

Février 2017

ACCÈS AUX SOINS : LES TERRITOIRES ONT DES IDÉES !

DÉBAT
DE
L'ORDRE

Le compte rendu
du 21 février 2017



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Accès aux soins :

Les territoires ont des idées !

François ARNAULT, délégué général aux relations internes

Cécile COURRÈGE, directrice générale de l'ARS des Pays de Loire

Claude NEVEUR, président du Conseil régional du Centre Val de Loire de l'Ordre des médecins

Bruno FAULCONNIER, directeur de l'hôpital de Niort

Céline FAURIE-GAUTHIER, conseillère municipale à Lyon, déléguée aux hôpitaux à la prévention et à la santé

Le débat est présidé par **François ARNAULT**, délégué général aux relations internes et animé par **Michaël SZAMES**, journaliste à Public Sénat.

Accès aux soins : Les territoires ont des idées !

M. Michaël SZAMES

Bonjour à toutes et à tous, merci d'être venu ce matin au Conseil national. On va démarrer cette matinée consacrée à l'accès aux soins et aux initiatives territoriales de santé. Je vous propose d'écouter d'abord le Président de l'Ordre Patrick BOUET ensuite il y aura une présentation du rapport établi par François ARNAULT.

M. Patrick BOUET

Merci à tous et à toutes d'être venus nous attendons encore quelques participants. C'est une matinée importante pour l'Institution ordinale et le débat public qui s'instaure depuis quelques mois dans notre paysage politique et de dire aujourd'hui que oui des solutions existent et c'est ce que nous voulons dire au cours de ce débat. On a tendance, et nous en avons été les premiers annonceurs depuis maintenant 2 ans, à prendre en fait et en compte la situation et les difficultés du système de santé, la problématique née des politiques de santé depuis plusieurs décennies qui aboutissent aujourd'hui à ce système dont nous n'hésitons pas à dire que s'il continue de pouvoir apporter des soins de qualité c'est parce que les professionnels de santé le portent à bout de bras et assurent au quotidien les soins pertinents pour que la population puisse bénéficier de l'ensemble des dispositifs de prise en charge.

On dit aussi qu'il faut innover et nous avons produit dans le cadre de la Grande consultation et au-delà de celle-ci, un livre blanc, un rapport et ensuite des propositions dans lesquelles nous attirons l'attention de l'ensemble des acteurs sur la réalité territoriale.

L'Institution ordinale est partout présente sur l'ensemble du territoire de Mayotte à Paris, nous maillons l'ensemble du territoire, nous sommes présents en tout point, nous sommes capables d'analyser et de faire remonter des informations de tout point du territoire et c'est pourquoi, et je l'en remercie devant vous tous, que j'ai demandé à M. ARNAULT, délégué général aux relations internes, qui est en lien avec les départements et régions, de travailler à un rapport dans lequel nous puissions faire l'inventaire des solutions innovantes. Elles existent et elles vont vous être présentées. Cela démontre, ce que nous n'arrêtons pas d'affirmer, qu'en libérant les énergies des territoires, en permettant à l'ensemble des acteurs dans les territoires de coopérer, de se rassembler, de travailler à des solutions en permettant à la gouvernance d'écouter ces acteurs de territoire et de les accompagner dans ces innovations. Nous avons aujourd'hui des dizaines, une centaine, d'expérimentations qui n'en sont pas parce que ce sont des faits de terrain, des actions qui ne sont pas des expérimentations décrétées mais des actions de rassemblement des professionnels, des usagers, des politiques locaux et de la gouvernance pour apporter des réponses territoriales. Parce que nous le disons et continuons de l'affirmer ce n'est pas en plaquant des modèles nationaux sur le territoire que nous apporterons la réponse aux besoins spécifiques de ces territoires.

Voilà donc le sens de cette matinée. Au-delà de la présentation du rapport, c'est dans le débat que nous allons pouvoir mener qu'il y a intérêt à échanger et je remercie les parlementaires présents de nous faire l'honneur d'être à nos côtés tout comme nos invités d'avoir accepté d'être présents à la tribune et d'apporter leur concours à cette réflexion. Nous en sommes convaincus, si le système est aujourd'hui en grande difficulté, si comme nous le disons les économistes avaient eu raison, nous le saurions depuis 30 ans.

Aujourd'hui ce n'est pas les cas, mais nous pouvons affirmer avec certitude que dans les territoires les acteurs aujourd'hui ont envie de faire avancer la prise en charge des patients, l'accès aux soins, la coopération entre les acteurs et les divers mondes qui aujourd'hui s'occupent de la santé. C'est ce que nous allons vous présenter ce matin, c'est ce dont nous allons discuter ensemble.

Merci de vous être déplacés vers nous pour que nous puissions entamer ce débat.

M. Michaël SZAMES

M. ARNAULT, vous êtes l'auteur du rapport « Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires ». Vous allez nous présenter votre rapport et donner des exemples concrets en vidéo.

M. François ARNAULT

J'ai été missionné par le Président du CNOM, il y a quelque mois, pour rechercher dans les richesses de notre territoire ce qui pouvait se présenter comme système de soins, comme offre de soins dans les territoires les plus variés, que ce soit dans les grandes villes ou les campagnes les plus reculées.

J'ai été perplexe devant l'ampleur du travail puis ce que j'ai trouvé a suscité tellement d'intérêt que cela s'est finalement fait très facilement.

Nous allons vous présenter quelques exemples très concrets pour que le débat puisse se dérouler sur des faits et non pas des suppositions. Nous ne sommes plus dans le constat. Il faut être dans les propositions et l'idée du Président est que ce sont les territoires qui doivent nous donner les solutions et je pense que ce que vous allez voir va vous en convaincre.

En préambule, je voudrais parler des partenaires qui sont peut-être un des points les plus importants. Partout où les solutions ont été trouvées pour maintenir l'offre de soins, voire la faire progresser, on a eu une participation de tous les acteurs, l'État bien évidemment, avec les ARS, sans oublier les préfets qui ont souvent un rôle d'aménagement du territoire non négligeable dans leur département, les ex conseils généraux, nommés ainsi pour les différencier des conseils départementaux de l'Ordre, les communes, les communautés de communes et les partenaires professionnels, c'est-à-dire les URPS et les Ordres départementaux et régionaux. Partout où les initiatives ont réussi, l'ensemble des partenaires étaient aux manettes ensemble et ont trouvé ensemble des solutions et c'est très important.

Je commencerai ma présentation par les regroupements professionnels, qu'ils soient physiques ou en réseau. Il y a des exemples très précis qui illustrent cette différence. Nous aborderons ensuite les groupements de coopérations sanitaires qui montrent que, là où il y a des coopérations public/privé on est plus performant sur le maintien de l'offre de soins. C'est un des aspects qu'il faut vraiment souligner, séparer le public et le monde libéral est une erreur que nous démontrerons. Un autre aspect important est la formation, les stages professionnalisants : si nous ne sortons pas les étudiants des hôpitaux pour les emmener sur les territoires voir la médecine telle qu'elle s'exerce, que ce soit dans le premier recours ou le deuxième recours, nous ne gagnerons pas la partie. Il faut que la formation et les stages professionnalisants soient une mission des doyens de faculté en coopération avec les autres acteurs. On donnera des exemples de terrains de stage et on parlera surtout des médecins adjoints. Enfin, j'ai fait une liste de la promotion de la médecine ambulatoire où on voit les délégations de compétences, la télémédecine, les lieux multiples d'exercice, les forums régionaux, les plates-formes, les guichets uniques, et la permanence des soins.

Quelques exemples précis :

Le premier est la maison universitaire de santé et de soins primaires de Dijon qui nous paraît très intéressante. Elle a été réalisée dans un territoire défavorisé d'un centre urbain, ce qui montre bien que les déserts médicaux peuvent être dans les villes également.

Il y a donc 25 professionnels dans cette structure mise en place assez rapidement et c'est un très bel exemple.

Autre exemple dans les Deux-Sèvres avec les médecins adjoints. C'est la possibilité, donnée par le code de la santé publique, de permettre à un médecin titulaire, soit d'une licence de remplacement, soit d'une thèse de doctorat en médecine, de travailler aux côtés et en même temps qu'un médecin dans un secteur donné. Ce dispositif était avant une tolérance et est aujourd'hui conforté par une directive ministérielle de novembre 2016 qui élargit l'article 4131-2 en disant que l'offre de soins doit correspondre aux besoins de la population.

C'est la démonstration en réel de ce que peut apporter ce dispositif du médecin adjoint. Le Président du conseil départemental, le Dr BONNIN a été le précurseur de ce dispositif qui est maintenant utilisé dans une majorité de départements et je crois que c'est une solution nouvelle que chacun doit essayer de mettre en pratique.

Le dernier sujet filmé est l'exemple de Belle-Île-en-Mer. C'est une maison santé qui présente la particularité d'être adossée à l'hôpital public. Cela monte que là où il n'y avait plus rien, un médecin puis 2, 3, 4 et aujourd'hui 6 sont parvenus à construire une offre de soins structurée et pérenne, mais ce qui l'a permis c'est la coopération entre les libéraux et l'hôpital public. C'est un point très important.

La dernière phrase de ce confrère « c'est un exercice épanouissant » montre que c'est cette qualité de l'exercice qui a fait que l'offre de soins s'est redressée dans ce territoire.

Quand nous affirmons que la qualité de l'exercice professionnel est primordiale et permettra de remettre les médecins dans les territoires nous en avons là une belle illustration.

Je présenterai deux autres exemples pour lesquels nous n'avons pas de film, mais qui sont néanmoins impressionnants :

Le réseau de la montagne limousine ou le réseau des milles soins. Dans un territoire situé entre la Haute-Corrèze et la Creuse, sur une distance de 70 kilomètres maximum. Il regroupe six médecins généralistes, trois en Corrèze, trois dans la Creuse, quatre infirmières, un podologue et un dentiste. Le siège du réseau de la maison virtuelle est à Bugeat en Corrèze où l'un des médecins est professeur associé à la Faculté de médecine de Limoges. Ce réseau accueille un chef de clinique, des internes et des étudiants en médecine de 2^e cycle. Il y a un partage des dossiers médicaux mis en commun en réseau. Les six médecins assurent la continuité des soins, c'est-à-dire qu'ils se remplacent mutuellement quand l'un est absent. Certaines visites pendant cette « permanence des soins » peuvent atteindre plusieurs dizaines de kilomètres, mais la répartition sur six médecins – et depuis que je les ai interrogés ils sont sept – montre qu'ils ont réussi à recruter. C'est donc faisable par l'organisation des soins et par une amélioration de la qualité de l'exercice professionnel. Ces médecins s'ils étaient restés isolés, ne seraient plus en exercice pour certains.

Le dernier exemple est celui du groupe cardiovasculaire du Lubéron, SELARL multisite avec huit médecins cardiologues répartis en trois cabinets. Deux ont gardé une activité de praticien hospitalier à temps partiel, quatre à Cavaillon, deux à l'Isle-sur-la-Sorgue, deux à Apt. Cette structure permet d'avoir huit secrétaires, dont une comptable ; isolément ils n'auraient jamais pu atteindre ce nombre et ils disent tous que cela leur dégage du temps médical.

C'est l'enjeu quand on recrute du personnel administratif qualifié, on peut dégager du temps médical. Ils ont la possibilité de rachat de parts entre associés, un est décédé et ils l'ont rapidement remplacé en raison de la qualité de leur association. Ils ont des salles d'exploration fonctionnelle. Certaines surspécialités sont réparties sur chacun des membres de l'association. Ils gèrent les urgences au sein des hôpitaux locaux. La ligne téléphonique du cabinet est transférée sur le cardiologue de garde le week-end assurant ainsi la permanence des soins. Ils ont un logiciel médical commun par le basculement des anciens logiciels sur une solution cloud. Tous leurs achats sont regroupés. Ils ont un salaire et se partagent les dividendes en fin d'année. Ils assurent sept semaines de congé et trois mois d'invalidité en cas de maladie.

Ce sont des sociétés qui n'ont nécessité aucun investissement initial de l'État ou des collectivités territoriales et pourtant ce sont des solutions qui viennent du territoire et des médecins qui les ont expérimentées et mis en place eux-mêmes.

M. Michaël SZAMES

Merci de ces exemples et précisions. On va donc commencer le débat.

Les différentes expériences qui ont été montrées font ressortir des mots-clés : l'attractivité, l'épanouissement, l'organisation, les territoires, les réseaux. On va parler de tout cela avec nos invités à la tribune :

- Cécile COURRÈGES, directrice de l'ARS des Pays de Loire.
- Céline FAURIE-GAUTHIER, conseillère municipale, déléguée à la commission des affaires sociale de la santé de la mairie de Lyon.

- Patrick ROMESTAING, Vice-président du CNOM,
- Claude NEVEUR, Président du conseil régional du Val-de-Loire de l'Ordre des médecins.
- et Bruno FAULCONNIER directeur du centre hospitalier de Niort dans les Deux-Sèvres.

Commençons sur ce qui existe déjà. Il y a des maisons de santé qui sont aujourd'hui en place ? Diriez-vous qu'elles sont suffisantes ou faut-il progresser sur un échelon plus national ?

Mme Cécile COURRÈGES

Je pense qu'il faut partir de l'idée collective qu'il n'y a pas une réponse unique et pas de réponse qui soit reproductible, en l'état, de la même façon, sur n'importe quel territoire. Si on est à recherche de la réponse unique ou de la solution miracle on arrivera vite à un constat d'échec ou d'incapacité. Il y a des solutions qui marchent en certains territoires qui ne fonctionnent pas sur d'autres car les conditions ne sont pas réunies, les acteurs ne sont pas les mêmes.

M. Michaël SZAMES

Vous avez des exemples précis de ce qui fonctionne quelque part et pas ailleurs ?

Mme Cécile COURRÈGES

En tout cas qui ne sont pas reproductibles en l'état et qui nécessiteraient d'autres conditions de réussite. Par exemple dans ma région, la Mayenne est un des départements où la démographie en médecine générale est l'une des plus faibles de France.

Pour autant, c'est un département sur lequel, en dehors de la situation de Laval, je suis le moins saisie sur les questions de l'accès au médecin généraliste, pas le spécialiste, parce que c'est un territoire sur lequel les médecins se sont pris en main depuis très longtemps avec des leaders médicaux assez forts qui ont su mobiliser autour d'eux en interprofessionnel et cela se traduit par des pôles maisons de santé qui font jusqu'à soixante professionnels de santé réunis au sein d'un même pôle de santé. Un tiers des médecins généralistes de Mayenne exercent en maisons de santé pluridisciplinaires.

On est donc là sur des vrais projets de territoire, c'est même des réseaux territoriaux de soins à cette échelle, et on peut aussi s'appuyer sur la médecine libérale pour développer tous les nouveaux projets autour de la coordination des parcours parce qu'ils sont répondants, ils sont là. Quand soixante professionnels travaillent ensemble dans un exercice regroupé, pas regroupé physiquement, mais autour d'un projet santé partagé, vous pouvez vous tourner vers eux pour avancer sur le sujet des parcours et de l'accompagnement notamment des maladies chroniques ou des personnes âgées.

Mais cette situation je ne la retrouve pas dans le reste de la région où je retombe sur 6 à 10 % de médecins généralistes exerçant en maisons de santé.

M. Michaël SZAMES

Donc chaque territoire à sa spécificité et on ne peut pas faire de cas général. Nous n'allons pas aujourd'hui tout remettre en cause d'un territoire à un autre et si quelqu'un veut prendre la parole ; je salue d'ailleurs la présence de deux parlementaires Dominique ORLIAC, députée du Lot et Éric ALAUZET, député du Doubs. M. ROMESTAING, le CNOM a fait toute une série de propositions, un livre blanc, 10 propositions concrètes, si aujourd'hui vous deviez sortir 2 ou 3 propositions qui pourraient être appliquées au niveau national même si on a expliqué que chaque territoire a ses spécificités.

M. Patrick ROMESTAING

Il nous a semblé essentiel de mettre en avant dans la réforme de la santé plusieurs idées, mais s'il fallait se focaliser en deux points, ce serait : une vraie démocratie sanitaire, partir des territoires, demander aux professionnels de santé leurs souhaits et leurs aspirations sur l'organisation pour améliorer l'offre de soins. Les exemples présentés affirment clairement que lorsque les professionnels se mobilisent il y a une efficacité, une nouvelle organisation et les patients sont gagnants. C'est donc la notion de démocratie sanitaire et ce départ des initiatives du territoire.

Second point, les stages, les maisons universitaires de santé et de soins de primaire. C'est un point essentiel des propositions de réforme du CNOM et dans toutes les spécialités. On parle beaucoup de la médecine générale, mais si on veut que les jeunes, formés pratiquement exclusivement dans le cadre hospitalier universitaire, prennent connaissance d'autres modalités d'exercice, il faut que ces stages dans les territoires, dans toutes les spécialités, que ce soit dans les cabinets ou les cliniques, puissent prendre vie. C'est loin d'être le cas. Il faut mettre un coup d'accélérateur sur cette idée assez novatrice, qui est à la base du renouvellement de l'offre de soins en médecine générale.

M. Michaël SZAMES

Quant à la formation des jeunes, M. FAULCONNIER, votre expérience pour l'installation de ces jeunes après la Faculté de médecine, comment cela s'est passé chez vous ?

M. Bruno FAULCONNIER

Il y a plusieurs initiatives, on travaille avec le Président du conseil départemental dans les Deux-Sèvres depuis plusieurs années dans un contexte où l'hôpital et la ville ont pris l'habitude de travailler ensemble depuis les années 2000.

Une des initiatives nous a amenés à participer à la construction d'une maison de santé avec des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et c'est l'hôpital qui a investi. C'est une initiative un peu particulière, mais le grand projet qui nous occupe aujourd'hui c'est l'intégration de la médecine libérale et des établissements privés dans le GHT dans l'objectif de le porter vers un groupement de santé de territoire..

M. Michaël SZAMES

Cela peut aider les jeunes qui ont envie de s'installer à venir vous voir ?

M. Bruno FAULCONNIER

Je pense qu'il y a un lien entre les deux, il y a le travail qui est fait pour inciter les jeunes à s'installer et c'est plutôt du côté de l'Ordre que les choses se situent, mais le projet que j'évoquais a permis à deux jeunes femmes de s'installer alors que si on n'avait pas pris cette initiative ensemble elles ne se seraient pas installées dans cette zone du marais poitevin.

M. Michaël SZAMES

N'hésitez pas à prendre la parole sur cette thématique en vous présentant dans la salle.

M. Éric ALAUZET

Tout d'abord merci votre invitation. Le sujet dont on parle c'est principalement la démographie médicale, toutes les propositions qui sont faites là sont faites pour répondre à ce problème de la déprise sur les territoires. On voit que non seulement on répond au problème mais que peut-être on fait mieux qu'ailleurs, c'est particulièrement intéressant. Ce que je retiens sur l'idée de la spécificité des territoires de partir de la base, de ce qui se passe sur le terrain c'est une question de confiance et ce n'est pas la tendance naturelle de notre pays très centralisé, jacobin.

Vous l'avez dit l'ARS pourrait incarner cette vision-là, on a une superexpérience, on va la reproduire partout, mais cela ne marche comme cela et c'est bien que l'État, à travers l'ARS, évolue sur le fait de faire confiance au territoire, cela me paraît le mot-clé.

Quant à la mobilisation et l'action collective des territoires, je participe à des débats en régions et quand on parle de démocratie sanitaire, et je suis aussi médecin, on parle toujours de l'approche du médecin mais je pense que si on arrive à mobiliser les patients dans ces démarches collectives, ce serait encore mieux.

Enfin, je disais que non seulement on répond à la difficulté et qu'on fait mieux. À travers ces expériences, on sent que les gens s'allègent tout à coup, ils sont concentrés sur un travail on voit la qualité qui monte et je pense que la qualité est peut-être même meilleure qu'ailleurs parce qu'on voit le brassage des générations, les techniques, les «spécialisations» que permet cette action collective. C'est particulièrement intéressant.

Mme Dominique ORLIAC

Je voudrais parler du statut d'adjoint c'est une excellente chose parce que beaucoup de jeunes gens en attente de passer leur thèse n'avaient plus la possibilité d'exercer. Or, ils peuvent être en attente de passer leur thèse pour des raisons diverses. Cela leur permet aujourd'hui de pouvoir s'installer, de commencer à travailler. Dans mon département j'en ai bénéficié pour une jeune médecin généraliste qui a donc pu commencer son activité professionnelle alors qu'il aurait fallu qu'elle attende de passer sa thèse.

Je voudrais bien sûr féliciter M. ARNAULT pour ce rapport très attendu dont nous avons tous besoin, je suis aussi médecin spécialiste ophtalmologue et présidente du conseil de l'Ordre de mon département. C'est pourquoi je suis très intéressée par ces sujets aujourd'hui.

Il est effectivement important de donner aux jeunes et même aux moins jeunes qui s'installent une qualité d'installation, d'exercice professionnel, qui font qu'ils sont satisfaits de leur activité. Ce sont toutes ces conditions qu'il faut mettre en place pour pouvoir être attractif.

On a parlé des maisons de santé pluridisciplinaires. Dans un département rural comme le mien, c'est vraiment une mesure incitative importante. Il y en a beaucoup d'autres qui ont été mises en place et fonctionnent bien et souvent on ne dit pas suffisamment qu'elles sont efficaces alors qu'elles le sont.

Je voudrais soulever la question de la baisse de démographie des médecins dans les départements ruraux, mais aussi en ville, on utilise les termes déserts médicaux. On a des médecins qui viennent de pays européens et si on applaudit des deux mains leur arrivée parce qu'ils participent activement à la permanence des soins et à l'activité professionnelle, il y en a beaucoup qui s'adaptent mal au territoire, souffrent et finalement ne restent pas. On l'a vécu avec les infirmières espagnoles il y a quelque temps. C'est une vraie difficulté dans mon département, je ne sais pas si c'est la même chose ailleurs. Les médecins viennent s'installer et s'adaptent mal au pays et repartent. Il faut trouver des solutions pour que l'on soit attractif. Ce qui est important dans un département comme le mien c'est que le conseil départemental s'investit beaucoup pour aller recruter des jeunes étudiants. Nous sommes entre Toulouse et Limoges et pour les faire remonter dans le Lot c'est compliqué, on essaye de démontrer toute l'attractivité de Limoges où il fait bon vivre, où la permanence des soins est bien organisée et où les médecins les attendent avec attention et beaucoup de gentillesse.

M. Michaël SZAMES

J'ai noté la démographie, la permanence des soins avec les personnels étrangers et l'attractivité qui revient souvent.

Dr Samia TAHRAOUI, médecin généraliste et directrice de la santé de la ville de Goussainville

Je voulais rappeler qu'on oublie souvent la place des centres de santé dans l'organisation des soins au niveau territorial sachant que c'est une organisation qui permet l'installation de jeunes praticiens. J'ai recherché un médecin généraliste. D'abord Goussainville est une ville du Val d'Oise que l'on peut considérer comme un territoire semi-rural. On a un centre de santé qui s'organise avec les autres acteurs locaux de santé et une maison de santé socio-professionnelle qui est en train d'émerger et dont on a souhaité favoriser l'accompagnement et l'organisation. J'ai essayé de trouver un médecin généraliste et je l'ai trouvé en quinze jours parce que l'exercice salarié est un exercice qui plaît aux jeunes, d'autre part, nous sommes dans une structure où nous travaillons ensemble, comme les maisons de santé, et qui nous permet de nous insérer dans les programmes de santé publique qui s'articulent à différents échelons et cela plaît aux jeunes. Je suis également maître de stage j'ai deux internes, donc il ne faut pas oublier la place des centres de santé dans notre discussion, même si on ne représente que 3 % des médecins en exercice, c'est une façon d'exercer en ambulatoire extrêmement intéressante.

Nous avons des relations avec l'hôpital. Bon nombre de nos praticiens travaillent à l'hôpital de secteur et au centre de santé ce qui permet d'articuler les soins et la prise en charge des patients complexes du début à la fin, de la première hospitalisation au retour à domicile. On fait aussi de la prévention avec ces médecins parce qu'ils connaissent le terrain.

Les centres de santé sont une solution qui est envisagée par bon nombre d'élus qui sont un peu désespérés de ne pas pouvoir monter leur maison de santé car une maison de santé ne peut se monter sans équipe médicale au préalable.

On voit que beaucoup de maisons de santé, souhaitées par les autorités locales, restent vides parce qu'il n'y a pas de médecins. Quand un médecin porte le projet c'est facile, quand il n'y a pas de médecins qui portent le projet il faut réfléchir autrement, et l'exercice salarié en maison de santé, c'est un centre de santé.

Cela permet vraiment de créer un pôle d'attractivité sur le territoire. Je voulais rappeler la place des centres de santé parce qu'il faut aussi sortir de cette idée que parce qu'on est salarié on n'est pas indépendant et qu'on ne peut pas faire de la médecine. J'aimerais vraiment que l'on puisse réfléchir à cela.

M. Michaël SZAMES

Sur ce point Mme Céline FAURIE-GAUTHIER, quel est votre retour d'expérience ?

Mme Céline FAURIE-GAUTHIER

On a abordé beaucoup de sujets, je suis élue à la santé dans une ville qui est dans une métropole, donc la question de la démographie médicale je la connais plus dans les quartiers défavorisés et je suis interpellée par les médecins qui souhaitent monter des maisons de santé et nous faisons ce que nous pouvons pour les aider. Nous avons aussi un centre de santé, il y a des médecins qui exercent seuls, d'autres de manière regroupée, il n'y a pas de modèle unique et cela a été évoqué. La richesse de l'offre est de trouver des solutions les plus adaptées par territoire.

Pour être provocatrice quand on est une ville ou une métropole il n'est pas de notre compétence d'organiser la santé. La santé aujourd'hui est une question d'État, ensuite du niveau des ARS avec qui nous avons effectivement des partenariats, mais je pose la question de la place des élus locaux que nous sommes qui, dans les métropoles et les villes,

sont ceux qui développent le territoire, connaissent le territoire sur de nombreux aspects, les projets de transport, de développement de logements et de développements économiques. Nous avons une proximité avec la population et c'est compliqué parce que nous n'avons pas cette compétence. Depuis un certain nombre d'années, nous sommes associés par les ARS dans le cadre de ce que l'on appelle les Conférences Régionales Santé Autonomie, où des collèges d'élus participent à l'ensemble des propositions des ARS. Mais je voudrais témoigner que lorsque l'on est élu dans ces CRSA, en région Auvergne Rhône-Alpes il y a 108 membres, nous sommes trois représentants des communes pour représenter l'ensemble des villes de la région Auvergne Rhône-Alpes. Moi élue à Lyon, quand j'étais à la CRSA il était difficile d'avoir une position qui soit celle de l'ensemble des villes de ma région, de même pour mes collègues. La CRSA, par ailleurs, pour vous donner l'état de la démocratie sanitaire, quand on est élu, on est candidat ou pas et il y a peu de candidats élus qui souhaitent adhérer à cette CSRA, cela pose question sur cette démocratie sanitaire. Aujourd'hui, dans ma région, les collèges des élus en pleine élaboration du projet régional de santé ne sont pas pourvus pour ce qui s'agit des communes et des regroupements de communes. Il y a donc une réelle difficulté de désignation et d'adhésion à cette forme de démocratie sanitaire.

Les usagers de santé ont bien fait remonter le fait qu'il fallait travailler à des territoires de proximité, je rejoins l'idée de bassin de proximité suggéré par l'Ordre. Les usagers l'ont souvent dit, et aujourd'hui les ARS proposent des bassins de santé à l'échelle du département, sachant que là aussi cela pose des questions. Par exemple, notre ville, où il y a la métropole, cette dernière s'est portée candidate et on n'a pas eu gain de cause on est resté à l'échelle départementale.

Quand on est acteur de l'évolution des territoires, on est assez dépourvu car on y est en tant qu'élu, on est assez absent, et en plus de cela on y est sans notre compétence technique, c'est-à-dire avec tous nos services qui nous permettent d'avoir un appui. C'est la question de la décentralisation, excusez-moi cela me tient à cœur.

M. Michaël SZAMES

Mme COURRÈGES, sur les questions de santé abordées, sur le rôle de l'État, quelle vision avez-vous de ce qui a été dit notamment par le Docteur TAHRAOUI de Goussainville.

Mme Cécile COURRÈGES

C'est reconfirmer qu'il n'y a pas de solution unique. Les centres de santé sont adaptés à certains territoires et pas à d'autres. C'est vraiment important, il faut s'adapter à chacun des territoires, à sa réalité, et construire des projets qui peuvent être différents selon les uns et les autres. C'est vrai que c'est un changement de posture du point de vue de l'État et des ARS puisque de notre côté c'est aussi se mettre en situation d'accompagnement et être plus dans ce dialogue local pour pouvoir aider à la construction de projets de territoires qui dépassent aussi l'échelle communale. On ne peut plus travailler sur ces sujets à échelle d'une commune, sauf si on parle de métropole, si on veut des territoires pertinents, il faut monter à une autre échelle intercommunale permettant des projets cohérents avec des acteurs qui sont légitimes.

M. Michaël SZAMES

L'état est-il prêt à faire cet effort ?

Mme Cécile COURREGES

On est dedans, il faut sortir d'une vision caricaturale, s'il y a autant de projets de maisons de santé pluridisciplinaires qui sont sortis en France c'est bien parce que l'État a été là, autrement aucun de ces projets ne serait sorti.

Je plaide aujourd'hui pour qu'on monte une alliance à trois sur ces questions : l'État (je suis État et Assurance maladie, j'ai une double casquette) ou Institution publique, les professionnels de santé – aucun projet n'a un avenir s'il n'est pas porté par des professionnels de santé, sinon c'est les maisons vides évoquées – et enfin les élus locaux, parce qu'on est sur des sujets qui dépassent simplement les questions d'exercice professionnel, parce que les jeunes veulent aussi un travail pour leur conjoint, des lieux d'accueil pour leurs enfants et moi ARS je ne suis pas compétente sur ces sujets, c'est donc une alliance à trois avec un lien fort avec l'université et les départements de médecine générale.

M. Michaël SZAMES

On rejoint là les questions de l'attractivité.

M. François ARNAULT

Je suis maire d'une petite commune qui a un médecin généraliste et je vous dis que je n'aurai plus de médecin généraliste d'ici quelque temps et que je ne chercherai pas à en avoir un. Je pense que c'est quelque chose qui est dépassé, vous avez raison et je rejoins ce que vous avez dit. Le problème c'est la dimension du territoire qui nourrit la réflexion sur la pertinence des soins, de l'offre de soins. Dans les propositions du Conseil national il y a celle de mettre un échelon unique territorial. Cela répond à ce principe de vouloir s'adapter au territoire, il est évident que la CRSA de Rhône-Alpes ne peut pas avoir la pertinence pour savoir ce qu'il faut faire dans un département comme la Savoie ou l'Ain. C'est une démocratie qui doit se faire au plus près du territoire. Les professionnels de santé sont au centre, s'il n'y a pas de projet de santé, il est évident qu'on ne peut pas construire quelque chose. Si on n'a pas un partenariat avec les hôpitaux et les cliniques,

Monsieur le directeur vous l'avez compris dans les Deux-Sèvres, vous devez travailler ensemble, vous êtes capable à l'échelon de votre établissement de vous adapter à un territoire et vous l'avez fait puisque vous avez financé, dans un secteur, une maison pluridisciplinaire de santé.

Il y a des endroits où la maison pluridisciplinaire de santé n'est pas la bonne réponse, la réponse est ailleurs, mais la réflexion doit se faire sur un territoire qui est à géométrie variable, à composantes variables, mais, à mon avis, il faut peut-être réfléchir au niveau législatif sur le contour des compétences des communautés de communes au niveau santé. Si on ne veut plus que les maires s'en occupent, peut-être faut-il faire évoluer cette compétence santé au niveau des communautés de communes ?

M. Michaël SZAMES

On va y venir, faut-il réglementer par voie législative ?

Mme Dominique ORLIAC

Il faut y réfléchir parce qu'aujourd'hui les maires se sentent beaucoup dépossédés de leurs prérogatives. Finalement, aujourd'hui, c'est le couple communauté de communes et conseil régional qui est efficace. C'est vrai, je crois qu'il y a des communes qui sont en train de s'unir pour former des nouvelles communes. En France on a un nombre de communes très important, c'est une particularité française, il y a des toutes petites communes avec peu de moyens. Effectivement, au niveau des compétences, je trouve que conseil régional et communauté de communes seraient certainement l'étape la plus pertinente.

M. Éric ALAUZET

Bien sûr j'écoute avec attention et on voit bien que cette question va se poser aux intercommunalités. J'avais été mis en garde au moment de l'installation des maisons de santé sur « attention que les communes ne fassent pas à la place des professionnels ».

Il faut trouver un juste équilibre sur l'accompagnement, le schéma, le soutien et en même temps ce sont bien les professionnels de santé qui doivent se prendre en charge et on voit qu'ils sont capables de le faire.

Mme Dominique ORLIAC

Une maison pluridisciplinaire ne peut être validée que s'il y a deux médecins et souvent d'autres professionnels. Cela a été souvent les pharmaciens dans mon département qui ont été à l'origine de l'idée de maison pluridisciplinaire.

M. Roland BONNIN

Je pense que c'est pour les SISA qu'il faut deux médecins mais pour lancer une maison de santé il faut deux professionnels.

M. François SIMON

Je confirme que c'est en SISA qu'il faut deux médecins.

M. Michaël SZAMES

M. FAULCONNIER, sur ce qui a été dit entre les parlementaires, comment avez-vous fait pour monter votre hôpital et cette compétence public/privé où tout se mêle et où rien ne peut se faire l'un sans l'autre.

M. Bruno FAULCONNIER

À la base, c'est d'abord une conviction que la réponse aux besoins de santé sur un territoire et un infraterritoire, c'est d'abord les acteurs de santé qui l'a font, c'est la médecine de ville et l'hôpital le plus proche. L'idée que ces deux parties puissent travailler ensemble et élaborer un projet de santé est la base. Ce projet, ils ne le font pas seuls mais dans le cadre des orientations nationales fixées par l'ARS et c'est à eux de le proposer.

On parlait de démocratie sanitaire, notre ambition est aussi d'échanger avec la population. Une fois que les acteurs ont travaillé et élaboré des priorités, la population peut, dans le cadre de réunions publiques, exprimer son avis, amender et modifier. Concernant la gouvernance, il y a bien un problème de gouvernance, et c'est passionnant, car comment articuler la ville, l'hôpital et les élus ? C'est ce qu'on tente de faire dans notre expérience de groupement hospitalier, plutôt de santé de territoire. Nous étions, M. BONNIN et moi, avec les élus de tout le département — il y a un conseil des élus dans le GHT — et nous avons pu répondre à leurs questions conjointement. C'est une appropriation par les acteurs de la politique de santé des cinq ou six territoires dessinés dans les Deux-Sèvres et sans doute une piste intéressante aux interrogations sur la gouvernance. On articule cela avec les contrats locaux de santé et je pense qu'on peut avoir quelque chose où tout le monde tire dans le même sens avec une véritable appropriation par les acteurs de la politique de santé possible.

M. Michaël SZAMES

C'est le rêve ?

Mme Céline FAURIE-GAUTHIER

Cela a l'air de bien fonctionner. Je suis d'accord sur le fait que les initiatives doivent partir du public et du privé. Il faut arrêter de cloisonner public et privé, les ARS ne sont pas si vieilles mais malgré cela on constate, dans l'organisation du système de santé en France, qu'on cloisonne toujours beaucoup et toutes les installations de système le montrent, les GHT montrent qu'on s'occupe du secteur public. Cela ne va pas dans les sens de la collaboration dans l'organisation du système global. Il peut y avoir de l'intelligence dans les territoires sur certaines initiatives de partenaires qui organisent des projets et cela se passe aussi à Lyon où avec l'ARS on initie des innovations sur des plateformes territoriales d'appui par exemple.

Mais il me semble que la vraie difficulté est que, si on veut que les élus locaux y compris les communautés de communes investissent le sujet de manière réelle, avec des financements, avec une implication sur des champs qui sont ceux de l'organisation des soins pour lesquels on n'a strictement aucune compétence. Aujourd'hui, la loi ne le permet pas, de plus, ce serait dangereux parce qu'on a d'autres compétences et beaucoup moins de moyens qu'à une certaine époque et il faut qu'on réponde à ces compétences qui sont les nôtres et aller sur d'autres compétences alors qu'on n'a pas les moyens, comme on ne va pas augmenter les impôts, on ne le fait pas.

La vraie question c'est comment, alors qu'on a des territoires pertinents, ces territoires peuvent par le biais de leurs élus participer de manière active à la réflexion aux côtés des professionnels de santé publics/privés pour imaginer des modèles ensemble. Je pense aux difficultés qu'on a aujourd'hui avec les regroupements hospitaliers qui font que les patients vont directement à l'hôpital au lieu d'aller chez leur médecin. Les maisons de santé par exemple sont un des éléments de réponse mais pourquoi ne pas imaginer, dans ces maisons de santé, qu'on y associe un service social qui libérerait les professionnels de santé de toute la partie administrative, qui permettrait de s'occuper de la coordination des soins avec des professionnels qui pourraient justement être des professionnels qui seraient issus des collectivités, d'avoir des projets communs mais qui sont très compliqués à créer du fait de cette incompétence que nous avons qui est qu'on n'est pas supposée s'occuper de la santé.

La vraie question est, ne faudrait-il pas décentraliser ? Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas un rôle de solidarité territoriale à assurer, que les ARS doivent contrôler à des échelles régionales, qu'on est dans une équité de territoire. Bien sûr on ne peut pas dire que tout se passe dans une ville et on laisse les villes à côté dépérir. Il faut une solidarité territoriale qui s'organise dans les régions.

C'est une question de fond que je me pose avec le fait qu'on est dans un système qui est dans l'augmentation de la demande d'offre de soins avec le vieillissement de la population et les maladies chroniques. On va dans du plus plus plus.

La question que j'ai envie de poser aussi à l'Ordre, que je remercie de m'avoir invitée, c'est celle de la prévention. Dans les dix propositions que j'ai pu lire vous en parlez mais assez peu. Pourquoi ne pas avoir un axe zéro prévention ? Et quelle est la place des généralistes ? Vous êtes les premiers à savoir comment faire la prévention, comment parler aux patients, comment faire pour renverser cette manie de dire qu'on va chez le médecin quand on est malade alors qu'on pourrait se dire qu'on va chez le médecin pour ne pas tomber malade. C'est un sujet de fond pour éviter d'être dans une situation exponentielle de la demande et qu'on se retrouve à jamais trouver de réponse, comment faire mieux de la prévention avec les étudiants et toutes les forces ?

M. Claude NEVEUR

Je serai provocateur sur les communautés professionnelles de territoire qui vont se mettre en place dans les régions, puisque cela fait partie de la dernière loi de santé. Quelle articulation peut-il y avoir avec les GHT et ces communautés professionnelles ? Il semblerait qu'il y ait là une gouvernance assez solide qui va mettre la mainmise sur l'ensemble de la profession. Quel sera le degré de liberté des professionnels de santé par rapport à la gouvernance de l'ARS ? Ce problème est délicat.

Je veux poursuivre sur la nécessité du rapprochement de l'hôpital et du privé et il est très important de se rapprocher et pour cela il faut qu'il y ait dialogue et donc confiance entre le monde hospitalier et libéral. Ce dialogue ne peut se faire que si cela vient de l'un ou de l'autre.

Pour cela il y a des éléments qui vont permettre ce rapprochement comme le fameux DMP qui, s'il était enfin en place, permettrait de communiquer facilement entre l'hôpital et les cabinets médicaux et il y aurait plus de relations directes par l'intermédiaire des moyens numériques et par les courriers qui arriveraient par l'intermédiaire des messageries sécurisées. Ce serait la meilleure des choses, tant qu'il n'y a pas de communication il n'y a pas de dialogue et cela ne peut pas fonctionner. C'est un élément important pour le rapprochement entre les structures publiques et privées.

Je pourrais aborder ma région Centre, région où la densité médicale est la plus faible de France, en médecine générale on descend à un demi médecin pour 1 000 habitants, surtout dans l'Indre et le Cher où il y a des expériences intéressantes qui sont faites aussi. Et je voudrais revenir sur la difficulté que l'on a de mettre en place des maisons médicales et peut-être d'en mettre trop en place. Il semblerait que dans certaines régions on crée trop de maisons où il y a que deux médecins mais avec beaucoup de professionnels de santé. Dans ces maisons médicales il n'y a pas de relation avec les autres médecins qui sont autour, malheureusement le projet a été porté par des médecins qui étaient dans le secteur, qui sont venus constituer cette maison médicale, et les deux autres médecins ont disparu de la circulation. On a imaginé dans l'Indre de créer des réseaux numériques entre les médecins, qui sont ou non rattachés à une maison médicale, afin qu'ils puissent ne plus être isolés, travailler ensemble, avoir des formations communes, des dossiers communs et afin qu'ils puissent répondre à la demande des patients plus facilement. Surtout ces réseaux peuvent créer des exercices en sites multiples qui vont aller dans les petites communes où justement – M. ARNAULT a dit qu'il ne renouvellerait pas son médecin – il est certain qu'il ne peut plus y avoir un médecin dans chaque commune et, avec ce système,

il pourrait y avoir, à l'initiative des maires de communes qui souhaitent avoir une présence médicale, une consultation, une fois par semaine, à partir de ces petits pôles de médecins qui se sont regroupés numériquement et qui se rencontrent de temps en temps.

M. Michaël SZAMES

C'est un exemple concret, le numérique.

M. Bruno FAULCONNIER

Concernant l'intervention de Madame FAURIE-GAUTHIER, dans les deux projets que j'évoquais les élus étaient bien présents pour la maison de santé ville/hôpital. C'est la communauté de communes qui a servi d'intermédiaire pour aller chercher les fonds européens. C'était bien un partenariat à trois et cette façon de travailler a été voulue par les élus.

En ce qui concerne la détermination de la politique de santé, nous étions l'autre jour ensemble avec le comité territorial des élus, c'est-à-dire les maires des cinq ou six villes principales du département des Deux-Sèvres. On a eu un débat sur l'organisation de la pédiatrie en ville. Un des élus s'interrogeait sur pourquoi il n'y avait plus de pédiatres libéraux en ville. On a proposé un schéma qui redonne tout son sens à la prise en charge de la médecine de ville et de l'articulation aux spécialistes qui sont maintenant à l'hôpital, et ce débat on l'a bien eu avec les élus.

Concernant la gouvernance dans notre projet, nous avons articulé les communautés professionnelles de santé de territoire et l'autre soir nous avons décidé sur Niort de diriger le groupe ville/hôpital en communauté professionnelle de santé de territoire et plusieurs groupes ville/hôpital vont proposer de s'instituer en communautés professionnelles de santé de territoire, intégrées à un groupement de santé de territoire, dont les projets vont être pris en compte et articulés dans un projet de l'ensemble du département et que nous proposerons à notre ARS.

L'originalité de la santé est qu'aucune Institution n'a complètement la main sur le champ de la santé. Il y a l'État qui a un rôle très important pour donner un cadre, l'ARS qui fixe des orientations nationales et régionales et qui doit s'appuyer sur les acteurs, les élus qui sont forcément concernés par ce qui se passe dans leur commune. Tout le problème est d'arriver à trouver une gouvernance où on réunit toutes ces forces, c'est ce que nous nous efforçons de faire.

M. Michaël SZAMES

Cette expérience pourrait-elle être reproduite, on sait qu'on ne peut rien faire au niveau national mais c'est une expérience concrète qui semble fonctionner ? Et il y avait une question sur le rôle de l'ARS.

Mme Cécile COURREGES

Je rappelle que les élus, notamment locaux et au niveau du conseil régional, ont des compétences en termes d'aménagement du territoire et on est sur des sujets d'aménagement et d'attractivité d'un territoire. Si on met de côté les sujets métropolitains, demain si, sur tout un territoire, vous n'avez plus de médecin généraliste c'est l'attractivité de votre territoire qui est en cause. Cela fait partie des services primaires attendus par la population. C'est à ce titre que les élus locaux se mobilisent sur ces questions au titre de leurs compétences sur l'aménagement du territoire. Je pense qu'on est dans une situation d'urgence aujourd'hui par rapport à ces situations et l'important est de mettre toutes nos compétences en commun pour faire avancer des projets, on a tous un bout de réponse chacun d'entre nous, mais pas chacun seul de notre côté. Il faut que tout le monde allie ses compétences pour rendre possibles ces projets

M. Michaël SZAMES

Faut-il créer un grand «Grenelle» de la santé où tout le monde se mettrait autour de la table ?

Mme Cécile COURREGES

Il y a déjà eu un certain nombre d'états généraux dans tous les sens, le plus urgent est de travailler sur les territoires et c'est le sens de cette réunion. Ne remettons pas le sujet au niveau national, travaillons sur les territoires et surtout donnons-nous les moyens. Moi je plaide pour la déconcentration pour redonner de l'autonomie réelle aux acteurs locaux, pour avoir la capacité d'accompagner les acteurs dans des initiatives qui peuvent être différentes, voire expérimentales, pour faire preuve d'imagination sur ces sujets. On a un champ immense devant nous, il faut surtout se donner les moyens localement de pouvoir travailler ces réponses.

M. Michel VARROUD-VIAL, conseiller médical à la DGOS

Nous sommes en charge du pilotage du déploiement de mesures de la loi de santé comme les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, ou les plateformes d'appui. Cela nous a amenés à mettre en évidence, et il faut bien le comprendre si on veut gagner sur la démographie médicale, qu'il y a une complémentarité d'échelle territoriale à gérer. On a les équipes de soins primaires, c'est la patientèle. C'est donc au niveau des médecins qui peuvent se réunir en équipe de soins pour travailler tout seul de façon multisite. Les CPTS c'est véritablement le territoire de proximité, on peut l'appeler le bassin de vie, ce sont des communautés formées à l'initiative des professionnels autour de projets, c'est plus étendu qu'une patientèle, c'est quand même un territoire où les gens se connaissent et peuvent développer des relations de travail en commun et puis, pour nous, il y a un troisième niveau qui est le niveau départemental ou infradépartemental qui est pertinent parce que c'est à ce niveau que l'on peut développer des fonctions d'appui, de soutien, des coopérations. Je dirais que par rapport aux problématiques d'intégration ville/hôpital qui ont été évoqués ou de gouvernance, cela se passe à ces trois niveaux.

On voit bien par exemple que les GHT peuvent travailler avec les MSP et avec les médecins de soins primaires ou les spécialistes de recours et travailler aussi avec les CPTS autour de problèmes comme des soins non programmés, etc. et peuvent travailler au niveau d'un département pour mettre en place des moyens de communication des gestions entrée/sortie. Je crois qu'il faut vraiment gérer cette complémentarité d'échelles et je souligne les propos de M. FAULCONNIER, on a souvent, autour d'un GHT ou d'une plateforme territoriale d'appui, plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé parce que la communauté professionnelle territoriale de santé c'est la proximité qui reste utile, alors qu'on a d'autres fonctions soutenables à un plus gros niveau.

M. François SIMON

Je voulais intervenir sur le rôle des collectivités territoriales qui est fondamental en particulier des plateaux immobiliers. Actuellement, un des problèmes des professionnels qui se lancent dans un projet c'est le plateau immobilier et pas seulement à la campagne et plutôt moins à la campagne que dans les villes. J'attire l'attention sur le fait que, dans les villes moyennes qui se dépeuplent un peu de leur population jeune, on voit les centres des villes se dépeupler en médecin et en population jeune. Si les médecins sont isolés, comme c'est le cas dans certaines villes, on se rend compte qu'il y a un besoin, une demande, les médecins sont prêts à se rapprocher dans les villes. Actuellement dans les villes en particulier ils butent sur les plateaux immobiliers et je pense que les collectivités territoriales doivent être des facilitateurs. Au début des pôles et maisons de santé, les collectivités étaient là dans leur rôle et avaient à l'époque débloqué des fonds pour des plateaux immobiliers. Le rôle des collectivités territoriales ne s'est pas étendu et les communautés de communes en particulier et je pense aussi qu'il faudra les étendre, ils ont la clé du problème dans beaucoup de territoires.

M. **Éric ALAUZET**

Dans les villes dont vous parlez ces médecins souvent isolés sont dans des locaux qui ne sont pas accessibles et cela peut être l'opportunité. Beaucoup doivent se poser la question de la pérennité de leur activité dans le local où ils sont et c'est peut-être le moment à ne pas rater. Beaucoup vont se poser la question de bouger et d'aller vers ces plateformes.

M. **SIMON**

La solution est souvent dans des locaux commerciaux qui ont été abandonnés puisque le commerce dans ces villes se passe dans la périphérie.

M. **Michaël SZAMES**

Cela pourrait être une des solutions.

M. William GENS, Association nationale des étudiants en médecins de France

On a parlé d'agir avec les professionnels de terrain et il y a une population de professionnels de santé de terrain dont on n'a pas parlé, ce sont les étudiants et le rôle sociétal et territorial que peuvent aujourd'hui avoir les UFR de médecine et qu'elles n'avaient pas auparavant. Par exemple, la communauté de communes de la Haute Saintonge dans le département de la Charente, l'AMNEF a été mise en relation avec cette communauté de communes via une start-up qui développe un réseau social territorial, ce qui nous a permis dans un second temps de mettre en relation l'association étudiante locale et les élus locaux qui, du jour au lendemain, ont créé une nouvelle dynamique territoriale et aujourd'hui on va avoir des déplacements sur site avec des bus qui vont emmener les étudiants pour découvrir le territoire, il y a des projets d'internats ruraux pour accueillir des externes en temps complet sur les terrains de stage qui sont en zone sous denses.

Il y a donc un réel dialogue qui s'opère entre l'association étudiante locale, les élus, les professionnels de terrain et l'UFR qui vont permettre de créer des installations et des volontés d'installation.

C'est important de rappeler que déjà, dès leur plus jeune âge, les étudiants peuvent avoir des projets d'installation dans une zone sous dense et retrouver un attrait pour l'exercice rural. Il me paraît important de potentialiser cette dynamique.

M. **Michaël SZAMES**

Vous avez dit les jeunes médecins dont on ne parle pas assez. Vous avez l'impression qu'on ne parle pas suffisamment de vous ou qu'on ne prend pas en compte ce que vous désirez ?

M. **William GENS**

Les externes ne sont peut-être pas suffisamment encadrés et démarchés dans une démarche de promotion de l'exercice en zones rurales et sur la découverte de ces territoires qui sont sources d'angoisse et d'interrogations souvent infondées puisque lorsqu'ils découvrent ce qu'est un exercice regroupé en zone rurale, on voit qu'il y a un vrai attrait.

M. **Patrick ROMESTAING**

Le Conseil national est très attentif aux jeunes et dispose d'ailleurs d'une Commission Jeunes Médecins à laquelle participe votre association comme toutes les organisations représentatives des jeunes. Vous êtes étroitement associés aux réflexions que le Conseil national porte.

Ce que vous venez d'évoquer, ce qui est mis en place dans les territoires, les communes par les conseils départementaux, c'est le message que vous avez souhaité que nous portions et que nous portons depuis des années auprès des élus des territoires parce que nous avons bien conscience qu'il faut que vous sortiez du monde hospitalier.

Tant mieux si des communes et communautés de communes, des conseils départementaux et conseils régionaux politiques prennent l'initiative de mettre en place des moyens matériels d'accompagnement des jeunes. C'est une des pistes essentielles pour faire découvrir et donner envie et cela fonctionne généralement.

M. François ARNAULT

Effectivement, cela souligne, dans les partenaires cités précédemment, qu'on n'a peut-être pas suffisamment mis en lumière le CHU, la faculté de médecine doit être dans toutes les réflexions même les plus reculées dans les territoires, on ne peut pas avancer sur ce dossier si on n'avance pas avec la faculté de médecine.

Mme Cécile COURREGES

Je partage complètement ce propos, on travaille avec les deux UFR de Nantes et d'Angers. Je rappelle que, dans le pacte territoire santé, il est prévu que 100 % des étudiants en médecine puissent faire un stage en médecine générale. À Nantes et Angers nous sommes à cet objectif, 100 % font bien leurs stages en médecine générale. L'enjeu des stages a été évoqué c'est un enjeu majeur, si vous voulez faire découvrir ce type d'exercice sur ce type de territoire, c'est avec la politique de stage pour les étudiants et les internes qu'ensuite on peut réussir à amener ces jeunes qui risquent naturellement de rester dans la ville où ils sont formés ou dont ils sont originaires. Il faut leur faire découvrir d'autres territoires. Les collectivités territoriales ont un accompagnement possible, notamment sur les conditions de transport ou d'hébergement. On sait que lorsqu'on fait un stage de 6 mois on a besoin d'être accompagné sur ces éléments purement matériels. C'est aussi la politique d'accompagnement des maîtres de stage.

On peut avoir la difficulté de trouver des maîtres de stage, alors qu'ils sont déjà fortement mobilisés compte tenu de la démographie médicale, pour faire cet accompagnement nécessaire et indispensable.

M. Claude NEVEUR

Au niveau de notre région Centre, il y a une faculté de médecine à Tours qui souhaite, par une action forte du doyen, coopérer avec les collectivités territoriales des régions difficiles pour permettre aux étudiants et aux externes, qui vont faire leurs stages, d'avoir un accompagnement pour les transports et hébergements. Celui-ci est souvent réalisé par l'intermédiaire des maîtres de stage qui reçoivent chez eux le stagiaire. Il y a quelque chose qui se passe dans l'accueil et le doyen se déplace dans le territoire pour essayer de créer de l'attractivité pour que les étudiants, qui ont passé leur thèse, veuillent bien s'y installer.

On a fait une étude sur l'année 2015 qui recoupe les autres études réalisées, il n'y a que 7 % des étudiants qui ont passé leur thèse qui s'installent dans la région dans l'année qui suit, c'est très peu. Il fallait donc relancer les choses. Le doyen a eu l'idée que je voudrais présenter, un peu originale, il a remarqué qu'il y avait peu d'étudiants en PACES qui venaient de l'Indre (35 sur 1 600), il se demandait s'il ne faudrait pas faire du recrutement au niveau des lycées pour que les jeunes qui ont envie de faire médecine puissent être accompagnés. À côté des CESP et des contrats d'engagement de service public, il pourrait y avoir des contrats d'engagement avec les collectivités territoriales pour qu'un jeune lycéen aille faire des études de médecine assez loin, parce qu'entre Tours et Châteauroux, par exemple, il y a 2 heures de route, de façon que cela se développe et qu'il y ait plus d'étudiants qui viennent là car ils retourneraient dans leur lieu d'origine. Cela permettrait de repeupler le département.

M. Michaël SZAMES

C'est une expérience à noter.

Mme Dominique ORLIAC

En ce qui concerne les jeunes, leur installation doit être une de nos préoccupations majeures si on veut un accès aux soins pour tous dans l'avenir. La profession se féminise et aujourd'hui je me félicite qu'on ait pu inscrire, dans la loi, l'indemnisation du congé maternité pour les jeunes femmes médecins même si je regrette que cela n'ait pas été pris en compte pour le secteur 2 et que l'on n'ait pas pensé aux remplaçantes qui ne sont pas conventionnées et il faudra aussi trouver une solution pour elles parce que c'est une mesure nécessaire dans l'avenir étant donné cette féminisation de la profession qui est réelle. C'est un sujet pour les jeunes qu'il faut absolument régler.

Gilles BONNEFOND, pharmacien, Président de l'USPO syndicat des pharmaciens

D'abord, félicitations pour avoir recensé et soutenu toutes ces initiatives comme l'a dit madame COURREGES il y a urgence sur les territoires et il est important d'avoir des solutions et rapidement. Un point n'a pas été évoqué cependant, les territoires peuvent être variables, depuis la commune et l'intercommunalité avec des champs parfois plus larges et il faut faire attention quand on a ce projet de ne pas déstabiliser ce qui existe déjà. Il y a des compétitions entre communes qui conduisent à des déstabilisations du secteur plutôt qu'à un véritable projet de santé, il faut travailler avec l'ensemble des acteurs avec ce qu'il y a sur le territoire. Quand il y a plusieurs pharmacies il y aura celle qui sera dans la même commune que la maison médicale et celles qui vont rester à 20 kilomètres, mais à côté des patients et on ne va pas travailler de la même manière avec une pharmacie qui est à proximité qu'avec celle qui est à 20 kilomètres. Il y a aussi une réflexion à avoir sur le territoire,

comment on organise les soins et comment on relève le défi du vieillissement de la population et de la sortie hospitalière pour que les patients dans ces territoires puissent sortir aussi vite de l'hôpital que ceux qui sont en plein centre de Lyon. C'est une réflexion à avoir dans le projet de santé et dans l'organisation à mettre en place autour de ces initiatives.

Mme Céline FAURIE-GAUTHIER

Pour aller dans votre sens, l'idée est d'avoir la bonne instance de discussion pour justement avoir des propositions d'organisations territoriales partagées, à partir du territoire, à la bonne échelle afin d'éviter la mise en concurrence et, au contraire, chercher des complémentarités entre tous les acteurs.

Il faut peut-être réfléchir ensemble à cette échelle et je pense aussi à ce que vous avez cité : la question de la sortie de l'hôpital qui aujourd'hui avec le virage ambulatoire est de plus en plus rapide et avec l'enjeu très fort, qui va rejaillir sur l'activité de la médecine de premier recours, c'est comment on associe l'hôpital et la médecine de ville dans un parcours, pour exemple deux jours quand on vient d'accoucher si au troisième jour on arrive aux urgences, on n'a rien gagné.

L'idée est de se dire aussi est-ce que dans l'organisation territoriale sachant ces évolutions qui seront énormes dans la façon dont on va concevoir la médecine et la santé de demain, comment faire pour que, dans le public et le privé, les personnes soient prises en charge en pré et postchirurgie, après maternité, et qu'on ne les laisse pas seules chez elles dépourvues de continuité de soins ? C'est un des gros enjeux de l'organisation territoriale.

Dans la manière d'envisager les projets on a différentes cultures selon les institutions. L'État a énormément évolué et est maintenant dans des cultures de projet que je ne ressens pas encore très bien à l'ARS.

Les départements ont traditionnellement des cultures de gestion de dispositifs, on a le RSA qu'il faut distribuer, on a un certain nombre de prestations liées à nos politiques qu'il faut distribuer. La culture de projet est quelque chose qui vient des villes et des groupements de communes, je suis désolée d'insister et c'est pourquoi je dis qu'il faut se saisir de ces compétences pour arriver, avec les acteurs terrains, les patients, les médecins et l'ensemble des acteurs de santé, à faire émerger ces projets qui gagneront en cohérence.

M. Bruno FAULCONNIER

On a parlé de ce travail ville/hôpital, je voulais préciser, travailler avec l'hôpital pour travailler les parcours qui ne sont ni complètement à l'hôpital et ni en ville, il y a une articulation à trouver. Pour travailler au fond des prises en charge, je voudrais insister qu'il y a deux méthodes : d'une part, l'échange croisé entre acteurs et d'autre part ce qu'on a mis en place dans les Deux-Sèvres, on a essayé de construire un tableau de bord de santé territoriale qui permet à la ville et à l'hôpital de se forger une représentation commune. Il s'agit en fait de consommation de soins comparés, c'est-à-dire que, quand sur votre zone les acteurs de la ville et l'hôpital se rendent compte qu'ils ont moins 30 % d'hospitalisation, moins 20 % dans telle ou telle discipline ou prise en charge, les acteurs peuvent s'interroger et essayer de trouver des réponses. L'idée d'un tableau de bord de santé territoriale est importante, cela permet aux acteurs de développer des présentations partagées et de mesurer ce qu'ils vont faire en bougeant l'offre et les dispositifs. Après, c'est à relier avec les statistiques qui existent au niveau national. Nous avons construit un système de statistiques au niveau national dans les années 1940 qui est totalement étatisé. Il est indispensable, si on veut avoir une démarche cohérente et une véritable appropriation par les acteurs, de construire ces tableaux de bord de santé territoriaux.

Dans les Deux-Sèvres cela veut dire un tableau de bord au niveau départemental mais on a aussi cinq territoires et, nous avons découvert qu'il y a plus d'écart entre les cinq territoires des Deux-Sèvres et le reste de la région ou des 10 départements environnants. Cet outil nous a permis de voir la légitimité qu'il y a à travailler au niveau infraterritorial.

Mme Céline FAURIE-GAUTHIER

Je voudrais féliciter les Deux-Sèvres mais pourriez-vous préciser le nombre d'habitants et de professionnels de santé ? Parce que je pense qu'on parle de choses très différentes, on parle d'échelles de territoire géographique, de compétences mais aussi d'une masse de population. Moi je parle de chose énorme et la coordination est beaucoup plus compliquée et nécessite des mesures plus importantes.

M. Bruno FAULCONNIER

Effectivement, vous avez raison, j'ai commencé il y a 25 ans dans un petit hôpital, le travail avec une équipe de médecine générale était plus simple que sur un département où l'on doit s'articuler avec plus de territoires et plusieurs hôpitaux. Je sais que le problème se pose différemment à Lyon. Les Deux-Sèvres c'est moins de 400 000 habitants, la ville de Niort avec 120 000 habitants. La difficulté est de comment passer d'un projet infraterritorial avec 25/30 000 habitants, 25/30 médecins généralistes ? Actuellement on essaye d'articuler le travail de 500 médecins.

Olivier LE PENNETIER, Président de l'ISNI

Je voulais insister sur plusieurs éléments. On parle de démographie médicale et de déserts médicaux, ce terme n'est pas choisi par hasard, on a parlé aussi des conditions de vie pour le médecin et sa famille et de l'attractivité, ne serait-ce que d'avoir accès à l'éducation pour ses enfants, c'est un grand frein à l'installation en zone rurale.

On en vient à la problématique de la bonne échelle de savoir qui doit gérer cela, au niveau régional via les ARS, ou plus localement via les communautés de communes ou les communes, ou même au niveau national même si ce n'est pas ce qu'on pense.

Il y a aussi articulation du public et du privé qui pose beaucoup de questions. On en revient à la différence entre maison de santé pluridisciplinaire et centre de santé qui peut être un mode d'action via l'ARS qui financerait des praticiens de santé sur un mode salarial.

Mais notre forte demande est la redéfinition de l'ensemble du territoire avec un zonage différent de celui en vigueur qui est un zonage géographique sur carte et nous plaçons pour un zonage plus démographique selon des besoins de population, les besoins en obstétrique ne sont pas les mêmes si la population a une moyenne d'âge de 60 ans ou de 30 ans. On veut vraiment axer sur ces besoins de la population pour garantir une offre qui corresponde aux besoins.

On a dit le mot de CESP, comme l'a dit William GENS, il ne faut pas l'oublier, peut être que l'information n'est pas assez diffusée ou le modèle pas assez abouti, sur la définition après sur le territoire dans lesquels les médecins devront exercer. Actuellement, il y a des CESP qui sont signés et les étudiants s'engagent sur des territoires dont ils ne connaissent pas la définition.

Je glisse sur le sujet de la PACES et des ECN régionalisées demandées par le Conseil de l'Ordre et je repose la question, comment en régionalisant les ECN on résout le problème de démographie médicale ? Il y a une liberté d'installation pour le moment et de choix de médecin par la population qui est une force de la santé française et qu'il faut conserver.

Enfin, concernant la réforme du 3^e cycle, l'enseignement sera modifié et il est prévu une grande part à l'ambulatoire pour la médecine générale et aussi les spécialistes d'où la possibilité de mettre en place des centres ou maisons de santé pluridisciplinaires avec du paramédical mais aussi des spécialistes et des médecins généralistes. On peut clairement voir la nécessité d'ophtalmologues dans ces zones avec des délais qui peuvent atteindre 6 mois dans certains territoires. Il y a des choses à faire.

L'égalité de traitement entre secteur 1 et 2 ce n'est pas parce qu'on choisit le secteur 2 qu'il faut être diabolisé, qu'il faut freiner la grosseur des praticiens en secteurs 2.

Pour conclure, il y a la possibilité via le numérique de répondre à ces problématiques. On parle de e-santé et de télémédecine, peut être glisser sur un système beaucoup plus e-santé avec une régulation en amont et dès le début et la demande de soins pour réguler et orienter au mieux les patients vers les bons établissements.

M. Michaël SZAMES

Des inquiétudes ont été levées sur certains points.

M. François ARNAULT

Je laisserai M. ROMESTAING répondre pour la PACES et les ECN régionalisées. Concernant les autres possibilités de stages formateurs que sont les contrats d'engagement de service public et ensuite, une fois thésé, les contrats de praticiens territoriaux ou de médecine générale, ce sont des contrats très pertinents et utilisés dans presque tous les départements. Partout il y a des contrats d'engagement de service public financés la plupart du temps par l'État et surtout par les conseils départementaux.

C'est vrai que cela n'a pas été cité mais cela m'incite à vous convier à lire le rapport in extenso. Nous nous sommes focalisés ici sur certains aspects de l'enquête, mais nous abordons tous ces sujets qui sont répertoriés, la télémédecine est abordée parce que c'est évidemment, avec les délégations de compétences, des outils indispensables pour améliorer l'offre de soins. Mais le temps nous était compté.

Pour conclure, je voudrais dire que rien n'est possible si nous n'amenons pas les facultés de médecine autour de la table dans les territoires les plus reculés. Le Centre l'a compris, la faculté de Montpellier aussi. Il y en a d'autres certainement, mais je crois qu'il faut vraiment insister et que les doyens nous rejoignent et je crois que c'est en bonne voie.

Rien n'est possible dans les territoires s'il n'y a pas une coopération public/privé. Un GHT qui se ferme sur le monde libéral c'est une erreur et une impasse. Je crois que les démonstrations faites par M. FAULCONNIER sont très parlantes. Il faut vraiment que cette coupure entre public et privé soit oubliée parce qu'il y a beaucoup de petits hôpitaux généraux des territoires ruraux qui fonctionnent en grande partie avec les libéraux. Il faut vraiment maintenir ces coopérations.

L'échelon territorial, on a bien vu les différences entre une mégapole comme Lyon et la ville de Niort, mais ces différences existent partout entre un village et un autre, ce qui prouve que la bonne réflexion est de partir de l'échelon territorial le plus proche, de partir des besoins. On ne peut pas imaginer à Paris ou à Niort les besoins et les possibilités de maintenir l'offre de soins dans un petit territoire.

Enfin je voulais dire un mot sur la démographie des médecins hospitaliers qui est aussi une difficulté et qui souvent est assez parallèle aux difficultés du monde libéral. Je crois qu'il faut aussi avoir cette réflexion. Je tiens à vous remercier pour votre participation.

Mme Cécile COURREGES

Je voudrais refaire l'Ordre d'avoir organisé cette rencontre en pointant le sujet des territoires. Nos propos ont tous montré qu'il y a quand même aujourd'hui une prise de conscience collective que c'est à cette échelle qu'on peut essayer de faire avancer les choses. On a beaucoup d'outils disponibles, pour accompagner l'installation, des outils qui aident à structurer l'offre sur les territoires mais ce sont des outils et pas des fins. Ce qui compte ce n'est pas le projet derrière et ensuite on mobilise tous les outils ou dispositifs que les uns et les autres on peut avoir à notre main pour essayer de faire avancer les projets. Je voudrais rappeler que l'ARS, certes il y a régional dans le terme, est un acteur territorial qui accompagne les acteurs de territoire et tous les acteurs de territoire doivent se réunir sur ce sujet.

M. Michaël SZAMES

Travailler ensemble, c'est ce qu'il faut retenir.

M. Bruno FAULCONNIER

Je remercie également l'Ordre pour cette réunion. Je suis ravi de voir que le moment est venu de travailler ville/hôpital de concert. C'est ainsi qu'on arrivera à répondre aux besoins de santé avec une représentation partagée, c'est vraiment l'avenir.

Mme Céline FAURIE-GAUTHIER

Je vous remercie pour ce débat et je voudrais féliciter toutes ces initiatives privées sur le territoire surtout en cette période difficile pour l'exercice. Il faut se donner l'envie d'innover et aussi sur cette question de gouvernance, j'évoquais la décentralisation et le rôle du partenariat public/privé.

Je terminerai sur certaines initiatives privées que nous avons à Lyon, et qui sont parfois difficiles à aider, par exemple « la maison du répit » qui est un très beau projet porté par des professionnels de santé qui ont su s'adjoindre des compétences, ce qui n'est pas les cas de tous. Je suis impressionnée de voir des médecins ou des professionnels de santé qui portent des projets parce que ce n'est pas forcément votre métier de base. La question est comment vous aider à porter ces projets pour qu'ils aboutissent tous, parce que de très beaux projets n'aboutissent pas du fait de vos difficultés. Donc, comment pouvons-nous aider, dans la méthode, certains professionnels de santé à aller jusqu'au bout de leur idée pour aboutir avec l'ensemble des acteurs.

M. Claude NEVEUR

Il faut maintenir l'action de l'Ordre dans les départements surtout au niveau des regroupements professionnels car il faut que l'Ordre soit impliqué dans ces regroupements et en tenant compte avec les collectivités locales des besoins de la population, à défaut se sera voué à l'échec. Il est important que l'Ordre ait une action sur l'information des étudiants. Notre expérience dans le Centre, on s'est impliqué avec la faculté pour un partenariat avec le tutorat et de participer aux actions de tutorat dans les lycées pour informer sur les aides et parler du CESP notamment, souvent les étudiants qui arrivent en PACES ne connaissent pas ces aides. Les maîtres de stage peuvent aussi rencontrer des étudiants stagiaires et expliquer aux jeunes, qui s'inscrivent à l'Ordre, les possibilités d'installation.

M. Michaël SZAMES

Merci d'avoir alimenté ce débat très riche.

M. Patrick ROMESTAING

Merci à tous d'avoir été présents pendant ces deux longues heures. Pour répondre à l'ISNI sur l'ECN régionalisée, ce que nous proposons sur cet examen, qui est dématérialisé sur tablette, c'est simplement de donner aux étudiants qui terminent leur cursus, et qui actuellement ont trois jours pour décider de leur avenir, d'avoir l'année de leur 6^e année la possibilité de passer trois concours, dans trois régions différentes, et la possibilité de redoubler, c'est-à-dire six chances, ce qui leur permettrait d'avoir six régions parmi lesquelles ils pourraient choisir et des spécialités peut être plus accessibles sur l'ensemble de ces régions. C'est une chance selon l'Ordre mais nous pouvons encore en discuter.

Pour revenir au titre de cette matinée débat très riche, les territoires ont des idées, nous n'en doutons pas et l'ensemble de ce que nous avons vu et entendu ce matin montre bien que les territoires ont des idées pour l'organisation du système de soins, pour l'aménagement du territoire, avec des éléments qu'il me plaît de relever. S'il y avait quelques mots à retenir il y a volonté, il faut vouloir organiser, il faut un projet médical, du dialogue entre les différents intervenants. Ce dialogue doit être riche, patient, à l'écoute de l'autre parce qu'il y a une complémentarité du privé, du public. On l'a dit et redit, il faut que l'ensemble des acteurs passent du temps autour d'une table. La présence autour de nous de personnes en responsabilité au niveau des ARS et direction des hôpitaux, équipes municipales, élus de l'Ordre démontre qu'ils ont la capacité de travailler ensemble pour proposer des pistes innovantes.

C'est très hommes ou femmes dépendant. Dans les territoires, on a parfois en responsabilité à la tête d'un hôpital, d'une délégation municipale ou d'une ARS, un homme ou une femme qui a envie de bouger les lignes.

Vous en êtes ici la démonstration et je vous remercie d'être venus parmi nous.

Je terminerai sur 2017 et la plaquette que nous avons rendue publique « Construire l'avenir à partir des territoires ». Ce projet de réforme que porte l'Ordre et qui relaie la voix des 35 000 médecins dans les territoires qui ont répondu à notre enquête en ligne et que nous rencontrons encore dans les semaines à venir pour porter la voix des médecins sur la vision de leur exercice, comment ils souhaitent l'améliorer, comment ils voient la formation. Construire l'avenir à partir des territoires nous souhaitons le voir porter auprès des candidats à la Présidence de la République avec un rendu public le 17 mars. Madame la députée nous avons été heureux de vous accueillir, ainsi que M. ALAUZET, parce que la deuxième marche de 2017 sera les élections législatives et vous avez la charge importante de voter les lois.

Merci à vous tous.

Nous serons heureux de vous accueillir pour un prochain débat.