusieurs études ont été réalisées sur l'opportunité, le fonctionnement, l'efficacité ou l'efficience des réseaux de santé, principalement dans les sciences économiques et de gestion (Buttard et Gadreau, 2008 ; Buttard, 2008 ; Pitard, 2008) et en santé publique (Frattini et Mino, 2006). Plusieurs rapports pour le compte de l'Etat (DGOS, 2012 ; IGAS, 2006) abordent également la question de l'organisation et de la coordination des acteurs au sein d'un réseau de santé. A partir d'une approche plus ciblée aménagement du territoire, avec un souci d'observer et de comprendre l'implication des collectivités territoriales et l'interaction entre les différents acteurs dans un contexte de création de maison de santé et de réseau territorial de santé, nous tentons d'inscrire cette enquête au sein de la discipline géographique.

C. Problématique et objectifs de l'enquête

Concernant les regroupements de professionnels de santé de premier recours, nous avons recueilli des données qualitatives selon deux démarches d'enquête classiques, c'est-à-dire à partir d'un questionnaire semi-directif d'une part et à partir d'entretiens « ouverts » enregistrés d'autre part. Le premier travail de recueil d'informations sur une sélection de maisons de santé en fonctionnement sur le Massif central, réalisé en 2009 et 2010, présente un premier niveau d'information. Le second travail d'enquête a été réalisé au cours de l'année 2011 auprès de deux projets de réseau de santé de proximité, l'un sur le Nord Aveyron (Midi-Pyrénées), l'autre

sur la Montagne limousine (Limousin). L'enquête auprès des deux réseaux a permis d'obtenir davantage d'informations qualitatives.
Nous avons souhaité investir les lieux et les projets de manière plus approfondie, à la différence de l'enquête auprès des maisons de santé en fonctionnement, pour laquelle nous n'avions rencontré qu'une, parfois deux personnes sur un projet : professionnel de santé, élu ou le plus souvent technicien de la collectivité. Ainsi, le but était de passer plus de temps sur le territoire afin de rencontrer davantage de personnes, de multiplier les points de vue, et de parcourir le Pays. Sur deux à trois semaines espacées, nous avons été de cette manière « en immersion » sur le territoire, à la manière de l'expérience « Territoire en résidence » de la 27ème région[183].

La principale hypothèse de travail est que cette forme d'organisation des soins de premier recours en réseau est une réponse innovante parmi d'autres apportée par les professionnels eux-mêmes, face à des problèmes accentués par les caractéristiques géographiques du territoire, et qui nécessite accompagnement et soutien des collectivités et des institutions sanitaires.

L'enquête répond à un objectif de démonstration et de témoignage. Elle est un temps d'observation qui induit une analyse plus large sur les changements en cours dans l'organisation des soins. Cette phase peut permettre un possible temps d'action à partir des propositions formulées. L'enquête nous permet de mettre à jour des modes de fonctionnement dans le contexte d'élaboration d'un réseau de santé territorial. Elle est un instrument permettant de démontrer des logiques d'organisation des professionnels comme des institutionnels. Nous avons fait le choix ici de ne pas explorer le point de vue et le vécu de la population face aux projets, même si cela représente un grand intérêt en terme d'acceptabilité des changements, pour une organisation qui se fait pour elle. Nous avons souhaité nous concentrer sur les professionnels, les collectivités et dans une moindre mesure les institutions sanitaires. Parmi ces types d'acteurs on compte déjà une diversité de postures.

L'objectif d'une enquête est de recueillir des informations et des données que l'on ne trouve pas dans la littérature. Prendre le temps de saisir la vision, le ressenti et la manière de faire des professionnels impliqués dans un réseau de santé territorial constitue une plus-value pour saisir les enjeux des changements qui s'opèrent dans l'organisation des soins actuellement, et particulièrement dans ces territoires dont l'offre est en tension.
L'enquête permet de rendre compte d'une réalité complexe, celle de la construction d'un réseau. On constate à travers les différents entretiens avec des professionnels, des élus et des institutions, que leurs vécus diffèrent pour un même projet. A travers le témoignage des acteurs, on accède aux mécanismes de construction du réseau, à sa complexité, avec les nuances et les contradictions qu'il comporte. Ces témoignages permettent sur de nombreux points abordés en conclusion, de « monter en généricité » sur les réseaux de santé, en particulier dans les territoires de moyenne montagne, ruraux, éloignés et de confins. On accède au ressenti des acteurs, à partir de leur point de vue exprimé, de la manière dont ils présentent les situations, selon les termes employés. L'enquête devait rendre palpables, concrets, vivants et accessibles, les situations et les propos de ceux qui font l'offre de soins de ces territoires, retranscrits fidèlement et repris sous forme de citations.

[183] Voir chapitre précédent (Partie III).

Les questions posées aux professionnels concernent tout d'abord leur parcours professionnel, les raisons qui les ont amenés à venir exercer dans le territoire, ce qui caractérise leur exercice et la façon dont ils perçoivent la population et leur rapport aux soins. Puis nous sollicitons leur point de vue sur le projet de réseau, comment ils se positionnent, quels sont leurs intérêts et leurs attentes. Pour ceux qui sont à l'origine du projet, nous leur demandons d'expliquer le projet en lui-même, d'en raconter la genèse, d'évoquer leurs motivations, les difficultés rencontrées, les aides dont ils ont pu bénéficier, et l'avancement. Nous questionnons les élus sur leur ressenti par rapport au projet de réseau ; comment ils se positionnent sur les questions de santé et d'accès aux soins, quel est leur rôle et quelles sont les actions qu'ils ont déjà menées. Enfin, nous avons rencontré une personne pour les institutions sanitaires, chargée de mission de l'Agence régionale de santé pour un des deux réseaux. Nous l'avons questionnée sur la posture de son institution face au projet, et interrogée sur ses exigences, son accompagnement et soutien.

D. Le choix des deux réseaux de santé de proximité

J'ai eu connaissance, assez tôt au cours de ma thèse, du projet Nord Aveyron suite à la rencontre avec Mme Hébrard, un des médecins du projet, lors d'un congrès des jeunes chercheurs en médecine générale à Toulouse. J'ai revu Mme Hébrard une seconde fois et d'autres collègues du projet lors d'un séminaire autour des maisons de santé en Bourgogne. Après des échanges de courriers électroniques, une première rencontre a été organisée à Laguiole, dans l'une des communes du Nord Aveyron. Mme Hébrard avait eu la gentillesse de solliciter par courrier électronique l'ensemble des professionnels du projet de réseau. Lors de cette rencontre, j'ai pu interroger une partie des professionnels à l'initiative du réseau. Par la suite, j'y suis retournée, pendant une semaine, dans le but de rencontrer d'autres professionnels, ainsi que des institutionnels et des élus. Ma démarche fut relayée, me permettant ainsi de m'entretenir aisément avec les professionnels.

De manière similaire, lors du congrès des jeunes chercheurs en médecine générale de Toulouse, j'ai rencontré le Dr Buchon, médecin généraliste porteur du projet de réseau de la Montagne limousine. Je me suis rendue à Bugeat pour reprendre contact. J'ai ensuite réalisé deux séjours où j'ai arpenté les routes du Plateau de Millevaches, à la rencontre des professionnels de santé, des élus et des techniciens des collectivités.

1. Lieux et contextes des entretiens

Les acteurs rencontrés sont à la fois les membres actifs du réseau en construction, mais sont parfois aussi réticents : des médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, sage-femme, pédicure-podologue. Nous avons également interrogé les élus concernés par le projet (maires, conseiller général), des techniciens des collectivités locales (intercommunalité, Parc naturel régional et Pays) et les techniciens des institutions sanitaires (fonctionnaire de la délégation territoriale de l'ARS), afin d'obtenir le point de vue et l'action des institutionnels.

Tous ont accepté de répondre car, d'une part, ils trouvaient valorisant que l'on s'intéresse au projet dans lequel ils s'investissaient ou, pour certains acteurs, parce que ce projet les préoccupait. Ils jugeaient également important que l'on connaisse mieux leur projet et la situation de l'offre de soins sur leurs territoires. D'autre part, une partie des acteurs était demandeuse d'un regard extérieur sur leur projet, et ils ont volontiers accepté que je leur parle d'autres situations dans d'autres territoires. Une partie des acteurs enquêtés m'a signifiée qu'elle avait apprécié échanger lors de ces entretiens. Ces rencontres furent de véritables échanges, l'occasion pour eux de prendre du recul et probablement d'aborder le projet sous des angles nouveaux. Après une enquête, on laisse rarement les acteurs dans le même état d'esprit que celui où on les a trouvés, car toute démarche sur le terrain, même courte, est un facteur de changement. Les entretiens, en particulier avec certains professionnels, ont permis d'exprimer des besoins, des attentes et les ont poussés à préciser leur pensée et leur projet.

Nous sommes cependant dépendants de la volonté et de la motivation des acteurs à collaborer à la démarche d'enquête. Lorsque les acteurs acceptent de nous rencontrer, ils choisissent les éléments qu'ils veulent bien nous diffuser. Certains peuvent refuser de nous donner certaines informations. Les informations diffusées sont liées aux contextes temporels, aux questions et aux mots choisis, à la personne que le chercheur représente. Elles varient si l'entretien est un face-à-face ou en présence de plusieurs personnes, selon les lieux de l'enquête (dans le cabinet médical, au restaurant, à la terrasse d'un café, chez le praticien en présence de ses enfants, en voiture, dans le bureau de la mairie…), selon qu'il y ait un impératif temporel à respecter (les consultations reprenant à telle heure…), selon que l'entretien se fait peu de temps après une réunion sur le projet ou plus globalement selon l'actualité du projet (si les subventions viennent d'être accordées, après une réunion constructive sur le protocole diabète…).

Nous avons choisi d'utiliser le dictaphone pour les entretiens afin de pouvoir restituer fidèlement les propos et le langage utilisé lors de l'entrevue. Le dictaphone permet d'obtenir des matériaux complets, par rapport à une prise de notes qui entraîne une sélection des informations avec des oublis, des inexactitudes et des pertes de détails et de vocabulaire précis. Bien que la présence du dictaphone puisse provoquer chez les enquêtés des biais, notamment dans la construction de phrases ou la prudence des propos, on s'aperçoit que les personnes rencontrées l'oublient vite. La plupart des acteurs n'a vu aucun inconvénient à ce que leurs propos soient enregistrés. Quelques personnes, élu et professionnel, ont exprimé leur réserve sur le fait de mentionner explicitement leur propos, en raison de tensions qu'ils ressentent vis-à-vis du projet.

2. Sur le Nord Aveyron

Le rendez-vous pour un premier contact sur le Nord Aveyron a été fixé un samedi de juillet, à 15 h 30 sur la place du village de Laguiole, à côté de la statue de la race Aubrac, avec Sylvie Hebrard, médecin généraliste à Laguiole. Nous nous sommes rendues dans un des cafés de la place, dans la salle du fond. Nous avons été rejoints par Olivia Girbal une infirmière, puis par Philippe Nekrouf, médecin généraliste et compagnon de Sylvie Hebrard. Après quelques échanges, sous les klaxons et les plaisanteries liés à un mariage sur la place du village, nous

réalisâmes que le téléphone portable de Sylvie Hebrard ne pouvait recevoir les appels. Or elle était de garde sur son secteur et devait être joignable pour la régulation. Nous avons donc migré sur la terrasse, plus bruyante avec le passage de la route (parasitant quelque peu l'enregistrement), mais l'ambiance était sympathique. Olivia Girbal nous quitta plus tôt, tandis que Didier de Labrusse, médecin à Saint-Chély-d'Aubrac, nous rejoignit. Les échanges se sont terminés vers 19 h 30. Le lendemain, sur les recommandations des médecins de Laguiole, je me rendais à Espalion où je rencontrais Christine Gaulier, médecin généraliste récemment installée à Saint-Amans-des-Côts. Elle était de garde le dimanche pour l'hôpital. Son compagnon l'avait rejoint, et nous avons donc mangé tous les trois en terrasse, avec le dictaphone sur la table. Je suis revenue quelques jours plus tard dans le Nord Aveyron, pour rencontrer d'autres personnes. Ainsi, j'ai pu faire la connaissance d'Agnès Gentil, sage-femme libérale et de Géraldine Besombes, une autre infirmière de Laguiole, dans les locaux du centre de soins infirmiers de Laguiole. Le docteur Lavarenne me reçut dans son cabinet, près de la place principale de Laguiole. L'entretien dura près de deux heures. Les deux élus me rencontrèrent dans leur bureau de la mairie, à Laguiole et à Sainte-Geneviève-sur-Argence. Sophie Besombes, jeune pédicure-podologue, m'accueillit dans son récent cabinet à Saint Amans-des-Côts. Enfin, je réalisai une visite à Rodez pour m'entretenir avec Hélène Ancessi de la délégation de l'ARS, ce qui me permit de me rendre compte de la distance et du type de route à parcourir pour se rendre notamment à l'hôpital et chez les principaux spécialistes pour la population du Nord Aveyron.
En dehors des entretiens enregistrés des professionnels et des élus, j'ai pu échanger avec des habitants et des marcheurs de passages dans le gîte où je logeais, ainsi qu'avec la compagne du propriétaire du gîte qui possède une librairie. Elle m'évoqua notamment la difficulté de consulter un pédiatre ou un gynécologue, et discuta plus largement sur les habitudes et les manières de vivre de la population dans la commune et les alentours de Laguiole.

3. Sur la Montagne limousine

Pour le projet du plateau de Millevaches, je me suis déplacée pour un premier contact le 3 et 4 août 2011, et j'ai rencontré à Bugeat, le docteur Buchon dans son cabinet, médecin à l'origine du projet de réseau, et Gaëlle Sow la coordinatrice de l'association. Je suis ensuite revenue fin août et j'ai rencontré sur les conseils du Dr Buchon, d'autres membres actifs du réseau. Claude Etilé, médecin généraliste de Royère de Vassivière m'a reçue chez lui à l'heure du repas, en compagnie de ses enfants, et le docteur Catherine Prioux, dans son cabinet de la maison médicale de Faux-la-Montagne. Enfin, je suis revenue pendant six jours en septembre. J'ai rencontré le docteur Nadège Lauchet, jeune médecin généraliste qui exerce une fois par semaine dans le cabinet du Dr Buchon, dans le cadre d'un poste de chef de clinique de médecine générale. M. et Mme Hébrard m'ont reçue dans leur pharmacie à Royère-de-Vassivière. J'ai partagé un thé avec Philippe Joffre, infirmier libéral une semaine sur deux sur ce secteur, dans un café de Pontarion en Creuse. Du côté des collectivités territoriales, j'ai été reçue à la Courtine par Guillaume Sauvier, agent de développement à la Communauté de communes des Sources de la Creuse, ainsi que par Mme Marie-Claude Mathieu, présidente de la communauté de communes du Pays du Haut-marchois, que j'ai rencontré à Crocq, aux côtés de François Tissot-Rosset, l'animateur du Pôle Local d'Accueil du sud-est Creuse. Je me suis

rendue dans les locaux du PNR à Gentioux-Pigerolles pour un entretien avec son directeur, Philippe Jafretou. J'ai échangé par téléphone avec Pierre Coutaud, maire de Peyrelevade, et Julie Granprat, animatrice du Pôle local d'Accueil du Pays de la Haute-Corrèze. Mon dernier entretien a eu lieu à Ussel, auprès de Nadège Savary, chargée de mission du Conseil général de Corrèze et animatrice du projet de pôle de santé porté par le Pays Haute-Corrèze.
Comme sur le Nord Aveyron, j'ai eu l'occasion de discuter de manière informelle avec des habitants du territoire, en particulier avec la serveuse d'un restaurant qui m'a fait part de sa maternité à Felletin, de son accouchement à Limoges, et des anecdotes autour du service d'urgences d'Aubusson, ou bien encore de l'employé du relais information tourisme à Faux-la-Montagne, sur le type de population et la richesse associative du plateau.

II. Le réseau de santé de proximité en Nord Aveyron

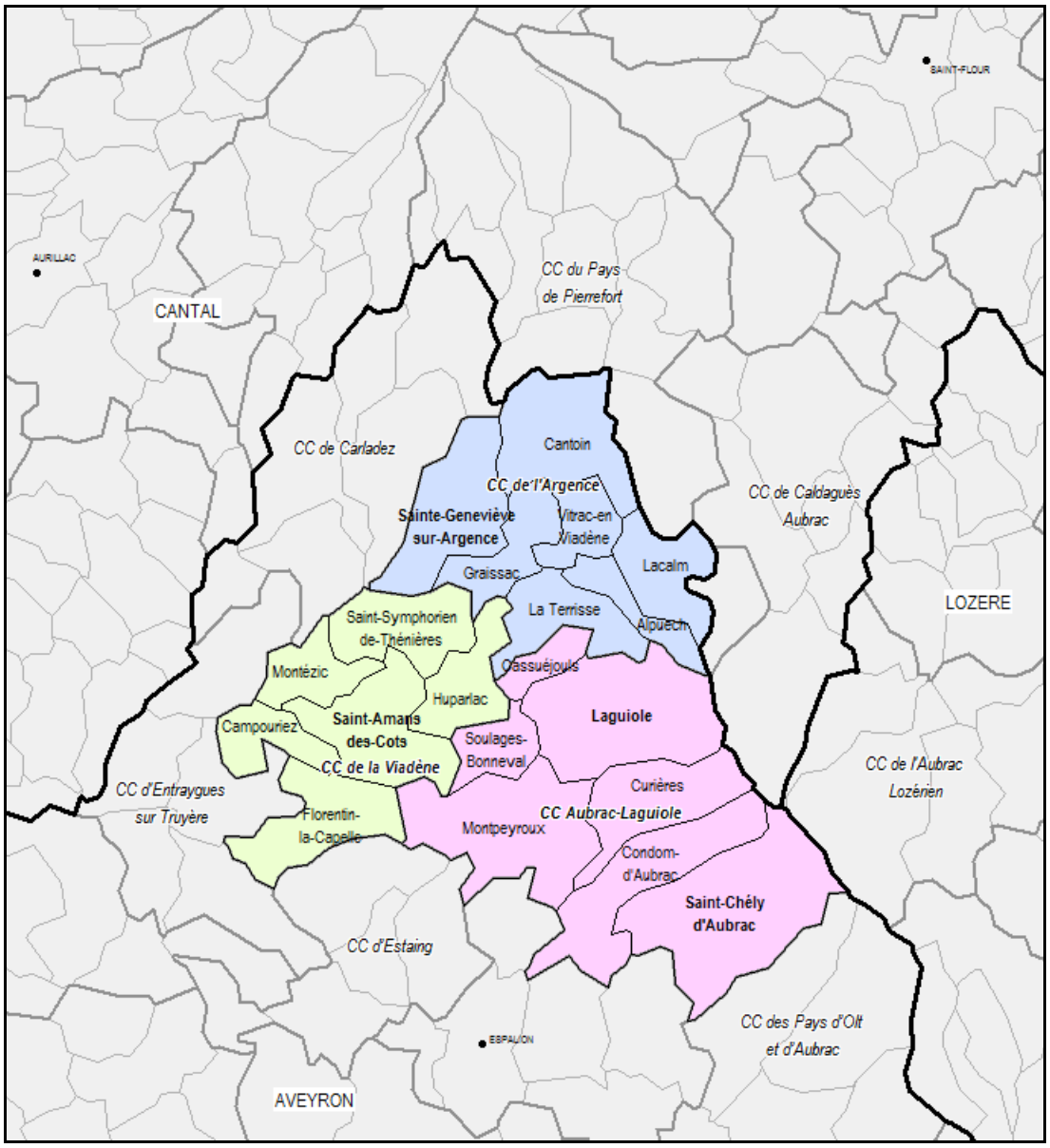
A. Territoire et genèse du projet de réseau

Le territoire du projet du Réseau de santé de proximité du Nord Aveyron est situé en Région Midi-Pyrénées, dans la pointe nord du département de l'Aveyron, limitrophe du Cantal (Auvergne) et de la Lozère (Languedoc-Roussillon) (figure 88).
Ce territoire de projet est composé de quatre cantons, St-Amans-des-Côts (2 244 habitants pour 6 communes dont 773 pour le chef-lieu), Sainte-Geneviève-sur-Argence (2 115 habitants pour 7 communes dont 1011 pour le chef-lieu), Laguiole (2 502 habitants pour 5 communes dont 1 269 pour le chef-lieu) et Saint-Chély-d'Aubrac (568 habitants pour 2 communes dont 549 pour le chef-lieu). L'ensemble de ces 20 communes compte 7 729 habitants (INSEE 2008), soit une densité de 11,4 hab/km².
Selon les professionnels de santé, le relief contribue à délimiter le territoire du réseau qu'ils nomment « la montagne ». A l'ouest se trouve la Truyère, avec un très fort encaissement, qui sépare le territoire de Mur-de-Barrez et du Cantal. Au sud, le Lot est la deuxième frontière naturelle. Le territoire du réseau ne va toutefois pas jusqu'au Lot. Il s'arrête avant, en raison des *boraldes*, petites vallées très encaissées qui descendent assez vite sur le Lot. Les autres cantons du Haut-Rouergue que sont Espalion et Saint-Geniez-d'Olt se situent dans les vallées. Au nord et à l'est, du côté du Cantal et de la Lozère, le plateau se trouve à la même altitude que Nasbinals et Saint-Urcize, mais dans deux régions et deux départements différents, ce qui peut constituer pour les professionnels de santé une frontière administrative. L'absence de partenariat avec la Lozère, notamment avec Nasbinals, semble également culturelle et historique.

Les limites des Communautés de communes reprennent les contours des cantons, à l'exception de Laguiole et Saint-Chély-d'Aubrac qui se sont regroupés. La recomposition de la carte intercommunale avec la réforme des collectivités territoriales, risque d'entraîner des modifications sur le découpage actuel. Lors des entretiens, cette recomposition inquiétait les élus et les populations qui redoutaient une perte d'identité (notamment à Sainte-Geneviève,

territoire de la Viadène, risquant d'être regroupé avec Laguiole intégré à une identité plus « *marquée du plateau de l'Aubrac* »).

Figure 88. Communes et intercommunalités du Nord Aveyron



Source : Insee 2010 / Réalisation : A.Hamiti, 2013.

L'évolution démographique du territoire se maintient pour une bonne partie voire devient légèrement positive depuis la dernière décennie. C'est un territoire de moyenne montagne avec deux tiers de l'espace se situant à plus de 800 mètres d'altitude. En hiver, l'enneigement, pendant environ un mois, peut causer une circulation difficile et augmenter les temps d'accès aux soins.

> *« Au moment de la chute de la neige, c'est un peu compliqué de circuler,* […] *Ça dure très peu de temps, mais enfin, si ça vous arrive pendant cette période, vous êtes un peu en difficulté de circulation si l'on peut dire. Parce que si vous avez une*

intervention d'urgence à faire par un médecin qui se trouve à 40 kilomètres, bah écoutez, vous avez le temps de mourir. » (maire d'une commune du Nord Aveyron)

Les villes les plus proches qui comptent un service d'urgences, une maternité, la majorité des médecins spécialistes et un service chirurgical sont Rodez, Aurillac et Saint-Flour. Le temps pour accéder à ces services par beau temps, est compris entre 50 minutes et une heure et quart, selon le lieu d'habitation sur le territoire.
Les quatre cantons sont classés (en totalité depuis 2010) en zone de revitalisation rurale (loi n°2005-157). Ils sont également, pour deux d'entre eux, classés « fragiles » et les deux autres « déficitaires » selon le zonage MRS Midi-Pyrénées de 2005. Selon le découpage par niveau de dotation de la circulaire de 2008, les cantons de Sainte-Geneviève et Saint-Amans sont classés sous-dotés en offre de médecin généraliste.

L'étude réalisée à l'échelle du Pays du Haut-Rouergue en 2007, a été un réel « détonateur » auprès des élus locaux et également des institutions sur les difficultés imminentes qu'allait rencontrer le Nord Aveyron. En effet, l'étude montrait que sur les 34 médecins, en 2010, un praticiens sur deux serait âgé de plus de 60 ans. La situation était préoccupante plus particulièrement sur le canton d'Espalion où six médecins sur sept avaient 60 ans et plus. L'étude expliquait qu'en 2012, l'ensemble du Pays compterait sept médecins sur dix, âgés de plus de 60 ans. De plus, l'augmentation et le vieillissement de la population impliquaient un accroissement des besoins. Sur le Pays du Haut-Rouergue, la population était constituée de 32,5 % de plus de 60 ans, dont 14,1 % de plus de 75 ans. L'étude soulignait enfin que si les difficultés à trouver des successeurs s'avéraient déjà réelles sur ces territoires, le risque du désert médical serait accru à court terme.

B. Un réseau de professionnels sur plusieurs lieux d'exercice

Le projet de réseau du Nord Aveyron consiste en une collaboration entre tous les professionnels de soins de premier recours et médico-sociaux pour garantir une offre de soins de proximité. Le projet compte trois regroupements de professionnels en maisons de santé pluridisciplinaires sur trois sites distincts : à Laguiole, Saint-Amans-des-Côts et Sainte-Geneviève-sur-Argence. Le projet laisse la possibilité pour certains professionnels de conserver leur cabinet tout en collaborant avec les professionnels regroupés. Un des objectifs principaux du réseau est de partager les informations entre les différents professionnels de l'ensemble du Nord Aveyron. Cette coordination passe par un logiciel informatique commun afin d'avoir accès aux dossiers de l'ensemble des patients, selon un niveau d'informations différencié selon les professionnels et avec l'accord des patients. Des réunions d'échanges réguliers pour une meilleure prise en charge des patients et la mise en place de protocoles participeront à cette coordination. Afin que le territoire soit attractif pour les médecins généralistes qui ne souhaitent pas s'installer dans la montagne ou exercer durablement sur un des sites du territoire, le réseau contribuerait à ce qu'ils exercent en partie sur le territoire et sur les différents sites. Le réseau organiserait leur travail, pour eux et pour l'ensemble des professionnels qui le souhaitent, en particulier les prises de rendez-vous et le suivi des dossiers des patients grâce à un service de secrétariat.

« D'un point de vue géographique ici, tous les lieux sont à 20 ou 25 km l'un de l'autre. […] ça ne change pas grand-chose pour la population, si c'est le médecin qui se déplace. Et le médecin se déplaçant sur une activité régulière, bien réglée avec un secrétariat et des rendez-vous, les 25 km à parcourir ne sont pas un problème. Tu mets 20 minutes pour les faire, c'est le temps d'une consultation, ça t'aère les idées, […] même en hiver où tu t'emmerdes un peu pour rouler, ce n'est pas gênant les 25 km pour un médecin, si le boulot est organisé. Car si c'est pour travailler en bordel comme je l'ai connu pendant des années, avec à n'en plus finir des gens qui n'ont pas de rendez-vous, ce qui veut dire que c'est le patient qui t'impose ses horaires à lui, ce n'est plus possible. » (Dr de L.).

Ainsi, le projet de réseau a pour but de favoriser les échanges entre les professionnels pour mieux prendre en charge les patients mais également pour valoriser l'exercice professionnel et ainsi attirer de nouveaux professionnels pour assurer la relève.

Les institutions de la capitale régionale, Toulouse, se demandent pourquoi il n'y a pas qu'une seule maison de santé pluridisciplinaire au lieu de trois. Les membres du réseau doivent insister sur la spécificité du territoire, notamment géographique, avec 25 km de petites routes de montagne qui séparent les trois sites. L'objectif de maintenir les différents sites où sont actuellement présents les professionnels, est de garantir un accès géographique équitable et raisonnable à la population. Le souhait des élus comme des professionnels, pour les maisons de santé et le réseau, est que l'organisation soit suffisamment réactive pour que lorsqu'un professionnel de santé souhaite partir et un autre arriver, cela ne remettent pas en cause le fonctionnement de la structure. Il s'agit d'instaurer un système souple et simple dans sa forme juridique. Mais cette partie du projet est encore indéterminée du fait de sa nouveauté, même si dans la loi Fourcade de 2011, complément de la loi HPST, une forme juridique spécifique a été proposée. Depuis plusieurs années, on observe un changement dans les pratiques des médecins généralistes libéraux, plus mobiles et souhaitant moins investir dans leur activité. Un médecin de l'Aveyron explique que, pour les praticiens qui arrivent avec des enfants de 6-8 ans, la plupart se disent qu'ils déménageront à la ville quand les enfants auront 15-18 ans pour leurs études. Ces situations sont fréquentes de nos jours. Les professionnels imaginent de moins en moins réaliser toute leur carrière dans un seul et même lieu, ce qui explique leur souhait d'investir le moins possible, voire pas du tout, dans la structure où ils exercent.

Le projet répond à la fois aux besoins d'évolution des carrières et projets de vie des professionnels, mais aussi au souci de faire évoluer les pratiques et le système des soins primaires. En effet, un des médecins co-initiateurs du projet de réseau est très axé médecine sociale, c'est-à-dire la médecine comme un service public à rendre à la population. Déjà, avant de venir exercer sur la montagne aveyronnaise, il avait monté une maison médicale de garde en région parisienne. Son expérience a largement contribué au projet de réseau. Avec un autre médecin, ils tiennent beaucoup à une médecine plus sociale, avec davantage de prévention et d'éducation sanitaire.
De plus en plus de médecins considèrent la médecine comme un service public plutôt qu'un art, comme peuvent encore le concevoir d'autres collègues. Les professionnels doivent rendre des

comptes aux organismes assureurs et à l'administration. De plus, se faire soigner est aujourd'hui considéré comme un droit.

> *« De toute façon la médecine est devenue un droit dans notre société. Les gens ont le droit de se soigner. Ils ont le droit de vote, le droit de réunion, et ils estiment, tant mieux, à juste titre, qu'ils ont le droit aux soins. Donc, je ne crois pas qu'on puisse continuer à dire que la médecine est un commerce ou un art, que le médecin ne doit s'intéresser qu'à son acte, qu'à sa consultation.* [...] *On est minoritaire dans la profession. Mais il y'a quand même pas mal de médecins qui commencent à penser comme ça. »*. (Dr de L.)

Ainsi, ces mêmes professionnels ne trouvent pas incohérent que les collectivités locales créent de bonnes conditions pour ce service public, notamment en favorisant des structures soumises à la location, adaptées à l'exercice des praticiens. Il est probable qu'à terme, si l'exercice libéral continue d'être déprécié par les médecins, les cabinets ou maisons de santé deviendront des formes de dispensaires municipaux, intercommunaux ou départementaux, qui fonctionneront avec des médecins salariés. Comme le témoigne une remarque faite par un directeur d'ARS du Massif central lors d'une rencontre avec les professionnels de santé en avril 2011 : *« là où il n'y a pas d'offre libéral, il faudra faire quelque chose. On sera peut-être amener à faire du salariat, comme on peut voir dans les centres de santé. Nous n'avons pas d'idée arrêtée sur la question, mais il faudra trouver des solutions »*. En aout 2013, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, permet la mise en place de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale. Proposé à des médecins installés depuis moins d'un an ou qui comptent s'installer dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ou en difficulté, le contrat permet un complément de revenus tirés des activités de soins pendant deux ans (pour garantir un revenu net mensuel de 3640 euros). Le terme de salariat n'est pas mentionné mais on se rapproche de l'objectif de garantir un salaire, et par là, des conditions d'exercice différentes pour favoriser l'exercice là où les installations peinent à se concrétiser.

C. Mise en place du réseau : un temps nécessaire en amont pour la concertation

Un temps de mise en place est nécessaire pour un projet de réseau : du temps pour discuter, pour laisser s'exprimer les craintes et les réticences de certains, pour convaincre ceux qui doutent de son utilité, pour ajuster les intérêts de chacun, pour se mettre d'accord sur la situation et le pourquoi du réseau, enfin pour fédérer l'ensemble des professionnels de santé sur une même base de projet, afin que chacun s'y retrouve.

> *« On a mis beaucoup de temps à se retrouver parce que c'est un projet important, et il fallait que tout le monde participe, que tout le monde adhère si l'on peut dire. L'adhésion a été facile pour certains, un peu plus compliquée pour les autres. [...] Il a fallu convaincre, et c'est vrai que ça n'a pas été évident pour certains, pour certaines professions. »* (Mme. C., Maire d'une commune qui participe au réseau de santé).

Cette concertation pour fédérer les membres du futur réseau se fait grâce à un fort investissement de quelques professionnels de santé qui portent le projet. Ces porteurs de projet possèdent une certaine idée de l'intérêt de travailler ensemble et de la forme que pourrait prendre le réseau, mais ils doivent aussi faire preuve d'écoute et d'une latitude suffisante afin que chacun sente qu'il pourrait trouver son intérêt et éventuellement sa place. La sage-femme, récemment installée par goût pour le territoire, l'a été aussi parce que le réseau en cours l'intéressait beaucoup ; elle explique :

> *«On a vraiment de la chance ici d'avoir des médecins comme ceux qu'on a. […] C'est vraiment, ils sont motivés, ils mettent de l'énergie sur ce projet, ils ont une patience d'ange, ils sont pédagogues, enfin vraiment, on a de la chance. […] Ils ont déployé une énergie folle depuis trois ans. Moi, je suis arrivée dans le projet, ça fait donc un an et demi, et franchement ça donne aussi envie d'y aller, parce qu'ils le portent à bout de bras. »*

D. Les politiques d'Etat en santé : appel d'offre et opportunité pour soutenir les projets

L'été 2010, le président de la République annonçait la création de 250 MSP, pour les trois ans à venir à l'échelle de toute la France. Cette annonce a entraîné dans chaque région un appel à projet qui a suscité beaucoup d'énergie des porteurs de projet afin de formaliser leur projet, dans un délai fixé par les Agences régionales de santé. L'agent de la Délégation territoriale de l'Aveyron explique :

> *« Les délais étaient contraints, et si on divise les 250 MSP sur trois années, divisées par le nombre de départements, bref, en gros, ça faisait un, deux projets maximum par département finalement, ce qui n'est pas énorme […] En fait il y a une question d'opportunité dans ces moments là, c'est-à-dire quand on a un délai, on doit présenter deux projets. Clairement il faut que les deux projets soient prêts, donc par opportunité aussi, malheureusement, il y a une part de chance, il y a le projet qui est prêt au bon moment, et celui qui pourrait être mieux mais qui est né trois mois après et du coup a raté le coche, mais bon ça c'est comme tout, y'a une part, là oui de hasard là-dedans. »*

Pour mettre en place le réseau de santé, l'Agence régionale de santé joue le rôle de cadrage et sollicite les porteurs de projet pour répondre au mieux aux objectifs d'un cadre de réseau jugé pertinent et opérationnel. Toutefois, ces sollicitations sont perçues par les porteurs de projet comme excessives, pas toujours justifiées et en quelque sorte comme un abus de pouvoir des institutions au détriment de leur investissement qui n'est pas reconnu à sa juste valeur. Un professionnel de santé investi dans la création d'un projet de réseau nous confie :

> *« Finalement, ce serait plus à l'ARS de venir voir comment ça se passe, d'aller chercher comment on fonctionne et de voir si ça vaut le coup de nous donner les sous, plutôt que ce soit nous qui passions notre temps à se justifier, au lieu de faire*

ce que l'on sait faire, c'est-à-dire soigner et organiser la prise en charge des patients. […] Il y *a beaucoup de réseaux qui se créent, […] et l'expérience de tous ces réseaux, c'était, on nous dit qu'on travaille super bien, c'est indispensable ce que l'on fait, et au bout de trois ans on coupe les finances, en se disant que les gens vont continuer sur leurs bonnes volontés !* »

En 2011, dans le contexte de l'élection présidentielle de mars 2012 approchant, les ARS sont incitées à fournir au niveau du gouvernement des résultats, après les décrets et circulaires mis en place suite à la loi HPST, avec une enveloppe budgétaire contrainte, notamment sur les objectifs d'accès et de répartition des services de santé sur les territoires. Les Agences régionales de santé, dit-on dans certaines réunions locales autour du projet de santé, sont comparées et mises en concurrence en quelque sorte sur les projets qui pourront se développer sur chacune des régions, l'objectif de résultats obligeant.
La mise en œuvre « tambour battant » de la loi HPST et des ARS, a souvent entrainé une instabilité et une irrégularité des positions et des soutiens face aux porteurs de projet. Des appels à projets et des commissions de sélections structurent les nouvelles politiques, contraignant les porteurs de projet à répondre parfois dans des délais très courts, à formaliser leur projet, qui en déterminera le soutien financier, sur une enveloppe budgétaire régionale pour un nombre de projets contraints, et dans une échéance temporelle elle aussi contrainte ! On ressent un certain antagonisme entre le fait d'élaborer rapidement le projet, du fait d'un cadre financier contraint, et le temps nécessaire de discussion et de négociation localement pour installer le projet.

Le rôle des animateurs des délégations territoriales des ARS est d'apporter des conseils aux porteurs de projets pour qu'ils puissent rédiger et formaliser le projet selon le cadre instauré par l'ARS. *« Les professionnels, ce sont des professionnels, ils sont médecins, ils ne sont pas là pour rédiger des projets, ce n'est pas leur job. Donc effectivement, ils ont du mal à formaliser leur intention. Et nous on est là justement pour les accompagner, on est là pour ça. […] C'est là où on intervient aussi, pour les aider dans le formalisme, pour essayer, disons, de canaliser leur réflexion et de la mettre en forme. » (*Mme A., inspectrice et animatrice territoriale à la délégation territoriale de l'ARS Aveyron).

Toutefois, bien souvent, les professionnels sont seuls pour rédiger leur projet. L'ARS finalement rencontre les membres du projet Nord Aveyron lorsque le projet est écrit. Après lecture, quelques remarques sur des aspects à développer et des demandes de compléments sont formulées en vue du comité de sélection régionale.
En Midi-Pyrénées, la validation au comité technique de sélection signifie que les projets correspondent au cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles et qu'ils ont un réel intérêt. Les projets retenus pourront ainsi être financés en priorité, et ils auront le droit de bénéficier de l'aide financière annoncée par rapport aux 250 MSP. *« Le financement n'est pas énorme, je crois qu'il s'élève au maximum à 50 000 euros par projet, donc ce n'est pas ça qui va mettre en place un projet qui coûte plus d'un million voire deux millions je ne sais plus, sur certains. » (*Mme A., inspectrice et animatrice territoriale à la délégation territoriale de l'ARS Aveyron).

Finalement, en 2011, l'ARS signale son soutien au projet de réseau du Nord Aveyron et le voit comme un projet pilote. L'engouement fort et soudain des institutions pour un projet qui peinait jusqu'alors à se développer faute de soutien, entraîne le sentiment chez certains professionnels de santé d'être « récupérés » contre leur gré, sans que les institutions leur garantissent par la suite la pérennité. Un médecin explique :

> *« Il y a un moment je me suis dit […] tu veux continuer à faire du rural, tu veux défendre ça […] Mais par moment je me dis, est-ce que ça a vraiment du sens ce que tu fais, est-ce que tu ne vas pas être juste un pion sur un échiquier. C'est le risque là que l'on a sur le projet du réseau, d'être un argument pour les élus, pour se faire élire au niveau local, un argument pour les ARS pour dire regardez ce que l'on a fait, alors qu'ils n'ont rien fait du tout, et que dès que la politique va changer, on va passer à la trappe ! ».*

Les ARS imposent un cadre pour sélectionner les projets de maison pluridisciplinaire, de pôle et de réseau territorialisé de santé. Pour les institutions, ce cadre doit être le garant de la pertinence et de l'efficacité du projet. Cependant, ce cadre inquiète une partie des professionnels engagés dans le projet de réseau Nord Aveyron. Ils ont l'impression de devoir répondre à des critères contraignants et formatés, au détriment de leurs pratiques qui se sont adaptées aux situations du territoire, plus souples et arrangeantes pour les professionnels entre eux et pour la population.

> *« Il ne faudrait pas que l'on arrive à se laisser bouffer non plus. […] Bien remplir tous les critères comme ils veulent, et perdre ce que l'on sait faire à la campagne, c'est-à-dire toute cette espèce de réseau parallèle, un petit peu, en s'arrangeant… »* (Mme G., médecin généraliste).

Pour le fonctionnement d'un réseau, l'instabilité des financements fragilise les dynamiques enclenchées et compromet les actions mises en œuvre. Lorsque certains réseaux territoriaux de santé de proximité souhaitent se mettre en place, cette incertitude financière empêche les acteurs de se projeter dans le temps. Certains ne souhaitent pas engager des patients, des collègues et autres partenaires, car ils craignent d'être obligés d'arrêter dans deux ou trois ans faute de fonds suffisants. L'exemple des réseaux thématiques tels que le diabète, la gériatrie, ou les soins palliatifs a montré les écueils de cette non-garantie des financements des institutions et des démarches qui leur sont demandées, et qui ont épuisé plus d'un professionnel. Un médecin investi dans un projet de réseau thématique explique :

> « *Ce n'est pas pérenne. On est en menace en permanence, et on passe une énergie folle à redéfendre quelque chose que l'on a obtenu tous les trois ans ».*

L'instabilité des financements a augmenté avec les réformes en cours et les nouvelles modalités de soutien des institutions pour les actions. Avec la mise en place de l'ARS, l'organisation est vécue par certains comme une instabilité supplémentaire :

« On dépend toujours du directeur de l'ARS. Ça veut dire qu'un projet il peut plaire, ça passe bien avec un directeur, et le directeur change, et poum, il y a énormément de crédits qui peuvent sauter. » (Dr de L., médecin généraliste).

E. Un réseau pour favoriser la coordination des soins

1. Les partenariats

Le réseau a pour projet d'établir des partenariats avec les hôpitaux pour garantir une meilleure coordination des soins. Lors de l'entretien avec les professionnels, un exemple concret de retour d'hospitalisation le week-end a permis d'illustrer l'intérêt d'établir un dispositif avec les établissements. Une femme d'un village de la montagne fut envoyée par un des généralistes à l'hôpital de Rodez pour une douleur forte au ventre. On lui diagnostiqua une hernie à l'intestin qui devait être opérée en urgence pour éviter des complications importantes. Hospitalisée le mercredi à Montpellier, la patiente était de retour chez elle le samedi après-midi. Le retour chez soi après une hospitalisation est, m'explique-t-on, de plus en plus rapide, en raison de la nécessité pour les établissements de libérer les lits le plus vite possible. L'hôpital de Rodez avait signalé au médecin de la montagne qui prenait des nouvelles de sa patiente, qu'elle était sortie, mais sans préciser que c'était pour être hospitalisée à Montpellier. Le médecin fut donc surpris le samedi après-midi de croiser près du café où nous nous trouvions, sa patiente qui sortait du taxi de retour de son opération. Il resitue alors ce cas dans le cadre du réseau :

« L'exemple de cette dame, c'est exactement ce dont on parlait (sur la gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation). Elle arrive le samedi, elle va avoir besoin de soins, l'infirmière pour le moment ne le sait pas. Elle sort de l'hosto, elle va avoir des pansements à faire, on ne sait pas si elle a sa fiche. Et personne n'est au courant. C'est pour ça qu'avec le réseau, il faut qu'on passe des conventions avec les hôpitaux pour qu'on soit prêt, pour qu'on nous appelle.» (Dr. H., médecin généraliste).

Les professionnels souhaitent disposer d'un numéro de téléphone unique pour le Nord Aveyron, pour que les hôpitaux puissent les joindre et les informer des sorties d'hospitalisation des patients. La personne qui recevra l'appel, une secrétaire, un professionnel à tour de rôle ou bien un coordinateur, passera le message en interne à l'ensemble des professionnels du réseau. L'hôpital ne cherche jamais à joindre une pharmacie, une infirmière, une aide-soignante et la famille pour garantir la prise en charge après la sortie d'hospitalisation. Si une convention est établie entre l'hôpital et le réseau, l'établissement pourra appeler le coordinateur et informer d'une éventuelle ordonnance, du taux d'ETP[184] et d'INR[185] s'il y a des anticoagulants par exemple. Ce système permettra pour les professionnels libéraux de s'organiser et de s'assurer que les patients bénéficient des soins nécessaires dès leur sortie. Une infirmière confirme ce

[184] ETP : endogenous thrombin potential.
[185] INR : International Normalised Ratio. Ce sont des tests de laboratoire concernant la coagulation du sang pour le suivi des traitements anticoagulants par les Antivitamine K (source : INPES).

besoin de communication et d'organisation avec l'hôpital, pour mieux prendre en charge les personnes qui sortent d'une hospitalisation.

> *« Le plus souvent on vous renvoie le patient le vendredi soir. L'ambulancier nous le dépose à la porte et nous dit "voilà à partir de maintenant demain faut aller chez tel patient". Et il n'y a rien. Il n'y a pas de lit médicalisé, par exemple, donc oui, s'il pouvait je pense, surtout pour … j'allais dire surtout pour les personnes d'un certain âge, mais non, pour toutes les prises en charges, si on pouvait avoir plus de liens. Ça serait bien. »* (O., Infirmière salariée).

Les libéraux du Nord Aveyron souhaitent une convention en particulier avec l'hôpital de référence du secteur, celui de Rodez, en partie pour contourner les urgences, afin d'avoir accès aux services concernés directement. En effet, un patient souffrant d'une pathologie qui nécessite un examen ou une intervention relevant du service de cardiologie, doit par exemple passer par les urgences avant d'y accéder. La conséquence est un encombrement important des services d'urgence et une gêne pour le patient qui peut attendre plusieurs heures avant d'être pris en charge. Ainsi, les médecins libéraux souhaiteraient pouvoir envoyer plus facilement leurs patients aux services spécialisés sans passer par les urgences dans les cas où le diagnostic est établi clairement en amont.
Malgré l'existence d'un comité ville-hôpital, les relations entre les professionnels de médecine de ville et l'hôpital ne sont pas simples. Une meilleure communication pourrait faciliter le travail des uns et des autres et permettrait de mieux prendre en charge les malades. Les libéraux sont parfois démunis face à des patients sortant de l'hôpital. Ils ne savent pas toujours comment les prendre en charge. Et bien souvent, si ces patients rechutent, ils sont renvoyés aux urgences, ce qui ne constitue pas une solution satisfaisante pour les patients comme pour les professionnels.

Les professionnels du réseau souhaiteraient combiner les rendez-vous des patients diabétiques chez les spécialistes pour limiter les allers retours. Ce système ferait partie du protocole diabète que le réseau instaurerait. L'objectif serait de mettre dans une même journée voire une demi-journée, le rendez-vous avec un ophtalmologue et celui avec le cardiologue sur Rodez, pour éviter de faire l'aller-retour à un ou deux jours d'intervalle. Ils souhaiteraient pouvoir obtenir des arrangements pour les patients de la part des cardiologues et ophtalmologues. Ce serait déjà un progrès de limiter un aller-retour, car le trajet aller la montagne-Rodez nécessite 50 minutes à 1 h 15. Auparavant il existait une permanence d'un ophtalmologue à Espalion, à 30-40 minutes. Mais elle ne se fait plus et il ne faut pas tellement espérer une permanence sur la montagne, malgré les forts besoins, car Rodez ne compte déjà pas assez d'ophtalmologues, et parce que deux ou trois spécialistes devraient bientôt partir à la retraite.

2. Un logiciel informatique commun aux professionnels du réseau

Un des objectifs et une des conditions pour fonctionner en réseau est le développement d'un dossier médical consultable avec l'autorisation du patient et qui comprendrait plusieurs volets afin de préserver le secret professionnel. Les informations seraient ainsi transmises en interne,

entre les membres du réseau, puis par la suite cela permettrait peut-être d'échanger entre le réseau et l'hôpital, par exemple de Rodez, pour les entrées et les sorties d'hospitalisation. L'utilisation d'un même logiciel favoriserait ainsi la communication entre les postes des différents professionnels du réseau afin qu'ils puissent avoir accès aux informations des patients et remplir les mêmes dossiers selon un cadre précis. C'est un enjeu fort pour fonctionner en réseau, mais c'est un vrai challenge pour des professions qui ont l'habitude de travailler de manière indépendante. Ce processus implique que les règles d'utilisation de l'outil et la manière de procéder soient les mêmes pour tous ; ceci entraîne nécessairement des modifications dans les manières de travailler de chacun et un temps d'ajustement. Un médecin commente *« ça va nous poser problème parce que, très honnêtement, tous les médecins que je connais, le dossier en fait c'est un aide-mémoire pour ses médicaments, et c'est difficile de saisir pour les autres »*. Il faudra donc établir un consensus sur une base de travail commune ; *« Il faudrait que les gens travaillent à peu près de la même manière, qu'ils aient à peu près le même langage »* (Dr de L.).

Par ailleurs, les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, souhaitent que le projet de réseau s'accompagne d'un service de secrétariat, avec la planification des consultations, le suivi des dossiers patients, la réalisation de démarches administratives voire la comptabilité, afin de se consacrer davantage à leur exercice médical.

> *« Un médecin généraliste, il passe plus d'une heure à faire de la paperasse, une heure et quart, une heure et demi. Et si on défalque le temps qu'il passe à répondre à ces patients dans la journée, je suis sûr qu'il passe pas loin d'une demi-heure, trois quart d'heure au téléphone à répondre aux gens, pour prendre des rendez-vous ou commenter des résultats d'examen. Quand tu évacues tout ça, tu calcules, tu évacues pratiquement deux heures par jour »* (Dr de L.).

Un des médecins de la montagne fonctionne déjà de cette manière, avec une délégation importante de ses démarches administratives. Pour lui, le travail de secrétariat peut être beaucoup plus intéressant et diversifié que simplement prendre des rendez-vous, et modifier considérablement, par la même occasion, la charge de travail du médecin.

> *« En tant que médecin généraliste, des courriers on en a pas énormément à taper. Moi, je dis trois quatre lettres par jour aux collègues correspondants. Je les dicte, avant je les écrivais à la main ou à la machine, maintenant je les dicte au dictaphone et c'est elle qui les tape. […] Du coup, elle fait la comptabilité de la société, c'est elle qui me fait tout le suivi administratif des dossiers. Parce que sinon nous, les médecins nous ne le faisons pas. C'est elle qui rappelle les renouvellements de mise en ALD*[186]*, c'est elle qui suit les pointages des remboursements des caisses, c'est elle qui me rappelle que j'ai un courrier à faire à tel endroit. […] Et c'est elle qui fait tout ça, moi je le fais plus. Le temps que ça gagne, c'est phénoménal. »* (Dr de L.)

[186] ALD : Affection de Longue Durée.

3. Le réseau pour une coordination et des projets interprofessionnels

Déjà en amont, le projet de réseau a permis de faire rencontrer les professionnels de santé entre eux. Par exemple, les infirmières de Laguiole n'avaient jamais vraiment rencontré les infirmières de Saint-Amans-des-Côts. Il y a avait un peu de méfiance car les salariés et les libéraux ont des organisations différentes. Finalement, chacune a été contente de ces rencontres qui ont permis d'échanger sur le travail des unes et des autres. Les réunions, qui ont lieu bien souvent le soir, nécessitent des efforts pour chaque professionnel aux journées bien remplies. Toutefois ces rencontres constituent un point de départ essentiel au fonctionnement du réseau et représentent un « ressourcement » pour certains dans leur exercice au quotidien.

> *« J'avoue que j'y vais toujours en traînant des pieds parce que je n'ai pas envie de repartir de chez moi, parce que j'ai envie de me reposer, mais après finalement c'est quand même dynamisant. Cette rencontre avec les autres professionnels, j'en ressors toujours, même si j'ai dormi une heure de moins, les batteries sont rechargées, c'est vraiment indispensable. »* (Dr G., médecin généraliste).

Le projet de santé du réseau repose sur une collaboration interprofessionnelle active en vue d'actions-cible qui visent à améliorer la prise en charge des patients, autant que rendre plus efficace et attrayant l'exercice des professionnels de santé.

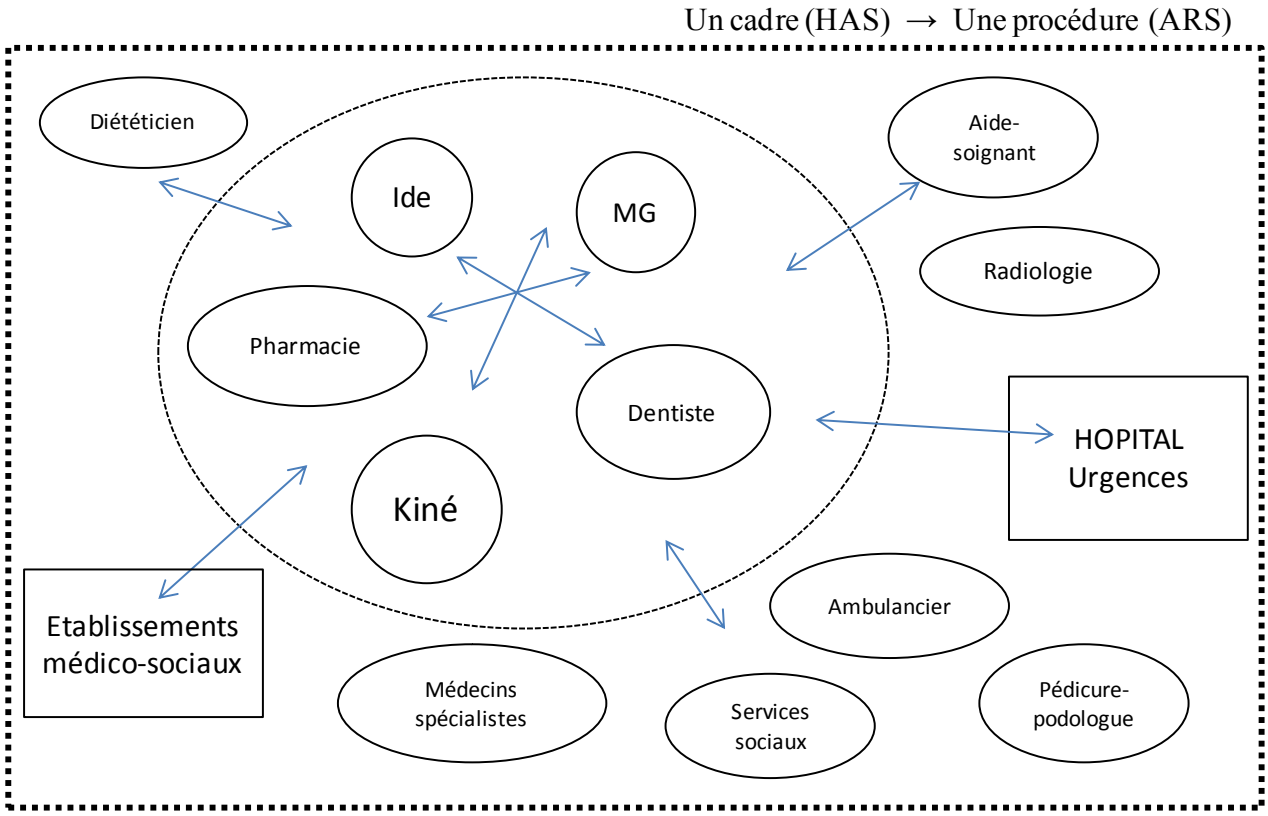
Un des projets du réseau est d'établir un protocole de collaboration interprofessionnelle pour le suivi des personnes atteintes de diabète de type 2. Ce protocole commence déjà à se mettre en place. Le principe d'un protocole, encadré par l'HAS[187], est d'organiser une meilleure prise en charge localement, par une équipe composée de différentes professions qui intervient autour du patient (figure 89). L'objectif est de discuter et d'harmoniser les pratiques de chacun et de répondre à des problèmes d'organisation qui pourraient exister, sur la base d'une élaboration collective de solutions. Ce projet créait déjà l'enthousiasme de certains.

> *«Je trouve cela très bien, parce que ça permet de nous donner plus d'autonomie. Les gens qui sont diabétiques, c'est nous qui y allons deux fois par jour, on leur fait leur test de glycémie, on applique l'ordonnance d'insuline. Et c'est clair qu'au bout de 15 jours on voit que la personne est beaucoup trop haut en taux de glycémie. Nous permettre à nous d'augmenter l'insuline en fonction, c'est nous responsabiliser d'avantage. On est tout à fait capable d'augmenter la dose d'insuline par rapport à la glycémie, tout en étant couvert par le médecin avec ce protocole. Que ce soit carré avec le médecin et l'infirmière, c'est très bien. […] Pour le coup, ça serait vraiment améliorer nos soins, pour qu'on soit plus réactif et*

[187] La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2011 un guide pour accompagner l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours. Ce guide a été conçu en partenariat avec la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et la fédération nationale des centres de santé (FNCS). Sept protocoles pluriprofessionnels sont disponibles : Bronchiolite du nourrisson ; amélioration de la couverture vaccinale / diabète de type 2 : amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient / Les anti-vitamines K : gestion quotidienne / lombalgie commune à partir du deuxième épisode comment prévenir les récidives / prise en charge des plaies chroniques et ulcères de jambe / L'hypertension artériel : conduite à tenir devant une découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

plus efficace. Je me suis mise dans le groupe parce que je trouve ça très intéressant. » (Mme B, infirmière).

Figure 89. Coordination entre acteurs de santé: l'exemple des protocoles



Réalisation : A.Hamiti, 2013

De son côté, la sage-femme souhaite avec une des médecins généralistes motivés, mettre en place un suivi gynécologique pour toutes les femmes, afin de s'assurer que ces dernières effectuent bien les différents examens de prévention tels que le frottis ou la mammographie. Elle souhaiterait également faire de la prévention au niveau des jeunes, en particulier sur la contraception, faire une sorte de petit planning familial local, de planning de campagne. D'ores et déjà, dans le protocole diabète qui se met en place dans le cadre du réseau, la sage-femme prend sa place avec le suivi des diabètes gestationnels, diabètes qui se développent lors de certaines grossesses.

Quelques médecins, qui ont beaucoup d'années de pratiques derrière eux, ont le sentiment que de nombreux actes actuellement réalisés par le médecin généraliste lors de ses consultations pourraient être accomplis par des infirmières formées, notamment une grande part du suivi de maladie ou de renouvellement de traitement. Ces idées de transfert de tâches sont encore fortement rejetées par le syndicat majoritaire des médecins qui ne souhaite pas engager de dialogue dans ce sens. A l'inverse de ce refus quasi-total d'une grande partie du corps médical, les pouvoirs publics quant à eux, face à la pénurie de médecins généralistes libéraux et aux déficits des dépenses publiques, se posent la question de la pertinence d'avoir toujours un

médecin pour le premier recours, et envisageraient de mettre à contribution des « super-infirmières ». L'augmentation du nombre d'années d'étude des infirmiers de trois à cinq avec le passage du format LMD (licence master doctorat) abonde dans ce sens. Dans ce débat sur les changements dans le premier recours, la décision finale est encore très incertaine, partagée entre ces deux positions quelque peu extrêmes allant du « refus de changement » au « tout changement ».

F. Le cas de l'installation d'un praticien sur le Nord Aveyron

Les professionnels de santé qui sont arrivés d'une autre région pour s'installer expliquent avoir eu un bon accueil de la part des Nord-Aveyronnais. Si les gens demandent aux professionnels le lien éventuel de parenté avec quelqu'un du territoire c'est souvent pour évaluer leurs chances de garder les praticiens sur le territoire, car leur crainte est qu'ils ne restent pas longtemps. Avoir un lien familial plus ou moins proche au territoire, des parents, des grands-parents, un conjoint, offre parfois plus de garantie à la population de voir se maintenir le professionnel. Un médecin venu du département des Ardennes et récemment installé dans une commune de la montagne du Nord Aveyron témoigne :

> *« Moi je n'ai eu aucune réflexion, alors que j'en avais eu beaucoup dans les Ardennes. "Vous venez d'où ? Ah vous êtes la remplaçante ? ". Ici je n'ai pas eu de salle d'attente qui se vide. J'ai plutôt entendu "Bienvenue", "vous allez rester "?, "vous vous plaisez ? "... »* (Médecin généraliste récemment installé dans le Nord Aveyron).

1. Les difficultés administratives

L'installation pour les médecins généralistes libéraux est un parcours du combattant. Les démarches administratives sont nombreuses, elles demandent du temps, de la disponibilité et des déplacements, qui se font la plupart du temps au détriment des heures de travail.

> *« Quand je suis arrivée dans le département, j'ai été obligée de me présenter à l'ARS, à la CPAM, à l'Ordre, tous sur rendez-vous et j'ai rempli des dossiers partout. Parce que quand on change de département en France c'est comme changer de pays, on n'existe plus, faut se représenter partout, se réinscrire à tout. […] C'est trop compliqué. Ça veut dire des journées entières de démarches administratives. Ce n'est pas notre métier en plus, vraiment pas. On ne parle pas le même langage avec l'administration, c'est comme si je parlais avec un mathématicien, enfin moi je ne comprends pas leur logique… […] Et toujours l'administration, sans comprendre que je suis à une heure et quart de route et à chaque fois qu'ils me demandent de venir, c'est une journée de travail qui saute. Ça, c'était dur. »* (Dr G, Médecin généraliste).

Cette même médecin généraliste explique que pour son installation, elle a réalisé un contrat de collaboration, et en raison d'une erreur qui ne dépendait pas d'elle, la sécurité sociale avait mis six mois avant de lui fournir sa carte professionnelle quant à l'Urssaf, neuf mois après son installation, son déménagement n'a pas encore été pris en compte, ce qui entraîne le risque de payer deux fois cette cotisation, sachant que l'Urssaf sollicite directement l'huissier pour les paiements et rembourse après si nécessaire. Un stress qui ne facilite pas une installation sereine, surtout dans les premiers temps lorsque l'activité n'est pas encore importante en raison notamment de l'ajustement avec le professionnel qui transmet son cabinet. Ces modalités d'installation sont contraignantes et rebutent d'autres jeunes médecins. Cette jeune médecin témoigne à nouveau : *« J'ai beaucoup de copines qui restent remplaçantes parce qu'elles n'ont pas envie de faire les papiers. Et je ne les encourage pas. »*. Ainsi, lorsque l'on sait que moins de 10 % des nouveaux diplômés s'installent en libéral, ou que l'on compte en général moins d'installations en libéral par rapport aux départs en retraite, ce n'est pas simplement l'exercice libéral en soi qui est rejeté mais les modalités administratives lors de l'installation et au quotidien qui sont refusées.

La mesure des ARS pour développer un guichet unique pour les candidats à l'installation, par le biais de la création d'une Plateforme d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), doit permettre de faciliter les démarches administratives. Pour le moment, pour les plateformes mises en service, ce sont essentiellement des informations mises en ligne sur un site internet dédié.

Ce médecin, venue s'installer dans le Massif central, avait exercé auparavant dans les Ardennes. Elle explique par rapport à la lourdeur administrative de l'installation qui rebute plus d'un candidat à l'installation, que des mairies offrent près de 50 000 euros contre 5 ans d'engagement pour faire venir un médecin, mais que pour elle ça ne sert à rien. *« Finalement, les endroits où ça a marché, c'est les endroits où ils salarient les médecins, parce que là, on ne remplit aucun papier* » (Dr G., médecin généraliste).

2. Connaître l'hôpital et ses spécialistes

Le travail du médecin généraliste est en grande partie de diriger les patients vers une prise en charge spécialiste, et il doit pouvoir compter sur un certain nombre de spécialistes pour demander conseil ou pour une consultation en urgence à l'hôpital par exemple. Lorsque les médecins généralistes s'installent et qu'ils n'ont pas effectué leur formation dans la région, qu'ils n'ont donc pas réalisé de stages dans les hôpitaux de la région pendant leurs formations, ne pas connaître les services et les spécialistes du centre hospitalier le plus proche devient vite un handicap auquel il faut remédier. C'est pourquoi, certains professionnels conseillent d'exercer un peu dans l'hôpital ou d'avoir une consultation en libéral au sein de l'établissement.

> *« Je ne crois pas dans la relation organisée. La relation, tu connais les gens, tu travailles ensemble, tu passes un coup de fil et tu arranges les choses. C'est comme ça que ça marche le réseau. […] On ne voudra pas faire l'effort de se rendre service si l'on ne se connait pas. Et la seule solution pour les libéraux, c'est de rentrer dans l'hôpital pour connaître les gens, faire une consultation dans l'hôpital. Pour se croiser, pour se voir et pour s'appeler. Ou d'avoir exercé un moment donné dans l'hôpital. »* (Dr G., médecin généraliste récemment installé).

Une sage-femme s'est installée en 2010 en libéral sur Laguiole après avoir travaillé une trentaine d'année en milieu hospitalier. Lorsqu'elle est arrivée pour exercer, elle souhaitait avoir un lien, ou du moins un bon contact, avec l'hôpital. Elle est allée se présenter à l'hôpital de Rodez qui à ce moment-là recherchait une sage-femme. Ainsi, elle a pris plusieurs gardes, ce qui lui permis de connaître le fonctionnement de la maternité, les gynécologues, les sages-femmes. Maintenant, c'est l'hôpital même qui lui prescrit parfois des visites à domicile, pour le suivi des femmes qui ont des grossesses compliquées.

Un médecin exerçant depuis plus de vingt ans sur le territoire explique quels sont les différents recours aux établissements hospitaliers lorsque l'on est sur la montagne nord aveyronnaise. Selon les pathologies et selon les contacts entre libéraux et hospitaliers, les patients sont envoyés tantôt à l'hôpital de Rodez, tantôt à la clinique de Rodez ou d'Aurillac, tantôt au CHU de Toulouse ou de Montpellier. Tout dépend des spécialités.

> *« Quand un type nous a fait deux ou trois trucs pas terribles avec nos patients, on ne continue pas avec lui. Quand ça marche bien, quand c'est des types qui sont fiables, quand c'est du bon boulot… […] Y'a pas besoin d'envoyer les gens très loin pour faire des trucs ridicules. Je ne vais pas faire opérer d'une appendicite à… à Toulouse par exemple ! […] Quelquefois, le centre hospitalier, le CHU, peut servir de recours. […] Et puis, vous avez des choses qu'ils ne font pas à Rodez mais c'est d'eux-mêmes qu'ils adressent dans des centres d'excellence. […] Y'a pas besoin, nous, de faire les marioles. A court-circuiter tout le monde pour montrer qu'on est les plus malins On a des contacts, et de toute façon, les contacts directs, on les a plus tellement non plus. Ceux qui ont été nos profs pendant notre formation initiale, ça fait longtemps qu'ils sont à la retraite ! »* (Dr L. médecin généraliste).

3. Les difficultés de la transmission du médecin généraliste

Une jeune généraliste nouvellement installée depuis un an et demi sur un des chefs-lieux de canton explique comment s'est passé son arrivée sur le territoire. Les anciens médecins l'ont accueillie à bras ouverts ; ils lui ont donné un bureau au sein du cabinet où ils exercent. En revanche, elle a dû batailler pour travailler. En effet, un des médecins souhaitent partir dans quelques années à la retraite. Il prépare son départ et s'associe afin de transmettre petit à petit son activité. Parce qu'il est issu de ce territoire, il n'imagine pas partir en laissant les gens sans médecin. Toutefois, il est très difficile pour lui de laisser du travail après de nombreuses années d'exercice.

> *« […] Pour lâcher son travail, c'était très difficile. Et je le comprends, enfin. Ça veut dire qu'il y a des gens qui ne viennent plus le voir, qui me choisissent moi, et c'est compliqué à accepter, c'est très dur. Donc on a convenu que le plus simple c'est qu'il lâche des journées, et du coup que les gens viennent me voir parce que c'est cette journée là, et pas qu'il voit les gens, sinon c'était trop dur. Donc, ça se fait comme ça doucement. »* (Dr G. médecin généraliste).

Toutefois, si l'organisation au sein du cabinet s'est faite progressivement, l'activité de la jeune installée était insuffisante. Elle a dû par conséquent travailler un peu auprès de l'hôpital d'Espalion, et cumuler également des gardes les soirs et week-ends.

> *« J'ai dû panacher mon activité au cabinet avec l'hôpital. Parce qu'au début je l'avais un peu mauvaise, au bout de trois mois, je ne payais que la CAM et l'Urssaf et je ne gagnais rien. En six mois je me suis rendue compte qu'il ne me donnait pas un vrai mi-temps, et ce n'était pas viable. C'est pour ça que j'ai commencé un petit peu l'hôpital*.» (Dr G. médecin généraliste).

Pour la permanence des soins, la jeune médecin a récupéré au moment de son arrivée l'ensemble des gardes du médecin qui l'accueillait. En effet, il souhaitait en priorité alléger son activité les soirs et les week-ends. Toutefois, les collègues qui partagent les permanences sur le même secteur de gardes, sur le canton d'à côté, ont manifesté leur désaccord.

> « *On est vraiment dans des vieilles corporations, il faut vraiment aller dans le sens du poil. […] Je me suis retrouvée à calmer tout le monde, j'ai pris une garde à chacun, donc là je me retrouve en juillet avec trois ou quatre week-ends d'affilée, pour cette année là, voilà, pour calmer tout le monde. L'année prochaine je ferai valoir des choses justes, mais voilà l'accueil !! »* (Dr G. médecin généraliste).

Les élus peuvent souhaiter avoir un médecin sur leur commune, et développer des dispositifs pour attirer et accueillir le professionnel. Toutefois, il semble que la réussite de l'installation dépende le plus souvent de la volonté des médecins. C'est le comportement des médecins qui sont en exercice sur le territoire, les prédécesseurs parfois qui sont encore influents sur le territoire, les médecins de communes voisines, ou encore les autres professions de santé, qui favoriseront l'installation d'un nouveau professionnel. Cela dépend beaucoup de leur capacité à accueillir et à favoriser l'activité du nouveau venu.

G. Le rapport aux soins et à la santé des populations du Nord Aveyron

1. Une société montagnarde face aux soins

La sage-femme installée en libérale raconte son ressenti par rapport à la population. Les femmes, notamment les femmes enceintes, consultent peu pour « des petites choses ». C'est probablement leur adaptation à la faible accessibilité physique des soins. Les médecins généralistes ayant un emploi du temps bien chargé, depuis son installation, elles viennent plus facilement la voir lorsqu'elles ont une petite inquiétude, qu'elles n'oseraient peut-être pas confier au médecin. Les femmes semblent demander plus rarement des arrêts de travail, contrairement à l'hôpital où la sage-femme en octroyait beaucoup plus souvent. La population a tendance à ne pas consulter pour des petits maux, le rhume ou le syndrome grippal, et elle attend peut-être un peu trop avant de consulter pour des choses plus graves, ce qui signifie que

parfois une aggravation aurait pu être évitée si le patient était venu un peu plus tôt. Un médecin commente :

> *« Ce n'est pas des douillets. Ils viennent me voir quand ça ne va pas […]. Ils font de l'élevage donc ils ont un rapport avec les vétérinaires et avec les bêtes, alors ils savent que dans certains cas il faut quand même être prudent, il faut un minimum de suivi, que ça va mal se terminer s'ils font trop les imbéciles »* (Dr L.).

Parfois, le médecin généraliste est tout de même obligé de pousser avec insistance certains patients à aller faire un bilan à l'hôpital ou consulter un spécialiste. Il faut insister pour que les personnes s'arrêtent pour se reposer. Les professionnels reconnaissent que ce n'est pas toujours facile de les convaincre.

Selon un des médecins, le rapport à la maladie est différent sur la montagne et en ville. Les patients acceptent plus facilement la maladie en montagne car ils disent qu'elle fait partie de la vie, qu'elle est inévitable.

> *« Pour les gens de la campagne, la plupart d'entre eux encore, […] la maladie, c'est quelque chose de normal. C'est normal d'être malade de temps en temps, c'est désagréable, c'est angoissant, mais tout le monde est malade un jour ou l'autre. […] Alors que pour les gens de la ville, la maladie est quelque chose d'injuste, d'incompréhensible qui les frappe et qu'ils n'ont pas mérité. »* (Dr de L.)

Le rapport à la mort semble différent. Le médecin témoigne que dans son village, aucun de ses patients en vingt-cinq ans d'exercice, ne lui a reproché la mort d'un proche. Alors que dans la petite ville d'à côté, cette situation est déjà plusieurs fois arrivée.

> *« A la campagne, dans ma patientèle, dans le village, aux gens que je connais bien, je peux dire aux gens « bon qu'est-ce qu'on fait ? On continue ? On s'arrête ? » Et on assume la mort des gens de façon extrêmement lisse, […] ça fait partie de la vie, ça fait partie des choses qui doivent arriver donc ça arrive. »* (Dr de L.)

Un médecin raconte la période où il était devenu médecin référent. Être médecin référent signifie que les patients ont une obligation de lui signaler toutes les démarches qu'ils entreprennent en santé. Ainsi, il avait découvert à quel point des patients étaient capables de se déplacer très loin pour voir certains spécialistes, qu'ils ne connaissaient pas le plus souvent.

> *« Je m'aperçois que des gens rouspètent parce que "ah ça fait loin d'aller à Rodez", mais ça ne les gênent pas d'aller à Aurillac, à Albi, à Toulouse parce que le beau-frère du cousin de la concierge de leur belle-mère leur a dit que "oh là là, l'angiologue là-bas, il est terrible" […] On ne peut pas considérer la santé des gens comme un domaine rationnel. Collectivement, tu peux en retirer des tendances, des idées générales, mais individuellement parlant, la santé des personnes est totalement irrationnelle, totalement. »* (Dr de L.)

Selon une des infirmières, les possibilités d'être aidé pour bénéficier de soins ont beaucoup diminué. On incite les malades à se déplacer davantage par eux-mêmes pour réaliser leur soin là où auparavant un véhicule sanitaire aurait peut-être pu être sollicité. Elle donne l'exemple de la chimiothérapie. Même si le traitement consiste pour la personne à faire deux minutes de rayons, ce traitement fatigue lourdement la plupart des patients qui le suit. Pourtant, si on estime que la personne est capable de prendre sa voiture, elle est obligée de la prendre et de s'y rendre elle-même.

> *« Ce n'est déjà pas drôle d'avoir un cancer mais si en plus on a plus le droit d'être accompagné. Les premiers jours ça va, mais après ça commence à être pénible. Je pense que les gens sont fatigués. »* (O.G, Infirmière salariée).

2. L'accès aux soins pour les habitants de la montagne

Le nombre de personnes qui vieillissent et qui restent vivre en leur domicile augmente sur le territoire. Une infirmière, salariée depuis une dizaine d'années dans le centre de santé de Laguiole, explique que sa profession n'a jamais été aussi nombreuse depuis qu'elle a commencé. La quantité de travail augmente et l'exercice change avec notamment les hospitalisations à domicile. Les infirmières sont amenées à travailler avec beaucoup plus de personnes, avec tous les services de maintien à domicile.

> *« C'est vrai qu'il y a eu beaucoup de choses qui se sont mises en place pour que les personnes âgées puissent rester chez elles. […] Maintenant, dans les maisons de retraite, à 90% ce sont des gens grabataires. Les gens restent chez eux vraiment jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus, lorsque que ce n'est plus gérable. Et même, des personnes grabataires peuvent presque rester chez elles parce qu'on peut y passer deux fois par jour, les aides soignantes peuvent y passer deux fois par jour, elles ont les aide-ménagères, elles ont le kiné à domicile, le portage des repas. »* (G. B, infirmière).

Pour un des médecins du secteur, les gens en milieu rural et de montagne sont aussi bien soignés et n'ont pas un accès plus difficile à des soins de qualité. Toutefois, il y a des cas qui font exception et qui montrent qu'il faut agir parfois pour maintenir un égal accès aux soins à la population, même jusque dans ces territoires. Par exemple, un monsieur a eu la main écrasée ; il était passé aux urgences où on l'avait opéré. Quand il est revenu voir le médecin, ce dernier a jugé que le résultat n'était pas satisfaisant, que la cicatrice n'était pas jolie, et qu'il fallait y retourner. Sauf que la caisse d'assurance maladie lui refusa de rembourser son déplacement. Dans cette histoire, le médecin rappelle que le territoire se trouve quand même à 56 km de l'hôpital, soit une heure de route. Le monsieur est d'un certain âge, il ne peut pas conduire du fait de sa blessure, cela ne semble pas correct que son déplacement en taxi ne lui soit pas remboursé. Le médecin a donc écrit un courrier à la caisse pour insister sur le remboursement.

> *« J'ai dit simplement que je contestais cette décision parce que la possibilité pour tout à chacun d'avoir un égal accès à un service public était remise en cause. […] il y a un*

règlement, je comprends fort bien que la Caisse ne rembourse pas tout et n'importe quoi et ne donne pas des transports gratuits aux gens pour un oui ou pour un non. […] mais c'est un droit constitutionnel que d'avoir un accès égal à tout à chacun aux services publics. Point ! Donc je vais voir ce que ça va donner. […] Ma fille qui est juriste m'a dit que ce n'était pas ridicule. » Et d'ajouter, « On a des petits plaisirs parfois, des petits combats à notre échelle ». (Dr L.).

L'exercice de la médecine en rural offre un rapport « personnel », de proximité avec les patients. Face à un médecin en exercice depuis plus de vingt-cinq ans sur ce territoire de montagne, on lui pose la question de l'accessibilité des soins pour la population sur ces territoires. Est-elle selon lui plus difficile ?

« A mon avis, c'est encore plus facile qu'en ville maintenant. Ça risque de ne pas durer. Ici, la relation elle est personnelle avec les gens. […] C'est des liens, au bout de 20 ans, de 25 ans, dans un village, y'a une masse d'informations que tu as sur les gens qui te viennent d'ailleurs que des patients eux-mêmes, qui viennent de leur famille, de leur voisins, des réflexions qui ont été faites un jour, tout ça tu les enregistres. Tu n'en fais pas état au patient mais tu le sais. […] Ce qui fait que quand je connais quelqu'un, que je le suis, que j'ai soigné, qui a un problème médical un peu pointu, il trouvera son médecin, toujours, à la campagne. […] Tu n'as pas envie de dire non à des gens que tu as suivis depuis 25 ans, tu vas essayer de les recevoir, tu vas trouver un créneau pour eux. Tu vas accepter de faire un peu des paperasses, des machins pour eux parce qu'ils te le demandent. » (Dr de L.).

H. Construire un réseau avec la diversité des professionnels

Certains professionnels montrent des réticences à s'investir dans les différents projets de regroupements et de collaborations interprofessionnels. Il nous a semblé important de rencontrer quelques-uns de ces professionnels et de les faire s'exprimer sur leur vision de la pratique médicale et sur le projet de réseau.

Un des médecins du territoire en exercice depuis plus de vingt ans s'est retrouvé seul à la suite du départ de deux de ses confrères. L'exercice a alors constitué un challenge et une opportunité pour ce médecin prêt à beaucoup travailler.

« Je me suis retrouvé pratiquement seul […] Le côté sportif de la chose était marrant parce qu'il fallait commencer tôt et finir très tard. […] J'ai des enfants qui font des études supérieures, j'ai besoin d'argent et puis moi je n'ai pas peur de gagner de l'argent et je trouve qu'il n'y a rien de honteux à gagner de l'argent. » (Dr L.).

Ce professionnel ne possède pas de secrétariat. Pour les services tels que la comptabilité, c'est son fils qui s'en occupe et qui lui donne des conseils. Sa conjointe lui effectuait auparavant des services grâce à des connaissances qu'elle avait acquises lors de formations, mais aujourd'hui il est complètement indépendant maintenant qu'elle a sa propre activité. Son objectif est d'avoir

le moins de frais possible ; pour prendre les rendez-vous et les urgences, le téléphone portable est apparu comme une vraie révolution. En visite à domicile, le médecin peut toujours recevoir les appels des patients pour des rendez-vous et les appels urgents.

Le système de paiement à l'acte est satisfaisant et vouloir exercer différemment ne semble pas être sa priorité. Il porte un regard assez critique envers ses collègues médecins qui souhaiteraient notamment un système de forfaitisation pour le suivi de maladies chroniques voire de nouveaux modes de rémunération dans le cadre de la mise en place du réseau. Ce médecin explique qu'il ne se retrouve pas nécessairement dans cette vision de l'exercice de la médecine :

> *« Il y a le syndrome aussi de bienfaiteur de l'humanité qui me gonfle énormément. Donc les bienfaiteurs de l'humanité si vous voulez, ils rêvent d'être salariés, il ne faut jamais parler d'argent parce que c'est totalement obscène, mais enfin tout ce qu'ils peuvent récupérer en plus, ils le font hardiment. Ils sont contre le paiement à l'acte mais, le paiement à l'acte ils ne le rejettent pas. Ce qu'ils veulent, c'est des rémunérations forfaitaires pour un certain nombre de fonctions, si vous voulez, mais c'est en plus, en rab. […] ça me semble être assez dangereux l'utopie. Les bonnes intentions mènent quelquefois à des catastrophes. Donc les histoires de paiement à la fonction, je pense que c'est une revendication de jeunes médecins en général, qui veulent se constituer une rente. »* (Dr L.).

Par ailleurs, ce médecin quelque peu réservé sur le projet de réseau, suit toutefois certaines réunions et est informé par ces collègues médecins de l'avancement du projet de santé. Pour lui, il n'y a pas de souci majeur :

> *« Ici c'est de l'exercice total. Ça m'intéresse parce qu'il ne faut pas être nul non plus vous voyez. C'est passionnant. Moi, je ne comprends pas pourquoi les jeunes ne veulent pas venir. Ça reviendra dans 10 ans. Il y a dix ans, il y avait soi-disant trop de médecins et on les engageait à dégager. […] je crois que le marché est très bien. Après les problèmes de désertification, ça peut être un problème mais si certains médecins trouvent autant de plaisir à travailler comme moi dans ce type de contexte... Je ne désespère pas de la jeune génération, je pense qu'il y a des jeunes qui s'y intéresseront aussi. Il n'y a pas de raisons que…ils y reviendront, il y aura un retournement. »*

Le système de maison de santé, qui reprend la forme du dispensaire selon lui, n'a pas de raison d'attirer plus les jeunes :

> *« Il me semble que les candidats, ils préfèreront de toute façon faire le dispensaire en banlieue d'une grande ville. S'ils ne veulent pas trop s'impliquer dans leur boulot et surtout s'ils veulent beaucoup de temps libre pour eux, ce qui a l'air d'être un choix de beaucoup de jeunes, bah pourquoi venir s'emmerder en milieu rural, hein ? Faut mieux bosser et gagner le mieux possible sa vie sur rendez-vous et avec des plages de temps libre et de congés assez faciles à prendre, en banlieue d'une grande ville et puis louer un gîte rural régulièrement, ici pour s'aérer, que de vivre ici. »*

Pour ce médecin, les désavantages de l'exercice en milieu rural de montagne isolée sont très largement compensés par une série d'avantages financiers.

> *« Nos déplacements sont majorés, car on a des kilomètres de montagne. C'est 1,82 au lieu de 0,91, le kilomètre aller/retour ! Donc il y a quand même beaucoup de choses qui sont mises en place à mon avis, qui font que l'exercice en milieu rural éloigné et de montagne il est largement compensé ! ».*

Pour lui, les compensations financières suffiront très probablement à faire venir des jeunes praticiens. Même s'il a conscience de la difficulté de trouver un travail pour le conjoint dans le secteur, il martèle plusieurs fois que les aides financières multiples doivent permettre la relève *« c'est une problématique spécifique à ces territoires (l'emploi du conjoint), Et oui, y'a des problèmes quand même, mais si vous voulez il y a des aspects monétaires. »* Par ailleurs, le médecin me cite les nombreux avantages de ce territoire.

Le médecin se positionne comme observateur face au projet de réseau, et exprime plusieurs de ses réticences, notamment sur le fait d'intégrer le projet immobilier dans la commune où il possède son cabinet depuis plus de 20 ans. Il explique :

> *« Travailler différemment ? Certainement, d'ailleurs y'a aucun problème, mes collègues sont à pied ferme. Mais moi je passe une convention en tant que cabinet médical. […] Je suis pour des actions communes thématiques, mais l'idéologie de « on se met tous dans la même bergerie », ça c'est en 1970, j'ai donné, je connais, je veux dire, ce n'est pas en s'agglutinant et en s'agrégeant les uns aux autres qu'on fera forcément du bon travail. Bien sûr qu'il faut collaborer, on peut faire de la formation après tout, ça peut être très intéressant. »*

Au fil de la conversation, on comprend donc que l'idée de travailler à plusieurs, en se concertant n'est pas impossible. Dans le cas de la prise en charge des AVC, les médecins se sont donnés comme objectif de réfléchir sur le sujet, pour mieux connaître le niveau d'équipement de l'unité de prise en charge disponible sur le CH le plus proche, et de voir comment améliorer dans ces situations.

L'idéal dans un projet de réseau c'est que même les professionnels qui ne souhaitent pas intégrer physiquement un regroupement ou qui expriment un certain nombre de réticences, se sentent concernés à un moment donné par les thématiques qui les touchent et les concernent mobilisent jusqu'à ce qu'ils proposent eux-mêmes des actions.

> *« Ça fait partie un peu des tâches transversales qu'on peut faire en collaboration multi-sites, pour évaluer aussi, même si en gros on est satisfaits, enfin il y a forcément des choses qui sont un peu limitées, pour savoir nos impressions un peu subjectives, de les mettre en commun et d'avoir un peu sur les recours que l'on peut disposer. Ça c'est un travail qu'on peut faire. J'avais même essayé de mettre les ambulanciers dans le coup parce qu'ils amènent des malades eux en permanence partout. Alors, évidement ils n'ont pas un avis scientifique très très, ils ne sont*

qu'ambulanciers, mais ils voient déjà à quoi ça ressemble. […] ils savent s'ils sont bien reçus, si les malades attendent beaucoup, si les malades semblent respectés et accueillis, enfin c'est un coup d'œil qui est intéressant. » (Dr L.)

Par ailleurs, l'attrait d'une aide financière liée à l'avenant 20 motive en partie ce praticien pour participer à un travail collectif. L'avenant 20 consiste à offrir aux médecins généralistes libéraux des avantages financiers pour favoriser l'exercice dans des zones classées faiblement voire très faiblement dotées. Cet avenant avait pour objectif de favoriser l'installation de jeunes médecins, mais a finalement peu concerné de primo-installations, contribuant juste à convaincre quelques médecins solitaires de participer à une démarche collective en s'associant avec d'autres professionnels. En effet, une des conditions pour obtenir l'aide financière de cet avenant 20 est d'avoir un exercice collectif, même si les professionnels ne partagent pas les mêmes locaux. L'attrait pour un revenu supplémentaire avec 20% de consultations et visites annuelles, peut décider certains médecins à participer à une réflexion là où ils étaient jusqu'alors peu impliqués voire réticents. Et d'une première appétence financière, l'intérêt peut se porter ensuite sur des thématiques de travail en commun d'organisation et de pratiques.

I. L'exercice professionnel et les conditions de vie sur le Nord Aveyron

1. La place des perceptions

Pour une jeune médecin installée depuis moins d'un an, venu d'un autre département, l'isolement de ce territoire éloigné de montagne est à relativiser :

« Finalement la campagne, avec internet, on arrive à avoir de l'information, à ne pas se sentir isolé. Là on est dans des villages où il y a beaucoup de manifestations culturelles. Moi, j'arrive à aller au cinéma voir mes films en VO comme avant, à Espalion, à Saint-Flour, on cumule avec une soirée au restaurant. Franchement, on n'est pas isolé, pourtant je pense qu'on est dans les endroits les plus loin de tout, on est vraiment loin, mais ça marche quand même. »

Elle apprécie dans l'exercice sur le plateau de vivre et de pratiquer au rythme des saisons :

« L'hiver ça se calme, y'a un petit peu moins de consultations, alors on termine un petit peu plus tôt le soir. […] Et le printemps, c'est une effervescence. C'est très agréable. Y'a plus de monde en consultation. J'ai des séries de sutures. Tous les gens qui taillent les haies, les machins…. ».

Une infirmière en exercice depuis dix ans sur la montagne de l'Aubrac aveyronnais et originaire d'ici, explique qu'elle apprécie le contact avec les gens dans son activité quotidienne à domicile, même si aujourd'hui elle regrette que ce côté relationnel avec les patients soit de plus en plus limité faute du temps nécessaire pour le faire. Elle apprécie également son indépendance et le fait de cheminer sur le territoire de montagne :

« Quand on s'en va le matin, on organise notre tournée comme on veut […] Etre dehors, bouger, ne pas être enfermée dans un service huit heures par jour. Pour ça, l'hôpital ça ne m'a jamais branché. Et c'est une belle région, les gens en général sont sympas. »

En revanche, ce qui l'ennuie depuis plusieurs années c'est la lourdeur qu'entraîne le processus d'accréditation pour la démarche qualité, l'excès d'informatique pour remplir les données des patients, qui entraine la réduction du temps auprès des patients.

2. Le réseau : attractif pour de nouvelles installations ?

Une des motivations de la sage-femme à exercer en libéral dans le nord Aveyron a été le projet de réseau :

« C'est un truc qui m'intéresse vraiment. Moi, j'ai déjà travaillé en équipe à l'hôpital. Travailler toute seule, ça me gêne un peu, je n'aime pas bien, j'aime avoir du monde autour de moi, pouvoir parler d'un dossier, échanger, même voir quelqu'un, prendre un café. » (Sage-femme installée en libéral après trente ans en hôpital).

Pour elle, le projet de réseau, les idées pour le faire vivre, sont liés à l'isolement. Les gens sont plus créatifs, et essaient de faire des choses avec ce qu'il y a sur place et d'en tirer parti au mieux. En valorisant et en mutualisant les compétences, le réseau favorise une meilleure prise en charge de la population du territoire, par une médecine de proximité de qualité.

La présence d'une sage-femme en libéral en milieu de montagne éloigné est un réel atout pour la population. Son activité principale est le suivi de grossesse, la préparation à l'accouchement, la visite à la sortie de la maternité, la rééducation périnéale ainsi que le suivi gynécologique de certaines femmes. Elle répond à une demande forte sur le territoire et évite à ses patientes de faire des déplacements de minimum deux heures aller-retour pour consulter ; elle répond à leurs inquiétudes, prend le temps de parler et de les informer. Il lui arrive également de consulter à domicile, lorsque la femme enceinte doit rester alitée. Au moment de s'installer sur la montagne, elle s'était donnée comme objectif pour démarrer de réaliser une trentaine de consultations pré- et post-natales par mois. Finalement, elle en réalise une trentaine par semaine.

« Ici, les femmes sont à une heure d'une maternité, donc des fois c'est juste un besoin d'être rassurée, une inquiétude, elles passent me voir, des fois ça suffit, ça évite de se déplacer jusqu'à Rodez. Et puis mon projet, c'était quand même de prendre le temps de faire les choses. Je fais des consultations qui durent, en plus je suis un peu bavarde donc, je prends du temps, j'informe, je distribue des documents… ».

La sage-femme n'a pas eu besoin de chercher un local, le centre de soins infirmiers lui a proposé une de ses salles pour réaliser ses consultations, les lundis et jeudis, contre un petit loyer. Les mardis et vendredis, elle est hébergée à l'hôpital d'Espalion où la demande est également très forte.

L'exercice en hôpital présente des atouts pour un jeune médecin généraliste, en particulier au niveau du salaire, par rapport à une installation en libéral. Toutefois, la jeune praticienne explique que le projet de réseau contribue fortement à sa motivation pour exercer en milieu rural et ne pas faire que de l'hospitalier où elle exerce déjà des permanences.

> *« L'équipe hospitalière m'a vraiment bien accueillie. Ils voudraient me donner un poste à temps plein, me payer la formation de gériatre, et ils offrent des salaires vraiment intéressants. Mais moi je veux rester rural, et le projet Nord Aveyron me plaît vraiment. Je n'ai pas envie de travailler à l'hôpital ».* (Dr. G.).

Les infirmiers et infirmières qui viennent en stage pendant leur cursus de formation sur le Nord Aveyron sont très souvent des personnes qui ont de la famille sur le territoire et qui s'intéressent à l'exercice à domicile.

> *« Je me demande si avec le nouveau projet, en voyant peut-être une dynamique importante, peut-être que ça attirera un peu plus. Pour l'instant les stagiaires qu'on a c'est celles qui sont intéressées par le domicile parce que c'est particulier comme pratique et puis qui ont de la famille, même de Paris. On a eu des jeunes parisiennes, ça les intéressait. Elles venaient chez leurs grands-parents. Est-ce que, quand on aura la possibilité de loger un étudiant, peut-être il y a de ça, c'est parce qu'ils peuvent pas se loger, donc venir chez nous c'est peut-être un peu compliqué. Dès qu'on pourra proposer un meilleur accueil, y'en aura d'autres qui seront intéressées par infirmière à domicile, c'est possible, c'est possible.* (O.G, Infirmière salariée).

Avec le réseau, certains professionnels ont des difficultés à concevoir de nouvelles manières d'organiser l'exercice professionnel à plusieurs. Certains médecins éprouvent une méfiance à mettre en commun les informations des patients et à discuter des pratiques de chacun pour améliorer la prise en charge. La plupart ont exercé pendant de longues années, si ce n'est toute leur carrière, de manière individuelle et parfois en concurrence avec les collègues voisins.

> *« Les médecins, ils ont des réflexes encore de « il est parti chez un autre », alors que l'on est plutôt en train de réfléchir à comment on se partage le temps de travail, on arrête de travailler douze heures par jour, toute la semaine… Enfin ça c'est compliqué encore à faire passer. »* (Dr G.).

Pour certaines infirmières du centre de soins, le réseau apporte des changements positifs pour améliorer et valoriser leurs pratiques. Mais les nombreux changements inquiètent :

> *« Cela me fait peur tout ces changements. […] Pour l'instant, il y a beaucoup de choses qui changent, y'a notre accréditation, la démarche qualité, on change de logiciel, y'a des soucis au sein de l'équipe. C'est beaucoup de changement, j'ai du mal à évoluer aussi vite qu'on me le demande. […] Commencer à parler de réseau, de machin, je me dis que déjà entre nous si on n'arrive pas à s'entendre.»* (G.B, infirmière salariée).

J. Rôle et impacts des politiques de santé : institutionnels, élus et accompagnement

1. L'implication des élus

La perspective des départs à la retraite les uns après les autres des médecins des différents cantons fut l'élément déclencheur pour organiser une concertation qui s'était d'abord tenue entre élus locaux. *« Il n'y avait pas de souci particulier, mais c'est qu'on s'est dit qu'un beau jour, on va voir partir les médecins, on aura rien organisé. »* (Maire et conseillère générale, active sur le projet de réseau). Puis les réunions se sont faites au niveau du syndicat des communes de l'Aubrac aveyronnais. Ce syndicat regroupe les quatre cantons, les mêmes que le territoire du réseau, avec trois communes supplémentaires de Saint-Geniez-d'Olt, soit 23 communes au total. La Mutualité sociale agricole, active dans le département avec l'expérience de Salles-Curan[188], et identifiée comme partenaire des problèmes de démographie médicale, fut invitée lors de ces réunions. Le Sous-Préfet avait également été sollicité pour discuter de cette question sur Laguiole en 2007.

L'étude a été initiée au niveau du pays, à la suite des sollicitations de certains médecins pour que les élus réagissent face au fait que tous les médecins risquaient de partir bientôt à la retraite sans aucune garantie de reprise. Ce que l'étude a mis à jour a été un choc pour les élus et un facteur déclenchant de leur mobilisation. Les dialogues entre municipalités et professionnels se sont accrus avec le projet de réseau en 2007. Le réseau, au moment où tous les élus s'inquiétaient, apparaissait comme une opportunité. Toutefois, il a fallu de nombreuses réunions pour apporter les nuances et les subtilités du projet. Il importait de se comprendre, de mettre à plat, d'expliquer et réexpliquer. La prise de conscience des élus s'est faite à plusieurs niveaux. Il a fallu par exemple comprendre qu'aujourd'hui les médecins s'installaient à un âge beaucoup plus avancé, et que par conséquence installer un médecin revenait à installer une famille, avec des enfants et un conjoint qui cherche aussi du travail. Pour cela, il faut une implication des différents acteurs du territoire, les élus comme les décisionnels économiques locaux.

La population a été informée par le biais des bulletins municipaux, afin de la tenir au courant de l'évolution des choses au fil des réunions. C'est la seule communication formalisée qui ait été utilisée officiellement. Ainsi, la population n'est pas consultée dans la conception du projet, mais plutôt informée de l'avancement du projet. Pour une partie des élus, œuvrer pour maintenir des professionnels et des services de santé, c'est contribuer à l'attractivité du territoire. Certains expliquent que cette présence médicale est un facteur pour l'installation ou l'évolution des entreprises sur le territoire, et qu'à l'inverse, des évènements médiatiques négatifs ou alarmants sur la situation de l'offre médicale nuisent à l'image du territoire et à son développement économique.

> *« On sait qu'il faut y aller. On y va parce qu'on sait que c'est un passage obligé pour l'avenir du territoire. […] Pour que ce territoire ne finisse pas de mourir, qu'il reste attractif, on n'a pas le choix. Vous savez, quand vous avez une entreprise*

[188] Voir chapitre précédent (Chapitre 2, Partie III).

qui vous appelle, qui vous dit : « on est en train de recruter des cadres, on a entendu dire qu'il y avait des problèmes de services de santé …». (M. A., maire)

Le vent de panique qui a soufflé sur les territoires a amené de nombreux maires à passer dans les journaux, à la radio, à la télévision, pour appeler des médecins ou faire réagir l'Etat et l'opinion publique sur ces problèmes. Certains maires sont contents de ne pas en être arrivé là, car pour eux cela représente une mauvaise publicité pour le territoire :.

« […] Aujourd'hui les choses sont bien réparties, une partie immobilier c'est notre travail, et après à eux de s'engager de faire fonctionner ce réseau, la maison de santé mais surtout le réseau. Voilà le rôle de chacun. […] A nous notre boulot de travailler rapidement pour mettre en forme je dirais le projet immobilier, puisque c'est de notre compétence.» (M. A., maire).

Pour certains élus et corps professionnels appartenant aux territoires, d'autres services contribuent à l'attractivité du territoire, tels que le garage avec la pompe à essence, qui eux ne bénéficient pas d'autant d'attention et d'aide que les médecins généralistes pour se maintenir sur le territoire. Ainsi, on observe un sentiment d'injustice lorsque l'on aide des médecins et pas d'autres professions, d'autant plus que la profession médicale est perçue comme une profession indépendante et rémunératrice. Un maire explique que lors des réunions, on observe une incompréhension et une gêne de la part d'autres professions de santé et des personnes des conseils municipaux ou communautaires. Ils font remarquer qu'il n'y a pas eu d'aides de la collectivité pour eux, pour les autres corps de métiers. « *Y'a un petit blocage ici, vous allez aider les toubibs, et nous, vous nous avez jamais aidés.* ».Ainsi, l'instauration de la santé comme priorité d'action pour une collectivité locale entraîne des débats internes sur l'équité par rapport à d'autres acteurs du territoire, et un questionnement sur la légitimité de la collectivité dans ce domaine par rapport à l'Etat s'ajoute à cela.

Le manque de position franche de l'Etat et des représentants du corps médical pour résoudre l'impasse de la mauvaise répartition des médecins et des conséquences de la démographie médicale actuelle sur certains territoires, provoque le sentiment chez les collectivités locales d'être obligées de supporter la situation et de devoir agir alors qu'elles ne devraient pas. Un maire explique :

« Du coup ça retombe sur nous. Parce que nous, on se retrouve collectivité, avec la pression des gens localement. Le premier étage c'est nous. […]Moi j'ai reçu des lettres, « Monsieur le Maire, qu'est-ce que vous faites ? » […] c'est quand même un paradoxe, il faut que ce soit nous qui devenions, une fois de plus, inventifs et créatifs pour s'adapter à une problématique. C'est-à-dire que nous les élus, on nous sollicite pour passer devant, puisqu'il faut une maison de santé, il faut faire quelque chose de concret. Je dirai qu'à la limite, la responsabilité de l'évolution du territoire, normal puisque c'est un des enjeux, tu es élu donc tu dois. Mais à un moment donné, cette problématique de santé, ce n'est pas quelque chose de naturel. […] Ce sont des libéraux, et c'est ça la problématique en définitif. On vient nous chercher là où on ne s'y attendait pas. »

Dans un territoire où l'organisation en communauté de communes a été mise en place assez tardivement, le projet de maison de santé doit conjuguer avec l'existence d'une jeune Communauté de communes, à côté de la commune qui accueille le projet. La situation semble plus aisée pour les intercommunalités qui fonctionnent depuis plus longtemps. Mais ces dernières peuvent aussi être confrontées à des divergences de priorités communautaires, parfois liées à des oppositions politiques. Ainsi, l'élaboration des projets de maison, de pôle et de réseau de santé entraîne au moins deux enjeux : celui d'apprendre à travailler de manière nouvelle ou moins conflictuelle avec la communauté de communes, et celle d'être sur des problématiques nouvelles, la santé, où la responsabilité est partagée avec l'Etat, et avec des professionnels aux modes de fonctionnement différents des élus.

> *« C'est toujours intéressant d'aller dans des projets nouveaux et d'apprendre, on crée autre chose, il faut en plus le créer à plusieurs élus puisque le projet nous amène à travailler avec les autres cantons »*. (Mme C, maire)

Pour les élus, réfléchir à la présence des services de santé, à leur organisation entre professionnels, à l'offre qui est proposée, pour quels publics-cible, à quelle échelle territoriale, constitue une nouveauté. A part recenser les différentes professions et leurs contacts, la connaissance de ce domaine était jusque là assez limitée. Cette rencontre entre élus et monde de la santé représente pour certains une opportunité et une richesse. *« C'est intéressant. Ça permet de rencontrer sous un autre jour une catégorie professionnelle qu'on ne rencontrerait pas, hormis quand on est malade! »* (Mr A., maire).

Les trois maisons de santé seront très probablement de configurations différentes et non équivalentes d'un site à l'autre. En effet, ces structures doivent être adaptées aux besoins et au fonctionnement du réseau. Ces décisions reviennent en grande partie aux professionnels qui sont en charge de la forme que doit prendre le réseau. La difficulté est alors de pouvoir proposer un projet cohérent tout en ménageant les aspirations des élus qui d'ailleurs pour une grande partie les soutiennent. En effet, les professionnels ont le souci de ne pas doter un territoire au détriment d'un autre (de ne pas « *habiller Pierre en déshabillant Paul* »). Et de l'autre côté, les élus doivent faire un effort pour comprendre que si les choix sont justifiés, il y aura une structure peut-être plus modeste que celle du chef-lieu de canton d'à côté. Cette problématique n'est pas simple. Les professionnels ont finalement un rôle dans la répartition de la présence médicale et paramédicale et de la propension de chacun des sites. Ils doivent expliquer afin de contrebalancer cette comparaison entre les communes qui accueillent les projets.

Ces élus qui ont tendance à comparer les projets les uns avec les autres se retrouvent par exemple sur le plateau de Millevaches. Certains débattent de la taille de la structure par rapport à la taille de la commune d'à côté. On a pu trouver ce genre de réflexion sur le projet de MSP de Peyrelevade, avec des élus qui souhaitaient avoir une maison de santé au moins aussi grande que celle de la commune située à 15 kilomètres qui est plus petite en nombre d'habitants. Ce raisonnement pourrait sembler pertinent si ce n'est que la réflexion des professionnels, surtout dans un contexte de réseau et de mobilité des professionnels de site en site, ne relève pas de la même logique.

2. Les limites du rôle des élus

Une élue qui soutient la création de la maison de santé sur sa commune insérée dans le réseau, exprime ses doutes concernant l'installation d'un médecin dans le bâtiment qui sera construit **:** *« Y'en a un qui part à la retraite, l'autre finira j'espère ici. Mais je ne suis pas sûre, et nous ne sommes pas sûr les uns et les autres d'avoir des médecins qui veuillent exercer sur notre territoire. ».* Pour ce cas précis, il s'avère qu'une jeune médecin installée à mi-temps dans le canton d'à côté souhaiterait exercer sur cette commune, le temps de la passation avec le médecin qui partirait à la retraite dans l'année ou les deux années à venir, dans le but de maintenir une offre sur le territoire. Cependant, les deux médecins actuels de la commune ne le souhaitent pas. Pour cet exemple-ci, la crainte des élus de ne pas pouvoir faire venir un nouveau médecin sur leur commune dans la maison de santé pourrait être justifiée, non pas que le lieu ne soit pas attractif, mais bien parce que les professionnels toujours en activité pourraient ne pas faire de place à un successeur potentiel. Certains élus ont bien conscience des limites de leur action par rapport à l'installation de nouveaux professionnels, un maire témoigne : *« L'élu ne peut pas tout faire à la place d'eux (les professionnels de santé). C'est clair. On peut impulser certaines choses, mais on ne peut pas remplacer, être à la base de l'investissement des gens, faut que chacun se prenne en charge. »* (M. A, maire).
Quelques professionnels éprouvent un certain agacement envers la lenteur de certains élus dans leur engagement pour le projet de réseau. Ils ont l'impression que les élus progressent peu dans les démarches pour obtenir des financements et pour développer le projet immobilier. Les professionnels attendent des élus qu'ils informent la population sur l'avancement du projet, pour rassurer les habitants qui expriment leur doute de voir un jour une maison de santé sur leur territoire. Car si le projet immobilier semble ne pas progresser, les professionnels de santé ont travaillé durant de nombreuses soirées pour mettre en place le réseau. Ainsi, certains professionnels reprochent aux élus d'être excessivement méfiants et de ne pas reconnaitre suffisamment l'investissement important des professionnels pour le projet. Il semble en effet que les élus souhaitent des garanties d'engagement, notamment des médecins, avant de se lancer dans le projet immobilier.

> « *Mais ça fait trois ans qu'ils sont sur ce projet les médecins. S'ils avaient voulu s'en aller, ils auraient pu le faire depuis longtemps. […] Il faut bien voir que ce n'est pas l'intérêt de ces médecins-là, ils pourraient se faire une situation beaucoup plus facile ailleurs. Ils le font aussi parce qu'ils aiment ce qu'ils font et qu'ils aiment ce territoire. »* (Mme A. G.).

III. Le réseau de soins primaires de la Montagne limousine

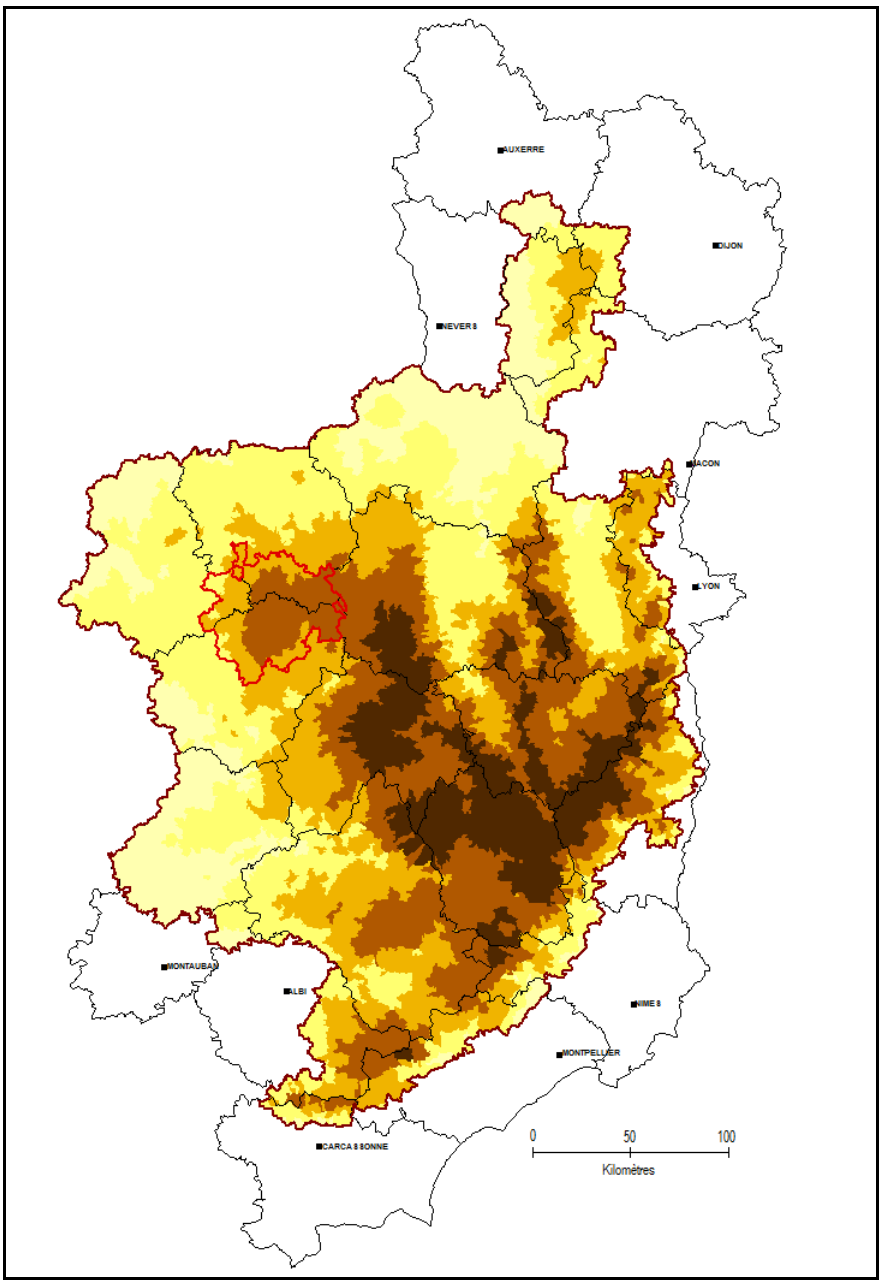
A. Millevaches, un plateau de moyenne montagne peu peuplé

1. Le « plateau » et son organisation

Le projet de réseau de santé de la Montagne Limousine, labellisé Pôle d'Excellence Rurale (PER), se situe à l'échelle du Parc Naturel Régional (PNR) de Millevaches en Limousin (figure

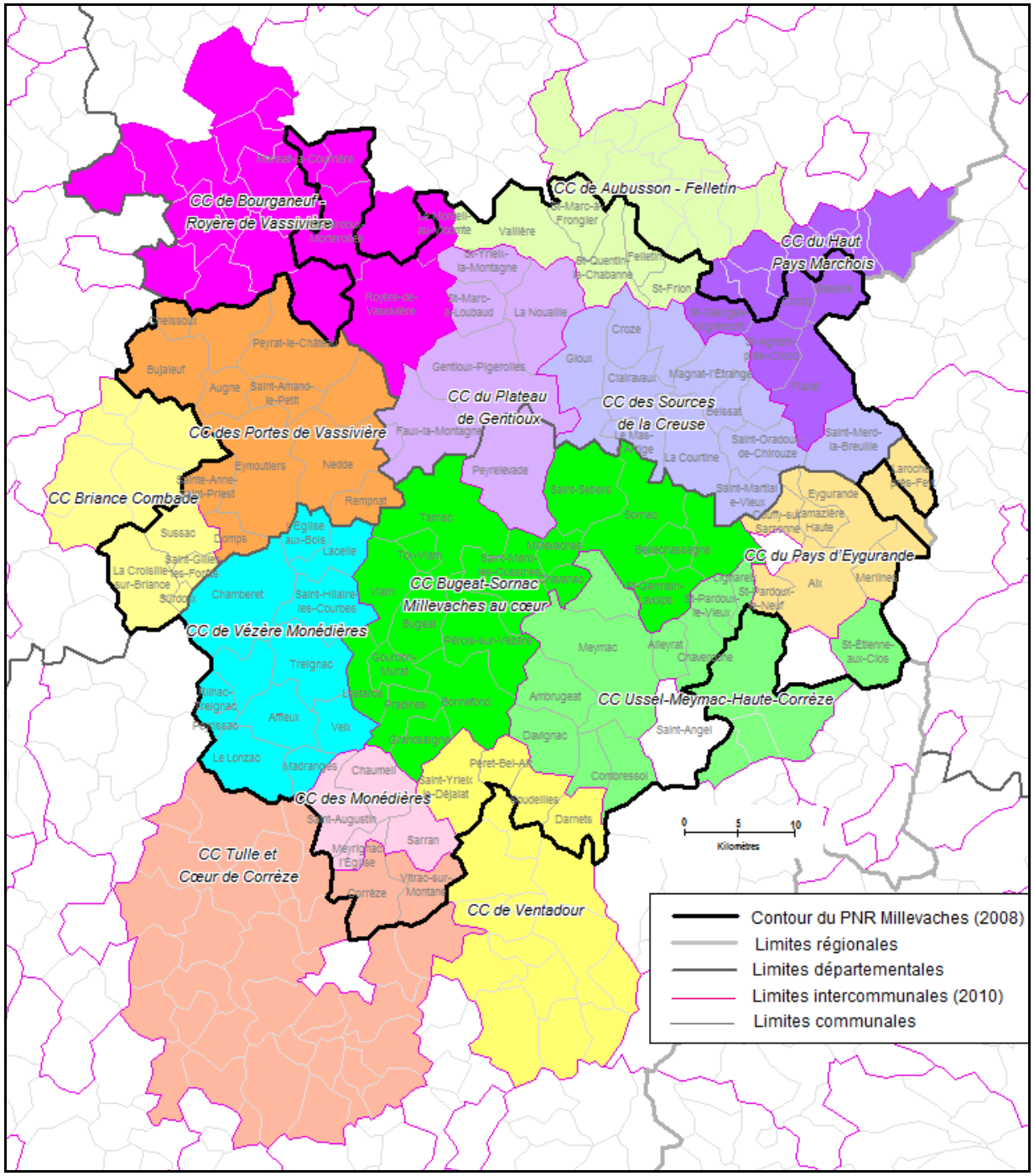
90). Le PNR regroupe 113 communes et 14 communautés de communes (en partie ou entièrement) (figure 91). Il s'étend sur les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne. Cet espace représente plus de 3 300 km² pour environ 41 000 habitants, soit une densité moyenne de 12 hab/km². Classées en zone de moyenne montagne, les communes se situent entre 400 et 1 000 mètres d'altitude. Une majorité de cet espace est aujourd'hui couvert par la forêt. Si la forêt était exploitée, de nombreux villages et hameaux seraient alors visibles sur l'ensemble du territoire. En général, la plupart des communes comptent entre 10 et 20 hameaux. On trouve de petits villages, dont une partie est en ruine au côté des habitations principales et des résidences secondaires.

Figure 90. Contour du PNR Millevaches en Limousin et relief du Massif central



Source : Insee, Datar / Réalisation : A.Hamiti, 2012.

Figure 91. Communes et intercommunalités du Parc naturel régional de Millevaches en Limousin



Source : Insee 2010 / Réalisation : A.Hamiti, 2012.

En terme de transport, une ligne TER subsiste grâce à un cofinancement Etat, Région et Département, et relie Limoges à Ussel en passant par des communes comme Eymoutiers, tandis que la grande traversée Est, Guéret-Ussel par Felletin-La Courtine n'existe plus. Le déplacement, avec le renchérissement des coûts de l'énergie, va devenir une problématique importante pour le plateau. En effet, se rendre à son travail, aller faire ces courses, se rendre chez son médecin, coûtera plus cher à la population.

2. L'influence de deux CHU : Limoges et Clermont-Ferrand

Au nord du plateau, du côté de Crocq, Felletin, Vallière et Royère-de-Vassivière, les médecins redirigent les patients vers les hôpitaux de Guéret, Limoges, Clermont-Ferrand et parfois de Montluçon. Au sud et à l'ouest du plateau, on s'oriente vers Tulle, Brive-la-Gaillarde et Limoges, tandis que la population du centre et de l'est du plateau se rend plus facilement à l'hôpital d'Ussel, puis vers le CHU à Limoges ou Clermont-Ferrand. Pour la Courtine par exemple, Clermont-Ferrand et Limoges sont quasiment à même distance en temps, soit un peu plus d'une heure et demi. Pour se rendre au CHU de Limoges, il est nécessaire de traverser le plateau Millevaches et de passer par Eymoutiers. Pour Clermont-Ferrand, on peut aller prendre l'autoroute vers Ussel ou bien passer par Eygurande et Bourg-Lastic, pour un temps de trajet similaire.

Le choix de l'établissement dépendra du type de soin hospitalier. Les praticiens préfèrent travailler avec l'un ou l'autre des établissements selon les pathologies, en fonction de la disponibilité ou du niveau d'équipement du plateau technique, de la satisfaction des prises en charge ou encore de l'affinité avec un spécialiste. La présence de liens de famille des patients sur l'un des pôles pourra également influer sur le choix de l'établissement.
Les établissements hospitaliers sont assez éloignés de la population du plateau. Pour un des médecins généralistes de ce territoire, cela ne constitue pas un problème tant que les soins primaires sont maintenus et renforcés :

> *« Je pense qu'il faut qu'il y ait des professionnels, qu'il y ait des gens comme nous, qui soient sur le terrain, qu'on puisse faire un maximum de choses localement, et que par contre, même si le plateau technique de haute technicité est distant, ça ne pose pas de souci, l'essentiel étant de garder les acteurs de soins primaires localement. »* (Dr E., médecin généraliste).

3. Un territoire de petites routes et à l'habitat dispersé

Les caractéristiques géographiques et le mode d'habitation du plateau ont un impact sur les pratiques des professionnels de santé. Les infirmiers et les kinésithérapeutes parcourent au quotidien d'importantes distances.

> *« Pour donner un ordre de grandeur, je passe pratiquement autant de temps dans ma voiture qu'auprès des gens dans une journée, ce qu'on peut juger comme cela, je dirais, pas très efficient. Mais je relativiserais car les gens sont très distants donc je veux dire soit on les regroupe quelque part et il n'y a pas de soucis, soit on les ignore. Je ne vois pas comment on peut faire autrement. Si on veut faire du maintien à domicile, et je pense que ça c'est très bien parce que les gens quand ils restent chez eux, notamment quand ils sont âgés, on sait très bien qu'ils sont en bonne santé plus longtemps que si on les met dans des structures. […] Ici dans une journée je fais entre 100 et 150 kms de route, et sur le plateau je peux en faire le double. […] Ça fait partie des territoires comme ça qui ont beaucoup de distance,*

ça fait partie des incontournables. Pour moi, ce n'est pas très gênant. » (M. J., Infirmier sur le plateau).

En zone de montagne, les professionnels reçoivent des indemnités kilométriques majorées pour leurs déplacements. Le coût peut parfois être plus important pour le professionnel que le coût de revient de l'acte lui-même.

B. La genèse du projet

1. Le départ massif des médecins généralistes dans dix ans

Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes ont pris conscience que dans cinq ou six ans, d'ici 2019, la moitié des médecins du plateau sera probablement à la retraite.
Actuellement, le département de la Creuse compte plus de départs que d'installations parmi les médecins libéraux. Le projet de réseau de santé est parti de la volonté de quelques professionnels de trouver une solution face au risque d'une prochaine pénurie de médecins. La réflexion sur les conditions d'exercice et d'installation sur le plateau s'est rapidement étendue aux kinésithérapeutes, aux dentistes et aux infirmiers. La situation semble moins tendue pour les infirmières du fait qu'elles soient moins âgées globalement, donc avec moins de départs probables, mais avec toutefois des zones classées très sous-dotées et sous-dotées selon l'Agence Régionale de Santé. Pour les kinésithérapeutes et les dentistes, c'est déjà problématique. Par ailleurs, plusieurs professionnels libéraux enquêtés soulignent le « *manque cruel de certains spécialistes, en particulier en cardiologie, en gynécologie et en pédiatrie* ».
Le souci majeur a donc été de trouver des solutions pour que des professionnels viennent exercer d'ici quelques années, afin d'éviter que le plateau ne devienne un désert médical.

2. Une étude puis une candidature PER à l'échelle du PNR

En 2009, plusieurs projets de regroupement de professionnels dans un même lieu étaient en discussion (à Peyrat-le-Château), certains construits (à Faux-la-Montagne) ou en construction (à Peyrelevade). L'émergence de ces multiples initiatives a rendu nécessaire l'analyse de l'offre de soins présente, des besoins et des projets en cours, à une échelle plus globale. Le docteur Buchon, médecin généraliste de Bugeat, avait réfléchi depuis de nombreuses années à des solutions potentielles pour pérenniser l'offre de soins sur le plateau. Le projet de réseau permettrait ainsi de mettre en relation les différentes initiatives, de favoriser une coordination, et d'apporter des éléments nouveaux dans la pratique des soins sur le territoire.

Le Conseil régional du Limousin a fortement souhaité qu'un ou des projets émergent sur le plateau de Millevaches, étant donné les problèmes actuels et surtout à venir sur ce territoire. Ainsi, la région a proposé que le Parc Naturel Régional de Millevaches porte le projet de réseau de santé de façon active. Le PNR est un syndicat mixte ; les fonds pour le fonctionnement de la

trentaine de salariés qu'il compte, et les subventions pour les actions qu'il développe proviennent des membres du syndicat. La moitié des fonds provient de la région, puis s'ajoutent les contributions des départements, de l'Etat ou des crédits européens. Les missions du parc sont définies dans sa charte. Il a pour objectif principal la protection du patrimoine, la contribution à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, culturel et à la qualité de la vie, l'accueil, l'éducation et l'information du public et enfin la réalisation d'actions expérimentales ou exemplaires et la contribution à des programmes de recherches[189].
La charte du parc définit la stratégie et les actions développées par le PNR. Au sein de cette dernière, la question de la santé ou de l'offre de soins n'est pas évoquée. Toutefois, elle précise que le PNR doit travailler sur tout ce qui peut faciliter le maintien des populations, le soutien à la démographie, c'est-à-dire le maintien et le développement des services à la population (l'information, l'offre de logement, l'accueil et l'aide à l'installation d'actifs, …). Ainsi, considérant que la qualité de vie des gens et leur maintien, sur le territoire passent notamment par la présence de services de soins et d'actions en santé, le PNR s'est logiquement investi sur le projet de réseau de santé. Le parc a commencé par une phase de pré-étude, pour laquelle une chargée de mission a été embauchée avec un financement régional. Un cabinet d'étude a ensuite été recruté pour approfondir le diagnostic. Le cahier des charges a été défini avec le Conseil régional et l'Agence Régionale de Santé.

L'étude s'est concentrée sur la question de l'organisation des services de soins et particulièrement la tension autour de la présence et du renouvellement des professionnels de santé. Plusieurs scénarios ont ainsi été élaborés. Les premiers et principaux besoins formulés ont été d'une part la nécessité de créer des lieux communs aux différents professionnels afin de faciliter les échanges et de favoriser l'attractivité de l'exercice et d'autre part, de faciliter l'échange d'informations et de données sur les patients d'un site à l'autre grâce à un réseau informatique partagé.

Ainsi, à la suite de l'étude du *CRP consulting*, plusieurs réunions avec les différents partenaires ont permis de fixer comme objectif principal la création d'un réseau territorial de santé qui comprendrait plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires réparties sur le territoire du plateau, reliées notamment par un système informatique commun. Afin d'obtenir un soutien financier pour la création du réseau de santé, le PNR a rédigé avec les professionnels de santé fondateurs un dossier de candidature pour un pôle d'excellence rural. Trois projets de maisons de santé pluridisciplinaires ont été ciblés : Bugeat, La Courtine et Crocq-Mérinchal, au côté du projet de réseau informatique commun aux professionnels et aux établissements de santé du plateau.

Les limites du territoire du projet semblent imprécises au travers des différents entretiens. Les professionnels de santé, fondateurs du projet, souhaitent que le réseau rayonne sur l'ensemble du plateau. Les contours de « leur » plateau ne correspondent pas exactement celui des contours du Parc régional.

> *« L'entité vraiment géographique du plateau Millevaches, c'est grosso modo, Bugeat, Tarnac, Royère de Vassivière, Gentioux-Pigerolle, Saint-Setier, Millevaches, Javanac,*

[189] Article R224-1 du décret n°94-765 du 1er septembre 1994.

Saint-Merd. C'est l'endroit où il y a des petites routes merdiques, où y'a de la neige l'hiver, où il y a un habitat dispersé, une faible densité de population, tout ça, qui demande, à notre avis, une prise en charge qui prend bien évidemment en compte toutes ces spécificités-là. » (Dr P., médecin généraliste).

Le PNR, qui a porté la candidature du PER, souhaite quant à lui que le réseau rayonne au maximum à l'échelle du parc. Toutefois, les territoires au sud du Parc, dans le secteur de Meymac, Treignac ou encore Corrèze, ne comptent pas d'initiatives de la part des professionnels comme des élus, ou ne souhaitent pas intégrer le projet.
D'autres projets de maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire du Parc de Millevaches, à l'état de discussion ou en cours de construction, n'ont pas été intégrés au PER.
La difficulté de la candidature à un PER est qu'il ne faut pas avoir engagé de dépenses pour pouvoir être soutenu. L'investissement ne peut être engagé. La candidature ne garantit pas l'obtention, mais le temps d'attente de la réponse empêche l'avancement du projet, et risque de compromettre la dynamique impulsée notamment avec l'élaboration du dossier de candidature.
En avril 2011, le Ministre annonçait l'obtention de l'enveloppe financière demandée à l'Etat. *« Il ne manque pas un centime contrairement à d'autres PER moins dotés. Beaucoup ont moins que ce qu'ils ont demandé. » (*M. J., directeur du PNR).

3. Une association pour mettre en place le réseau

L'Association pour le développement d'un réseau de soins primaires sur la Montagne limousine (ADRES) a été créée en juillet 2010. Le but de cette association a été de donner un poids juridique afin de lancer le réseau. Une convention constitutive a été rédigée, ainsi qu'une charte qui a été acceptée par les membres de l'association.

L'association est restée quasiment en *stand-by* pendant les premiers mois de son existence, faute de fonds pour son fonctionnement. Le projet du réseau a été réfléchi et mis en forme pour le dossier du pôle d'excellence rural, avec l'aide du PNR, pour être déposé en octobre 2010. En mars 2011, l'association savait qu'elle recevrait très probablement des subventions liées à la labellisation en pôle d'excellence rural. Le docteur Buchon, président de l'association, se chargeait des nombreuses démarches administratives et des prises de contacts avec les professionnels et les élus. Toutefois, faute de disponibilité suffisante et pour une meilleure efficacité, il est apparu nécessaire que le réseau se dote d'un coordinateur. L'association n'a pu obtenir de l'ARS qu'une subvention de quatre mois pour le poste de coordination. Gaëlle Sow est arrivée en tant que salariée de l'association en juillet 2011. Le travail de mobilisation a pu ainsi être activement relancé, avec la phase d'entretiens des professionnels de santé et des collectivités locales, afin de recueillir leurs besoins et leurs possibles implications, après leur avoir rappelé la genèse et les objectifs du réseau. Ainsi, le but de l'association est de mettre en place à la fois une sorte de conventionnement en tripartite, entre professionnels de santé (et peut-être établissements de santé), collectivités locales et réseau de santé. D'autre part, elle a pour but de mettre en route un projet de santé publique sur le territoire, à partir du recensement des problèmes de santé sur le terrain. La légitimité de la coordinatrice s'est confortée par un travail en binôme avec les professionnels de santé. En effet, dans la phase de « démarchage »

auprès des différents acteurs, la coordinatrice s'est déplacée sur le territoire, accompagnée tantôt du docteur Buchon, président de l'association, tantôt du docteur Etilé, trésorier, ou encore de la pharmacienne Mme Hébrard qui est la secrétaire du bureau. Il semble que le discours d'un professionnel à un autre professionnel possède un poids supérieur que le contact seul d'un technicien. Un médecin écoutera mieux un autre médecin. De la même manière, pour mobiliser la profession infirmière, c'est un infirmier qui a pris l'initiative de les réunir afin de leur présenter le projet.

Au moment de l'enquête, en août 2011, le président du PNR avait été sollicité par le docteur Buchon afin qu'il puisse se déplacer avec la coordinatrice et parfois un professionnel de santé auprès des élus des communes et communautés de communes. En effet, l'idée était qu'un élu serait de la même manière peut être plus entendu par un autre élu, plutôt qu'un professionnel de santé ou la coordinatrice seule.
Le contrat de quatre mois de la coordinatrice finissant fin octobre, mais le travail étant encore important, l'association était au moment de l'enquête à la recherche de nouveaux financements pour pérenniser le poste. Le PER permet des subventions importantes pour la partie investissement du réseau mais ne prévoit rien pour la part fonctionnement, et en particulier pour l'animation et la coordination. L'idée est qu'à terme le réseau soit autonome sur le plan de la gestion de cette coordinatrice. La question des ressources du réseau pour garantir le salaire du coordinateur, ainsi que ses déplacements, est cruciale dans l'élaboration des modalités de fonctionnement du réseau.
C'est probablement la période intermédiaire la plus délicate, avec la nécessité d'une coordination pour lancer la mise en route du réseau. Mais le temps que la coordinatrice consacre à la recherche de financement pour son propre poste est un temps qui ne peut être consacré à l'élaboration du réseau. La volonté du président de l'association est de faire évoluer le statut du réseau :

> *« L'idée de l'association, c'est que ce ne soit qu'un premier étage de fusée en quelque sorte, et que ça puisse ensuite se transformer en un groupement économique de santé, enfin, d'avoir un statut plus clairement identifié comme gestionnaire de soins. Parce que association loi 1901 ce n'est pas grand-chose, ça n'a pas de légitimité suffisante. »* (Dr B., médecin généraliste)

4. Le rôle du Parc Naturel Régional de Millevaches

Le PNR a permis de monter le dossier de candidature au PER. Cela a représenté plusieurs mois de travail pour la chargée de mission qui, avec le docteur Buchon, a dû mettre en relation les Communautés de communes entre elles et rédiger le contenu du dossier. L'avantage du PNR est de fournir une logistique pour porter des projets et rechercher des subventions. Le docteur Buchon, à l'initiative du projet de réseau, n'avait pas la disponibilité pour rédiger le dossier, ni l'habitude de ce genre de démarche. Le PNR a bénéficié de soutien pour ce PER, aussi bien des services du Conseil régional que ceux du sous-préfet d'Ussel (qui est le préfet coordinateur du PNR). Ils ont contribué à l'élaboration du dossier de candidature au pôle d'excellence rural. En Limousin, il semble qu'une bonne entente entre les différents partenaires institutionnels

favorise les cofinancements des projets de manière générale. Le directeur du Parc se souvient, à son arrivée dans ses fonctions, au moment de l'élaboration du contrat de Parc, de réunions pour lesquelles la préfecture, le SGAR, la région, les départements sont autour de la table *« presque en train de boire le café, et qui disent ok moi je mets tant, toi tu mets tant. […] Je me suis dis que j'arrivais dans une grande famille, c'était impressionnant ».*

Pour la plupart des actions menées dans le cadre de la charte du Parc, ce sont les maîtres d'ouvrage qui sont les destinataires des subventions. Le Parc constitue alors le service instructeur des projets, il est mobilisateur et animateur des dispositifs. Ainsi, même si les investissements du PER seront dirigés vers les Communautés de communes qui vont être maîtres d'ouvrage pour les équipements, le Parc est le porteur du projet. Le rôle du PNR consiste essentiellement à l'animation. Le directeur du PNR explique que l'accompagnement de ce PER ressemble au PER précédemment soutenus, qui consistait à encadrer la réalisation de cinq gîtes d'étapes sur un itinéraire de randonnée. Le PER appelé « Retrouvance » permettait d'aménager tous les gîtes. Le Parc n'a perçu aucun fond de la subvention dans son budget interne. En revanche, il a accompagné le projet du début à la fin, avec la mise en place des maîtrises d'ouvrage, la coordination des quatre communautés de communes impliquées, la mise en place du groupement de commandes pour passer les marchés, et il a fait en sorte que tous les acteurs impliqués travaillent ensemble. Ainsi, le mode opératoire développé par le Parc sera très probablement le même, à la différence qu'il existe une association pour le réseau. Le directeur du PNR explique que l'association a pour rôle de structurer le réseau de professionnels de santé, tandis que le PNR souhaite, avec l'appui du réseau, mettre en relation et faire travailler les communautés de communes pour la maîtrise d'ouvrage.

> *« Ce sont des gens (les professionnels de santé) qui bossent beaucoup, qui n'ont pas tellement de temps disponible en fait, par rapport à d'autres professionnels on va dire. Pour faire de l'associatif, du militantisme, il faut le vouloir quand on a des boulots comme ça. Donc on est là pour les soutenir* » (M. J., directeur du Parc).

C. Les changements dans les pratiques : entre persistance et bouleversement, les apports du réseau

1. Le réseau pour faciliter l'exercice des professionnels de santé

Les professionnels qui participent à la création du réseau souhaitent que les communautés de communes mettent en œuvre les projets immobiliers, grâce notamment aux aides financières du Pôle d'Excellence Rural, pour ensuite mettre à disposition des lieux équipés où des professionnels viendront exercer. Le réseau, quant à lui, devra organiser les interventions des professionnels, gérer la location des salles et les rendez-vous de certains. L'objectif du réseau est de pouvoir proposer à des professionnels d'exercer à plein temps ou bien « à la carte », un ou plusieurs jours par semaine ou par mois. Ces professionnels pourraient par exemple intervenir sur le plateau pour un ou plusieurs jours, et exercer le reste du temps en établissement ou bien dans un cabinet en ville. Le dispositif doit être souple et attrayant pour les

professionnels, du point de vue du statut professionnel, des frais administratifs, de l'exercice en lui-même.

Le réseau organiserait la présence des professionnels de santé sur les différents sites, afin d'éviter qu'ils ne soient obligés de régler leurs présences dans les locaux avec la mairie ou la Communauté de communes. Le réseau serait une interface entre professionnels et collectivités et aurait en charge le planning de la présence de chaque métier selon les lieux ; pour certains, il prendrait les rendez-vous des patients, notamment en groupant les demandes. Une partie de l'administration et de la gestion de dossier pourrait également être prise en charge. Avec les élus, le réseau s'occuperait des réservations de salles, ainsi que le paiement des loyers et des consommables. Enfin, le réseau pourrait être amené à s'occuper des déplacements des patients vers les professionnels. Le but est de faciliter la pratique des professionnels de santé, en particulier des médecins, qui viendraient exercer, pour qu'ils se consacrent principalement à leur travail de soignant et pour qu'ils soient libérés des tâches administratives de gestion de cabinet, comptabilité, de dossier patient, de prise de rendez-vous. Les différents services qu'assurerait le réseau seraient ajustés selon les souhaits des professionnels.
Le réseau souhaite favoriser le statut de collaborateur pour les médecins généralistes, ce qui permet une souplesse dans l'activité. La collaboration permet d'exercer auprès d'un confrère, sans les contraintes des démarches administratives et l'investissement financier qu'entraîne l'installation.

> *« Le fait d'avoir le statut de collaborateur ça peut apporter une plasticité qui est hyper agréable et confortable. Parce qu'en fin de compte, pourquoi on a trop de travail, c'est parce qu'on n'a pas la maîtrise de notre quantité de travail. […] Le fait d'avoir le statut de collaborateur peut permettre de choisir sa quantité de travail, et ça c'est quand même un luxe quelque part. Et puis le fait de ne pas se sentir dans une sorte de mariage forcé. »* (Dr P., médecin généraliste)

Le réseau donnera la possibilité à certains médecins généralistes d'être mobiles dans leur exercice, ce qui pourra atténuer l'attachement du médecin à sa clientèle et l'attachement parfois excessif des patients à leur médecin. En effet, un médecin explique :

> *« Parce que les gens il faut aussi qu'ils apprennent à s'ouvrir sur d'autres médecins. Le fond du problème, c'est qu'ils sont d'une exclusivité un peu pesante. Alors bien sûr, dans un certain sens, c'est flatteur. Cet exercice individuel, certes il flatte notre amour propre, mais il a un prix aussi, à titre individuel. Le fait de se mettre en réseau, on atténue notre sensation de toute puissance sûrement, mais on atténue aussi les situations difficiles à gérer seul ».* (Dr P., médecin généraliste)

Le réseau permettra d'instaurer une confiance entre professionnels et une complémentarité dans leur exercice, par exemple pour les périodes de vacances ou pour élaborer des projets en santé publique.

Les professionnels du réseau souhaitent également faire venir des étudiants en stage pour qu'ils puissent apprécier l'exercice afin peut-être d'envisager exercer dans cette zone. Toutefois, les

jeunes diplômés ne constituent qu'une piste pour amener des praticiens sur le plateau. Les professionnels du secteur savent que les jeunes diplômés souhaitent très souvent réaliser des remplacements avant de s'installer. L'accueil des stagiaires participe davantage à l'objectif du réseau d'être un pôle universitaire, proposant à la fois de la formation, du travail et de la recherche. Le président de l'association est professeur à l'université de Limoges, et le territoire du PNR compte cinq maîtres de stages, ce qui facilite les échanges avec l'université.

Les idées ne manquent pas vis-à-vis du rôle que pourrait jouer le réseau pour modifier les pratiques afin de garantir la présence et l'accès à l'offre de soins de premier recours à la population du plateau : salarier des professionnels, en particulier des médecins généralistes, gérer une partie de l'administratif des professionnels, obtenir des services de comptabilité, gérer les réservations de salles de consultations et la prise de rendez-vous, assurer les contrats et les paiements de loyers. Toutefois, pour mettre en place ces nouvelles modalités de fonctionnement originales, les différentes sources de financements doivent être clairement identifiées. Pour cela, chacun des acteurs, professionnels, élus, institutionnels, doit signifier les sommes qu'il est prêt à investir.

2. Une faible interconnaissance entre professionnels

Les professionnels de santé du plateau de Millevaches entretiennent peu de relations. Ils se connaissent en raison de leur voisinage, mais les échanges restent limités. Les médecins sont assez individualistes et fonctionnent à peu près tous de manière indépendante les uns des autres. Les gardes permettent souvent aux médecins d'avoir des contacts plus rapprochés. Toutefois, le plateau est situé sur trois départements : Creuse-Corrèze-Haute-Vienne. La permanence de soins est organisée par département et par conséquent les praticiens sont séparés les uns des autres pour les gardes.
Récemment, la redéfinition des secteurs de garde dans chaque département a poussé plusieurs médecins à se regrouper et à défendre un découpage spécifique interdépartemental pour la permanence des soins. Afin d'être force de propositions et d'être écouté par les autorités sanitaires, ils ont dû se réunir pour plébisciter un secteur plus pertinent, ce qui leur a permis d'avoir gain de cause. En l'absence de regroupement, chaque médecin aurait probablement subit le découpage initial proposé par les autorités.
Par ailleurs, le plateau est un territoire de montagne. Les professionnels sont disséminés sur un espace vaste où les temps de trajet d'une commune à l'autre sont assez importants.
La situation actuelle de l'exercice infirmier sur une partie du plateau Millevaches veut que les professionnels soient indépendants, voire dans des rapports concurrentiels les uns avec les autres.

> *« Nous, entre collègues infirmiers, on est plutôt je dirais presque dans une situation conflictuelle que de s'entraider ou de faire des trucs ensemble. […] Un peu concurrentiel parce que les territoires se chevauchent. Des fois, moi, j'ai entendu il n'y a pas encore longtemps : « tu vas chez untel ? Ah bien oui elle, elle me l'a piqué parce qu'elle va chez tout le monde »* (M. J., infirmier libéral).

3. Une priorisation des missions du réseau

Un système de cotisation pour chaque acteur, professionnels libéraux, établissements de santé, collectivités et institutions, devrait être mis en place. Au moment de l'enquête, en août 2011, la cotisation s'élevait à vingt euros. Cet engagement symbolique devrait évoluer vers une cotisation plus significative qui permettrait de financer le réseau. Ces cotisations doivent en effet permettre le financement du poste de coordinatrice (son salaire, ses déplacements et son lieu de travail), puis les différentes actions du réseau (coût de la location des salles et des consommables, salaires de certains professionnels, service de comptabilité, organisation d'évènements de santé publique, formations…). Le mode de cotisation reste à définir : un ou plusieurs forfaits ou bien à la carte selon les besoins et usages de chacun. Etant donné que les attentes sont variées selon les acteurs et les territoires, il est nécessaire pour le réseau d'établir des priorités dans ses actions. C'est pour cela que la coordinatrice et les membres actifs de l'association ont rencontré chaque acteur potentiel du réseau, afin de présenter ou rappeler les objectifs du réseau et de recenser les souhaits de chacun. La difficulté est alors de répondre à un nombre suffisant d'attentes afin que le réseau compte un nombre significatif d'acteurs impliqués financièrement pour fonctionner. Les attentes sont nombreuses et variées pour certains acteurs. Il est difficile de répondre à toutes les attentes, ce qui rend nécessaire le choix de priorités, qui doit être discuté collectivement et validé.

4. Des locaux professionnels mis en commun

Les professionnels de santé ont réfléchi au niveau du futur réseau, à leurs regroupements dans un lieu commun. Ils ont eu le choix de se regrouper en une grosse maison de santé comme cela a pu se faire ailleurs, par exemple à Salles-Curan dans l'Aveyron. Ils ont préféré essayer de conserver les différents lieux de soins qui existent actuellement, en favorisant pour des regroupements interprofessionnels de petites tailles mais relier entre eux par un projet de santé commun, un réseau informatique commun, des projets de santé publique communs.
Ainsi, on compte plusieurs regroupements dans des maisons de santé sur le plateau : à Peyrelevade, à Faux, à Bugeat, à La Courtine, à Crocq-Mérinchal, à Royère où les infirmières, la pharmacie et le médecin se regroupent, en offrant un local éventuellement pour d'autres professionnels de santé qui interviennent de façon ponctuelle, tel qu'un kinésithérapeute, une diététicienne ou une pédicure-podologue.

Les infirmiers et infirmières libéraux ont l'obligation de disposer d'un cabinet. Dans celui-ci, à des horaires fixes, ils doivent recevoir les patients afin d'effectuer les soins ; le reste de leur activité reposant sur les visites. Toutefois, sur les territoires ruraux, et en particulier sur le plateau de Millevaches, la population a l'habitude que les infirmiers viennent à domicile. Par ailleurs, au-delà des habitudes, les professionnels indépendants n'ont pas d'intérêt à travailler dans un cabinet. En effet, s'ils réalisent une permanence de plusieurs heures, à heures fixes dans la semaine, ils ne traitent qu'un faible nombre de patients, ce qui revient à les immobiliser inutilement dans le cabinet, plutôt que de réaliser leurs visites à domicile. De plus, comme l'explique un professionnel, dans une tournée, il est souvent compliqué d'arriver à une heure précise. *« Il se passe toujours des trucs dans une journée. Arriver pile poil à l'heure pour être*

là pour personne, ce n'est pas du tout intéressant. » C'est pourquoi, plusieurs infirmiers sur le plateau n'ont pas de cabinet. Le regroupement des infirmiers dans une maison de santé permettrait qu'au sein d'un même local, les infirmiers se relaient pour réaliser des heures de permanence. En réunissant la patientèle de plusieurs professionnels et en éduquant la population à de nouvelles habitudes, une masse critique serait atteinte pour réaliser des actes infirmiers tous les jours en cabinet. Cela représenterait un avantage pour le professionnel qui réduirait un peu ses déplacements, et pour le patient qui parfois est retenu chez lui, pour une simple prise de sang, en attendant le passage de l'infirmier. Pour la population qui peut se déplacer, les prises de sang peuvent être réalisées au cabinet, avant de se rendre au travail par exemple. La permanence correspond également à une certaine logique économique qu'encourage la Sécurité sociale ; cela évite en effet de payer les déplacements du professionnel pour des personnes qui peuvent se rendre au cabinet, d'autant plus que les déplacements en zone de montagne sont majorés.

La condition pour l'organisation d'une permanence à plusieurs infirmiers nécessite une entente mutuelle : *« si on est obligé, enfin obligé, oui, de s'entendre sur des permanences ensemble, je pense que cela devrait générer un peu plus de convivialité entre nous.* » (Mr J., infirmier libéral). Le réseau pourrait ainsi favoriser de meilleurs échanges entre professionnels infirmiers.

5. Un équipement informatique

L'équipement informatique du réseau, soutenu dans le pôle d'excellence rural, doit permettre à l'ensemble des professionnels de santé de disposer d'un logiciel commun, avec des accès différenciés selon le niveau de soin, ou le niveau métier. Autrement dit le médecin aurait un niveau d'informations différent de l'infirmier, différent du kinésithérapeute, différent encore des autres praticiens spécialistes ou paramédicaux. L'objectif principal est la communication entre les logiciels de tous les professionnels du plateau, de façon à ce que partout où l'on se trouve, les professionnels puissent avoir accès à l'ensemble des bases de données. *« C'est-à-dire que n'importe quel médecin qui interviendrait sur le territoire puisse avoir immédiatement accès à toutes les données de tous les patients. »* (Dr B., médecin généraliste)
Ainsi, comme nous l'explique le président de l'association, les deux idées principales sont, d'une part avoir des jeunes étudiants en fin d'études qui viendraient exercer sur le territoire dans le cadre d'un SASPAS (c'est-à-dire d'un stage de médecin) et d'autre part, avoir des professionnels en temps partagé ou en temps partiel qui viendraient passer un, deux, trois jours par semaine de façon régulière. Ils interviendraient indifféremment sur les différents sites de soins du Plateau, à la condition qu'ils aient le même outil informatique pour avoir accès aux dossiers des patients de la même manière. Au-delà des médecins, les autres professions du premiers recours trouveront un intérêt au partage des données des patients. *« Moi je ne sais pas, je vais chez quelqu'un que je n'ai jamais vu, il y a des fois j'aimerais bien savoir un peu pourquoi il réagit comme cela, qu'est-ce qui se passe. Si j'ai un dossier informatique avec un dossier de soins coordonné, j'aurai plus d'informations. »* (Mr J., infirmier libéral).

L'utilisation de manière hétérogène de l'outil informatique par les différents professionnels de santé soulève la question de l'apprentissage numérique. En effet, certains professionnels

utilisent peu ou pas l'informatique dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes, ou bien ils se servent de leur logiciel de manière plus ou moins poussée. Pourtant, il semble nécessaire que les données des dossiers patients soient remplies de façon homogène pour instaurer de la cohérence et des facilités d'usage.
Un médecin généraliste investi dans l'usage poussé de son logiciel explique :

> *« Il faudra qu'en clair on trouve un consensus commun de niveau d'utilisation de notre logiciel commun. […] Il va falloir que les uns augmentent leur niveau d'utilisation du logiciel, et moi je me prépare psychologiquement à me dire, tout au moins dans ce domaine là, ça va descendre d'un cran. »* (Dr P., médecin généraliste).

L'agence régionale de santé a-t-elle prévu un budget spécifique à la formation, à la sensibilisation et à l'apprentissage numérique pour l'usage commun des professionnels à un même logiciel ? La mise en place d'un réseau structuré autour d'un partage des dossiers médicaux multi-sites pose la question certes du coût de la définition et de la mise en place du logiciel, mais également de la préparation des utilisateurs du logiciel qui est un facteur déterminant de la réussite de l'outil.
Par ailleurs, l'élaboration d'un logiciel adapté et l'accompagnement à l'installation et le suivi sont des éléments primordiaux pour la réussite de la mise en réseau informatique des professionnels du plateau. Ce même médecin généraliste raconte :

> *« Je me rends compte de la difficulté par la petite expérience que j'ai menée au centre d'accueil où je suis le médecin. Pour des raisons de commodités, j'ai souhaité connecter l'informatique du centre avec mon logiciel de travail. […] Il a fallu le mettre sur plusieurs postes. Rien que ça, j'ai mesuré à quel point c'était une aventure sur le plan informatique. […] Et puis, si vous faites des mises à jour sur tel poste, et dès qu'elles ne sont pas faites sur tel autre poste ça bug. C'est pour ça que l'on n'est pas du tout au bout de nos peines, à mon avis ».* (Dr P., médecin généraliste).

Dans un second temps, l'objectif serait de développer l'usage de la télémédecine.

> *« Ensuite il y a le projet de télémédecine, qui est plus à terme un peu plus long, qui permettrait à la fois de participer à la formation des jeunes professionnels, à l'aide au diagnostic éventuel, et à l'aide de la surveillance des patients. Tout ça fait partie du pôle informatique qui est en cours d'étude. »* (Dr B., médecin généraliste).

6. Vers plus d'interconnaissance professionnelle et de coordination

Un des avantages du réseau serait de permettre que les professionnels du plateau, médecin, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, dentiste, se rencontrent davantage, se connaissent mieux, qu'ils échangent sur ce qu'ils font et ce qu'ils savent des patients. Ces professionnels disent pour la plupart communiquer déjà souvent entre eux, mais de manière « empirique et sauvage ». Des moments d'échanges formalisés faciliteraient les rencontres et les

collaborations, au-delà du simple fait de se croiser sur la route. Un infirmier explique qu'il s'est aperçu que paradoxalement, les médecins avec qui il collabore régulièrement ne savaient pas exactement ce qu'il faisait, comment il prennait en charge une personne, quel regard un peu global il portait sur cette prise en charge. Un médecin explique : *« Avoir quelque chose effectivement d'un peu plus carré, d'un petit peu plus professionnel, ça permettrait d'avoir un boulot de meilleur qualité, ça c'est sûr. »* (Dr E., médecin généraliste)
Des réflexions communes sur la prise en charge des patients entre professionnels représentent un challenge pour des professionnels qui ont longtemps exercé seul. Cette collaboration bouscule les habitudes et les repères. Pour les médecins notamment, il faut être prêt à partager sur sa manière de faire son travail de soignant.

> *« Il faut bien voir qu'un médecin est d'un individualisme forcené. Il ne veut surtout pas qu'on lui dise que ce n'est pas comme ça qu'il faut qu'il fasse et qu'il doit faire autrement. Ce n'est pas quelqu'un de très ouvert généralement. Et là, chacun avec sa personnalité, on sent bien qu'on a envie de faire des choses ensemble. Mais ça demande de se bousculer soi-même. […] Travailler en collaboration avec les collègues, ce n'est pas si mal. Mais ça veut dire aussi d'accepter qu'on regarde un peu comment vous faites dans votre coin. Tout le monde n'est pas prêt à ça. Parce que c'est très très personnel. Personne d'autre que notre patient sait comment on fait notre boulot. Comment on se comporte, notre relationnel, notre raisonnement, notre façon de faire. Et de mettre tout ça en commun… »* (Dr P., médecin généraliste).

Un des atouts du réseau serait de favoriser des formations interprofessionnelles. Ces formations existent déjà sur la région, mais pour la majorité des professionnels du Plateau de Millevaches, il est difficile de s'y rendre si elles sont trop éloignées. Par exemple, lorsque les formations se déroulent à Brive, les professionnels du centre ou du nord du plateau se situent entre 1 h 30 et 2 heures, un trajet aller-retour est difficilement envisageable après une journée de travail de douze heures.
Pour la santé publique, l'idée est de faire une sorte de formation médicale continue intra réseau, où chaque professionnel apporte ses difficultés et échange avec ses collègues.

Certains hôpitaux ne peuvent pas posséder de manière permanente tous les types de services que détient un CHU ou un établissement d'une grande ville. La raison principale est le faible nombre de certains actes qui ne permet pas économiquement à l'établissement d'avoir le personnel technique formé à ces actes en nombre suffisant et le matériel parfois très coûteux. Ainsi, l'impossibilité de garantir la présence de ce personnel qualifié et le matériel de manière constante, ne permet pas d'offrir certains traitements spécifiques. Dans le cas de la Creuse et du centre hospitalier de Guéret, pour le nord du plateau, en raison de l'éloignement au CHU et afin de garantir un accès à la population de certains services spécifiques, il est proposé des examens en ambulatoire. C'est-à-dire que les examens peuvent être réalisés dans l'établissement sur un nombre de jour restreint. Ce service est garanti parfois en partenariat avec un établissement plus grand, le CHU par exemple. Ce système de délivrance de soins en itinérance inspire les professionnels libéraux qui souhaiteraient que soit délivrés des soins spécifiques grâce à des permanences sur différents sites sur le plateau.

> *« Quand tu veux passer une IRM à Guéret, tu sais que l'IRM elle est là en ambulatoire, je crois que c'est le lundi et le mardi, et le reste du temps elle bouge. On pourrait imaginer des trucs comme ça pour d'autres services sur le plateau, avec le réseau. »* (M. J., infirmier libéral).

On attend du réseau qu'il puisse notamment être un interlocuteur privilégié avec les hôpitaux avec lesquels les libéraux du plateau travaillent déjà. On imagine ainsi que soient organisées des consultations groupées lors de la venue de certains médecins spécialistes tels que le cardiologue ou le rhumatologue. L'usage de la télémédecine est également envisagé, avec des consultations partagées à distance avec un confrère spécialiste. L'objectif est de limiter les déplacements de la population, surtout pour des personnes fragiles ou peu mobiles, et parfois pour garantir simplement l'accès à ces services à une population qui abandonne de recourir à ces soins.
On attend du réseau également qu'il organise l'intervention des réseaux thématiques (le diabète, le palliatif, Alzheimer…). Actuellement, ces réseaux interviennent mais individuellement, ils sont pratiquement tous basés sur Limoges. Les patients du plateau qui en ont besoin peuvent en bénéficier. Mais le réseau pourrait rendre plus efficace leurs interventions en réunissant les besoins d'une plus grande population.

D. Les motivations des professionnels pour construire le réseau

Les médecins généralistes rencontrés, souhaitaient à travers leur investissement dans la création du réseau, trouver une solution pour faire venir des jeunes praticiens afin de garantir leur succession au moment de leur départ en retraite, d'ici une dizaine d'année. Ils éprouvent également de la satisfaction à ce que ce soit eux, les professionnels du territoire, qui élaborent des solutions pour garantir une pérennité de l'offre, en se remettant suffisamment en question pour trouver de nouvelles formes d'organisation.

> *« C'est fondamental que ce soit nous qui inventions une nouvelle façon d'exercer ce boulot en gardant le meilleur, pour estomper voire même supprimer les éléments qui rebutent les jeunes. […] S'ils ne veulent pas venir, ce n'est pas parce que le boulot leur déplaît quelque part, c'est pour d'autres raisons. Donc c'est ces autres raisons là qu'on veut combattre. […] Ce qui est amusant, c'est qu'on cherche tous à rajeunir. En somme, on se met dans la peau des jeunes, et on se dit qu'est-ce qu'ils attendent, donc nous on va s'y mettre, on va tout préparer pour que ça soit prêt pour eux, et voilà. Enfin moi je sens ça comme ça »* (Dr P., médecin généraliste depuis plus de 15 ans sur le territoire).

Pour certains, c'est le sentiment d'une certaine responsabilité envers la population, d'un attachement au territoire, du fait parfois de leurs origines, qui les motivent à garantir une offre de soins après leur départ. Pour d'autres médecins, ils espèrent que le réseau permettra, avant leur départ en retraite, de réduire déjà leur activité, de faire en sorte de ne pas arriver au *burn out* avant leur départ : *« nous, ça nous sécurise aussi de savoir qu'on va pouvoir lever le pied, et puis donner du boulot aux jeunes, savoir qu'on peut partir en vacances plus longtemps, plus*

souvent et plus tranquillement. Parce que quand on est jeune, bon on assume bien, mais au fil du temps, là je me rends compte que ça commence à bien faire. » (Dr P., médecin généraliste).

Le président de l'association, en initiant ce projet de réseau, cherchait à impulser et contribuer au changement d'un système de soins pour lequel le mode de fonctionnement ne lui plaisait plus.

> *« J'avais envie de faire autre chose, pourquoi pas être acteur de ce changement. Même si c'est petit et restreint sur le plan du temps et du lieu, mais quand même, c'était intéressant d'y participer. Etre quelque part moteur ou acteur. Et puis aussi parce que je suis à l'interface entre ce métier et les jeunes, en tant qu'universitaire. Essayer de faire en sorte que des jeunes viennent ici, c'est aussi quelque chose qui m'intéresse. Donc c'est plus une conviction peut-être idéologique qu'un intérêt personnel.* » (Dr B., médecin généraliste).

1. La qualité de travail et de vie en espace rural

Les médecins expliquent à quel point l'exercice rural est pour eux le véritable exercice de la médecine générale. C'est une médecine diversifiée, riche et proche des patients. Un exercice où l'on est responsable et où il faut faire des choix, prendre des décisions et les assumer. Si l'exercice en ville permet de se reporter sur les spécialistes ou l'hôpital, l'exercice en rural l'autorise beaucoup moins. Il amène les médecins à travailler avec tous les publics, les enfants et les adolescents, les plus vieux, les femmes et les hommes. C'est un exercice qui demande d'être polyvalent. Il faut être capable de suivre une grossesse, faire des points de suture, immobiliser, prendre en charge des affections de longue durée. Les praticiens font également beaucoup d'accompagnement psychologique. L'exercice en ville est plus parcellaire, tandis que dans les territoires comme ceux du plateau, « *l'exercice est plein* ». Il faut être prêt à prendre des risques, être capable de remettre en cause ses décisions, être prêt à demander conseil au téléphone même à des gens que parfois on ne connaît pas, auprès des confrères hospitaliers ou citadins. Enfin, *« Du point de vue professionnel, à mon avis c'est la meilleure façon d'exercer, et ça suffit à rester travailler en campagne ».* (Dr E., médecin généraliste).

Plus spécifiquement sur le plateau Millevaches, certains professionnels apprécient la diversité des habitants qui sont venus s'installer sur ce territoire, des gens de tous horizons. Le territoire offre quelque chose de différent, il insuffle un sentiment de liberté, nous explique Mr J., infirmier libéral.

On apprécie également la qualité de vie, la nature omniprésente, avec les forêts, les lacs, le temps que l'on peut prendre pour faire les choses. Un infirmier expliquait avoir la satisfaction d'organiser son travail comme il le souhaitait, entre ses tournées, de pouvoir faire un petit plongeon dans un des lacs. Les petites routes sinueuses devenant une sorte de terrain de jeux, en particulier lors des périodes de verglas. Evidemment, tous les professionnels ne perçoivent pas l'environnement du plateau, les petites routes, les temps de parcours ou l'enneigement comme un atout.

Les professionnels de santé apprécient les relations avec les gens qu'ils soignent, et ce que la population leur donne en retour de leur travail.

« Dans le rapport aux gens ? Qu'on soit médecin ou infirmier libéral […] on n'est pas un pion comme ça qu'on appelle parce qu'on a besoin et puis après terminé. On est justement dans un territoire, où avec le temps on connaît beaucoup de gens, on se connaît beaucoup ici. Moi, ici (au café) je passe tous les matins. […] Finalement, les gens on les croise, on ne les voit pas simplement pour un soin. Y'a un tas de gens dans une journée avec qui simplement on va parler de la pluie ou du beau temps ou qui vont me demander des conseils. Je fais de la prévention de ce point de vue-là, non rémunérée mais qui dit que j'existe en tant que professionnel sur un territoire. Je ne suis pas simplement le mec qu'on appelle comme ça et puis basta, ce qui est plus le cas en ville. Donc je trouve que c'est d'un point de vue professionnel plus satisfaisant d'être ici. » (M. J., infirmier libéral).

L'infirmier explique qu'un des inconvénients de l'exercice sur le plateau, était un exercice un peu moins spécialisé par rapport à son travail en ville : *« avec mon collègue, on ne faisait que les soins très techniques, plus valorisants que les choses qu'on peut faire à la campagne. »* (Infirmier sur le plateau). Cependant l'exercice à la campagne devient doucement de plus en plus technique : *« on fait des choses à domicile beaucoup plus techniques qu'on faisait il y a simplement 10 ans. Donc il y a de la valorisation de ce point de vue-là. »* (M. J., infirmier libéral).

« Je peux comparer quand j'étais sur Paris, vous êtes dans les embouteillages, on y passe du temps, c'est énervant, on s'arrache les cheveux. Là au moins on sait à peu près le temps qu'on va mettre. […] C'est fluide, on peut décider de s'arrêter où on veut, et d'organiser son travail comme on veut. […] Ma voiture c'est mon bureau aussi. Je passe en général mes coups de fil, je fais mes papiers… » (M. J., infirmier libéral).

2. Le manque d'investissement de certains professionnels pour le réseau

Août 2011 marque les prémices de l'organisation du réseau. On constate qu'il y a un noyau de quelques professionnels qui sont intéressés, motivés, prêts à consacrer du temps et puis il y a les autres professionnels qui attendent. Ils observent comment les choses évoluent, et ont encore peur de s'investir. Les professionnels libéraux reconnaissent que leur métier est assez individualiste, et qu'ils fonctionnent avec leurs propres réseaux, ce qui représente un frein à leur engagement dans le projet.
Le réseau a pour objectif d'anticiper les problèmes de pénurie d'ici quelques années. Cela signifie qu'il n'y a pas de problèmes d'offres actuellement, du moins pour les médecins généralistes et les infirmiers. Par conséquent, l'absence de problème ne les pousse pas à s'investir dans un réseau pour lequel ils ne voient pas d'intérêt immédiat sur leurs pratiques :

« L'objectif majeur, c'est de faire cette ouverture vers les jeunes. On pourrait très bien ne pas chercher à faire quoi que ce soit, parce qu'au moment où je vous parle, tout va très bien. Y'a pas de véritable déficit, aujourd'hui. Donc chacun peut bien continuer de bosser dans son coin, je veux dire ça fonctionne. » (Dr P., médecin généraliste).

Les changements dans l'organisation de l'offre de soins que pourrait apporter le réseau ne semblent pas nécessaires pour une partie des professionnels qui explique avoir toujours fonctionné ainsi, qu'il n'y a aucune raison de changer.

Certains professionnels de santé ont autour de la soixantaine. Ils sont en fin de carrière et ne souhaitent vraiment pas s'occuper de ce qui va se passer après leur départ à la retraite. Par conséquent, leur adhésion au réseau semble très difficile. Ces professionnels qui souhaitent exercer encore pendant plusieurs années représentent un frein pour la mise en place du réseau. En effet, on ne peut guère imaginer faire venir un jeune praticien pour travailler sur un secteur et se retrouver en concurrence avec un praticien qui a de l'expérience et auquel la population est habituée. Même si ce jeune est salarié, qu'il est rémunéré pour sa présence et qu'il effectue peu de consultations, ce type d'exercice ne va pas l'intéresser et il risque de ne pas rester.
La crainte de certains professionnels de santé réticents ou réservés vis-à-vis du projet, est le surcoût qu'il pourrait entraîner par rapport à leur exercice actuel, notamment pour le logiciel informatique et la location des cabinets. Par exemple, les professionnels de La Courtine, partagés entre le projet d'Ussel et celui du plateau de Millevaches, ont exprimé la crainte d'un tel surcoût en raison du faible nombre de praticiens et donc du faible partage des coûts, par rapport à la forte densité de professionnels sur le projet d'Ussel :

> *« Les professionnels nous l'ont déjà dit, médecin, kiné, dentiste, ce ne sont pas des aménageurs du territoire. C'est-à-dire, ce n'est pas à eux d'assurer la pérennité de la présence d'un médecin sur un territoire, ce n'est pas dans leur vocation. Ils le veulent, mais ce n'est pas leur destination première. »* (M. S., agent de développement intercommunal).

Le faible investissement pour le réseau s'explique également par le manque de temps et d'énergie de certains professionnels, notamment pour la profession infirmière.

> *« On a un métier qui est quand même assez fatiguant, enfin qui demande de l'énergie. C'est une majorité de femmes, donc vous savez elles ont aussi leurs enfants, leur maison, et tout. Donc en dehors de l'exercice de leur métier en lui-même, leur demander de l'énergie pour faire autre chose, leur demander d'être dans un réseau ou dans une recherche de comment améliorer la profession, ce n'est pas très facile. Donc le réseau pour l'instant…, elles ne sont pas très enthousiastes. »* (M. J., infirmier libéral).

Pour les amener à y réfléchir, il semble nécessaire de combiner la démarche d'informations du réseau avec une autre action, par exemple la présentation de produits ou outils professionnels :

> *« Je vais associer un laboratoire, parce que je sais que mes collègues, s'il y a un labo qui vient et qui va expliquer des trucs, des nouveaux produits etc., ça motive. Alors que si je fais une réunion un peu en disant le réseau machin, il n'y aura personne. »* (M. J., infirmier libéral)

E. Le rôle de l'accompagnement et l'implication des élus

1. Une faible visibilité du corps médical dans la société civile locale

Le directeur du PNR nous a fait part de son ressenti : les liens entre les professionnels de santé, en particulier les médecins, et les élus ne sont pas simples. Ces deux mondes semblent fonctionner différemment :

> *« Sauf quand un médecin est localement élu, mais le médecin est un privé. Il n'est pas dans la sphère du monde d'élu. Il n'y a pas d'habitude de fonctionnement entre cette partie de la société civile et puis le monde des élus. Je trouve que c'est quelque chose qui ne fonctionne pas toujours ensemble. »* (M. J., directeur du PNR)

Au sein de la gouvernance du PNR, un conseil de développement a été mis en place afin de favoriser l'élaboration de projets en concertation avec lesdits socioprofessionnels. Toutefois, les médecins ou paramédicaux sont absents de ce Conseil de développement. En effet, on y retrouve les artisans, les commerçants, tous les gens du tourisme, tous les gens de la sylviculture, c'est-à-dire la majorité des corps de métier du plateau, mais pas le médical et le social. Contrairement à la filière bois ou agricole, le corps médical ne possède pas de représentation locale forte et revendicative dans le paysage politique du plateau :

> *« Ils ne font pas vraiment de lobbying, ils ne sont pas actifs, il n'y a pas de syndicats, enfin il y a des syndicats mais je veux dire que la profession médicale, paramédicale et sociale, ils ne sont pas visibles aujourd'hui dans la société. Pas tellement, en tout cas pas dans nos sociétés comme chez nous. »* (M. J., directeur du PNR).

L'absence des corps professionnels médical, paramédical, médico-social et social dans les groupes de consultation de la société civile de type Conseil de développement, s'explique par plusieurs éléments. La raison principale est que la majorité de ces professionnels sont des libéraux, indépendants, qui ne fonctionnent pas ou peu en groupe. Par ailleurs, on ne les considère probablement pas comme une ressource économique au même titre que la filière bois ou agricole pour avoir une place entière dans le Conseil de développement. En effet, les professionnels de santé sont considérés davantage comme un service à la population, non spécifique, qui est présent sur tous les territoires. Et si les commerçants ou les artisans peuvent également être considérés comme un service à la population courant présent sur tous les territoires, les services de santé, eux, ne semblent pas perçus comme une ressource économique pour le territoire. Peut-être que la logique de planification de l'Etat en matière sanitaire perdure dans les esprits. Le médecin fait partie des personnalités d'un territoire, au même titre que l'instituteur et le curé. Le soin ne doit pas avoir de valeur marchande. Le professionnel de santé offre un service, répond à des besoins, mais ne doit pas faire de profit avec les problèmes de santé de la population.

Il a fallu qu'apparaissent des tensions sur le risque d'une pénurie de l'offre de soins pour percevoir le soin comme une ressource du territoire. Il peut être en effet ressenti et considéré comme une ressource

territoriale, mais il est encore peu formulé comme telle. En effet, la présence de services de santé devient un atout pour l'attractivité d'un territoire, pour qu'il maintienne sa population, pour qu'il fasse venir de nouveaux habitants. Par conséquent, les professionnels de santé se transforment en une ressource à valoriser, comme on peut le trouver dans le bois ou dans l'artisanat ; pour que la présence de l'offre de soins soit assurée, il faut désormais élaborer des stratégies et des actions dans ce domaine. Auparavant on ne se posait pas la question car ils faisaient partie du paysage « ordinaire », c'était une affaire d'ordre privé, entre professionnels.

Les difficultés de compréhension entre professionnels de santé et élus s'expliquent par une faible communication entre eux et une faible connaissance réciproque des modes de fonctionnement de chacun. Pour cela, le dialogue entre élus et professionnels semble nécessaire et doit donc être provoqué. Des temps d'échanges peuvent être animés avec pour objectif d'établir des passerelles entre chacun et d'arriver à partager le constat des problèmes et des solutions possibles. Pour le directeur du Parc, l'investissement des élus n'est pas suspect, à partir du moment où ils se sont appropriés les problèmes à résoudre et qu'ils ont pris conscience du rôle qu'ils pouvaient jouer. De par leur travail de terrain auprès de la population, ils ont une connaissance fine du territoire et des personnes qui y vivent, et ils peuvent ainsi devenir force de propositions pour un travail collaboratif. Il explique que *« les élus ont juste besoin d'être interpellés, parce que quand ils sont convaincus qu'il faut faire quelque chose, ils le font, ils s'investissent »*. Un élu communautaire, interpellé par le président de l'association et la coordonnatrice, exprimait ses inquiétudes et son souhait d'agir sur les problèmes d'alcoolisme et sur la prescription d'anxiolytiques aux personnes âgées. Ils ne savent pas nécessairement, professionnels comme élus, quelles sont les actions efficaces dans l'immédiat, mais à partir d'une concertation, des projets peuvent émerger.

2. L'implication des élus

Au moment de l'enquête (août 2011), tous les partenaires du projet, élus comme professionnels, ne sont pas convaincus de l'intérêt du réseau. Ainsi, le PNR redoute la volonté persistante des élus d'établir leurs projets d'investissement chacun de leur côté, tandis que les professionnels développent leur réseau entre eux. *« Nous, on aura peut-être à faire ce lien, parce que je sens par des petites réflexions ici et là que certains élus pensent d'abord à leur équipement, pas forcément à la dynamique du réseau »* (M. J., directeur du Parc). Le moyen pour le Parc d'amener les élus à une réflexion de réseau est de conditionner, de manière subtile, l'obtention des financements du PER à un fonctionnement en réseau. Le président du Parc semble conscient du rôle fondamental que doivent jouer les élus en soutenant le projet des professionnels de santé. Pour que les élus soient pleinement actifs dans ce réseau, le Parc souhaite adhérer à l'association, pour jouer un rôle, pour également montrer la voie aux Communautés de communes et communes qui n'y pensent pas encore. Le risque est que les maisons de santé voient le jour et que le réseau ne se mette pas en place. Le directeur du PNR explique :

> *« Ça pourrait arriver, parce que les maisons, ma foi, c'est toujours relativement facile à faire. Y'a de l'argent, on fait, on passe les marchés, c'est facile. A partir du moment où l'on a mis en place les financements, c'est un chantier une maison. Dès*

que l'on parle d'animation, de mise en réseau, dès que l'on passe à l'humain, cela devient beaucoup plus compliqué ».

Selon un médecin du plateau, en général, les élus pensent trop au niveau communal, et pas assez largement. Ils consentent aisément à construire la maison de santé sur leur commune, mais dès qu'il s'agit de penser la maison pour le canton d'à côté ou à cheval sur deux cantons, les élus ne sont plus d'accord, ou ont un peu plus de mal à penser ce type de projet.

Pour un des projets de maisons de santé sur le plateau, on constate à partir des entretiens que le niveau de communication entre élus et professionnels est encore faible, malgré leur participation à l'écriture du projet de Pôle d'Excellence Rural. Les élus ont en partie conscience des changements que connaitra l'exercice médical sur leur territoire, à partir de ce qu'ils peuvent entendre dans les territoires voisins ou dans la presse. Les élus parlent aisément des transformations avec des regroupements et des coopérations interprofessionnelles, ou encore l'informatisation des dossiers. Cependant, au moment de la rencontre avec une élue du plateau dont le projet de MSP est inclus dans le PER, il semble que les nouvelles modalités de pratiques ne soient pas encore définies par les professionnels de santé. Cette élue ne sait pas en effet, dans quelle mesure les professionnels souhaitent s'investir et collaborer dans le projet, ni même combien de temps ils souhaitent rester en exercice. Par ailleurs, si l'élue convient que la population doit être informée de ces changements, elle considère cependant que ces changements doivent être présenté et expliqué par les professionnels de santé eux-mêmes. *« Je pense que ça se fera, ou progressivement ou brutalement, j'en sais rien, tout dépendra de l'attitude des médecins. Ça je crois qu'on ne peut pas le faire à leur place, on ne peut pas le dire à leur place, et je ne sais pas comment eux ils voient l'avenir. Moi c'est un peu ce qui me gène d'ailleurs. Parce qu'ils ne se projettent pas du tout dans les dix ans à venir. […] Je pense qu'on les titillera un peu pour avoir un peu de visibilité. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

Ainsi, certains élus ont été fortement incités à intégrer le projet de réseau en raison de la procédure d'obtention de subvention, dans le cadre de la candidature au Pôle d'Excellence Rural, sans pour autant que les modalités de collaboration et d'exercice des professionnels à l'avenir soient définies, et orientées, y compris sur le projet immobilier.

3. Le rôle des élus selon les élus

La temporalité est un élément important dans la construction du réseau, notamment avec le délai entre le dépôt du dossier de candidature du PER, la réponse, la mobilisation des différents acteurs, l'établissement des priorités, le lancement des différentes actions.

> *« Je dirai qu'au titre de Présidente de communauté de communes, le réseau je ne le vois pas du tout pour l'instant, pour la bonne raison que tout est tellement long. On a posé ce dossier il y a un an, au mois d'octobre. On a attendu le résultat. On a eu depuis, au mois de juillet, un beau courrier du ministre. Et puis voilà, on en est là. Je pense qu'il va surtout exister pour les professionnels de santé qui vont être obligés de travailler ensemble quelque part. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau)

Certains élus souhaitent que les choses avancent rapidement, que l'appel d'offres pour la construction ou l'aménagement des locaux des maisons de santé se fasse promptement. Cette attente ressentie n'est pas tant due à l'élaboration des modalités de fonctionnement futur du réseau mais plutôt aux démarches administratives liées aux demandes de subventions, à la signature des conventions avec l'Etat notamment, gérées par le PNR qui a obtenu la labellisation du pôle d'excellence rural. Pour les élus, le rôle de la collectivité dans le projet de réseau se situe essentiellement dans la mise en œuvre des maisons de santé comme structures immobilières. Au moment de l'enquête, l'association ADRES n'a pas rencontré toutes les communautés de communes et communes afin de rappeler l'objectif d'une organisation tripartite entre le réseau, les professionnels de santé et les élus. C'est pourquoi certains élus ne perçoivent pas encore le rôle concret du réseau vis-à-vis d'eux :

> *« Nous on met l'outil à disposition et eux ils remplissent l'outil. Et comme c'est à leur demande, je pense que l'on peut arriver à un compromis, des solutions pour la population. […] Pour nous en tant qu'élus, on aura certainement des réunions pour faire des mises au point (avec le réseau). Et encore, je ne pense pas, parce que moi je sais ce que ça va me coûter. Je vais me mettre autour de la table avec les professionnels de santé, et je vais faire comme dans une agence immobilière, on va faire des millièmes de surface, ce que ça coûte, le fonctionnement, tout ça, et on va leur proposer des loyers, pour qu'on puisse retomber sur nos pattes sur le plan financier, c'est tout » (*Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

Certains élus ont formulé des inquiétudes face aux conditions que posent les institutions sanitaires pour le fonctionnement des maisons de santé. Ils craignent en effet que ces critères rebutent les professionnels de santé encore peu mobilisés et finissent par les dissuader d'adhérer à l'exercice regroupé :

> *« Je pense qu'il faudra que les professionnels se soumettent à certaines règles qui vont leur être imposées du fait qu'ils se sont inscrits dans cette initiative. Bon, on va voir comment ça va se passer. J'espère que ça se passera bien, qu'ils ne vont pas partir en courant quand ils verront tout ce qu'on leur demande. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

4. Accueillir les professionnels de santé candidats à l'installation

Certains élus souhaitent favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé sur leurs territoires. Toutefois, ils ne souhaitent pas le faire au détriment des professionnels déjà en exercice. En effet, si les élus soutiennent le regroupement de professionnels dans de nouveaux locaux pour favoriser la coopération interprofessionnelle et investir pour l'avenir en soutenant un exercice plus attractif pour les jeunes, certains chercheront à avantager les professionnels en exercice depuis plusieurs années sur le secteur, plutôt que les professionnels nouvellement installés. C'est le cas sur la Montagne Limousine. Une élue communautaire explique : un kinésithérapeute libéral d'origine hollandaise vient de s'installer dans le centre bourg ; sur cette même commune, un regroupement interprofessionnel est en train de voir le jour et devrait être

hébergé à l'étage supérieur d'un bâtiment récemment rénové par la communauté de communes. L'élue envisage de proposer un espace dans ce nouveau bâtiment en priorité aux kinésithérapeutes qui interviennent sur le secteur plutôt qu'à ce kiné nouvellement installé. Les deux kinésithérapeutes qui interviennent déjà viennent de deux communes situées entre 30 et 15 minutes de la commune où s'implanterait la maison de santé, dont une collectivité située dans la région limitrophe. Si l'élue met en avant que les choix d'installation des professionnels libéraux relèvent du domaine du privé, elle explique que la population du territoire est une population âgée qui a ses habitudes :

> *« Je n'ai aucun a priori pour les étrangers, il s'est installé chez nous. Mais je pense qu'il y a des habitudes. Les kinés locaux ont fait toute leur clientèle sur le secteur. Je n'allais pas favoriser un kiné extérieur à s'installer ici alors que les autres avaient leur clientèle déjà présente. […] Si lui, il veut avoir des horaires ici parce que ça facilitera son travail, c'est à négocier, c'est à voir. […] moi, je ne souhaite pas mettre en défaut les kinés qui travaillent sur le secteur depuis des années. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

5. Favoriser le développement et l'attractivité du territoire

Certains élus, comme le délégué communautaire rencontré sur Crocq, souhaitent autant que possible favoriser l'accueil et le maintien de nouveaux habitants sur le territoire, et notamment les professionnels de santé. Les élus savent qu'il n'y a pas pléthore d'emplois pour le conjoint et la diversité des emplois reste faible. Pour les enfants, la collectivité essaie d'offrir des activités sportives et culturelles. Selon les élus, les médecins sont des personnes qui ont un diplôme supérieur, ils ont fait leur étude en ville et souhaitent généralement proposer à leurs enfants « de faire de la musique ou un cours de gym ». Ainsi, la Communauté de communes a réussi depuis trois ans à avoir une antenne du conservatoire de musique de Guéret à Crocq qui permet de donner des cours de musique aux enfants scolarisés, avec une participation de la collectivité pour les frais d'inscription. Posséder un collège représente également un atout pour l'élu, bien que son maintien soit parfois remis en cause certaines années.

> *« On a eu des frayeurs les années précédentes, parce qu'on était descendu à 90 élèves. Et cette année ils sont 117. Pareil en maternelle, y'a beaucoup d'enfants cette année, et pareil en primaire. […] Parce qu'en fait, sur le territoire de la communauté de communes, il y a trois écoles primaires et trois maternelles. Donc déjà ils alimentent le collège de Crocq. Et cette année il est bien alimenté, donc ça fait du bien. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

Pour la petite enfance, le territoire ne compte pas de crèche mais plusieurs assistantes maternelles. Pour les vacances, la collectivité a signé un contrat éducatif local, en partenariat avec des associations, pour offrir des activités aux enfants, avec un élément important : le transport qui est compris : *« on a fait un essai d'un centre de loisirs sans hébergement, qui a fonctionné un mois. 15 jours à Crocq, 15 jours à Mérinchal. De façon à ce qu'il y ait les mêmes choses qu'à la ville, on essaye, avec nos moyens. »*

Par ailleurs, la qualité de vie comprend également l'accès aux services et commerces. Là aussi, la collectivité cherche à accompagner les commerçants pour préparer leur départ afin de maintenir une offre sur le territoire. Un chargé de mission du pôle local d'accueil veille au grain.
On compte sur le Plateau et à proximité, plusieurs pôles d'accueil locaux (PLA) chargés d'accompagner les nouveaux habitants dans la reprise d'une activité sur le territoire : un à Bourganeuf, un à Aubusson et un à Ussel. Une association locale du plateau, appelée « de fil en réseau », qui n'est pas agréée PLA, fait également un travail important d'accueil auprès des primo-arrivants.

6. Posture d'élus face à des professionnels peu enclins aux changements

Certains professionnels ne sont pas du tout intéressés pour développer de nouvelles pratiques dans leurs exercices et soutenir par exemple la création d'une salle de réunion dans la maison médicale, qui favoriserait des collaborations interprofessionnelles, des formations ou des actions de prévention. Ils ne souhaitent pas assurer le surcoût que pourraient représenter un ou des locaux pour lesquels ils n'auraient pas l'utilité, que ce soit le studio ou la salle de réunion par exemple. Si les professionnels de santé, proches de la retraite, ne souhaitent pas investir ou payer des loyers trop importants avant leur départ à la retraite, il revient aux élus de choisir d'investir ou non sur l'avenir en assurant l'existence de locaux qui pourraient ne servir qu'au moment du renouvellement des professionnels exerçant actuellement. Si l'on considère que l'attractivité d'une maison médicale réside dans l'opportunité qu'elle représente d'héberger sous un même toit différents professionnels de santé et de favoriser des collaborations entre eux, les élus ne doivent probablement pas se limiter à la construction d'un bâtiment calqué sur l'offre de soins actuelle mais doivent réfléchir à l'organisation des soins à l'avenir, surtout si les professionnels actuels ne souhaitent pas modifier leurs pratiques. Mais les élus sont-ils en capacité de prévoir seuls les besoins en soins nécessaires dans quelques années ? La maison médicale est un outil pour favoriser le maintien et le renouvellement des services de santé. Ce renouvellement dépend notamment des évolutions dans les souhaits et les pratiques des jeunes générations de professionnels, selon les liens avec les établissements et les autres professionnels des territoires alentours, selon également l'évolution des besoins de la population ou encore l'attractivité du territoire. Si certains professionnels ne se sentent pas concernés par les évolutions que connaît l'offre de soins de premier recours, certains élus ne les perçoivent pas non plus.

Pour certains territoires, les professionnels de santé, en particulier ceux qui partiront très prochainement à la retraite, sont de la même génération que les élus : *« On va chez le médecin, voilà, on fait notre consultation et on s'en va »* (M. S, agent de développement intercommunal). Ils ne perçoivent pas l'intérêt ou la pertinence de favoriser des actions de prévention, d'accueil de services médico-sociaux, ou de formation au sein d'une maison médicale. Par conséquent, ils ne sont pas prêts à encourager la construction de locaux un peu plus grands, ni d'assurer, même dans les premiers temps, le fonctionnement des espaces supplémentaires que ces nouvelles pratiques amèneraient dans la maison médicale. Les élus refusent d'investir énormément, ils souhaitent avant tout que les loyers remboursent l'investissement :

« Mais si on construit des murs et qu'ils sont vides parce que les professionnels ont leur fonctionnement avec leurs locaux qu'ils occupent… ils sont ok pour intégrer la nouvelle structure avec un garde fou qui est le montant du loyer. […] Il faut voir plus loin que le bout de son nez certes, mais il faut aussi que ça fonctionne dès le départ. Alors, il faut essayer de jongler entre les deux. » (Propos d'un élu communautaire repris par l'agent de développement).

Il est très délicat pour les élus de concevoir un projet de maison de santé avec des professionnels qui n'utiliseront pas ou peu la structure en raison de leur départ à la retraite imminent.

7. L'action autour du recrutement du centre hospitalier du Pays d'Eygurande

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE), situé à l'est du Pays de Haute-Corrèze et dont l'activité est orientée essentiellement vers la psychiatrie, a entrepris une importante campagne de recrutement. En effet, la création d'une Unité pour Malades Difficiles de 40 lits en 2009 s'est accompagnée de la création de 90 postes dont une cinquantaine en qualification infirmière. Pour cela, le Pôle Local d'Accueil (PLA) du Pays de la Haute-Corrèze, qui compte une chargée de mission basée à Ussel, a contribué à la conception d'une plaquette en partenariat avec la Communauté de communes voisine de celle d'Eygurande et située en région Auvergne. Cette plaquette, destinée aux candidats des différents postes proposés par le CHPE, vise à faire brièvement connaître le territoire autour du CHPE et informe des aides et accompagnement possibles pour l'installation. Le rôle du PLA a également été de diffuser les offres de recrutement, essentiellement sous format numérique, auprès de plusieurs sites internet (Pays, Op'en Limousin). Enfin, même s'il n'a pas été sollicité pour la première tranche de recrutement, le PLA a pour mission d'accompagner les conjoints dans leur recherche d'emploi, en identifiant des emplois salariés ou des reprises d'activité. La Maison du département d'Eygurande, de par sa proximité, a conseillé et accompagné les nouvelles installations en faisant connaître et visiter les logements et les services disponibles.

Hormis l'action spécifique avec le centre hospitalier d'Eygurande, le pôle local d'accueil a jusqu'à maintenant mené peu d'actions auprès des professionnels de santé. La chargée de mission explique que « *c'est un domaine à part dans le sens où il y a moins de sollicitations que dans l'artisanat ou le commerce par exemple* ». Pourtant, la Haute-Corrèze connaît une surreprésentation d'établissements médico-sociaux. Cette faible demande auprès du PLA de la part des libéraux ou des établissements ne signifie peut-être pas l'absence de besoins mais plutôt une faible interconnaissance des besoins et des possibilités. Le secteur sanitaire et médico-social passe ainsi par d'autres canaux pour se renouveler ou recruter. L'étude santé réalisée à l'échelle du Pays Haute-Corrèze a montré les tensions actuelles autour de l'emploi et de l'installation, que ce soit par les difficultés de trouver des remplaçants pour les médecins libéraux partant à la retraite, que certains postes de praticiens non pourvus à l'hôpital.
Le Pays de Haute-Corrèze a souhaité initier une campagne de communication en direction de l'emploi sanitaire et médico-social dans le cadre du projet de pôle de santé. A cet égard, cela constitue une exception au niveau du Limousin. En effet, l'objectif de la région Limousin est de

n'avoir qu'une seule action de communication pour la région en matière de recherche de professionnels en santé. C'est une posture que l'on retrouve également dans les autres domaines. Le choix est de communiquer davantage Limousin que territoires plus locaux, en matière d'accueil de nouvelles populations (pour une meilleure visibilité, des gains de coût, et afin de diminuer des effets de concurrence entre les territoires au sein de la région). A terme, l'action de communication spécifique au pays devrait être rattachée à la démarche de la région.

F. L'interregionalité et les difficultés pour l'élaboration et la mise en œuvre du réseau

La plupart du temps, les gens consultent là où ils peuvent et ils ne regardent pas la frontière administrative. Ils vont là où il y a un médecin, où il y a un kinésithérapeute, et vice et versa, le kinésithérapeute se déplace là où il a des patients. Par conséquent, peut-être que le fonctionnement du territoire est un tryptique, Mérinchal-Crocq-Giat, sorte de petit triangle. La patientèle et les professionnels circulent entre ces pôles. Une élue souligne lors de l'entretien que la carence actuellement se situe sur les dentistes. Celui de Crocq est parti et n'a pas été remplacé et il faut désormais se rendre à Aubusson ou à Giat. Une part de la population n'a pas forcément de voiture ou ne peut se déplacer, et il n'y a pas de transport en commun. Toutefois, il semble qu'une solidarité s'effectue, puisque l'élue interviewée affirme : « *non, je pense que c'est encore gérable. Dans le sens où visiblement on n'a jamais entendu dire qu'une personne ne pouvait aller chez le médecin ou chez le dentiste parce qu'il n'avait pas du tout de transport. Y'a toujours une solution* ».

Giat, commune auvergnate limitrophe possède un projet de pôle de santé. Bien que la population de plusieurs communes de la communauté de commune du Haut-Marchois fonctionne avec Giat, par exemple pour le dentiste, il n'existe pas de projet en commun ni d'interconnexion avec le projet de maison de santé à Crocq et son annexe à Mérinchal. L'élue de la Communauté de communes du Haut-Marchois répond :

> *« C'est vrai que la zone de chalandise de certaines communes limitrophes, c'est Giat. […] Mais on à quand même la difficulté de ne pas être de la même région, alors pour les problèmes de subvention régionale... Pas le même conseil général, ils n'ont pas les mêmes façons de travailler, ils n'ont pas les mêmes objectifs donc pas les mêmes aides, donc c'est une complexité supplémentaire. »* (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

L'organisation des soins relève d'une logique de comportement, d'habitude des gens. Les professionnels de santé travaillent plus facilement selon ce triptyque interrégional. « *Mais le problème, que ça soit des professionnels de santé ou que ce soit les élus, on travaille avec des êtres humains. C'est la difficulté.* » En effet, l'élue explique la difficulté avec laquelle les Communautés de communes limitrophes du Limousin et de l'Auvergne avaient cherché à se rapprocher autour d'un projet de gestion de la rivière, mais sans succès : « *parce que c'est pareil, les rivières elles ne s'arrêtent pas à la frontière administrative !* […] *j'ai proposé*

qu'avec de l'autre côté, on travaille en partenariat. Mais ça a fait flop ! » (Mme M., élue communautaire et maire sur le plateau).

Nous avons pu voir que le manque d'intérêt d'un grand nombre de professionnels ou d'élus pour le réseau constitue un frein à l'élaboration du projet. Plusieurs autres éléments rendent complexe la mise en œuvre du réseau :

- La nouveauté.
- Le manque de stabilité dans le financement du coordinateur.
- Le nouveau modèle économique.
- La temporalité différente entre les subventions et la dynamique de projet.
- La taille du territoire du PNR, qui est le territoire du PER.
- La capacité relative de mobilisation du réseau auprès de tous les professionnels et des élus (un président « surchargé », un noyau dur restreint, une coordonnatrice pour le moment financée pour 4 mois).
- Le niveau de maturité des projets différents *: « les projets de construction immobilière doivent se faire en même temps que la mobilisation des professionnels dans le réseau, ce qui n'est pas toujours simple selon les territoires ».*
- L'inégale appréhension des problèmes par les acteurs.
- « *En théorie, il y a beaucoup de professionnels potentiels adhérents sur le PNR étant donné la grandeur du territoire, mais pour le moment, on doit compter une quinzaine de professionnels adhérents, toutes professions confondues ».*
- La multitude et la diversité des besoins.
- L'incertitude des futurs professionnels engagés : le réseau doit concevoir un projet viable sur plusieurs sites, sans savoir exactement quels seront les professionnels qui souhaiteront y exercer, que ce soit des gens déjà sur le territoire (on ne le sait qu'en partie) et ceux qui exerceront dans le futur.

Conclusion

Rappelons les objectifs de l'enquête. Nous avons cherché à savoir en quoi les réseaux de santé territoriaux participaient à l'amélioration de l'offre de soins primaires, et ce qui les rendaient innovants. A partir d'un recueil de la vision, du ressenti et des actions des différents acteurs impliqués dans un projet de réseau, nous souhaitions saisir les conditions d'émergence des réseaux de santé de proximité, les démarches qui étaient nécessaires pour leur mise en œuvre, les clés de réussite et les principaux freins. Les entretiens nous ont permis ainsi d'illustrer des mécanismes de construction dans des massifs relevant du « rural éloigné ».

Les réseaux de santé ont pour objectif d'adapter l'organisation du travail interprofessionnel et d'améliorer la prise en charge des patients. Cette organisation en réseau doit avant tout permettre de rendre plus attractif l'exercice pour les professionnels, afin d'en attirer de nouveaux. Les porteurs de projet ont par ailleurs la conviction que cette réorganisation des pratiques doit favoriser une meilleure prise en charge de la population qui a de nouveaux

besoins. Ainsi, en facilitant l'arrivée de nouveaux professionnels et en développant des pratiques plus coopératives, les réseaux de santé de proximité ont pour objectif d'améliorer l'offre de soins actuelle et future.
A partir de l'étude de ces deux réseaux et de la connaissance d'autres réseaux de proximité non développés ici, nous retenons, de manière synthétique, les innovations qu'ils offrent et les améliorations à la fois pour l'exercice des professionnels qui y participent et pour l'accès aux soins de la population.

La pratique des libéraux jusqu'à maintenant, malgré des échanges réguliers mais informels entre professionnels, est une pratique individualiste qui entraîne un certain nombre de contraintes, en particulier l'isolement et parfois une charge de travail importante, que les jeunes praticiens souhaitent voir atténués ou supprimés. L'aspect innovant des réseaux de santé de proximité enquêtés réside dans l'initiative de développer l'exercice de professionnels, en particulier des médecins généralistes, sur plusieurs sites du territoire du réseau, et la possibilité pour eux d'exercer une autre partie de leurs temps hors du territoire. Ce mode d'exercice qui pourrait être plus attractif pour de nouveaux professionnels, serait possible grâce à un statut assez souple de collaboration ou d'association avec des professionnels déjà installés, grâce également à un réseau informatique commun pour accéder de la même manière aux informations des patients. Enfin, il serait facilité par une organisation qui gèrerait la prise de rendez-vous, la location des locaux voire une partie de l'administration du professionnel. A cela s'ajoutent d'autres actions telles que des formations interprofessionnelles qui se dérouleraient sur le territoire du réseau, une coordination avec les établissements de santé basée sur l'échange systématique d'informations pour améliorer la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital, et des protocoles pluriprofessionnels pour par exemple le suivi des patients diabétiques.

Si les services de santé du milieu rural et l'exercice des soins médicaux sont perçus par le monde universitaire, par les étudiants et plus globalement par la société civile, comme plus contraignants à plusieurs titres et de moins bonne qualité en raison de l'éloignement et d'une offre plus restreinte, cette enquête nous montre qu'ils peuvent être également de qualité de par la proximité et la diversité, et synonymes d'innovations. Dans un ouvrage de référence sur la création et le pilotage des réseaux de santé (Schweyer et *al*., 2005) on peut lire que les réseaux deviennent des « *acteurs incontournables de la restructuration de l'offre de soins et ils préfigurent le mode de fonctionnement du système de santé de demain* ». Ce sont pour les réseaux dits de santé généralistes et de proximité qu'il est fait consensus dans cette affirmation, en raison de leur prise en charge globale de la personne, en apportant plus que des soins, des actes de prévention, de promotion de la santé et une approche médico-sociale. Enfin, la proximité signifie que ces réseaux inscrivent la prise en charge « *dans les priorités locales de santé, tout en respectant le quotidien et le lieu de vie de la personne* » (Schweyer et *al*., 2005).

Si les deux projets de réseau présentés ici ont chacun leur singularité, on observe un certain nombre de points clés dans l'élaboration et le contenu d'un réseau, communs aux deux projets :

- Les projets de réseaux de proximité recherchent une souplesse dans l'organisation de l'exercice des professionnels afin d'être réellement attractifs et de favoriser des évolutions.
- Les projets comprennent tous deux un système d'information commun, avec des niveaux d'accès aux informations différents selon les professionnels. Afin que ce système informatique en réseau permette un usage homogène des dossiers patients d'un lieu à l'autre du territoire, pour faciliter l'exercice d'un même professionnel sur plusieurs sites et améliorer le suivi des patients, il est nécessaire en amont d'établir un consensus partagé sur l'utilisation des logiciels et un passage pour certains à une formation numérique dédiée.
- Un des éléments qui ressort de l'enquête est le temps important nécessaire à l'élaboration d'un réseau. Ce temps est nécessaire pour construire les partenariats, faire exprimer chacun des acteurs, désamorcer les tensions, partager les constats, fédérer, co-construire les solutions, mais également réunir les soutiens financiers. Les étapes de construction du réseau doivent se faire dans le respect de la diversité des pratiques et des points de vue de chacun. Cela est possible grâce à la motivation et la passion des porteurs de projet, parfois mises à l'épreuve à cause de ce temps long et du manque de disponibilité.
- La volonté de créer plus de liens entre les professionnels libéraux et associatifs et le ou les hôpitaux de référence. Les objectifs avancés par les acteurs enquêtés sont notamment la nécessité de mieux communiquer afin de mieux prendre en charge les patients, en particulier pour les entrées et les sorties d'hospitalisation, mais aussi pour améliorer l'accès à des médecins spécialistes au sein de l'hôpital, ou encore pour limiter des passages inutiles aux urgences.
- Les porteurs de projet souhaitent à travers le projet de réseau répondre à un besoin d'équité pour la population, dans l'accès aux prestations de soins sur le territoire, y compris dans le domaine de la prévention. Pour cela, on compte plusieurs initiatives qui visent à faire venir des prestations qui n'existaient pas ou peu sur le territoire et faciliter l'accès à des services par le biais de partenariats avec l'extérieur (par exemple obtenir plusieurs rendez-vous groupés à l'hôpital pour limiter les déplacements de la population).
- Pour les deux réseaux, la disponibilité des fonds à la fois pour le soutien à l'investissement des maisons de santé et surtout à la partie fonctionnement du réseau demeure incertaine. En effet, le poste de coordination et le coût du temps passé de chaque professionnel à la coordination et aux actions collectives, ne possèdent pas de fonds dédiés pour le moment. Il existe des montages financiers mais avec une part d'instabilité qui empêche les acteurs de se projeter ou de s'investir et peut constituer un frein au développement du projet.
- L'exercice des métiers de la santé en milieu rural offre un rapport « personnel », de proximité affective avec les patients. Cette proximité fait la qualité du métier pour le professionnel. L'exercice est considéré à la fois comme plein, diversifié, proche des gens. La proximité fait également la qualité de la prise en charge pour la population, qui peut obtenir des services personnalisés, ajustés à ses besoins. Cette proximité peut créer également les désagréments de la pratique en rural, surtout si l'exercice est isolé,

notamment quand le dévouement pour la population se fait au détriment de la vie privée. La faible interconnaissance entre professionnels pousse justement les professionnels à se réorganiser, afin de limiter les inconvénients et de conserver la richesse de leur pratique.

- Pour les élus, les défis à résoudre dans le cadre d'un projet de réseau de santé de proximité, sont d'apprendre à communiquer et à travailler avec les professionnels de santé, afin de parvenir à partager les constats et les solutions à retenir. Ils se connaissent peu, car les professionnels de santé ont été jusqu'à maintenant peu impliqués dans les politiques territoriales, à la différence d'autres catégories socioprofessionnelles. Les élus doivent également dépasser les rivalités territoriales, notamment entre communes et Communautés de communes voisines, et les rivalités politiques, dans un contexte de démographie médicale tendue. Ils leur faut convenir des priorités d'action sur l'offre de service de santé par rapport à leurs autres domaines d'intervention. La mise en œuvre d'une action communautaire et intercommunautaire en santé signifie parfois un double enjeu, celui de travailler de manière nouvelle en intercommunalité et de travailler sur un domaine peu ou mal connu et dont la compétence est partagée avec l'Etat et les autres collectivités.

Au cours des entretiens, nous n'avons pas demandé explicitement les liens qui s'opèrent ou pourraient s'opérer avec les acteurs du social. Toutefois, aucun projet de collaboration avec des acteurs du social, de type association locale n'a été mentionné spontanément. Une des explications pourrait être le souci dans un premier temps de fédérer des professionnels médicaux et paramédicaux qui ont jusqu'alors une pratique individualiste. Dans un second temps, d'autres acteurs tels que des associations locales pourraient s'insérer dans le réseau et participer aux actions.

Nous pouvons évoquer plusieurs limites à cette étude. D'une part, nous avons obtenu un nombre restreint d'entretiens avec les institutions sanitaires et les collectivités départementales et régionales, qui auraient pu nous permettre d'illustrer davantage leur rôle dans l'élaboration des projets de réseau. D'autre part, les entretiens avec les acteurs ne nous ont pas toujours permis d'aborder toutes les dimensions que pouvaient comporter nos questions ouvertes. Le choix des réponses nous a permis d'établir d'intéressants constats et analyses. Le silence sur certains points ne doit pas nous amener à poser des conclusions hâtives ou erronées.

Par ailleurs, un des objectifs des réseaux est d'établir davantage d'échanges entre l'hôpital et les professionnels libéraux. Pour enrichir l'enquête, il aurait été pertinent de rencontrer des praticiens hospitaliers et des directeurs de structures afin de recueillir leur vision sur les réseaux de santé de proximité. Pour nos deux situations, il semble qu'aucun professionnel ou administratif des établissements de santé n'aient participé à l'écriture initiale du projet de réseau.

Figure 92. Certains professionnels et élus rencontrés lors de l'enquête sur les réseaux de santé du Nord Aveyron et de la Montagne limousine

Sources : A.Hamiti (2011), Centre presse Aveyron du 15 mars 2013, le Vent d'Autun de mars 2010, Magasine du conseil général de l'Aveyron de juin 2011, Rencontre santé Pays Combraille en marche du 4 septembre 2010.

Conclusion générale

Le Massif central, ensemble de territoires aux dynamiques composites, réunit des caractéristiques qui, ajouté à des enjeux nationaux, ont une influence sur la présence, l'organisation et l'accès aux soins. Les reliefs montagneux, les routes sinueuses, les faibles densités de population, l'habitat souvent dispersé, le poids de la ruralité, sont autant de marques qualifiant ces hautes terres. Il compte seulement trois métropoles (de taille moyenne au niveau national) et une forte densité de bourgs ruraux et de petites villes. Le Massif est par ailleurs touché à la fois par un léger regain démographique lié principalement à l'arrivée de nouvelles populations, et par un phénomène de vieillissement de la population, avec une augmentation du grand âge, qui implique des défis à relever en terme de dépendance, de précarité et de besoins en soins accrus, s'ajoutant à une augmentation globale des maladies chroniques (cancer, diabète, maladie cardio-vasculaire…). Financée par une bourse CIFRE, cette thèse a pour but de répondre aux inquiétudes des acteurs du Massif, face aux tensions autour de la démographie médicale. Nous nous sommes intéressés en particulier aux territoires dont l'offre de soins du premiers recours connaissait ou risquait de connaître des difficultés de pérennité, des territoires éloignés des zones urbaines et des structures hospitalières, peu peuplés, peu attractifs et vieillis. L'objectif a été de voir les questionnements qui s'y expriment, les acteurs qui s'investissent et les actions qui s'y déroulent, selon un angle d'approche territorial et à travers en particuliers les institutions sanitaires, les collectivités territoriales et les professionnels de santé locaux. Dans le cadre d'une thèse en entreprise à l'Agence régionale de développement des territoires d'Auvergne, mais pour le compte des partenaires du Massif central, nous avons de 2009 à 2011, dans une posture d'acteur-observateur, parcouru les routes du Massif central, où nous avons entendu et partagé une diversité d'histoires, de situations et de vécus.

La première partie de ce travail montre l'existence de déficits en nombre de professionnels de santé libéraux du premier recours, malgré les limites qu'apporte une analyse quantitative et cartographique. Retenons que l'évolution générale des professions de santé nous permet de dire que ces situations s'aggraveront très probablement à court et moyen termes. Les territoires de montagnes, les hauts plateaux, les zones de confins sont déjà particulièrement touchés. Par ailleurs, la question de l'accessibilité est complexe. L'accès aux soins relève d'une multitude de facteurs. Il est réducteur de limiter l'accessibilité à l'éloignement physique et à la seule présence de services. Les caractéristiques des populations, leurs besoins, leurs perceptions et leurs comportements, leurs moyens, de même que les caractéristiques du territoire, les relations entre les différents services de santé, sont autant d'éléments qui influent sur l'accessibilité du patient aux soins. La question des médecins généralistes conduit plus globalement à s'interroger sur les facteurs de changement observés (mobilité dans la carrière, aspirations à de nouvelles conditions d'exercice, travail plus collaboratif, ouverture vers d'autres professions et vers d'autres pratiques…). L'étude sur la qualité de vie et d'exercice des médecins en milieu rural en Auvergne a permis de battre en brèche certains *a priori*. L'exercice dans les territoires ruraux du Massif central gagnerait à être mieux connu et valorisé, sans pour autant négliger la prise de conscience d'une évolution nécessaire dans les pratiques et l'organisation des soins qui est déjà amorcée.

L'enquête auprès d'une sélection de maisons de santé et de réseaux de santé de proximité nous a montré que le processus de regroupements et de collaboration pluriprofessionnelle était enclenché à différents endroits du Massif central et à différents niveaux d'élaboration. Ces projets et ces réalisations ont principalement pour but de rendre plus attractif l'exercice pour les professionnels afin d'en attirer de nouveaux, et d'améliorer la prise en charge des patients du fait de l'augmentation des maladies chroniques et des pluri-pathologies. Si de nombreuses maisons de santé qui ont bénéficié de fonds publics ne possèdent pas de tels projets pluriprofessionnels et d'actions de santé publique, les dynamiques sont incontestablement engagées et d'autres initiatives devraient être activées, qui seront favorisées par un accompagnement et un soutien aux nouvelles modalités d'exercice. Les services de santé des territoires ruraux éloignés, ainsi que l'exercice professionnel sont généralement perçus comme plus contraignants, de moins bonne qualité en raison de l'éloignement et d'une offre plus restreinte. Cependant, la recherche montre que ces services présentent aussi une forme de qualité plus « organisationnelle » par la proximité et l'adaptabilité qu'ils offrent à la population et aux territoires. Ils sont source d'innovations, et ce à des échelles spatiales variables. Les projets de réseau de santé enquêtés, certaines maisons, pôles et associations réunissant de manière originale élus-professionnels-établissements autour d'initiatives concertées et co-construites, proposent par exemple des formations pluriprofessionnelles, des actions de dépistage itinérantes, des protocoles pour le diabète, des consultations avancés de spécialistes.

La thèse valide l'hypothèse d'un double processus de territorialisation porté par l'Etat (via la mise en place des ARS et les dispositifs visant à mieux identifier les besoins et à se rapprocher des territoires vécus pour mieux agir) et par les collectivités territoriales. Ces dernières sont sollicitées pour l'élaboration, la mise en œuvre et le financement des politiques publiques mais elles s'emparent aussi concrètement des questions de santé en raison des sollicitations qui émanent des territoires (professionnels, habitants, associations) ou dans une stratégie de développement local et d'attractivité territoriale.

Dans le détail, les dispositifs d'aides pour pallier l'inégale répartition des professionnels de santé et pour répondre aux manques, en particulier de médecins généralistes libéraux, sont finalement issus du choix de l'Etat en faveur des mesures incitatives. La plus-value des dispositifs d'aide à l'installation des collectivités territoriales, à l'exemple des initiatives des Conseils Généraux de l'Allier et de la Lozère, est incontestable lorsqu'ils sont adaptés aux besoins du candidat à l'installation et surtout fondés sur le principe du réseau de connaissances sur le territoire. Ces dispositifs demandent un investissement important des chargés de mission qui accueillent les candidats, organisent des actions de prospection et se déplacent dans les salons. Sur le Massif central, plusieurs structures publiques (pôles locaux d'accueil en Limousin, sites de proximité en Rhône-Alpes, agence des territoires en Auvergne) sont spécialisées dans les politiques d'accueil pour favoriser la venue de nouvelles populations. Elles ont décliné et adapté leurs dispositifs aux professionnels de santé afin de favoriser leur installation et leur intégration dans les bassins de vie. Ces dispositifs contribuent à faire connaitre les territoires et les opportunités d'exercice et encouragent les acteurs locaux à organiser l'accueil, mais c'est davantage le réseau de connaissance, le bouche à oreille et d'autres dimensions informelles qui jouent le plus souvent le facteur déterminant à l'installation ; les politiques d'accueil apparaissent donc d'abord comme un facteur nécessaire

mais pas suffisant. Des initiatives pour faire venir des médecins étrangers, en particulier en provenance de Roumanie, se sont multipliées. Elles constituent certes une réponse aux besoins en situation de pénurie et une opportunité en termes professionnels et personnels pour ces médecins, mais aggravent une situation déjà difficile pour le système de santé et la population du pays d'origine, dont il semble que l'on devrait se soucier avant de prospecter. Face aux besoins d'attirer des professionnels libéraux, une vision plus large que l'échelle communale et une démarche coopérative font défaut à certains territoires, provoquant des phénomènes de concurrence et de surenchère des aides, qui nuisent à la construction de solutions pérennes. Les aides financières et d'accompagnement ne suffisent pas toujours à installer des professionnels de santé. Les structures des politiques d'accueil l'ont majoritairement compris. La qualité de l'exercice étant remise en cause, l'amélioration des conditions d'exercice doit avancer en même temps que la question de l'accueil et des aides à l'installation. Il est donc important d'agir à la fois sur les facteurs personnels pour l'installation des professionnels de santé mais aussi sur les conditions d'exercice.

L'Etat s'est inscrit dans un processus de territorialisation de la santé afin de rapprocher l'offre au plus près des besoins au niveau local dans un souci d'efficience. Dans ce cadre et depuis la loi HPST 2009, la définition des territoires de santé est à la base des politiques déclinées notamment dans le projet régional de santé. On compte plusieurs territoires : les territoires d'observation des besoins et de l'offre, les territoires de concertation, les territoires de priorisation des aides (du type zonage pluriprofessionnel) et les territoires stratégiques d'orientation et de contractualisation. Au-delà de cette diversité que l'on peut trouver à l'intérieur des régions, selon des critères et des seuils arrêtés de façon différentielle, on a pu constater des différences entre les régions, notamment à partir de l'exemple de l'Auvergne et de Rhône-Alpes, régions pourtant limitrophes. Si le niveau local est davantage pris en compte, un cloisonnement régional persiste. L'absence de territoires de santé interrégionaux peut représenter un frein pour la prise en compte des besoins, de l'offre et des projets de territoires comparables. La gouvernance par les Agences régionales de santé est récente et perfectible. C'est pourquoi, un travail pourrait être mené plus particulièrement sur les freins à la prise en compte des territoires de confins par les politiques régionales de santé afin d'envisager des adaptations pour y remédier.

Le système d'appel à projets, de contractualisation et de priorisation selon un zonage relève d'un parti pris du gouvernement, que les ARS cherchent à dépasser, à l'exemple des zones pluriprofessionnelles où elles accompagnent en priorité les projets dans les zones définis comme prioritaires mais sans ignorer d'autres zones dite de fragilité ou de vulnérabilité de l'offre. Les institutions souhaitent par ailleurs moduler les échelles d'interventions dans la contractualisation (communes, intercommunalité). L'échelle Pays apparait pertinente pour agir dans le domaine de la santé (démarche participative, transversale et intercommunale) et pour la contractualisation avec l'ARS. Toutefois, les limites de cette échelle est l'inégale couverture du territoire national et l'appropriation par les acteurs locaux des contours et du rôle du Pays parfois faible, certains n'ayant d'ailleurs aucune initiative en matière de santé.

Même si la compétence revient à l'Etat, nous avons vu que de nombreuses collectivités territoriales - de la Région à la commune - entreprennent des actions en faveur de l'offre de

soins. Par dépit, avec incertitude ou avec motivation, parfois avec maladresse, les collectivités cherchent à participer à améliorer l'accès et l'organisation de l'offre de soins, facteur selon eux du dynamisme, du développement, de l'attractivité et de la qualité de vie de leur territoires. Parmi les freins à l'implication des élus locaux on trouve à la fois le fait que la santé ne relève pas de leur compétence en tant que tel, et qu'ils n'ont donc pour cela que très peu d'éléments de cadrage ou de budget dédié. Les questions de santé ont rarement été inscrites dans leur mandat d'élu. Par ailleurs, le niveau et la qualité de l'implication des élus semblent très influencés par la personnalité, le vécu et l'ouverture d'esprit ; ce sont bien ces facteurs qualitatifs qui décideront de l'angle d'approche, du niveau d'investissement et du niveau de collaboration avec les institutions et les professionnels locaux. Le ou les techniciens des collectivités peuvent également avoir un rôle important dans les décisions de l'élu, mais aussi sur la qualité du déroulement et la réussite des actions, notamment par son animation de terrain, sa capacité à mobiliser les acteurs, sa réactivité face au déroulement du projet ou encore par ses propositions. Le faible niveau de connaissance du système ainsi que la profusion d'acteurs, de dispositifs et de budgets dans le domaine de la santé, peuvent effrayer les acteurs locaux. De même, le manque de visibilité et de reconnaissance sur leur rôle et leurs compétences peuvent les empêcher d'agir. L'implication des élus est largement influencée par l'implication des professionnels de santé. Si pour les projets de maisons ou pôles de santé, les institutions martèlent aux élus locaux l'importance de l'implication des professionnels, les élus ne peuvent agir à leur place. Ils peuvent en revanche contribuer à animer une dynamique, un dialogue et concrétiser les projets.

Ainsi, les principales préoccupations des institutions, en matière d'organisation de l'offre de soins, sont quels territoires, quelles échelles spatiales pour l'analyse et pour l'action ? Cela nécessite de réfléchir aux critères mobilisés pour définir les territoires pertinents, pour analyser l'état de l'offre de soins et les besoins. Les ARS doivent posséder une vision d'ensemble de leur territoire régional. Le rôle de l'Etat et de ces services déconcentrés est de garantir un principe d'équité entre les territoires, ce qui signifie que les ARS ne peuvent mettre de côté des territoires, surtout si elles ont connaissance des situations considérées comme préoccupantes et prioritaires. D'où l'enjeu des critères et des seuils pour définir à quels moments et à quels endroits l'état de l'offre et de la santé n'est pas satisfaisant.
Les acteurs locaux des collectivités et les professionnels de santé qui élaborent des projets en vue d'agir sur l'offre de soins, appartiennent quant à eux à un ou plusieurs territoires (communes, communautés de communes, Pays, canton, secteur de la permanence des soins, territoires de connaissances et de collaborations entre professionnels de santé,…) qu'ils s'approprient plus ou moins fortement. Ils se préoccupent particulièrement des besoins et de l'offre à leur échelle locale. Ils souhaitent une prise en compte par les institutions compétentes de leurs problématiques spécifiques. Ils doivent composer avec les personnes sur place et avec les actions déjà mises en œuvre sur leur territoire, pour répondre aux problèmes identifiés, tout en recherchant les conditions pour de nouvelles actions. S'ils choisissent d'intervenir en matière de santé, les élus locaux doivent prioriser leurs actions vis-à-vis d'autres domaines d'interventions dont ils ont la compétence.
La logique des services de l'Etat (par priorisation, selon une approche régionale et avec un principe d'efficience et le souci d'équité) et la logique des élus locaux et des professionnels de santé locaux sont donc parfois différentes. Elles ne sont toutefois pas opposées mais plutôt

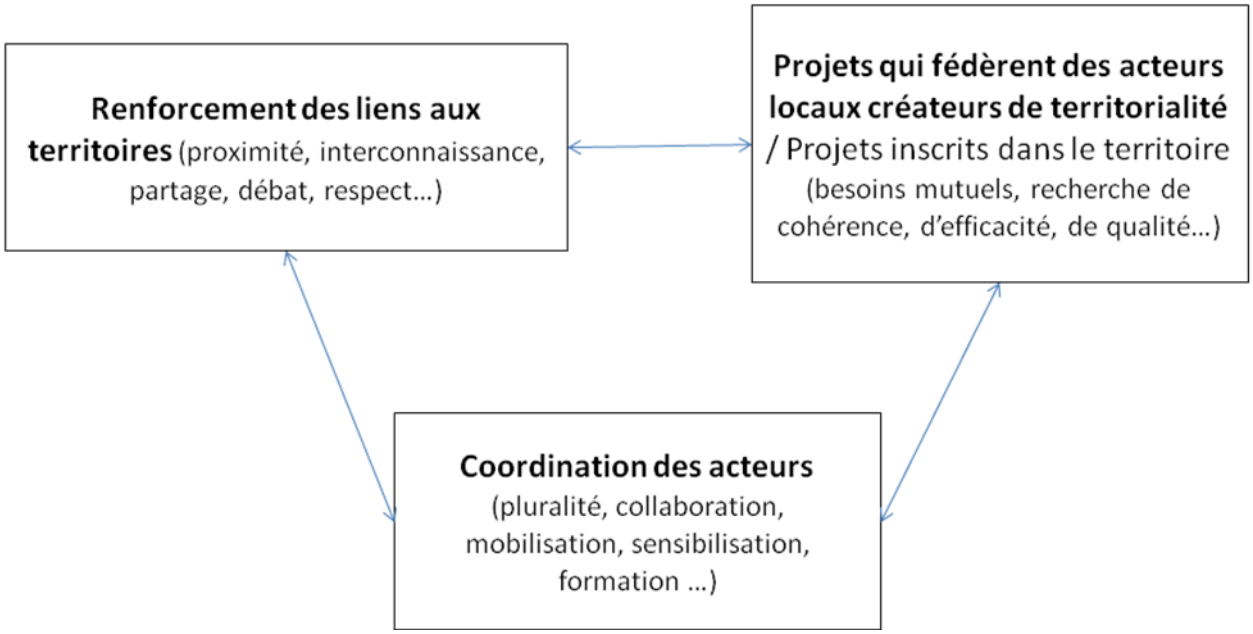
complémentaires, même si parfois les priorités des uns ne font pas les priorités des autres. Selon le principe d'appel à projets et de contractualisation, les institutions ont intérêt à ce que les territoires où ils ont identifié des besoins possèdent des acteurs locaux prêt à agir. Les acteurs locaux porteurs de projet (collectivités et/ou professionnels) espèrent, eux, pour obtenir des soutiens financiers, que leurs démarches rentrent dans les priorités et les cadres des institutions. Les collectivités se positionnent en appuis aux initiatives et aux souhaits des professionnels de santé, par de l'animation, de la maitrise d'ouvrage ou le financement. Les institutions viennent en appui à la fois aux collectivités et aux professionnels, dès lors qu'ils initient des projets. Leurs rôles se situent dans la garantie du cadre d'intervention, par le cahier des charges, par la priorisation régionale et la référence aux priorités nationales. Chacun doit travailler à l'écoute et à la compréhension de l'autre.

En France, l'offre de premier recours est composée principalement de professionnels libéraux indépendants. Même si la plupart communiquent entre eux, il n'existe pas de coordination formalisée entre les différents métiers. Toutefois, l'accès à l'offre de soins pourrait être facilité par l'organisation et la coordination des soins, qui seraient garant également d'une meilleure prise en charge. Par exemple, un patient doit, à la suite d'une opération, être suivi à la fois par le médecin, l'infirmier puis le kinésithérapeute et peut-être devra-t-il solliciter des soins à domicile réalisés par des aide-soignants. Sa prise en charge sera probablement meilleure si tous ces professionnels se concertent sur leurs interventions et partagent une partie des informations. Les enquêtes qualitatives auprès des récents regroupements de libéraux en maisons et en réseaux de santé de proximité, contribuent à montrer que la collaboration des acteurs du soin participe à l'accès et à la qualité de l'offre fournie aux patients. Ainsi, l'organisation professionnelle localement, qui se formalise à travers les regroupements en maisons, pôles et réseaux, et qui existe aussi de manière informelle hors de ces cadres, nous éclaire également sur la qualité de l'offre sur un territoire. Par ailleurs, la santé ne semble plus être l'exclusivité du médecin. Selon une approche élargie de la santé et du soin, en particulier dans les territoires « sensibles », où l'offre est plus restreinte, une grande variété d'acteurs participe aux actions de santé publique des populations. Cette participation de multiples acteurs territoriaux nécessite une coordination, au-delà du premier niveau de collaboration qui concerne les professionnels de santé eux-mêmes. En effet, élus, techniciens des collectivités, institutions, associations, libéraux, hospitaliers, travailleurs sociaux, et bien d'autres acteurs, doivent apprendre à définir leur place respective, leur rôle et les modalités de collaboration possibles selon les objectifs et les projets définis conjointement.

La recherche valide donc également l'hypothèse selon laquelle c'est bien la coordination entre ces multiples acteurs qui permet de répondre aux difficultés d'accès aux soins des territoires « sensibles ». Au-delà des faibles dessertes de l'offre de soins et de l'éloignement aux services, même si ces éléments jouent sur le recours et l'accès aux soins de la population, il nous semble que l'organisation des services, la capacité des acteurs à travailler ensemble (professionnels de santé, collectivités territoriales et institutions) et leurs modalités de collaboration, contribueront autant voire plus au maintien, à l'accès et à la qualité de l'offre de soins. Notre thèse a mis en avant les préoccupations et les postures de chacun, illustrées par des exemples de collaborations entre acteurs et par la présentation de quelques innovations locales, telles que les projets de réseau de proximité. De nouvelles formes et de nouveaux lieux de dialogue, de débats, de

partage, d'interconnaissance, et de modalités de collaboration voient le jour et peuvent encore être créés entre les différents acteurs impliqués dans la santé. Pour arriver à une collaboration multi-acteurs autour de projets, nous avons pu voir, à partir des expériences d'accompagnement à l'échelle des Pays le rôle moteur et structurant que peuvent jouer les consultants extérieurs et certaines animations internes. Collaborer, co-construire les projets, c'est apprendre à se connaître, c'est chercher à comprendre le ressenti, le parcours, la position de ces partenaires. C'est accepter de composer avec la diversité des points de vue et la complexité des situations. Pour les professionnels de santé, à l'intérieur d'un projet commun qui les réunit, mais aussi entre les différentes collectivités et les institutions, l'élaboration de projets communs, c'est aussi se remettre en cause, c'est accepter de changer, c'est se respecter mutuellement.
Nous avons vu que ce sont en particulier les démarchent issus des Pays qui peuvent améliorer à la fois les rencontres, les échanges des problèmes, l'élargissement des champs d'action, la co-construction de solutions, et amener les acteurs locaux aux innovations. Mais si les Pays représentent une échelle et un territoire pertinent et efficace pour la mise en place d'une politique territorialisée de la santé voulue par l'Etat, ces mêmes Pays sont pourtant l'échelon territorial qui a été remis en cause dans l'acte III de la décentralisation et fragilisé par la réforme des collectivités territoriales en 2010 en supprimant la possibilité d'en créer de nouveaux.

Graphique 5. Territorialisation en santé : faire territoire et agir en santé



Réalisation : Rieutort, Hamiti (2013).

Pour aller plus loin dans la démarches de gouvernance et de territorialisation de la santé mené par les ARS, afin de répondre aux enjeux sanitaires et sociaux des territoires, l'analyse des besoins, l'élaboration et la mise en œuvre des solutions devraient être co-construite localement selon la prise en compte d' un *« large spectre de déterminants : cadre de vie, emploi,*

éducation, transports, culture, accès aux droits… » (Rican, Jougla, Vaillant, Salem, 2012). De la même manière que l'augmentation du nombre de personnes âgées doit être perçue autrement que comme un problème économique mais plutôt comme une chance pour la société et les territoires, la santé de la population ne doit pas seulement représenter un coût supplémentaire mais aussi un investissement pour la collectivité. En effet, la bonne santé de la population constitue certainement un facteur de dynamisme économique et social pour la société (Rican, Jougla, Vaillant, Salem, 2012).

A partir des constats et des analyses développés dans la thèse, nous présentons ci-dessous quelques remarques et recommandations qui semblent favoriser la collaboration multi-acteurs et participer aux changements dans l'organisation de l'offre de soins du premier recours, notamment dans les territoires ruraux.

- **Renforcer et valoriser les soins primaires**

Comme le préconise le rapport Hubert (2010) : **valoriser la recherche en médecine générale**, en particulier en développant et en diffusant la recherche, c'est favoriser l'attractivité et le dynamisme de cette discipline. Il peut même être envisagé de prendre en compte les spécificités de la médecine générale en régions éloignées, comme on peut avoir des enseignements spécifiques pour la haute montagne. Il s'agirait alors de valoriser ce qui caractérise l'exercice en rural : la polyvalence dans les actes, la proximité à la population et la connaissance de l'environnement familial des patients, la responsabilité, l'inventivité, l'esprit et le travail d'équipe, la gestion de projet collectif autour par exemple de la prévention. Même si cette thèse a mis l'accent sur la place du médecin et les nombreuses actions ou dispositifs en sa faveur, il semble important de ne pas mettre de côté les autres professionnels de santé qui composent le premier recours (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens), et même d'ouvrir plus largement la réflexion sur les métiers tels qu'ambulancier, aide-soignant, pompier, voire d'encourager la recherche sur le concept de soins primaires.

- **Atténuer les oppositions et les rivalités entre les structures hospitalières et médico-sociales et les libéraux**, par la prise de conscience du rôle de chacun et des complémentarités. Cela peut passer par des rencontres régulières formelles et informelles, en partageant des formations et des évènements thématiques au service des problématiques de la population locale. Les différents acteurs le rappellent par leurs pratiques au quotidien, le projet de santé des centres hospitaliers et des communautés hospitalières doit être réfléchi pour un territoire et une population et donc s'appuyer sur les professionnels de santé du premier recours. Le gouvernement doit apporter au système de santé des évolutions législatives et budgétaires en faveur du renforcement et de la valorisation du premier recours (en tant que soins primaires, de première ligne) et de son articulation avec l'hospitalier.

- **Dépassionner et dédramatiser la perte d'un médecin** en ouvrant la réflexion plus largement sur les besoins des professionnels sur le territoire, sur l'organisation plus globale de l'offre de soins (recours aux spécialistes, liens avec les établissements hospitaliers et maison de retraite, conditions du recours aux urgences…) en élargissant la réflexion à une échelle pas trop restreinte. Surtout dans des territoires peu peuplés, avec peu de professionnels, il semble

important d'ouvrir le débat à une échelle telle que l'intercommunalité ou plusieurs intercommunalités, voire le Pays quand il y en a un. Dépassionner des enjeux locaux, par les échanges de points de vue et de situations, peut ouvrir le champ des possibles, aborder les questions d'économie d'échelle, de mutualisation, de formations en commun, voire de protocole et de délégation de tâches par la suite.

- **Répartir les tâches**

Dans la décision du professionnel de santé à venir, à rester ou à partir d'un territoire, il est nécessaire de différencier les facteurs internes (besoins personnels et familiaux), et les facteurs externes (géographiques, sociaux, culturelles, relatifs à la pratique professionnelle). Pour les collectivités qui souhaitent faire venir et installer des professionnels de santé, il est important d'arriver à dissocier ce qui peut être du ressort des territoires et ce qui l'est moins. Il faut arriver à définir les facteurs d'attractivité et d'ancrage d'un professionnel de santé puis identifier les leviers sur lesquels elles peuvent agir. Les collectivités peuvent alors initier ou participer à une réflexion plus large sur l'organisation de l'offre de soins. Avoir une vision des problématiques partagée avec l'ensemble des acteurs peut permettre de mieux cerner son rôle potentiel et de participer à la stratégie et aux actions. Les projets de regroupements de professionnels dans une maison ou un pôle de santé sont initiés parfois dans des contextes locaux qui ne réunissent pas toujours aux premiers abords les éléments nécessaires à leur mise en place, notamment pas l'absence de professionnels leader ou motivés, par le manque de collectivités impliquées ou encore par l'incertitude des soutiens législatifs et financiers des institutions sanitaires. C'est probablement par le dialogue, l'interconnaissance, la concertation élargie, l'absence de précipitation, que les solutions peuvent se dégager.

Après avoir partagé l'état des lieux de la situation en termes d'offre, de besoins et de difficultés et après avoir proposé et discuté les pistes d'action possibles, avec l'appui parfois de consultants extérieurs, les divers acteurs locaux peuvent envisager une stratégie, avec un plan d'action, des modalités de mise en œuvre et un calendrier. La plus-value des démarches à l'échelle des Pays, et qui se retrouve dans certaines intercommunalités, est notamment la dimension participative, à travers les réunions et ateliers thématiques. Cette dimension est déterminante dans l'implication des professionnels de santé, qui trouvent dans de telles démarches une occasion de s'exprimer, d'échanger, de partager, voire de dépasser leurs craintes, d'imaginer des possibles, de se laisser surprendre et construire des projets.

- **Consulter la population**

Des démarches restent encore à faire pour mobiliser la population dans l'élaboration de projet de santé, que ce soit autour d'une maison de santé, d'un pôle ou d'un réseau. Certes, une démarche concertée entre élus, libéraux, établissements et parfois acteurs du social, constitue pour la majorité des territoires une nouveauté, un challenge et une démarche complexe. Consulter et faire participer la population peut sembler rajouter une complexité supplémentaire. Toutefois, à l'exemple de l'expérimentation menée par la 27ème région, par exemple pour le projet de maison de santé de Pionsat (Puy-de-Dôme), remettre au cœur des projets le public peut représenter une richesse et une garantie d'une meilleure compréhension, participation et utilisation des nouveaux équipements (qui les concerneront nécessairement, que ce soit pour se rendre à des consultations ou pour la prise en charge).

- **Limiter les phénomènes de concurrence territoriale en ouvrant largement les réflexions et les démarches**

L'implication des élus locaux les conduit parfois à dépenser beaucoup d'énergie et d'argent pour attirer des médecins. Cependant, l'installation étant parfois déconnectée de l'avis et des connaissances des autres médecins et autres professionnels sur le territoire, une défiance peut s'installer. De même, les habitants auront des appréhensions à aller voir la jeune recrue si elle n'est pas recommandée. Par conséquent, faute d'activité, ces professionnels ne resteront pas longtemps. L'implication des élus est fondamentale, mais elle doit être pensée à travers une stratégie concertée et validée par les différents acteurs locaux et prenant en compte le fonctionnement et la présence des professionnels déjà en place. Des évolutions dans les comportements des professionnels peuvent être amorcées, dans leurs habitudes et perceptions, mais de façon progressive et par le dialogue. La pertinence d'un projet de collaboration interprofessionnelle se construit à partir des besoins du territoire, de sa population, et en fonction des volontés et des compétences des acteurs qui y interviennent. Réfléchir plus globalement à l'organisation de l'offre de soins demande aux élus de la patience, de l'investissement, de mettre les rivalités politiques et de voisinage de côté et de tisser des liens pour une démarche collective non concurrentielle.

- **Convenir d'une ou plusieurs échelles territoriales d'intervention**

Les réalités administratives et politiques ainsi que les espaces vécus par la population et les professionnels de santé doivent coexister avec le maillage territorial retenu par les institutions sanitaires pour analyser et agir en matière de santé. Afin de garantir une appropriation et donc une certaine pertinence et efficacité des référentiels spatiaux institutionnels, dont découlent analyse et programmes d'actions, il est nécessaire de les discuter et de les faire valider par l'ensemble des acteurs. Il semble également important d'améliorer, tout du moins dans les régions du Massif central, la réflexion et l'action interrégionale lorsque les projets locaux transcende les limites administratives.

- **Des élus « santé » qualifiés et investis**

La présence et l'investissement des élus, aux différents échelons territoriaux, sont croissants sur les questions d'organisation des soins, d'amélioration de l'état de santé, de prévention et de médico-social. Pour que le rôle des élus prenne tout son sens au sein des institutions, en particulier dans le cadre des conférences régionales et territoriales animés par les ARS, et au sein de leurs propres collectivités dans l'élaboration ou l'accompagnement de projet en santé, ceux-ci doivent, au-delà des obligations que leurs statuts leurs confère, se sentir concernés. Ils doivent posséder, à différents niveaux selon leur position, des connaissances dans ce domaine, suivre les évolutions en cours, participer à la concertation et aux prises de décision. Ils doivent enfin devenir force de propositions et d'argumentation pour des actions et les expérimentations. Pour mener une action, il semble important de se doter d'une expertise technique suffisante, interne ou externe, pour dynamiser et structurer localement et pour également appuyer les prises de positions dans les instances de décision de la politique de santé.

- **Valoriser, faire connaitre et soutenir la profession de coordinateur** des regroupements pluriprofessionnels. Les profils des coordinateurs de réseaux territoriaux, à l'image de l'association santé avenir Combrailles, du Pays du Nivernais Morvan ou du Pays de

Figeac, peuvent être des professionnels de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute, cadre de santé en EHPAD). Ils mettent leurs connaissances du milieu professionnel et des métiers de la santé au profit du fonctionnement du réseau, facilitant les échanges et les contacts avec les professionnels, les collectivités territoriales et les établissements membres du réseau et pouvant apporter de la légitimité et de la crédibilité aux yeux des uns et des autres partenaires. Certains coordinateurs possèdent même un rôle d'élu local qui peut constituer un atout supplémentaire pour comprendre et travailler avec les élus membres du réseau.

- **Réfléchir l'action des élus par les élus**

A l'intérieur des représentations des collectivités (Associations des Régions de France, des Départements de France, des maires ruraux…), dans les organismes d'accompagnement des collectivités, ou encore dans des services publics de santé (ARS, IRPES….), les élus locaux devraient davantage réfléchir à ce qu'engage une démarche dans ce domaine. En amont et pendant l'action, il s'agit de questionner quelles nouveautés, quels changements, quels potentiels conflits à gérer, quels apports personnels, quelles compétences ou savoir-être solliciter ? L'objectif de ces questionnements est d'élargir la vision du domaine de la santé, de prendre conscience et d'inventer le rôle de l'élu local dans ce domaine, pour ne pas seulement subir des situations de désorganisation de l'offre de soins, pour ne pas resserrer géographiquement l'intervention, ne pas se sentir à l'étroit dans un rôle de simple recherche de financement et de financeur, pour participer aux changements dans le système de santé et devenir pleinement un partenaire actif dans les prises de décision. Les collectivités territoriales doivent avoir une ligne de conduite sur leurs souhaits, leurs priorités, leurs partis-pris en matière de santé, dans une vision globale de développement et d'attractivité du territoire. Il ne faudrait pas en effet réduire la politique de santé à une ou deux mesures et financements de projet, mais bien posséder un objectif « santé » inséré dans la stratégie de développement global et donc souvent transversal entre différents secteurs.

Les élus pourraient ainsi participer ou co-organiser une à deux fois par an une journée de débats et d'informations sur des thématiques transversales à la santé, visant à mieux impliquer la population, à construire des passerelles entre les secteurs. Ces journées thématiques pourraient ponctuer et rendre visible un travail mené dans la durée entre les acteurs. Cela permettrait également d'affirmer et de faire reconnaitre le rôle devenu essentiel des collectivités dans ces domaines.

Bibliographie

ACEF S. (2008), Réseaux de santé et territoires: où en sommes-nous ? *Informations sociales*. 3/2008, n°147, p. 72-81.

ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE (2011), Santé et territoires : quels remèdes aux inégalités ?, *Dossier de la revue Intercommunalité de l'AdCF*. Juin 2011, n°157, p. 7-16.

ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE (2010), *L'action sociale intercommunale : Enjeux, réalités et perspectives d'évolution*, Etude AdCF, septembre 2010, 64 p.

AMAT-ROZE J-M. (2011), La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*. 2011/4, n°143, p. 13-32.

ANDERSEN R.M., NEWMAN J.F. (1973), Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Health and Society.* 1973, n°51(1), p. 95-124.

ANELL A., GLENNGARD A.H., MERKUR S. (2012), *Health systems in transition: Sweden*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 2012. vol. 14, n°5, 187 p.

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHELDEN M. (2009), La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, *Etudes et Résultats*, DREES, février 2009, n°679, 8 p.

ARNAULT S., EXERTIER A. (2009), Les maternités : plus de trente ans d'évolution. In *Les établissements de santé – un panorama pour l'année 2007*, DREES, édition 2009, 168 p. (p. 49-72).

BAILLOT A., EVAIN F. (2012), Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures, *Études et résultats*, DREES, octobre 2012, n°814, 8 p.

BARBAT-BUSSIERE S. (2009), *L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne.* Clermont-Ferrand : Presse universitaire Blaise Pascal, CERAMAC 2009, n°27, 490 p.

BARLET M., CAVILLON M. (2010), *La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*. Série Études et recherches, Document de travail, DREES. Novembre 2010, n°101, 47 p.

BARLET M., COLLIN C. (2010), « Localisation des professionnels de santé libéraux », communication à la 32ème Journées des Economistes de la Santé Français, décembre 2010, Lyon. Disponible à l'adresse :
http://www.ces-asso.org/docs/textes_JESF_2010/Barlet_Collin_2010.pdf

BARLET M., COLDEFY M., COLLIN C. [*et al.*] (2012), L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé,* IRDES, 2012/03, n° 174, 8 p.

BAUDOT V. (2013), L'appui aux collectivités territoriales par l'ingénierie. *Actualité et dossier en santé publique.* 2013/03, n° 82, p. 50.

BEHAR D. (2000), « Les nouveaux territoires de l'action publique » In PAGES D., PELISSIER N. (sous la direction) *Territoires sous influence.* Paris, Collection l'Harmattan, 192p.

BENOIT J-M., BENOIT P., PUCCI D. (2002), *La France à 20 minutes : La révolution de la proximité*, Paris, Belin, 271 p.

BERGER A., CHEVALIER P., DEDEIRE M. (2009), Ressources territoriales et modalités de valorisation. *Revue de l'économie Méridionale.* 2009, n°227, p.163-183.

BERLAND Y. (2005), *Commission Démographie médicale*. Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Avril 2005, 61 p.

BERNIER M. (2008), *L'égal accès de tous aux soins de premier recours : une priorité de santé publique.* Rapport d'information de l'Assemblée nationale. 2008, n° 1132, 206p.

BERNSTEIN D. (2008), Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, *Points de Repères,* CNAMTS. 2008, n°17, 12p.

BESSET M., DARBELET D. (2010), « Qualité de vie des médecins généralistes : influence du lieu et des modalités d'exercice : enquête transversale auprès de 1240 médecins généralistes en Auvergne », 187 p., Thèse d'exercice en médecine générale, Université de Clermont Ferrand 1.

BICHIER E., FELLINGER F. (2008), *Les fermetures de chirurgies et maternités publiques en France : bilan de 9 années (1997-2005) et prospective*. Conférence nationale des Présidents de Commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers (éditeur), 2008, 12 p.

BILODEAU H., LEDUC N., VAN SCHENDEL N. (2006), *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec*. Rapport final, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Secteur santé publique. Faculté de médecine, Université de Montréal. 2006, 285 p.

BLEMOND P., FAVIER C. (2012), *Permanences des soins et système des urgences en France*, Paris : Berger-Levrault, 346 p.

BOCQUET P-Y., PELTIER M. (2010), *Mission sur la gestion du risque*. Rapport Inspection générale des affaires sociales. Décembre 2010, 105 p.

BONNET P. (2002), *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : étude bibliographique.* Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002, 25 p.

BOURGUEIL Y. Secteur ambulatoire: des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240p. (p.159-167).

BOURGUEIL Y., CLEMENT, M-C., COURALET, P-E. [*et al.*] (2009), *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n°147, octobre 2009, 8 p.

BOURGUEIL Y., DÜRR U., DE POURVOURVILLE G. [*et al.*] (2002), *La régulation des professions de santé : études monographiques (Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis).* Série Etude, Document de travail, DREES. Mars 2002, n° 22, 242 p.

BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADY A. (2006), *Comment améliorer la répartition géographique des professions de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*. Rapport IRDES. 2006/06, n°1635, 70 p.

BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., MAREK A. [*et al.*] (2007), Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France, *Questions d'économie de la santé*, IRDES, 2007/05, n° 122, 6 p.

BOURRET C. (2008), Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français. tic&société [En ligne], 2008, vol. 2, n° 1, Consulté le 12 octobre 2012. URL : http://ticetsociete.revues.org/396

BRUTEL C., LEVY D. (2011), Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 : 95 % de la population vit sous l'influence des villes. *INSEE Première*, octobre 2011, n°1374, 4 p.

BRUGUIERE M-T. (2011), *Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre*, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, Paris : Sénat, déposé le 14 juin 2011, n°600, 81 p.

BURDILLAT M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

BURROWS M. (2010), Financement et organisation des soins primaires au Royaume-Uni, l'exemple du Primary Care Trust de Salford. *Revue française des affaires sociales.* 2010/3, n° 3, p. 21-33.

BUTTARD A. (2008), « Le réseau en santé : une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente », 678 p., Thèse de Doctorat es Science Économique, Dijon, Université de Bourgogne.

BUTTARD A., GADREAU M. (2008), **«** Fonder en raison une gouvernance en réseaux du système de santé français », communication aux XXXèmes Journées des Économistes de la Santé Français, décembre 2008, Université Paris Dauphine. Disponible à l'adresse : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/buttard_0.pdf

CAILLAT A-M. (2002), « Précarité et accès aux soins : une nécessaire modification des pratiques professionnelles ? », 70 p., Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

CAMBOIS E., L'allongement de la vie et ses conséquences en France. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

CAPGRAS-BABERON D. (2010), Naître à Clamecy ? La disparition programmée des maternités de proximité. *Pratiques.* Juillet 2010, n°50, p. 53-58.

CARTIER T., MERCIER A., DE POUVOURVILLE N. [*et al.*] (2012), Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer. 2012, n°101, p. 65-71.

CEPRE L. (2011), Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire. Hérodote. 2011/4, n°143, p. 65-88.

CHARREIRE H., COMBIER E., MICHAUT F. [*et al.*] (2011), « De l'analyse géographique à l'outil d'aide à la décision en santé publique: l'étude des inégalités d'accès aux maternités en Bourgogne », communication à la 25ème Conférence Cartographique Internationale. 3-8 Juillet 2011, Palais des Congrès, Paris.

CHEVALIER P. (2002), *Dynamiques tertiaires de l'espace rural*. Montpellier, Presses universitaires de la Méditerranée, 353 p.

CLAVIER C. (2009), Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences Sociales et Santé,* 2009/2, vol. 27, p.47-74.

CLEMENT M-C., COURALET P-E., MOUSQUET J. [*et al.*] (2009), Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, *Santé Publique*, 2009/HS1 Vol. 21, p. 79-90.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V. (2008), *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, IRDES, Document de travail n°10. Mai 2008, 30 p.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V. (2012), *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011*, Questions d'économie de la santé IRDES, 2012/04, n° 175, 8 p.

COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V. [*et al*] (2011), *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*, IRDES. Juin 2011, n°1838, 121 p.

COLIN M-P., ACKER D. (2009), Les centres de santé : une histoire, un avenir, *Santé Publique*, HS1/ 2009, vol. 21, p. 57-65.

COLLET M., SICART D. (2007), *Les chirurgiens-dentistes en France - démographie et horizon 2030*, Etudes et Résultats n° 594 et 595, septembre 2007, 8 p.

COMBIER E., LE VAILLANT M, POUVOURVILLE M. (de) (2003), « Accessibilité et égalité des chances face aux urgences vitales : l'exemple de la périnatalité », Séminaire « Restructurations hospitalières » du 27 juin 2003, MiRe et DREES, 24 p.

CONTANDRIOPOULOS A-P. (2008), La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance, *Santé Publique*, 2/2008, vol. 20, p. 191-199.

CORNILLEAU G., Financement de l'assurance maladie et système de remboursement des soins. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

COUR DES COMPTES (2008) *Rapport public annuel Sécurité sociale - Chapitre VIII, les restructurations hospitalières.* Septembre 2008, p. 263-304.

DAHLGREN G., WHITEHEAD, M., (1991), What can we do about inequalities in health. *The lancet,* 1991, n° 338 : p. 1059–1063.

DAVEZIES L. (2003), *Justice et inégalités territoriales*, Dictionnaire de la géographie, Belin.

DAVEZIES L. (2004), *De la question sociale à la question spatiale, Lien social et Politiques*. Automne 2004, n°52, p. 47-53.

DELATTRE E., SAMSON A-L. (2010), *« Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? »,* communication à la 32ème Journées des Economistes de la Santé Français, 2-3 décembre 2010, Lyon. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455G.pdf

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ATTRACTIVITE REGIONALE (2004), *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*. Groupe de prospective « Santé et Territoires » sous la direction E.Vigneron, 2004, 93 p.

DEPINOY D. (2011), *Maison de santé, une urgence citoyenne*. Editions de santé, Balises, Paris, 116 p.

DEXIA-NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES (2009), *10 ans de recompositions hospitalières en France*, Dexia Crédit Local. 2009, 16 p.

DORMONT B., SAMSON A-L. (2011), *Est-il profitable d'être médecin généraliste ? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs*. Série Etudes et Recherche, Document de travail, DREES. 2011/02, n° 105, 92 p.

ELEY D., YOUNG L., PRZYBECK TR. (2009), Exploring the Temperament and Character Traits of Rural and Urban Doctors, *The Journal of Rural Health*, Winter 2009, Vol 25, Issue 1, p. 43-49.

ETD (2010), *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé : quels moyens d'action* ? Edition Etd. Juillet 2010, 83 p.

FANTINO F., ROPERT G. (2008), *Le système de santé en France, Diagnostic et propositions.* Paris : Dunod, 368 p.

FAURE A., DOUILLET, A-C. (sous la dir.) (2005), *L'action publique et la question territoriale.* Presses universitaires de Grenoble, Collection Symposium, 300 p.

FRATTINI M-O., MINO J-C. (2006), Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé, *Santé Publique*, 2006/3, vol. 18, p. 475-481.

FREDRIKSSON M. (2012), « Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare », Acta Universitatis Upsaliensis, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from Faculty of Medecine 731, 74p., Uppsala. Disponible à l'adresse: http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:461056/FULLTEXT01.pdf

FLEURET S., (2010), « Territoires et santé : quelle est l'utilité de la géographie de la santé ? ». In RICHOZ S., BOULIANNE L-M., RUEGG J., *Développement territorial et santé : enjeux et opportunités*. Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, Suisse, 208 p.

FLEURET S., (2010), « Réseaux locaux de santé et associations ». In BLETON-RUGET A., COMMERÇON N., VANIER M. *Réseaux en question : utopies, pratiques et prospective*, Mâcon, Institut de Recherche Val de Saône Mâconnais, 432 p. (p 179-189).

FLEURET S. (2003), « Spécialisations hospitalières et centralité ». In PUMAIN D., MATTEI M.-F. (sous la direction) Données urbaines 4. Paris, Anthropos, Collection Villes, 433 p. (p. 367-375).

FLEURET S., LEROUVILLOIS, G., SECHET, R. (2001), L'hôpital entre ville et politique de santé. *L'information géographique,* 2001, n°2, p. 172-175.

FLEURET S. (2000), « Espaces hospitaliers : autour de l'exemple du CHU d'Angers, essai d'une hospitalographie », 542 p., Thèse de géographie, Université d'Angers.

FOURCADE J-P. (2011), *Rapport au parlement, Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*. Juillet 2011, 75 p.

GABRIELLI V., NOBET N., TONNELLIER F. (2001), *Les soins de proximité : une exception française ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Juillet 2001, n°503, 92 p.

GADREAU M. (2001), Le réseau dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité, *Économie Appliquée*, 2001, n° 2, p. 91-128.

GADREAU M., JAFFRE D. (1998), « Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des « besoins hospitaliers » en Bourgogne », *In 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé : Allocation des ressources, géographie de la santé, Paris : 22-23-24 avril 1998,* CREDES, 274 p.

GARROS B. (2009), Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?, *Santé Publique*, HS1/ 2009, Vol.21, p. 7-16.

GAUTHIER J., HAGGERTY J., LAMARCHE P. [*et al*] (2009), *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées : rapport de recherche*. Edition Institut national de santé publique du Québec, Montréal. 2009, 52p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf

GEOFFARD P-Y., Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

GODDARD M., SMITH P. (2001), Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK, *Social Science and Medicine*, Nov. 2001: 53 (9), p. 1149-1162.

GODDARD M. (2009), Access to health care services: an English policy perspective, *Health, Economic, Policy and Law*, April 2009: 4 (Pt 2), p.195-208.

GRAILLOT D., WAAUB J-P. (sous la dir.) (2006), *Aide à la décision pour l'aménagement du territoire : méthodes et outils.* Paris : Hermès Lavoisier, 2006, 437 p.

GRALL J-Y. (2006), *Les maisons médicales de garde*. Rapport, Ministère de la santé et des solidarités. Juillet 2006, 51 p.

GRAVELAT C. (2008), Quels sont les liens entre plan régional de santé publique et schéma régional d'organisation sanitaire *?* In *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. JOURDAIN A. et BRECHAT P-H. (Sous la dir), Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 246 p.

GUMUCHIAN H., PECQUEUR B. (2007), *La ressource territoriale*, Ed. Anthropos, 2007, 254 p.

HAAS (de) P. (2010), *Monter et faire vivre une maison de santé,* Éditions le Coudrier, 173 p.

HAAS (de) P. (2013), Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité. *Actualité et dossier en santé publique*. 2013/03, n° 82, p.47-48.

HAAS S., VIGNERON E. (2008), *Les villes moyennes et la santé.* La Documentation Française/ Fédération des Maires des Villes Moyennes/ Caisse des Dépôts. 2008, 126 p.

HAAS S., VIGNERON E. (2009), *10 ans de recompositions hospitalières en France*. Nouvelle Fabrique des Territoires. Paris : Dexia Editions. 2009/01, 16 p.

HILAL M. (2007), Temps d'accès aux équipements au sein des bassins de vie des bourgs et petites villes. *Economie et Statistique*, Insee. 2007, n° 402, p.41-56.

HUBER H., Le vieillissement de la population va-t-il entraîner une explosion des dépenses de santé? In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

JOUSSEAUME V. (2002), *Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000)*, pp. 33-46, In La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être, Sous la dir. FLEURET S., SECHET R., Presse Universitaire Rennes, 236 p.

JOURDAIN A. (2008), *Les notions-clés de la planification.* In *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, JOURDAIN A., BRECHAT P-H. (sous la dir.), Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 246 p.

JOURDAIN A., BRECHAT P-H. (2008), *Historique et questions actuelles de planification*. In *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. JOURDAIN A., BRECHAT P-H. (sous la dir.) Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 246 p.

JULIEN P., POUGNARD J. (2004), Les bassins de vie, au cœur de la vie des bourgs et petites villes. *Insee Première.* Avril 2004, n°953.

JUSOT F., WITTWER J., L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

KERVASDOUE J. (de), Réformes de l'hôpital : *quo vadis* ? In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

LACOSTE O. (2011), Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST. *Hérodote.* 2011/4, n°143, p. 33-50.

LAGASNERIE G. (de) (2009), « Justice sociale et efficacité : pour une nouvelle régulation de la demande de soins ». In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

LANDEL P.A. (2007), « Entre politique publique et action publique : l'ingénierie territoriale ». In FAURE A., NEGRIER E. (sous la dir.) *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale : critiques de la territorialisation*, Paris : l'Harmattan, 2007, 304 p. (pp.117-122).

LARDON S., MOQUAY P., POSS Y. (sous la dir.) (2007), *Développement territorial et diagnostic prospectif : réflexions autour du Viaduc de Millau.* Edition de l'aube, essai, 377 p.

LE GUEN J-M., L'Etat au cœur de la régulation des comportements et des soins. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

LEROUVILLOIS-LE BRETON G. (2006), « L'offre de soins en Basse-Normandie : approche **de** la proximité et **de** l'accessibilité : essai **de** géographie sociale **de** la santé », 421 p., Thèse de géographie, Université de Caen.

LEROUVILLOIS G., VINCLET P. (2002), « Les hôpitaux sous contraintes, des restructurations aux recompositions de l'offre, l'exemple de la Basse-Normandie », In FLEURET S., SECHET R. (Sous la dir.) *La santé, les soins, les territoires : Penser le bien-être.* Presse Universitaire Rennes, 238 p. (p. 49-76)

LEURQUIN B. (2007), *Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement*. Collection « Services et Territoires », l'Association Pour la Fondation des Pays, 2007, 288 p.

LONCLE P. (2009), La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne. *Sciences Sociales et Santé.* 2009, vol 27, n°1, p. 5-31.

LOMBRAIL P. (2000), « Accès aux soins », In LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H. [et al] (Sous la dir.) *Les Inégalités sociales de santé.* Paris, La Découverte, Inserm, 448 p. (Chap.26, p. 402-418)

LUCAS-GABRIELLI V., COLDEFY M. (2011), Le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé. *Contact santé.* 2011/09, HS n°4, p.12-14.

MAGNUSSEN J., VRANGBÆK K., SALTMAN R. B. (2009), *Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges.* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press. 2009, 448 p.

MASSERIA C., IRWIN R., THOMSON S. [*et al*] (2009), *Primary care in Europe*. The London School of Economics and Political Science, Europeen commission, Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities", Unit E1 – Social and Demographic Analysis. Décembre 2009, 42 p.

MASSIN I., LAURAND G., COUSTIN H. (de) [*et al*] (2009), *Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé*. Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer. 2009, 459 p.

MATHARAN J., MICHEAU J., RIGAL E. (2009), *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. Plein sens, ONDPS. Septembre 2009, 139 p.

MEYRONIN B. (2009), *Le marketing territorial : enjeux et pratiques*, Paris, Vuibert, 259 p.

MILLET-KAPTEIN C. (2011), « Le vécu du cursus de médecine générale en France et aux Pays-Bas : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des internes de Paris et d'Amsterdam », 93 p., Thèse de médecine, Université Paris Descartes.

MONNERAUD L. (2013), « L'action publique locale de la santé : entre déconstruction de compétences, recomposition des champs d'intervention et construction de légitimité », communication au Colloque GRALE-CERAPS-Université Lille 2, «Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé», 13 au 15 décembre 2012, Lille.

MONNERAUD L. (2009), « L'agir sanitaire. Processus et formes d'expression à travers le cas aquitain », 560 p., Thèse d'études politiques, Université Montesquieu - Bordeaux IV.

MOUQUET M-C., OBERLIN P. (2008), *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*. Dossiers solidarité et santé, DREES. Juillet 2008, n° 4, 119 p.

NATANZON I., SZECSENYI J., OSE D. [*et al*] (2010), Future potential country doctor: the perspectives of German GPs, *Rural Remote Health*, 2010, vol 10, n°2, article 1347.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE NORD-PAS-DE-CALAIS (2002) *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins*. Avril 2002, 74 p.

PALIER B. (2006), Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois. *Les Tribunes de la santé*, 2006/3, n°12, p. 29-36.

PENCHANSKY R., THOMAS JW. (1981), The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care.* Février 1981 : 19(2), p. 127-140

PICHERAL H. (1998), « Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé », communication au 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé, CREDES.

PICHERAL H. (2002), « Le discours de la méthode géographique, dans Territoire et santé : du diagnostic à la pratique », communication, décembre 2002, Besançon.

PIERRU F., BURON F. (2012), Les dépolitisations de la santé. Quelques jalons pour un programme de recherche. *Les Tribunes de la santé*, 2012, n° 34, p.51-70.

PITARD A. (2008), « Quelle pourrait être la bonne dimension territoriale pour un réseau de santé ? », 70 p., Thèse professionnelle Mastère Economie et Gestion de la Santé, Conservatoire National des Arts et Métiers.

POLTON D. (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? : Rapport préparatoire au schéma de service sanitaire*. La Documentation Française. Octobre 2000, 358 p.

RICAN S., VAILLANT Z. (2009), Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences Sociales et Santé*. 2009, vol 27, n°1, p. 33-42.

RICAN S., SALEM G., VAILLANT Z. [*et al*] (2010), *Dynamiques sanitaires des villes françaises.* Paris : La documentation Française, DATAR. Coll. Travaux n°12, 80 p.

RICE N., SMITH P.C. (2001), Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*. 2001: 27(4), p. 256-261

RICKETTS TC., GOLDSMITH L. (2005), Access in Health Services Research: The Battle of the Frameworks. *Nursing Outlook*. n°53, p. 274-280.

RIEUTORT L. (2006), *Le massif central. Hautes terres d'initiatives,* CERAMAC, hors série, Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise Pascal, sous la direction de L. Rieutort, 124 p.

RIGAL E., MICHEAU J. (2007), *Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions*. Plein sens, ONDPS. 125 p.

SAINT POL T. (de), Les inégalités sociales face à la santé en France. In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

SAMSON A-L. (2009), Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? In *Au chevet de la santé - Quel diagnostic ? Quelles réformes ?* Paris : Editions La Découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009/04, n° 5, 240 p.

SAMSON A-L. (2008), *Médecins généralistes à faibles revenus : une préférence pour le loisir?* Document de travail, EconomiX, Université Paris Ouest. 51 p.

SALTMAN R.B. (2008), Decentralization, re-centralization and future European health policy, *European Journal of Public Health*, Vol. 18, n°2, p. 104-106.

SALTMAN R.B., BANKAUSKAITE V., VRANGBACK K., eds. (2007), *Decentralization in Health Care: Analysis and Outcome*. London: Open University Press/McGraw-Hill Education, 362 p.

SCHAPMAN-SEGALIE S. LOMBRAIL P. (2013), État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé, *Actualité et dossier en santé publique*, 2013/03, n° 82, p.42-55.

SCHUURMAN N., FIEDLER R.S., GRZYBOWSKI S.CW. [*et al*] (2006), Defining rational hospital catchments for-non-urban areas based on travel-time, *International Journal of Health Geographics*.

SCHWEYER F-X. (2004), Les territoires de santé et la médecine libérale : les enjeux d'une convergence, *Lien social et Politiques*. Automne 2004, n°52, p. 35-46.

SCHWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. (2005), *Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes*, 2ème édition. Edition ENSP, Rennes, 112 p.

SECHET R., VASILCU D. (2012), « Les mobilités des médecins en Europe. Le cas des mobilités entre la Roumanie et la France », communication à la conférence « Genre, médecins, mobilités », Agence universitaire de la francophonie et le Bureau Europe centrale et orientale, HALSHS, 23 novembre 2012, Sofia (Bulgarie).

SECHET R., VASILCU D. (2012), Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Norois*. 2012/2, n°223, p. 63-76.

SENAT (2008), *La démographie médicale*, Etude de législation comparée, Sénat. Mai 2008, n° 185, 45 p.

SIBBALD B. (2005), *Putting general practitioners where they are needed: an overview of strategies to correct maldistribution*. National Primary Care Research and Development centre, University of Manchester, p. 1-15.

SIMARD M., VAN SCHENDEL N. (2004), *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : processus d'insertion globale et facteurs de rétention*. Culture et Société, INRS-Urbanisation, 230 p.

SZECSENYI J. (2010), Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne. *Revue française des affaires sociales.* 2010/3, n° 3, p. 81-95.

TONNELLIER F., VIGNERON E. (1999), *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, 127 p.

TREVOR DUMMER J.B. (2008), La géographie de la santé à l'appui des politiques et de la planification en santé publique, *Journal de l'Association médicale canadienne*. Avril 2008, n°178(9).

TRUCHET D. (2006), Aspects historiques et institutionnels. *Les Tribunes de la santé*. 2006/3 n°12, p. 23-28.

TRUGEON A., THOMAS N., MICHELOT F. [*et al*] (2010), *Inégalités socio-sanitaire en France, de la région au canton*, Paris: Elsevier-Masson, coll. Abrégés, 176 p.

VAILLANT Z., RICAN S., SALEM G. (2011), Dynamiques sanitaires des territoires : le diagnostic territorial de santé, outil d'aide à la décision. *Contact santé.* 2011/09, HS n°4, p.22-23.

VALLANCIEN G. (2006), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Rapport à l'attention de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, 77 p.

VALY G. (2008), « S'installer en médecine général : des doutes au passage à l'acte », 126 p. Thèse de médecine, Université Clermont-Ferrand 2.

VANDERCAMERE T. (2008), « La maison médicale universitaire : futur centre névralgique de la médecine générale », 394 p., Thèse de médecine, Université Montpellier 1.

VANIER M. (2011), Du territoire à l'interterritorialité : Quatre récits prospectifs d'un possible avenir territorial. *Contact santé*. 2011/09, HS n°4, p.7-9.

VIDANA J.-L. (2012), Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire. *Revue de droit sanitaire et social.* Mars-Avril 2012, n°2, p. 267-279.

VIGNERON E., CORVEZ A., SAMBUC R. (2001), *Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020*, In DATAR, *Territoires 2020*, Etudes et prospective. Juin 2001, n°3, p. 87-99.

VIGNERON E. (2001), *Distance et santé : la question de la proximité des soins*, Paris, PUF, Médecine et Société, 128 p.

VILBROD A., DOUGUET F. (2006), *Le métier d'infirmière libérale*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Avril 2006, Document de travail n°58, Tome1 : 195p, Tome2 : 221 p.

VILLENEUVE P. (2009), Les compétences sanitaires des collectivités territoriales. *Revue de droit sanitaire et social*. Hors série 2009, p.86-97.

WATT IS., FRANKS A.J., SHELDON TA. (1994), Health and health care of rural populations in the UK: is it better or worse? *Epidemiol Community Health Journal*. Février 1994; n°48 (1), p. 16-21.

YOUNG R., LEESE B. (1999), Recruitment and retention of general practitioners in the UK: What are the problems and solutions? *British Journal of General Practice*. 1999, n°49, p 829-33.

YOUNG R., LEESE B., SIBBALD B. (2002), Imbalances in the GP labour market in the UK: evidence from a postal survey and interviews with GP leavers. *Work, Employment and Society*. 2002, n° 15(4), p. 699-719.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Personnes interrogées pour l'étude des actions santé des Pays et Parcs du Massif central

- **Olivier Cavagna**, directeur du SMAD des Combrailles (**Pays des Combrailles**, Puy-de-Dôme, Auvergne) et Véronique Barale, coordinatrice santé du réseau Santé Avenir Combrailles (rencontrés plusieurs fois en 2010 et 2011).

- **Ludivine Giral**, directrice de Sancy Artense communauté, en charge du suivi des actions du **Pays Grand Sancy**, Puy-de-Dôme, Auvergne (entretenu par téléphone en 2010).

- **Cécile Legat**, directrice du **Pays Jeune Loire et ses rivières** (Haute-Loire, Auvergne), rencontrée plusieurs fois dans le cadre du suivi de l'étude Pays (comité de pilotage et ateliers territoriaux)

- **Stéphane Zapata**, directeur du **Pays Vichy-Auvergne** (Allier-Puy-de-Dôme, Auvergne) rencontrée plusieurs fois dans le cadre du suivi de l'étude Pays (comité de pilotage).

- **Maud Baladier**, Chargée de Mission Aménagement au **Pays du Charolais Brionnais**, Saône-et-Loire, Bourgogne (entretenue par téléphone en 2010 et 2011).

- **Brigitte Legrand**, ancienne infirmière, coordinatrice en charge de l'animation du réseau de santé du **Pays Nivernais Morvan** (entretenue par téléphone en aout 2009 et en 2010).

- **Gaelle Nackach**, chef de projet au **Pays Combraille en Marche** (Creuse, Limousin), chargée notamment des actions santé (rencontrée en septembre 2009 à Mainsat).

- **Nadège Savary**, chargée de mission au Conseil général de la Corrèze en charge de l'action santé du **Pays Haute Corrèze** (Corrèze, Limousin), et **Julie Granprat**, animatrice du Pôle local d'Accueil du Pays (Rencontrées en septembre 2011 à Ussel).

- **Olivia Barthélémy**, chef de projet au **Pays Haut Languedoc et Vignobles** (Hérault, Languedoc-Roussillon), dans le domaine des services (rencontrée en novembre 2009 à Bédarieux).

- **Catherine Guérard**, prestataire de l'étude service à la personne menée pour le **Pays des Sources en Lozère** (Lozère, Languedoc-Roussillon) rencontrée au comité de pilotage du rendu final de l'étude en mars 2009 à Badaroux.

- **Marie Françoise Landes**, directrice du **Pays Sidobre Mont de Lacaune** (Tarn, Midi-Pyrénées), chargée d'accompagner les projets en santé sur le Pays (Rencontre en 2008 à Brassac et par téléphone en novembre 2009).

- **François Breurec**, chargé de mission santé du **Pays de Figeac** (Lot, Midi-Pyrénées), rencontré en 2010 à Figeac.

- **Amélie Combres**, directrice du **Pays du Haut-Rouergue** (Aveyron, Midi-Pyrénées), entretenue par téléphone, en septembre 2009.

-**Isabelle Auget**, directrice adjointe du **PNR des Grands Causses** (Midi-Pyrénées)

-**Emilie Grille**, directrice de l'association **Vallée de la Dore** (Puy-de-Dôme, Auvergne), **Fabrice Bretel**, coordonnateur du projet territorial de santé Thiers-Ambert et **Grimal Sophie**, chargée de mission Vallée de la Dore.

-**Samuel Houdemon**, directeur du Pays Saint-Flour-Haute-Auvergne (Cantal, Auvergne).

-**Gisèle Leroux**, directrice du Pays d'Aurillac (Cantal, Auvergne).

-**Dominique Athanase**, chargée de mission à l'URCAM Auvergne.

Personnes interrogées pour l'étude des maisons de santé du Massif central

Personnes rencontrées :

-**Mr Jean-Pierre Vacher**, président de la communauté de communes Carrefour des Quatre provinces (Creuse, Limousin) et **Mme Christelle Jouany**, agent de développement de la communauté de communes, rencontré en septembre 2009 à Gouzon. Ils ont portés et accompagnés le projet de maison médicale pluridisciplinaire de **Gouzon**, en fonctionnement depuis octobre 2008.

-**Dr Michel Marcus**, médecin généraliste à **Beynat** (Corrèze, Limousin) et membre du conseil municipal, rencontré en août 2009 à Beynat. Président de l'association « Avenir et santé en Pays de Beynat », il a souhaité, avant de partir à la retraite, porter avec les autres professionnels et avec des élus un projet de maison médicale pluridisciplinaire qui est entré en fonctionnement en 2011.

-**Mme Marie-Françoise Landes**, directrice du Pays Sidobre - Monts de Lacaune (Tarn, Midi-Pyrénées). Nous l'avons rencontré l'été 2008 à Brassac dans le cadre d'un stage à la Datar puis nous avons échangé par téléphone en novembre 2009. Elle a accompagné avec beaucoup d'énergie et d'investissement la création de la maison de santé pluridisciplinaire de Brassac, en fonctionnement depuis novembre 2009.

-**Jeanne Bruyère** (devenue Jeanne Lemarchand**)**, Directrice de la Communauté de Communes du Haut Vivarais (Ardèche, Rhône-Alpes), rencontrée lors de la journée « santé et territoire » organisé par l'Adret à Die (Drôme). Nous avons eu des échanges par la suite de mails. Elle a accompagné activement le projet de maison de santé pluridisciplinaire de **Saint-Agrève**, en fonctionnement depuis l'été 2010. Elle a par ailleurs animé en amont le projet de réseau de santé avec la maison de santé de Saint-Martin-de-Valamas qui n'a pas abouti.

-**Dr Roland Muzelle**, médecin généraliste à **Saint Symphorien de Lay** (Loire, Rhône-Alpes), rencontré l'été 2008 au cours d'un stage à la Datar. Il est le fondateur et le coordinateur de la maison de santé la « Symphorine », en fonctionnement depuis 1986, avec de multiples professionnels (kinésithérapeutes, podologue, infirmières, psychologue…) sous forme d'une société civile immobilière.

-**Mme Katia Faure**, secrétaire générale à la communauté de communes Les Monts d'Orb pour le projet de maison de santé au **Bousquet d'Orb** (Hérault, Languedoc-Roussillon), rencontrée en novembre 2009.

-**Mr Henri Jamet**, kinésithérapeute à la maison de santé de **Massiac** (Cantal, Auvergne), rencontré en septembre 2009 à Massiac.

-**Dr Roger**, médecin généraliste à **Montsauche-les-Settons** (Nièvre, Bourgogne), co-fondateur de la maison de santé pluridisciplinaire de Montsauche, un échange téléphonique en août 2009 et rencontré lors du séminaire National des Maisons et Pôles de Santé à Dijon en janvier 2010.

-**Dr Francis Pellet**, médecin généraliste **aux Vans** (Ardèche, Rhône-Alpes) et **Mme Myriam Dey**, secrétaire-gestionnaire, à la station médicale Les Vans, en fonctionnement avec quatre médecins généralistes depuis juin 2008, et un projet de santé qui réunis plus d'une trentaine de professionnels sur le territoire.

--**Dr Bouvier** et **Dr Degardelle**, médecins généralistes à Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier, Auvergne), porteurs d'un projet de regroupement professionnel sur la commune. Rencontrés à Dijon, Clermont-Ferrand et à Saint-Pourçain.

-**Hélène Berger**, chargée de mission et **François Brunet**, président de la communauté de communes du Pays de Pionsat, rencontrés pour le projet de maison de santé pluridisciplinaire à Pionsat, dans le cadre de l'accompagnement de la 27ème Région et l'action à l'échelle du Pays des Combrailles.

Echanges téléphoniques :

-**Aurélie Décembre**, agent de développement à la communauté de communes Lot et Serre (Aveyron, Midi-Pyrénées), en février 2010. Elle a pu nous renseigner sur la maison de santé de **Saint Laurent d'Olt** en fonctionnement depuis février 2009, sans pour autant avoir participé à l'élaboration du projet.

-**Julien Bertrand,** chargé de mission à la communauté de communes sud Bouriane (devenu communauté de communes Cazals-Salviac en janvier 2013) (Lot, Midi-Pyrénées), échange téléphonique en février 2010. Il a accompagné le projet de maison médicale de **Cazals** en fonctionnement depuis l'été 2009.

-**Dr Valéry Verdier**, médecin généraliste dans la maison médicale de **Saint-Affrique** (Aveyron, Midi-Pyrénées) en fonctionnement depuis septembre 2007, échange téléphonique en 2010. Cette maison de santé est composée de médecins, généralistes et spécialistes.

-**Marcels Calmels**, maire de **Saint-Rome-de-Tarn** (Aveyron, Midi-Pyrénées), échange téléphonique en juin 2009. Il a porté le projet de maison médicale sur Saint Rome de Tarn qui est rentré en fonctionnement depuis janvier 2013, accueillant deux médecins généralistes, deux masseurs-kinésithérapeutes et trois infirmières.

-**Mme Fanny Renodeau**, agent de développement de la communauté de communes entre l'Alène et la Roche (Nièvre, Bourgogne), échange téléphonique en décembre 2009. Elle nous a permit d'obtenir un premier niveau d'information technique sur le projet de maison de santé de **Luzy**, qu'il aurait fallu que nous complétions avec le témoignage du Dr Paponeau, médecin généraliste actif dans le projet, que je n'ai pas recontacté.

-**Mme Aline Verveiller**, secrétaire de mairie de **Moulins-Engilbert** (Nièvre, Bourgogne). Elle nous a permit d'obtenir des informations techniques sur la maison de santé en fonctionnement depuis février 2008.

-**Elisabeth Blanc**, chargée de mission à la communauté de communes Margeride Est. Nous avons échangé en novembre 2009 au sujet du projet de MSP à **Grandieu** (Lozère, Languedoc-Roussillon), ouverte depuis 2007 et réunit en 2013, médecin, kinésithérapeute, dentiste et infirmières.

-**Karine Sabrou**, secrétaire de mairie à **Catus** (Lot, Midi-Pyrénées), à propos de la récente maison de santé de Catus (entretien en décembre 2009).

-**Chantal Balat**, directrice de la communauté de commune du canton de Montcuq (entretien en décembre 2010), pour la maison médicale de **Montcuq** (Lot, Midi-Pyrénées).

-**Mr Raket**, maire de **Bagnac-sur-Célé** (Lot, Midi-Pyrénées), qui a bien voulu répondre à nos questions sur la maison médicale en fonctionnement depuis 2008 sur sa commune.

-**Mlle Dajoux** est chargée de mission à la mairie du **Donjon** (Allier, Auvergne). Nous avons échangé par téléphone en novembre 2010 sur les étapes de construction de la maison de santé construite sur la commune et en fonctionnement depuis septembre 2010.

-**Murielle Fantini**, chargée de mission à la communauté de communes de Villefort (Lozère, Languedoc-Roussillon), nous a renseigné en novembre 2010 sur les modalités de réalisation de la maison médicale de la **Bastide-Puylaurent**.

-**Julien Cluchargue**, chargé de mission à la communauté de communes du Pays de **Boussac** (Creuse, Limousin), en novembre 2010, pour le projet d'une maison de santé à Boussac, inclus dans un réseau de santé en construction porté par le Pays Combrailles en Marche.

-**Fabien Ravier**, chargé de mission à la communauté de communes des Boutières (Ardèche, Rhône-Alpes), en novembre 2010, pour la maison médicale de **Saint-Martin-de-Valamas**.

-**Karen Dupin**, chargée de mission à la communauté de communes de Sauxillanges (Puy-de-Dôme, Auvergne), en novembre 2010, pour le projet de maison de santé sur **Vernet-la-Varennes** dont les travaux ont pris du retard, rentré en fonctionnement en 2011.

-Les secrétaires de mairie de **Fours** (Nièvre, Bourgogne) et d'**Assier** (Lot, Midi-Pyrénées), en novembre 2010 pour les maisons médicales implantée dans ces deux communes.

-**Mlle Caroline Sauvaget**, chargée de mission à l'URML Rhône-Alpes et Dr **Nicole Bez**, élue URML, m'ont présenté par téléphone en octobre 2009, les modalités d'accompagnement des porteurs de projet de MSP par le pôle ressource de l'**URML Rhône-Alpes**.

-**Anthony de Aquino**, chargé de mission pour la commune de Dompierre-sur-Bèbre pour le projet de maison de santé.

-**Antoine Teuma**, chargé de mission à la communauté de commune Haut Livradois pour le projet de maison des services à Saint-Germain-en-l'Herm (Puy-de-Dôme, Auvergne)

-**Corinne Gayte**, responsable du site de proximité Aix-Urfé-Côte Roannaise-La Pacaudière, a accompagné les démarches en matière d'organisation de l'offre de soins sur leur territoire.

<u>Personnes rencontrées dans le cadre du groupe de travail Massif central</u> :

-**Caroline Verset**, chargée de mission à l'URCAM Bourgogne.

-**Anthony Ponticaud**, chargé de mission à l'URCAM Limousin.

-**Catherine Guilloux**, chargée de mission à l'URCAM Auvergne.

-**Florence Lemetayer**, chargée de mission santé au Conseil régional de Bourgogne.

-**Béatrice Rougy**, directrice de la santé au Conseil régional Languedoc-Roussillon.

-**Claire Lagarde**, chargée de mission santé au Conseil régional du Limousin.

-**Luc Voisin**, chargé de mission et **Geneviève Borodine** Responsable Santé Solidarité, au Conseil régional Rhône-Alpes.

-**Mireille Ghys**, chef de projet santé au Conseil régional Auvergne.

-**Claudine Boita,** chargée de mission santé au Conseil régional Midi-Pyrénées

-**Odile Stefanini**, commissaire adjointe Datar Massif central et **Bernard Labonne**, chargé de mission santé Datar Massif central

Personnes interrogées pour les politiques d'accueil

Benoit Gorsse, chargé de mission Accueil pour les Pays Albigeois et Sidobre Mont de Lacaune (échange en 2010).

Marion Houdin, responsable du site de proximité des Monts du Forez, Loire, Rhône-Alpes (échange en 2013)

Marie-Béatrice Lenoir-Venturini, chargée de mission Accueil du Conseil général de l'Allier (échanges en 2010 et 2011)

Dr Sylvie Thevenon, médecin de la PMI et directrice adjointe du service Enfance et familles du Conseil général de Saône-et-Loire (échange en 2010).

M. Laurent Crozat, chargé de mission pour l'ALUMPS à Mende, Lozère, Languedoc-Roussillon (échanges en 2009 et 2010).

Valérie Cogoluegnes, Service Communication au Conseil général de la Lozère (échange en 2011).

Henri Talamy, délégué à la création d'entreprise à l'ARDTA et chargé des professionnels de santé (échanges de 2009 à 2011).

Dr Annick Pitson-Lefevbre, médecin généraliste installée à Condat (Cantal) en 2009 et ayant bénéficiée des mesures de politiques d'accueil (échange en 2011).

Julie Granprat, animatrice du Pôle Local d'Accueil (PLA) de Haute-Corrèze (Corrèze, Limousin).

La Montagne Limousine

Les professionnels de santé :
-Dr Jean-Claude Etilé, **médecin généraliste** à Royère de Vassivière
-Dr Daniel Buchon, **médecin généraliste** à Bugeat, président de l'association ADRES
-Dr Catherine Prioux, **médecin généraliste** à Faux la Montagne
-Nadège Lauchet, **médecin généraliste** à Bugeat et chef de clinique à Limoges
-Philippe Joffre, **infirmier** à Royère et Ahun, membre du réseau
- Mme Hébrard, **pharmacienne** de Royère et secrétaire de l'association ADRES. Mr Hébrard, mari de la pharmacienne travaillant à la pharmacie et membre de l'association

Les techniciens du réseau et des collectivités locales :
- Gaëlle Sow, **coordinatrice** du réseau ADRES basée à Bugeat, en poste depuis le 1er juillet

- Guillaume Sauvier, **agent de développement** de la communauté de communes des Sources de la Creuse (La Courtine)
- Nadège Savary, **chargée de mission** détachée du CG 19 au pays Haute-Corrèze, en charge du projet de santé et de la stratégie de communication envers les professionnels de santé du Pays.
- Gérard Jafretou, **directeur du PNR** Millevaches, à Gentioux-Pigerolles.
- Géraldine Van Viet, **chargée de mission** au PNR Millevaches (par téléphone)
- François Tissot-Rosset, **animateur** su Pôle Local d'Accueil (PLA) Sud-Est Creuse (Crocq)
- Florence Collette et Claire Lagarde, **Conseil régional du Limousin** (grand intérêt du projet, soutien pour le maillage du plateau, souhaits…)

Les élus des collectivités locales :
-Marie-Claude Mathieu, **présidente** de la Communauté de communes du Haut-Pays Marchois, porteur du projet de maison de santé à Crocq.
-Pierre Coutaud, **maire** de Peyrelevade, maison de santé réalisée sur la commune (par téléphone).

Le Nord Aveyron

Les professionnels de santé :
-Dr François Lavarenne, **médecin généraliste** à Laguiole
-Dr Didier de Labrusse, **médecin généraliste** à St Chély d'Aubrac, médecin coordinateur à l'EHPAD, secrétaire de l'Ordre des médecins départemental d'Aveyron
- Dr Sylvie Hebrard, **médecin généraliste** à Laguiole
- Dr Philippe Nekrouf, **médecin généraliste** à Laguiole
- Dr Christine Gaulier, **médecin généraliste** à St Amans des Côts
- Sophie Besombes, **pédicure-podologue** à St Amans des Côts
- Géraldine Besombes, **infirmière** au CSI de Laguiole
- Olivia Girbal, **infirmière** au CSI de Laguiole
- Agnès Jenty, **sage-femme** libérale à Laguiole

Les élus :
-Mr Vincent Alazard, **maire** de Laguiole et Conseiller général de l'Aveyron
-Mme Renée-Claude Coussergue, **maire** de Sainte Geneviève-sur-Argence, présidente de la C.C Argence, Conseillère générale de l'Aveyron, membre des conférences territoriales et régionales de santé, représentante du CG sur la santé (avec une autre élue CG).

Les institutions :
-Mme Hélène Ancessi, **inspectrice et animatrice territoriale** à la délégation territoriale de l'ARS Aveyron, Rodez

Annexe 2 : Grille d'entretien pour l'enquête sur les stratégies et actions des Pays et des Parcs en matière de santé

Votre Pays mène ou a mené une étude sur la thématique de la santé, de l'organisation des soins ou sur les services à la population en général, je vais vous poser quelques questions pour connaître plus en détail la forme et le fond de cette intervention qu'a mené le pays.

-Pouvez-vous rappeler le **contexte** et les **objectifs** qui ont animé cette étude (cahier des charges) ?
-Quel a été le **portage politique** local et régional ?
-Quelle **démarche** et **méthode** de travail a été mise en place par le pays?
-Une **prestation extérieure** a-t-elle été requise ? Qui a été retenue ?
-Quel a été le **coût** de l'étude ?
-Quels ont été les **soutiens financiers** ?
-Quelle a été la **durée approximative** de l'étude ?
-Quels ont été les **moyens humains** (en interne et/ou en prestation) ?
-Quels sont les **principaux constats** retenus (atouts et difficultés) ?
-Quelle **stratégie** a été dégagée ?
-Observez-vous des **phénomènes de concurrence** entre les territoires à l'intérieur du pays ou entre pays ? L'étude que vous menez permet-elle de les atténuer ?
-Quel **plan d'actions** développé ? Quelle modalité de mise en œuvre ?
-Quelle **transversalité** ? Dans quelle mesure l'étude et les actions qui en découlent en matière de santé sont-ils intégrés à la stratégie globale du pays? Autrement dit, ont-ils des liens avec les autres actions du pays ?
-Quels sont les **retours** ou impacts déjà mesurés ?
-Quelles sont vos relations avec les **institutions de santé** (Etat, ARS) ?

Annexe 3 : Grille d'entretien pour l'enquête sur les maisons de santé sur le Massif central (en cours et en fonctionnement)

Personne(s) interrogée(s) : ……..……

Fonction (s) : ……..…

Date de l'entretien : ……..……

Lieu de l'entretien: ……

Projet de maison de santé : ……...…

Bref historique : ……

……

Etude d'opportunité : □ oui □ non

A la demande de ……...

Réalisée par :……..……

Date : …….

Critères / Appréciations :

……

Etude de faisabilité : □ oui □ non Sollicitée par ……...……..

A quelle échelle de territoire (étude pays, pnr, projet) :……

Maître d'ouvrage : ……

Maître d'oeuvre :……..…

Coût de l'étude : ……..

Financements :……..

Durée :……..….

Forme (enquête, entretien, comité de pilotage) : ……

Contenu : - Diagnostic □ oui □ non

- Prospection □ oui □ non
- Propositions scenarii □ oui □ non
- Projets de soins □ oui □ non
- Accompagnement juridique □ oui □ non
- Accompagnement bâtiment □ oui □ non

Le Projet :

<u>Présentation générale et partenaires</u>

Commune d'implantation :……..…..

Communauté de communes : ……

Pays (ou PNR): ……

Zone déficitaire : □ oui □ non ZRR : □ oui □ non

Porteur de projet : ……..…

Professionnel(s) référent(s) : ……..…...

Professionnels de santé du projet (p*rofession, age, ancienneté sur la commune, cabinet principal ou secondaire) :* ……

Professionnels autres que sanitaires (sociaux notamment) (p*rofession, age, ancienneté sur la commune) :*

…….

Montage de la MSP : □ en cours □ terminé

Si en fonctionnement, depuis quand :

……..……

Accompagnement (par qui et nature de l'accompagnement autre que l'étude de faisabilité) :

……

……

Comité de pilotage (lors du montage du projet): □ oui □ non

Si oui, composition : ……..……

Rôle : ……..…

Fréquence des réunions: ……...

Intégration dans une démarche territoriale (pays) : □ oui □ non

commentaires ……

Partenaires du projet :

- Elus locaux : □ oui □ non *lesquels*…….
- Etablissements sanitaires ou médico-sociaux : □ oui □ non

lesquels : ……

- Région : □ oui □ non
- Département : □ oui □ non
- MRS : □ oui □ non
- MSA : □ oui □ non
- Mutualité : □ oui □ non

- Associations de patients : □ oui □ non

lesquelles :……..…….

- Ordres professionnels : □ oui □ non *lesquels* : ……..
- Syndicats : □ oui □ non *lesquels*…….….

- Autres : Etat ? Europe ? ……..……

Organisation collective du projet :

Projet de soins : □ oui □ non

- Formation(s) pluridisciplinaire(s) (*thèmes : qui propose, qui participe, qui finance, formalisation)* :……...……...

- Formation continue : ……..

- Protocole de suivi des patients *(mise en oeuvre, formalisation)* : …….

- Prise en charges communes (*outils, informations partagées*) : ……..

- Actions de prévention et d'éducation à la santé : ……

- Liens avec des réseaux : ……...…..….

- Liens avec des établissements sanitaires (*connaissances mutuelles, partenariats*):

……

- Travail avec des spécialistes (vacations, consultations avancées, télémédecine, …) :

……

- Organisation de la permanence de soins : …..……

- Secrétariat commun : □ oui □ non ……..

- Secrétariats différenciés : □ oui □ non ……..……

- Maître(s) de stage : □ oui □ non …….……

- Autres thèmes : □ oui □ non ……..……

- Coordinateur administratif : □ oui □ non

Si oui, ses missions : ……

Projet immobilier et mode de gestion :

Construction neuve : □ oui □ non

Coût (HT) *hors équipement, avec terrain* :……..

Superficie utile totale : …… Parking (places):……..

Localisation (centre-ville, sortie) : …….……...

Pharmacie à proximité : …….. ……

Etablissements de santé à proximité : *lesquels* ……

Lieu de réunion : □ oui □ non Superficie :……..

Salle (s) d'attente (nombre, superficie) : …….……..

Logement pour étudiant ou pour remplaçant : □ oui □ non Superficie : …….……

Structuration juridique : □ SCM □ SC □ SCI □ GCS □ Association □ Autre……

Raisons de ce choix : ……

Relations contractuelles : (*Entre pays, communautés de communes, communes et les professionnels de santé. Formalisation)* ……

Nature de l'engagement financier du maître d'ouvrage et des professionnels de santé *(propriétaire(s), mise à disposition de locaux, bail, durée, conditions d' intégration de nouveaux arrivants) :*

……

……

Budget prévisionnel / réel de fonctionnement :

- *dépenses structures (électricité, chauffage…)*
- *gestion collective de personnel (secrétariat, entretien, coordinateur administratif)*
- *dépenses non collectives*

Calcul loyers (prévisionnel) et prorata des partenaires sur les charges de structures :

……

Lors du montage, quelles <u>difficultés</u> rencontrées ?

.....……

……..

Quelles <u>solutions</u> retenues/apportées ?

……

……

Si en fonctionnement, quels <u>impacts</u> positifs ressentis ? :

..……

……..

Quels <u>problèmes</u> rencontrés :

……

……

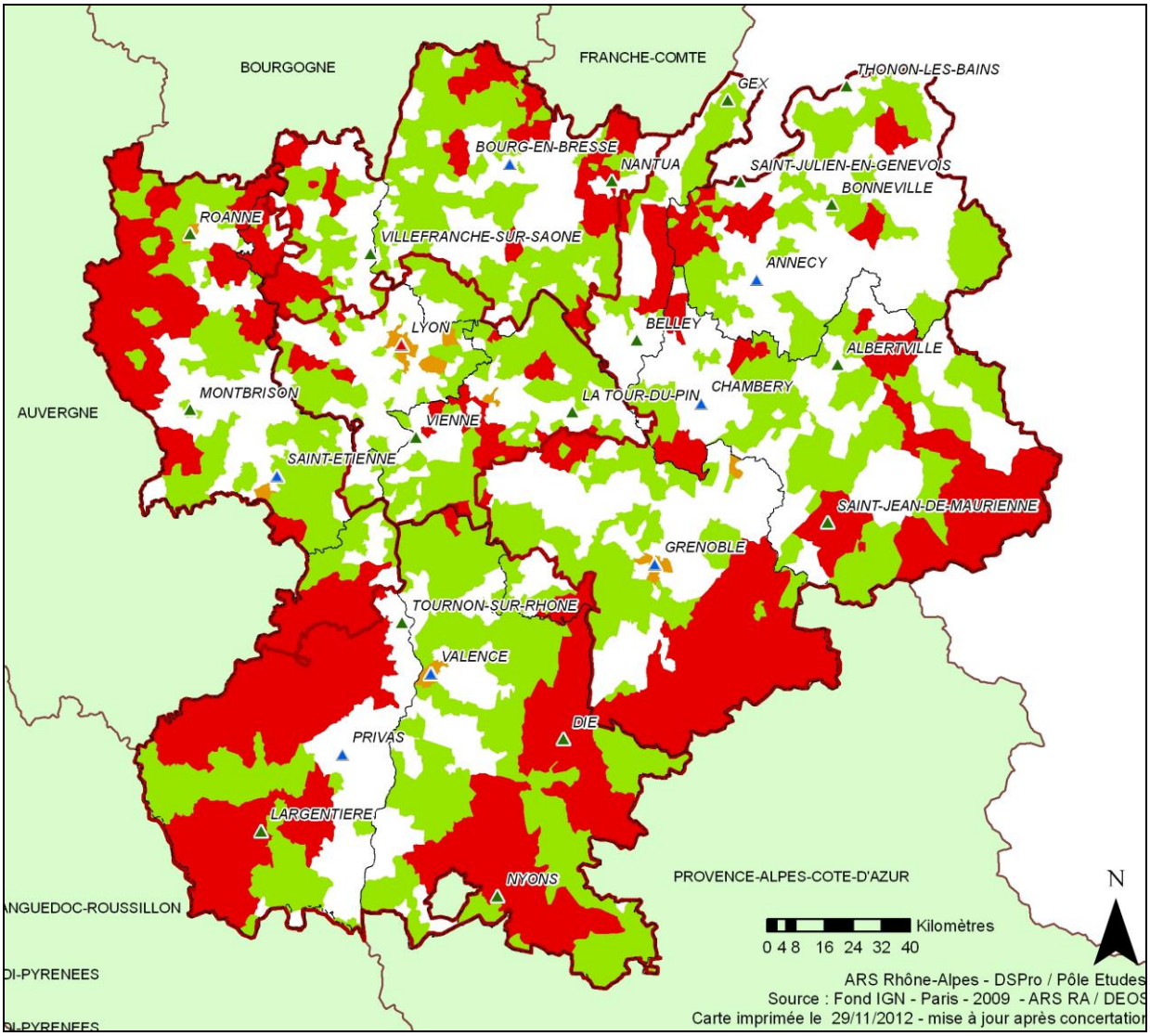
Quelles <u>solutions</u> apportées :

…….....

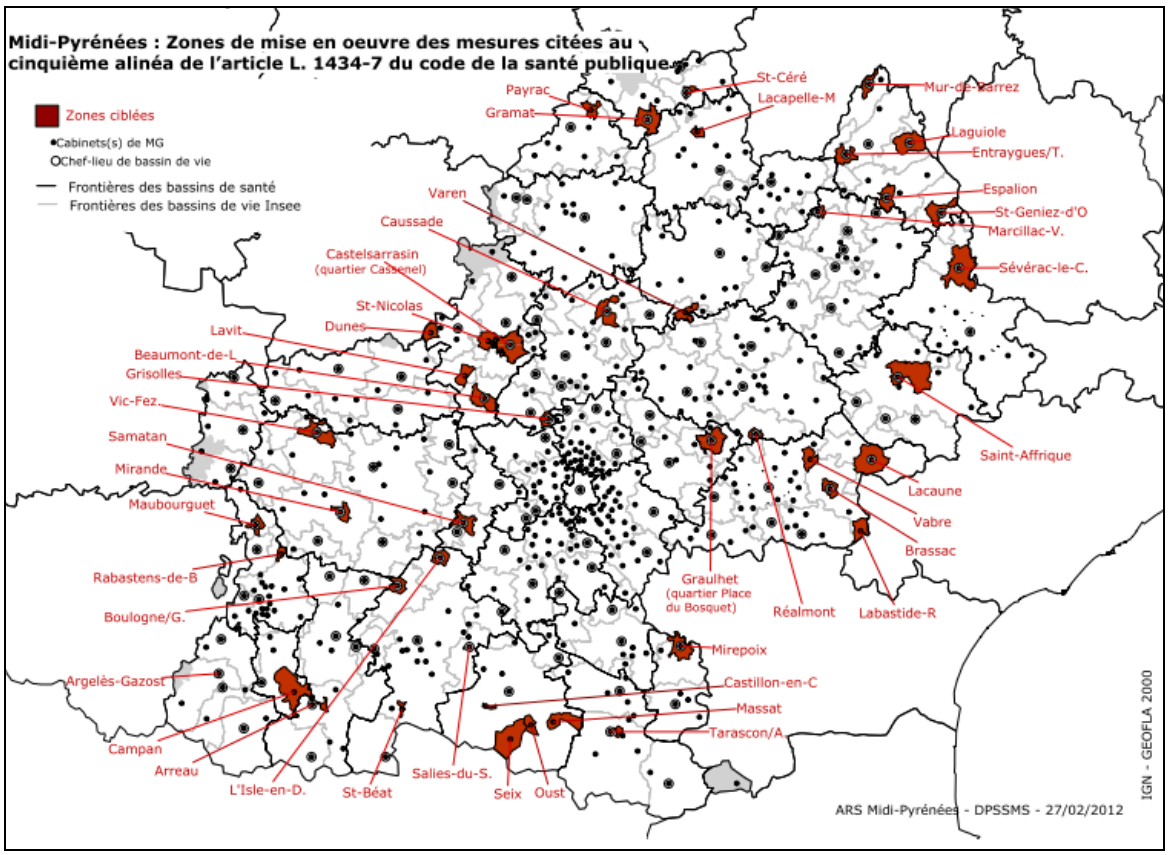
.....

Annexe 6 : Zonages pluriprofessionnelles et zones fragiles par régions du Massif central

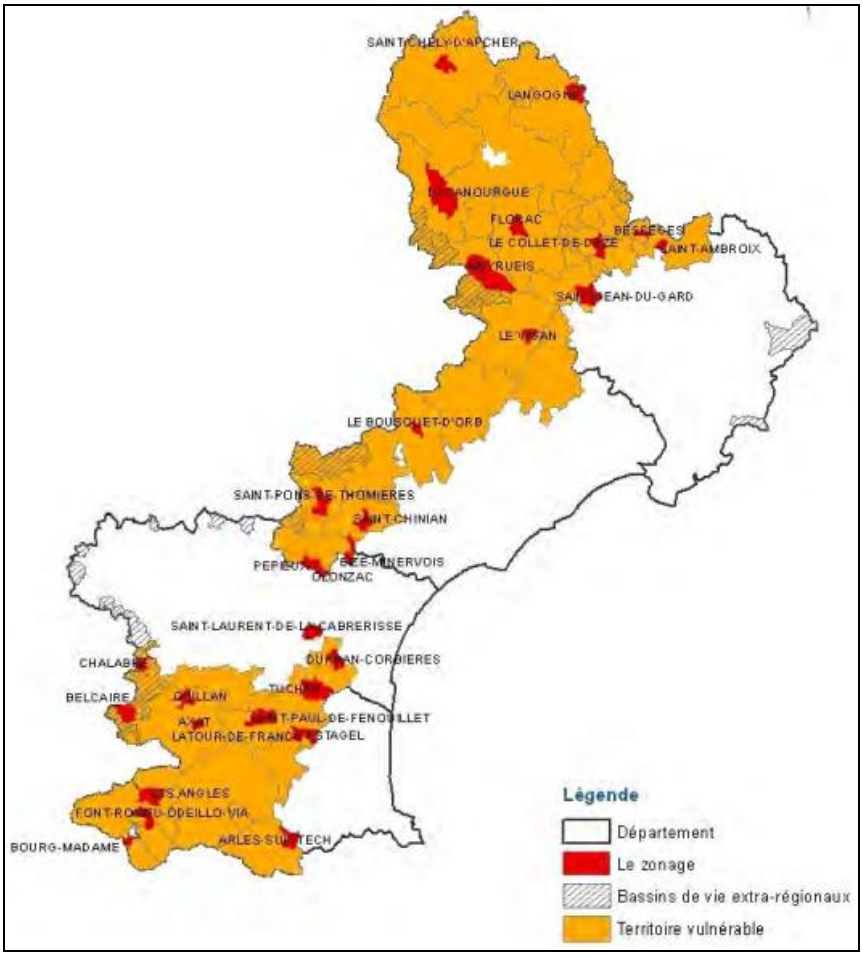
Région Rhône-Alpes (en rouge les zones pluriprofessionnelles et en vert les zones fragiles)



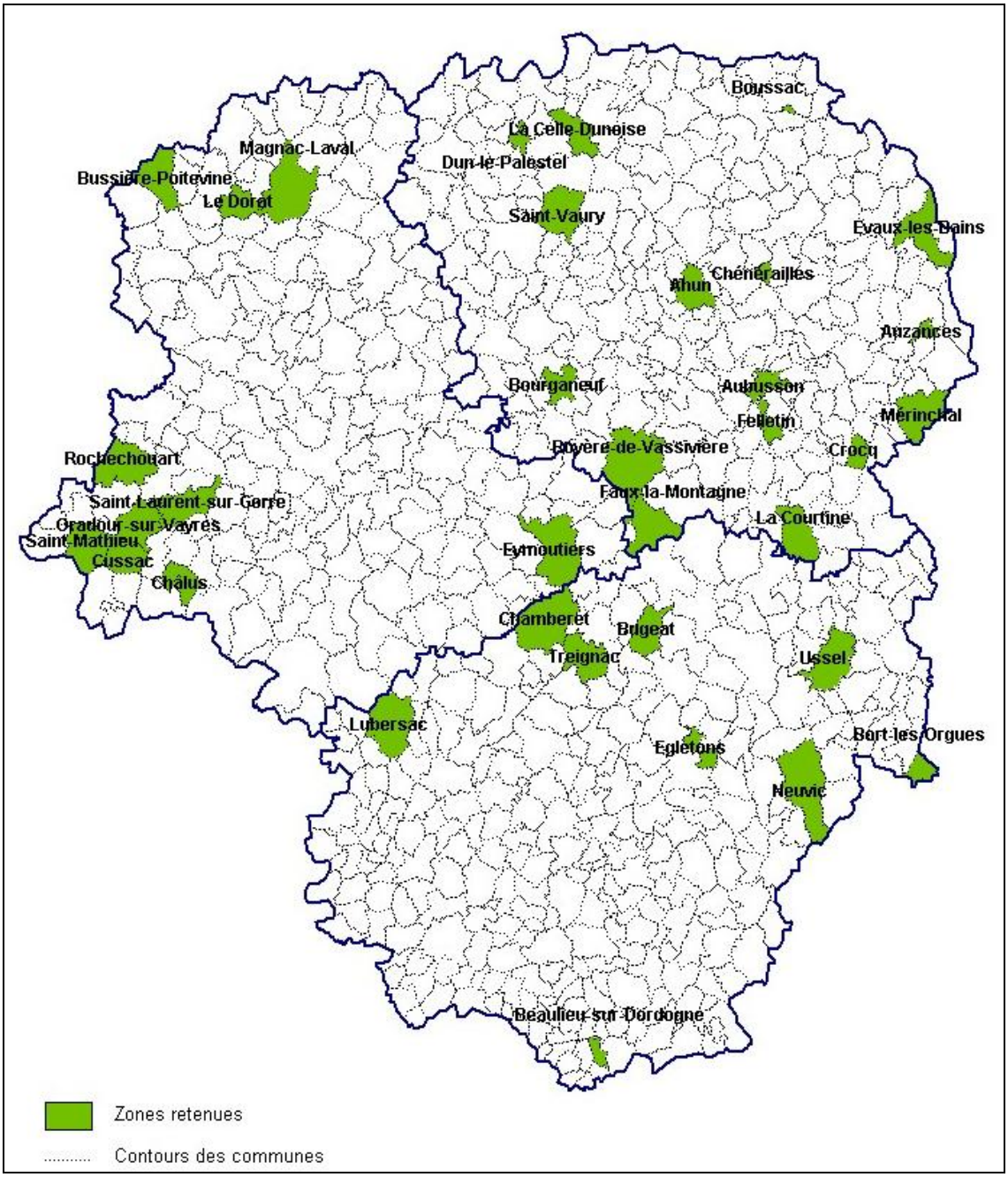
Région Midi-Pyrénées



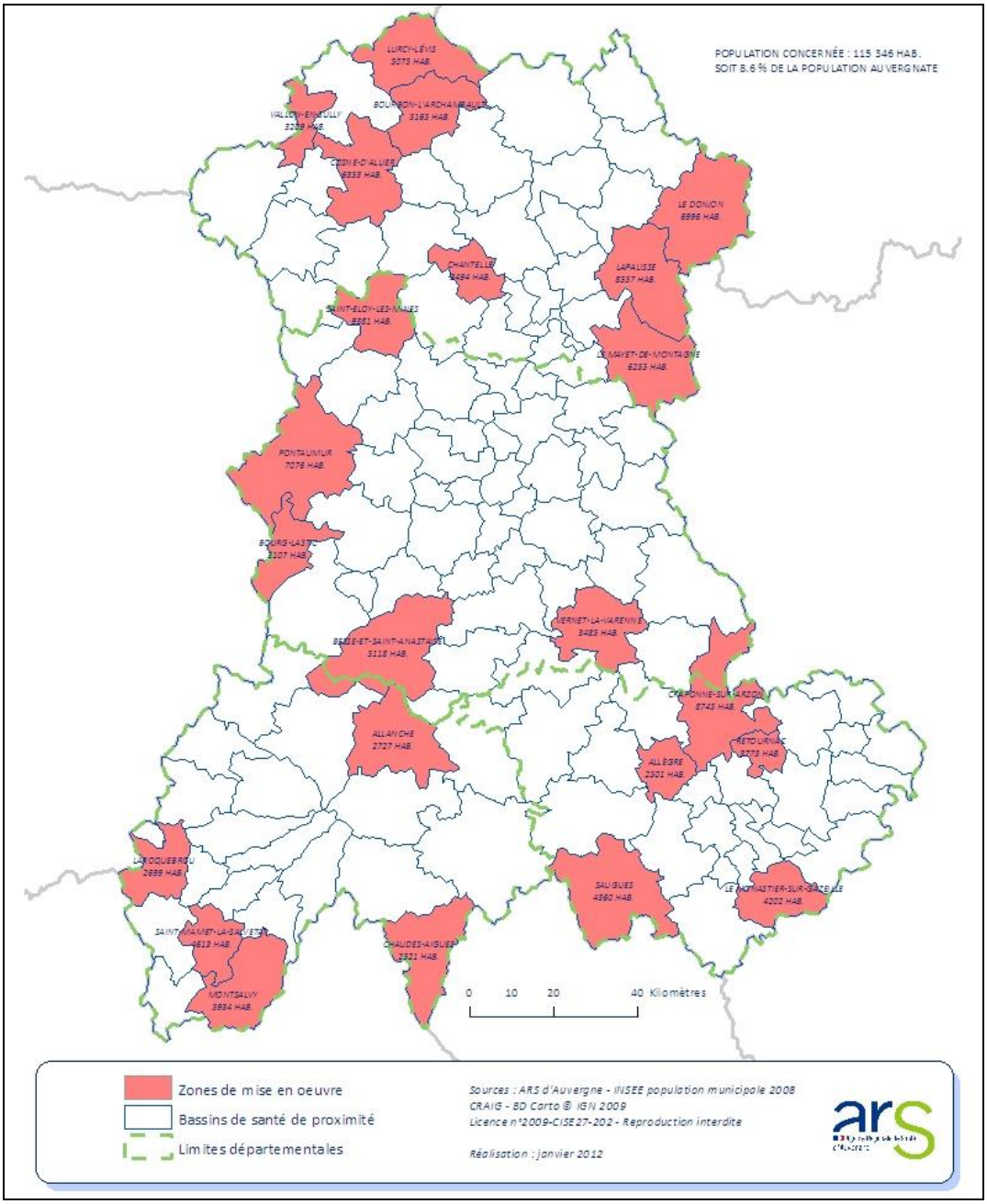
Région Languedoc-Roussillon



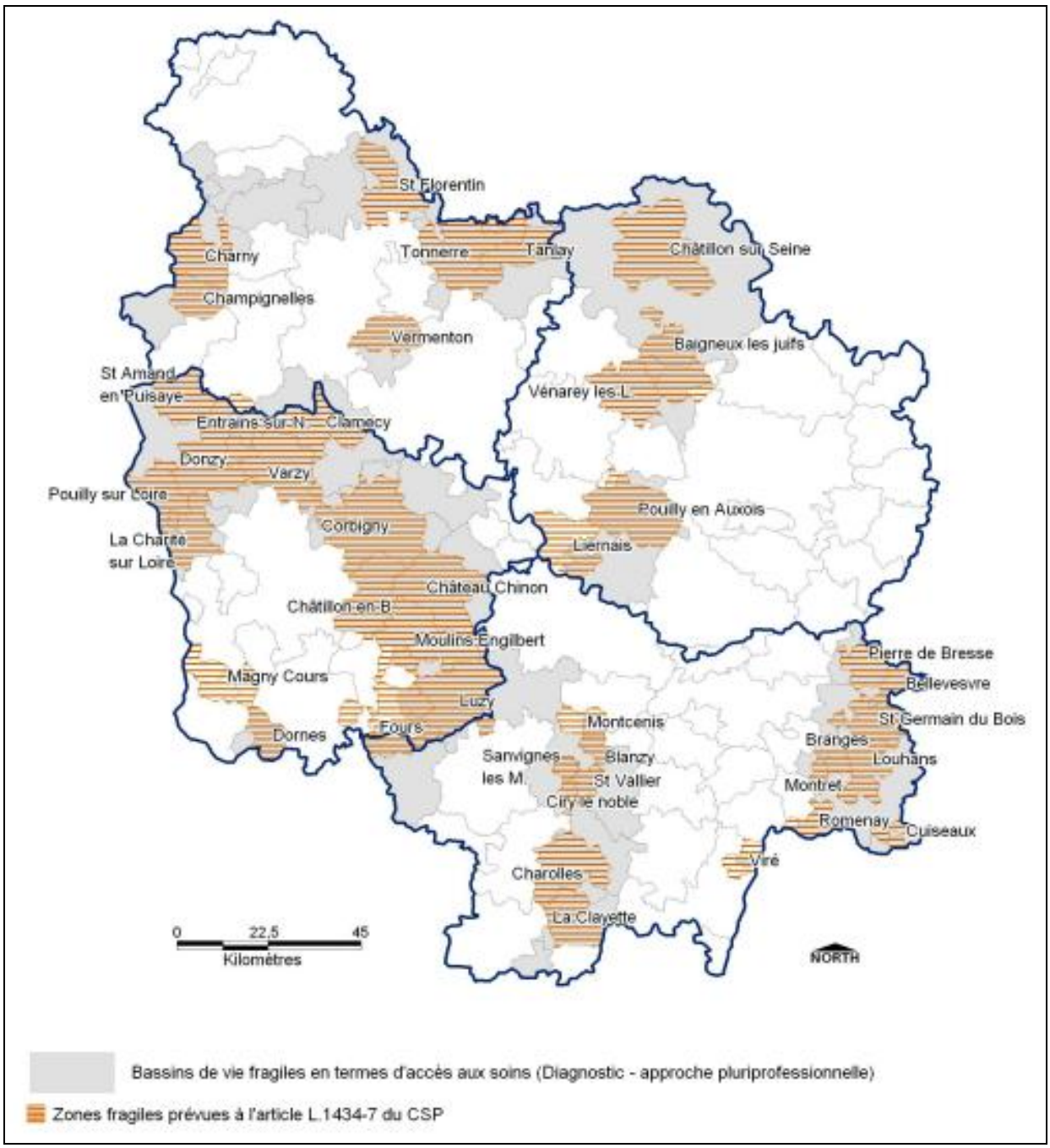
Région Limousin



Région Auvergne



Région Bourgogne



Annexe 5 : Projet de lettre d'information « Santé en Massif central » (non parue).

LETTRE INF N°1

HIVER 2010

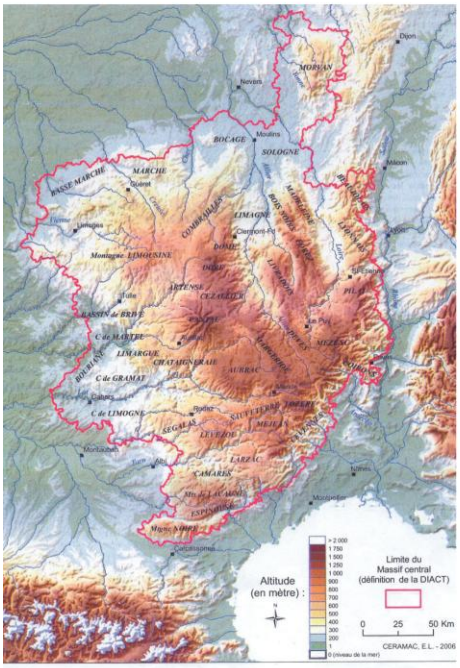
SANTÉ EN MASSIF CENTRAL

EDITO

Notre volonté pour le Massif central est très claire : accueillir de nouvelles populations pour en finir définitivement avec la baisse de la démographie. Mais encore faut-il pour cela mettre tous les atouts de notre côté. Concrètement, ça signifie être en capacité d'offrir l'ensemble des services nécessaires à l'installation de nouveaux habitants. Pouvoir accéder facilement aux services d'un médecin, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute ou d'un établissement hospitalier est une demande récurrente et bien naturelle des candidats à l'installation.

C'est pour cette raison, que nous avons décidé, dans le cadre de la politique interrégionale de Massif de traiter la question de l'accès à l'offre de soins, considérant l'impact évident de cette thématique sur l'attractivité des territoires ruraux.

Des travaux sont d'ores et déjà engagés : télémédecine, regroupement des professionnels de santé, projets territoriaux de santé... de multiples actions sont peu à peu mises en place.



Cette lettre d'information, est là pour faire connaître et partager les initiatives relevées sur le Massif en matière d'offre de soins. Initiatives de l'Etat, des collectivités mais également des partenaires privés : toutes les combinaisons restent à imaginer pour développer des réponses innovantes face au risque de « désertification médicale ». L'échange d'expériences est sans aucun doute source d'innovation. C'est bien là l'objectif de cette lettre : partager un vocabulaire commun et des expériences pour imaginer ensuite des modalités nouvelles d'accès à l'offre de soins.

Cette newsletter s'adresse aux acteurs des collectivités territoriales (élus, techniciens, ...), mais également aux professionnels et aux institutionnels du monde de la santé.

Vous trouverez différentes rubriques : projets et acteurs à la croisée des chemins entre TIC et santé, projets territoriaux de santé et maison de santé pluridisciplinaire.

Plus précisément, vous trouverez dans ce premier numéro des informations sur le réseau de médecins appelé ALUMPS moteur sur l'organisation des urgences et des gardes en Lozère, le pôle de télémédecine d'Ydes dans le Cantal en cours de réalisation pour améliorer l'accès aux diagnostics des spécialistes, et enfin le réseau territorial de santé du Nivernais Morvan qui accompagne notamment la création de maisons de santé.

Souhaitant que cette newsletter vous apporte des informations utiles et comptant sur notre capacité à construire collectivement de nouvelles voies de développement pour faciliter l'accès à l'offre de soins sur le Massif, nous vous souhaitons une bonne lecture à tous.

Patrick Stefanini, *Préfet d'Auvergne, coordonateur du Massif central*
René Souchon, *co-président du Comité de Massif central,*
Président de la Commission permanente de Massif central,

1

Zoom sur le Massif

Le Massif central c'est :

> **6 régions (Auvergne, Limousin, Bourgogne, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes)**
et **22** départements en totalité ou en partie

> **377** communautés de communes et d'agglomération

> **4072** communes

> **3 835 000** habitants en 2006 (6,2 % de la population nationale)

> **84 370** km² (15,5% de la superficie métropolitaine)

> Une densité moyenne de **44,5** hab/km² (contre 107 hab/km² en France)

> Un maillage dense de petites villes et de bourgs. Trois grandes aires urbaines (Clermont, Saint-Etienne et Limoges)

> **101,4** médecins généralistes en moyenne pour **100 000** habitants (contre 99,5 en France) en 2006, dont 32,5% de plus de 55 ans.

> Un Massif bien pourvu en moyenne mais avec des disparités géographiques fortes : des territoires conservent une faible attractivité, avec des professionnels de santé ayant une charge de travail importante et étant pour plus de la moitié proches de la retraite.

Les Directeurs des Agences Régionales de Santé

FRANÇOIS DUMUIS - *Directeur général Auvergne*
CÉCILE COURREGES - *Directeur général Bourgogne*
MARTINE AOUSTIN - *Directeur général Languedoc-Roussillon*
MICHEL LAFORCADE - *Directeur général Limousin*
XAVIER CHASTEL - *Directeur général Midi-Pyrénées*
DENIS MORIN - *Directeur général Rhône-Alpes*

les Vice-présidents santé des Conseils régionaux du Massif central

JEAN-MICHEL GUERRE - Conseil régional d'Auvergne
Vice-président en charge de l'Attractivité des Territoires et des Politiques Contractuelles régionales
GUY FEREZ - Conseil régional de Bourgogne
Vice-président en charge de la santé publique et des établissements de soins
MARYLINE MARTINEZ - Conseil Régional de Languedoc-Roussillon
Vice-présidente de la santé
JEAN-BERNARD DAMIENS - Conseil régional du Limousin
Vice-président Délégué au développement durable, à l'environnement et au cadre et aux politiques de santé, dans le cadre du pôle aménagement
FRANÇOIS SIMON - Conseil régional de Midi-Pyrénées
Vice-président en charge des solidarités : jeunesse, santé, insertion par l'économie, lutte contre les discriminations, logement
ALAIN CHABROLLE - Conseil régional de Rhône-Alpes
Vice-président de la Santé et de l'Environnement

Un réseau de santé territorial innovant sur le Pays Nivernais Morvan

Le Pays Nivernais Morvan possède dans son contrat de pays, au programme d'action pluriannuel 2007-2013, une action «programme territorial de santé ».

Quelques chiffres pour caractériser le territoire du pays Nivernais Morvan : Il représente un tiers du département de la Nièvre, en région Bourgogne. Ce territoire rural de 2727km², composé de 121 communes, compte 36 945 habitants (en 2006), soit une densité de population de 14 hab/km². La part de la population âgée est importante, en 1999 on comptait 40 % de plus de 60 ans dont 23 % de plus de 75 ans. Sa faible densité explique que les projets de territoires s'appuient fortement sur les cantons.

Réseau de Santé du Pays Nivernais Morvan
Centre Local d'Information et de Coordination CLIC

Un des axes majeurs de la charte du pays est un « Morvan vivant », en soutenant le maintien et la création de services pour l'attractivité du pays. La question de l'offre de soins, de la mobilité et des compétences mutualisées ont été définis comme prioritaire lors des ateliers-santé, organisés pour identifier les besoins et les enjeux. Ces ateliers santé étaient constitués de professionnels de santé, d'institutions et de collectivités du territoire. Afin de réagir notamment aux difficultés de pérennisation de l'offre et aux vieillissements de la population, un réseau de santé de pays a été créé. Il possède aujourd'hui deux salariés à temps plein, pour les activités du CLIC, de la CRAM (aides ménagères) et les initiatives Réseau.

« Huit maîtres de stage formés »

Brigitte Legrand, chargée de mission du réseau explique : « En favorisant l'accueil des étudiants pour leur stage, nous nous donnons plus de chance de trouver la relève pour les départs en retraite. Il n'y avait aucun maître de stage, aujourd'hui on en compte 8 sur l'ensemble du pays Nivernais, au moins un par canton. »
Le réseau instaure également des partenariats avec la faculté de médecine de Dijon et l'école privée de kinésithérapie, afin de promouvoir le territoire. Plusieurs stagiaires ont été accueilli en médecine généraliste, aucun pour le moment en kinésithérapie. Par ailleurs, on constate qu'une partie du Morvan est tournée vers l'Auvergne, de Clermont-Ferrand plus que Dijon. Il n'est pas encore tout à fait évident pour les étudiants de changer de région pour réaliser leur stage, de bonnes relations entre universités sont nécessaires. Le réseau met en lien les étudiants en recherche de stage, les maîtres de stage du territoire et les remplaçants. Le pays ou les missions locales prennent le relais pour trouver des facilités de logement.

Le Conseil régional de Bourgogne prend en charge tout ou partie des frais de déplacement et d'hébergement des stagiaires en médecine générale en milieu rural.
Brigitte Legrand ajoute « Pour que l'exercice professionnel soit attractif dans nos territoires, nous accompagnons le changement dans les pratiques. Par exemple, le réseau permet la mutualisation entre les professionnels de santé pour l'équipement, l'acquisition de logiciel informatique et pour les formations ». Certains professionnels, à l'exemple de la maison de santé de Luzy, possèdent tous le même logiciel. Pour d'autres, les logiciels sont installés mais l'usage reste encore difficile.

Le réseau accompagne les projets de maisons de santé

Plusieurs maisons de santé fonctionnent déjà à Montsauche et à Moulins-Engilbert, une s'est récemment ouverte à Luzy, des projets sont engagés à Château-Chinon et Châtillon-en-Bazois, mais un temps de maturation de ces projets est encore nécessaire. Des études de faisabilité ont été réalisées par des cabinets extérieurs, avec un cofinancement Conseil régional, communautés de communes concernées et pays. Le réseau, lui, intervient dans le suivi de l'étude, aux réunions de concertation et pour les montages de dossier de financements. Il organise également l'intervention de professionnels venus de l'extérieur du pays (spécialiste en gynécologie, gérontologie, psychiatrie...).

Le réseau du pays Nivernais Morvan participe avec 4 autres pays sur les 9 de la région Bourgogne à une expérimentation soutenue par le GRSP pour la réalisation du diagnostic et d'un plan stratégique territorialisée. En lien avec l'observatoire régional de la santé (ORS) et le CODES, le diagnostic consiste en premier lieu à un questionnaire à la population et aux professionnels de santé.
La difficulté majeure aujourd'hui, et depuis un an déjà, est le manque de visibilité financière pour pérenniser le fonctionnement et les actions entreprises par le réseau. Fondée à partir de cofinancements, la réduction des aides de l'assurance maladie (FIQCS) et du GRSP fragilise l'existence du réseau.

Le réseau de santé Nivernais Morvan, association de professionnels de santé, avec deux salariées, pour une intervention transversale territoriale de santé.
- *> Il organise la formation 'maître de stage' et l'équipement informatique des médecins généralistes du territoire*
- *> Il accompagne les projets de maison de santé pluridisciplinaires*
- *> Il engage des partenariats avec les universités*
- *> Il organise la permanence de certains spécialistes*
- *> Il met en œuvre le diagnostic des besoins (questionnaires et réunions publiques)*

CONTACT : Brigitte Legrand et Anne Merlot
Place Notre-Dame - 58120 Château Chinon
Tél.03 86 79 47 90 - E-mail : reseau-sante-morvan@wanadoo.fr

GRSP : *Groupement Régional de Santé Publique*
CODES : *Comité Départemental d'Éducation pour la Santé*
FIQCS : *Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins*

L'ALUMPS, acteur incontournable des urgences médicales lozériennes

Le réseau ALUMPS est l'Association lozérienne des urgences médicales et de la permanence des soins. Cette association est la fusion en février 2006 de l'ALUM (association de médecins pour la formation aux urgences des généralistes) et Synergie 48 (association de médecins pour la régulation des gardes des généralistes).
Le réseau est animé par Laurent Crozat, chargé de mission aux multiples compétences, et d'une secrétaire. Son siège est à la maison Cruveiller, à côté du CH de Mende. De plus en plus connu, l'ALUMPS devient un interlocuteur incontournable des questions de l'offre de soins en Lozère.

Laurent Crozat parle de son territoire : ***« La Lozère représente 76 800 habitants (Insee 2006), une densité de 15 hab/km², une altitude moyenne départementale la plus élevée de France de 1100 mètres. Elle compte environ 60 médecins généralistes aujourd'hui. Une moyenne plutôt bonne, mais les départs en retraite et la transmission sont des questions préoccupantes, d'autant plus que de nombreux établissements médico-sociaux qui structurent une partie de l'économie de la Lozère, fonctionnent avec la médecine libérale. »***

Une mission de coordination de la permanence des soins...

La permanence des soins consiste à coordonner les différents acteurs (médecins libéraux, hôpitaux, transports sanitaires, service de régulation), afin de faire face aux urgences médicales en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Le département est découpé en secteurs de gardes, où les médecins libéraux s'engagent à effectuer des heures d'astreintes (nuit, week-end et jour férié). Un tableau de gestion des gardes est tenu par l'ALUMPS depuis 2003. Il gère selon les secteurs les rotations des médecins de garde. Le logiciel permet d'être consultable par tous les professionnels via internet, libérant ainsi les médecins de ces tâches administratives. L'association a participé sur le département à la mise en place en juillet 2007 de la régulation des appels d'urgence sur un numéro unique d'appel AZUR, au 0 810 604 608. Ce système permet la mise en connexion simultanée entre le patient, le médecin régulateur et le médecin de garde. Il permet de désengorger le centre 15 et les urgences. L'ALUMPS se charge du financement et du fonctionnement de ce dispositif, par le biais du fond FIQCS de l'Assurance maladie. En saison estivale, le long des gorges du Tarn, en partenariat avec l'hôpital de Florac, un médecin de garde spécifique fait face aux besoins de soins supplémentaires liés à l'afflux touristique. Une bonne occasion pour des internes en médecine de découvrir l'exercice libéral rural dans un cadre superbe, avis aux amateurs !

...et de formations des professionnels de santé à l'urgence

L'association assure les formations des Médecins Correspondants SAMU (MCS). Les médecins apprennent les gestes d'urgence nécessaires (intubation, transfusion, massage cardiaque...) pour des interventions lors des gardes. Près de 50 membres de l'association assurent sur l'ensemble de la Lozère les interventions pré-hospitalières. Ainsi, en collaboration avec le centre 15, les médecins ne sont plus démunis face à des situations d'urgences médicales.

L'ALUMPS fonctionne avec le soutien financier de la Mission Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon (fond FIQSC). L'association a en charge le matériel d'interventions, son renouvellement et la rémunération des Médecins urgentistes (les MCS), et veille à une bonne articulation entre la médecine hospitalière et la médecine libérale.
Le réseau assure également la Formation Médicale Continue des professionnels de santé, libéraux et salariés, avec l'appui de la Téléformation (web conférences et visioconférences).
Cela évite aux médecins comme aux personnels paramédicaux de se déplacer à Nîmes ou à Montpellier.

Valise d'intervention

L'ALUMPS a été initiateur et maître d'œuvre dans la mise en œuvre du Pôle d'Excellence Rurale télémédecine de Lozère. Ce PER a permis d'équiper 6 établissements de Lozère de matériel de visioconférence, de développer un serveur commun pour les urgences, de lancer l'usage de la e-valise emportée pour les médecins correspondant SAMU.
L'association accompagne également la création de maisons de santé, aide les internes en médecines libérales à trouver les maîtres de stage, et aide à l'installation de professionnels de santé.

L'ALUMPS, association de médecins, un chargé de mission et une secrétaire.
- > Accompagne l'installation des nouveaux professionnels de santé en Lozère,
- > Forme les médecins généralistes à l'urgence,
- > Organise la gestion des gardes de médecins sur l'ensemble du département,
- > A créé le numéro unique de permanence des soins.

ALUMPS
(Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins)
Centre Hospitalier - Maison Cruveiller
Avenue du 8 mai 1945 - 48 000 Mende
04.66.49.59.85 - **www.alumps.com**

Le Pôle télémédecine d'Ydes

Ydes est une commune industrielle (Lapeyre et Sacatec) de 1990 habitants, située au Nord-Ouest du département du Cantal, aux confins de la Corrèze et du Puy-de-Dôme, au cœur du Massif Central. Elle est située à 1h15 de Clermont-Ferrand et d'Aurillac.

Une unité parkinsonienne : structure innovante

La Municipalité d'Ydes a construit une maison de retraite, la Résidence «la Sumène », qui compte aujourd'hui 68 places, dont 26 destinées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cet établissement se voit confronté avec le temps à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. La cohabitation entre les patients atteints de différentes pathologies apparaît de plus en plus difficile. Ainsi, il a été engagé la création d'une unité très spécialisée, à l'échelon du territoire de la Communauté de Communes Sumène Artense et du Pays Haut Cantal - Dordogne. Il s'agit en France de la première unité spécialisée pour parkinsoniens. Elle est composée de 12 lits, dont 4 lits temporaires.

Un pôle de télémédecine pour renforcer l'offre de soins

Compte-tenu de l'aspect innovant de cette structure mais également pour contrebalancer l'éloignement géographique de l'offre médicale hospitalière, les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont apparu des outils majeurs pour renforcer l'offre de soins locale, en intégrant au projet un pôle de télémédecine.

Ce pôle, dans un bâtiment indépendant de 150 m², doit permettre de réaliser, via Internet, des mises en relation avec des médecins spécialistes situés à Aurillac, à Clermont-Ferrand, à Lyon, à Paris, ou ailleurs, des téléconsultations à distance, des activités de mémoires-stimulation ou bien encore des téléconférences. Le pôle de télémédecine s'articule entre la résidence « la Sumène », l'unité Alzheimer, l'unité Parkinson, mais également à des personnes extérieures (professionnels de santé libéraux, du secteur médical et paramédical, des hôpitaux-cliniques-maisons de retraite voire maison de santé du Nord Cantal).

Le projet d'unité Parkinson et de pôle de télémédecine a été labellisé « Pôle d'Excellence Rurale » par le décret n°2006-994 du 10 août 2006.

Les perspectives de construction par étapes

Plusieurs comités de pilotage ont été organisés de fin 2009 à avril 2010. Ils regroupent les différents partenaires locaux er régionaux (conseil général, DDASS, préfecture, Conseil régional, professionnels de santé, direction des établissements de soins locaux...). Un prestataire a été recruté par la commune d'Ydes, le Catel, pour accompagner la réalisation du pôle télémédecine pour six mois. Le processus de création se déroule en plusieurs étapes : identifier les usages et les utilisateurs, déterminer le mode de gestion et la structure porteuse du pôle, organiser l'animation technique et médicale du site, faire le choix des technologies à installer, et enfin construire la promotion et la visibilité du pôle (site internet, logo...).

Dans la prochaine newsletter, pour trouverez les différentes étapes de réalisation en détail et leurs avancements.

CONTACTS :

Maître d'ouvrage :

Commune d'Ydes : Sylvie Planty (04 71 40 82 51 / mairie@ydes.fr)

Catel : Jean Baptiste Lavault (02 97 68 14 03 / ydes.catel@telemedecine.org)

www.ydes.fr

RESATER : « REseau de SAnté et de TElémédecine en zones Rurales »

Un projet de coopération européenne RESATER a été lancé en septembre 2009, dans le cadre d'un Interreg IV Sudoe. Ce projet sur le thème de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication au service de la santé abordée au sens large, rassemble 6 territoires européens, 3 espagnols des Régions Aragon, Castille-Léon et Asturies, un partenaire du sud duPortugal (Algarve), le Pays de Figeac (dans le Massif central) et le Pays de Couserans en Midi-Pyrénées.

Son objectif est de contribuer à l'amélioration du pouvoir d'attraction des zones rurales en maintenant et en développant une offre sanitaire adaptée et innovante, pouvant être un modèle au bénéfice de l'ensemble des territoires ruraux de la zone.

Un budget de 1 732 180€ est alloué au projet qui devrait durer 30 mois environs. Le Pays Couserans assure le pilotage de cette coopération. Une étude est en cours portant sur l'analyse comparée des environnements juridiques et techniques des systèmes sanitaires (médicaux) de la zone SUDOE et des situations locales des partenaires du projet RESATER-SUDOE.

Contacts Pays Couserans : Olivier Rey, Directeur - Tél : +33 (0)5 61 66 98 90 – E-Mail : olivier.rey@pays-couserans.fr - **www.pays-couserans.fr**

Brèves Lexique

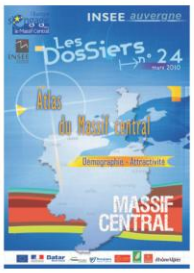
UN OBSERVATOIRE DE VEILLE DÉMOGRAPHIQUE

Un dispositif gratuit du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a été mis en place depuis le printemps 2009 en direction des élus qui recherchent des médecins pour leur territoire. Les élus peuvent ainsi signaler leur situation, en peignant avec détail la population et l'offre de soins présente sur le territoire local et à proximité. Le CNOM valide les besoins. Les élus doivent établir ensuite une plaquette de présentation de leur territoire (situation géographique, professionnels présents sur le secteur, cadre de vie...) pour une diffusion aux potentiels intéressés connus de la CNOM, notamment les remplaçants souhaitant s'installer. Depuis le début de l'opération, une dizaine de médecins sur la France a ainsi été installée.

http://www.conseil-national.medecin.fr/l-ordre

TÉLÉMÉDECINE ET TÉLÉSANTÉ À L'ÉTUDE SUR LE MASSIF

Le GIP Massif central, composé des 6 conseils régionaux du Massif, a promu en novembre 2011 pour six mois, une étude « Télémédecine et télésanté : pour une stratégie d'action interrégionale Massif central ». Le prestataire retenu est Emmanuel Pavageau du cabinet 2IM, associé à Norbert Paquel (Canope) et Michel Bart. L'objectif est de permettre la définition d'une stratégie opérationnelle avec des modalités de mise en œuvre pour la période 2011-2013 à l'échelle Massif central, en lien et complément des schémas de télémédecine de chaque région. L'étude favorisera la concertation de l'ensemble des acteurs du Massif central. Plusieurs réunions auront lieu début 2011. Les plus-values d'une vision interrégionale? Dans un contexte d'organisation des services de santé au niveau régional, l'interrégionalité permet de s'affranchir des limites administratives et de mieux tenir compte des flux de patients. Des mutualisations entre établissements pourront être encouragées, ainsi que des partenariats et des transferts d'expériences.



POUR MIEUX CONNAÎTRE ET COMPRENDRE LE MASSIF, L'INSEE RÉALISE L'ATLAS DU MASSIF CENTRAL.

Quatre volets sont actuellement disponibles :

Démographie et Attractivité (mars 2010)

Appareil productif (mars 2010)

Population active (juin 2010)

Organisation territoriale (juin 2010)

http://www.massif-central.datar.gouv.fr/

L'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé, l'ASIP Santé, est un groupement d'intérêt public, qui regroupe les maîtrises d'ouvrage du Dossier Médical Personnel et de la Carte Professionnel de Santé (GIP-DMP et GIP-CPS) et les missions du GMSIH relatives à l'interopérabilité.

Elle a aujourd'hui pour missions de développer l'informatique communicante de santé, assurer la cohérence et l'interopérabilité des systèmes (par la définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services). Elle doit fédérer les initiatives de partage de données de santé (DMP) et piloter des projets structurants comme la Télémédecine.

www.asipsante.fr

DES PROJETS SANTÉ POUR LES PÔLES D'EXCELLENCE RURALE (PER)

Après les 379 pôles d'excellence rurale (PER) sélectionnés en 2006, une nouvelle promotion de 115 pôles a été labélisée cette année. Rappelons que le gouvernement a lancé les pôles d'excellence rurale en 2005 avec pour ambition de promouvoir des projets innovants, créateurs d'emplois directs et indirects sur les territoires ruraux, par un système d'appel à projet. Les pôles sélectionnés bénéficieront de subventions d'Etat, entre 350.000 et 1,5 million d'euros selon les projets. Ces fonds serviront uniquement à financer des dépenses d'investissements, et permettront des cofinancements notamment européens. Les nouveaux pôles sont présents dans 60 départements, dont un quart dans le Massif central, la Lozère étant la mieux représentée avec six pôles. On compte une vingtaine de PER sur l'organisation des services santé et médico-sociaux.

On retrouve des maisons de santé pluridisciplinaires (Vienne, Charente-Maritime, Mayenne, Rhône), des pôles de santé (Maine-et-Loire, Mayenne, Doubs), des réseaux de maisons de santé rurales (Gironde, Vosges, Saône-et-Loire), un pôle territorial (St Flour), des maisons des services intégrant des professionnels de santé (Puy-de-Dôme, Sarthe), ou encore des projets en faveur du maintien à domicile (Bas-Rhin, Somme)

http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr/

Pour toutes questions et réactions mais aussi pour nous faire part de vos expériences

Contact : Adélaïde HAMITI, *Chargée de mission Offre de soins dans le Massif central*, e-mail : a.hamiti@ardt-auvergne.fr, 04 73 19 60 09

Table des illustrations

Figure 1. Les déterminants de la santé 16
Figure 2. Dynamiques territoriales et offre de soins 27
Figure 3. Localisation des entretiens 28
Figure 4. Bloc diagramme morphologique de la Lozère 34
Figure 5. Communes du Massif central concernées par la loi Montagne 35
Figure 6. Altitudes et contours des massifs français 36
Figure 7. Principaux reliefs du Massif central 38
Figure 8. Les régions et les départements du Massif central 39
Figure 9. Altitudes moyennes des communes du Massif central 41
Figure 10. Diversités des campagnes du Massif central (Datar, 2011) 43
Figure 11. Les densités de population faibles 45
Figure 12. Influences urbaines à l'intérieur et l'extérieur du Massif central 46
Figure 13. Revenus médians par unité de consommation 49
Figure 14. Revenus médians par commune sur le Massif central en 2009 50
Figure 15. Population et densité des bassins de vie du Massif central en 2008 58
Figure 16. Exemple d'isochrones avec le maillage communal et les chefs-lieux 60
Figure 17. Effectif et desserte des médecins généralistes en 2009 62
Figure 18. Un médecin généraliste en visite 63
Figure 19. Les aires urbaines en France en 2010 64
Figure 20. Les temps d'accès au médecin généraliste le plus proche en 2009 66
Figure 21. Evolution des effectifs de médecins généralistes 68
Figure 22. Effectif et part des médecins généralistes de plus de 55 ans dans les cantons du Massif (en 2006 et en 2009) 70
Figure 23. Effectif et desserte des infirmiers en 2009 sur le Massif central 73
Figure 24. Effectif et desserte des masseurs-kinésithérapeutes 76
Figure 25. Effectif et desserte des chirurgiens-dentistes en 2009 sur le Massif central 79
Figure 26. Temps d'accès au chirurgien-dentiste le plus proche en 2009 sur le Massif central 80
Figure 27. Densité moyenne des officines en Europe en 2009 81
Figure 28. Evolution de la taille des officines, représentée par le nombre de pharmaciens, compris entre 1 et 5 (et plus) en France (entre 1998 et 2006) 82
Figure 29. Effectif et desserte des pharmacies en 2009 sur le Massif central 83
Figure 30. Temps d'accès pour la pharmacie la plus proche en 2009 sur le Massif central 84
Figure 31. Les différents niveaux de dotation des pôles de santé en 2009 sur le Massif central 88
Figure 32. Temps d'accès au pôle complet le plus proche en 2009 sur le Massif central 89
Figure 33. Communes équipées d'au moins une maternité en 2001 et 2010 92
Figure 34. Temps d'accès à la maternité la plus proche et niveau par établissements en 2009 sur le Massif central 94
Figure 35. Temps d'accès à la maternité la plus proche et le nombre d'accouchement moyen en 2009 sur le Massif central 95
Figure 36. Nombres de femmes et temps d'accès à une maternité la plus proche en 2009 sur le Massif central 96
Figure 37. Scenario du temps d'accès à une maternité la plus proche et nombre de femmes concernées sur le Massif central 98
Figure 38. Temps d'accès au service des urgences le plus proche et nombre de passage moyen en 2009 sur le Massif central 103
Figure 39. Salle des urgences de la station médicale des Vans 104
Figure 40. Population et temps d'accès au service des urgences le plus proche en 2009 sur le Massif central 105

Figure 41. Hélicoptère du SAMU de Rodez 106
Figure 42. Territoires en tensions sur le Massif central 113
Figure 43. "De moins en moins de médecins" 118
Figure 44. Pays du Massif central en 2009 136
Figure 45. Localisation des quatorze Pays du Massif central enquêtés en 2009 139
Figure 46. Schéma de l'organisation, du rôle et des compétences des agences régionales de santé 176
Figure 47. Schéma des différentes parties du projet régional de santé 179
Figure 48. Les territoires de santé du SROS des six régions du Massif central 188
Figure 49. Les territoires de santé en 2012 des régions du Massif central 192
Figure 50. Carte de densité de population par territoire de santé de proximité 195
Figure 51. Carte de densité de population par territoire de santé intermédiaire 195
Figure 52. Carte de répartition des médecins par territoire de santé de proximité 195
Figure 53. Les aires urbaines en 2010 des régions Auvergne et Rhône-Alpes 196
Figure 54. Les zones déficitaires en médecins généralistes du Massif central 199
Figure 55. Les zones pluri-professionnelles fragiles du Massif central en 2012 205
Figure 56. Banderole à la Mairie de Sainte-Feyre 236
Figure 57. Pays Jeune Loire et ses rivières dans le Massif central et en France 243
Figure 58. Les « territoires » de l'Yssingelais : Les bassins de santé (A), les flux dominants de patients vers les centres hospitaliers (B), intercommunalité (C) 244
Figure 59. Carte des projets d'organisation des soins en cours et des réalisations 245
Figure 60. Affiche d'information pour le contrat d'engagement de service public 270
Figure 61. Affiche d'information sur le manque de maître de stage en médecine générale 274
Figure 62. Affiche d'information pour le dispositif du Conseil de Saône-et-Loire 278
Figure 63. Affiche d'information du dispositif « Wanted » 279
Figure 64. Affiche d'information « la Lozère vous accueille » 282
Figure 65. Affiche d'information à l'intention des dentistes 283
Figure 66. Informations du CG de l'Aveyron sur les aides à l'intention des internes en médecine 284
Figure 67. Liste des postes accessibles pour les boursiers en médecine de famille en 2013 selon recommandations du Comité consultatif MSSS-FMOQ du Québec 287
Figure 68. Les régions socio-sanitaires du Québec 288
Figure 69. Extrait du site internet « j'ai du panache » réalisé par la province de l'Abitibi-Témiscamingue 292
Figure 70. Laurent Crozat, en charge notamment de l'installation des médecins généralistes en Lozère au sein de l'ALUMPS, lors du MEDEC 2010 295
Figure 71. Support de communication du Massif central lors du salon d'Utrecht en 2010 299
Figure 72. Extraits du catalogue de communication du Massif central en 2010 au salon d'Utrecht 300
Figure 73. Extrait de la communication sur les offres de stages et d'installation dans le Tarn 303
Figure 74. Extrait des offres d'installation dans l'Allier 304
Figure 75. Séminaire national des maisons et pôles de santé à Dijon le 30 janvier 2010 317
Figure 76. Table de discussion installée le jour du marché à Pionsat 327
Figure 77. Planche d'ambiance comme support d'élaboration du projet de maison de santé 328
Figure 78. Eléments du jeu d'échange lors de la journée de restitution de la résidence 328
Figure 79. Communes d'implantation des maisons de santé de l'enquête 330
Figure 80. Photographies d'une partie des maisons de santé enquêtées 332
Figure 81. Les zones de revitalisation rurale dans le Massif central 336
Figure 82. Station médicale des Vans 339
Figure 83. Salles d'attente (Montsauche-les-Settons et Saint-Agrève) 340
Figure 84. Deux personnes se relaient pour l'accueil 341

Figure 85. Pancarte de la maison médicale intercommunale de Luzy (Bourgogne)..... 344
Figure 86. Projet de pôle de santé inscrit dans l'étude..... 348
Figure 87. Exemples de logos de réseau de santé territoriaux 360
Figure 88. Communes et intercommunalités du Nord Aveyron 366
Figure 89. Coordination entre acteurs de santé: l'exemple des protocoles..... 377
Figure 90. Contour du PNR Millevaches en Limousin et relief du Massif central..... 394
Figure 91. Communes et intercommunalités du Parc naturel régional de Millevaches en Limousin..... 395
Figure 92. Certains professionnels et élus rencontrés lors de l'enquête sur les réseaux de santé du Nord Aveyron et de la Montagne limousine 424

Tableau 1. Indicateurs et score de fragilité dans l'accès à l'offre de soins 114
Tableau 2. Evolution de la population pour les quatorze Pays de l'échantillon (entre 1999 et 2007)..... 141
Tableau 3. Densité de population et composition communales en 2007 pour les quatorze Pays de l'échantillon..... 141
Tableau 4. Critères et caractéristiques des zones déficitaires par région du Massif central en 2005 200
Tableau 5. Critères et caractéristiques des zones pluri-professionnelles fragiles par région du Massif central en 2005 206
Tableau 6. Nombre de lieux de stage par région..... 273
Tableau 7. Personnes rencontrées pour les maisons de santé enquêtées..... 333
Tableau 8. Profil des communes et des intercommunalités d'implantation des maisons de santé 334
Tableau 9. Composition professionnelle des maisons de santé enquêtées..... 338
Tableau 10. Type de construction et superficie des maisons de santé enquêtées..... 340
Tableau 11. Coût de l'investissement, structures juridiques et loyer des maisons de santé 342
Tableau 12. Les critères d'éligibilité pour les MSP avant les ARS 344
Tableau 13. Etudes de faisabilité et accompagnement des maisons de santé enquêtées..... 346

Graphique 1. Nombre d'habitant par type de campagnes* sur le Massif central (2010)..... 42
Graphique 2. Territoire (en km²) par type de campagnes* sur le Massif central (2010) 42
Graphique 3. Vieillissement des médecins français..... 118
Graphique 4. Courbe du nombre de médecin selon les tendances de la DREES (2009)..... 126
Graphique 5. Territorialisation en santé : faire territoire et agir en santé 430

Glossaire des abréviations utilisées

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ADMR : Aide à domicile en milieu rural
ADSL : Asymmetric Digital Subscriber Line (traduction par « raccordement numérique asymétrique »)
ALD : Affection de Longue Durée
AMP : Aide médico-psychologique
ARDTA : Agence régionale de développement des territoires d'Auvergne
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARF : Association des régions de France
AROMSA : Association Régionale des Organismes de la Mutualité Sociale Agricole
ARS : Agence régionale de santé
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CERAMAC : Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées au Massif Central, à la moyenne montagne et aux espaces fragiles
CESP : Contrat d'engagement de service public
CG : Conseil général
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire
CIADT: Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire
CLS : Contrat local de santé
CMPP : Centre médico psycho pédagogique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CNG : Centre national de gestion
CNRS : centre national de la recherche scientifique
CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie
CPER: Contrat de plan Etat-Région
CRAM: Caisse régionale d'assurance maladie
DATAR : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DDCSPP: Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DES : Diplôme d'études spécialisées
DGF: Dotation globale de financement
DRASS: Direction régionale sanitaire et sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIACT : Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DRDR : Dotation régionale de développement des réseaux
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN : Epreuves classantes nationales
EGOS : Etats généraux de l'organisation des soins
EHPAD: Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
FAQSV : Fond d'Amélioration à la Qualité des Soins de Ville
FAM: Foyer d'accueil médicalisé
FEADER: Fonds européen et agricole de développement rural
FEDER: Fonds européen de développement régional
FICQS : Fond d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins
FIR: Fond d'intervention régionale

FRADT: Fonds régional d'aménagement et de développement durable du territoire
FSE : Feuille de Soins Electronique
GCS: Groupement de coopération sanitaire
GRSP : Groupe Régional de Santé Publique
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST: Hôpital, patient santé et territoire (loi relative à)
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IME: Institut médico-éducatif
INPES: Institut national de prévention et d'éducation
INSEE: Institut national de la statistique et des études
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRPES: Instance régionale d'éducation et de promotion à la santé
ISNAR-MG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
LOADT: loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire
MAS: Maison d'accueil spécialisée
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MRS: Mission régionale de santé
MSA: Mutualité sociale agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONDPS: Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAPS: Plateforme d'appui aux professionnels de santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
PRT: Projet régional de santé
PSRS: Plan stratégique régionale de santé
RSI: Régime social des travailleurs indépendants
SAMSAH: Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SESSAD: Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGAR: Secrétariat général des affaires régionales
SIMPA: Système d'information médicale partagée en Auvergne
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile
TIC: Technologie de l'information et de la communication
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM: Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS: Union régionale des professionnels de santé

Table des matières

Remerciements 3
Sommaire 7
Introduction générale 9

GENESE DU PROJET 9
CONSTRUCTION THEORIQUE ET APPLIQUEE DE LA THESE 11
LES PRINCIPAUX CONCEPTS DE LA RECHERCHE 16
L'offre de soins, un déterminant parmi d'autres de l'état de santé 16
L'accès aux soins : un concept multifacette 17
Le concept de gouvernance dans le système de soins 21
La question de la territorialisation en santé 23
LES QUESTIONS DE RECHERCHE ET LES HYPOTHESES DE TRAVAIL 26
POSTURE METHODOLOGIQUE 27
Le Massif central comme terrain d'étude 27
Une recherche-action réalisée à l'Agence des territoires d'Auvergne 30
Annonce du plan 32
UN CONTEXTE SOCIO-SPATIAL RENDANT PLUS DIFFICILE LE MAINTIEN ET LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS ? 33
Le Massif central : une moyenne montagne 40
Une montagne habitée… mais faiblement 44
Un réseau dense de petites villes 44
Une population qui augmente légèrement et qui vieillit 46
La présence importante de personnes à faibles revenus 48

PARTIE I. MAILLAGE TERRITORIAL DES SERVICES DE SOINS SUR LE MASSIF CENTRAL : UNE OFFRE EN SURSIS ? 51

Chapitre 1. L'offre de soins de premier recours et certains services hospitaliers : des déficits perceptibles qui pourraient s'aggraver 55

INTRODUCTION 55
I. REPARTITION DES PROFESSIONNELS DU PREMIER RECOURS A L'ECHELLE DES BASSINS DE VIE 56

A. Démographie médicale, desserte et répartition : de quoi parle-t-on ? 56
1. Le bassin de vie : définition 56
2. Méthodologie de la cartographie 59
B. Le premier recours, reconnaissance des professionnels et de leur rôle 60
1. Les médecins généralistes 61
La présence médicale selon les aires urbaines 61
La distance-temps au médecin généraliste le plus proche 65
Une forte augmentation des médecins de plus de 55 ans 71
2. La profession infirmière bien représentée en évolution 71
3. Une demande croissante de masseurs-kinésithérapeutes qui viennent à manquer 75
4. Une présence des dentistes déficitaire 77
5. Les pharmacies fragilisées par la démographie des médecins 81
C. Les pôles de base, éléments de mesure de la qualité de l'offre de premier recours 87

II. LES MATERNITES ET LES URGENCES SUR LE MASSIF CENTRAL 90

A. Une part importante de femmes à plus de 45 minutes d'une maternité 90
B. Les évolutions rapides des services des urgences 99
1. Des enjeux de coordination 99
2. Plus de 500 000 personnes au-delà de 45 minutes d'un service d'urgence 102
CONCLUSION 109

Chapitre 2. L'enjeu démographique de la médecine générale et des soins de premier recours au niveau du territoire national et du Massif central 115

INTRODUCTION 115
I. LE MEDECIN GENERALISTE, PIVOT DU PREMIER RECOURS 115

A. Déficit de médecins généralistes : une situation prévisible et « choisie » 116
1. Vieillissement des médecins, départ massif à la retraite et faible renouvellement ... 117
2. De nouvelles aspirations chez les praticiens 119
3. L'évolution dans les attentes et les manières de pratiquer des médecins généralistes 119
4. La question des revenus 121
B. Localisation et mobilité des médecins généralistes 122
1. L'inégale attractivité des territoires 122
2. Une étude pour questionner la qualité de vie en médecine rurale 123
3. Les projections démographiques des médecins 125

II. LES ENJEUX DE DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS QUATRE PAYS EUROPEENS ET DE L'OCDE : DES MODELES COMPLEXES 126

A. Des démographies médicales différenciées : des territoires fragilisés dans leur offre 126
B. L'organisation différenciée de la régulation démographique 129
1. Le cadre légal 129
2. Le système de conventionnement avec les médecins généralistes 130
3. La médecine spécialiste de plus en plus intégrée aux soins primaires 131
CONCLUSION 132

Chapitre 3. Les enjeux de l'offre de soins perçus par les acteurs des territoires de projet 135

INTRODUCTION 135
I. UNE ENQUETE AUPRES DES PAYS DU MASSIF CENTRAL ENGAGES EN MATIERE DE SANTE 137

A. Choix de l'échantillon 137
B. Méthode d'analyse et d'enquête pour mesurer l'implication des Pays 138
C. Profil des différents Pays sélectionnés 140
1. Populations et évolutions démographiques 140
2. Densités de population et maillage administratif 142
3. Structuration géographique 142
D. Temporalités et contextes d'émergence des initiatives « santé » des Pays 143
1. Des contextes d'émergence souvent liés à la mise en œuvre de projets en santé 143
2. Méthodes utilisées dans les études « santé » des Pays 144

II. LES ENJEUX IDENTIFIES SUR CES PAYS EN MATIERE DE SANTE 147

A. La présence médicale et paramédicale du premier recours problématique à l'exception de la profession d'infirmière 147
B. La présence d'une population âgée et qui augmente 150
C. Un manque de spécialistes en libéral comme en institution 153
D. Un manque de connaissance mutuelle et de coordination entre les professionnels 154
E. Des hôpitaux périphériques qui ont besoin d'être soutenus et renforcés 155
1. Un rôle structurant dans l'offre de soins 156
2. Des problèmes de recrutements de personnels 157
3. Des conditions de l'offre pas toujours favorables et un déficit d'image 158
4. Une coordination à améliorer entre les professionnels libéraux et le personnel de l'hôpital 158
F. Une offre réduite en santé mentale préjudiciable 159
G. Un éloignement à l'offre accentué par la faible présence de transport en commun et de la moindre mobilité d'une partie de la population 160
H. La régulation des nuits et des week-ends souvent mal vécue et une mauvaise sollicitation des urgences 162
CONCLUSION 164

PARTIE II. GOUVERNANCE ET TERRITORIALISATION DU SYSTEME DE SANTE.. 167

Chapitre 4. Interventions de l'Etat et territorialisation : système de décision et de gestion et ses évolutions 171

INTRODUCTION 171
I. LA « REGIONALISATION » DU SYSTEME DE SOINS PAR LA CREATION D'INSTITUTIONS REGIONALES 173

A. La Loi « Hôpital, Patient, santé et territoire »: continuité et changements 174
1. Les Agences Régionales de Santé 175
2. Le Projet Régional de santé (Stratégie, Schémas et programmes régionaux) 177
3. Quelles considérations du Massif central et quelles propositions dans le projet régional de santé des six régions du Massif ? 181
B. Les entités de concertation et la place des collectivités territoriales 184
La contractualisation comme outil d'action des ARS 186

II. L'EVOLUTION DES « TERRITOIRES DE SANTE » 186

A. Les territoires de santé et le SROS III 187
B. Les territoires de santé après la Loi HPST 190

III. DIVERSITE DES DECOUPAGES TERRITORIAUX EN SANTE : TERRITOIRES D'ANALYSE ET TERRITOIRES D'ACTIONS 193

A. Les territoires de santé des institutions sanitaires 193
B. Les zonages 197
1. Les zones déficitaires en médecins généralistes 197
2. Les zones de dotation infirmier 202
3. Les zones de dotations « pluri-professionnelles » 202
CONCLUSION 207

Chapitre 5. Les collectivités territoriales et la santé 209

INTRODUCTION 209
I. ANTERIORITES DES COMPETENCES SANITAIRES DES COMMUNES ET INTERCOMMUNALITES 210

A. Les communes 210
B. Les intercommunalités 212

II. LES DISPOSITIFS « SANTE » COMMUNS ET SPECIFIQUES DES CONSEILS REGIONAUX 212

A. Les positions des Régions en matière de santé 213
B. Les dispositifs des Régions en faveur de l'organisation des soins 215
1. Le soutien aux stages des internes en médecine générale 215
2. Les aides à l'installation des professionnels de santé 215
3. Le soutien aux maisons et pôles de santé pluridisciplinaires 216
4. Le soutien à la formation des chefs de clinique 216
5. Le soutien aux études en matière de santé 217
6. Le soutien aux usages en télémédecine 217
7. Le soutien aux équipements hospitaliers 218

III. LES POLITIQUES DES CONSEILS GENERAUX EN FAVEUR DE L'ORGANISATION DES SOINS 220

IV. LES PARTENARIATS MULTI-ACTEURS POUR L'EMERGENCE ET LA COHERENCE DES PROJETS POUR L'ORGANISATION DES SOINS SUR LES TERRITOIRES : L'EXEMPLE DES PAYS 221

A. Le rôle des Pays : ce que les « territoires de projet » apportent dans le domaine de la santé 222
1. Transversalité et capacité de concertation multi-acteurs 223
2. Un rôle de soutien et de fédération des initiatives locales 223
3. Des interlocuteurs privilégiés pour les institutions ? 224
4. Une capacité d'innovations dans l'élaboration des études-actions 225
5. Un impact opérationnel et concret 225
6. Les obstacles rencontrés dans les démarches Pays du Massif central 226
7. « L'agir sanitaire » : les plans d'action issus des démarches Pays 227

V. LES DISCOURS ET POSTURES DES ELUS POUR AGIR SUR LE MAILLAGE SANITAIRE 232

A. Les raisons qui poussent les élus à agir 233
B. L'action en santé ne fait pas l'unanimité chez les élus locaux : les raisons de l'absence d'implication de certains 234
C. Sur quoi agissent les collectivités locales? 234
D. La nécessité d'une vision et d'une action élargies 235
E. L'action des collectivités passe par l'implication de leurs élus 237
F. Un rôle de modérateur de conflits pas toujours facile à tenir 238
CONCLUSION 239

Chapitre 6. Gouvernance entre acteurs des territoires (Etat - Collectivités) 241

INTRODUCTION 241
I. L'ENTREMELEMENT DE TERRITOIRES ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES : UNE SOURCE DE COMPLEXITE 242

II. LES ARS COMME CATALYSEUR ET CHEF D'ORCHESTRE ? 247

A. Les ARS, pivot de coordination 247
B. Les partenariats entre Conseils régionaux et Agences régionales de santé 249
C. Un engagement difficile des élus dans la démocratie sanitaire 250
1. Dialogue élus-ARS : source de tensions ? 251
2. Un cadre ARS contraint pour l'innovation ? 253
3. La contractualisation comme cadre du partenariat Etat - Collectivités 254

III. L'INGENIERIE DE PROJET 255
CONCLUSION 257

PARTIE III. LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR REMEDIER AUX DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS 259

Chapitre 7. Les stratégies et les mesures pour améliorer la présence et la répartition des professionnels de santé sur le Massif central 263

INTRODUCTION 263
I. LES MESURES INCITATIVES DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS 264

A. Les principaux leviers 264
B. Le choix de la coercition ? 267
C. Les contrats d'engagement de service public 269

II. LES AIDES FINANCIERES AUX STAGIAIRES ET MAITRE DE STAGE EN MEDECINE GENERALE 275

A. Les stages : un levier souvent mobilisé 275
B. Les bourses aux internes en médecine générale par les Conseils généraux 277
1. « Jeunes médecins en Saône-et-Loire » 277
2. Le dispositif « Wanted » de l'Allier 279
3. La Lozère accueille ses futurs médecins 281

III. ALLEZ VOIR AILLEURS : LES FACTEURS DE RETENTION OU DE DEPART DES MEDECINS BOURSIERS EN REGIONS « ELOIGNEES » DU QUEBEC 286

A. L'exemple des régions éloignées ou isolées 286
B. Faire connaître les opportunités professionnelles et attirer dans une région reculée : l'exemple de l'Abitibi-Témiscamingue (Province du Québec) 291

IV. LES POLITIQUES D'ACCUEIL DES COLLECTIVITES EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 293

A. Les dispositifs de prospection en direction des professionnels de santé sur le Massif central 294
B. L'exemple d'une prospection « santé » à l'étranger : le salon de l'émigration à Utrecht (Pays-Bas) 298
C. Des « offres qualifiées » 301
D. Des acteurs dédiés à l'accompagnement des nouveaux arrivants : aides et dispositifs pour les professionnels de santé 305
1. Les pôles locaux d'accueil du Limousin 305

2. Les sites de proximité en Rhône-Alpes 306
3. L'Agence des territoires d'Auvergne et les résidences d'entrepreneurs 307
E. Le rôle de l'accueil par les professionnels de santé du territoire 309
1. Une implication inégale 309
2. Les charges administratives de l'installation des médecins généralistes 310
3. Le rôle des hôpitaux dans l'installation et le maintien des libéraux 310
4. La mise en concurrence des territoires et les effets d'opportunisme 311
CONCLUSION 312

Chapitre 8. Maisons de santé : des initiatives multi-partenariales développées aussi dans le Massif central 315

INTRODUCTION 315
I. LES REGROUPEMENTS ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DU SOIN AUTOUR D'UNE MAISON OU D'UN POLE DE SANTE 316

A. Concept et cadre législatif de la maison de santé pluridisciplinaire 318
B. Ce que l'on peut attendre d'une maison de santé pluriprofessionnelle : avantages et intérêts pour les élus et pour les professionnels 320
C. Ce que se regrouper et travailler ensemble implique pour les professionnels de santé : pour mieux comprendre les hésitations et les réticences 324
D. Quelques grands principes et conseils pour l'élaboration d'une MSP 325
E. Quelles postures des collectivités et quelles modalités d'accompagnement ? 326

II. LES MAISONS DE SANTE : ENQUETE AUPRES D'UN ECHANTILLON SUR LE MASSIF CENTRAL .. 329

A. Profil des communes et communautés de communes porteurs des maisons de santé 334
B. Des équipes pluri-professionnelles 337
C. Peu de projets de santé formalisés et des bâtiments nouveaux 338
D. Les structurations juridiques et les coûts des maisons de santé 341
E. L'entrée territoriale des dispositifs d'aide aux MSP 343
F. Des relations avec les partenaires limitées au moment du plan de financement et un faible accompagnement des projets 345

III. LES POLES DE SANTE : L'EXEMPLE DU PAYS HAUTE-CORREZE 347

IV. LES CENTRES DE SANTE : UNE SOLUTION POUR LES ELUS DES ZONES OU L'OFFRE PEINE A SE MAINTENIR ? 349
CONCLUSION 351

Chapitre 9. Les réseaux de santé de proximité dans deux territoires de moyenne montagne : le Nord Aveyron et la Montagne limousine 355

INTRODUCTION 355
I. LES RESEAUX DE SANTE : CONCEPT ET CADRE LEGISLATIF 355

A. Les étapes de mise en place 355
B. Les réseaux de santé territoriaux ou de proximité 358
C. Problématique et objectifs de l'enquête 360
D. Le choix des deux réseaux de santé de proximité 362
1. Lieux et contextes des entretiens 362

2. Sur le Nord Aveyron....363
3. Sur la Montagne limousine....364

II. LE RESEAU DE SANTE DE PROXIMITE EN NORD AVEYRON....365

A. Territoire et genèse du projet de réseau....365
B. Un réseau de professionnels sur plusieurs lieux d'exercice....367
C. Mise en place du réseau : un temps nécessaire en amont pour la concertation....369
D. Les politiques d'Etat en santé : appel d'offre et opportunité pour soutenir les projets....370
E. Un réseau pour favoriser la coordination des soins....373
1. Les partenariats....373
2. Un logiciel informatique commun aux professionnels du réseau....374
3. Le réseau pour une coordination et des projets interprofessionnels....376
F. Le cas de l'installation d'un praticien sur le Nord Aveyron....378
1. Les difficultés administratives....378
2. Connaître l'hôpital et ses spécialistes....379
3. Les difficultés de la transmission du médecin généraliste....380
G. Le rapport aux soins et à la santé des populations du Nord Aveyron....381
1. Une société montagnarde face aux soins....381
2. L'accès aux soins pour les habitants de la montagne....383
H. Construire un réseau avec la diversité des professionnels....384
I. L'exercice professionnel et les conditions de vie sur le Nord Aveyron....387
1. La place des perceptions....387
2. Le réseau : attractif pour de nouvelles installations ?....388
J. Rôle et impacts des politiques de santé : institutionnels, élus et accompagnement....390
1. L'implication des élus....390
2. Les limites du rôle des élus....393

III. LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES DE LA MONTAGNE LIMOUSINE....393

A. Millevaches, un plateau de moyenne montagne peu peuplé....393
1. Le « plateau » et son organisation....393
2. L'influence de deux CHU : Limoges et Clermont-Ferrand....396
3. Un territoire de petites routes et à l'habitat dispersé....396
B. La genèse du projet....397
1. Le départ massif des médecins généralistes dans dix ans....397
2. Une étude puis une candidature PER à l'échelle du PNR....397
3. Une association pour mettre en place le réseau....399
4. Le rôle du Parc Naturel Régional de Millevaches....400
C. Les changements dans les pratiques : entre persistance et bouleversement, les apports du réseau....401
1. Le réseau pour faciliter l'exercice des professionnels de santé....401
2. Une faible interconnaissance entre professionnels....403
3. Une priorisation des missions du réseau....404
4. Des locaux professionnels mis en commun....404
5. Un équipement informatique....405
6. Vers plus d'interconnaissance professionnelle et de coordination....406
D. Les motivations des professionnels pour construire le réseau....408
1. La qualité de travail et de vie en espace rural....409
2. Le manque d'investissement de certains professionnels pour le réseau....410
E. Le rôle de l'accompagnement et l'implication des élus....412

1. Une faible visibilité du corps médical dans la société civile locale 412
2. L'implication des élus 413
3. Le rôle des élus selon les élus 414
4. Accueillir les professionnels de santé candidats à l'installation 415
5. Favoriser le développement et l'attractivité du territoire 416
6. Posture d'élus face à des professionnels peu enclins aux changements 417
7. L'action autour du recrutement du centre hospitalier du Pays d'Eygurande 418
F. L'interregionalité et les difficultés pour l'élaboration et la mise en œuvre du réseau 419
CONCLUSION 420

Conclusion générale 425

Bibliographie 435

Annexes 447
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées 447
Annexe 2 : Grille d'entretien pour l'enquête sur les stratégies et actions des Pays et des Parcs en matière de santé 454
Annexe 3 : Grille d'entretien pour l'enquête sur les maisons de santé sur le Massif central (en cours et en fonctionnement) 455
Annexe 6 : Zonages pluriprofessionnelles et zones fragiles par régions du Massif central 459
Région Auvergne 462
Région Bourgogne 463
Annexe 5 : Projet de lettre d'information « Santé en Massif central » (non parue) 464

Table des illustrations 471

Glossaire des abréviations utilisées 475

Résumé :

Le Massif central est un ensemble de territoires aux dynamiques variées. Il réunit toutefois des caractéristiques qui, ajoutées aux enjeux nationaux, induisent des difficultés dans la présence, l'organisation et l'accès aux soins, en particulier pour les territoires éloignés des zones urbaines et des structures hospitalières, peu peuplés, peu attractifs et dont la population vieillit. Ce travail de thèse a pour objectif de rendre compte des questionnements qui s'expriment dans ces territoires, des acteurs qui s'y investissent et des actions qui s'y déroulent, selon un angle d'approche territoriale et en particulier à travers les discours et les actions des institutions sanitaires, des collectivités territoriales et des professionnels de santé locaux. Prendre en compte ce qui fait les spécificités des territoires ruraux du Massif doit mieux aider à concevoir des solutions. La proximité des relations entre les professionnels de santé et la population, le faible nombre de professionnels, la place des élus locaux et les configurations des collectivités rurales, sont autant d'éléments à considérer. A partir des préoccupations et des postures de chacun et des exemples de projets innovants tels que les réseaux de santé de proximité, ce travail permet de mieux comprendre qu'au-delà des faibles dessertes de l'offre de soins et des situations d'éloignement aux services, c'est la capacité des acteurs à travailler ensemble et leurs modalités d'organisation et de collaboration qui contribuent au maintien, à l'accès et à la qualité de l'offre de soins.

Mots clés : services de santé – offre de soins – politiques publiques – collectivités territoriales - Massif central – moyenne montagne.

Abstract:

The Massif Central is made up of several areas with specific dynamics. However, a number of common characteristics (rural and mountain areas, low population density) added to the national issues related to the health system make the organization of health care and its access difficult. Following a territorial approach and based on speeches and actions made by health care services, local authorities and health professionals, our research effort was focused on collecting and analyzing raised issues, actors involved in the field and actions that were taken. Evaluating the distinctive features of the rural areas in the Massif could allow new solutions to be developed. The close relationship between the populations and health actors, the low number of professionals, the role of the elected members and of the rural local authorities are key elements to take into account in Massif Central. We analyzed the interests and positions of each actor and explore new ongoing projects such as the healthcare centres with primary care teams or the local health care network developed in rural areas. This work contributes to the understanding of the pivotal role of the dialogue and cooperation among the main local actors (health professionals, political representatives and health institutions) on the success of the present and future projects to maintain and develop the supply of health care.

Key words: – health service – healthcare provision – public policy – local authorities - french Massif central – rural areas.