

7

Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours

PRÉSENTATION

Délais de rendez-vous parfois longs, difficultés à trouver un « médecin traitant », absence de médecin de garde, les difficultés d'accès aux soins de proximité sont nombreuses et multiformes. Elles sont dues, pour une bonne part, à des insuffisances dans l'organisation des soins de premier recours et au manque de soignants disponibles.

Définis de manière large par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles sans ordonnance, comme les pédiatres, les gynécologues ou les ophtalmologues, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. L'expression, qui ne correspond pas à un agrégat précis du point de vue juridique ou comptable, désigne aussi l'ensemble de ces interventions, dont la coordination doit permettre de mieux prendre en charge les patients dans la durée, notamment les malades chroniques.

La définition des règles d'accès à ces soignants et les modalités d'exercice de leur profession dépendent de l'État, responsable de la politique sanitaire, déclinée en région par les agences régionales de santé (ARS). Les régimes d'assurance maladie, en particulier la Caisse nationale d'assurance maladie, au niveau national, et les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), dans les départements, prolongent et mettent en œuvre les orientations nationales par des conventions qui précisent les actes remboursés et les conditions d'exercice des

professionnels concernés³¹⁷. La politique destinée à améliorer l'accès aux soins, en particulier de premier recours, est donc principalement portée par l'État et ses opérateurs, au niveau national et déconcentré.

Même si elles exercent des compétences importantes dans des champs connexes, comme la formation des professionnels paramédicaux, pour les régions, l'action sociale et médico-sociale et la protection maternelle et infantile (PMI), pour les départements, la salubrité publique et la gestion de centres de santé, pour les communes, les collectivités territoriales n'ont qu'une compétence limitée pour agir sur la disponibilité ou l'organisation des soins de premier recours. Elles sont toutefois incitées à intervenir pour répondre aux demandes de leurs administrés, confrontés à des difficultés d'accès. La légitimité de ces interventions a été reconnue par le législateur en 2005, de nombreuses collectivités territoriales de différents niveaux ayant engagé depuis des actions multiples.

Rapportées aux dépenses de l'État et de l'assurance maladie, ces aides sont peu significatives : leur montant net, estimé par la Cour à 150 M€, est six fois inférieur à celui des dépenses que les ARS consacrent à l'amélioration des soins de premier recours par le canal du Fonds d'intervention régional (1 Md€) et représente 0,5 % du montant des soins de premier recours pris en charge par l'assurance maladie (30 Md€). Elles peuvent cependant compléter utilement les interventions de l'État ou de l'Assurance Maladie, en ciblant plus précisément des besoins locaux mal satisfaits.

Une telle complémentarité ne va pourtant pas de soi. La superposition de politiques successivement déployées, d'initiatives d'abord locales puis nationale, a conduit à étendre le champ des interventions publiques, sans ciblage satisfaisant (I). Dans ce contexte, les aides apportées par les collectivités territoriales aux professionnels de santé n'ont pas évolué pour s'adapter aux interventions confiées postérieurement aux ARS ou à l'Assurance Maladie (II).

³¹⁷ Aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État ». Le troisième alinéa du même article précise que cette politique tend notamment à assurer « la réduction des inégalités sociales et territoriales ». L'article L. 1411-2 prévoit que « les organismes gestionnaires des régimes d'Assurance Maladie (...) poursuivent les objectifs, définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir (...) une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins ».

Périmètre et modalités de réalisation de l'enquête

L'enquête dont est issu le présent chapitre a été conduite par la Cour et 11 chambres régionales et territoriales des comptes³¹⁸ auprès notamment d'un échantillon d'une quarantaine de communes, groupements de communes, départements et régions ayant pris des mesures pour favoriser l'accès de leur population aux soins de premier recours, ainsi que des acteurs locaux prodiguant cette catégorie de soins. L'analyse présentée ne porte pas sur les politiques nationales de santé, qui ne sont évoquées que pour éclairer le contexte global dans lequel s'insèrent les interventions des collectivités territoriales. Elle ne vise pas non plus les politiques menées pour limiter les difficultés financières ou sociales d'accès aux soins, qui ont fait récemment l'objet de plusieurs enquêtes de la Cour³¹⁹.

I - Des interventions progressivement diversifiées, encore en-deçà des besoins

Il existe de fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins, y compris pour les soins de premier recours, supposés pourtant plus largement accessibles. Ces inégalités sont vivement ressenties par les patients et les élus dans les territoires les moins bien desservis (A). Pourtant, diverses mesures se sont succédé, visant à assurer aux Français un égal accès aux soins de premier recours. L'accent a d'abord été mis sur des politiques ciblées, orientées vers les territoires les moins bien dotés en ressources médicales (B). Une politique plus globale a ensuite été déployée, qui vise à organiser, dans chaque territoire, la coopération entre professionnels de santé, plus qu'à mettre en œuvre des mesures ciblées (C).

³¹⁸ Les chambres régionales des comptes de Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Occitanie et la chambre territoriale des comptes de la Nouvelle-Calédonie.

³¹⁹ Cf. le chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de 2016 intitulé *La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir*, le rapport public thématique publié en décembre 2021 sur *La politique de prévention en santé* et la communication à la commission des affaires sociales du Sénat de juillet 2022 sur *La réforme du 100 % santé*.

A - Des difficultés multiformes dans l'accès aux soins

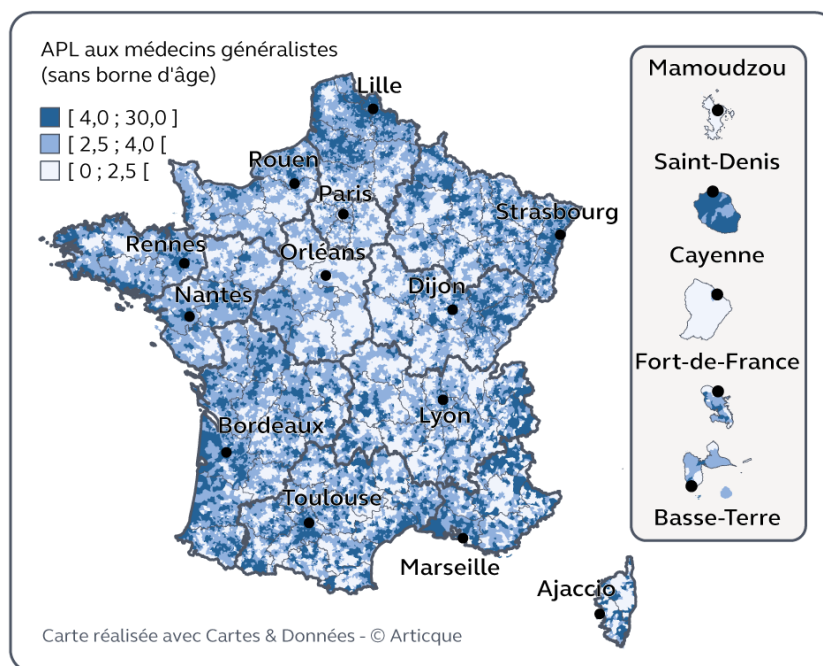
Les inégalités géographiques sont, aux côtés des inégalités financières ou sociales, l'une des causes des difficultés d'accès aux soins. Elles sont étroitement liées à la répartition hétérogène des professionnels de santé sur le territoire. S'agissant plus spécifiquement des soins de premier recours, les inégalités d'accès concernent en premier lieu les médecins généralistes, qui sont les premiers sollicités par les patients en cas de troubles et de douleurs inopinés : la densité de professionnels, rapportée à la population, de même que les distances moyennes d'accès aux praticiens les plus proches, sont très variables. L'indicateur mesurant l'« *accessibilité potentielle localisée*³²⁰ » (ou APL), complexe mais désormais fréquemment utilisé, traduit cette réalité. Selon l'Insee³²¹, en 2019, en Corse par exemple, l'accès à un médecin, ainsi calculé, était quatre fois plus facile pour les 10 % de la population les mieux desservis que pour les 10 % les moins bien desservis.

De manière conventionnelle, on qualifie fréquemment les territoires pour lesquels l'APL aux médecins généralistes est inférieur à 2,5 de « déserts médicaux ». La carte ci-dessous montre que des territoires étendus se trouvent dans cette situation.

³²⁰ L'examen des seules densités peut cacher des différences importantes, liées à l'âge moyen des habitants ou encore à la disponibilité variable des médecins (certains n'ont qu'une activité partielle, par exemple). Construit par la Drees et l'Irdes, l'APL, qui s'exprime comme une densité (de consultations accessibles par habitant), corrige les données de ces facteurs (pour les détails de construction de l'indicateur, voir notamment les cahiers de la Drees, n° 17, mai 2017 ; et pour ses limites, un document de l'Irdes sur les *Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes*, de mai 2022).

³²¹ *La France et ses territoires*, édition de 2021.

**Carte n° 1 : accessibilité potentielle localisée aux médecins
généralistes (libéraux ou exerçant en centre de santé) en 2021**



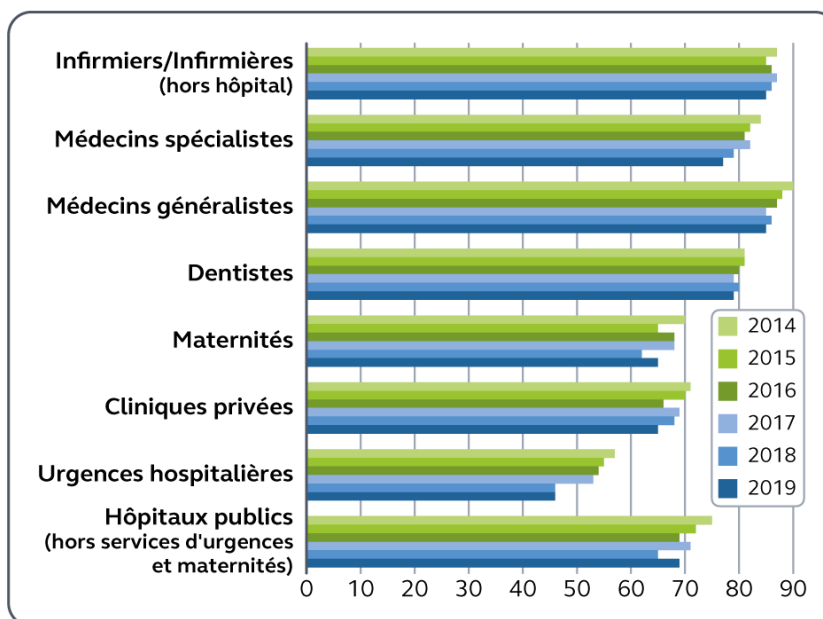
Source : Drees (données par communes)

Ces inégalités territoriales touchent aussi, et souvent davantage, d'autres professions, comme les infirmières libérales, les kinésithérapeutes ou les chirurgiens-dentistes, avec des écarts eux-mêmes plus ou moins marqués et sans relation évidente entre eux. Selon les choix méthodologiques et les périmètres professionnels retenus, les estimations des territoires déficitaires sont donc très différentes : les difficultés d'accès aux soins toucheraient de 3 % (selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees –, avec une méthodologie *ad hoc*³²²) à 20 % de la population française, si on retient les critères complexes qui définissent des « zones d'intervention prioritaires (ZIP) ».

³²² Adoptée pour rendre mieux comparables les APL des trois professions. Avec la méthodologie la plus souvent présentée, pour les médecins de moins de 65 ans, on obtient une estimation de 6 % de la population en zone sous-dense, caractérisée par une APL de moins de 2,5 (cf. *Études et résultats* n° 1144 de février 2020).

Ces réalités inquiètent les patients, c'est-à-dire les citoyens et leurs élus. Selon les enquêtes de la Drees, les Français relèvent souvent une insuffisance de professionnels à proximité de leur domicile. Cette inquiétude contribue à l'érosion générale du niveau de satisfaction vis-à-vis des diverses composantes des soins. On lit en effet dans le graphique ci-dessous que ce niveau de satisfaction s'érode, vis-à-vis des médecins généralistes mais encore plus nettement à l'égard des urgences. Cette dernière évolution traduit surtout l'engorgement de ces services, en raison des carences de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), ou de l'incapacité de répondre aux besoins en soins non programmés. Elle témoigne donc également de carences, que l'on sait variables selon les territoires, dans l'organisation des soins de premier recours.

Graphique n° 1 : évolution de la part des personnes satisfaites des soins médicaux offerts, selon le type de structure



Source : Drees

Question posée : En général, concernant la qualité de soins ou des services offerts par les prestataires suivants, diriez-vous que vous êtes satisfait / plutôt satisfait / ni satisfait, ni insatisfait / plutôt insatisfait / très insatisfait / je ne suis jamais allé ou je ne connais pas / ne sait pas ?

Note : Les résultats ont été calculés en ne prenant pas en compte les personnes déclarant ne pas connaître ou ne jamais être allé (réponse possible mais non proposée directement aux personnes interrogées) : à l'hôpital public (5 %), aux urgences hospitalières (9 %), dans une clinique privée (17 %), chez un dentiste ou un orthodontiste (1 %), un médecin spécialiste (3 %), un infirmier (8 %) ou dans une maternité (21 %).

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 ans ou plus.

Ces données suggèrent que les difficultés doivent être prises en considération même si leurs manifestations ne concernent souvent qu'un « segment » d'accès aux soins : tantôt la difficulté, voire l'impossibilité, de trouver un médecin de garde, la nuit ou le week-end, ou encore d'obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste pour des soins non programmés, « de petite urgence » ; tantôt la faible disponibilité pour des visites à domicile³²³ ou la difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin qui n'est pas le médecin traitant³²⁴ (de nombreux médecins n'acceptent plus d'être « médecin traitant³²⁵ » de nouveaux patients). Ces difficultés multiformes alimentent une insécurité sanitaire diffuse car la proximité des soins est perçue comme une sécurité potentielle autant que comme un service effectivement utilisé.

Les élus locaux considèrent ces difficultés d'accès aux soins comme pénalisantes pour l'attractivité de territoires souvent déjà fragilisés par la concentration de l'activité dans les métropoles ou les centres urbains. Comme l'a souligné dès 2017 un rapport parlementaire sur l'accès aux soins, la désertification médicale « cristallise un sentiment d'abandon, voire de relégation³²⁶ ». Même anciennes, ces inégalités dans l'accès aux soins sont de moins en moins tolérées parce qu'elles traduisent un double risque, d'exclusion du soin pour les patients et de spirale du déclin pour des territoires.

B - Des mesures sélectives, locales puis nationales

En réponse à ces inquiétudes croissantes, et tout en demeurant compatibles avec les règles de la concurrence, applicables aux activités libérales de santé en ville de la plupart des professionnels (1), des

³²³ Certains départements ou territoires sont desservis par des services spécialisés comme « SOS Médecins ». Mais c'est loin d'être le cas général. Or, le taux d'actes effectués au domicile des patients continue de baisser. En 2019, ils représentaient moins de 8 % des actes des médecins (contre 38 % au début des années 80).

³²⁴ Les abonnements au service de réservation des rendez-vous, *via* Doctolib notamment, permettent aux praticiens de réserver les créneaux aux seuls patients les ayant choisis comme médecins traitants. Cette option, de plus en plus choisie par les médecins généralistes selon Doctolib, renforce les barrières à l'entrée dans les soins des patients qui n'ont pas de médecin traitant ou qui sont en simple déplacement sur le territoire.

³²⁵ 54 % des médecins affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous, 53 % refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant et seuls 28 % étaient en mesure d'accepter les demandes de consultations non programmées. Ces résultats n'étaient qu'assez peu dépendants des territoires, selon l'analyse d'un « panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale » suivi par la Drees en 2017-2018 (voir *Études et résultats* n° 1140 de janvier 2020).

³²⁶ *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, rapport d'information de MM. Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, sénateurs, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2017.

interventions publiques se sont progressivement déployées dans les territoires connaissant des difficultés identifiées dans l'accès aux soins, de manière optionnelle sous la responsabilité des collectivités territoriales (2), puis de manière systématique à l'initiative des services de l'État et, plus récemment, de l'Assurance Maladie (3).

1 - Les limites juridiques aux mesures visant à favoriser l'accès aux soins de premier recours

Face aux attentes des patients et des citoyens, les politiques publiques sont longtemps demeurées limitées, en raison notamment de la protection de la liberté d'installation et d'exercice³²⁷, réaffirmée à de nombreuses reprises par le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État.

S'agissant des compétences locales³²⁸, la jurisprudence ne reconnaît la légitimité des interventions publiques qu'en cas de « carence » avérée de l'initiative privée³²⁹, ou de nécessité de favoriser un accès étendu pour des soins que le niveau des remboursements sociaux rendrait sinon, en pratique, trop réduit³³⁰. La clause de compétence générale reconnue aux entités du bloc communal (communes et intercommunalités), ou la définition très large des compétences attribuées par la loi aux régions ou aux départements³³¹, ne doivent pas tromper : les compétences que les collectivités territoriales tiennent de ces textes sont en réalité « résiduelles³³² » ; elles ne valent pas dérogation au regard du principe de liberté d'entreprendre ni, sauf exception, aux règles de la concurrence entre professionnels libéraux.

³²⁷ On cite souvent les « quatre libertés » consacrées par la « charte de la médecine libérale » de 1927 : liberté de choix du médecin par son patient et, pour le médecin, libertés d'installation, de prescription et de choix du tarif. Même aménagées et encadrées par des conventions librement négociées, ces libertés demeurent le pivot de l'organisation des soins en ville en France.

³²⁸ S'agissant des politiques nationales, divers mécanismes de régulation des dépenses, envisagés dans le cadre de la mise en place progressive des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), ont été censurés, en 1998 puis 1999, en vertu de ces principes.

³²⁹ L'expression a été employée pour définir le critère de légalité à propos de la création d'une boucherie municipale à Nevers (CE, Chambre syndicale de Nevers, 30 mai 1930).

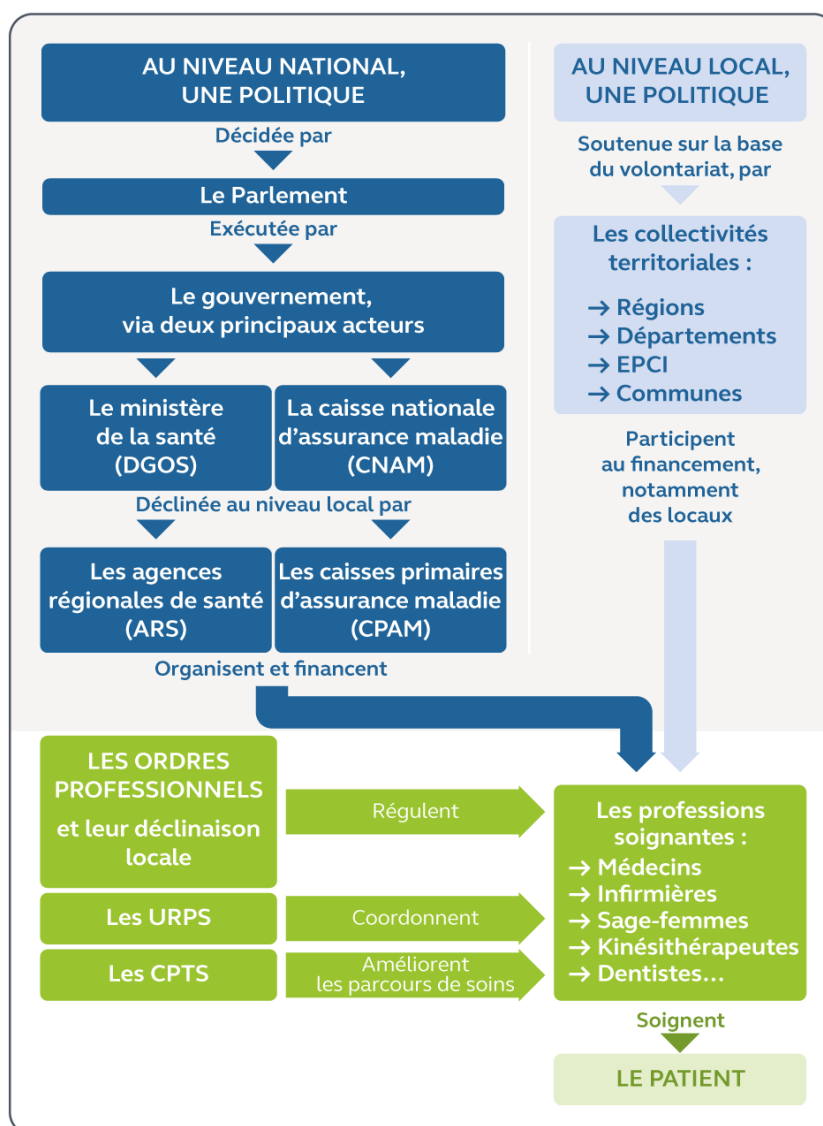
³³⁰ La carence de l'initiative privée peut ainsi être, soit quantitative (arrêt précité, Chambre syndicale du commerce en détail de Nevers), soit qualitative (CE, sect., Ville de Nanterre, 20 nov. 1964 ; CE, 2^e et 7^e sect, Département de la Corrèze, 3 mars 2010).

³³¹ Selon l'article L. 1424-1 du code de la santé publique, « le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes ». L'article L. 1423-2 du même code prévoit que « Le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'État, participer à la mise en œuvre des programmes de santé définis ». Tout récemment, enfin, la loi du 21 février 2021, dite « 3DS », dispose que le département promeut « l'accès aux soins ».

³³² Comme l'a montré le rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins fait par M. Philippe Mouiller et Mme Patricia Schillinger, sénateurs, au nom de la délégation aux collectivités territoriales du Sénat (rapport remis le 14 octobre 2021).

Le schéma qui suit résume la place réservée aux collectivités territoriales, en complément des compétences assurées par l'État et l'Assurance Maladie.

Schéma n° 1 : les acteurs de la politique d'accès aux soins de premier recours



Source : Cour des comptes

2 - Une possibilité d'intervention optionnelle reconnue aux collectivités territoriales

Pour corriger les situations locales marquées par un accès aux soins insuffisant, une possibilité d'intervention plus étendue a été reconnue aux collectivités territoriales de tous niveaux par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, principalement en direction de « zones sous-dotées ». L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT), qui en est issu, autorise ainsi dans des zones sous-denses des objectifs et des formes d'interventions diversifiées : aides individuelles aux professionnels qui s'y installent ou qui s'engagent à le faire, une fois leurs études terminées, aides au maintien d'activité, subventions d'investissement, mise à disposition de locaux construits et aménagés par les communes, prise en charge d'une partie des frais de fonctionnement (avec parfois la mise à disposition de personnel ou la prise en charge de salaires pour l'accueil ou la coordination), etc. Les zones identifiées comme « sous-denses », qui conditionnent en grande part la licéité des aides, sont aujourd'hui très larges³³³ : le cumul des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire couvrait en 2020 plus de 70 % de la population nationale³³⁴.

Pour autant, et même si elles étaient très souvent conduites en lien avec les ARS, les interventions réalisées par les collectivités territoriales dans ce cadre sont demeurées relativement limitées.

Estimation du montant des interventions des collectivités

Les dépenses cumulées ne peuvent pas être connues précisément à partir des comptes des collectivités territoriales car les nomenclatures comptables n'isolent pas les soins de premier recours, ni ne permettent toujours d'identifier les interventions en matière de santé pour celles qui sont réalisées au titre du développement économique et de l'aménagement.

³³³ Sous la responsabilité des ARS (en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique), on utilise depuis 2017 la maille territoriale des « territoires de vie santé » déterminés par l'Insee. Le critère de base est l'indicateur d'accessibilité au médecin généraliste : les territoires où le niveau d'APL aux médecins généralistes est inférieur à 2,5 sont classés dans une zone dite « d'intervention prioritaire », tandis que ceux dont l'APL varie entre 2,5 et 4 (soit un peu plus que la moyenne nationale, de 3,5 en 2019), peuvent être, soit reclassés dans ces territoires prioritaires (pour une petite part, inférieure à 20 % de la précédente), soit être classés dans une catégorie intermédiaire dite de « zones d'action complémentaire » (ZAC).

³³⁴ L'arrêté ministériel du 1^{er} octobre 2021 précise pour chaque région les pourcentages des deux zonages, ZIP (30 % de la population en moyenne nationale) et ZAC (42 % de la population). En Île-de-France, les ZIP représentent un peu moins des deux tiers de la population (62,4 %) et les ZAC un tiers (33,4 %) pour un total de 96,3 % de la population.

Il n'est pas possible non plus d'extrapoler à partir d'un échantillon, en raison de la forte disparité dans les niveaux d'intervention, entre collectivités.

En revanche, on peut apprécier le montant cumulé des interventions à partir d'une estimation globale de l'ampleur des dépenses prises en charge de manière fréquente. Ainsi, si les analyses des chambres régionales des comptes montrent une grande variété des interventions en fonctionnement, on constate très fréquemment la participation des collectivités locales, aux côtés des ARS, au financement des agents chargés localement de fonctions d'animation et de coordination, notamment au sein des contrats locaux de santé. Les interventions en investissement se traduisent par des flux cumulés plus importants, notamment pour financer ou subventionner la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP - plus de 2 000 ont été réalisées au cours des dix dernières années, le plus souvent avec une aide des collectivités). La charge financière est, là encore, partagée entre les différents niveaux de collectivités et les ARS mais son niveau global peut être approché, autour d'environ 200 M€ par an. En revanche, l'effort réel est plus difficile à apprécier : il dépend du niveau des loyers perçus par les collectivités maîtres d'ouvrage, et donc des conditions accordées aux professionnels, plus ou moins préférentielles selon les cas (avec des modalités très variables d'ailleurs).

Enfin, le nombre de centres de santé gérés par des collectivités territoriales est connu (210 environ sur les 700 centres médicaux et polyvalents).

En extrapolant les données recueillies, on peut obtenir un ordre de grandeur assez grossier d'environ 300 M€ de dépenses annuelles brutes et de 150 M€ de dépenses nettes (diminuées des recettes de loyers induites), pour l'ensemble des collectivités territoriales³³⁵.

Ces montants sont beaucoup plus limités que ceux consacrés par les ARS à l'amélioration des soins de premier recours : les dépenses du Fonds d'intervention régional affectées à cet objectif atteignent 1 Md€ par an. Ils sont *a fortiori* encore plus réduits au regard du montant des soins de premier recours pris en charge par l'Assurance Maladie, que la Cour a estimé à environ 30 Md€ par an (hors dépenses de soins dentaires et de médicaments³³⁶).

³³⁵ Fonctionnement et investissement cumulés.

³³⁶ Une note méthodologique de l'OCDE, parue en 2019, porte sur la méthodologie des estimations de ces dépenses, dont les définitions, imprécises, ne correspondent pas en général à des divisions comptables. La note préconise notamment de présenter les trois postes de manière séparée (« *deriving preliminary estimates of primary care spending from SHA 2011 framework* »).

3 - Des aides nationales généralisées en zones sous-denses

En complément, plusieurs plans d'action nationaux ont été déployés à partir de 2009, intégrant des aides relevant déjà des collectivités territoriales. Ils ont ainsi prévu, pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-denses, divers contrats que les ARS pouvaient leur proposer : contrats de pré-recrutement accessibles aux étudiants en contrepartie d'un engagement de leur part à exercer en zone sous-dense, ou contrats destinés aux professionnels déjà en exercice. Leur régime était complexe et le nombre de contrats signés est resté limité. Pour ce motif, plusieurs de ces contrats ont été fusionnés par la LFSS pour 2020, sous la forme d'un « contrat de début d'exercice », pour un coût pour l'État estimé à 8 M€ par an en 2021. Une nouvelle mesure de « rationalisation » des aides à l'installation, signalées comme « très morcelées », est prévue dans le PLFSS pour 2023³³⁷.

Parallèlement aux aides éventuelles des collectivités territoriales et à celles de l'État, les conventions signées par l'Assurance Maladie³³⁸ ont également mis en place des aides destinées à l'installation ou au maintien des praticiens en zones sous-dense, mais avec un zonage plus restrictif (limité aux seules ZIP). En contrepartie d'un engagement du professionnel de santé à y exercer pendant toute la durée de son contrat et à maintenir un certain niveau d'activité, une aide forfaitaire lui est versée, allant d'un maximum de 50 000 €, au total, pour un médecin à 19 500 € pour un orthophoniste. Les aides accordées pour le maintien de l'activité³³⁹ sont inférieures : elles atteignent 3 000 € par an pour toutes les professions (soit 9 000 € pour la durée d'un contrat).

Ces aides conventionnelles représentent un coût croissant pour l'Assurance Maladie, de 49,5 M€ en 2015 à 95,6 M€ en 2020. La part des dépenses consacrées aux dispositifs de maintien des professionnels en zone sous-dense connaît ainsi une progression sensible, puisqu'elle représentait

³³⁷ Selon l'exposé des motifs de l'article 24 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, devenu article 38 de la LFSS pour 2023, « en complément des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter, les aides publiques seront réorganisées : pour les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie, un contrat unique sera élaboré dans le cadre de la nouvelle convention médicale fusionnant les différents contrats proposés aujourd'hui par l'État ou l'Assurance Maladie. Pour les étudiants et les remplaçants qui ne bénéficient pas des dispositifs de la convention avec l'Assurance Maladie, le contrat de début d'exercice est maintenu pour ne pas les priver d'une aide ».

³³⁸ Par l'Uncam, plus exactement, depuis 2015 (et le règlement arbitral de cette année).

³³⁹ Les contrats distinguent quatre catégories, selon la situation du praticien bénéficiaire : seuls les deux premiers concernent des effectifs importants, les contrats « d'aide à l'installation » (CAIM, un peu plus de 1 700 en 2020), et les contrats de « stabilisation et de coordination » (Coscom, environ 2 700 fin 2020).

12,7 % des aides conventionnelles nationales en 2020 (contre 1,6 % en 2018), principalement à destination des médecins généralistes³⁴⁰.

Trois professions ont fait, en outre, l'objet de mesures limitant l'installation de professionnels de santé libéraux dans les zones où ils sont déjà très nombreux (zones « sur-dotées ») : les infirmières, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Le principe est le même pour ces trois professions : le conventionnement du professionnel de santé par l'Assurance Maladie (et donc l'assurance pour le patient d'être remboursé du montant des soins reçus) y est conditionné par la cessation d'activité d'un autre professionnel.

C - Le ciblage territorial insuffisant des mesures de soutien à la « transformation de l'offre »

S'agissant des médecins, l'instauration d'un tel conventionnement sélectif fait l'objet de débats récurrents³⁴¹. Il n'a pas été retenu jusqu'à présent, notamment en raison de l'opposition des professionnels et parce qu'a été privilégiée une politique plus globale de « transformation de l'offre » de soins, y compris de premier recours, qui s'adresse à l'ensemble du territoire. Elle se traduit par des incitations à l'exercice coordonné et au partage des actes entre professionnels (1), avec un risque de ciblage moins pertinent, territorial ou thématique (2).

1 - Une incitation générale à l'exercice coordonné

Plusieurs formes d'interventions ont été progressivement instituées, dans l'objectif d'améliorer la coordination entre professionnels et d'optimiser le temps médical. Elles ne sont pas ciblées sur des territoires

³⁴⁰ Au 31 décembre 2020, sur les 10 800 médecins libéraux conventionnés exerçant en zone sous-dense, 4 600 environ bénéficiaient d'un contrat conventionnel, pour un montant total d'aides de 28,7 M€. La montée en charge de ces dispositifs est plus lente pour les infirmiers : le nombre de contrats est passé de 2 019 en 2016 à 2 678 en 2020, l'aide moyenne perçue augmentant aussi. À cet inventaire, non exhaustif, il convient d'ajouter le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), destiné aux médecins libéraux effectuant des consultations de manière ponctuelle mais régulière dans les zones sous-denses. Depuis 2019, les honoraires de ces consultations sont bonifiés de 25 % (contre 10 % initialement).

³⁴¹ Dans le rapport public thématique sur *L'avenir de l'Assurance Maladie* qu'elle a produit en novembre 2017, la Cour des comptes en a préconisé le déploiement (voir la recommandation n° 3).

en difficulté, du point de vue de l'accès aux soins, ou seulement très peu (parfois certains paramètres y sont majorés). Pour autant, ces mesures sont constamment mises en avant dans les plans ministériels de « lutte contre les déserts médicaux » ce qui peut créer une forme de confusion.

C'est en particulier le cas de la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui regroupent sur un même site des professions de santé diverses. Depuis 2017, l'Assurance Maladie soutient le fonctionnement de ces structures « d'exercice collectif », en versant aux MSP conventionnées un forfait d'un montant de 70 000 € en moyenne par an (en 2019), sous diverses conditions quant au fonctionnement (amplitude horaire, utilisation de systèmes d'information partagés et labellisés, analyse périodique des dossiers en équipe pluridisciplinaire, etc.). L'objectif national, fixé en 2013, de porter à 1 000 le nombre de MSP conventionnées avec l'Assurance Maladie, a été dépassé : sur les quelques 2 000 MSP créées, environ 1 200 étaient conventionnées à la fin de 2021.

Aucun sous-objectif précis n'a été fixé pour les zones sous-denses. Environ deux tiers des MSP aidées se situent cependant dans ces zones, ce qui est un peu supérieur à leur proportion globale. Souvent, les projets, à la fois immobiliers et médicaux, sont d'abord soutenus en investissement par les collectivités territoriales et les ARS, puis sont aidés de manière récurrente par l'Assurance Maladie, dès lors que leur fonctionnement atteint le niveau de qualité requis.

Il en est de même pour les centres de santé : les « Pactes santé territoire » ou le plan d'actions qui leur a succédé soulignent l'intérêt de ces centres dans des zones où les difficultés d'accès aux soins sont telles qu'elles découragent l'installation de professionnels libéraux, même aidés. L'État n'intervient ni directement, ni, sauf exceptions³⁴², indirectement dans la création de ces centres : il laisse les collectivités créer des centres ou, parfois, soutenir la création de centres par des organismes privés non lucratifs, dans les territoires qui connaissent des difficultés prononcées d'accès aux soins. Il s'efforce, en amont, de favoriser leur création, en particulier celle des centres médicaux et polyvalents³⁴³, et l'Assurance Maladie soutient en aval leur fonctionnement sur le plan financier³⁴⁴.

³⁴² Un programme volontariste de création de centres de santé, rattachés aux établissements de santé de la région Nouvelle-Aquitaine, a cependant été promu par l'ARS, en 2021.

³⁴³ L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé en a simplifié le fonctionnement administratif et financier.

³⁴⁴ Les forfaits structures ont été majorés depuis 2016, représentant jusqu'à 25 % de leurs ressources.

D'autres outils destinés à améliorer l'accès aux soins, encore plus récents, échappent eux aussi très largement à tout ciblage géographique. Les aides apportées aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)³⁴⁵, pour que les différents professionnels de santé d'un territoire définissent ensemble les synergies et les coopérations utiles, sont ainsi ouvertes à tout le territoire national. Elles ont même vocation à le mailler de manière aussi complète que possible, chacune à l'intérieur d'un périmètre librement concerté. Il en va de même des financements accordés aux services d'accès aux soins (SAS), destinés à organiser l'accès aux soins non programmés, en fonction des disponibilités des professionnels³⁴⁶. La « labellisation » des hôpitaux de proximité³⁴⁷ et la définition précise de leurs missions, au titre du soutien aux professionnels de premier recours, ne dépendent pas non plus de la densité de professionnels libéraux ou du niveau de difficulté constaté pour ces soins.

Le déploiement de professionnels de santé pour soulager la charge pesant sur les médecins généralistes n'est pas non plus, sauf à la marge, indexé sur la densité des professionnels : la mise à disposition d'infirmières, dites de santé publique, par la Cnam *via* l'association Asalée, n'obéit à aucun zonage (deux tiers des infirmières sont en zones sous-denses, ce qui traduit une légère surpondération mais pas une priorité affirmée explicite). De même, les aides destinées à développer le recours à des assistants médicaux³⁴⁸, collaborateurs chargés de préparer les soins ou d'assurer une partie de la charge administrative, ne sont priorisées que de manière relative et d'ailleurs complexe³⁴⁹.

³⁴⁵ Une aide forfaitaire est accordée à la structure, et la participation du professionnel lui ouvre droit au versement d'un « forfait structure », dont le montant a été sensiblement relevé en 2021.

³⁴⁶ Fin 2021, on comptait un peu plus de 700 CPTS, couvrant les deux tiers du territoire national, dont plus de 300 conventionnées avec la Cnam. En revanche le déploiement des SAS était plus lacunaire. On pourrait également évoquer les diverses plateformes d'accès aux soins, par exemple pour les personnes souffrant d'autisme ou pour les personnes âgées polypathologiques, au déploiement lui aussi très hétérogène.

³⁴⁷ Une mission de soutien à l'offre de soins de premier recours leur est notamment assignée par la loi du 24 juillet 2019.

³⁴⁸ Organisée par un avenant à la convention, qui lie l'Assurance Maladie aux médecins.

³⁴⁹ Les premiers résultats mesurés par la Cnam montrent une progression sensible de l'activité des médecins (voir le rapport *Charges et produits* de juillet 2022). Leur ciblage territorial est limité et complexe : au terme de l'avenant n° 7 à la convention médicale, sont pris en considération à la fois les spécialités, les options conventionnelles, les modes d'exercice (isolé ou non) et des seuils d'APL.

2 - Un risque induit de faible sélectivité territoriale

Sans même parler des zonages fiscaux³⁵⁰, plusieurs stratégies territoriales coexistent ainsi. La première est celle d'une sélectivité géographique assumée : les moyens sont concentrés sur des zones carencées, par exemple les zones d'intervention prioritaire (ZIP)³⁵¹. La deuxième consiste à considérer que l'ensemble du territoire doit relever d'actions visant tel ou tel aspect de l'accès aux soins et que les mesures les plus efficaces dépendent d'évolutions dans les pratiques professionnelles, liées aux contextes professionnels et non territoriaux. Les aides ne sont alors plus restreintes à un zonage particulier. Elles visent plutôt à correspondre, partout, à une identification fine des difficultés propres à chaque territoire, réalisée grâce à l'implication des CPTS ou des hôpitaux labellisés « de proximité ». Enfin, une logique intermédiaire consiste à n'exclure des dispositifs d'aides que les zones bien dotées : toutes les autres peuvent alors relever d'aides, notamment si les élus de proximité le jugent utile. Aux ZIP s'ajoutent alors les zones d'action complémentaire (ZAC), qui représentent plus de 40 % de la population.

Chacune de ces logiques a sa part de pertinence et une évolution apparaît, d'un ciblage territorial étroit confié au départ aux collectivités territoriales, vers une extension progressive des territoires éligibles et l'affirmation de politiques générales, non réservées aux territoires sous-denses, même si c'est là qu'elles doivent y avoir les effets les plus forts. Au terme de cette évolution, cependant, il conviendrait que chacun des objectifs, complémentaires, soit mieux distingué et que des moyens suffisants soient alloués aux territoires les plus en difficulté.

En outre, même en instituant au sein des ARS des « guichets uniques », chargés de signaler aux futurs professionnels les aides dont ils sont susceptibles de bénéficier, on peut douter de la lisibilité du dispositif d'ensemble. Foisonnante, la « boîte à outils » mise à disposition des territoires est en outre instable : les divers régimes d'aides sont fréquemment revus à la marge, soit en LFSS, soit dans les négociations conventionnelles, conclues en principe pour une période de cinq années mais qui font l'objet d'avenants fréquents. On relève aussi cette complexité dans les mesures destinées à économiser le temps médical. Dans la LFSS pour 2022, par exemple, dans un chapitre intitulé « renforcer l'accès aux soins », prennent

³⁵⁰ Les médecins implantés en Zones de revitalisation rurale (ZRR) sont exonérés d'impôt sur le revenu et de cotisations patronales sur leurs employés pendant les cinq premières années de leur installation. Or, la carte de ces ZRR ne coïncide pas avec celle des zones reconnues comme sous-denses.

³⁵¹ Pour la définition et l'extension des ZIP et des ZAC, voir *supra*, les notes n° 23 et 27.

place plusieurs dispositions d'ampleur variable³⁵² : l'ouverture de nouvelles tâches aux orthoptistes sans prescription des ophtalmologues ; la possibilité accrue pour les médecins de déléguer aux infirmiers de pratique avancée des interventions non prescrites ; ou encore, à titre d'expérimentation, des marges d'exercice autonome accrues pour les orthophonistes et les masseurs kinésithérapeutes. La mobilisation potentielle des collectivités territoriales, qui pourraient apporter, elles aussi, leur soutien à ces formes d'organisation plus efficaces, en est rendue plus difficile.

II - Des interventions locales à mieux hiérarchiser et coordonner

Les analyses de terrain réalisées par les juridictions financières montrent que les interventions des collectivités territoriales sont fréquentes et diversifiées, qu'elles sont souvent utiles mais qu'elles présentent des insuffisances marquées qui justifieraient une évolution de leur cadre juridique.

A - Le soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : des effets variables selon le contexte

Les MSP regroupent dans une même structure juridique, et sauf exceptions dans un même lieu, des professionnels de santé libéraux, médecins généralistes et parfois aussi de spécialités, infirmières, mais aussi souvent kinésithérapeutes, parfois psychologues, etc. Leur mise en place constitue l'une des réponses les plus usitées par les collectivités souhaitant renforcer ou maintenir la présence sur leur territoire de médecins généralistes, le plus souvent par des cofinancements qui font intervenir tous les niveaux de collectivités : régions, départements et intercommunalités ou communes. L'examen auquel les chambres régionales des comptes (CRC) ont procédé montre que les résultats sont très variables³⁵³ : positifs quand l'aide conforte un projet médical solide et l'engagement effectif des professionnels, beaucoup plus décevants, voire médiocres, en l'absence de ceux-ci.

³⁵² C'est également le cas dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023.

³⁵³ Confirmant une évaluation commandée par la région Centre-Val de Loire à un prestataire privé en 2018, sur un échantillon de 28 MSP soutenues par la région.

1 - Des résultats positifs en relais de projets médicaux solides

Les CRC ont relevé divers exemples positifs, comme ceux des MSP de l'Aubrac, dans l'Aveyron, de Casteljaloux, dans le Lot-et-Garonne, et de Beaulieu-sur-Dordogne, en Corrèze. Dans l'Aubrac, la construction de MSP sur le territoire de la communauté de communes Aubrac, Carladez et Viadène est ainsi intervenue à la suite d'un diagnostic réalisé à la fin des années 2000 par les professionnels de santé du territoire, inquiets des évolutions possibles en matière de démographie médicale. Les MSP ont permis d'enrayer le mouvement de désertification médicale parce qu'elles étaient soutenues par le dynamisme des professionnels les occupant.

De même, à Casteljaloux, l'installation en 2014 d'une MSP a permis de limiter la baisse rapide de l'effectif de médecins généralistes que connaissait le territoire. Elle a résulté de l'initiative conjointe de la communauté de communes des Côteaux et Landes de Gascogne et d'une association de professionnels de santé. Cet esprit de partenariat se traduit notamment par une association qui réunit les professionnels de l'hôpital, les élus communautaires et les professionnels de santé pour la gestion quotidienne de l'équipement. Plus largement, un partenariat a été établi entre la maison de santé et les hôpitaux voisins pour faciliter le suivi du parcours des patients, les consultations dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou coordonner la participation des médecins à la permanence des soins.

À Beaulieu-sur-Dordogne, la chambre a relevé que si l'ouverture d'une maison de santé n'a pas bouleversé l'offre de soins, elle a permis en revanche de maintenir la présence de quatre médecins (comme en 2018), alors qu'ils n'étaient plus que deux en activité en 2019 et en 2020 (deux jeunes praticiens ont été accueillis depuis). La plupart des professionnels paramédicaux, dont les six infirmières, étaient déjà présents sur le territoire mais une orthophoniste est venue s'installer en 2020. Cette MSP rayonne désormais au-delà des limites de la commune et même du « territoire de vie-santé » (qui comporte 10 communes pour un bassin de population d'un peu plus de 4 000 habitants).

2 - Des réussites ponctuelles sans effet d'entraînement suffisant

Dans plusieurs cas, les chambres régionales des comptes ont constaté que la coordination entre les professionnels avait progressé, sans pour autant créer une dynamique plus globale. C'est le cas de la MSP multisite, créée en 2013 par la communauté d'agglomération du Grand-Villeneuvois (CAGV, Lot-et-Garonne) avec l'appui de partenaires, ARS et CPAM notamment.

Dans un territoire où la densité médicale est sensiblement plus faible que dans la région, le bilan des effets induits par la MSP est favorable : le déploiement des formes d'exercice coordonné améliore notablement les conditions de travail des praticiens, notamment du fait de la présence d'assistants médicaux. Les locaux des trois maisons de santé sont utilisés, voire saturés dans le cas de celle de Villeneuve-sur-Lot. La stabilisation du nombre de praticiens exerçant en MSP, au regard de la diminution globale sur le territoire, confirme la plus-value de l'exercice coordonné comme facteur de stabilité de la démographie médicale.

Pour autant, les indicateurs d'accès aux soins demeurent défavorables : la baisse globale du nombre de médecins se poursuit, une part très importante des recours aux urgences est le fait de patients dont les pathologies sont peu sévères, une part significative de la population est dépourvue de médecin traitant, ce qui conduit à douter de l'efficacité des actions menées (même si l'on peut supposer que ces évolutions défavorables auraient été encore plus fortes en l'absence de MSP).

À Mauvezin (Gers), une MSP a été construite en 2013 à l'initiative de la commune, propriétaire du bâtiment, dans l'objectif de compenser les départs à la retraite des deux médecins libéraux présents en ville. La MSP compte 20 professionnels, dont quatre médecins généralistes libéraux et 10 infirmiers. Le nombre de consultations demeure cependant inférieur aux besoins locaux, malgré le recours à des infirmières « Asalée »³⁵⁴ et à des assistants médicaux. De nouvelles pistes devraient donc être recherchées, comme l'a recommandé la chambre régionale des comptes, notamment le recours à l'emploi d'infirmières en pratique avancée (IPA)³⁵⁵. Si les médecins et les infirmiers libéraux présents dans la MSP se disent intéressés, le suivi, pour les infirmières en place, d'une formation de deux ans, non rémunérée (pour devenir IPA) constitue un frein important. Or, à Mauvezin comme dans presque toutes les communes examinées par les juridictions financières, les aides demeurent orientées en priorité sur le bâti ou sur les seuls médecins.

³⁵⁴ Créé en 2004, le dispositif « Asalée » (acronyme d'« *action de santé libérale en équipe* ») vise à améliorer la prise en charge des patients en organisant la prise en charge par des infirmières dites « de santé publique » d'actions d'éducation thérapeutique, pour des patients que les médecins leur confient.

³⁵⁵ La pratique avancée des infirmiers, qui se déploie dans les établissements hospitaliers mais aussi « en ville », autorise ceux-ci à exercer des missions et des compétences normalement dévolues aux médecins, pour des actes de dépistage, de prévention, de prescription d'examen complémentaires ou encore de renouvellement et d'adaptation de traitements médicamenteux.

3 - Des interventions parfois inefficientes

En réalité, très nombreux sont les projets pour lesquels les collectivités territoriales apparaissent comme de simples intermédiaires immobiliers. Les communes se cantonnent à un rôle de financeur, sans disposer d'aucun indicateur de suivi. Ainsi, à Mayenne, avec la construction du pôle de santé par la communauté de communes « Mayenne Communauté », les professionnels historiquement présents sur le territoire mayennais ont profité d'un effet d'aubaine. Ils n'ont pas eu à procéder aux investissements qu'ils auraient dû réaliser dans leurs précédents cabinets et sont parvenus à négocier à la baisse les charges qui leur sont facturées. Même si la nouvelle structure a permis de développer des projets collectifs pour plusieurs filières de soins, l'objectif initialement affiché, concernant l'installation de nouveaux médecins traitants, n'a pas été atteint (la MSP comptait encore trois cabinets médicaux libres en 2021).

La construction de MSP a souvent été portée par les collectivités territoriales de proximité, communes ou intercommunalités, situées dans des territoires ruraux, qui ne disposent pas des moyens humains ou financiers pour mener des projets complexes (non pas du point de vue immobilier mais du point de vue du projet global). Dès lors, ces créations n'atteignent pas les objectifs escomptés.

On peut citer, parmi de nombreux exemples, les difficultés rencontrées par la communauté de communes du Pays de Mirepoix (CCPM, Ariège). À l'exception d'un contrat local de santé 2013-2015, élaboré à l'échelle du Pays Cathare, et qui n'a pas été renouvelé, les politiques d'amélioration de l'accès aux soins sont conduites à une échelle plus restreinte, au niveau de chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI). Par exemple, l'EPCI voisin de la CCPM a mis en place sa propre politique d'accès aux soins autour d'un centre de santé. Les moyens sont insuffisants car dispersés et les collectivités se font concurrence pour conserver leur personnel médical.

B - Les centres de santé gérés par les collectivités territoriales : une option parfois mal maîtrisée

Dans des contextes territoriaux où la densité en médecins libéraux est très dégradée, le recours au salariat, notamment grâce à des centres de santé

gérés en régie³⁵⁶, peut être une solution. Ces centres, qui regroupent des professionnels salariés et sont soumis à un régime juridique particulier (les dépassements tarifaires y sont exclus, ils doivent s'ouvrir aux publics vulnérables, etc.) peuvent en effet constituer un « modèle » économique et sanitaire, en théorie et même en pratique (1). Les constats des CRC mettent cependant en évidence le risque d'absence de maîtrise suffisante des coûts (2).

1 - Un modèle potentiellement utile mais exigeant

Le recours à des centres de santé territoriaux se développe, comme une solution adaptée dans les zones marquées *de facto* par une « déprise » des médecins généralistes ou spécialistes, mais ce modèle peine à s'équilibrer. En 2013, un rapport de l'IGAS avait montré que « *rare étaient – notamment parmi les centres créés par les collectivités – ceux qui réunissaient les critères de bonne gestion* » (horaires, activités des médecins, part maîtrisée des fonctions supports, etc.)³⁵⁷. Malgré la progression du montant des forfaits accordés par l'Assurance Maladie, les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes confirment que c'est encore le cas pour bien des centres gérés par les collectivités territoriales.

L'exemple du GIP de Vierzon (Cher) montre pourtant que ce modèle est viable. Créé en 2018 par la commune de Vierzon, à la suite d'une réflexion engagée dès la signature d'un contrat local de santé, il est d'une taille moyenne : en janvier 2022, il employait 14 équivalents temps-plein (ETP), parmi lesquels huit médecins (équivalents à quatre temps-pleins). La file active était composée, en 2021, de 7 200 patients et on constatait en moyenne une trentaine de consultations par jour et par médecin. En outre, la vocation sociale du centre de santé transparait dans la typologie des patients reçus : plus de 20 % d'entre eux sont bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire ou de l'aide médicale d'État, contre respectivement 10,1 % et 0,5 % en moyenne nationale. En outre, l'application du tiers payant intégral permet au patient de n'avancer aucun frais.

³⁵⁶ Une possibilité limitée d'intégrer des professionnels salariés dans les MSP a été introduite par l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, mais l'exercice libéral y demeure la règle. Le soutien apporté à des centres gérés par des organismes privés à but non lucratif est également possible.

³⁵⁷ *Les centres de santé, situation économique et place dans l'offre de demain*, juillet 2013, RM 2013-119-P.

En installant un fauteuil dentaire et en indexant la rémunération des praticiens sur leur niveau d'activité³⁵⁸, le centre a dégagé des excédents dès sa première année de fonctionnement. Il a par ailleurs limité le personnel administratif employé, qui représente 0,24 ETP par ETP de soignant (médical et paramédical)³⁵⁹.

2 - Une efficacité atteinte, parfois, au détriment de l'efficience

Il arrive que les centres de santé, dont la création était pertinente en termes de missions, ne soient pas gérés avec suffisamment de rigueur. C'est le cas par exemple du centre de santé multisites de Saône-et-Loire.

Ce département fait face à une baisse préoccupante de la densité médicale. Entre 2007 et 2020, son effectif de médecins généralistes a diminué de 11 %. En complément des aides à l'installation (1,3 M€ d'aides accordées à ce titre entre 2017 et 2021), le département de Saône-et-Loire a décidé de créer en 2017 un centre de santé départemental (CSD), regroupant six centres de santé territoriaux (CST) et 22 antennes implantées dans des locaux mis à disposition par des communes ou EPCI. 19 antennes supplémentaires sont en projet.

L'activité du CSD a crû fortement de 2018 à 2021, période marquée par l'ouverture des CST de Mâcon en 2019 et du Creusot en 2021. Le nombre de consultations a été multiplié par près de cinq (passant d'un peu plus de 22 000 en 2018 à un peu plus de 100 000 en 2021), le nombre de patients aussi. Le nombre des consultations non programmées a fortement augmenté (de 219 %) entre 2018 et 2021. Le personnel du CSD contribue³⁶⁰, en outre, à plusieurs missions de service public relatives à la santé relevant de la compétence de la collectivité départementale, qui représentent 20 % de l'activité médicale totale : PMI, suivi des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, participation aux évaluations de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), etc. Les médecins des CST réalisent des visites à domicile (ou à leur substitut, en établissement médico-social), essentiellement pour des patients âgés, polypathologiques et ayant des difficultés à se déplacer sur les lieux de consultation. On observe cependant que le tiers payant intégral n'est pas appliqué.

³⁵⁸ La rémunération des praticiens se compose d'une part fixe (dite forfaitaire), relativement peu élevée, et d'une part principalement variable qui est, selon les praticiens, de 40 % ou de 44 % du montant des actes facturés.

³⁵⁹ Ce ratio doit être inférieur à 1, selon le rapport de l'IGAS précédemment cité.

³⁶⁰ Les charges correspondantes lui sont compensées, en recettes.

L'effectif a crû fortement : le personnel soignant est passé de quatre personnes (en 2018) à 70 (en 2021), dont 40 médecins généralistes. Toutefois, malgré l'augmentation constante du volume des consultations, le délai d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation (hors urgence³⁶¹) reste élevé, de l'ordre de trois semaines en moyenne en 2022. En outre, le CSD n'a pas atteint l'équilibre financier envisagé en 2018. En 2021, les quelques 100 000 consultations facturées par les 42,4 ETP médicaux ont représenté seulement 11,4 actes par jour et par ETP³⁶². Le coût moyen de fonctionnement du CSD par consultation s'est réduit mais le reste à charge du département par consultation (une fois déduit le remboursement de l'Assurance Maladie) demeure élevé, à 30,30 € en 2021³⁶³. Contrairement au GIP de Vierzon, la rémunération des médecins du centre de santé est fixe et ne varie pas en fonction de l'activité réalisée³⁶⁴. Par ailleurs, les ratios d'administration³⁶⁵ des six centres territoriaux sont élevés, même supérieurs à 1 s'agissant de ceux du Creusot et d'Autun, centres en cours de montée en charge il est vrai.

3 - Des exemples de déploiement ni efficaces ni efficients

Lorsque les critères de bonne gestion ne sont pas réunis, les résultats financiers et l'effet sur l'accès aux soins sont souvent décevants.

Ainsi, à Châteaudun (Eure-et-Loir), alors que la MSP voisine connaissait des difficultés de recrutement, à la suite du départ à la retraite de trois de ses médecins, la commune a créé un centre de santé municipal. La coexistence est rapidement apparue difficile entre les deux structures. Le CMS n'employait plus que de deux ETP de médecins en 2021. Depuis 2020, le centre ne dispense plus de soins non programmés alors qu'il en a l'obligation, selon l'accord national des centres de santé et les

³⁶¹ Un accueil particulier rapide est organisé pour les soins non programmés.

³⁶² Pourtant, un objectif de trois consultations ou de deux consultations complexes par heure est fixé, avec un temps quotidien dédié aux missions médicales annexes (suivi de biologie, courrier adressé), mais cet objectif n'est pas formalisé. L'évolution dans le temps n'est d'ailleurs pas favorable : la file active par médecin (en temps médical annualisé) est passée de 1 239 en 2018 à 844 en 2021.

³⁶³ Compte tenu de cette dégradation, le département de Saône-et-Loire a augmenté le montant de sa participation financière, de 0,3 M€ en 2018 à 1 M€ en 2019 et 2020 puis à 1,2 M€ en 2021. Ce soutien s'ajoute à celui opéré en direction des collectivités d'accueil qui assument l'équipement et l'entretien des centres ou antennes.

³⁶⁴ La grille des praticiens hospitaliers sert de base à la négociation individuelle de chaque contrat, la rémunération fixée apparaissant même plus favorable parfois.

³⁶⁵ Le ratio d'administration permet de mesurer le poids du personnel administratif par rapport à celui du personnel soignant (médical et non-médical).

engagements figurant dans son projet de santé. Il ne participe pas non plus à la permanence des soins en soirée ou en fin de semaine, créneaux horaires où une forte activité des urgences hospitalières est constatée. La vocation sociale du centre, implanté dans un quartier de politique de la ville³⁶⁶, ne justifie pas la faiblesse de son activité et son coût : en ajoutant les annuités d'emprunt, chaque consultation coûte à la commune, en moyenne, 13 € en sus du remboursement et des forfaits de l'Assurance Maladie. Le nombre de consultations par jour d'ouverture, en moyenne une cinquantaine en 2020 pour cinq médecins, soit dix par praticien, reste globalement faible. On note que la rémunération des médecins est fondée sur l'échelle indiciaire de la fonction publique, sans relation directe avec leur activité.

Plus généralement, nombre de collectivités, départementales ou régionales, rencontrent des difficultés pour recruter les médecins. C'est le cas, notamment, du département du Gers qui souhaite multiplier les centres de santé sur son territoire.

Il est encore trop tôt pour apprécier le bien-fondé des programmes de déploiement d'un réseau régional de centres de santé, par les deux régions Centre-Val de Loire et Occitanie. Les objectifs de la région Occitanie pour le groupement d'intérêt public (GIP) « Ma santé, ma région », récemment créé, sont ambitieux : il est prévu d'embaucher 200 médecins, sages-femmes et infirmières, afin de créer dix centres de santé de proximité par an pendant cinq ans. À la fin de l'année 2022, 27 médecins généralistes avaient été recrutés.

Dans la région Centre-Val de Loire, le GIP « Pro santé », créé en juin 2020, avait pour objectif, sur les cinq premières années, la création de 30 centres de santé et le recrutement de 89 ETP de médecins salariés. Au 30 juin 2022, sept centres avaient été ouverts, avec 16 médecins et huit secrétaires médicales. En 2021, les produits d'activité (0,25 M€) n'avaient pas permis, et de loin, de couvrir les seules charges de personnel (0,73 M€).

Le choix des implantations géographiques n'obéit pas à une logique explicite. La région ne dispose pas en effet d'un plan d'action stratégique précisant les priorités et les critères d'implantation des centres régionaux. Alors que le cœur de cible du GIP devait être la ruralité, deux des sept centres ouverts ont été installés dans l'agglomération de Tours (Indre-et-Loire)³⁶⁷, dans le seul département de la région dont la densité médicale est

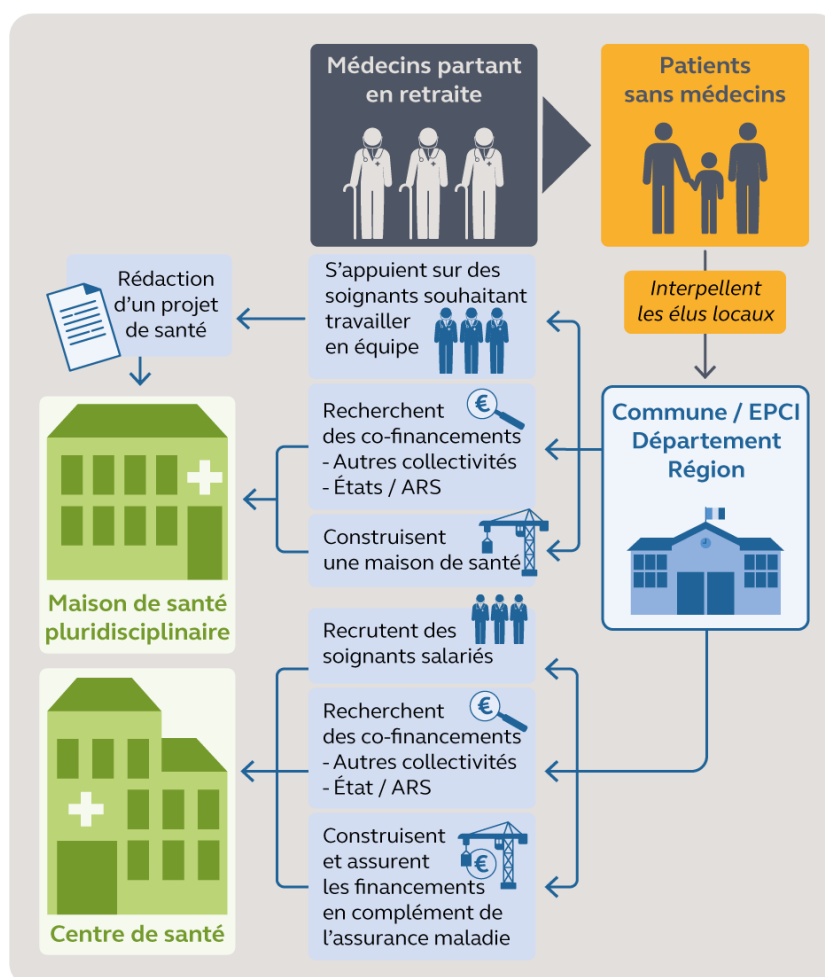
³⁶⁶ Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide médicale de l'État (AME) représentent entre 15 et 18 % des patients reçus au CMS entre 2018 et 2020.

³⁶⁷ Le centre régional de santé de Saint-Pierre-des-Corps avait, en outre, été installé non loin du centre municipal de santé (CMS), existant de longue date, distant de seulement 800 mètres.

supérieure à la moyenne nationale et dans la seule agglomération de la région qui connaît une très forte attractivité médicale.

Enfin, la région a choisi d'ouvrir de nouveaux centres, de taille restreinte, inférieure aux seuils d'aide par l'Assurance Maladie : ils n'ont pas la taille critique pour bénéficier d'économies d'échelle et de recettes complémentaires de l'Assurance Maladie. Ils ne permettent que peu des délégations d'actes entre professionnels de santé.

Schéma n° 2 : processus de création des maisons de santé pluridisciplinaires et des centres de santé



Source : Cour des comptes

C - Des initiatives éparses, aux résultats souvent limités

Au-delà d'un soutien à l'exercice coordonné, MSP ou CDS, certaines collectivités ont étendu à l'installation ou au maintien des professionnels de santé leurs dispositifs d'aide. Malgré leur diversité, le total des interventions est très limité, hétérogène et souvent fragmenté.

1 - Une boîte à outils large mais peu mobilisée

Les collectivités les plus importantes, régions et départements, ont parfois déployé d'autres outils pour tenter d'enrayer les difficultés d'accès aux soins de premier recours. Le département de l'Aveyron, en complément du soutien financier aux collectivités souhaitant construire des maisons de santé (42 projets soutenus depuis 2008, pour un montant moyen unitaire de 95 000 €, représentant 9 % du montant total du projet), a organisé un soutien individualisé aux professionnels de santé, avec la création en 2011 d'une cellule « Accueil médecin », destinée à permettre la réalisation de stages sur le territoire et à aider ensuite à l'installation éventuelle des médecins.

De même, face aux fragilités constatées dans l'organisation territoriale des soins de premier recours, le département du Loiret a innové, en allant au-delà des actions les plus fréquemment déployées : il a adopté une procédure d'appel à initiatives, « Santé Innovation Loiret », pour soutenir, par exemple, des outils d'e-santé, des solutions de mobilité sous forme de bus d'e-santé ou de consultations itinérantes, ou encore des initiatives locales d'éducation thérapeutique du patient. Toutefois la pérennité des projets financés n'est pas, dans la majorité des cas, assurée.

Ces exemples sont rares, cependant. Peu nombreuses sont les collectivités à avoir mobilisé l'ensemble des leviers à leur disposition, se privant ainsi de potentiels effets de synergie.

2 - Des montants limités

Contrastant avec le volontarisme parfois affiché, l'analyse des montants réellement consacrés aux « politiques régionales de santé » fait apparaître qu'une part limitée de celles-ci est affectée aux soins de premier recours. Ainsi, sur les 128 M€ accordés à la santé par l'accord dit « de relance, État-région, 2021-2022 » de la région Bourgogne-Franche Comté, 70 % des crédits proviennent de l'État et 25 % de l'Union européenne. Sur

ce total, seuls 5 M€, issus du budget de la région, sont spécifiquement dédiés aux soins de premier recours.

De même, malgré l'acuité des difficultés, les actions inscrites au « Pacte régional de santé », adopté par le conseil régional Centre-Val de Loire en février 2022, se rapportent surtout à la rénovation des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ou à l'augmentation des cohortes d'infirmiers et d'aides-soignantes qui y sont formées. Ces actions sont importantes : elles ont permis d'améliorer la densité de ce personnel, essentiel à l'accès aux soins. Pour autant, les dispositifs qui concernent directement l'accès aux soins de premier recours sont relativement modestes sur le plan financier³⁶⁸.

Souvent, d'ailleurs, les montants mobilisés sont très en-deçà de ceux prévus, du fait d'aides trop peu lisibles pour être sollicitées. C'est le cas, par exemple, des mesures de soutien prévues dans le cadre du dispositif « *installeunmedecin.com* », mis en place en mars 2013 par le conseil départemental de la Saône-et-Loire : la bourse d'études pour les étudiants en médecine générale s'engageant à s'installer dans les territoires les plus prioritaires n'a bénéficié qu'à deux internes de 2017 à 2021 (pour un montant total de 28 000 €). L'aide financière pour l'hébergement des étudiants et internes en médecine générale, accordées aux collectivités porteuses d'un contrat local de santé (CLS), a représenté au total 20 000 € entre 2017 et 2021, soit 4 000 € par an en moyenne ; 58 professionnels ont bénéficié entre 2017 et 2021 de l'aide à l'installation, pour un montant annuel global de 212 000 €, soit 42 400 € par an en moyenne. Sur la période, l'aide au financement versée pour soutenir les collectivités ayant eu recours à un cabinet de recrutement s'est élevée au total à 18 000 € et la prise en charge financière de cours de français en faveur des médecins généralistes étrangers à 4 000 €.

3 - Un ciblage insuffisant et un manque de suivi

La modicité des dépenses n'est pas en soi critiquable et, de fait, certaines stratégies, notamment départementales, sont pertinentes. Ainsi, la démographie des médecins a évolué de manière positive en Aveyron.

³⁶⁸ Contribution (conjointement avec l'ARS) au financement de chargés de mission pour les contrats locaux de santé (pour 1 M€) ou pour les CPTS (pour 0,5 M€), mesures diverses pour la télémédecine, définition d'un « plan régional d'attractivité pour les professions en santé », pour un montant de 0,5 M€ sur la durée du pacte, soutien aux MSP, dont le nombre devait être porté de 101 à 125 dans la région, et développement déjà évoqué *supra* des centres de santé. Il est vrai que les actions engagées dans les années antérieures ont permis de soutenir la création de 120 MSP et d'un réseau dense de CTPS et de CLS.

La comparaison des interventions confirme cependant le risque de pertinence insuffisante : certaines collectivités, pourtant confrontées à des situations complexes en matière d'accès aux soins, ne sont pas intervenues, faute de volonté, de moyens ou d'ingénierie. Au contraire, d'autres, qui ne connaissent pourtant pas de difficultés particulières, ont mis en place des dispositifs qui sont peu efficaces. Ainsi, le déploiement de maisons de santé par la communauté de communes Vendée-Sèvre-Autise a débuté avant que ce territoire ne soit classé en zone d'action complémentaire par l'ARS, en 2018. En outre, aucun document n'explique le choix des sites choisis. De même, la commune de Luçon (Vendée) a engagé la construction d'une maison de santé avant que le territoire ne soit reconnu comme une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, à la fin de 2017.

Par ailleurs, les interventions des collectivités ne font que très rarement l'objet d'un suivi régulier, voire de bilans destinés à juger de l'efficacité et de l'efficacité de l'action menée. Ainsi, l'évaluation annuelle du projet de santé de la MSP de la communauté de commune Mont-des-Avaloirs (Mayenne), adressée à la région Pays de la Loire, ne porte que sur des aspects non médicaux. De même, la convention de subvention signée avec la région Pays de la Loire par la MSP de la commune de Luçon prévoit que « *le bénéficiaire s'engage à transmettre tous les ans [...] un rapport d'activité [...] pendant au moins trois ans à compter de son ouverture* » ; aucun rapport annuel d'activité n'a été transmis et les financeurs n'en ont pas fait la demande.

Parmi bien d'autres, la communauté de communes Vendée-Sèvre-Autise ne dispose d'aucun indicateur relatif à l'activité de la MSP, concernant par exemple le nombre de patients bénéficiaires d'actions de santé publique ou de consultations de spécialistes extérieurs. Alors que le projet initial du réseau professionnel de santé du Nord-Aveyron indiquait que les signataires « *soucieux d'améliorer la qualité des soins et d'en optimiser les coûts induits, souhaitent une évaluation annuelle des activités sanitaires et sociales du réseau de santé* », aucune évaluation n'a été réalisée.

D - Des aides à rénover

Au total, les contrôles menés par les chambres régionales des comptes permettent d'identifier certains facteurs explicatifs des succès rencontrés localement ou, à défaut, des insuffisances relevées. Ils font apparaître en particulier la nécessité d'une bonne articulation des différentes formes d'aides, ainsi que des projets de territoires, entre eux³⁶⁹ et avec les projets de soins établis par les professionnels de santé. Un suivi plus effectif du fonctionnement des structures aidées constitue un autre facteur d'efficacité. Ce suivi doit associer les divers financeurs et les professionnels et inclure une analyse périodique de l'impact dans le temps des diverses formes de difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients dans les territoires concernés. S'agissant des centres de santé, la bonne application de règles de gestion se révèle déterminante notamment lorsqu'un département est contraint de s'engager dans une gestion directe.

Les contrôles réalisés dans le cadre de l'enquête confirment ainsi que les formes d'intervention proposées aux collectivités territoriales sont pertinentes mais qu'elles mériteraient d'être renouvelées, pour mieux contribuer à la réponse globale attendue, dans le cadre de la stratégie nationale de « transformation de l'offre de soins ». Des orientations ou recommandations sont ici dessinées à cet effet.

1 - Mieux cibler les interventions des collectivités

De nombreux exemples montrent des situations de concurrence stérile et de manque d'efficacité des aides. Devrait donc être introduit un meilleur ciblage des interventions des collectivités :

- s'agissant des aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé³⁷⁰, l'expérience internationale a confirmé la faible efficacité des aides individualisées directes aux professionnels³⁷¹ qui, dans le cas français, alimentent souvent une concurrence entre territoires ; dans la mesure où ces aides sont désormais déployées de manière accrue par l'Assurance Maladie, il serait logique de réserver les aides des

³⁶⁹ Parmi les facteurs d'échecs ou de réussite, certaines ARS ont signalé l'incidence des projets immédiatement voisins.

³⁷⁰ Ainsi qu'aux aides à la PDSA, évoquées par le CGCT (voir *supra*).

³⁷¹ Voir le dossier de la Drees *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale* (n° 89 de décembre 2021).

collectivités territoriales aux seuls investissements mobiliers et immobiliers³⁷² ;

- le déploiement de certaines mesures de partage du temps médical, comme l'installation d'assistants médicaux ou l'intégration d'IPA, se heurte à un manque de locaux disponibles ; en outre, dans certains territoires, l'installation de centres de santé peut constituer une solution effective, éventuellement à titre transitoire, mais elle suppose des locaux adaptés ; une mobilisation des collectivités territoriales, analogue à celle qui a déjà eu lieu pour la construction et l'aménagement des maisons de santé pluridisciplinaires, apparaît très souhaitable, dans le cadre d'une programmation recherchant une égalité d'accès sur l'ensemble du territoire concerné ; il conviendrait ainsi de confier au département la responsabilité d'établir, en relation avec l'ARS et avec les acteurs locaux et professionnels, un plan de création et d'adaptation des locaux à l'exercice coordonné et partagé, les choix d'implantation étant réservés au niveau de chaque EPCI ;
- à plus long terme, la constitution d'une commission, par exemple au sein des conseils territoriaux de santé³⁷³, permettrait d'identifier les difficultés concrètes d'accès aux soins, en définissant des indicateurs et des plans d'actions centrés sur la demande de soins (s'agissant des médecins traitants, de la PDSA, des soins non programmés, des visites à domicile, etc.).

2 - Mieux outiller les interventions des collectivités

Les interventions des collectivités territoriales sont aujourd'hui fondées sur une logique d'aménagement du territoire, ce qui conduit en principe à les réserver à des territoires « déficitaires » ou sous-denses (même si en pratique les périmètres sont très larges). Or, si les moyens et le niveau d'intervention doivent être renforcés pour les territoires les plus carencés, les difficultés d'accès touchent à un titre ou à un autre tous les territoires. Il conviendrait donc de doter tous les territoires d'outils opérationnels de connaissance et d'actions. Le bon niveau paraît être celui des bassins de vie³⁷⁴ qui correspondent, le plus souvent, aux EPCI.

³⁷² Suppression des deux premiers alinéas de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

³⁷³ Dans certains départements, des cellules de ce type se réunissent tous les mois.

³⁷⁴ « Bassins ou territoires de vie », selon les unités retenues par l'Insee (voir note de Méthodes n° 109). Serait confirmé et reconnu le rôle, joué en pratique par les élus municipaux, de repérage des difficultés multiformes d'accès aux soins.

Un outil existe déjà, mais il est trop peu utilisé et insuffisamment opérationnel : le contrat local de santé (CLS). Il est donc proposé de conditionner la possibilité d'intervention financière des collectivités territoriales par la signature ou tout au moins la mise à l'étude d'un contrat local de santé à une échelle supra-communale (au niveau de chaque EPCI ou des autres structures de regroupement³⁷⁵), analysant notamment les difficultés d'accès aux soins déjà repérées³⁷⁶ et les réponses à y apporter³⁷⁷.

Plus généralement, les diverses difficultés que rencontrent les différents acteurs devraient faire l'objet d'une attention accrue. Est déjà inscrit dans la LFSS pour 2023 le principe d'un guichet unique, regroupant l'ensemble des aides ouvertes aux professionnels de santé. Pour mieux assurer son effectivité, il convient qu'il se traduise, en pratique, par un dossier unique partagé par l'ensemble des financeurs.

En outre, les collectivités territoriales peuvent juger à juste titre complexe la création et la gestion d'un centre de santé. Pour les aider à surmonter ces difficultés, des acteurs publics, nationaux ou locaux (comme les hôpitaux de proximité) pourraient être appelés à jouer une mission de sous-traitance et de gestion déléguée. Par ailleurs, il conviendrait de clarifier la possibilité d'asseoir au moins une partie de la rémunération des professionnels salariés des centres de santé sur l'activité. Une saisine du Conseil d'État en ce sens pourrait être utile.

³⁷⁵ Certains « pôles d'équilibre territorial et rural » (PETR) ont ainsi coordonné une démarche de CLDS. En revanche, le niveau communal est trop restreint.

³⁷⁶ Déclinaison des indicateurs analysés au niveau départemental.

³⁷⁷ Au-delà des actions de prévention qui y figurent déjà fréquemment.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au-delà de « bonnes pratiques » de gestion ou de coordination à diffuser et à conforter (en levant divers obstacles si nécessaire), une structuration plus forte au niveau national est indispensable, les interventions étant aujourd'hui trop dispersées, éloignées des difficultés concrètes des patients et trop peu articulées avec les logiques de projets établis par les professionnels de santé. Il convient, dès lors, de mieux reconnaître que les collectivités territoriales contribuent à une politique globale de santé publique et non seulement à de l'aménagement du territoire, et de mieux organiser les coordinations utiles.

D'autres progrès seront indispensables, au niveau national, pour définir des indicateurs plus opérationnels, capables de mieux décrire les obstacles rencontrés dans les différents territoires par les patients, par exemple en termes de délais de rendez-vous, d'accès aux médecins traitants (pour des publics prioritaires en particulier) ou d'accès non pertinent aux urgences hospitalières, faute d'un filtre préalable.

Sans préjudice des recommandations qu'elle formulera dans un prochain rapport d'évaluation de portée plus générale sur l'organisation des soins de premier recours, la Cour adresse les recommandations suivantes au ministère de la santé et de la prévention, au ministère de l'intérieur et des outre-mer et au ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires :

- 1. recentrer l'action de soutien des collectivités locales à l'installation et au maintien des professionnels de santé sur les seuls investissements mobiliers et immobiliers ;*
- 2. programmer et coordonner à l'échelon départemental, par exemple au sein de la commission d'exercice coordonné, en liaison avec les EPCI, la création et l'adaptation des locaux destinés à l'exercice coordonné et partagé des soins ;*
- 3. constituer au sein des conseils territoriaux de santé une commission chargée d'identifier les difficultés concrètes d'accès aux soins (s'agissant des médecins traitants, de la PDSA, des soins non programmés, des visites à domicile, des établissements médico-sociaux, etc.) ;*
- 4. conditionner la possibilité d'intervention financière des communes et EPCI par la signature d'un contrat local de santé, établi à un niveau supra-communal (EPCI notamment) et identifiant entre autres les difficultés d'accès aux soins (à partir d'indicateurs définis au niveau national et départemental) ;*

-
5. *clarifier, pour les collectivités gérant un centre de santé ou déléguant cette gestion à un opérateur sans but lucratif, la possibilité juridique de proposer aux médecins une rémunération partiellement assise sur l'activité.*
-

Réponses

Réponse de la Première ministre	551
Réponse du président du conseil régional de Centre-Val-de-Loire	555
Réponse du le président du conseil départemental du Loiret.....	559
Réponse du président du conseil départemental de Saône-et-Loire.....	560
Réponse de la présidente de la communauté de communes Monts-des-Avaloirs	563
Réponse du maire de la commune de Châteaudun	564

Destinataires n'ayant pas d'observation

Madame la présidente du conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté
Madame la présidente du conseil régional d'Occitanie
Monsieur le maire de la commune de Mauvezin

Destinataires n'ayant pas répondu

Madame la présidente du conseil régional des Pays-de-la-Loire
Monsieur le président de la communauté de communes Mayenne Communauté
Monsieur le président de la communauté de communes du Pays de Mirepoix
Monsieur le président de la communauté de communes Vendée-Sèvre-Autise
Monsieur le maire de la commune de Luçon

RÉPONSE DE LA PREMIÈRE MINISTRE

Vous trouverez ci-dessous les remarques qu'appelle le chapitre du rapport annuel 2023 intitulé : « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours ».

Les avancées de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 pourraient utilement être mentionnées dans le chapitre puisqu'elles visent à mieux associer les collectivités territoriales dans la définition des besoins de santé des territoires et la priorisation des projets d'installation par le biais de la mise en place d'un guichet unique local d'aide à l'installation des professionnels de santé, associant les collectivités territoriales, les représentants des professionnels de santé, les agences régionales de santé et l'Assurance Maladie. Ce guichet unique aura prioritairement vocation à offrir un service d'accompagnement global des professionnels de santé souhaitant s'installer sur le territoire, à renforcer ainsi la pertinence des aides accordées aux professionnels de santé mais aussi à établir un diagnostic commun sur la priorisation des besoins des territoires au niveau de chaque département. Il s'accompagne d'une refonte complète des aides à l'installation afin de mettre fin au morcellement actuel, faciliter la lisibilité des aides par les professionnels de santé et simplifier les modalités d'installation.

L'observation [dans le rapport] « les conventions signées par l'Assurance Maladie ont également mis en place des aides destinées à l'installation ou au maintien des praticiens en zones sous-dense, mais avec un zonage plus restrictif (limité aux seules ZIP) » pourrait être nuancée puisque ces aides se basent sur le même zonage établi par l'ARS, conformément aux dispositions de l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Enfin, il est indiqué [dans le rapport] que les aides apportées aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) échappent très largement à tout ciblage géographique. Cela est effectivement en cohérence avec la volonté que ces CPTS se déploient vite dans un souci d'amélioration de l'organisation des soins et puissent couvrir tout le territoire national, et pas uniquement les zones sous-denses.

S'agissant des recommandations, elles appellent les observations suivantes :

Recommandation n° 1 : recentrer l'action de soutien des collectivités locales à l'installation et au maintien des professionnels de santé sur les seuls investissements mobiliers et immobiliers

La limitation du champ d'application de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT) aux seuls investissements mobiliers et immobiliers n'est pas opportune pour des raisons liées à l'économie générale du dispositif et à la nécessité de laisser aux collectivités la capacité d'adapter les aides qu'elles peuvent mobiliser en fonction des spécificités et des besoins de leur territoire, dans la mesure où il existe de fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

Cette approche restrictive et uniformisatrice serait contraire au besoin d'adaptation et de nature à limiter la capacité d'intervention des collectivités territoriales. Elle porterait atteinte au principe de libre administration des collectivités territoriales et nuirait au principe de différenciation qu'encourage la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite loi « 3DS ».

Elle remettrait grandement en cause la cohérence d'un dispositif conçu pour inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur activité en zone sous-dense, avec deux outils d'intervention complémentaires que sont les aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et les indemnités attribuées aux étudiants.

La recommandation présente davantage un enjeu de coordination et de gouvernance de l'octroi des aides sur le territoire. Les collectivités et leurs groupements décident de la nature des aides octroyées et peuvent, à cet effet, tenir compte des aides attribuées par l'Assurance Maladie afin d'assurer la cohérence des mesures de soutien individuelles voire de consolider les incitations financières en direction des professionnels de santé. Les nouvelles missions confiées par la loi dite « 3DS » aux conseils d'administration des agences régionales de santé (ARS), au sein desquels la place des élus a été renforcée, permettent de renforcer la coordination des actions de lutte contre la désertification médicale dans la région.

Par ailleurs, la proposition ne conduit aucunement à limiter la concurrence entre les différents collectivités et groupements, concurrence également susceptible de s'exercer pour l'octroi des aides à l'investissement mobilier ou immobilier. L'interdiction pour les collectivités locales d'intervenir en matière d'aides à l'installation ou de maintien des professionnels de santé se ferait uniquement au détriment de

l'offre de soins des territoires les plus en difficulté, et serait perçue négativement par les élus et les habitants de ces territoires.

En dernier lieu, une restriction du champ d'application de l'article L. 1511-8 du CGCT s'inscrirait en contradiction avec la loi « 3DS » qui a étendu les facultés d'intervention financière des collectivités en matière de santé. En cohérence avec les objectifs du schéma régional de santé, l'article 126 de cette loi ouvre aux collectivités la possibilité de participer, sans condition de zonage, au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.

C'est davantage dans le cadre du nouveau guichet unique qu'une nouvelle répartition des interventions des institutions respectives est à rechercher dans une logique de priorisation pour les zones où la démographie médicale est la plus faible et de recherche des synergies entre les différents territoires.

Recommandation n° 2 : programmer et coordonner à l'échelon départemental, par exemple au sein de la commission d'exercice coordonné, en liaison avec les EPCI, la création et l'adaptation des locaux destinés à l'exercice coordonné et partagé des soins.

Le projet de chapitre préconise « de confier au département la responsabilité d'établir, en relation avec l'ARS et avec les acteurs locaux et professionnels, un plan de création et d'adaptation des locaux à l'exercice coordonné et partagé, les choix d'implantation étant réservés au niveau de chaque EPCI » sans préciser le partage des rôles entre département et EPCI.

Cette élaboration confiée au département doit se faire dans le respect du principe constitutionnel de non tutelle d'une collectivité sur une autre, garanti par l'article 72 de la Constitution. Par ailleurs, si l'échelon départemental semble pertinent, cette mission nécessiterait une forte mobilisation de ce dernier et une étroite coordination avec les ARS.

Cette recommandation pourrait être satisfaite pour partie, par les nouvelles responsabilités qu'a confiées la loi 3DS aux conseils d'administration des ARS, chargés, conformément à l'article L. 1432-3 modifié du code de la santé publique, de :

- Fixer les grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution de conventions avec les collectivités territoriales et leurs groupements pour la mise en œuvre du projet régional de santé ;*

- Procéder régulièrement, en lien avec les délégations départementales de l'agence et les élus locaux, à un état des lieux de la désertification médicale dans la région et formuler, le cas échéant, des propositions afin de lutter contre cette situation.

Recommandation n°3 : constituer au sein des conseils territoriaux de santé une commission chargée d'identifier les difficultés concrètes d'accès aux soins (s'agissant des médecins traitants, de la PDSA, des soins non programmés, des visites à domicile, des établissements médico-sociaux...)

La nécessité de ce diagnostic partagé est avérée et a été confirmée dans le cadre des réunions de conseil national de la refondation en santé dans les territoires. Cependant, la création d'une nouvelle commission ayant cette mission ne paraît pas le vecteur le plus adapté pour éviter la multiplication des différentes instances. Cette action pourrait être conduite dans le cadre des travaux du guichet unique qui regroupent l'ensemble des acteurs institutionnels et des représentants des professionnels de santé afin de faire un lien entre la définition des besoins et la mise en œuvre des solutions d'accompagnement pour les projets d'installation. Cette approche est pleinement en phase avec l'esprit qui préside au volet santé du conseil national de refondation.

Recommandation n°4 : conditionner la possibilité d'intervention financière des communes et EPCI par la signature d'un contrat local de santé (CLS), établi à un niveau supra-communal (EPCI notamment) et identifiant entre autres les difficultés d'accès aux soins (à partir d'indicateurs définis au niveau national et départemental)

Les CLS permettent aux ARS, aux collectivités territoriales et à leurs groupements, de définir un programme d'actions communes afin de réduire les inégalités dans les zones déficitaires en offre de soins. Si la contractualisation est un outil reconnu pour coordonner l'ensemble des interventions des différents acteurs impliqués en matière de maintien de l'offre de soins, le fait de conditionner l'intervention financière des EPCI à la signature d'un CLS méconnaîtrait la portée de l'article L. 1511-8 du CGCT qui autorise l'ensemble des collectivités territoriales et leurs groupements à attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-dotées.

La mesure porterait en outre atteinte au principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales et reviendrait à mettre en place une tutelle des agences régionales de santé sur l'action des collectivités, qui ne sont en aucun cas des opérateurs de l'État. Elle serait enfin perçue par les élus locaux comme une recentralisation d'une compétence partagée entre les collectivités territoriales et l'État, au

moment même où l'action du Gouvernement vise à associer pleinement les élus locaux à l'amélioration de l'organisation du système de santé et de la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens.

En l'état, la conclusion de CLS doit rester une faculté à la main des collectivités territoriales, sur la base d'un projet de développement d'une offre de soins de proximité, pour permettre de donner de la souplesse à l'intervention des acteurs locaux, en fonction des besoins des territoires, et dans le respect du principe de différenciation souhaité par le Gouvernement.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE CENTRE-VAL DE LOIRE

Vous avez bien voulu porter à ma connaissance le rapport définitif, relatif aux interventions des collectivités territoriales pour l'accès aux soins de premier recours. Cet avis est basé sur les retours des "contrôles thématiques effectués sur un certain nombre de territoires et organisations par les chambres régionale des comptes.

J'ai pris connaissance de l'extrait que vous me soumettez et des observations formulées sur le GIP Pro santé Centre-Val de Loire et sur le rôle de la région qui appellent des réponses de ma part.

Aucune de mes observations sur le rapport provisoire n'a fait l'objet d'une prise en compte même partielle. Je me permets donc de vous présenter de nouveau ces éléments de réponse.

La création récente du GIP Pro Santé, à l'initiative de la région Centre-Val de Loire, vise à apporter une solution complémentaire aux difficultés d'accès aux soins primaires rencontrés par 500 000 habitants en région qui n'ont pas de médecin traitant déclaré. C'est ainsi 20 % de la population régionale qui se trouve privée d'un droit fondamental à se soigner. À l'heure où les discours parlent de prévention et de parcours de soins, la possibilité même d'une consultation pour une pathologie aiguë est inaccessible pour beaucoup.

Vous soulignez les résultats du GIP après deux ans d'activité. Or, si le groupement d'intérêt public a été formellement créé en juin 2020 après des mois d'échanges avec les services de l'État pour en valider les contours juridiques et financiers, le GIP a connu dans les faits un début d'activité en février 2021 et ce en raison notamment de la complexité administrative relative à la phase de création et de lancement du GIP dans la relation avec l'ensemble des services de l'État.

L'objectif posé en termes de déploiement de centres de santé était de 30 centres de santé environ, à échéance 2025, pour le recrutement de 150 médecins salarié(e)s.

La question des effectifs, jugés bas au regard des objectifs posés, est mise en avant.

Fin 2022, ce sont 37 contrats qui sont signés avec des médecins généralistes en un peu plus de 18 mois d'activité du GIP. Je tiens à valoriser ces premiers résultats qui apparaissent prometteurs. Les délais liés à la validation de l'État dans la construction du portage ainsi que celles liées à la création des premiers centres de santé, faute d'identifier des interlocuteurs ARS et ASIP en capacité d'informer et traiter les demandes, ont été des facteurs de complexité et de retard.

Modèle économique

Vous soulignez le déséquilibre économique constaté entre les recettes, liées pour l'essentiel aux produits de l'activité, et les charges de personnel.

Les centres de santé du GIP ayant une vocation de médecine générale, il apparaît complexe, contrairement à d'autres modèles qui portent des activités d'ophtalmologie ou dentaire de dégager, de facto, un équilibre financier. L'accueil de patients souvent en renoncement aux soins génère des consultations complexes et longues, peu rémunérées. Le mode de rémunération, encore jugé à l'acte, sert peu les objectifs de santé publique porté par le GIP et ne permet pas de dégager des gains d'efficience.

Il serait utile de repenser le modèle économique des centres de Santé et de se poser la question de ce qui « fait santé » dans une société où l'accès aux soins n'est pas assuré pour de nombreuses personnes. L'État doit prendre ses responsabilités pour porter une compétence régaliennne qui lui revient en premier lieu. La santé doit-elle être économiquement à l'équilibre ?

Si l'accord national présente des améliorations, les conditions d'octroi des aides restent complexes à atteindre pour des structures de petite taille telles que celles développées à l'échelle de la région. Il ne peut y avoir de communes mesures avec des centres historiques pluri professionnels de la région Île-de-France.

Vous notez par ailleurs, concernant le centre de santé de Châteaudun, que la rémunération des médecins est fondée sur une échelle indiciaire de la fonction publique, sans relation avec leur activité. Je ne doute pas que vous connaissiez l'article R. 127-83 du code de la

déontologie qui précise qu'« un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement ».

Le droit public vient ainsi limiter la possibilité pour un employeur public d'indexer la rémunération d'un médecin sur un engagement professionnel lié au volume d'activité impactant ainsi le pilotage de l'activité.

Maillage territorial des centres de santé

Le rapport indique que le GIP ne dispose pas de logique explicite et de critères d'implantation des centres régionaux de santé.

Un travail collaboratif porté par le GIP a été engagé avec l'URPS, la FMPS, l'ARS et la CPAM régionale pour définir une méthodologie de travail et capitaliser des données récentes permettant de disposer d'une lecture fine du territoire, les données utilisées par l'ARS datant pour l'essentiel de 2019 et ne tenant pas compte des mouvements récents et de la réalité des habitants, notamment exprimée par les élus.

Cette lecture croisée des secteurs les plus carencés reste difficile à établir, les avis entre ARS, FMPS, URPS et élus étant souvent divergents, ce qui rend complexe la détermination des lieux d'implantations prioritaires.

Si cette connaissance fine est un préalable, il est peu réaliste d'imaginer que le GIP, pas plus que l'État lui-même, détermine de manière coercitive les lieux d'installation des médecins qui sont certes des lieux d'exercice mais surtout des lieux de vie. Une stratégie trop précise d'implantation pourrait faire perdre des opportunités de recrutement de médecins d'où le choix d'un mode agile.

Le rapport précise que le « cœur de cible du GIP devait être la ruralité ». Si les secteurs ruraux sont souvent les plus déficitaires, cette cible n'est pas exclusive, des villes, y compris en cœur de métropole, présentent des carences. Ainsi, deux centres régionaux de santé ouverts sur des quartiers « politique de la ville » au cœur de la ville de Tours et de Saint-Pierre-des-Corps, servent 25 000 habitants éloignés du soin car en rupture sociale.

Le rapport souligne que l'ouverture de centres de santé de taille restreinte ne permet que peu de délégations d'actes entre professionnels de santé. À ce jour le GIP pro santé développe des actions de délégation

de tâches avec des professionnels de santé libéraux, infirmières Asalée, et notamment cinq infirmières en pratiques avancées qui, dans le cadre de conventions avec huit médecins du GIP permettent une meilleure prise en charge de patients stabilisés, Ces nouvelles pratiques viennent conforter les dernières annonces du Président de la République précisant la nécessité de développer des délégations de tâches pour recentrer le temps médecin sur une expertise médicale.

Engagement de la Région

Le rapport souligne, en référence au Pacte régional de santé adopté par la région en février 2022, que « les dispositifs qui concernent directement l'accès aux soins de premier recours sont relativement modestes sur le plan financier ».

Ce Pacte régional que la région a proposé est un cadre de réponse global qui couvre l'ensemble de la chaîne des acteurs de la santé en région, de la formation initiale jusqu'à la prise en charge des soins. C'est cette approche globale qui autorise la région à intervenir. .

Pour ce qui relève de l'accès aux soins de premiers recours, je tiens à vous rappeler que la région est engagée depuis plusieurs années dans cette démarche et a soutenu, avant 2022, la création de près de 120 structures d'exercice regroupé sur l'ensemble du territoire, regroupant plus de 1 200 soignants, dont 370 médecins généralistes. Cette offre vient compléter le maillage de la quinzaine de MSP d'initiatives privées. À cela s'est aussi ajouté un soutien important à d'ingénierie au profit de la fédération régionale des maisons et pôles de santé. Comme le précise le rapport définitif réalisé par la chambre régionale des comptes centre Val de Loire ans son enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours ce sont près de 13 M€ qui ont été mobilisés par la région.

L'ambition sur ces sujets est maintenue, avec notamment l'objectif de créer 24 MSP supplémentaires à l'horizon 2025 et permettre d'atteindre 1 500 professionnels de santé libéraux dont 500 médecins généralistes.

Plus globalement, la région a également fait valoir son engagement sur des domaines touchant à la formation, car ce point est tout aussi essentiel que l'accès aux soins de premier recours. Ainsi, et pour ne citer que ce projet, la région s'est engagée à apporter 3,5 M€ pour l'installation de la faculté d'odontologie en Centre-Val de Loire afin de former 50 dentistes par an.

Des moyens financiers supplémentaires sont fléchés pour permettre la création de 20 résidences Pro-Santé qui permettront de répondre au manque d'hébergement des étudiants et internes des centres hospitaliers.

L'ambition autour de la e-santé est également réaffirmée. Cet axe a déjà fait l'objet d'un soutien important à travers le 4^e financement de la digitalisation de formations, l'équipement de cabinet de téléconsultations, le soutien à plus d'une vingtaine de projets autour de l'innovation et des usages numériques, le soutien à l'investissement au sein du GIP e-santé pour mettre à disposition des services numériques collaboratifs et renforcer l'interopérabilité au service de la coordination entre les professionnels sanitaires, médico- sociaux et sociaux.

Enfin, ces initiatives sont complétées par des actions sur l'ensemble des déterminants de santé. La région agit donc aussi en faveur de la prévention et de l'éducation à santé, à l'alimentation de proximité et qualité, à la réduction des habitants aux perturbateurs endocriniens, à la promotion de l'activité physique et sportive.

Dès lors, vous comprendrez que ces éléments de bilan et les perspectives affichées témoignent d'une prise en compte systémique des enjeux et des réponses à y apporter, comme d'une détermination majeure de la région que je ne peux considérer comme « limitée ».

RÉPONSE DU LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU LOIRET

J'accuse réception du rapport définitif de l'enquête sur l'organisation des soins de premiers recours et je vous en remercie. À cette occasion, vous avez souhaité formuler une observation concernant l'appel à initiative « santé innovation Loiret » et plus spécifiquement sur la pérennité des initiatives financées.

Il est nécessaire de préciser de nouveau qu'il s'agit bien d'un appel à initiatives et non d'un appel à projets. Le département accompagne ainsi l'innovation et l'expérimentation pour l'accès aux soins. Les initiatives déposées sont examinées par un comité technique qui réunit : la région, la CPAM, l'ARS, la conférence des financeurs lorsqu'il s'agit d'un projet visant les seniors, la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarité (DREETS) et l'URPS médecins libéraux.

Plus précisément, cette instance technique permet :

- *le partage de la connaissance des initiatives du territoire par tous les acteurs susceptibles d'apporter de manière pérenne du conseil et des financements selon leurs propres modalités ;*
- *l'analyse de la viabilité de l'initiative par les participants au comité technique ;*
- *la possibilité de financements pérennes si l'expérimentation est concluante au terme de la convention.*

Ces éléments vous permettront d'attester que le département porte une attention particulière aux initiatives et que ce financement sert bien au lancement d'expérimentations. La question de la pérennité des projets se posera si ces dernières s'avèrent concluantes.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE SAÔNE-ET-LOIRE

Par courrier en date du 15 décembre 2022, vous m'avez transmis un extrait du chapitre destiné à figurer dans le rapport public annuel 2023 de la cour des comptes.

En application des articles L. 148-8 et R. 143-13 du code des juridictions financières, je vous communique la réponse que je souhaite voir publiée avec le rapport définitif.

Il me semble important de rappeler en préalable que sur le champ de l'accès aux soins, le département de Saône-et-Loire intervient depuis cinq années de manière pragmatique et volontariste. En effet, comme le souligne la Cour des comptes, la définition des règles d'accès aux soignants et les modalités d'exercice de leur profession dépend de l'État, responsable de la politique sanitaire.

La santé et plus spécifiquement l'accès aux soins est la préoccupation première des français, qui demeurent très inquiets pour l'avenir de ce secteur. Trouver un médecin traitant, se soigner, renouveler une ordonnance sont autant de sujets de préoccupation au quotidien pour nos concitoyens, avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer en cas de défaillance : générer et aggraver les inégalités de santé, précariser encore davantage les publics vulnérables, ne pas bénéficier de l'accès à la prévention, entraîner une perte de chance pour sa santé, différer un diagnostic de maladies graves dont la prise en charge n'en sera que plus coûteuse pour les finances publiques. En 2016, la Saône-et-Loire se

trouvait dans une situation extrêmement préoccupante avec un déficit de médecins sur le territoire très marqué et de nombreuses perspectives de départs à la retraite les années suivantes.

Face à ce constat, et en l'absence de solutions apportées par les autorités compétentes, le département se devait d'agir. C'est ainsi que j'ai décidé d'engager la collectivité en proposant la création du premier centre départemental de santé en France.

La Cour des comptes relève que le recours au salariat, grâce à des centres de santé, peut être une solution là où la densité en médecins libéraux est très dégradée. La Cour précise ainsi que la création du centre de santé de Saône-et-Loire est pertinente. En outre, depuis la loi 3 DS relative à la différenciation, la décentralisation et la déconcentration, la gestion d'un centre de santé par un département est explicitement prévue par la loi.

Je partage le souci de la Cour des comptes d'une bonne gestion des deniers publics. Pour autant, je ne puis laisser dire que le centre départemental de santé n'est pas géré avec suffisamment de rigueur.

Si l'équilibre financier du centre de santé n'est pas encore atteint, c'est tout simplement que notre structure a dû se développer beaucoup plus rapidement que prévu, pour répondre aux préoccupations et aux urgences du quotidien. Et tout cela est assumé.

Notre priorité était de permettre aux habitants de Saône-et-Loire d'accéder aux soins, ce qui est le cas puisque 30 000 habitants ont retrouvé aujourd'hui un médecin traitant grâce au centre départemental de santé. De plus, plusieurs facteurs expliquent cette réalité : la dynamique rapide et permanente du centre de santé et de son développement, la volonté d'apporter une réponse au plus proche des habitants, l'état de santé de nombreux patients privés de suivi médical depuis plusieurs années, l'ambition d'investir des dispositifs innovants ou encore la contribution à plusieurs missions de service public relevant de la compétence départementale. À cela, est venue s'ajouter une crise sanitaire aussi violente qu'imprévue.

Créé en 2017, le centre départemental de santé demeure attractif et parvient à garder un rythme soutenu de développement de son offre de soins de premiers recours. Cela est particulièrement mis en avant par la Cour des comptes qui constate une forte croissance de son personnel soignant, passant de quatre médecins en 2018 à 70 à ce jour. L'activité à taux plein n'a pas encore pu être stabilisée. De plus, le recrutement de nouveaux soignants est un défi constant qui nécessite du temps et des moyens dédiés, notamment d'administration, pour parvenir à attirer des professionnels de santé.

Ouvert à tous, le centre de santé se mobilise sur un territoire où les patients n'ont souvent plus accès aux soins, sont porteurs de polypathologies, et sont parfois en grande précarité sociale (30 % sont en maladie de longue durée, 12 % ont plus de 80 ans et 15,8 % sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité). Composés de 30 lieux de consultations répartis sur l'ensemble du territoire, le Centre de santé a permis de ré intégrer des patients dans une filière de soins au plus proche de chez eux. Cet objectif permanent d'aller vers la population se traduit également par la réalisation de nombreuses visites à domicile et interventions en structures médicosociales et notamment dans les EHPAD.

Comme le souligne la Cour, le centre de santé met en œuvre plusieurs missions spécifiques de service public relevant notamment des missions départementales. À ce titre, 20 % des activités médicales n'entraînent pas de facturation.

Enfin, le centre de santé se saisit de toutes les innovations et dispositifs proposés par les autorités sanitaires : infirmières "asalée", assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, psychologues, déploiement de la télémédecine — téléconsultations et télé expertise.

Cette mobilisation permanente sur les expérimentations et nouveautés démontre la capacité du centre de santé à faire évoluer son fonctionnement de manière agile et dynamique. Là encore investir sur ces champs nouveaux nécessite un travail préalable d'ampleur.

Pour conclure, il me semble important de souligner que grâce à cette action déterminante du département de Saône-et-Loire au cours des cinq dernières années, 70 médecins ont rejoint le territoire pour y exercer. S'il n'a jamais eu vocation à être la panacée, le centre de santé permet d'apporter une réponse significative à une situation sanitaire difficile et sous pression. Sans cela, de nombreux habitants auraient été confrontés à des risques importants pour leur santé.

Ainsi, même s'il reste des éléments à améliorer, les recettes couvrent une part croissante de ses charges, près des 2/3 désormais. L'objectif des 80 % est donc très proche. De surcroît, comme le souligne la Cour, les aides des collectivités territoriales sont peu significatives au regard des dépenses de l'État sur l'amélioration des soins de premiers recours. Il en va de même pour le département de Saône-et-Loire : le centre départemental de santé ne représente qu'1,5 % du budget total de la collectivité en 2023 et un coût net de moins de 3 € par an par habitant.

Il me semble que les finances publiques en général et celles du département en particulier restent gagnantes de cette action. En effet, les conséquences de l'inaction auraient été bien plus coûteuses pour le territoire.

Le département de Saône-et-Loire va poursuivre son déploiement et son action tout en continuant d'améliorer l'équilibre financier tel que cela a toujours été prévu.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE LA COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES MONTs-DES-AVALOIRS**

Vous m'avez adressé les extraits du chapitre « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premiers recours », destiné à figurer dans le rapport public annuel 2023 de la Cour des comptes.

Dans cet extrait, au chapitre II section C sous-section 3 : « un ciblage insuffisant et un manque de suivi », vous citez notre collectivité en précisant que l'évaluation annuelle du projet de santé de la MSP de la CCMA adressée à la région Pays-de-la-Loire ne porte que sous des aspects non médicaux.

Les statuts de notre EPCI stipule dans son chapitre « Compétences facultatives », en matière de « Santé Publique » que la compétence de notre collectivité est : « la construction et la gestion locative d'un pôle de santé libérale ambulatoire et de maisons de santé pluridisciplinaires satellites ». De ce fait, la CCMA n'a pas compétence à intervenir au titre du fonctionnement et de l'organisation des professionnels de santé et notamment dans le cadre du projet de santé porté par ces mêmes professionnels.

Par ailleurs, la MSP est bien installée sur le territoire de la CCMA, mais elle n'est pas un service de la collectivité. Elle est « MSP collectif Santé Villaines Javron » émanant de l'organisation de professionnels libéraux (médecins libéraux, paramédicaux libéraux) constitués à l'origine en association (2012 : Association des Professionnels de Santé Villaines Javron) en lien avec l'agence régionale de santé.

Depuis cette association a fait place (2016) à une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) labélisée par un accord conventionnel interprofessionnel sous tutelle de l'agence régionale de santé et de la caisse primaire d'Assurance Maladie. Ce sont les organismes auprès desquels les professionnels transmettent depuis leur organisation en collectif, les évaluations annuelles correspondantes à leur projet de santé.

RÉPONSE DU MAIRE DE LA COMMUNE DE CHÂTEAUDUN

Vous m'avez communiqué, aux fins de réponse, un extrait du rapport annuel 2023 de la Cour des Comptes, relatif aux centres de santé et dans lequel la commune de Châteaudun est citée parmi les exemples de « déploiements ni efficaces ni efficients ».

Si je salue la démarche de votre haute juridiction qui permet d'aborder un sujet particulièrement complexe, en perpétuelle évolution, et dont les collectivités territoriales finissent par assumer une responsabilité quotidienne à l'égard de leurs administrés qui dépasse, très souvent, le cadre de leurs compétences, vous comprendrez que je ne puisse accepter la qualification qui est faite de la démarche de notre collectivité en matière de santé.

Comme vous le savez, l'article L. 1411-11 du code de la santé publique précise que les soins de premiers secours « sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 ». Or dans les faits, et malgré la bonne volonté des ARS, les communes sont en première ligne dans « l'organisation » des modalités d'accès aux soins de premiers secours, devant de fait intervenir dans des champs partenariaux qu'elle ne connaît que très mal, avec une multiplicité d'acteurs et des projets parfois divergents à mettre en œuvre.

L'extrait que vous me communiquez pourrait laisser à penser que la mise en œuvre d'un centre municipal de santé sur le bassin de santé de Châteaudun alors qu'il existait déjà une maison de santé pluridisciplinaire, pouvait manquer de pertinence.

Il me semble essentiel de rappeler que les collectivités ont été confrontées (et le sont encore d'ailleurs...), à la désaffection des médecins à venir exercer au sein de MSP sous un statut libéral, pour privilégier un mode d'exercice fondé sur le salariat, que seuls les CSM sont en mesure de leur offrir. La multiplication des points d'offre permet au contraire d'avoir une offre.

C'est donc pour répondre à un souci réel d'attractivité du territoire que la commune a pris l'initiative d'un CSM.

S'il est constant que le CSM ne dispensait plus de soins non programmés depuis 2020 et ne participait pas aux permanences de soins en soirée ou en fin de semaine, cette tendance s'est très largement expliquée, sur le terrain et au quotidien, par deux éléments incontestables.

Tout d'abord, les publics déjà éloignés des problématiques d'accès aux soins de premiers secours, et situés en QPV, ont renforcé leur éloignement des structures de soins de peur d'être contaminés par la

covid 19. Je rappelle d'ailleurs, qu'en dehors des périodes de confinement, tous les partenaires sociaux ont noté les difficultés à remobiliser les usagers et à les faire revenir auprès des structures publiques. Plus encore, la sollicitation forte de l'ensemble des personnels de santé au cours de l'épidémie, a également conduit à adapter les modes de consultation de droit commun et à les restreindre fortement.

Ensuite, la mobilisation des acteurs de santé autour de projets communs demande du temps, de la diplomatie, de la bienveillance, que nous nous efforçons de mettre en œuvre dans le respect des partenaires médicaux et paramédicaux. Je vous informe d'ailleurs, qu'en lien avec la CPTS SUD 28, les médecins du CSM de Châteaudun vont participer à une expérimentation tendant à mettre en œuvre un dispositif spécifique d'intervention en soins non programmés.

Je me félicite de la mise en œuvre de ce dispositif qui repose sur une prise en compte essentielle dans les évolutions liées à la désertification médicale : confier aux professionnels de santé, à travers les CPTS, la responsabilité de l'organisation des modes de réponse les plus adaptés, pouvant être mis en œuvre, dans leurs assises territoriales.

Il est de notoriété publique, Monsieur le Premier président, que la commune de Châteaudun est le reflet de l'image de la France lorsque les citoyens sont appelés aux urnes.

Je crois sincèrement, qu'à bien des égards, la commune de Châteaudun est aussi le reflet de la France sur des domaines tout aussi essentiels que celui de la santé et de sa volonté de développer son territoire.

Nous œuvrons par exemple au développement de l'hôpital public de Châteaudun, tout comme de notre centre de santé municipal.

Ma volonté farouche est d'œuvrer, chaque jour de mon mandat, à promouvoir la santé à Châteaudun, au service des Dunoises et des Dunois. Je suis persuadé que si les critères de bonne gestion sont effectivement des invariants essentiels à la gestion des structures que les collectivités créent, il importe d'avoir des professionnels de la santé (spécialistes, généralistes), de qualité et en nombre, au service de nos habitants.

Cette dynamique est en cours sur notre territoire et nous accompagnerons toujours avec force et détermination nos partenaires dans la trajectoire qu'ils entendent mettre en œuvre pour répondre aux problématiques d'accès aux soins de premiers recours dans notre ville.