



CONCOURS INTERNE D'ADMINISTRATEUR TERRITORIAL

SESSION 2023

**Epreuve écrite de valorisation de l'expérience professionnelle
consistant en la résolution d'un cas exposé dans un dossier et portant
sur un problème d'organisation ou de gestion rencontré
par une collectivité territoriale ou un établissement public local**

EPREUVE N° 8

**Durée : 4 h
Coefficient : 5**

SUJET :

Vous êtes DGA, en charge de la solidarité, d'une communauté d'agglomération de 117.000 habitants, composée de 81 communes. En dehors de la ville centre, qui compte 38.000 habitants, le territoire se compose essentiellement de communes rurales. Il est marqué par une population vieillissante, et par d'importantes difficultés économiques et sociales. De nombreux élus et partenaires ont alerté récemment la présidente sur une situation alarmante en matière de santé et d'accès aux soins (grande difficulté à trouver un médecin traitant, nombreux départs à la retraite non-remplacés, dégradation de l'état de santé des populations les plus fragiles au vu de plusieurs indicateurs, renforcement des problématiques de santé mentale).

La présidente et le directeur général des services vous demandent une note, en vue d'une prochaine conférence des maires, visant à proposer un plan d'action pour favoriser le maintien ou l'installation de professionnels de santé et pour renforcer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des plus fragiles.

La note devra préciser la méthode de construction de la démarche, les partenaires à mobiliser en priorité, en étant attentif à l'objectif de maximiser les financements pouvant être obtenus. Elle devra également envisager ce que pourrait être une répartition du portage des actions entre la communauté d'agglomération, les communes et les professionnels de santé.

DOCUMENTS JOINTS

Document 1	Code de la santé publique – <i>Article L 1434-10</i> – Légifrance	Page 4
Document 2	ARS Bretagne – 2 février 2023 – Contrats locaux de santé – bretagne.ars.santé.fr	Page 6
Document 3	Elise Humbert – <i>Le contrat local de santé à l'assaut des inégalités d'accès aux soins</i> – Le courrier des Maires n° 364 - Avril-mai 2022	Page 7
Document 4	Nadine Haschar-Noé et Emilie Salaméro – <i>Le contrat local de santé, un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé</i> – La santé en action – n° 428 – Juin 2014	Page 9
Document 5	Corinne Merigaud – <i>Le contrat local de santé élargi à Limoges Métropole</i> – aqui! – 20 janvier 2023	Page 13
Document 6	<i>Financer des structures de santé : oui mais comment ?</i> – la gazette.fr – 24 mars 2021	Page 14
Document 7	<i>Les maisons de santé pluriprofessionnelles</i> – ARS Hauts de France – 22 mars 2022	Page 16
Document 8	<i>Favoriser l'émergence des maisons de santé avec les entreprises publiques locales</i> - Extrait - Banque des Territoires - Septembre 2019	Page 17
Document 9	<i>Soutien aux maisons de santé pluri-professionnelles et autres formes d'exercice professionnel</i> – Aide régionale - Région Grand est	Page 20
Document 10	<i>Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ?</i> sante.gouv.fr (03/12/2021)	Page 21
Document 11	Emmanuelle Stroesser - <i>Le bassin du Marmandais tisse sa toile médicale</i> – banquedesterritoires.fr - 12 janvier 2023	Page 22
Document 12	Victor Rainaldi – <i>Soyaux construit un service public de médecine générale</i> – banquedesterritoires.fr – 12 avril 2022	Page 23
Document 13	Monique Clemens - <i>Pour ne pas devenir un désert médical, l'agglomération de Vesoul soutient trente étudiants</i> – La Gazette.fr – 28 janvier 2020	Page 24
Document 14	<i>La prévalence de l'obésité s'accroît fortement en France</i> – Maire Info – 22 février 2023	Page 25
Document 15	<i>Quel rôle pour l'intercommunalité en santé ?</i> – Retour d'enquête - Intercommunalités de France – AdCF – Novembre 2021	Page 26

NOTA :

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- **Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies** : pas de signature ou nom, grade, même fictifs.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.



Code de la santé publique

Article L1434-10

Version en vigueur depuis le 23 février 2022

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre IV : Administration générale de la santé (Articles L1411-1 à L1470-6)

Titre III : Agences régionales de santé (Articles L1431-1 à L1435-12)

Chapitre IV : Territorialisation de la politique de santé (Articles L1434-1 à L1434-15)

Section 3 : Territoires et conseils territoriaux de santé (Articles L1434-9 à L1434-11)

Article L1434-10

Version en vigueur depuis le 23 février 2022

I A. - L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.

Modifié par LOI n°2022-217 du 21 février 2022 - art. 121
Modifié par LOI n°2022-217 du 21 février 2022 - art. 122

I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9.

Le conseil territorial de santé est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Il est informé des créations de dispositifs d'appui à la coordination et de dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du présent code ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux.

III. - Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il identifie, lorsqu'ils existent, les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées contribuant au projet régional de santé. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville, aux zones de montagne et aux zones de revitalisation rurale.

Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé, avec le concours éventuel de l'union régionale des professionnels de santé mentionnée à l'article L. 4031-1, et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé.

Les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées peuvent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet territorial de santé, après autorisation du ministre de la défense.

Les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 et les collectivités territoriales et leurs groupements participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé, selon des modalités définies par décret.

Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé mentionnée au 5° de l'article L. 1411-1.

Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.

Le projet territorial de santé est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut s'y opposer, dans un délai de deux mois, en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire du projet territorial de santé, après avis du conseil territorial de santé.

Les projets territoriaux de santé font l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé.

En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2.

IV. - La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements garantissant la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap et, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social. Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4. Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent.

NOTA :

Se reporter aux conditions d'application prévues à l'article 5 de l'ordonnance n° 2021-1470 du 10 novembre 2021.



Contrats locaux de santé

2 février 2023

Le contrat local de santé est un instrument essentiel pour contribuer à mettre "la santé au cœur de toutes les politiques" et ainsi lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales de santé, réduire la mortalité évitable et améliorer les parcours de santé.

Le contrat local de santé (CLS) constitue un outil privilégié de l'action territoriale de l'ARS Bretagne. Porté politiquement par des collectivités et l'Agence, il constitue un cadre souple permettant de fédérer les acteurs d'un territoire autour d'enjeux de santé partagés.

Les CLS en Bretagne s'articulent autour des 5 axes stratégiques suivants reflétant les priorités du Projet régional de santé :

- **La prévention et la promotion de la santé et de la santé environnementale** : les CLS doivent contribuer à la réduction de la mortalité prématurée évitable en agissant sur les grands facteurs de risque qui y contribuent : les addictions (particulièrement tabac et alcool), l'alimentation et l'activité physique, la santé mentale et le risque suicidaire mais aussi sur les déterminants liés aux conditions de vie des habitants du territoire (environnement et cadre de vie, logement, mobilités, éducation, ...). Des actions pourront par exemple porter sur l'amélioration de la qualité de l'air intérieur, de l'eau, la lutte contre le changement climatique, la végétalisation du cadre de vie,
- **L'organisation des parcours de santé** : les CLS doivent favoriser des organisations locales de l'offre de santé favorisant la fluidité des parcours. Les actions pourront porter sur l'accès aux soins de premier recours, l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, le développement de l'exercice coordonné, les liens ville/hôpital/médico-social ou encore l'amélioration de la qualité des soins et accompagnements (échanges de pratiques entre professionnels par exemple).
- **L'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement** : les CLS constituent un vecteur de mobilisation intersectoriel favorable à la promotion et au soutien des filières professionnelles des métiers du soin, du médico-social et de l'accompagnement. Il s'agit de mener un ensemble d'actions coordonnées visant à minorer les freins vers certaines orientations professionnelles ou vers l'emploi. Les actions portent sur l'emploi, la valorisation des filières et des activités, le sens au travail, les actions avec les partenaires des filières professionnelles, etc....
- **Les populations vulnérables et leurs aidants** : le CLS doit faire émerger des initiatives pour ces publics afin de favoriser leur accès aux accompagnements et aux soins, aux droits et leur inclusion dans la société.
- **La participation citoyenne et la mobilisation des usagers comme partenaire en santé** : Dans l'élaboration et la mise en œuvre des CLS, les co-contractants s'attachent à développer la participation citoyenne pour identifier les besoins lors du diagnostic et déterminer les méthodologies d'intervention adaptées aux attentes et/ou à favoriser les conditions d'un partenariat entre l'utilisateur et les professionnels de santé. Des actions spécifiques peuvent également y être consacrées. Dans ce cadre, seront soutenus le déploiement et l'adaptation des actions d'éducation thérapeutique du patient, la réalisation d'action de marketing social ou d'actions communautaires, le développement des patients partenaires auprès des structures en charge d'organiser ou de coordonner les parcours de soins (CPTS, DAC, etc.) ou encore les actions de pair aidance, en soutien aux autres axes stratégiques.

Les étapes d'un CLS sont les suivantes :

- 1 - Lettre d'intention de la collectivité
- 2 - Cadrage de la démarche entre l'ARS et la collectivité
- 3 - Élaboration d'un diagnostic territorial de santé
- 4 - Élaboration concertée du contrat et de ses actions
- 5 - Suivi des actions
- 6 - Évaluation

Chaque projet de contrat local de santé est accompagné et co-piloté par un chargé de mission référent en délégation départementale.

Par ailleurs, l'ARS Bretagne propose un appui financier aux collectivités porteuses de CLS pour développer et mettre en place une ingénierie territoriale en santé.

L'ingénierie territoriale en santé est un temps et une compétence d'intervention en santé assurés par un(e) chargé(e) de mission dont le rôle est :

- L'identification des enjeux et ressources en santé du territoire,
- La mobilisation des acteurs au service de dynamiques intersectorielles,
- Le pilotage du contrat local de santé et l'accompagnement de projets locaux,
- L'information et la communication en matière de santé.

Le contrat local de santé à l'assaut des inégalités d'accès aux soins



MONTAGE E. CLÉMENT / PHOTOS ADDBESTOCK

Dans un contexte qui a révélé tout particulièrement les inégalités territoriales persistantes dans les domaines de la prévention et de l'accès aux soins, le contrat local de santé (CLS) apparaît comme un moyen d'action des collectivités. Introduit par la loi «HPST» de 2009 et réaffirmé par la loi de modernisation du système de santé de 2016, le CLS constitue, en effet, l'instrument privilégié pour développer de façon concertée des parcours de santé cohérents et adaptés à l'échelon local.

Figurant initialement à l'article L. 1434-17 du code de la santé publique, c'est aujourd'hui, au IV. de l'article L. 1434-10 du code que le contrat local de santé est défini : «La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, garantissant la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.

Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins [...].

Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent.»

Aucune autre disposition législative ou réglementaire ne s'impose à ces contrats. De sorte qu'il peut d'emblée être retenu que le cadre juridique applicable demeure extrêmement souple. Largement négociables, il n'en demeure pas moins que plusieurs lignes directrices ont été dégagées s'agissant de la formalisation de ces contrats, lesquels ont encore donné lieu à l'établissement d'un guide méthodologique par les agences régionales de santé (ARS) (1).

Les conditions préalables à la formation d'un CLS

L'élaboration d'un CLS est tout d'abord inmanquablement conditionnée à l'expression de la volonté d'engager cette démarche. Une telle initiative peut procéder soit de l'ARS, soit d'une collectivité territoriale, soit

encore d'une ambition partagée par ces deux acteurs. En tout état de cause, un volontarisme fort des élus locaux est absolument déterminant dans la réussite d'un CLS.

L'élaboration d'un diagnostic territorial de santé

L'élaboration d'un diagnostic territorial de santé constitue, ensuite, un préalable indispensable à la formation d'un CLS. L'article L. 1434-17 du code de la santé publique précité prévoit, en effet, que la conclusion de ce type de contrat garantit «la participation des usagers».

Ainsi, ce diagnostic territorial de santé constitue une démarche d'analyse de situation donnant obligatoirement lieu à concertation. Il se distingue donc d'un simple état des lieux reposant sur de la collecte et de l'analyse d'informations disponibles en ce qu'il associe les acteurs et la population à l'identification des enjeux de santé et d'action pour le territoire.

Déterminer périmètre, signataires et support du contrat

Au-delà de conforter le bien-fondé de la démarche, ce diagnostic doit encore permettre de fixer le périmètre géographique, les parties prenantes et le support pertinent du CLS. S'agissant du périmètre, il correspond généralement à celui du territoire de la collectivité impliquée. A noter toutefois qu'en milieu rural, il pourra correspondre à des territoires tels que les pays.

S'agissant du support, il peut s'agir soit de l'établissement d'un contrat entièrement dédié, soit de l'intégration d'un volet au sein d'un contrat de ville si les territoires d'actions coïncident (2).

S'agissant des signataires, doivent en faire partie impérativement le directeur de l'ARS ainsi qu'un ou plusieurs élus de la collectivité. Le préfet peut également parapher ce contrat si certaines des actions projetées relèvent des services déconcentrés de l'Etat. L'intervention de la

caisse primaire d'assurance maladie est encore très fréquente.

Le contenu d'un contrat local de santé

Comme évoqué, le contenu d'un CLS demeure, pour beaucoup, laissé à l'appréciation de ses signataires. Il n'est tout d'abord fixé aucune condition restrictive de délais s'agissant de ces contrats, lesquels s'inscrivent néanmoins généralement sur plusieurs années (3 à 5 ans dans la majorité des cas).

Le contenu des contrats se trouve néanmoins contraint pour partie par les textes, ainsi que par une articulation nécessaire avec les autres dispositifs existants et qu'il est largement orienté par les modèles de contrat diffusés par les ARS.

Composantes obligatoires du CLS

Rappelons tout d'abord que le contenu d'un contrat local de santé se doit impérativement d'être en adéquation avec le projet régional de santé de son territoire d'intervention.

Au demeurant, la loi prévoit explicitement que ce type de contrat porte sur « la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ».

Il est encore requis qu'un volet consacré à la santé mentale, tenant lui-même compte du projet territorial de santé mentale, soit intégré audit contrat (art. L. 1434-17 du code de la santé publique). Ainsi, le contrat local de santé doit immanquablement s'inscrire en lien et en cohérence avec l'existant.



■ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

■ Loi « HPST » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Une articulation nécessaire avec les dispositifs existants

Le contrat local de santé a vocation, en effet, à favoriser une action concertée et cohérente en faveur de la réduction des inégalités dans le secteur de la santé et de l'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins. En aucun cas, ce contrat ne doit se substituer aux autres dispositifs locaux existants. Néanmoins, l'un de ses objectifs est précisément de recenser ces dispositifs et de garantir leur parfaite articulation. Ainsi, s'il n'en est pas une composante, le CLS doit impérativement être en adéquation avec le contrat de ville.

De même, le CLS doit tenir compte des ateliers santé ville (ASV) susceptibles d'être mis en œuvre sur le territoire et, au-delà, se positionner vis-à-vis d'eux dans une approche complémentaire favorisant leur parfaite exécution réciproque.

C'est d'ailleurs parce qu'il est empreint, au final, de plusieurs lignes directrices fondamentales, qu'il est bien souvent rédigé à partir des modèles diffusés par les ARS.

Un contenu souvent issu des modèles de l'ARS

Les CLS intègrent ainsi généralement les articles suivants : parties signataires, périmètre géographique du contrat, prise en

compte des démarches locales de santé existantes, partenaires éventuels, axes stratégiques, objectifs et actions du contrat, durée, suivi et évaluation.

En annexe, sont ensuite déclinées par fiche opérationnelle les actions projetées, les moyens y étant associés et les conditions de leur suivi et évaluation.

Leurs moyens d'exécution

Il est constant que la réussite d'un CLS résulte très largement des garanties susceptibles d'être apportées à sa réalisation. A cet effet, les conditions de son suivi et de son financement sont déterminantes.

L'importance du suivi du CLS

S'agissant du suivi, il est préconisé la mise en œuvre d'un comité de pilotage présidé par le représentant de la collectivité portant le contrat. Celui-ci est composé des représentants de toutes les institutions et organismes intervenant sur le territoire concerné dans le champ de la santé : collectivités territoriales, Education nationale, groupements hospitaliers du territoire, etc. Ce comité de pilotage constitue le lieu privilégié de concertation et d'échanges ainsi que l'instance de décision. Se réunissant a minima deux fois, par an, il lui appartient de valider le plan d'action et de suivre la mise en œuvre et l'évaluation du CLS.

Parallèlement, il est en général institué un comité technique composé des techniciens représentant les membres du comité de pilotage et les représentants des partenaires locaux (associations, professionnels et habitants). Ce comité assure un rôle préparatoire et de propositions entre les séances du comité de pilotage.

Enfin, l'animation de la démarche procède le plus souvent d'un coordinateur à qui elle est confiée. Si cette organisation est la plus courante, elle peut bien sûr différer, a fortiori lorsque le CLS s'appuie sur un autre contrat territorial. Reste, en tout état de cause, qu'un soin particulier devra être apporté à la détermination d'un portage efficient de la démarche.

L'obtention des financements nécessaires

Le dernier point à aborder et non le moindre tient aux conditions de financement d'un CLS. Avant toute chose, il n'existe pas, par essence, de financements directement dédiés à l'exécution d'un CLS. De sorte que, là encore, la détermination du financement des actions définies est laissée à l'appréciation des signataires, via le recours aux dispositions et outils de droit commun (appels à projet, contractualisation, etc.).

A noter toutefois qu'en général, l'ARS finance largement le diagnostic territorial et cofinance une majorité d'actions.

Reste qu'il est fondamental de gagner en lisibilité sur les moyens – financiers, humains, matériels – alloués au CLS par les différents partenaires, d'où la recommandation de les renseigner au sein des fiches opérationnelles lui étant annexées.

(1) www.labo-cites.org/Datas/DT_sant/CLS_TYPE.pdf

(2) Circulaire SG/CGET n° 2014-376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville, NOR : AFSZ1500546C.

Par Elise Humbert, avocate, cabinet Seban et associés

Les « Contrats locaux de santé », créés récemment par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », font figure de modèle pour décliner sur un territoire une stratégie de santé publique sur mesure.

Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Nadine Haschar-Noé,
maître de conférences,
laboratoire Prissmh-Soi
(EA 4561),
Institut fédératif d'études
et de recherches
interdisciplinaires
santé-société (Iféris),
université de Toulouse,
Émilie Salaméro,
maître de conférences,
laboratoire Cerege
(EA 1722), université
de Poitiers.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif majeur affirmé par toutes les instances sanitaires. Si de nombreux travaux ont mis à jour les déterminants sociaux et territoriaux de ces inégalités [1, 2], les modes d'action permettant leur réduction restent encore en chantier [3, 4]. Comment un territoire peut-il lutter contre les inégalités sociales de santé et quelles conditions faut-il réunir ? À partir d'enquêtes socio-ethnographiques menées

en Midi-Pyrénées sur les Contrats locaux de santé (CLS)¹, nous apportons des éléments de réponse à ces questions.

L'acte de naissance des Contrats locaux de santé

Un Contrat local de santé est un contrat d'action publique réunissant généralement trois caractéristiques :

- un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et les moyens correspondants ;
- des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation à moyen terme ;
- des clés de contributions (financières ou autres) conjointes à la réalisation des objectifs [5].

Les CLS se situent dans une relative continuité vis-à-vis des Contrats locaux de santé publique annoncés dans le Plan Espoir banlieues en juin 2008 [6], prolongements contractuels des Ateliers santé ville avec lesquels ils cohabitent sur certains territoires (cf. *article Didier Febvrel dans ce même numéro*). La circulaire ministérielle du 20 janvier 2009 annonce la mise en place de CLS visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ce que confirme la loi « Hôpital patients santé et territoires – HPST » du 21 juillet 2009, qui prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par « l'agence (régionale de santé), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »².

Cependant, la loi n'a pas davantage encadré la définition des CLS, lesquels peuvent recouvrir tout ou partie des compétences des Agences régionales de santé³. Sans pouvoir relater ici les différentes évolutions des dernières années, le caractère « flou » et peu cadré *a priori* par la loi HPST de ce type de contrat laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs qui s'y engagent, malgré les préconisations d'une note remise au ministère en 2011 et d'un « kit méthodologique » [7, 8] proposant un cadre de référence pour un pilotage « unifié » plutôt de type « préfectoral » [9].

Focus sur deux Contrats locaux de santé

Dans une perspective de sociologie de l'action publique sanitaire, l'analyse de la construction de cette nouvelle procédure contractuelle négociée entre l'ARS et ses « partenaires » s'appuie ici sur deux études de cas approfondies et anonymées, menées de 2011 à 2014⁴ en Midi-Pyrénées.

L'objectif est de dégager les conditions favorables et les freins qui président à la construction des accords et la signature d'un CLS entre ARS et collectivités territoriales. Analysés comme des instruments d'action publique [10] censés favoriser une « nouvelle » gouvernance sanitaire des territoires et la réduction des inégalités de santé, ces deux CLS ont été choisis pour leur « exemplarité » contrastée. Ce parti pris méthodologique permet de rendre compte des dynamiques spatiales, temporelles, partenariales et politiques très différenciées qui rythment, « chemin faisant », les négociations entre collectivités, Agence régionale de santé et ses délégations territoriales. Pour ces instances sanitaires, le premier cas (A) s'apparente à un « *cauchemar* » et le second (B) à une « *belle réussite* ».

Le cas A., situé en milieu rural, est éloigné de la métropole régionale. Il couvre un périmètre de 56 communes, 3 intercommunalités et 2 cantons rassemblés dans un Pays, pour 26 204 habitants au total (Insee, 2009). La mise en place d'un CLS est justifiée par le double constat d'une situation

épidémiologique relativement défavorable, un taux important de personnes âgées, une restructuration conflictuelle de l'offre hospitalière, et des indicateurs de précarité alarmants suite à une forte déprise industrielle.

Le cas B. correspond à une commune périurbaine, proche de Toulouse et dynamique sur le plan socio-économique. La population de 34 306 habitants (Insee, 2009) est d'un niveau socio-économique relativement élevé, les indicateurs de santé sont pour la plupart meilleurs que ceux du département et de la région et l'offre sanitaire et médico-sociale est jugée satisfaisante. Cependant, de fortes inégalités de santé et des indicateurs de précarisation persistent dans certains quartiers de la commune qui compte 30 % de logements sociaux.

Cas A : pléthore d'acteurs et négociations sous tension pour un CLS « expérimental »

Entre le lancement du CLS et sa signature, il s'écoule 33 mois (octobre 2010/juillet 2013) : une élaboration au long cours ponctuée par des conflits entre ARS, collectivités territoriales et acteurs locaux, des périodes d'arrêt des négociations et d'importants retards dans le calendrier prévu initialement.

La démarche contractuelle débute en 2010 dans un contexte de mise en place de l'ARS et d'élaboration de son Plan stratégique régional de santé

(PSRS). Considéré comme un CLS « expérimental... il en paye un peu les pots cassés »⁵ compte tenu du manque d'expérience et d'habitudes de négociation au sein d'une « jeune agence » peu coutumière d'une démarche de projet « réellement concertée ».

Par exemple, le diagnostic sanitaire du territoire, réalisé par l'Observatoire régional de santé et l'ARS à partir d'indicateurs quantitatifs disponibles, ne convainc pas totalement les élus et professionnels de santé locaux. Lors des premières réunions de travail, il donne lieu à de longs « débats et négociations » sur les aspects qualitatifs devant le compléter et l'affiner, ce qui retarde en partie le choix des axes d'action à privilégier dans le CLS.

Des signataires aux intérêts différents

Du fait du périmètre géographique étendu choisi par l'ARS, la signature nécessite aussi la construction d'accords entre un nombre important de signataires⁶ aux intérêts souvent différents, parfois en concurrence et, de plus, sans habitude de coordination intersectorielle ou interinstitutionnelle. Le tout se double d'une « méfiance réciproque » entre « agence de l'État » et élus locaux.

Au-delà de ces indicateurs factuels, les dynamiques partenariales et de projet s'ancrent dans des modes de « gouvernance » plus ou moins propices à la coordination des acteurs. En amont, l'ARS a dû mobiliser et

convaincre les collectivités de s'engager dans la démarche : leur accord s'est scellé au prix d'un compromis – longuement négocié avec les élus – de ne pas fermer l'activité chirurgie de l'hôpital local.

En charge d'animer « à marche forcée » la fabrication du CLS, les agents de la délégation territoriale de l'ARS ont alors mobilisé les acteurs locaux selon un « engagement tous azimuts... mais c'est parti dans tous les sens... ». La « gouvernance » de la démarche contractuelle s'est révélée très complexe, car organisée autour de trois instances aux prérogatives différenciées :

- un Comité de pilotage « stratégique et politique » composé en majorité d'élus locaux⁷ et chargé de valider les axes et contenus du CLS ;
- un Comité opérationnel « plus technique » pour rédiger les fiches-actions ;
- et un Comité de rédaction restreint aux représentants des principaux signataires (Conseil général, deux communes et ARS).

Animé par la délégation territoriale de l'ARS, le Comité opérationnel est « composé officiellement » de 32 membres mais ce sont 50 à 60 personnes différentes qui participent à ses travaux entre mars et mai 2011⁸.

L'on constate aussi des interrogations sur le sens et l'« intérêt à s'engager dans ce contrat », dans un contexte jugé « incertain et qui bouge en permanence »

DIAGNOSTIC PARTAGÉ : PRENDRE EN COMPTE LA VULNÉRABILITÉ DES TERRITOIRES

La démarche de construction du diagnostic initiant tout Contrat local de santé (CLS) apparaît comme un dispositif à la fois technique, social et politique, susceptible de favoriser, d'une part, son ajustement aux vulnérabilités du territoire et, d'autre part, la mobilisation fédérative des acteurs locaux. La réalisation d'un diagnostic fondé sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques et épidémiologiques des populations du territoire, en regard des ratios départe-

mentaux et régionaux (état général et problèmes de santé des populations, comportements « à risques » et conséquences sanitaires, recours aux soins et à la prévention, offre de soins, etc.), constitue une première étape d'objectivation des vulnérabilités spécifiques au territoire d'action, et de justification de l'engagement dans un CLS.

Toutefois, une deuxième étape – plus qualitative – apparaît tout aussi essentielle. Établie sur la base de questionnaires et d'entretiens directs auprès de tous les acteurs locaux agissant en matière de santé, d'instances participatives ouvertes aux habitants et à leurs représentants, elle constitue un levier essentiel de communication et de mobilisation fédérative. Elle permet alors

d'ouvrir un véritable dialogue social territorial entre Agences régionales de santé (ARS) et collectivités, de construire un consensus sur des axes prioritaires, de mobiliser les ressources locales et d'ajuster les réponses du CLS au plus près des spécificités du territoire.

En Midi-Pyrénées, l'étude comparée des 8 CLS signés à ce jour permet d'avancer que, si ce diagnostic partagé n'est pas, à lui seul, une condition suffisante pour construire des accords pérennes, il constitue le soubassement d'une collaboration réussie entre l'ARS et les collectivités et l'amorce d'un mode de gouvernance propice à la coordination des acteurs.

N. H-N. et E. S.

et l'absence d'un PSRS validé... ainsi que des concurrences entre opérateurs publics et privés trouvant dans le CLS une opportunité pour faire reconnaître et financer leurs actions et pérenniser leurs activités. Tout cela a complexifié et ralenti les négociations. Les travaux de ce Comité opérationnel débouchent sur une « inflation » de fiches-actions, 31 au lieu des 12 prévues initialement par l'ARS : 20 seront sélectionnées par le Comité de pilotage en intégrant, malgré un certain nombre de protestations d'acteurs locaux, des fiches « venues d'en haut et imposées » par l'ARS ou le Conseil général.

Cas B : mobiliser des partenaires et ouvrir un dialogue social territorial

Pour le cas B, la même démarche ne prendra « seulement que 15 mois » (octobre 2012/février 2014), selon un rythme de travail tendu, mais continu et sans désaccords majeurs entre partenaires.

À l'inverse du cas A, c'est la commune et non l'ARS qui a initié la démarche : portée par un fort volontarisme politique du maire, elle est consolidée par la mobilisation préalable du directeur général des services, de quatre directions municipales⁹ ainsi que la création, à l'initiative de la municipalité, d'un Comité consultatif d'accès aux soins permettant d'intégrer les professionnels libéraux de santé aux négociations.

L'ESSENTIEL

- **Deux équipes de chercheurs français ont passé au peigne fin deux Contrats locaux de santé dans la région Midi-Pyrénées.**
- **Ils ont ainsi identifié, très concrètement, les difficultés et les leviers d'action pour ce type de contrat.**
- **Si ces contrats peuvent effectivement permettre un ajustement au plus près des besoins, la convergence des différentes parties prenantes (Agence régionale de santé, communes, etc.) est un véritable défi à relever.**

Si le diagnostic initial est réalisé de façon identique à celui du cas A, il est complété par un diagnostic « qualitatif et partagé », mené par l'ARS et construit sur la base d'entretiens et de questionnaires auprès des institutions et des professionnels locaux des secteurs médical, social et médicosocial.

Lors de l'unique réunion du Comité de pilotage, ce double diagnostic débouche rapidement sur un large consensus entre élus et ARS, quant aux axes du CLS à privilégier. De ce fait, des directives précises sont données au Comité opérationnel organisé en groupes de travail pour chaque axe. Cette rapidité est aussi facilitée par le fait que la commune est seule signataire

du CLS avec l'ARS et qu'elle a embauché une chargée de mission pour préparer, animer, orienter les débats des groupes de travail, en collaboration avec le directeur du Centre communal d'action sociale et le directeur général adjoint des services.

Ce portage « municipal », accepté par l'ARS, a facilité une rédaction « négociée » du contrat via une démarche de projet inscrite de longue date dans les « habitudes de travail en commun » entre services municipaux et partenaires locaux. Cette gouvernance « rapprochée » a permis de cadrer les négociations lors des groupes de travail, de sélectionner les « bons interlocuteurs » locaux et de rédiger, en moins de deux mois, le CLS et 10 fiches-actions. Cette « équipe-projet volontairement restreinte » a donc joué un rôle central dans la construction et l'acceptation rapide du CLS « en l'état » par l'ARS, appréciant la mise en relation des axes du CLS avec ceux du PSRS et la dynamique locale et partenariale engendrée autour de la réduction des inégalités sociales de santé.

In fine, dans les débats et controverses qui traversent les relations entre ARS et collectivités territoriales se joue une tension centrale entre, d'une part, un CLS conçu parfois *a priori* par l'ARS comme une « simple » déclinaison locale du PSRS (cas A) et, d'autre part, un CLS porteur de solutions ajustées au



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
- [2] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 1, n° 38 : p. 41-53. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_038_0041
- [3] Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action* [rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>
- [4] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [5] Gaudin J.-P. *Gouverner par contrat. L'action publique en questions*. Paris : Presses de Sciences Po, 1999 : 233 p.
- [6] *Espoir Banlieues, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Comité interministériel des villes, juin 2008 : p. 42. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentations_cle2e7117.pdf
- [7] Chambaud L. *Note aux ministres en charge de la Santé, de la Cohésion sociale, de l'Aménagement du territoire et de la ville et à la secrétaire générale chargée des Affaires sociales. Mission sur les Contrats locaux de santé. Analyse du dispositif au niveau national et propositions*, 2011.
- [8] Contrats locaux de santé. *Kit méthodologique*. Document de travail, Agence régionale de santé Île-de-France, avril 2011. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html>
- [9] Pierru F. L'administration de la santé en fusion : la difficile naissance des Agences régionales de santé. *Pouvoirs Locaux*, 2011, vol. 3, n° 90 : p. 75-82.
- [10] Lascoumes P., Le Galès P. dir. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences-Po, coll. Académique, 2005 : 370 p.
- [11] Haschar-Noé N., dir., Basson J.-C., Honta M., Julhe S., Malric L., Merlaud F., et al. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de recherche en santé publique (AO Territoires et santé 2008), juillet 2012.
- [12] Di Méo G. *Géographie sociale et territoires*. Paris : Nathan université, coll. Fac. Géographie, 1998 : 320 p.

plus près des problématiques sanitaires du territoire et de ses populations, encastré dans des politiques transversales et conçu comme un instrument de « démocratie sanitaire » et de coordination entre acteurs locaux (cas B).

La prise en compte du territoire dans toutes ses dimensions

L'ajustement des CLS à la vulnérabilité des territoires est une condition essentielle à leur mise en œuvre. En effet, un Contrat local de santé bien négocié assure l'articulation entre politiques régionales et locales de santé, et lutte ainsi contre les cloisonnements intersectoriels et les inégalités sociales et territoriales de santé [11] (voir encadré p. 15).

Cette politique contractuelle « des petits pas » tient en partie au « flou » de la procédure, à un mode de pilotage ressenti par les élus locaux comme trop centralisé par le niveau régional, et aux incertitudes du financement des actions. Elle tient aussi aux effets propres des territoires, entendus non seulement dans leur dimension géographique, mais aussi sociale, historique, économique et politique [12].

Les conditions à réunir

En termes de recommandations, plusieurs conditions apparaissent favorables à la construction des accords : un portage politique par les élus locaux, la réalisation d'un double diagnostic partagé pour définir des objectifs stratégiques en amont des groupes de travail, un nombre restreint de signataires, mais aussi la mobilisation de ressources et de nombreux partenaires locaux (services publics municipaux, intercommunaux, départementaux, etc.), d'acteurs professionnels et associatifs intervenant dans différents secteurs sur le territoire (santé, social, médicosocial, etc.), la participation des habitants et des représentants d'usagers. Enfin, la maîtrise d'une ingénierie de projet négocié permet de concrétiser les objectifs en programmes d'actions à mettre en œuvre, et d'identifier précisément les contributions conjointes de chacun des partenaires.

En conclusion, soulignons que, pour les élus et les professionnels de santé, du social et du médico-social, le CLS apparaît alternativement comme une

opportunité de faire valoir une légitimité politique, des expertises et des réseaux professionnels, de pérenniser des emplois, et d'améliorer l'attractivité des structures hospitalières locales. Mais ce contrat apparaît aussi comme un risque de mise en concurrence accrue des opérateurs de proximité, au nom des principes d'efficacité, de réduction des coûts et de mutualisation des moyens. Loin d'être unifiées, les réponses des CLS à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'apparentent davantage à fabriquer du « sur mesure » répondant aux spécificités des territoires et de leurs populations. ■

1. Ce travail a été effectué grâce aux financements de l'Institut national du cancer (Programme Aapris, dirigé par Pascale Grosclaude, convention de recherche n° 2011-09), de l'Agence nationale de la recherche (Programme Evaliss, dirigé par Thierry Lang, décision d'aide n° ANR 11 INEG 003 01) et de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées.
2. Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique.
3. Le domaine de compétences de l'Agence Régionale de Santé recouvre l'organisation des soins, la prévention promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.
4. Le recueil de données comprend une analyse documentaire, des observations participantes et 28 entretiens menés avec des élus locaux, techniciens territoriaux, directeurs de services, agents de l'Agence régionale de santé et des délégations territoriales, associations et entreprises.
5. Tous les passages « entre guillemets et en italiques » sont des extraits d'entretiens ou du carnet de terrain ethnographique.
6. Neufs signataires : la préfecture du département, le Conseil général, deux communes (bourgs-centre des deux cantons), la caisse d'Allocations familiales, la Mutualité sociale agricole, la caisse primaire d'Assurance Maladie, la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale et l'ARS.
7. Le Comité de pilotage est composé de 9 personnes : 5 élus locaux, le délégué territorial de l'ARS, le secrétaire général de la préfecture et 2 représentants de l'Assurance Maladie.
8. Professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, associations d'aide sociale et réseaux de soins ou de prévention, entreprises de services, associations de patients, représentants des directions régionales et des caisses d'Assurance Maladie, techniciens territoriaux, etc.
9. Cohésion sociale, Centre communal d'action sociale, Enfance-famille-éducation-sports, restauration collective.

aqui! – Le journal numérique de Nouvelle-Aquitaine

SANTÉ - Limoges Métropole, Haute-Vienne - Publié le 20/01/2023 par Corinne Merigaud

Le contrat local de santé élargi à Limoges Métropole

Le nouveau contrat local de santé (2023-2027) a été signé le 13 janvier par douze partenaires. Il concerne désormais les vingt communes de Limoges Métropole, et vise à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.



Le troisième contrat local de santé est élargi à Limoges Métropole avec de nouvelles actions sur vingt communes.

Ce troisième contrat local de santé vise à mieux coordonner les politiques de santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Au-delà de Limoges, ce sont les communes de Limoges Métropole qui sont concernés soit 206 951 habitants.

9,2 % des habitants de Limoges Métropole et 11 % des Limougeaudois n'ont pas de médecin traitant

Issu de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, il vise à construire avec les acteurs de la santé, du social et du médico-social, un projet de santé adapté aux spécificités du territoire pour lancer des actions répondant aux besoins des habitants. Pour définir ses axes stratégiques, un diagnostic a été élaboré par l'Observatoire régional de la santé. Il en ressort que 9,2 % des habitants de Limoges Métropole et 11 % des Limougeaudois n'ont pas de médecin traitant (taux national 10,3 %). Le recours à la médecine générale est inférieur aux moyennes nationale et régionale dans plusieurs communes de la métropole dont la ville-centre. Un tiers des médecins est âgé de 60 ans. Le nombre de dentistes est inférieur aux moyennes nationale régionale mais ils sont plus jeunes. Les professions paramédicales (masseurs-kinés, infirmiers) sont fortement présentes.

Ce contrat local de santé se décline autour de quatre axes à savoir : créer les conditions d'un environnement physique et social favorable à la santé, la promotion des comportements et habitudes de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'accès à une offre de santé adaptée aux besoins des populations et la promotion du bien-être psychique et la santé mentale.

« Réduire le sel et les matières grasses dans les cantines »

Epaulés par de nombreux partenaires les douze signataires, l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine, la Ville de Limoges, Limoges Métropole, la Préfecture de la Haute-Vienne, le Conseil départemental, la direction des services départementaux de l'Éducation Nationale, le CHU de Limoges, la Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse, le Centre Hospitalier Esquirol, la CPAM 87, l'Université de Limoges et la CAF 87, vont déployer des actions pour répondre aux attentes des habitants. Ainsi, des sessions de formation aux premiers secours seront organisées dans les quartiers prioritaires de la ville. La municipalité poursuivra son action pour réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des enfants accueillis en crèches. Comme alternative, elle a opté pour des contenants alimentaires en porcelaine. Autre initiative à dupliquer, « dans les cantines scolaires de Limoges, une action a été développée sur la réduction du sel et des matières grasses pour améliorer la qualité nutritionnelle des plats, remarque Sophie Girard, déléguée départementale de l'ARS, nous souhaitons le promouvoir auprès des autres communes. »

Le financement devra être renforcé, ce contrat de santé concernant dix-neuf communes de plus. « Nous irons chercher des moyens complémentaires assure-t-elle car il y aura plus d'actions. »

Vaccination et prévention du suicide

Parmi les nouvelles, il est prévu de promouvoir la protection vaccinale en coopération avec le CHU et l'Université de Limoges notamment contre la tuberculose. L'attractivité du territoire pour capter de nouveaux praticiens sera également une priorité. Par ailleurs, une étude sera réalisée pour repérer les logements indignes et insalubres pour les réhabiliter.

Enfin, une action de prévention du suicide sera engagée comme le souligne Emile Roger Lombertie, le maire de Limoges. « C'est un combat permanent pour la population qui présente des troubles délirants dépressifs. Il est important que nous puissions agir pour que ces sujets puissent être accueillis, correctement soignés et accompagnés pour reprendre goût à la vie. » Il cible en particulier « les agriculteurs, les enfants, les adolescents et les étudiants en situation de détresse. » Des formations sont prévues pour les personnes en contact avec ces populations. Elles pourront ainsi déclencher des consultations en santé mentale.

SANTÉ PUBLIQUE

Financer des structures de santé : oui mais comment ?

Auteur associé | A la Une santé social | Actu expert santé social | Actu juridique | Fiches de droit pratique | France | Publié le 24/03/2021 | Mis à jour le 31/03/2021

Si l'aide à l'installation ou au maintien d'une structure médicale est soumise à une condition de zonage, tel n'est pas le cas pour l'aide aux structures participant à la permanence des soins. De nombreux organismes contribuent au financement des structures de santé. Recensement et décryptage juridique des aides existantes avant de décider de l'octroi d'une aide.

Distinguer l'objet des aides

La principale disposition qui régit les aides en faveur des structures médicales est l'article L.1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT). Cet article distingue deux types d'aides, différents selon les territoires concernés et qui peuvent, le cas échéant, se cumuler.

D'une part, au sein des zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins, que cette offre soit insuffisante ou difficile d'accès, les collectivités peuvent octroyer des aides visant à l'installation ou au maintien des professionnels de santé, en ce compris donc les structures de soin, qu'elles soient privées ou publiques. On précisera que les personnes publiques peuvent, dans ce cadre, faire le choix de subordonner leurs aides à un mode d'exercice particulier, en privilégiant, par exemple, les structures d'exercice collectif (maison de santé, pôle de santé ou centre de santé, cabinets médicaux de groupe, etc.).

D'autre part, et cette fois sans condition de zonage, les collectivités peuvent décider de financer des structures participant à la permanence des soins. La notion de permanence des soins est définie par l'article R.6315-1 du code de la santé publique : elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés tous les jours de 20 heures à 8 heures, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. Ces plages de permanence peuvent être étendues compte tenu des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante.

Les collectivités peuvent donc octroyer des aides aux structures assurant une telle permanence. S'il est, dans ce cadre, expressément fait mention des maisons médicales – et l'on pense spécialement aux maisons médicales de garde –, cela peut également concerner les pôles ou centres de santé ou les associations de permanence de soins.

Déterminer sa zone d'appartenance

Afin de déterminer quelles structures avec quelles caractéristiques peuvent bénéficier d'aides, il est donc indispensable de connaître sa zone d'appartenance. Les zones présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins sont déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), pour chaque profession de santé, au regard d'un certain nombre de critères : nombre de praticiens concernés et répartition géographique par classe d'âge, ou encore caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population, présence de structures de soins...

Dans ce cadre, un arrêté ministériel définit, au préalable, profession par profession, la méthodologie applicable pour la détermination des zones. Les personnes publiques ayant mis en place un dispositif d'aide, spécialement s'il est à exécution successive, devront être particulièrement attentives à l'évolution des arrêtés du directeur général de l'ARS, qui doivent être révisés au moins tous les trois ans.

En effet, dans la droite ligne du mécanisme instauré, les aides devront prendre fin si le lieu d'exercice est retiré par l'ARS de la liste des zones de carence en offre de soins.

Cerner les aides pouvant être allouées

Concernant l'installation ou le maintien des structures de santé, le panel des aides pouvant être octroyées par les collectivités et leurs groupements est très large. Il peut s'agir de financement de tout ou partie des investissements engagés ou des frais de fonctionnement exposés (acquisition foncière, vente à moindre coût, travaux d'installation ou de rénovation, et charges afférentes), extension d'un local existant, acquisition d'équipements divers (médicaux, mobiliers, informatiques...) dès lors qu'ils sont liés à l'activité de soins.

La personne publique peut également prendre en charge une partie du loyer ou mettre des locaux à disposition de la structure, ce qui peut notamment se traduire par la mise à bail d'un bâtiment, par exemple, construit et aménagé par la personne publique. Peut encore être envisagée la conclusion d'un contrat de crédit-bail au terme duquel les médecins deviendront propriétaires du bâtiment.

Si elle opte pour la réalisation d'un investissement immobilier, la personne publique devra garder à l'esprit que les investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé qu'elle réalisera dans une zone déficitaire en soins – de même d'ailleurs que ceux qu'elle effectuera aux mêmes fins dans les zones de revitalisation rurale ou dans les territoires ruraux de développement prioritaire – seront éligibles au fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée (FCTVA).

Toutefois, pour donner lieu à attribution du FCTVA, les investissements immobiliers devront alors cumulativement intégrer le patrimoine de la personne publique qui a réalisé la dépense et être confiés à des professionnels de santé (ou d'action sociale).

Évaluer le montant des aides

En droit européen, les aides d'État, c'est-à-dire les aides accordées sous quelque forme que ce soit par l'État, mais également par les collectivités territoriales ou les établissements publics, sont prohibées dès lors qu'elles confèrent en matière de concurrence un avantage économique à leur bénéficiaire (Traité de l'Union européenne, art. 107).

Et, à l'inverse d'une idée répandue, les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé (médecins, services médicaux, autres praticiens, etc...) exercent une activité économique et ne sont donc pas, par principe, exclus du champ d'application des aides d'État.

Toutefois, dans sa communication du 19 juillet 2016 sur la notion d'aide d'État, la Commission a estimé que, si l'aide publique est allouée à une activité qui revêt une dimension purement locale, c'est-à-dire sur une portion de territoire limitée d'un État, qu'elle n'est pas susceptible d'attirer des clients d'autres États membres, voire, d'ailleurs, des autres parties du territoire de l'État concerné, et qu'elle n'affecte pas les échanges entre États membres, alors elle n'entre pas dans la catégorie des aides d'État.

Et la Commission a notamment estimé que tel était le cas pour les hôpitaux et autres établissements de soins de santé « fournissant l'éventail habituel de services médicaux destinés à une population locale et peu susceptibles d'attirer des clients ou des investissements provenant d'autres États membres ». Il semble donc, mais il convient d'être prudent, que les aides accordées en application de l'article L.1511-8 du CGCT, de par leur spécificité et les conditions encadrant leur octroi, tenant notamment en un déficit de l'offre sur un territoire circonscrit, ne s'inscrivent pas dans le champ européen des aides d'État.

Leur attribution serait donc libre, et ce, sans plafond. Au demeurant, compte tenu des critères encadrant les aides pouvant être allouées aux structures médicales, leur qualification en services d'intérêt économique général (Sieg), services, certes, de nature économique mais soumis à des obligations de service public dans le cadre d'une mission particulière d'intérêt général, pourrait également être soutenue.

Et, en tout état, le principe de prohibition des aides d'État connaît une exception pour les aides dites « de minimis », allouées sur la base du règlement n° 1407/2013 du 18 décembre 2013 [5] autorisant le libre octroi, hors secteurs spécifiquement définis, de 200 000 euros par bénéficiaire, toute aide publique confondue (État, collectivités, etc.), sur une période de trois exercices budgétaires.

Se coordonner avec les autres acteurs du secteur

En matière de financement des structures de santé, outre les communes et les EPCI, de nombreux acteurs ont mis en place des dispositifs de subventionnement spécifiques. Il en va ainsi, notamment, pour le département et la région. L'ARS intervient également, tout comme la caisse primaire d'assurance maladie. La connaissance des aides qu'elles allouent est importante pour guider les personnes publiques dans la définition de leur projet.

Par exemple, la subvention dite « Teulade » versée par la caisse primaire d'assurance maladie aux centres de santé vise à rembourser à l'employeur 11,5 % de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés de la structure.

Connaître ces différents dispositifs, et surtout les conditions auxquelles ils subordonnent l'octroi de l'aide, permettra donc à la commune ou à l'EPCI de déterminer au mieux le projet qu'elle entend soutenir, et, en particulier, son contenu, sans qu'il y ait de doublons entre les aides auxquelles ce projet sera éligible.

Veiller à la rédaction de la convention

Les aides accordées doivent obligatoirement faire l'objet d'une convention entre la structure bénéficiaire, la ou les personnes publiques attributaires de l'aide et l'ARS. Cette convention va fixer les obligations qui s'imposeront aux bénéficiaires en contrepartie de l'aide perçue. S'il est légalement imposé que l'une de ces obligations consiste en l'engagement de la structure à exercer de manière effective son activité de soins dans la zone concernée pendant un minimum de trois années, les personnes publiques peuvent parfaitement subordonner l'octroi de l'aide à d'autres conditions.

Notamment, outre une obligation d'exercice pour une durée plus longue que la durée légale minimale imposée, la personne publique peut également, on l'a vu, décider de n'aider que les structures d'exercice collectif comprenant un nombre donné de praticiens et/ou des professions médicales déterminées (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.).

Elle peut encore fixer des modalités d'organisation particulières : jours minimaux d'accueil des patients, participation à la permanence des soins, notamment sur les week-ends ou les périodes de congé, modalités des remplacements...

Il conviendra également d'être vigilant sur les modalités de contrôle et de sanction en cas de non-respect de la convention par le bénéficiaire, en prévoyant, notamment, une obligation de restitution en tout ou partie en cas de non-respect des conditions posées par la personne publique et qui ont subordonné l'octroi de l'aide.

La convention devra également régir les modalités dans lesquelles il sera mis fin à l'aide, dans l'hypothèse où le lieu d'installation de la structure ne serait plus inclus dans une zone déficitaire en soins.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

22 mars 2022



Le développement des structures d'exercice coordonné constitue une priorité du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé. L'ARS Hauts-de-France accompagne ainsi le fonctionnement de plus de 200 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires... sont des structures de soins de proximité regroupant des professionnels de santé médicaux (généralistes ou spécialistes), maïeutiques, médicaux dentaires (soins, prothèses, orthodontie), paramédicaux tels qu'infirmiers (en centre ou à domicile)... dispensant principalement des soins dits de "premier recours". C'est ce qu'on appelle l'exercice coordonné.

Alors que chaque structure compte en moyenne 14 à 15 professionnels, ce sont - avec 200 MSP au 1er février 2022 - 2 818 professionnels de santé qui sont investis dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la région, parmi lesquels figurent notamment 734 médecins généralistes, 849 infirmiers, 294 masseurs kinés et 75 sages-femmes.

Les MSP contribuent à améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des structures de soins de proximité qui regroupent des professionnels de santé médicaux notamment des médecins généralistes et paramédicaux comme des infirmiers, des kinésithérapeutes ou des orthophonistes. Les professionnels qui y exercent sont libéraux et bénéficient ainsi d'un cadre de travail collectif.

Le travail en coordination des différents professionnels est inhérent au fonctionnement des MSP. Le regroupement de plusieurs types de professionnels en un même lieu – comme c'est le plus souvent le cas - et leur coordination permettent un accès aux soins facilité, une continuité des soins en cas d'absence ou indisponibilité du professionnel et d'une prise en charge globale et coordonnée entre les différents acteurs autour des besoins du patient. Un patient âgé qui a développé des problèmes d'équilibre peut par exemple consulter son médecin généraliste et se voir prescrire des séances de rééducation chez un kinésithérapeute dans une même structure de soins, en étant assuré que les deux professionnels échangeront régulièrement autour de son état de santé.

Ces structures d'exercice coordonné favorisent par ailleurs le développement de la télémédecine, des protocoles pluri-professionnels, le renforcement des politiques de prévention, ou encore la prise en charge des soins non programmés.

Les MSP sont prisées par les professionnels de santé de ville car elles offrent un cadre de travail collectif, pluriprofessionnel et des possibilités de se former, de progresser dans sa pratique et de bénéficier d'une organisation du travail plus souple que l'exercice isolé.

Ces maisons de santé constituent ainsi un élément d'attractivité aussi bien pour les professionnels diplômés que pour les internes ou stagiaires. Elles ont vocation à accueillir des externes et internes pendant leur formation et ainsi leur faire découvrir le territoire et ce mode d'exercice coordonné. Elles permettent ainsi un ancrage des professionnels et futurs professionnels de santé sur le territoire, contribuant sur le long terme à renforcer globalement l'offre de soins.

L'ARS accompagne les acteurs à toutes les étapes de création des MSP

L'Agence régionale de santé accompagne les porteurs de projet tout au long du processus de création des maisons de santé pluriprofessionnelles aussi bien pour les aider à structurer la nouvelle organisation qu'à travers des financements ou la recherche de financement auprès de partenaires de l'Agence.

L'accompagnement de l'Agence se traduit concrètement à toutes les étapes grâce à un budget annuel moyen de plus d'1,5 millions d'euros :

- **Aux prémices du projet**, avec la réalisation d'une étude de faisabilité sur le territoire ciblé, un diagnostic territorial pour évaluer les besoins du territoire, la motivation des professionnels de santé et de valider l'existence potentielle d'une dynamique de maison de santé pluriprofessionnelle ;
- **Une fois l'équipe pluri professionnelle constituée**, avec un accompagnement à la rédaction du projet de santé. Le projet de santé permet à partir des besoins en soins du territoire de penser l'organisation de la maison de santé et de fixer les projets communs en matière de prévention et de prise en charge.
- **Lorsque la MSP est officiellement labélisée par l'ARS**, avec un accompagnement à la mise en fonctionnement pour faciliter le déploiement des actions de son projet de santé. Un soutien financier peut aussi être accordé par l'Agence pour aider les professionnels à exercer de manière coordonnée grâce à l'acquisition d'un système d'information partagé ou l'équipement d'une salle de réunion, mais également à accueillir de nouveaux professionnels.
- **Enfin, l'ARS finance le déploiement de la formation** Pacte soins primaires à destination des coordinateurs de MSP. Cette mission de coordination joue un rôle central puisqu'elle permet une meilleure organisation, favorise une dynamique d'équipe et permet aux professionnels de santé de se recentrer sur leur cœur de leur métier.

L'Agence travaille par ailleurs en partenariat avec les URPS et la Femas Hauts-de-France et mobilise si nécessaire des bureaux d'études pour proposer aux porteurs de projet un accompagnement métier et à l'ingénierie au plus près de leurs besoins.

L'ARS anime chaque trimestre dans chacun des cinq départements des comités des structures d'exercice coordonné qui réunissent les partenaires régionaux et départementaux de l'exercice coordonné - notamment l'assurance maladie, les représentants de professionnels de santé au travers des URPS et des ordres et les représentants des collectivités territoriales via le Conseil régional et les Conseils départementaux. Ce temps de concertation permet d'une part d'auditionner les porteurs des projets et de vérifier leur conformité au regard du cahier des charges régional, et d'autre part, d'harmoniser les accompagnements et financements accordés.

Favoriser l'émergence des maisons de santé avec les Entreprises Publiques Locales

Extrait

Maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé : quelques rappels

Ce qu'ils sont : des structures d'exercice coordonné, fédérant les professionnels autour d'un projet partagé

Maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé constituent les deux modalités possibles en matière de structures de soins de premier recours dites « en exercice coordonné ».

Ce qui les distingue entre eux renvoie principalement aujourd'hui au statut de leurs professionnels :

- La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) fédère des professionnels libéraux, issus de différents métiers, qui choisissent de se réunir au sein d'une même équipe afin de construire un projet collectif tout en gardant une autonomie et indépendance dans leur exercice quotidien. Elle peut être initiée, encouragée ou soutenue par une collectivité : les professionnels n'en demeurent pas moins libéraux une fois la structure ouverte.
- Le centre de santé (CDS) accueille quant à lui des professionnels salariés, qui comme pour les maisons pluriprofessionnelles de santé peuvent être des médecins, des infirmier(e)s, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes... en fonction du centre considéré. Le centre de santé peut être créé, géré et exploité notamment par des collectivités, des associations, un établissement de santé public ou privé, des mutuelles ou encore des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

Ce qui les distingue d'autres formes de regroupements de professionnels de santé :

- MSP et CDS s'inscrivent dans le respect d'accords-cadres et de cahiers des charges définis nationalement.
- MSP et CDS s'engagent ainsi à respecter divers critères et objectifs : pratique du tiers payant et respect des tarifs de secteur 1 de l'Assurance maladie (obligatoires pour les centres de santé, très fortement encouragé pour les MSP), définition d'un projet de santé adapté aux besoins du territoire, mise en place d'une organisation permettant un partage des tâches entre les libéraux ou les salariés réellement pluriprofessionnel, afin d'améliorer leurs conditions de travail comme la prise en charge et le suivi des patients (exemple outils communs, notamment en matière de Système d'Information ; mise en place ou participation à des protocoles de soins partagés ; etc.).
- Leur projet de santé est élaboré collectivement par les professionnels, en lien avec leurs partenaires, et validé par l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé comprend des actions favorisant l'accès aux soins, développant la santé publique et améliorant la prévention, répondant aux besoins de la population du territoire concerné.
- MSP et centres de santé correspondent à une aspiration croissante des professionnels de santé, notamment ceux qui terminent leurs études, et constituent de ce fait un vecteur réel d'attractivité et de renforcement de l'offre de soins de proximité sur les territoires fragilisés.

Ce qu'ils ne sont pas : de simples regroupements physiques

Les MSP ou CDS ne peuvent être réduits à la seule dimension de regroupements physiques ou immobiliers. Dans les territoires en difficulté, les tentatives de ce genre s'avèrent de manière générale moins viables voire périssent, notamment par défaut de concertation ou de réflexion préalables, seules en mesure d'assurer l'adéquation du projet aux besoins du territoire et à ceux des professionnels eux-mêmes.

Qui sont les acteurs qui les portent ou qui les soutiennent localement ?

Les professionnels de santé

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé sont d'abord et avant tout des projets de santé portés collectivement, et non des bâtiments abritant des professionnels de santé. L'implication de ces derniers dans l'élaboration d'un projet de MSP ou de centre de santé apparaît ainsi indispensable et dépasse largement – même si elle l'inclut – l'identification de leurs besoins sur le plan matériel. Ce sont les professionnels eux-mêmes qui doivent être à la manœuvre afin de déterminer le contenu du projet de santé, qui lui-même permettra de déterminer les autres dimensions de la démarche – y compris sur le plan immobilier ou organisationnel.

Les Agences Régionales de Santé

Les Agences Régionales de Santé (ARS) déclinent à leur niveau les orientations et décisions définies par la politique nationale, y compris en matière d'offre de soins. Elles concourent ainsi au déploiement des structures de soins de premier recours en exercice coordonné, en fonction des territoires considérés et de leurs niveaux de besoins, par des appuis méthodologiques, la prise en charge d'études et d'accompagnement des professionnels souvent confiés à des prestataires, mais également par la validation des projets de santé proposés par les professionnels. Leur participation à un projet de MSP apparaît ainsi incontournable pour en vérifier la cohérence au regard de la situation locale. D'autre part, cette participation de l'ARS est de nature à favoriser la cohérence du projet avec le cahier des charges national des MSP et CDS, ainsi que sa « labellisation » par l'ARS elle-même, indispensable pour accéder aux financements de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et de l'ARS.

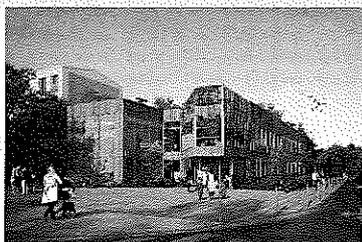
Les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales constituent des partenaires essentiels des projets de MSP et de CDS. La structuration de l'offre de soins de proximité et sa pérennisation gagnent en effet à être opérées en lien étroit avec les élus locaux et leurs services. Si les collectivités territoriales ne disposent pas en propre d'une « compétence santé », elles se saisissent ainsi de plus en plus des questions qui y sont liées – en particulier s'agissant des MSP et des centres de santé et plus encore, à l'échelle communale ou intercommunale. Aussi est-il recommandé, lorsque des professionnels de santé initient un projet de MSP, de prendre contact rapidement avec les collectivités territoriales, afin de s'entendre sur les finalités du projet. À l'inverse, si ce sont les élus qui initient le projet, les professionnels de santé ainsi que l'ARS doivent être rencontrés au plus vite.

Nombre de projets de MSP ou de CDS sont portés ou co-portés par une collectivité territoriale.

La collectivité peut intervenir tout au long de la chaîne de valeur d'un projet de MSP ou de CDS : soit très en amont dans le cadre du diagnostic territorial et de l'expression de besoins, soit en portage du projet immobilier dans le cadre de la maîtrise d'ouvrage, du choix du lieu d'implantation de la MSP ou de son financement. Les collectivités peuvent également porter des projets de centres de santé, dont elles sont parfois gestionnaires et/ou maîtres d'ouvrage à part entière.

Focus sur Nantes métropole : une capacité à associer les acteurs au-delà du projet de santé



A Nantes, la conduite d'une Evaluation d'Impact en Santé, lancée par la collectivité, a amené la mise en place dans les mêmes locaux, au cœur d'un Quartier Prioritaire Politique de la Ville, d'une MSP et d'un espace de prévention et de promotion de la santé. Les deux structures opèrent en autonomie mais partagent un hall d'accueil et des salles de réunions conjoints. L'objectif : faciliter les interactions entre équipes de la ville et professionnels de la MSP, engagés dans un projet de santé publique, et réduire les freins géographiques mais aussi sociaux à l'accès à la santé, dans le cadre d'un projet de renouvellement urbain du quartier pris dans sa globalité.

Contact : Florent TURCK, Directeur Opérationnel de LOD,
fturck@lod44.com

Le portage des projets de MSP ou CDS par les collectivités peut faciliter la mobilisation des subventions. Les élus et leurs services instruisent dans ce cas les demandes de subventions de l'Etat auprès de la Préfecture de région (cas de la dotation de soutien à l'investissement local par exemple, voir page 17). Ils assurent également un relais vers le Conseil Régional ou Départemental et les institutions européennes, qui peuvent également proposer des aides.

L'économie mixte, un outil des collectivités territoriales au service de la structuration territoriale des MSP et CDS

Par son ancrage territorial, son expertise en matière d'accompagnement à la construction du projet et sur le volet immobilier, l'économie mixte peut jouer un rôle structurant dans l'émergence des projets de MSP ou de CDS. L'économie mixte est constituée des entreprises publiques locales (EPL), outils à disposition des collectivités territoriales pour l'exercice de leurs compétences et mobilisant essentiellement des capitaux des collectivités territoriales. Elle bénéficie d'une diversité de métiers (ingénierie de projet, foncier, aménagement, portage immobilier, investissement...), pouvant répondre aux besoins des projets de MSP et de CDS, sur le volet immobilier. D'autre part, son ancrage territorial et sa proximité avec les collectivités locales actionnaires peut utilement être mise au service des professionnels de santé, dans le cadre d'un appui à la structuration territoriale de la présence médicale.

Les EPL peuvent intervenir soit très en amont des projets de MSP ou CDS, soit assurer leur construction et/ou leur exploitation. A titre illustratif, quelques exemples sont mentionnés ci-après :

■ Dans certains cas, elles peuvent apporter un rôle de conseil et de co-animation des projets de MSP / CDS, parfois très en amont du projet immobilier :

- La SELI - SEM de la région Limousin - accompagne les projets de MSP régionaux : elle intervient auprès des médecins pour les appuyer dans l'expression du besoin immobilier, leur structuration juridique (en SISA par exemple), la compréhension du modèle économique, et auprès des partenaires institutionnels (ARS, collectivités territoriales) à des fins de coordination globale du projet.
- La SHEMA - SEM de la région Normandie - accompagne les Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires, déclinaison régionale des structures d'exercice coordonné : elle intervient tant auprès des collectivités locales, sur des aspects de gestion immobilière (structuration des baux, négociation des loyers et des charges locatives...), que des professionnels de santé, sur des aspects de mutualisation des charges. Elle a également un rôle d'animation d'une dynamique de territoire, auprès des élus et associations de médecins, sur des sujets dépassant la gestion immobilière.

■ Dans d'autres cas elles assurent un rôle de maîtrise d'ouvrage dans les projets immobiliers : de nombreuses EPL prennent ainsi en charge la construction et l'exploitation de nouveaux locaux pour des MSP.

Ces positionnements renvoient à des montages juridiques différents à adapter à la structure des EPL (société publique locale -SPL-, société d'économie mixte -SEM-, filiale de SEM, ...). Il peut s'agir soit d'un cadre contractuel avec les collectivités territoriales, qui les chargent de réaliser et/ou d'exploiter l'ouvrage en leur nom ; soit d'opérations propres. Ces différents montages s'envisagent en fonction du degré de risque des projets : mandat de maîtrise d'ouvrage où le risque de construction et d'exploitation est porté par la collectivité ; concession supposant une rémunération des EPL sur l'exploitation ; opération propre où le risque est porté par les EPL. Ils déterminent également la capacité à percevoir certaines subventions (voir page 17).

Les projets de MSP ou de CDS : une dynamique collective

Parce que leur mise en place demande l'articulation en bonne intelligence de l'ensemble des partenaires évoqués ci-dessus, les projets de MSP et de CDS peuvent s'échelonner sur plusieurs mois et souvent plusieurs années – entre deux et quatre ans en moyenne. Il s'agit ainsi d'une démarche de long terme, qui implique l'émergence d'une réelle dynamique collective. Le volet immobilier pourra soit être construit et consolidé à l'issue d'autres volets, en particulier l'élaboration du projet de santé et du projet organisationnel ; ou être dans certains cas construit en parallèle avec ces derniers, ce qui pourra accélérer le processus. Il leur sera toutefois toujours articulé, et n'en constituera pas l'élément principal.

Soutien aux maisons de santé pluri-professionnelles et autres formes d'exercice professionnel

Aide régionale

Vous souhaitez mener à bien un projet visant à développer l'offre de soins sur votre territoire au travers de nouvelles installations que vous soyez un professionnel médical ou paramédical ?

Bénéficiez d'une aide régionale comprise entre 15 000 € et 275 000 € en fonction du projet, avec un taux d'intervention plafonné à 50% des dépenses éligibles.

D'une **avance de trésorerie de 50 %** dès le démarrage de votre projet à réception des pièces mentionnées dans la convention ou la notification.

Pouvez-vous bénéficier de l'aide régionale ?

Vous êtes :

- Une collectivité ou un groupement de communes ; Une SPL (Sociétés Publiques Locales) ou SEM (Société d'Economie Mixte) dans le cadre d'un bail emphytéotique avec la collectivité d'implantation.
- Une association loi 1901, loi 1905 et loi 1908 (sans but lucratif).
- Un établissement de santé public ou privé à but non lucratif.
- Un regroupement de professionnels de santé, qui peuvent être libéraux ou salariés, médicaux ou paramédicaux : Société Civile Immobilière, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, association...
- Un professionnel de santé référencés dans l'annuaire de l'Assurance Maladie, ayant un projet d'installation et/ou de reprise d'activité dans un territoire déficitaire.
- Un bailleur public ou privé sous réserve qu'il réponde à un intérêt public défini avec les autres co financeurs.
- Une structure relevant de l'organisation sanitaire de partenaires frontaliers engagés dans les projets de MSP transfrontalières.
- Une mutualité, fondation, un régime de sécurité sociale, une société coopérative d'intérêt collectif.

Et votre projet concerne :

- La création, rénovation, extension d'une Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP)
- La création, rénovation, extension d'un Centre De Santé (CDS)
- Un projet immobilier porté par des collectivités territoriales ou des professionnels de santé libéraux au bénéfice d'équipes de soins primaires ou secondaires
- La création/rénovation d'un cabinet de professionnels de santé ou lieu de soins dans des zones dépourvues d'autres formes de solutions d'exercice de proximité
- L'installation de professionnels de santé dans des locaux relevant du dispositif « Place de la Gare »
- L'acquisition d'équipement médical mutualisé entre plusieurs professionnels de santé de site d'exercice coordonné
- L'acquisition d'équipement médical lors d'une installation de professionnels de santé en Grand Est dans des territoires sous dotés.

Si vous répondez à ces critères, l'attribution de l'aide n'est pas pour autant automatique. Votre dossier sera étudié au regard des priorités régionales.

Montant de l'aide :

Plafond d'aide	Subvention (plafonds)		Bonification ZIP – ZAC et/ou QPV et/ou Pacte ruralité	
	Porteur public	Porteur privé	Porteur public	Porteur privé
MSP	225 000 €	150 000 €	50 000 €	50 000 €
CDS	100 000 €	75 000 €	20 000 €	20 000 €
Pôle /Maison médicale/paramédicale Pluri professionnelle	100 000 €	75 000 €	20 000 €	20 000 €
Cabinet libéral	50 000 €	50 000 €	NC	NC
Place de la Gare	25 000 €	25 000 €	NC	NC
Equipement médical lié à une installation	15 000 €	15 000 €	NC	NC
Equipement médical mutualisé	15 000 €	15 000 €	NC	NC

Taux maximum : 50% de la dépense subventionnable.

Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ?

Mise à jour 03.12.21

Dans les zones sous-denses en médecins, les praticiens peuvent bénéficier d'aides à l'installation et au maintien de la part de l'Etat, de l'assurance maladie ou encore des collectivités territoriales. Ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui déterminent ces zones sous-denses, à partir d'une méthodologie nationale actualisée en octobre 2021.

Zones sous-denses en médecins : de quoi parle-t-on ?

En France, certains territoires sont caractérisés par une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait d'un faible renouvellement des professionnels, de leurs départs à la retraite ou encore par des difficultés d'accès à cette offre : temps d'accès, délais d'attente pour un rendez-vous... Pour contribuer à pallier ces tensions, l'identification de zones sous-denses par les ARS permet d'allouer directement aux médecins libéraux les aides à l'installation et au maintien là où la situation le nécessite, au regard de l'offre médicale et des besoins de soins de la population.

Installation et maintien des médecins libéraux : quels sont les leviers incitatifs ?

Une palette de mesures existe pour renforcer la présence médicale dans les zones sous-denses : parmi elles, les aides financières de l'assurance maladie, le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de début d'exercice (CDE) ainsi que les aides accordées par les collectivités territoriales. Les déterminants à l'installation des médecins sont multiples et ne se résument pas à des considérations financières. Toutefois, ce type d'aides apparaît susceptible de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires fragiles comme le souligne la Dr Sophie Augros dans son rapport publié en 2019 sur les aides à l'installation des jeunes médecins. Ce d'autant que dans le contexte actuel d'une démographie médicale tendue, la proportion à l'installation ou au maintien des médecins en zone sous-dense pourrait être moindre sans ces mesures incitatives. A ces aides, s'ajoutent des actions plus larges mais très concrètes issues du plan d'accès territorial aux soins lancé fin 2017. Cette dynamique a permis un premier essor de la télésanté et de l'exercice coordonné mais aussi l'élargissement des délégations de tâches et des coopérations plus nombreuses entre professionnels, médicaux ou non.

Présentée en septembre 2018, la stratégie Ma Santé 2022 est venue donner un nouvel élan à ce plan, en accélérant le déploiement de plusieurs dispositifs comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et en proposant des leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité : création de postes d'assistants médicaux, recrutement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, par exemple. L'ensemble de ces dispositifs renforce les ressources en médecine générale et favorise sa meilleure répartition, notamment dans les territoires qui souffrent le plus d'un accès difficile aux soins.

Quel est le rôle des ARS ?

Le choix des zones sous-denses en médecins :

Pour lutter contre la diminution de l'offre médicale et renforcer l'accès aux soins, chaque directeur général d'ARS prend un arrêté régional qui détermine les zones sous-denses pour la profession de médecin. Pour cela, l'ARS s'appuie sur une méthodologie nationale, définie par arrêté ministériel.

Focus : la méthodologie d'identification des zones sous-denses

Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories :

- les ZIP (zones d'intervention prioritaire), les plus fragiles
- les ZAC (zones d'action complémentaire), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

La maille d'action retenue est le « territoire de vie-santé », découpage construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Le territoire de vie-santé, qui peut se situer sur plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

Pour choisir les territoires de vie-santé qui seront classés en ZIP et en ZAC, les ARS s'appuient sur les résultats d'un indicateur de référence, l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin, ou sur des indicateurs qu'elles estiment plus adaptés compte tenu des caractéristiques de leurs territoires. Calculé chaque année par le ministère, l'indicateur d'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé. Il prend en compte :

- le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année
- le temps d'accès aux praticiens
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

La méthodologie nationale applicable au zonage médical a été actualisée par arrêté ministériel en octobre 2021, après une vaste consultation auprès des représentants des professionnels, des usagers, des collectivités territoriales et des ARS. Sans modifier la philosophie de celle élaborée en 2017, son actualisation était nécessaire pour permettre aux ARS d'affiner la sélection des zones dans lesquelles les aides sont proposées aux médecins et d'en identifier davantage.

Sur la base de cette nouvelle méthodologie, les ARS vont mener leurs travaux pour modifier l'identification de leurs zones sous-denses et en publier une nouvelle cartographie.

Des concertations larges menées au niveau local

La publication des arrêtés régionaux par les ARS ne peut intervenir qu'après des concertations avec les représentants de l'union régionale des professions de santé (URPS) concernée et après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), au sein de laquelle siègent notamment des représentants des collectivités locales et d'usagers. Sans se limiter aux concertations obligatoires, les ARS assurent en pratique une concertation élargie en amont de la publication de leurs arrêtés, notamment auprès des internes, des jeunes médecins, des médecins exerçant en centre de santé, des professionnels des structures d'exercice coordonné.

La modification des zones sous-denses en offre de soins

Chaque ARS peut modifier son arrêté régional dès lors que la situation locale le nécessite, en requalifiant des zones pour ajuster les aides en fonction des besoins. En effet, si la réglementation pose le principe d'une révision de l'arrêté régional tous les 3 ans, elle prévoit également que dans l'intervalle, les ARS peuvent si nécessaire actualiser l'identification de leurs zones sous-denses.

Le bassin du Marmandais tisse sa toile médicale (47)

Publié le 12 janvier 2023 par Emmanuelle Stroesser

Installé dans les locaux de l'ancienne mairie de Sainte-Bazeille, le centre de santé de Bazeille est une pièce du puzzle construit par les élus, pour assurer l'offre de soins sur ce territoire. Ce dispositif vient en appui d'un contrat local de santé et son volet santé mentale.



Autour de Bazeille, sur les 29 communes de la partie ouest du bassin marmandais, 15 000 habitants sont sans médecin référent. L'ouverture du Centre de santé du bassin Marmandais répond donc à un vrai besoin. Ce centre complète le maillage du territoire de Val de Garonne, qui compte déjà trois maisons de santé pluri-professionnelles (Tonneins, Le Mas d'Agenais et Clairac), et un autre centre de santé (pour le bassin Tonneinquois).

Depuis ce mois d'octobre, la sonnerie du téléphone résonne de manière incessante. « *Cela peut atteindre 100 coups de fil en deux heures* » souffle Christine Voinot, présidente de l'association du Centre de santé du bassin Marmandais. Pour elle, c'est bien le signe que le centre répond à un réel besoin. Elle n'en doutait pas vraiment. Car c'est elle qui était à la manœuvre, à la communauté d'agglomération, en tant qu'élue en charge de la santé, et adjointe aux affaires sociales de Bazeille, pour lancer et piloter une politique visant à mailler le territoire en offre de soins de proximité.

Le centre de Bazeille va également participer à développer des actions de prévention, et notamment pour ce qui concerne la santé mentale. « *Un centre d'intérêt démultiplié depuis la crise sanitaire* » insiste la présidente. La communauté d'agglomération Val de Garonne a lancé un contrat local de santé, avec un volet « santé mentale ». Le tout compose le volet Santé de l'agglomération, construit et mis en œuvre en coopération avec les différents acteurs santé du territoire.

2,5 équivalents temps plein

Deux médecins, d'anciens libéraux, exercent dans ce nouveau centre de santé, sur des temps choisis (de 36 et 31 heures). « *C'est l'un des critères qui attire des médecins : ne plus avoir à travailler les week-ends et avoir une demi-journée dans la semaine* », assure Christine Voinot. Le duo est épaulé par un autre médecin généraliste, retraité, qui assure 20 heures hebdomadaires de consultations. « *Un autre retraité est intéressé pour nous rejoindre peut-être deux jours par semaine en 2023* » indique la présidente. Des soutiens qui sont les bienvenus !

Un centre de santé peut être porté par différentes structures ou collectivités, « *nous avons cette fois choisi une association pour aller plus vite* », explique l'ancienne élue. Elle avait participé au conseil d'administration du premier centre de santé, créé sur le territoire de Tonneins. L'association du centre de santé du bassin marmandais a été créée en 2020 sur ce modèle.

L'agglomération en appui

L'agglomération accompagne le projet sans soutien financier ni logistique, « *mais avec un rôle qui s'inscrit dans la coordination et la mise en réseaux* ». Et « *voit évidemment avec intérêt et bienveillance toutes ces initiatives pour lutter contre la désertification médicale* ».

L'agglomération figure d'ailleurs dans le conseil d'administration de l'association porteuse du centre de santé, comme membre de droit aux côtés de la commune de Sainte-Bazeille, du Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins, et des membres actifs représentant la population et les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux (personnes/usagers ou organismes privés) ainsi que des membres honoraires, qui ont rendu ou qui rendent encore des services à l'association.

Financement par l'activité

L'activité générée par les médecins doit assurer le financement de la structure : loyer, charges, etc. Le centre de santé est installé dans l'ancienne mairie Sainte-Bazeille, qui a été réaménagée. La commune l'a mise à disposition gratuitement les premiers mois d'activité, jusqu'en janvier 2023. « *Les aides de l'ARS nous ont donné les moyens pour aménager et assurer les premiers mois* » précise la présidente (voir encadré). « *Nous savons que nous serons juste à l'équilibre, c'est pourquoi nous ne pouvons pas offrir encore une rémunération à la hauteur de ce que nous souhaiterions, mais nous avons mis à disposition un logement.* » La zone ne figure pas parmi les zones dites prioritaires de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. Mais cela n'a pas empêché de répondre à un appel à projet de l'ARS en août 2019. Cet appel a été déterminant pour pouvoir concrétiser le centre de santé de Bazeille. La candidature a été retenue en décembre 2019. Les deux années Covid ont mis en suspens le projet, relancé par l'élue en 2021.

75 000 euros pour démarrer

L'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine a accordé une subvention de 75 000 euros pour le lancement du centre de santé. Cela a permis d'équiper en informatique, mobilier et matériel médical (pour 40 000 euros). Le reste (35 000 euros) doit permettre de payer les premières charges et salaires avant les rentrées générées par l'activité médicale du centre. La commune de Sainte-Bazeille a pris en charge les travaux d'aménagement de la structure. Les dépenses de fonctionnement (location du bâti à la mairie, charges de personnel, etc.) sont assumées par l'association de gestion du centre de santé.

BANQUE des TERRITOIRES - banquedesterritoires.fr

Soyaux construit un service public de médecine générale (16)

Publié le 12 avril 2022 par Victor Rainaldi

Ouvert depuis plus de deux ans, le centre municipal de santé de Soyaux rassemble six médecins, qui soignent chaque mois 1 500 patients. Cet investissement d'un demi-million d'euros, réalisé par la ville, a enrayer la spirale de la désertification médicale.



Commune limitrophe d'Angoulême, Soyaux a installé un centre municipal de santé, à la lisière d'un quartier classé en politique de la ville et qui regroupe 40 % de ses 10 000 habitants. « *C'est là que les effets de la désertification médicale se faisaient davantage sentir et que la population a le plus de problèmes de mobilité*, selon le maire François Nebout. *La commune disposait encore de quatre médecins généralistes libéraux jusqu'en 2019, date de leur départ à la retraite. Nous l'avions anticipé et travaillé avec des professionnels de santé, pour favoriser des installations de médecins en activité libérale, mais sans succès.* »

Un échec auquel les élus ne se résignent pas. La municipalité décide de s'engager dans un projet d'offre médicale salariée, que le maire qualifie de « *sorte de service public de médecine générale* ». Pour le bâtir, la ville s'est inspirée de la commune de Bergerac en Dordogne, qui avait déjà entrepris d'installer une telle structure. Un groupe de travail est monté. Il regroupe l'adjoint en charge de la santé, la directrice des services, la direction des ressources humaines, des représentants de l'Agence régionale de santé (ARS), de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), du conseil de l'ordre des médecins. Sa cheville ouvrière est la directrice de cabinet du maire, Élise Vouvet, qui a porté le projet de bout en bout. Selon les thématiques abordées par le groupe de travail d'autres intervenants plus spécialisés étaient appelés à participer au groupe de travail.

Des médecins salariés

Avec un soutien financier de l'État (dotation politique la ville) et des fonds structurels européens (Feader), des locaux appartenant à la ville sont rénovés et agrandis pour accueillir le centre municipal de santé. Des postes de médecins voient le jour, sous statut de contractuels de la fonction publique, après délibération des élus. Leur grille de rémunération est calquée sur celle de la fonction publique hospitalière. Pour le recrutement, la commune adhère à la Fédération nationale des centres de santé, qui dispose d'un espace pour diffuser les offres d'emploi. Des annonces sont également publiées dans les revues médicales et auprès des réseaux de l'Ordre des médecins.

L'objectif du centre municipal de santé de Soyaux est d'apporter un service de premiers soins en médecine générale, complémentaire de l'offre de spécialistes, assurée par la clinique installée dans la commune. Les activités paramédicales libérales sont aussi bien présentes sur le territoire. Le centre fonctionne avec six généralistes, ce qui représente 4,5 équivalents temps plein (ETP) en raison du recrutement de médecins cumulant emploi et retraite. Une infirmière est aussi dans l'équipe. Les soignants sont entièrement déchargés des tâches administratives, exercées par un pool de secrétaires qui représente 3,5 ETP. Le centre de santé de Soyaux est ouvert depuis début 2020.

Des obstacles administratifs

Avant d'arriver à ce résultat, les obstacles n'ont pas manqué. « *Nous avons dû affronter un véritable parcours du combattant, à tous les niveaux et notamment sur la partie administrative* », témoigne le maire. Lors de l'ouverture, les formulaires d'arrêt de travail et les feuilles maladie n'étaient pas disponibles. Pour se les procurer, il fallait d'abord disposer de la carte de santé attribuée au centre de santé. Celui-ci est d'ailleurs le référent de l'ensemble des patients traités par ses médecins. Finalement, tout a été réglé pour mettre à disposition des habitants ce service, qui ne fait pourtant pas partie des compétences de la commune. Mais, insiste le maire, « *pour nous, il était plus qu'important de fournir cette prestation à la population qui risquait de se retrouver sans médecin généraliste.* »

Autre difficulté majeure à surmonter, le recrutement. « *Nous sommes confrontés à une concurrence d'autres communes, ainsi qu'à une surenchère sur les salaires qui, à terme, nous oblige à envisager un déficit.* » Ce n'est pas le cas actuellement, au contraire. L'excédent sur les deux premières années avoisine les 100 000 euros. Mais il est généré par les aides à l'installation, qui sont limitées dans le temps et lorsqu'elles cesseront, le déficit prévu en 2025 pourrait être d'une dizaine de milliers d'euros. Enfin, accepter de renoncer à un exercice libéral de la médecine a été une petite révolution culturelle. « *Mais c'était la seule solution pour faire face à la désertification médicale* », constate le maire François Nebout, lui-même médecin libéral. En moyenne, 1 500 patients sont soignés chaque mois dans le centre de santé. Autant dire que l'enjeu en valait la peine.

Un budget de fonctionnement de 600 000 euros

Financé par des fonds Feader et par l'État, le budget de création du centre municipal de santé s'est élevé à 500 000 euros. Le reste à charge pour la commune a été de 100 000 euros. Le budget annuel de fonctionnement est d'environ 600 000 euros. Il bénéficie d'aides de la CPAM et de l'ARS, ainsi que de subventions dites Teulade qui ne sont pas toutes renouvelables. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est perçue directement par le centre municipal.

SANTÉ

Pour ne pas devenir un désert médical, l'agglomération de Vesoul soutient trente étudiants

Monique Clemens | Actu expert santé social | France | Régions | Publié le 28/01/2020

Le territoire n'est pas en tension en matière médicale, mais il pourrait le devenir si rien n'est fait pour attirer des professionnels de santé. Ce à quoi s'est attelée l'interco. Pour sécuriser son offre médicale de demain, l'agglomération a décidé de soutenir des étudiants, locaux pour la plupart. Elle les aide ainsi à financer leurs études. Les futurs médecins, dentistes, kinés ou orthophonistes s'engagent à exercer sur le territoire aussi longtemps que l'aide financière leur aura été apportée.



[CA de Vesoul (Haute-Saône) 20 communes 32 400 hab.] Vesoul, capitale de la Haute-Saône, reste une ville à la campagne et souffre, à ce titre, d'un manque d'attractivité. En 2013, lors d'un Copil santé (comité de pilotage réunissant agglomération, agence régionale de santé de Franche Comté, mutuelles, etc.), il avait été montré que le territoire n'était pas encore en tension. Il n'était pas considéré comme un désert médical, mais il pourrait le devenir s'il n'anticipait pas, de nombreux médecins étant appelés à prendre leur retraite dans les années à venir.

Pour prévenir la pénurie annoncée, la communauté d'agglomération de Vesoul (CAV) avait, en 2013, choisi de déployer un double système : une aide à l'installation de maisons de santé, dont la première, ouverte il y a trois ans, est pleine comme un oeuf – elle accueille 17 professionnels de santé et a dû doubler des cabinets – et une stratégie de partenariats avec des futurs professionnels de santé. Ce dispositif a été lancé en 2014 à l'initiative de Malika Bernardin, vice-présidente chargée de la santé et de la politique de la ville, elle-même professionnelle de santé. « Nous avons choisi de mettre en oeuvre une politique spécifique pour anticiper un déficit que nous sentions arriver. Aujourd'hui, aucun médecin ne prend de nouveaux patients, constate l'élue. Au préalable, nous avons dû expliquer aux maires de l'agglomération la nécessité de mettre de l'argent public pour pallier les manques de l'Etat. Mais il n'avait pas fallu insister trop : la santé est un sujet qui touche tout le monde. »

Deux dentistes déjà installés

Cinq ans plus tard, trente étudiants, vésuliens pour la plupart, ont bénéficié ou bénéficient encore des aides du contrat que l'interco leur a proposé : un financement de leurs études qu'ils rembourseront en exerçant sur le territoire de l'agglomération aussi longtemps que l'aide leur aura été apportée, sous peine d'être contraints de la rendre. Cet apport de 660 euros par mois sur douze mois pour les étudiants en médecine et en chirurgie dentaire a été élargi, en 2015, aux aspirants masseurs-kinésithérapeutes puis aux orthophonistes en devenir, pour un coup de pouce mensuel de 330 euros. Si l'étudiant redouble, le financement est suspendu pour reprendre l'année suivante, comme cela est inscrit dans la convention qui lie les deux parties. Onze carabins se sont ainsi dits prêts à s'installer dans l'une des 20 communes de la CAV. Parmi eux, neuf généralistes, dont les premiers pourraient commencer à exercer à partir de 2021. Deux futurs spécialistes ont également signé le contrat, l'un se destinant à être cardiologue, l'autre phlébologue. Parmi les étudiants en dentaire, sur les neuf inscrits dans le dispositif, l'un a choisi de changer de région et de rembourser l'aide, six sont encore en études et deux sont maintenant installés. L'un des deux (à la demande du conseil de l'Ordre des dentistes, l'identité du praticien n'apparaît pas, ndlr) a bénéficié du soutien financier de la CAV depuis sa troisième année d'études, à la fac de Nancy. Pour ce fils d'ouvriers, l'aide a été déterminante. « Je suis originaire de Vesoul et je ne savais pas encore où j'allais m'installer, alors cette obligation de rester sur le territoire ne m'a pas vraiment dérangé. Je ne voulais pas reprendre un cabinet tout seul et j'ai contacté plusieurs dentistes. » Le futur dentiste a finalement rejoint un cabinet de l'agglomération, où une professionnelle avait prévu depuis longtemps un deuxième « fauteuil » mais n'avait pas encore pris le temps de chercher un confrère. « De toute façon, dit-il, je ne compte pas m'installer en ville, la clientèle est différente, je préfère être à la campagne. Les déserts médicaux, il faut s'y atteler vite, sur la vingtaine de dentistes de Vesoul, il y en a un qui part en retraite chaque année. »

Répondre à l'engorgement des urgences

Pour l'agglomération, la mesure représente un coût annuel d'environ 100 000 euros et, jusqu'à maintenant, les défections ont été rares. Outre le futur dentiste, l'un des huit étudiants en kinésithérapie a dû changer lui aussi de région et a remboursé l'aide mais trois sont déjà installés et quatre poursuivent leurs études. Quant aux trois futurs orthophonistes, l'un d'eux aura terminé ses études à la fin de l'année scolaire. « Le système fonctionne bien, se félicite Malika Bernardin. Il permet aussi de répondre à l'engorgement des urgences, car nous avons la chance de disposer d'un hôpital à proximité. »

« Les professionnels en place chouchoutent les candidats »

Sarah Voisin, responsable du développement économique

« Les étudiants font des demandes spontanées, le bouche-à-oreille fonctionne. A la communauté d'agglomération de Vesoul, nous commençons par un entretien, puis le candidat fait une demande officielle au président. Nous le soumettons alors à la délibération du conseil communautaire. Le dossier accepté, un bilan est fait chaque année en septembre. Certains ont déjà une idée de leur spécialité, de l'endroit où ils veulent exercer. Nous stoppons l'aide pendant l'internat puisque les internes sont payés, mais l'idée est de maintenir le contact pour les mettre doucement en lien avec le terrain. Dans les maisons de santé de l'agglomération, les professionnels déjà en place les chouchoutent, on leur donne la priorité pour leurs stages ou leur installation. Les étudiants sont rarement partants pour s'installer tout de suite, cette sorte de parrainage leur convient bien. »

CHIFFRES CLES

- **102 960 €** : C'est le montant total des aides aux étudiants en santé pour l'année 2019-2020. Depuis 2014, trente futurs professionnels de santé en ont bénéficié.
- **Aides** : 660 € par mois pour les futurs médecins et dentistes ; 330 euros par mois pour les futurs kinés et orthophonistes.

La prévalence de l'obésité s'accroît fortement en France

22/02/2023
Santé publique

Une étude menée par l'Inserm et le CHU de Montpellier, publiée lundi, révèle une préoccupante augmentation de l'obésité en France, particulièrement chez les jeunes. Les communes et intercommunalités peuvent jouer un rôle dans le combat contre cette « épidémie d'obésité », pour reprendre une expression de l'OMS.

« Force est de constater qu'au contraire des espérances tant des pouvoirs publics que des professionnels de santé, depuis la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en 2001, l'obésité en France ne fait que s'accroître, année après année. » Ce constat est dressé en conclusion de l'étude menée par les chercheurs Annick Fontbonne (Inserm) et David Nocca (CHU de Montpellier), commandée par la Ligue contre l'obésité. Cette étude fait en effet apparaître que si la prévalence de « l'excès de poids » reste relativement stable, en France, l'obésité en revanche se développe rapidement.

Multiplication par 4 de l'obésité chez les jeunes

Les chercheurs utilisent l'expression générique « d'excès de poids » qui englobe à la fois le surpoids (indice de masse corporelle supérieur à 25) à l'obésité (IMS supérieur à 30). L'obésité elle-même est mesurée à différents stades : modérée, sévère, massive ou morbide. Elle est considérée comme « une maladie chronique complexe », qui peut avoir de graves comorbidités (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques, cancers...).

L'excès de poids, en général, reste à peu près stable entre, d'une part, les études réalisées par l'Inserm entre 1997 et 2012 (études Obépi-Roche), et, d'autre part, l'étude publiée lundi. Mais ce qui inquiète les chercheurs, c'est que la part de l'obésité, elle, augmente fortement : elle est passée de 8,5 % en 1997 à 17 % aujourd'hui (ou plutôt en 2020, année pendant laquelle les données ont été recueillies). L'obésité massive, en particulier, a vu « sa prévalence multipliée par sept » sur cette période.

Autre tendance inquiétante : l'obésité progresse très rapidement chez les jeunes. Depuis 1997, elle a été multipliée par 4 chez les 18-24 ans, passant de 2,1 % à 9,2 %. L'obésité est en hausse plus ou moins marquée dans toutes les autres classes d'âge, exceptée la tranche des 55-64 ans, où elle baisse très légèrement.

Les femmes sont un peu plus touchées que les hommes (17,4 % contre 16,7 %).

Marqueur social

Parmi d'autres critères (notamment génétiques), les causes sociales de l'obésité sont aujourd'hui clairement identifiées. Contrairement à ce qui se passait au 19^e siècle, où la maigreur était un marqueur de la pauvreté, c'est aujourd'hui l'inverse : les mauvaises conditions de vie et de travail, la sédentarité, le manque de pratique sportive et surtout la mauvaise qualité de l'alimentation (« malbouffe ») font partie des causes courantes de l'obésité, qui expliquent que cette maladie touche, par exemple, 18 % des ouvriers contre seulement 9 % des cadres. Cette situation se reflète dans la répartition géographique de l'obésité : les régions les plus pauvres connaissent une prévalence nettement plus importante que les plus riches – il y a 8 points d'écart entre les Hauts-de-France (22,1 % d'obèses) et l'Île-de-France (14,2 %).

Un rôle pour les collectivités

Au-delà de l'approche strictement thérapeutique, cette augmentation de l'obésité apparaît donc comme un problème de société, dans lequel, insistent les chercheurs, la prévention joue un rôle majeur.

Et c'est là que les élus peuvent avoir un rôle à jouer. D'ailleurs, depuis de nombreuses années, l'AMF noue des partenariats sur ce sujet aussi bien avec des fédérations sportives, comme la Fédération française d'athlétisme, qu'avec l'Anses (Agence de sécurité sanitaire), et plaide pour le développement des politiques de prévention en santé. En développant les infrastructures sportives et en encourageant l'usage, en faisant la promotion du vélo et en aménageant des pistes cyclables, en développant la pratique du sport sur le temps scolaire ou périscolaire – mais aussi aux autres âges de la vie – les maires peuvent apporter leur pierre à la lutte contre l'obésité.

Par ailleurs, des collectivités participent à la création de points de vente directs de produits locaux, ou organisent des marchés de producteurs pour valoriser la production locale avec le concours des chambres d'agriculture.

Cette lutte passe aussi, évidemment, par les cantines, où il est possible non seulement de proposer des repas équilibrés, voire bio. Mais les cantines scolaires peuvent également être le cadre d'actions « d'éducation alimentaire ». Rappelons que l'OMS, dans une étude publiée en mai dernier, révélait que plus de la moitié des adolescents français ne mange pas au moins un fruit ou un légume par jour.

Quel rôle pour l'intercommunalité en santé ?

Résultats partiels de l'enquête nationale d'intercommunalités de France conduite durant l'été 2021

La montée en puissance de l'intercommunalité sur les questions sanitaires et sociales, dans le contexte de la crise sanitaire et face aux interpellations d'habitants et élus communaux inquiets de la désertification médicale de leur territoire, demandait d'étudier plus avant dans quelle mesure les intercommunalités se sont déjà engagées dans des politiques de santé (qui ne relèvent pas de leurs compétences historiques), et jusqu'où elles seraient prêtes à s'investir, aux côtés de l'État (la politique de santé publique relevant de sa responsabilité) et des professionnels de santé.

Les résultats partiels de l'enquête « Santé » portée par Intercommunalités de France confirment la mobilisation des communautés pour améliorer l'offre de soins dans les territoires, mais aussi leur refus de se substituer aux responsabilités de l'État.

Administrée au cours de l'été 2021, l'enquête « Quel rôle pour l'intercommunalité dans le domaine de la santé ? » a réuni 70 réponses de services techniques (64 %) et présidents (36 %) d'intercommunalités représentatives de toutes les régions. Toutes les strates démographiques et tous les statuts juridiques intercommunaux sont représentés.

Les résultats de cette enquête ne peuvent, en l'état, prétendre à une représentativité statistique : outre le nombre restreint de répondants, un biais important a été identifié – les intercommunalités répondantes sont plus investies dans le domaine de la santé que la moyenne. On relève par exemple que les proportions de répondants déclarant porter une maison de santé (60,9 %) ou un contrat local de santé (63,8 %) dépassent de beaucoup les proportions réelles (qui seraient davantage de l'ordre de 20 %).

Incontournable, la crise sanitaire change le rôle des territoires	2
La santé fait son nid dans les projets de territoire	2
Pas de consensus sur la libre installation	3
L'aide à la recherche de locaux domine	4
Des réticences sur le déploiement de centres de santé	4
Les signes d'une bonne dynamique contractuelle	5
Consensus en faveur d'une réforme de la gouvernance des ARS	5
L'investissement hospitalier ne doit pas relever de la responsabilité principale des intercommunalités	6

Incontournable, la crise sanitaire change le rôle des territoires

La crise sanitaire a-t-elle changé le rôle de votre intercommunalité dans le domaine de la santé ?

La communauté est devenue un interlocuteur privilégié des acteurs de la santé du territoire

50,0%

La santé a été mise à l'agenda politique de la communauté

29,2%

La communauté est devenue un interlocuteur privilégié de l'ARS

27,1%

Créé avec [Datawrapper](#)

Les intercommunalités, comme tous les niveaux de collectivités locales, se sont mobilisées au plus fort de la crise sanitaire, d'abord pour pallier aux pénuries de matériel du printemps 2020, puis à partir de 2021 pour accompagner la campagne vaccinale. Ce sont donc 91,2 % des répondants qui déclarent que leur intercommunalité a coordonné l'acquisition et la distribution de masques et de gel hydro-alcoolique, et 67,7 % qui déclarent avoir créé, géré ou appuyé un ou plusieurs centres de vaccination.

Elles sont aussi une moitié à déclarer avoir mené des actions de sensibilisation et d'information du public (55,9 %) et avoir mobilisé des solutions de transport à la demande ou de « vaccibus » en appui de la campagne de vaccination (47,1 %).

Elles sont moins nombreuses, par contre, à avoir été en capacité d'appuyer les EHPAD (20,6 %) et les établissements de santé (19,1 %) – qui, il est vrai, concernent un nombre plus limité de territoires.

43,5 % des intercommunalités répondantes estiment que les compensations par l'ARS et l'Assurance maladie des coûts du déploiement des centres de vaccination portés par les collectivités sont insuffisantes. Les intercommunalités de France s'étaient mobilisées aux côtés les autres associations d'élus pour rediscuter ces conditions (voir [AdCF Direct n°1004, avril 2021](#)).

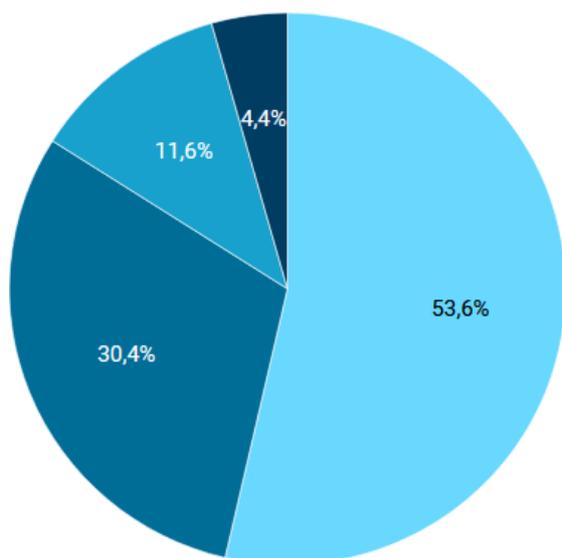
A l'issue des trois premières vagues de la pandémie, 50 % des intercommunalités répondantes déclarent que la crise sanitaire a changé le rôle de l'intercommunalité dans le domaine de la santé en devenant un interlocuteur privilégié des acteurs de la santé du territoire. Pour 29,7 % des intercommunalités répondantes, la crise a contribué à la mise à l'agenda des questions de santé.

La santé fait son nid dans les projets de territoire

La mise à l'agenda des questions de santé est actée dans une majorité d'intercommunalités. Les questions de santé et d'accès aux soins sont une priorité politique pour 84 % des communautés répondantes à l'enquête. Pour 30 % des communautés répondantes, la santé est devenue une priorité sous cette mandature (2020-2026). Il convient de noter qu'à l'occasion des enquêtes menées par Intercommunalités de France en 2015 et en 2020 sur l'élaboration des projets de territoire, déjà 39 % des communautés inscrivaient, en 2015, la santé parmi les secteurs visés dans les projets de territoire et en 2020, 19 % sélectionnaient la santé parmi les cinq thèmes structurants du projet de territoire.

Les questions de santé...

- Étaient déjà une priorité politique sous le mandat précédent
- Sont devenues une priorité politique sous cette mandature
- Ne sont pas à ce stade une priorité politique de l'intercommunalité
- Ne se prononce pas



Cette mise à l'agenda se traduit dans l'organisation politique de l'intercommunalité, dotée de plus en plus souvent d'une vice-présidence ou d'une délégation à la santé au sein du bureau exécutif (64 % des répondants).

Elle pourrait également être suivie de conséquences contractuelles : 61 % des répondants envisagent d'introduire un volet « santé » dans leur contrat de relance et de transition écologique (CRTE) et 42 % se déclarent intéressés pour que l'Agence régionale de santé (ARS) soit signataire du contrat.

Sans surprise, la prévention de la désertification médicale est le principal motif de cette mise à l'agenda (pour 87 % des répondants). Cette préoccupation est souvent retranscrite dans les projets de territoires (pour 83 % des communautés répondantes), loin devant les enjeux de santé environnementale (58 %), de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins (52 %) ou de santé mentale (29 %).

Pas de consensus sur la libre installation

Le sujet de la libre installation des professionnels de santé reparaît depuis quelques années dans le débat public. En particulier à l'occasion des débats parlementaires de la loi Buzyn (2019), des associations d'élus s'étaient exprimées en faveur de sa limitation. L'AdCF a donc souhaité sonder l'opinion des intercommunalités sur ce sujet.

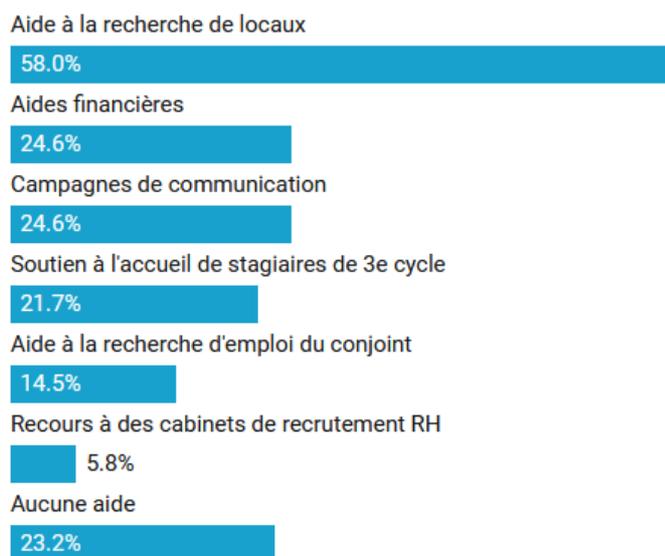
Les positions des répondants s'avèrent assez partagées, avec toutefois une courte majorité pour des limitations de la liberté d'installation des professionnels de santé libéraux.

Ainsi à la question « Faut-il limiter la libre installation des professionnels de santé libéraux ? », 43,4 % se déclarent « plutôt » et « très » favorables, 28,9 % se déclarent « plutôt » et « très » défavorables et 27,5 % se déclarent sans opinion. On retrouve exactement les mêmes résultats à la question « Faut-il sanctionner financièrement les professionnels de santé qui s'installent dans les territoires déjà bien dotés en matière d'offre de soins ? ».

Lors des débats de la Loi Buzyn, tous les amendements visant à contraindre réglementairement ou financièrement la libre installation ont reçus une fin de non-recevoir, le Gouvernement leur préférant les mécanismes incitatifs (contrats de praticien territorial, appui à l'exercice coordonné...), arguant notamment du fait que la faiblesse de la démographie médicale serait notamment liée à une trop faible attractivité des métiers, qu'une remise en cause de la libre installation diminuerait davantage.

L'aide à la recherche de locaux domine

Votre communauté propose-t-elle un accompagnement à l'installation des professionnels de santé ?



Saisies des enjeux de santé, comment les intercommunalités entendent-elles agir au bénéfice de la santé de leurs habitants ? Ce sont d'abord les dispositifs d'accompagnement à l'installation et au maintien des professionnels de santé qui sont mobilisés. 76,8 % des communautés répondantes déclarent proposer un ou plusieurs dispositifs : principalement une aide à la recherche de locaux (58 % des répondants), puis des aides financières, campagnes de communication ou soutiens à l'accueil de stagiaires de 3e cycle d'études de médecine (de 25 % à 22 % des répondants). L'aide à la recherche d'emploi du conjoint, malgré son intérêt pour l'accompagnement du projet personnel de médecin candidat à l'installation, ne mobilise que 14,5 % des répondants.

L'appréciation portée sur ces dispositifs reste mitigée : parmi les communautés qui déclarent en déployer, une moitié les considère « plutôt efficaces » et l'autre « peu efficaces » - les mentions « très efficaces » ou « pas du tout efficaces » ne recevant quasiment aucune réponse.

Des réticences sur le déploiement de centres de santé

Le portage d'équipements sanitaires et médico-sociaux (création, parfois gestion sous diverses modalités) constitue quantitativement la deuxième catégorie des interventions intercommunales (60,9 % déclarent gérer, programmer ou réaliser ces équipements), principalement traduites dans la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (44,9 % des répondants). Viennent ensuite les EHPAD et résidences autonomie (15,5 %), puis les centres de santé (10,10 %).

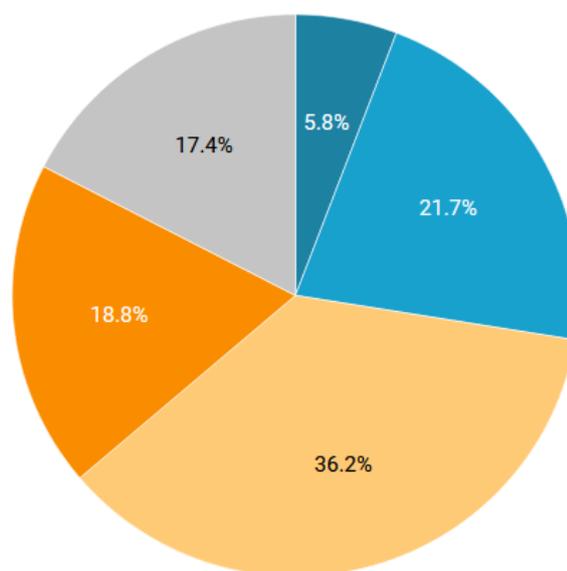
Sur ce dernier point, le dynamisme sensible des projets de centres de santé intercommunaux observée depuis quelques mois pourrait trouver sa limite dans la réticence d'une majorité de territoires à salarier des professionnels de santé. À la question « L'intercommunalité a-t-elle vocation à salarier des professionnels de santé ? », 36,2 % des répondants se sont déclarés « plutôt défavorables » et 18,8 % « Très défavorables », contre seulement 27,5 % de « plutôt » et « très » favorables (17,4 % sans opinion).

Maisons et centres de santé étant souvent considérés comme des facteurs d'attractivité médicale des territoires – ils offrent des conditions d'exercice en groupe favorisées par les jeunes professionnels de santé, les répondants étaient interrogés sur la capacité de ces équipements à accueillir le nombre de professionnels de santé escompté.

Pour 63,7 % des communautés répondantes qui portent de tels équipements, la plupart des places ont été pourvues mais certaines professions présentent des difficultés de « recrutement ». Pour 20,4 % des répondants, toutes les places ont été pourvues alors que dans 15,9 % des cas, les communautés déclarent échouer à attirer de professionnels dans ces équipements.

L'intercommunalité a-t-elle vocation à salarier des professionnels de santé ?

■ Très favorable ■ Plutôt favorable ■ Plutôt défavorable
■ Très défavorable ■ Sans opinion

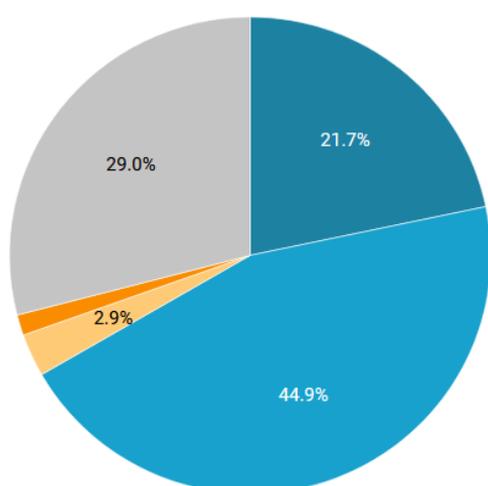


Les signes d'une bonne dynamique contractuelle

Enfin, les outils de coordination et d'animation des acteurs de la santé constituent une troisième catégorie d'intervention. On y retrouve notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans la création desquelles 40,6 % des répondants déclarent s'être impliqués. Les conseils locaux de santé mentale, par contre, n'impliquent que 27,5 % des intercommunalités répondantes.

Faut-il faire évoluer la gouvernance des ARS ?

■ Très favorable ■ Plutôt favorable
■ Plutôt défavorable ■ Très défavorable
■ Sans opinion



S'agissant des contrats locaux de santé, l'enquête surestime largement le nombre effectif de contrats signés en France (de l'ordre de 300) avec 63,8 % des répondants qui déclarent disposer d'un tel contrat. Il s'agit du premier contrat pour 46,4 % des répondants, signal d'une dynamique contractuelle positive et de l'affirmation de l'échelon intercommunal dans les relations entre ARS et collectivités territoriales.

Consensus en faveur d'une réforme de la gouvernance des ARS

Les relations entre intercommunalités et ARS sont, à cet égard, plus nuancées que ce que le débat public national laisse entrevoir. Ces relations sont « plutôt » et « très » positives pour 46,4 % des répondants et plutôt négatives pour 20,3 % des répondants (très négatives : 1,40 %). Par contre, elles sont jugées « inexistantes » par 17,4 % des communautés répondantes.

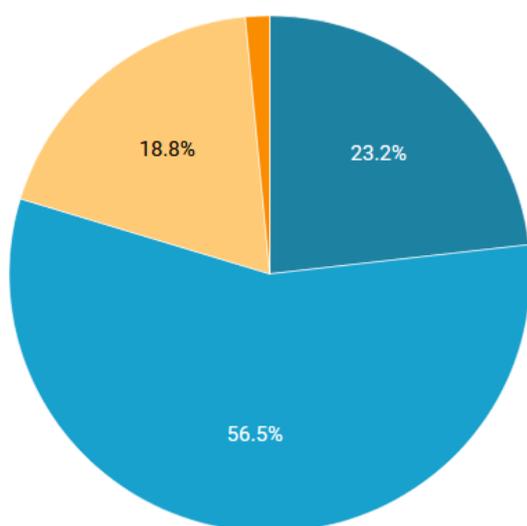
66,6% des répondants se déclarent favorables à une évolution de la gouvernance des ARS. Le projet de loi 3DS devrait entériner ces évolutions en transformant les conseils de surveillance des ARS en conseils d'administration au sein desquels la place des élus locaux sera renforcée. Ce conseil d'administration se prononcera notamment sur la politique contractuelle de l'agence. Le projet de loi 3DS, dans sa version issue du Sénat, prévoit également une évolution des délégations départementales des ARS dont les missions seraient définies dans le cadre de consultations avec les associations représentatives des élus dans chaque département.

L'investissement hospitalier ne doit pas relever de la responsabilité principale des intercommunalités

Si 79,7 % des répondants se déclarent favorables à la participation de leur intercommunalité aux projets d'investissement du Ségur de la Santé, ils sont par contre très réservés sur les modalités de ces participations.

Seriez-vous favorable pour participer aux projets d'investissement du Ségur de la Santé ?

■ Très favorable ■ Plutôt favorable
 ■ Plutôt défavorable ■ Très défavorable



En effet, le projet de loi 3DS prévoit par son article 32 de sécuriser la participation des collectivités locales et des intercommunalités aux programmes d'investissement des établissements de santé.

Sur cette disposition, 33,3 % des répondants se déclarent « plutôt favorables, mais il faudrait prévoir des garde-fous » et 40,6 % se déclarent « plutôt défavorables : risques d'inéquité territoriale, de dérives... ».

La commission des affaires sociales du Sénat a renforcé, en première lecture, l'encadrement de l'article 32 en rappelant le caractère volontaire des concours des collectivités aux programmes d'investissement des hôpitaux, et en limitant ces participations aux seuls équipements médicaux (excluant donc l'immobilier). Le Sénat a également introduit une disposition exigeant la conformité de ces participations avec les objectifs du projet régional de santé. En première lecture à l'Assemblée nationale dans quelques jours, cet devrait encore évoluer.

Contact
 Maxime Goudezeune (m.goudezeune@adcf.asso.fr)