



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES REPONSES

COMMUNE DE MAUVEZIN (Gers)

Exercices 2016 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. PRÉSENTATION	9
1.1. La commune et son EPCI	9
1.2. Le territoire de santé et la communauté professionnelle	13
2. PROJET DE SANTÉ DE LA MSP.....	19
2.1. Diagnostic et définition du projet de santé	19
2.2. Mise en œuvre du projet de santé	22
3. CRÉATION DE LA MAISON DE SANTÉ.....	27
3.1. La faiblesse de documentation sur la genèse du projet.....	27
3.2. La mise en service de la MSP	29
3.3. Les soutiens financiers à la création de la MSP	30
4. FONCTIONNEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ	31
4.1. Suivi du fonctionnement et des indicateurs de la MSP	31
4.2. Suivi financier de la MSP	37
5. FIABILITÉ COMPTABLE ET SITUATION FINANCIÈRE	38
5.1. Sincérité des recettes et dépenses prévisionnelles	39
5.2. Situation financière	39
ANNEXES.....	43
Réponses aux observations définitives.....	48

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes d'Occitanie a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de la commune de Mauvezin pour les exercices 2016 et suivants dans le cadre d'une enquête thématique nationale sur l'organisation territoriale des soins de premier recours. La commune compte 2 200 habitants, sa population est vieillissante. Elle constitue la ville-centre de la communauté de communes de Bastides-de-Lomagne (CCBL) qui rassemble 41 communes. Intégrée au SCoT¹ de Gascogne, la CCBL comprend plusieurs territoires de santé.

Une offre médicale insuffisante

Le territoire de santé incluant Mauvezin, qui couvre 24 communes pour 5 000 habitants, compte six médecins généralistes (dont quatre à Mauvezin au sein de la maison de santé et deux à Puycasquier), niveau le plus bas enregistré depuis une dizaine d'années. La densité de médecins sur ce territoire est de 4,5 pour 10 000 habitants en 2020 contre neuf au niveau national. Deux des médecins généralistes ont entre 55 et 60 ans. Côté patientèle, 35 % des bénéficiaires de soins a plus de 60 ans contre 28 % au niveau national. Ce vieillissement, ainsi que l'installation résidentielle d'une population plus jeune, révèlent certaines lacunes sur le territoire notamment l'absence de médecins spécialistes. À l'inverse, sur les 14 infirmiers du territoire, 11 ont moins de 55 ans. Leur nombre a globalement progressé depuis 2012. La densité d'infirmiers libéraux atteint près de 20 pour 10 000 habitants contre 15 au niveau national.

La création d'une maison de santé

Construite en 2013, à l'initiative de la commune, propriétaire du bâtiment, pour un montant total de 1,6 M€, dans l'objectif de pallier les départs à la retraite des deux médecins libéraux présents en ville, la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Mauvezin compte 20 professionnels dont quatre médecins généralistes libéraux et 10 infirmiers, mais aucun médecin spécialiste en dépit du besoin. La commune a bénéficié d'aides publiques (1 M€) pour son financement et a mobilisé un emprunt (350 k€). Le montant de l'annuité de la dette est couvert par les loyers versés par les locataires, en particulier la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) regroupant les professionnels de santé, le département au titre des assistantes sociales également présentes dans le bâtiment, ainsi que l'association Les petits frères des pauvres.

En 2022, le centre intercommunal d'action sociale (CIAS) et la maison des services publics (devenue maison France Services) ont quitté la MSP pour s'installer dans un autre local. L'espace libéré devrait être occupé par de nouveaux professionnels de santé, sans qu'aucun bail ne soit à ce jour signé.

¹ Schéma de cohérence territoriale.

La nécessité de déléguer et de spécialiser certains actes de soins

En 2010, un diagnostic territorial et un projet de santé de la MSP ont été établis en concertation avec l'agence régionale de santé (ARS) et la commune.

Si des infirmiers libéraux et une infirmière ASALEE sont présents dans la MSP, la question des délégations d'actes n'est pas traitée, le recrutement d'une infirmière en pratique avancée (IPA) demeurant difficile en raison du coût de formation de cette spécialisation. Or, ce type de poste pourrait soulager les médecins de certaines tâches de soins. Dans sa logique de soutien à la lutte contre la désertification médicale et de réponse aux besoins de la population en matière de santé, la commune de Mauvezin pourrait envisager un soutien financier aux infirmiers et infirmières diplômés d'État désireux de se former à la pratique avancée, par exemple sous forme de bourse. La chambre lui recommande d'initier une réflexion sur ce point.

La présence des services départementaux au sein de la MSP permet d'offrir un service social au patient et de lui proposer une réponse globale. La création de filières de soins avec les spécialistes demeure toutefois difficile en raison d'une carence marquée au niveau du territoire, de leur absence au sein de l'équipe de la MSP et des difficultés liées à la téléconsultation. Des actions doivent être menées, en lien avec les médecins et les acteurs publics, pour pallier cette lacune dans le parcours de soins, d'autant que la population est vieillissante et parfois polypathologique.

Aujourd'hui, la réussite des soins de premiers recours réside dans une organisation des soins coordonnée, dont la MSP de Mauvezin est un exemple de fonctionnement dynamique. Néanmoins, la perspective des délégations des tâches et l'accès aux spécialistes restent à mettre en œuvre.

Un engagement communal limité

La création de la MSP par la commune de Mauvezin reposait sur la nécessité d'éviter la désertification médicale, voire de permettre l'installation de nouveaux médecins, et d'assurer aux habitants des soins de premiers recours de proximité et de qualité par une médecine coordonnée. Or, la commune, qui ne dispose d'aucun suivi de l'activité de la MSP, se limite son rôle à celui de propriétaire bailleur. Son intervention est d'autant plus nécessaire que le diagnostic territorial est ancien et que les perspectives de départs en retraite de praticiens risquent de fragiliser davantage l'offre de soins sur le territoire. La chambre lui recommande donc d'assurer, en lien avec les professionnels de santé, un suivi de l'activité de la MSP afin d'estimer la performance du projet par rapport à l'objectif municipal initial de lutte contre la désertification médicale.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

1. Mettre en place des outils d'archivage et de traçabilité des actes de procédure afférents aux marchés, contrats et projets lancés par la commune. *Non mise en œuvre*
2. Se prononcer, dans les meilleurs délais et en concertation avec les professionnels de santé, sur la destination du local laissé vacant au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle. *En cours de mise en œuvre*
3. Mettre en place des outils de suivi financier pour chaque grand projet. *Non mise en œuvre*
4. Assurer un suivi de l'activité de la maison de santé pluriprofessionnelle, en lien avec les professionnels de santé, afin d'estimer la performance du projet par rapport à l'objectif municipal de lutte contre la désertification médicale. *Non mise en œuvre*
5. Initier une réflexion sur un soutien financier aux demandes de formation en pratique avancée des infirmiers. *Non mise en œuvre*
6. Inscrire les crédits budgétaires en adéquation avec les capacités opérationnelles de la commune. *Non mise en œuvre*
7. Mettre en place un plan pluriannuel d'investissements dans le cadre de l'élaboration du prochain budget. *Non mise en œuvre*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières, « par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion de la commune de Mauvezin a été ouvert le 10 janvier 2022 par lettre du président de section adressée à M. Alain Bacqué, ordonnateur en fonctions. Un courrier a également été adressé le 18 janvier 2022 à M. Daniel Cabassy, précédent ordonnateur.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 30 juin 2022 avec l'ordonnateur et 5 juillet 2022 avec le précédent ordonnateur.

Lors de sa séance du 21 juillet 2022, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Alain Bacqué. M. Daniel Cabassy, en qualité d'ordonnateur précédent, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 12 décembre 2022, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

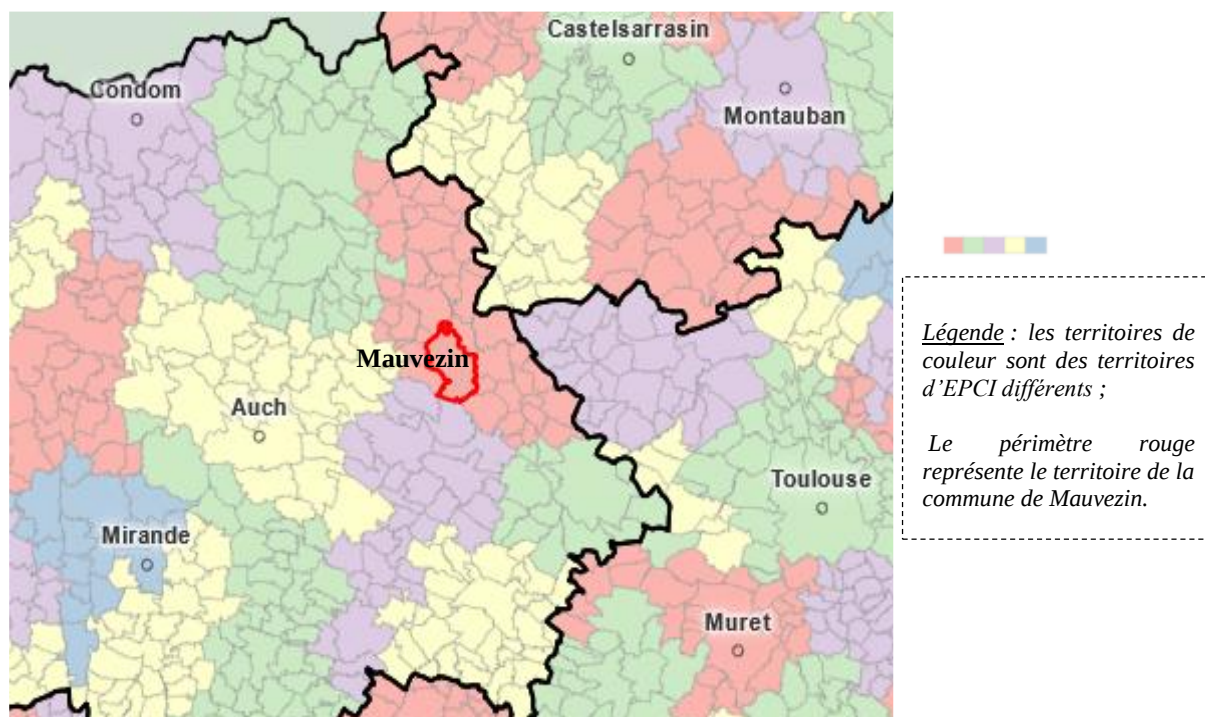
1. PRÉSENTATION

L'analyse de l'offre de soins de premier recours s'opère sur des périmètres qui peuvent se chevaucher, d'une part les collectivités, d'autre part les territoires et communautés de santé.

1.1. La commune et son EPCI

Mauvezin est une petite commune du département du Gers. Avec une population de 2 200 habitants en 2018, la ville est classée commune en zone de revitalisation rurale (ZRR).

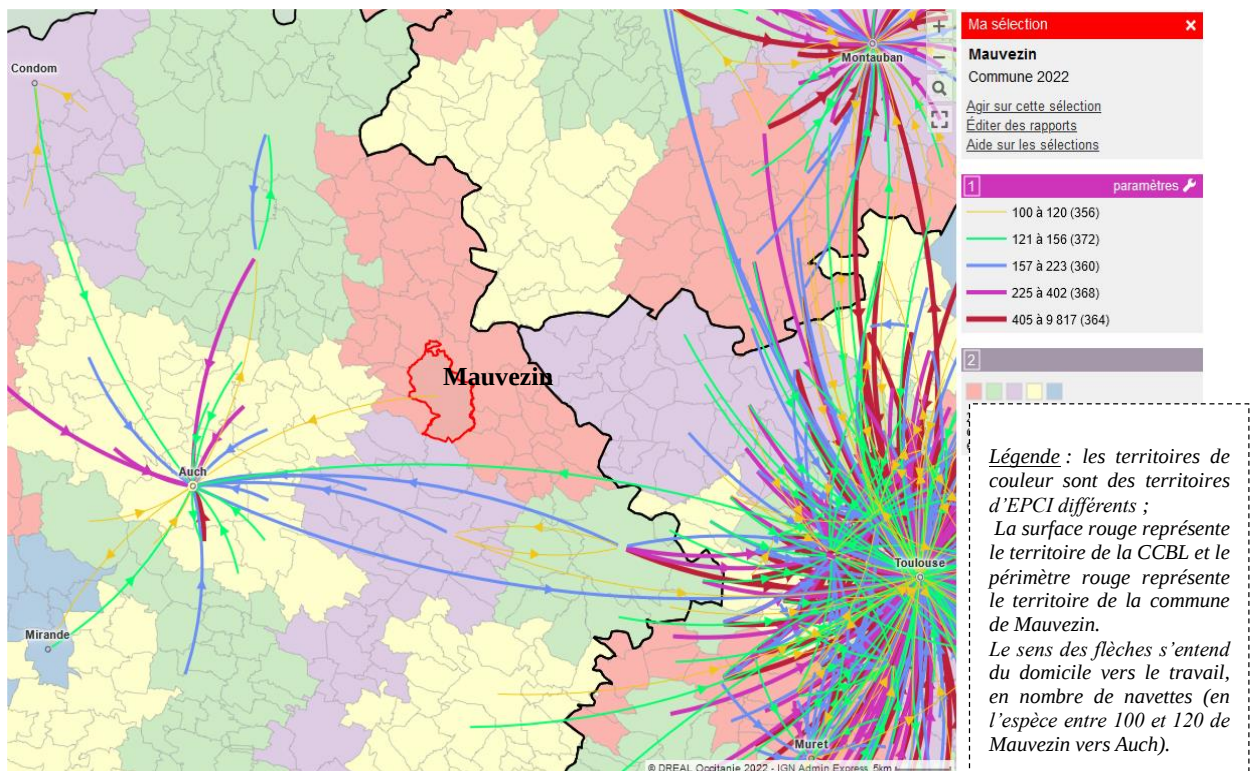
carte 1 : situation géographique de la commune de Mauvezin



Source : Picto-stat Occitanie

La commune connaît, entre 1968 et 2018, une progression de sa population de 18 %, en raison notamment de la proximité d'Auch, située à 25 km et qui constitue la seule ville attractive en termes d'emploi, comme l'illustrent les flux domicile-travail.

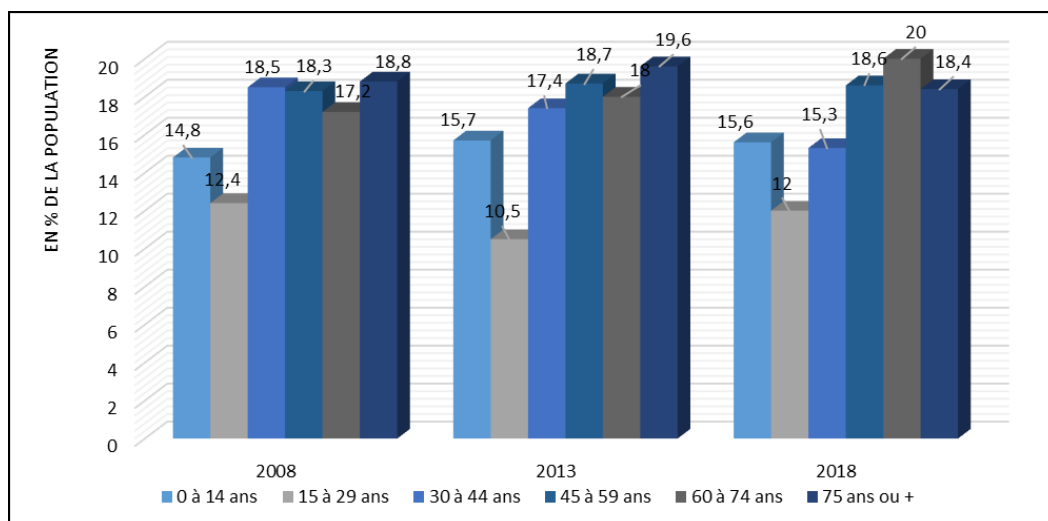
carte 2 : représentation des flux domicile - travail



Source : Picto-stat Occitanie

La population mauvezinoise est vieillissante, près de 40 % a plus de 60 ans. Les retraités représentent la même proportion de population. La tranche d'âge la moins représentée est celle des 15-29 ans avec 12 % en 2018.

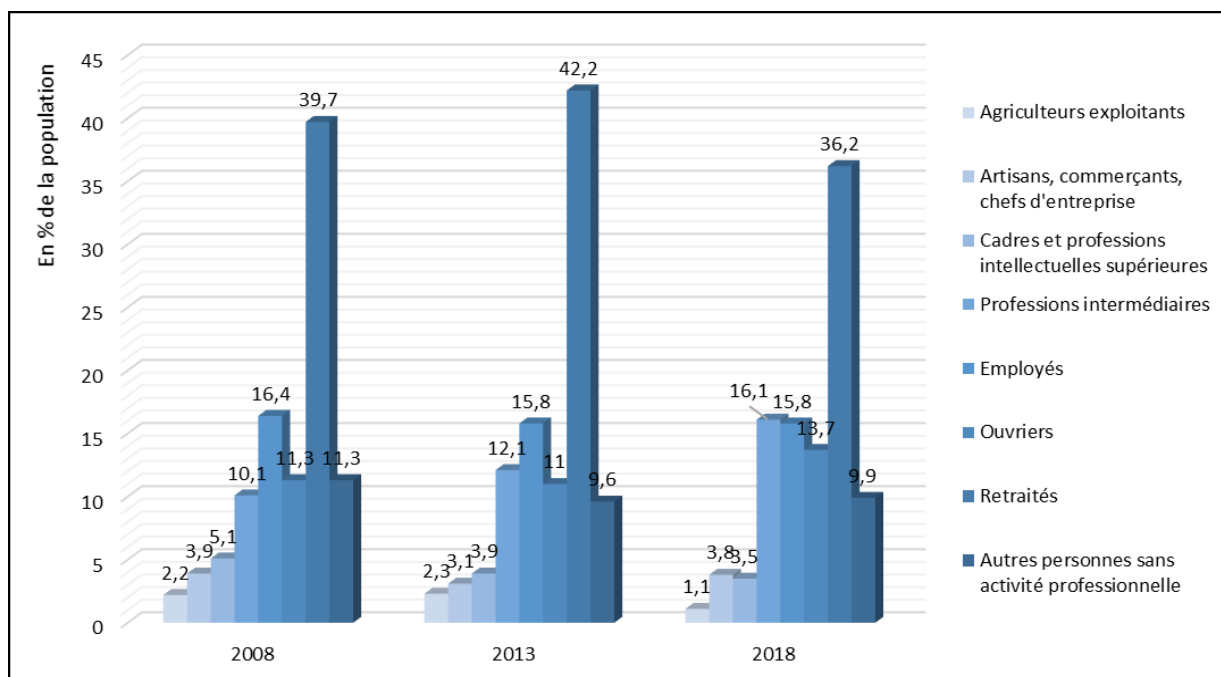
graphique 1 : répartition de la population par grandes tranches d'âges entre 2008 et 2018



Source : dossier complet, Insee, 17 janvier 2022

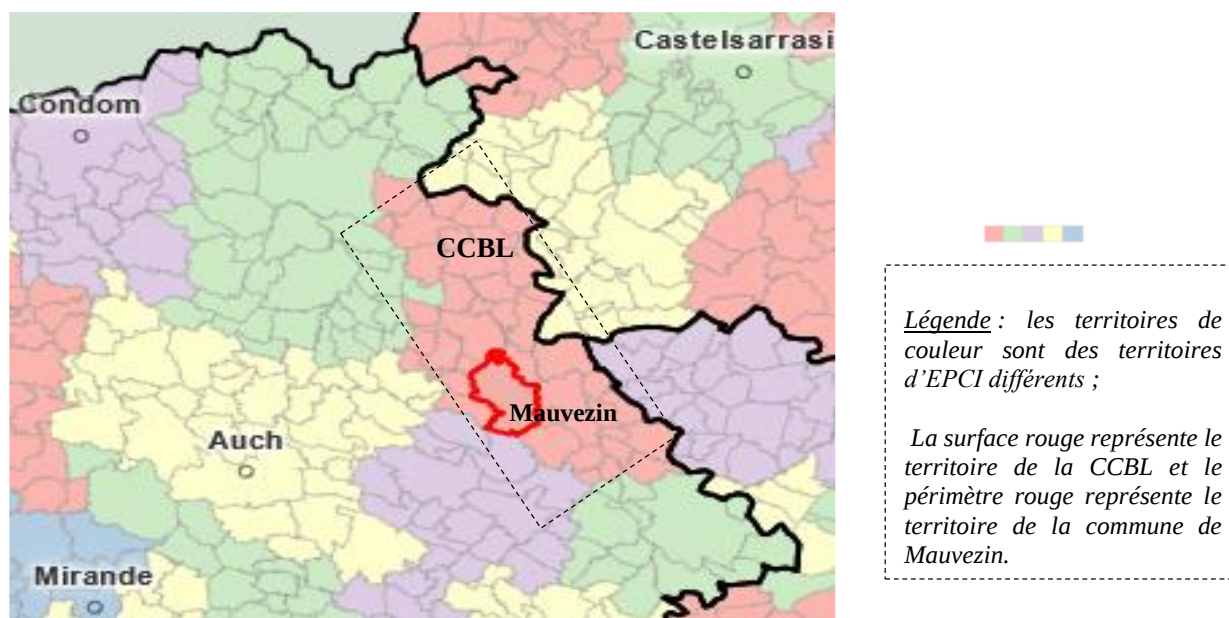
Hormis les retraités, les principales catégories socioprofessionnelles représentées sont les employés et professions intermédiaires. La commune enregistre un taux de pauvreté de 15 %, proche de la moyenne nationale (14,5 %) mais inférieur au taux de 17 % de la région Occitanie².

² Insee : taux de chômage localisés au 3^{ème} trimestre 2021 (comparaisons régionales).

graphique 2 : répartition de la population selon la catégorie socio-professionnelle entre 2008 et 2018

Source : dossier complet, Insee, 17 janvier 2022

La commune de Mauvezin appartient à la communauté de communes Bastides de Lomagne (CCBL) depuis 2017, qui compte 41 communes pour une population totale de 11 600 habitants. Elle en constitue la ville-centre.

carte 3 : situation de la commune de Mauvezin au sein de la CCBL

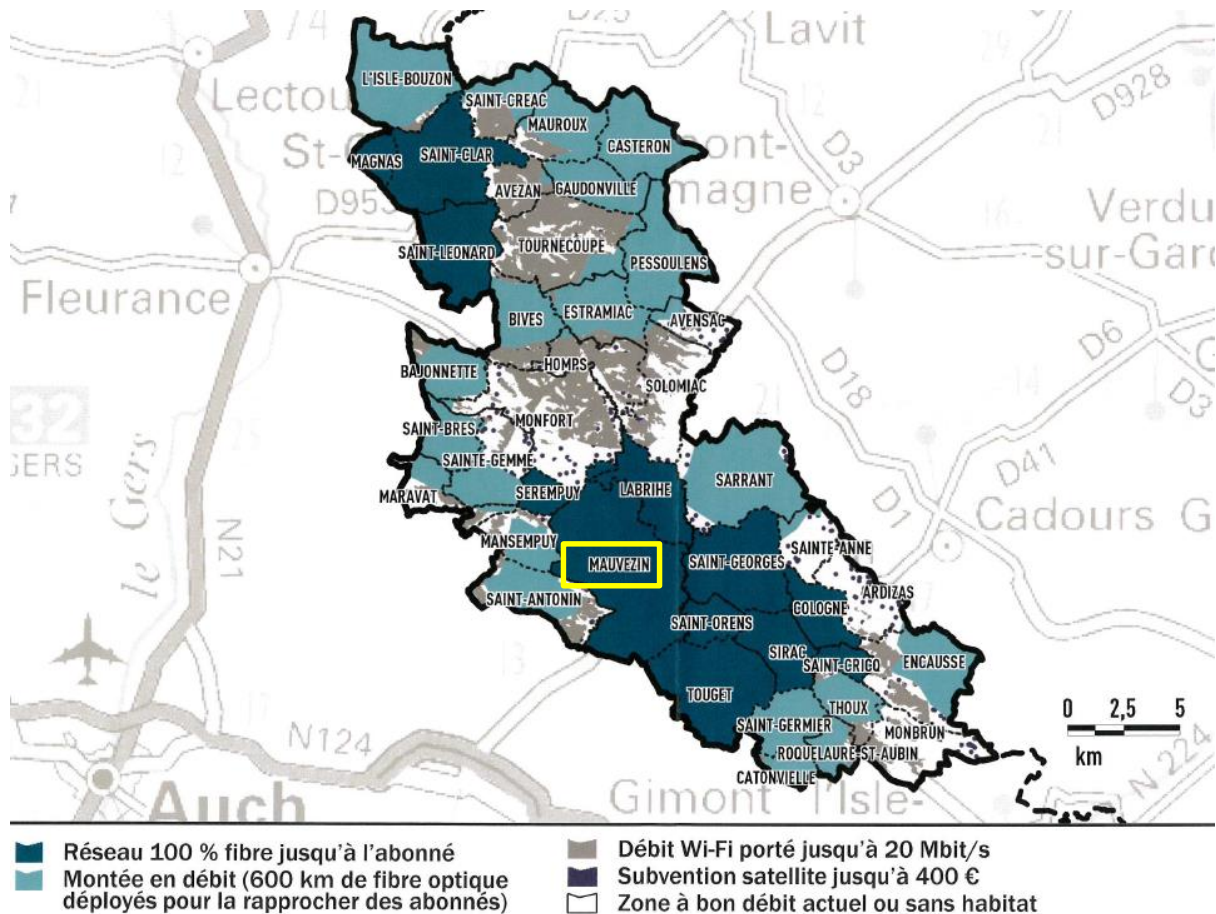
Source : Picto-stat Occitanie

La CCBL est intégrée au schéma de cohérence territoriale (SCoT) de Gascogne par arrêté du 18 septembre 2014. Ce SCoT fixe des objectifs à horizon 2040, notamment un axe sur les équipements améliorant la qualité de vie et accompagnant le vieillissement.

La communauté de communes est également intégrée au schéma départemental d'aménagement numérique (SDAN) du conseil départemental afin de résorber les zones blanches

sur son territoire. Actuellement, le très haut débit est déployé sur l'ensemble du département du Gers et 60 % de la population dispose de la fibre, avec un objectif de 100 % fixé pour 2025. La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Mauvezin n'est pas encore raccordée à la fibre, ce qui a des conséquences sur la rapidité et l'efficacité des connexions.

carte 4 : projet du très haut débit pour tous en 2017 pour la CCBL



Le territoire de la CCBL compte un établissement privé sous contrat pour des formations professionnelles après la 3^{ème} (CAP et bac pro), un collège, quatre écoles élémentaires et six regroupements pédagogiques intercommunaux dispersés (RPID)³ de niveau élémentaire, une école maternelle et un RPID de niveau maternel. Il dispose, par ailleurs, de 119 équipements sportifs⁴ (soit 11 pour 1 000 habitants) et de 30 sites de sports de nature. Enfin, la CCBL compte une école de musique, un musée de l'école publique et un centre d'interprétation. Malgré ces équipements, un déficit de permanences des services publics est constaté, notamment des modes de garde de la petite enfance, ce qui peut nuire à l'attractivité du territoire pour un praticien et sa famille (cf. *infra*).

En termes d'offre de soins, la CCBL compte cinq médecins généralistes, 21 infirmiers, 10 masseurs-kinésithérapeutes, cinq chirurgiens-dentistes et deux orthophonistes. Le territoire

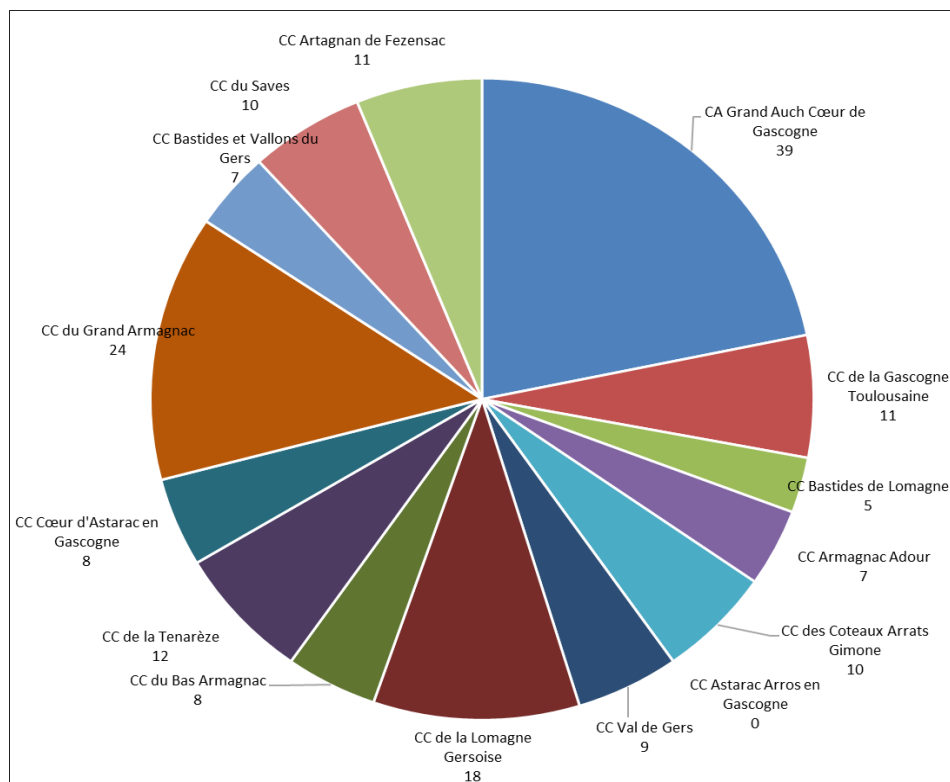
³ Ces structures pédagogiques permettent aux communes de mutualiser les moyens de fonctionnement d'une école en regroupant les élèves par niveaux sur un site (exemple : les maternelles sur un site et les élémentaires sur un autre).

⁴ Notamment 6 centres aquatiques et nautiques, 3 bassins de natation, 16 boulodromes, 11 ensembles de cours de tennis, 1 équipement équestre, 1 parcours de santé, 3 pas de tir, 1 piste de sports mécaniques, 8 plateaux d'éducation physique et sportive, 1 salle de combat, 2 salles multisports, 3 skate-parks, 18 terrains de jeux.

communautaire ne compte qu'une seule structure de regroupement de différents professionnels de santé, la MSP de Mauvezin.

Selon les EPCI du Gers, le nombre de médecins généralistes variait de 0 à 39 en 2019 :

graphique 3 : nombre de médecins généralistes par EPCI du Gers au 31 décembre 2019



Source : Picto-stat Occitanie, indicateurs régionaux sur le thème de la santé

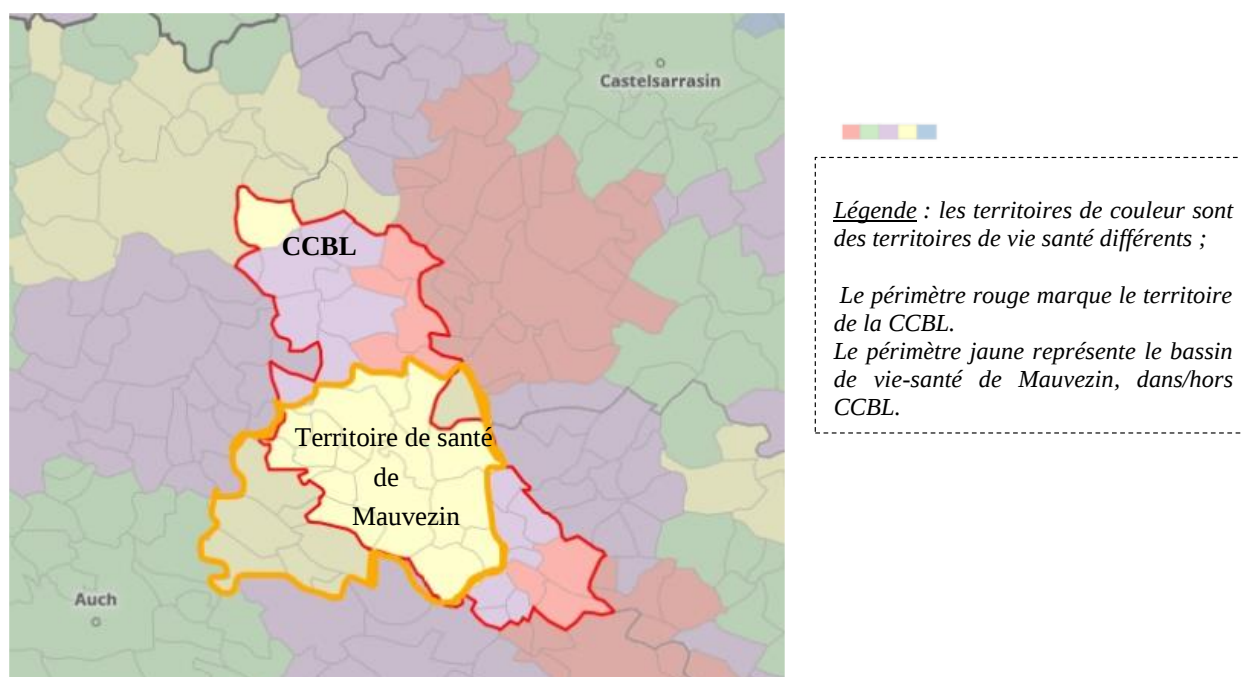
La densité de médecins généralistes de la CCBL est de 4,5 pour 10 000 habitants, contre 0 à 18 médecins pour 10 000 habitants dans les autres EPCI du département. En comparaison, la densité des généralistes libéraux s'établit à 9 pour 10 000 habitants au niveau national.

1.2. Le territoire de santé et la communauté professionnelle

La CCBL compte plusieurs territoires de santé (ou « bassin de vie-santé »)⁵, dont celui formé autour de Mauvezin qui englobe la moitié de son périmètre dans sa partie centrale. Le territoire de santé de Mauvezin, dont la commune reste le pôle d'attraction majeur, compte, pour sa part, 24 communes et 4 900 habitants et dépasse le seul cadre de la CCBL.

⁵ Le territoire de « vie-santé » se définit comme un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services considérés comme les plus courants, constitué selon une logique proche des bassins de vie définis par l'Insee. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé. Ce découpage s'affranchit des délimitations administratives. Ce territoire constitue l'unité géographique de référence utilisée dans les politiques incitatives à l'installation en zones sous-denses (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé).

carte 5 : les territoires de vie santé de la CCBL



Source : Cartosanté

Ce territoire de santé dispose de six médecins généralistes (dont quatre à Mauvezin au sein de la maison de santé et deux à Puycasquier), de 14 infirmiers (dont 12 sur la commune), de quatre masseurs-kinésithérapeutes (tous sur la commune), de trois chirurgiens-dentistes (tous sur la commune) et de deux orthophonistes (un seul sur la commune).

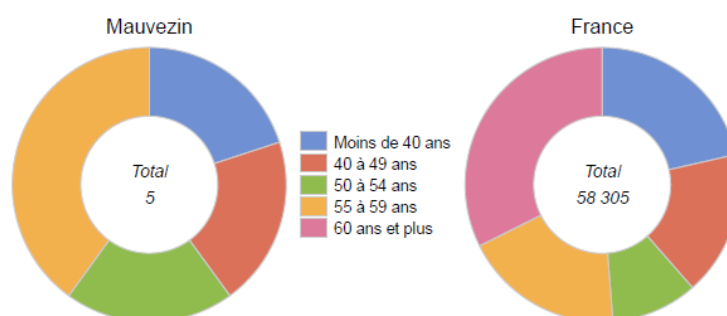
Le nombre de médecins généralistes est le plus bas enregistré depuis une dizaine d'années. Le territoire en comptait, en effet, sept en 2011, puis six depuis 2013. Par ailleurs, deux des médecins généralistes ont entre 55 et 60 ans, avec une perspective de départ à la retraite à court terme.

tableau 1 : portrait du territoire de santé de Mauvezin

		Population	Nbre d'omnipraticiens	Nbre d'infirmiers	Nbre de masseurs-kinésithérapeutes	Nbre de chirurgiens-dentistes	Nbre d'orthophonistes	Nbre de sages-femmes
Bassin de santé	24 communes	4 896	5	14	4	3	2	0
dont :	Mauvezin	2 198	4	12	4	3	1	0

Source : Cartosanté

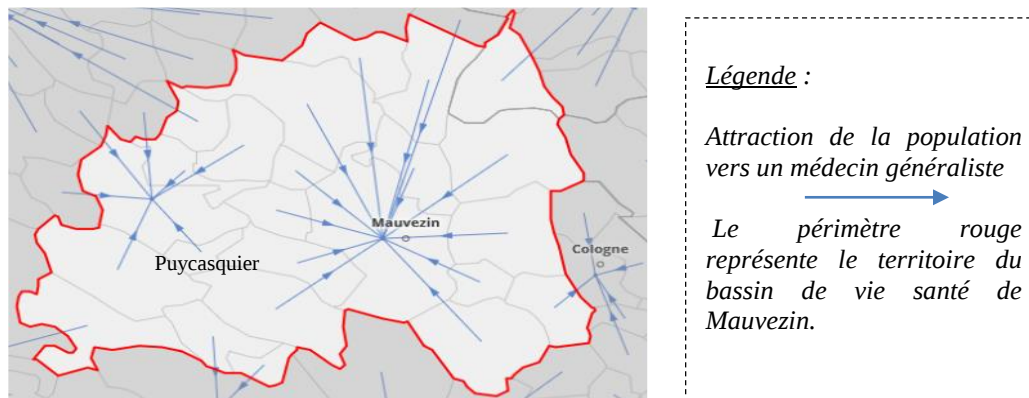
graphique 4 : répartition par tranche d'âge des médecins généralistes (territoire de santé de Mauvezin et France)



Source : Cartosanté

À l'inverse, sur les 14 infirmiers du territoire, 11 ont moins de 55 ans et leur nombre a globalement progressé depuis 2012 (10 à 15 infirmiers en 2018, 13 en 2019 puis 14 en 2020). La densité d'infirmiers libéraux est de près de 20 pour 10 000 habitants, contre 15 au niveau national.

carte 6 : pôles d'attraction des médecins généralistes en 2020 sur le bassin de vie-santé



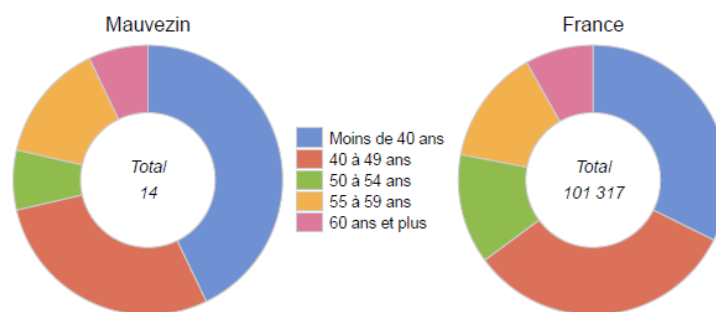
Source : Cartosanté

La répartition des bénéficiaires d'actes de généralistes illustre le vieillissement de la population du territoire de santé : 35 % ont plus de 60 ans, contre 28 % au niveau national, et 14 % ont plus de 75 ans, contre 11 % au niveau national. Également, 24 % de la population est en affections longue durée (ALD)⁶ (contre 22 % au niveau national). Les personnes de plus de 60 ans consomment 45 % des actes de généralistes (dont 20 % pour les plus de 75 ans).

Le nombre moyen d'actes par bénéficiaire est de 4,1 sur le territoire, ce qui correspond au niveau national (4,2). Dans les tranches d'âges les plus hautes, cette moyenne est inférieure au niveau national : le nombre moyen d'actes par bénéficiaire âgé de 75 ans et plus est ainsi de 5,9 (contre 6,7 au niveau national), ce qui confirme la faible mobilité des personnes âgées en milieu rural.

61 % des actes infirmiers concernent des bénéficiaires de plus de 60 ans et 33 % des personnes de plus 75 ans.

graphique 5 : répartition par tranche d'âge des infirmiers au 31 décembre 2020



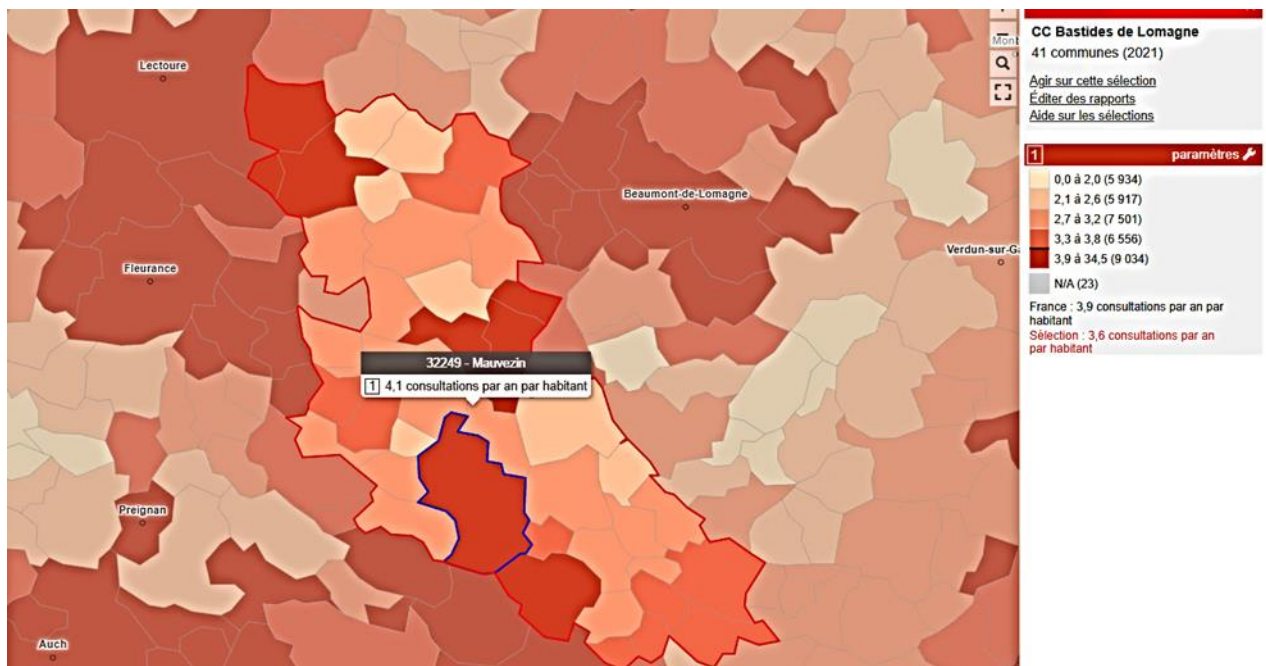
Source : Cartosanté

⁶ L'affection longue durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et un suivi complexe (cancers, maladies cardio-vasculaires, polyarthrites, AVC, Alzheimer et Parkinson notamment).

Si l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (APL⁷) de Mauvezin est satisfaisante (4,1 consultations par an par habitant, contre 3,9 pour la moyenne française et 4 pour le département du Gers), elle s'explique par la présence de la MSP sur la commune mais aussi par la population vieillissante qui conduit à une augmentation du nombre de consultations. L'APL de la CCBL est de 3,6 consultations par an et par habitant, soit en-deçà de la moyenne nationale.

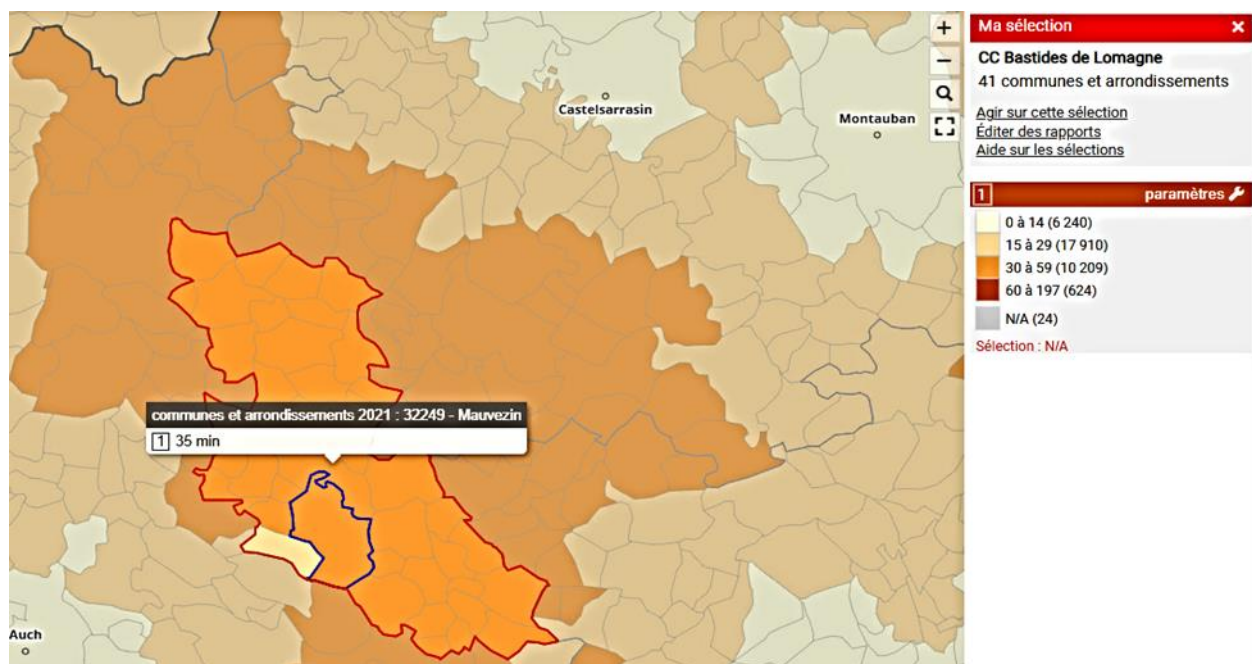
Le temps d'accès de la population communale au service d'urgence le plus proche est de 35 minutes, temps évalué entre 30 minutes et une heure sur l'ensemble de la CCBL, directement en lien avec la présence de l'hôpital d'Auch.

carte 7 : accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en 2018



Source : Observatoire des territoires

⁷ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Calculé à l'échelle communale, l'APL tient compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

carte 8 : temps d'accès à la structure d'urgence la plus proche (en minutes), en 2021

Source : Cartosanté

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Sud-Est Gersois couvre un territoire beaucoup plus vaste que le bassin de vie-santé. Elle regroupe les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé. Le diagnostic territorial a permis de définir la zone de la CPTS, et son projet de santé, autour de 93 communes des départements du Gers et de la Haute-Garonne pour une population de plus de 43 000 habitants.

La CPTS a été créée sous forme associative en novembre 2020 grâce au rôle moteur de la MSP de Mauvezin et à la coordination avec les partenaires extérieurs (hôpital de proximité, EHPAD, services sociaux du département et de l'intercommunalité). La crise sanitaire a confirmé, pour les différents acteurs du territoire, la nécessité d'un travail coordonné. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)⁸, qui a été signé le 30 novembre 2021, formalise la mise en œuvre d'actions et d'indicateurs de suivi et d'objectifs.

⁸ Le dispositif global du recours à l'accord conventionnel interprofessionnel est détaillé infra dans le cadre du fonctionnement de la MSP de Mauvezin.

carte 9 : territoire de la CPTS Sud-Est Gersois

Source : projet de santé de la CPTS

Le territoire de la CPTS est marqué par une part de la population déclarée en ALD de 18 % et une part de la population sans médecin traitant déclaré de 10 %, dont 8,5 % de plus de 70 ans. La CPTS du Sud-Est Gersois regroupe 40 médecins généralistes, dont 12 ont plus de 60 ans et huit plus de 65 ans (impliquant des départs à la retraite à court terme), et seulement sept médecins spécialistes.

Outre la MSP de Mauvezin, le territoire de la CPTS compte une seconde MSP à Samatan, au sud du territoire. Ce territoire ne compte pas, en revanche, de centre hospitalier ou de clinique mais comporte de nombreuses structures médico-sociales. Une des conséquences est la faiblesse du réseau entre professionnels et un sentiment d'isolement de ces derniers. En outre, le diagnostic de territoire a révélé des actes de télémedecine peu nombreux.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Située dans le département du Gers, la commune de Mauvezin, qui regroupe 2 200 habitants, est attractive en termes démographique notamment grâce à la proximité d'Auch et de son bassin d'emploi. Néanmoins, avec près de 40 % de retraités, la population mauvezinoise est vieillissante. Cette situation emporte des conséquences en termes de besoin de santé, avec un taux important d'actes de généralistes pour les plus de 60 ans. 24 % de la population du territoire de santé souffre d'affections longue durée qui nécessitent un suivi long et complexe.

Dans le même temps, avec une densité inférieure au niveau national, le nombre de médecins généralistes, dont une grande part est en fin de carrière, n'a cessé de diminuer. L'absence de spécialistes à Mauvezin et leur nombre limité au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé (sept pour 93 communes) constitue un obstacle à une prise en charge globale du patient. À l'inverse, la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à la moyenne nationale.

2. PROJET DE SANTÉ DE LA MSP

2.1. Diagnostic et définition du projet de santé

Le projet de la maison de santé pluridisciplinaire de Mauvezin s'inscrit dans la politique territoriale de l'agence régionale de santé (ARS).

La politique nationale de santé est déclinée au niveau régional par l'ARS, notamment au sein d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 2010, puis du nouveau schéma régional de santé (SRS) pour la période 2018-2022. Le volet ambulatoire du SRS, qui définit les priorités d'action en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours, est articulé autour des trois orientations suivantes :

1. garantir dans chaque bassin de santé une offre de soins et de service de santé de proximité répondant aux besoins du patient et de son parcours de santé (promouvoir la notion du « bon soin au bon endroit avec le bon professionnel » et garantir autant que possible la prise en charge de proximité en ambulatoire ou à domicile) ;
2. centrer dans chaque bassin de santé l'action des professionnels du premier recours autour des priorités de santé publique par le biais d'un projet de santé du bassin (mis en œuvre et suivi par tous les professionnels et toutes les structures du premier recours) qui doit définir les objectifs de qualité des prestations et rendre lisible les modes de fonctionnement ;
3. accompagner les organisations ambulatoires pour éviter une désertification médicale dans une diversité des solutions tout en répondant à une logique d'ensemble.

encadré 1 : focus sur le projet régional de santé de l'ARS

Le projet régional de santé (PRS) de l'ARS permet de piloter la politique de santé à l'échelle de la région. En cohérence avec la stratégie nationale de santé, il définit les objectifs à atteindre dans les cinq ans à venir, ainsi que les actions à mettre en œuvre. Le PRS se compose de trois documents :

- le cadre d'orientation stratégique (COS), arrêté pour dix ans, qui fixe les objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population en s'appuyant sur les évolutions possibles. Il s'appuie sur les diagnostics des données de santé ;

- le schéma régional de santé (SRS) ou schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui détermine les enjeux organisationnels ou de nature à transformer le système de santé. Résultat de l'expression des usagers et des contributions de diverses instances, il est le document qui aborde la problématique des soins de premier recours ;

- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui, arrêté pour cinq ans, recense les actions à mettre en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées par les personnes en grande ou très grande précarité. Il s'appuie sur les enseignements des politiques régionales.

Le PRS actuel, dit de 2^{ème} génération (2018-2022), qui s'inscrit dans la continuité des deux PRS de 1^{ère} génération des deux ex-régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, constitue un outil de mobilisation des professionnels de santé libéraux et de modernisation de l'offre, à travers le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné. Il détermine les actions à mettre en œuvre lorsque les besoins en implantation ne sont pas satisfaits, à savoir repérer les zones fragiles sur lesquelles des projets structurants doivent intervenir, maintenir les professionnels de santé en place et favoriser l'installation de nouveaux professionnels. Plusieurs formes sont envisagées : maisons de santé pluriprofessionnelles, organisation des professionnels autour d'un établissement de santé de proximité, centres de santé ou établissements médico-sociaux en cas d'insuffisance de l'offre libérale.

Au niveau territorial, un diagnostic⁹ et un projet de santé ont été établis en 2010 pour la maison de santé de Mauvezin en concertation avec la fédération Midi-Pyrénées des maisons et pôles de santé, l'association des professionnels¹⁰ de santé et acteurs sociaux du bassin de vie mauvezinois pour le développement de l'offre de soin, l'ARS et la commune.

Le diagnostic relève deux caractéristiques du territoire : le vieillissement de sa population, le Gers constituant l'un des départements les plus âgés de la région¹¹, et un flux migratoire positif lié à l'attractivité actuelle chez les jeunes actifs.

En effet, 10 % de la patientèle des médecins généralistes du canton a entre 60 et 70 ans, 20 % plus de 70 ans, 16 % de la patientèle des kinésithérapeutes relève de la gériatrie, plus de 60 % des patients des cabinets infirmiers ont plus de 60 ans. L'ensemble des professionnels de santé constate des prises en charge à domicile de plus en plus lourdes, avec une perte d'autonomie croissante, des prises en charge curatives et palliatives liées aux pathologies cancéreuses plus nombreuses, des hospitalisations de plus en plus courtes avec un retour au domicile précoce. L'éducation thérapeutique est globalement prise en charge par les infirmiers et tous les acteurs soulignent un manque de coordination entre les acteurs médicaux et paramédicaux.

Dans le même temps, le solde migratoire positif est lié à l'installation résidentielle d'une population plus jeune, qui révèle certaines lacunes sur le territoire, notamment l'absence de médecins spécialistes tels les pédiatres, gynécologues, sages-femmes, psychomotriciens ou psychologues et la prise en charge de certains de ces actes par le médecin traitant familial. Les pathologies liées au travail agricole sont également nombreuses (10 % de la population sont travailleurs agricoles en 2006 sur le canton). Une partie de la population présentant des pathologies psychiatriques, associées ou non à des conduites addictives, ne bénéficie pas de la prise en charge nécessaire. Enfin, la précarisation sociale est grandissante, toutes classes d'âges confondues.

À ces facteurs s'ajoute un déficit de permanences des services publics sur le territoire communal, concernant notamment les modes de garde de la petite enfance, ainsi que les installations médicales et médico-sociales.

tableau 2 : synthèse des données du diagnostic territorial (2014)

		Nb total	Indépendant	En cabinet	Age moyen	Commune	Hors commune	Densité	Densité nationale	Permanence des soins
Accès aux soins	Médecins	4	2	2	52	3	1	1/1211	1/1087	5
	Actes	25320								
	ALD	1120								
	Infirmiers	10	0	10	39	8	2			
	Masseurs-kinésithérapeutes	4	1	3	moins de 40	4		1/2349	1/1410	kinésithérapie respiratoire pédiatrique
	Pédicure-podologue	1								
Dentistes	2	2								
Hôpital	Service de médecine	15 lits								
	Suite et réadaptation	15 lits								
	Service EHPAD	62 lits								
	Service soins infirmiers à domicile (SSIAD)	21 places								

Source : CRC d'après le diagnostic territorial

⁹ Ce diagnostic a été réalisé à l'échelle du canton et à partir des données disponibles de l'Insee, de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et de l'expérience des différents professionnels.

¹⁰ Cinq médecins, 10 infirmiers, quatre kinésithérapeutes, une psychologue, deux pédicure-podologue, une diététicienne, une infirmière à domicile, un représentant de la mutualité sociale agricole, du centre communal d'action sociale, et deux représentants du conseil départemental et de la protection maternelle et infantile.

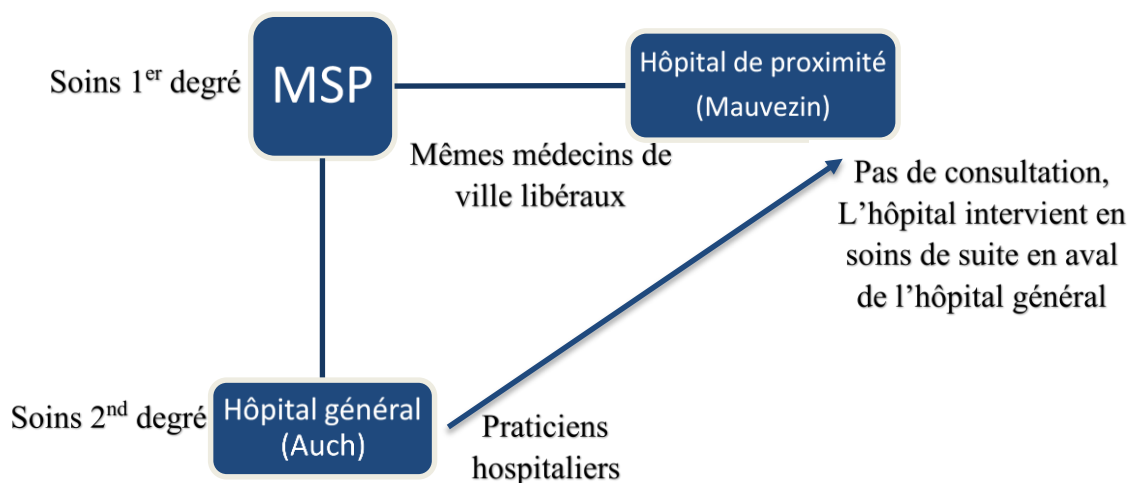
¹¹ Entendue comme la région Midi-Pyrénées au moment du diagnostic.

Si la commune abrite un hôpital de proximité, cet établissement ne dispose plus de praticien hospitalier. Les patients de l'hôpital sont pris en charge aujourd'hui par les généralistes de la MSP de Mauvezin et un des médecins de Puycasquier, qui assurent aussi la permanence de soins. Le service de soins infirmiers à domicile, qui a été créé en 1993, comprend 21 places.

Au sein de l'hôpital, des consultations décentralisées étaient réalisées régulièrement par le CH d'Auch et le CH psychiatrique du Gers. Des médecins spécialistes consultaient dans les locaux de l'hôpital local mensuellement et des équipes mobiles intervenaient à la demande. Dans le cadre de ces consultations, une délocalisation à la MSP avait été envisagée. Le déclin de la démographie médicale a été responsable de la disparition de cette activité décentralisée et la délocalisation à la MSP n'a pu être réalisée.

Aujourd'hui, il n'y a aucune permanence pour les consultations de médecins spécialistes, ni à l'hôpital de proximité ni à la MSP.

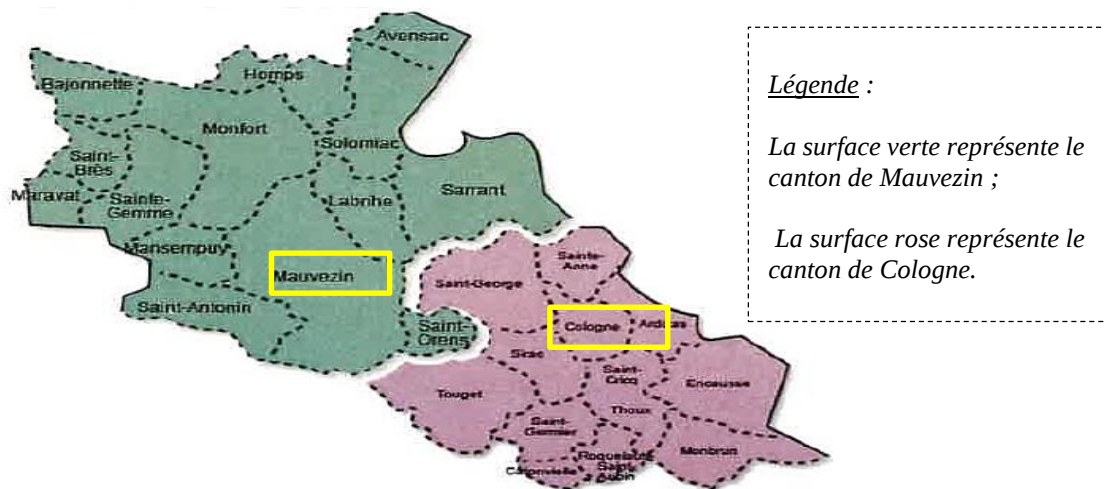
graphique 6 : articulation des soins entre les différentes structures



Source : CRC

En matière d'équipements médico-sociaux, le territoire de Mauvezin comptait, à la préfiguration de la MSP, une maison de retraite (une autre se trouve sur le territoire de Cologne avec un secteur Alzheimer), une structure médico-psychiatrique (pouvant accueillir de façon temporaire 40 adultes handicapés psychiques au sein de logements individuels), le réseau Arpège (équipe mobile de soins palliatifs et douleur à domicile), un réseau téléphonique de soutien et conseil aux diabétiques mis en place par la caisse primaire d'assurance maladie, deux laboratoires d'analyses médicales, deux pharmacies, deux sociétés d'ambulance.

Les médecins de la MSP assurent la permanence des soins sur un territoire plus important que le canton de Mauvezin puisqu'ils interviennent également sur le canton de Cologne, ces deux territoires regroupant une population de près de 6 500 habitants, afin de mieux réguler les plannings de gardes.

carte 10 : territoire d'intervention des médecins lors de la permanence des soins

Source : diagnostic territorial

Depuis 2013, le secteur Cologne-Mauvezin est associé à celui de Gimont-Aubiet. La réorganisation des secteurs de la permanence des soins ambulatoires a été effectuée, pour la période 2019-2022, sur tout le département. Il ressort des données de l'ARS qu'en 2019, 133 médecins gersois participent à l'astreinte (contre 150 en 2018), organisés en 13 secteurs (dont le secteur Gimont-Mauvezin).

En conclusion, le diagnostic de territoire relève les problématiques suivantes :

- une démographie médicale et paramédicale locale en déclin liée à l'âge et au nombre (notamment des médecins et kinésithérapeutes) ;
- des départs à la retraite à court terme impactant l'augmentation du territoire à couvrir lors de la permanence des soins ;
- la difficulté à trouver des remplaçants ou successeurs (médecins comme infirmiers et kinésithérapeutes) ;
- la difficulté à dégager du temps de formation et d'actions de santé publique ;
- des locaux de cabinet médical et kinésithérapie mal adaptés ;
- des patients de l'hôpital local pris en charge par les médecins du canton ;
- le manque de spécialités sur le territoire (orthophoniste, sage-femme, psychologue, diététicien notamment) ;
- le manque de coordination et de coopération (lien, cohérence et communication) entre les différents professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux (absence de protocoles de soins, de réunions ni de projet de santé global).

2.2. Mise en œuvre du projet de santé

Sur la base de ce diagnostic, le projet de santé et le projet professionnel de la MSP, réunis dans un même document, ont permis de fixer quatre objectifs majeurs :

- renforcer la démographie médicale et paramédicale en déclin en regroupant des professionnels médicaux, paramédicaux, sanitaires et sociaux au sein d'une même structure, et ainsi permettre la pérennité, la continuité et la qualité des soins (favoriser les installations et faciliter les

remplacements), assurer la permanence des soins et participer à la formation des futurs professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins en activité ;

- enrichir l'offre de soins par l'arrivée de nouveaux professionnels dans des spécialités absentes du territoire, assurer ainsi une prise en charge globale du patient et la coopération interdisciplinaire ;
- développer la coordination et la coopération entre professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs sociaux, avec cinq sous-objectifs : assurer le suivi des maladies chroniques, le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie, préparer son retour après hospitalisation, accompagner le vieillissement, dépister les situations à risques ;
- élaborer un projet architectural de maison de santé offrant des locaux adaptés à des soins de qualité et indépendants du centre hospitalier local¹² (accessibilité des locaux, prises en charge pour tous les motifs de consultation et conditions de travail optimales pour les professionnels).

Le projet de santé n'a pas été mis à jour depuis sa dernière version en 2014.

Le projet professionnel encadre le volet opérationnel du projet de santé. La maison de santé est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h à 12h. Pendant ces horaires, deux secrétaires sont présentes à l'accueil. La MSP est joignable par un numéro unique, néanmoins les numéros de téléphone des praticiens déjà en place sont maintenus dans un souci de continuité avec la patientèle existante.

Le projet définit par ailleurs les plannings de chacun des médecins (consultations, visites ou permanence pour les urgences de jour) et le rythme de la permanence de nuit du lundi au vendredi¹³. Les horaires des kinésithérapeutes, de leur garde respiratoire ainsi que la permanence des infirmières, des professionnels paramédicaux et du service de soins à domicile sont également décrits dans le projet professionnel. Une charte est élaborée en annexe du projet professionnel pour harmoniser leurs engagements et informer la patientèle.

Organisés dans un premier temps en association loi 1901, les professionnels ont fait le choix en 2013 d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Les professionnels forment les futurs praticiens dans un environnement pluridisciplinaire. Un logement communal est mis à disposition des stagiaires. Également, une convention signée avec la commune permet de mettre à disposition des logements VVF au besoin. À titre d'exemple, en 2021, 49 nuitées ont été proposées par la commune au profit des internes en remplacement à la MSP.

Par ailleurs, les professionnels de santé se forment eux-mêmes à travers le partage des savoirs et des acquis. Les compétences, spécialités, diplômes de chacun sont énumérées dans le projet professionnel, et les professionnels sont invités à suivre de nouvelles formations afin de devenir référents au sein de la maison de santé et organiser des sessions de formation internes. Cette formation est complétée par une évaluation des pratiques professionnelles et par un travail de recherche en soins de premier recours. À ce titre, une équipe de volontaires doit participer à des études cliniques de terrain initiées et élaborées au sein de la MSP ou en lien avec l'université.

¹² La situation de l'hôpital en basse ville était difficilement compatible avec la proximité pour l'essentiel de la population, située en haute ville, et les locaux disponibles étaient insuffisants.

¹³ Les plannings des gardes de fin de semaine et des jours fériés sont établis annuellement par l'Ordre des médecins et consultables par les professionnels de la MSP.

Même si chaque praticien a rempli ses obligations de formation professionnelle continue, aucune évaluation des pratiques professionnelles n'a été réalisée formellement au sein de l'équipe de la MSP, alors qu'elle constitue l'un des objectifs fixés par le projet de santé.

Les réunions interdisciplinaires médico-sociales sont trimestrielles. Chaque réunion aborde les cas cliniques difficiles, les réponses apportées aux questions des précédentes réunions afin de rédiger des protocoles communs (exemple avec le diabète, la prise en charge de la douleur ou les soins et cicatrisations des plaies), le partage des acquis et l'organisation de la maison de santé. Plus globalement, la coopération et la coordination s'entendent :

- de la constitution d'un dossier patient informatique unique et partagé entre tous les professionnels sanitaires et sociaux via un logiciel adapté et évolutif permettant la traçabilité des données ;
- de la mise en place d'un dossier dit « au lit du malade » reprenant les éléments de suivi de santé, soins prodigués, données des professionnels et données personnelles du patient ;
- du développement d'une messagerie interne à la MSP consultée quotidiennement ;
- de la mise en place de réunions interprofessionnelles quotidiennes d'urgence, hebdomadaire pour la concertation pluridisciplinaire et trimestrielles ;
- de la rédaction de protocoles pour les malades chroniques ;
- de la coopération entre le centre hospitalier local et la MSP (eu égard au double rôle des médecins de la MSP libéraux et hospitaliers), la mise en place d'une fiche de liaison entre le centre hospitalier et le domicile (analyse de situation au domicile, analyse des besoins après hospitalisation, coopération avec les réseaux de santé existants (professionnels libéraux et équipes mobiles du centre hospitalier) ;
- de la réflexion autour des nouveaux modes de rémunération proposés par l'ARS.

Le recours aux outils de la télésanté (ou télémedecine) couvre trois axes principaux : la téléconsultation au sein de la MSP (logiciel MEDICAM), la téléexpertise en qualité de médecin requérant (logiciel POSTELO), la messagerie sécurisée (Medimail, MSSanté).

La téléconsultation devrait permettre à la MSP d'être reliée aux spécialistes hospitaliers pour une réponse concernant des patients ne pouvant pas se déplacer. De fait, elle est peu pratiquée par les médecins de la MSP, une formation initiale ou de rappel étant nécessaire à chacune des rares utilisations et les médecins spécialistes interlocuteurs n'étant pas tous sensibilisés ou concernés par cet outil (notamment les spécialités avec palpations).

Elle permet par ailleurs une gestion à distance du dossier du patient par les professionnels. Grâce au partenariat avec le CH d'Auch dans le cadre du pôle d'excellence rural (PER) « Santé ruralité Gers », les professionnels de la MSP auront la possibilité de suivre une formation ou une conférence à distance. Sur ce sujet de la télémedecine, le référent est le vice-secrétaire de l'association.

encadré 2 : exemple détaillé : la fiche de liaison entre hospitalier - domicile

En cas d'hospitalisation décidée par les membres de la MSP, une fiche de liaison doit permettre à l'équipe hospitalière de mieux cerner la situation du patient et de son habitation pour améliorer le retour à domicile et doit comprendre :

Une analyse de la situation au domicile :

- présentation du patient (identité, données administratives),
- antécédents médico-chirurgicaux du patient,
- traitements en cours,
- présentation environnementale,
- environnement familial : présence ou absence d'un aidant principal,
- distance géographique entre l'aidant et le patient,
- auxiliaire de vie en fonction du plan d'aide élaboré par les assistantes sociales,
- environnement matériel avec description du lieu de vie et des équipements médicaux en place pour évaluer s'ils sont adaptés ou non à l'état de dépendance du patient.

Une analyse des besoins après hospitalisation est effectuée :

- observation médicale : résumé de l'hospitalisation avec rappel des événements importants ;
- traitement à la sortie ;
- situation médicale à la sortie : état moral, handicap et niveau de dépendance (surdité, appareillage, vue, état cutané, allergie, incontinence, régime...) ;
- soins d'hygiène et de confort ;
- soins infirmiers : pansement, injection par exemple ;
- portage des repas à domicile ou non ;
- réévaluation de la situation par les assistantes sociales ;
-   quipements médicaux à (r  -)  valuer suivant l'autonomie du patient : lit médicalisé, garde-robe, si  ge de douche, rehausseur, fauteuil adapté, équipement anti-escarres.

Les nouveaux modes de rémunération ont encouragé la démarche de travail collectif. Il s'agit de forfaits, complémentaires au paiement de l'acte, accordés à la MSP en contrepartie du respect de certains engagements et objectifs contractualisés avec la CPAM dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Cet accord conventionnel permet d'accompagner les acteurs de santé afin de répondre aux besoins de la population. Les versements dépendent de la taille de la patientèle, du nombre et du type d'engagements respectés.

Dans le cadre des nouveaux modes de rémunération, des objectifs et indicateurs doivent être suivis au niveau de la qualité des soins, coordination et continuité des soins et de l'efficacité :

- taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les patients de 65 ans et plus ;
- taux de patients, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une infirmière ;
- taux de couverture du dépistage de l'obésité au niveau du site ;
- taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer ;
- taux de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels il a été proposé un soutien aux aidants ;
- taux de patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages HBA1C¹⁴ dans l'année ;
- trace de chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé sur le site dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant ;
- continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site ;

¹⁴ Correspond au dosage de l'hémoglobine glyquée, reflet de la glycémie sur une période de deux à trois mois.

- continuité des soins aux heures de fonctionnement du site ;
- coordination des soins avec une structure extérieure ;
- professionnels de santé avec un accès à un espace de travail informatique commun ;
- réunions de concertation selon un rythme programmé avec les professionnels du site ;
- existence de protocoles sur support papier ou électronique.

De fait, ces indicateurs sont retrouvés dans les évaluations réalisées par la CPAM (cf. *infra*).

Enfin, le projet professionnel aborde les questions de prévention, santé publique et éducation thérapeutique sur des thèmes précis (en premier lieu le diabète mais également l'hypercholestérolémie et les dépistages des cancers) et mobilisant tous les professionnels (médecin, infirmier, diététicien, podologue, psychologue, kinésithérapeute) autour d'un coordonnateur désigné pour chaque thème. L'évaluation par un questionnaire de satisfaction des patients est prévue, elle est réalisée par la CPAM dans le cadre du rapport annuel portant sur l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

L'évaluation du bon fonctionnement de la maison de santé est prévue autour des thèmes suivants : la prise en compte des besoins et des attentes des patients, le service rendu au public, la coordination des professionnels et l'amélioration des conditions d'exercice. Un volet du projet professionnel est consacré à l'évaluation. Il prévoit de rendre compte à un an, trois ans et cinq ans, du bon fonctionnement de la MSP. Les professionnels de santé s'engagent ainsi à évaluer différents critères : de prise en compte des besoins (sollicitation des élus, dispositif de recueil de doléances, communication), de service rendus (notamment horaires, soins non programmés et permanence, recours à un spécialiste), de coordination et d'amélioration des conditions d'exercice.

Si les professionnels de santé présents lors des réunions pluriprofessionnelles mensuelles, lors des réunions de gérance et lors des réunions du comité de pilotage du projet de santé, échangent sur les difficultés rencontrées et les solutions à apporter, l'évaluation telle que présentée n'est pas, à ce jour, réalisée.

Ainsi, les professionnels veillent à la prise en charge du patient et à la qualité des soins apportés, mais les engagements en termes d'évaluation des actions ne sont pas tenus, notamment en raison de la charge de travail des médecins, tant du point de vue de la dispense des soins et que du suivi des dossiers, ce qui limite la mesure des progrès réalisés.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le projet de la maison de santé pluridisciplinaire de Mauvezin s'inscrit dans la politique territoriale de l'agence régionale de santé et a fait l'objet d'un diagnostic territorial en 2010.

Le diagnostic souligne une perte d'autonomie croissante de la population, des prises en charge à domicile de plus en plus lourdes, des besoins curatifs et palliatifs liées aux pathologies cancéreuses plus nombreuses. Le vieillissement de la population, ainsi que le solde migratoire positif lié à l'installation résidentielle d'une population plus jeune, révèlent de fortes carences en médecins spécialistes. Enfin, une partie de la population présentant des pathologies psychiatriques, associées ou non à des conduites addictives, ne bénéficie pas de la prise en charge nécessaire et la précarisation sociale est grandissante.

Le territoire présentait un manque de coordination entre les acteurs médicaux et sociaux permettant une prise en charge globale des patients, notamment des personnes âgées présentant des maladies chroniques, un manque de temps à consacrer aux patients, une offre de soins insuffisante et l'absence de certaines spécialités. Sur la base du diagnostic territorial, le projet de santé permet de fixer les objectifs de la MSP et de définir son fonctionnement, à savoir : renforcer la démographie médicale en regroupant des professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs sociaux au sein d'une même structure et développer la coordination entre ces professionnels, organisés en société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Les stages restent un vecteur important de promotion du territoire. Les professionnels de santé forment les futurs praticiens et un logement communal est mis à disposition des stagiaires. Par ailleurs, les professionnels de santé se forment eux-mêmes à travers le partage des savoirs et des acquis. La télémédecine reste peu pratiquée. Les indicateurs de qualité des soins, de coordination et de continuité des soins sont suivis dans les évaluations réalisées par la CPAM au titre de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Le projet professionnel de la MSP comporte un volet dédié à l'évaluation des actions menées mais n'est pas renseigné. Ainsi, les professionnels veillent, en coopération, à la prise en charge du patient et à la qualité des soins apportés. Cependant, les engagements en termes d'évaluation ne sont pas tenus, notamment en raison de la charge de travail des médecins, ce qui limite la mesure des progrès réalisés.

3. CRÉATION DE LA MAISON DE SANTÉ

3.1. La faiblesse de documentation sur la genèse du projet

Le diagnostic territorial a permis de mettre en évidence un manque d'offres coordonnées, qualitative et quantitative, médicale et sociale, sur le territoire de Mauvezin. La commune de Mauvezin a donc décidé de créer une MSP conjointement avec les professionnels de la santé. Aucune délibération n'a pu être présentée pendant l'instruction sur l'origine des débats et de la décision par le conseil municipal.

La commune détient sa compétence en matière de santé de l'article L. 1511-8 du CGCT qui ouvre la possibilité pour les collectivités et leurs groupements d'attribuer des aides en matière sanitaire destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins¹⁵. À cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés. La nature et les conditions d'attribution de ces aides peut notamment être subordonnée à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins, tels les maisons et centres de santé.

Par délibérations du 21 août 2009 et du 29 mars 2010, qui visent le projet communal de construction d'une MSP sans le détailler, la commune a décidé d'exercer son droit de préemption urbain sur un terrain accessible composé de trois parcelles. Le 20 septembre 2010, l'acte de vente est intervenu.

¹⁵ Zones définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique relatif au schéma régional de santé.

La commune a organisé une consultation en procédure adaptée pour la réalisation d'études de faisabilité et de programmation auprès des trois SEM du Gers, du Tarn et du Lot-et-Garonne par courrier du 12 juillet 2008. Le délai laissé aux SEM pour déposer une offre ne correspond pas à la même période puisqu'il est fixé au 9 août de l'année 2010. Par courrier du 15 juillet 2010, la SEM du Lot-et-Garonne précise ne pas souhaiter déposer d'offre. Aucune information n'a été transmise sur la proposition de la SEM du Tarn ni sur l'offre déposée par la SEM du Gers. Également, aucune décision désignant la SEM du Gers aux fins de réalisation de l'étude de faisabilité n'a pu être présentée.

La délibération autorisant le lancement de la consultation en procédure adaptée (mission de faisabilité et de programmation) est intervenue le 19 juillet 2010, soit deux ans après les courriers envoyés aux trois SEM (sauf erreur de plume) et en tout état de cause une semaine après l'envoi des courriers de consultation. La chambre attire l'attention de la commune sur la nécessaire vigilance et rigueur à apporter aux actes de procédure.

Par une convention du 21 septembre 2010 dûment signée par les parties, la commune a mandaté la SEM GERS pour effectuer une étude de faisabilité. Le financement de cette étude, dont le coût total s'élève à 8 495 €, a été voté le 4 octobre 2010 par le conseil municipal. Les subventions obtenues s'élèvent à 4 672 € de la part du Pays Portes de Gascogne au titre du programme Leader et 3 400 € de la part du département du Gers au titre du fonds d'aide aux communes. Le reste à charge de la commune est donc de 423 €¹⁶. La convention de mandat précise que l'étude doit porter sur l'élaboration du programme des besoins, les propositions d'aménagements, les aspects de développement durable du projet envisagé (aspects économiques, environnementaux, sociaux et culturels, et de gouvernance). Réalisé le 23 février 2011, le bilan prévisionnel total de l'opération (réhabilitation et construction) figurant dans l'étude est estimé à 1,463 M€ HT.

Des travaux d'aménagement de voirie ont par ailleurs été engagés pour un montant total de 138 k€ TTC.

Par décision du 29 novembre 2010, après réunion de la commission d'appel d'offres du 18 octobre et l'examen de 19 candidatures, la commune a attribué le marché de maîtrise d'œuvre pour la construction de la MSP, pour un montant total de 1,2 M€ TTC. Par la suite, sans que la date ne puisse être attestée, un appel d'offres passé en procédure adaptée (14 lots) pour la construction de la MSP est lancé. L'attribution du marché de travaux, est intervenue par décision du 10 février 2012.

Outre, le manque de rigueur portée aux actes de procédure, l'instruction de ce projet a révélé des insuffisances dans la complétude des éléments de suivi et d'archivage des documents par la commune. Si la chambre n'ignore pas la taille réduite des services communaux, elle recommande néanmoins de porter une vigilance accrue à la traçabilité des actes de procédure en développant les outils adéquats (notamment de classement, indexation, numérisation, contrôles).

Recommandation

1. Mettre en place des outils d'archivage et de traçabilité des actes de procédure afférents aux marchés, contrats et projets lancés par la commune. *Non mise en œuvre*

¹⁶ Au lieu des 623 € estimés initialement (la part du département du Gers étant initialement prévue à hauteur de 3 200 €).

3.2. La mise en service de la MSP

La MSP, formée d'un site unique (cf. annexe 1), a ouvert ses portes le 2 janvier 2013. La réhabilitation du bâtiment existant lors de l'achat des parcelles permet d'accueillir les bureaux des services sociaux (conseil départemental, mutualité sociale agricole, centre intercommunal d'action sociale) et la création d'une extension (avec un étage et un ascenseur) permet de regrouper les cabinets des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et disciplines paramédicales.

Propriété de la commune, des baux professionnels ont été conclus avec la SISA dès le 2 janvier 2013¹⁷, le centre communal d'action social de Mauvezin et la mutuelle sociale agricole au cours du même mois, le département du Gers le 1^{er} février 2013, puis le centre intercommunal d'action sociale Bastides-de-Lomagne mi 2019 et l'association Les Petits frères des Pauvres début 2022. L'analyse de ces baux permet de connaître le montant des loyers ainsi que le système de répartition des charges. Les loyers perçus compensent les charges d'emprunt de la commune. Cette analyse met en exergue un problème de continuité dans certains documents présentés, notamment l'absence des baux du 16 novembre 2018 pour la SISA et du 20 novembre 2018 pour le département du Gers.

Aucune clause ne prévoit qu'en cas de départ, la commune pourrait imposer l'arrivée d'un nouveau médecin. En comparaison sur le territoire national, il arrive qu'une telle disposition soit incluse afin d'inciter les professionnels à choisir leurs nouveaux partenaires.

Par ailleurs, le CIAS et la MSAP ont quitté la MSP en 2022 pour s'installer dans un autre local de la commune, anciennement occupé par le Trésor public, dans le cadre de la mise en place d'un pôle social sur ce second site et l'installation des bureaux de la Maison France services. À ce jour, l'ordonnateur n'a pas décidé de l'affectation de l'espace libéré au sein de la MSP.

La chambre recommande à la collectivité de se prononcer, dans les meilleurs délais et en concertation avec les professionnels de santé, sur l'affectation des locaux laissés vacants au sein de la MSP.

Recommandation

2. Se prononcer, dans les meilleurs délais et en concertation avec les professionnels de santé, sur la destination du local laissé vacant au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle. *En cours de mise en œuvre*

Dans sa réponse aux observations provisoires, la commune évoque l'installation à compter du 1^{er} novembre 2022 de psychologues et psychothérapeutes dans l'espace libéré au sein de la MSP. Si la réalisation d'une salle d'urgence a été écartée, la SISA mentionne, quant à elle, l'installation d'un psychologue et d'un audioprothésiste, qui ont été reçus par le coordinateur et les médecins présents afin d'étudier leur projet. La chambre souligne l'importance de préciser les occupants et de conclure le bail dans les meilleurs délais.

¹⁷ En 2013, la SISA est composée de quatre médecins, huit infirmières, trois kinésithérapeutes, une pédicure-podologue et une diététicienne. En 2022, la MSP fonctionne avec quatre médecins, neuf infirmières, un kinésithérapeute, une diététicienne, deux sages-femmes, un psychologue, une pédicure podologue, une infirmière asalée (assurant le suivi et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques), un coordinateur et deux secrétaires. La participation de chacun aux loyers est répartie selon une clé de répartition.

3.3. Les soutiens financiers à la création de la MSP

Le montant exact des dépenses liées à la création de la MSP n'a pu être transmis à la chambre. La commune a toutefois pu reconstituer, au moins pour partie, un état des dépenses. Par ailleurs, si les subventions obtenues sont connues et détaillées, la part des emprunts nécessaires à la réalisation du projet est difficilement identifiable. Plusieurs partenaires financeurs sont intervenus. Le soutien de la région était conditionné à l'obtention d'un fonds de concours de la CCBL. La commune aurait ainsi réuni 1 M€ de subventions, pour un coût total du projet qui atteindrait 1,58 M€, soit un montant à charge de 580 k€ pour la ville, financé par l'emprunt à hauteur de 350 k€.

Malgré l'importance de cette opération au sein des projets d'investissement de la commune, cette dernière n'a pas mis en place d'outil analytique, par exemple une codification des opérations ou un vote dédié par opération en budget et compte administratif, ce qui aurait permis d'identifier l'ensemble des mouvements financiers afférents à la mise en place de la MSP. Cette démarche pourrait être mise en place à l'avenir pour les projets d'investissement les plus importants.

tableau 3 : synthèse des dépenses et recettes connues en lien avec la création de la MSP

Dépenses de la commune	HT	Remarques
acquisition terrain, actes et VRD	212 492,55 €	Les dépenses ont été réalisées entre 2010 et 2013, mais l'exhaustivité des dépenses est incertaine.
"autres dépenses"	1 333 380,10 €	
"Dernières dépenses"	34 346,83 €	
TOTAL	1 580 219,48 €	

Recettes	Montant du financement	Remarques (dispositifs, etc.)
Etat DDR	83 918,38 €	
Etat FNADT	92 118,77 €	
Etat DETR	369 093,16 €	
Région	90 000,00 €	
Département	136 714,07 €	
Intercommunalité	28 600,00 €	
Commune - emprunts	350 000,00 €	1,15 M€ souscrits mais répartition entre MSP et foyer rural inconnue sauf pour 350 k€
Europe FEADER	200 000,00 €	
Autres ALVEA VEOLIA	1 947,00 €	
TOTAL	1 352 391,38 €	

Dépenses - recettes	227 828,10 €
----------------------------	---------------------

Source : CRC d'après les tableaux et explications de la commune

tableau 4 : montants des subventions obtenues au financement de la MSP

Organisme	Montant du financement accordé	Remarques (dispositif, etc.)	Date de la décision des autorités	Montant TOTAL reçu
Etat	83 918,38 €	DDR	06/09/2010	83 918,38 €
Etat	92 118,77 €	FNADT	29/09/2011 modifié le 04/06/2013	92 118,77 €
Etat	369 093,16 €	DETR	02/12/2011 modifié le 04/06/2013	369 093,16 €
Région	90 000,00 €		10/12/2011	90 000,00 €
Département	143 000,00 €		13/07/2011	133 314,07 €
Département	3 400,00 €	étude faisabilité	23/02/2011	3 400,00 €
Intercommunalité	28 600,00 €	CCBVA	11/07/2011	28 600,00 €
Feader	200 000,00 €		18/07/2012	200 000,00 €
Leader	4 671,92 €	étude faisabilité	04/04/2011	
Autres ALVEA VEOLIA				1 947,00 €
Total	1 014 802,23 €			1 002 391,38 €

Source : commune d'après les arrêtés d'attribution et notamment la décision du département du Gers et son arrêté

La chambre recommande donc à la commune de mettre en place des outils de suivi financier permettant une approche individualisée de chaque grand projet, d'autant qu'ils sont peu nombreux. La partie dédiée à l'analyse financière revient par ailleurs sur ce point.

Recommandation

3. Mettre en place des outils de suivi financier pour chaque grand projet. *Non mise en œuvre*

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Créée en réponse au diagnostic territorial, la MSP, qui a été ouverte en 2013, a été portée en investissement par la commune pour un montant total de 1,6 M€.

Propriété de la commune, la MSP fait l'objet de baux professionnels conclus avec la SISA mais aussi avec la maison des solidarités du département du Gers et l'association Les Petits frères des Pauvres, ce qui permet d'offrir *in situ*, en complément des soins, une prise en charge sociale aux patients. Le CIAS et la MSAP ayant récemment quitté les locaux de la MSP, l'espace libéré devrait être occupé prochainement par de nouveaux professionnels de santé, sans qu'à ce jour aucun bail ne soit conclu.

L'examen de ce projet de MSP a conduit la chambre à relever des difficultés récurrentes dans la conservation et le suivi des documents et procédures. Elle recommande à la commune de mettre en place des outils d'archivage et de traçabilité des actes.

Si une reconstitution financière partielle a été possible, l'exactitude des dépenses liées à la création de la MSP fait défaut. La chambre recommande à la commune de mettre en place des outils de suivi financier permettant une approche individualisée de chaque grand projet.

4. FONCTIONNEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ

4.1. Suivi du fonctionnement et des indicateurs de la MSP

Les statuts de la SISA ont été mis à jour le 15 mai 2017. Les associés ont signé un règlement intérieur et un engagement de confidentialité des données personnelles.

Le fonctionnement de la MSP, qui a donné lieu à un rapport d'activité pour 2013-2014, ne fait plus l'objet d'aucun suivi. Seule la CPAM assure le suivi de l'activité dans un rapport annuel sur l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), grâce aux indicateurs précités. En l'espèce, le contrat entre la CPAM du Gers et la MSP a été signé en décembre 2017.

Ce rapport sur l'ACI permet de suivre le respect des engagements du projet initial et de déterminer un montant de rémunération résultant de l'atteinte des indicateurs. Ce contrat valorise le travail en équipe au sein de la structure. Au besoin, des concertations entre les professionnels de santé et les élus sont organisées pour répondre rapidement aux interrogations ou problématiques, notamment celles concernant le bâtiment, propriété de la commune, ou dans le cadre de la crise sanitaire et de la participation à la vaccination contre la covid 19. Un coordinateur de la structure est désigné pour veiller au cahier des charges en lien avec l'ARS et la CPAM.

Les résultats et rémunérations forfaitaires issus des rapports de l'ACI se synthétisent comme suit.

tableau 5 : évolution des rémunérations et données d'activité de la MSP entre 2015 et 2021

	Contrat structure pluri-professionnelle de proximité			Accord conventionnel interprofessionnel				Evolution
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015-2021
Rémunération forfaitaire ACI	35 933,00 €	43 303,00 €	70 521,00 €	76 369,56 €	72 062,38 €	67 236,81 €	66 531,94 €	85%
Nb de professionnels signataires	19	18	17	18	16	15	13	-32%
Nb de professionnels vacataires	0	0	4	6	4	4	7	
Patientèle de référence	4803	4852	4831	4763	4178	3704	3821	-20%
File active	5523	5467	5229	5082	4822	4205	4258	-23%
Nb de patients CMU/C2S	346	342	323	240	314	292	271	-22%
Nb de patients AME	6	6	3	3	3	6	1	-83%
Axe 1 Accès aux soins	15 859,00 €	15 919,00 €	17 048,00 €	16 964,68 €	16 668,05 €	16 087,40 €	16 230,73 €	2%
Axe 2 Travail en équipe et coordination	817,00 €	7 998,00 €	26 873,00 €	30 704,89 €	28 794,33 €	25 949,41 €	27 901,21 €	3315%
Axe 3 Système d'information	19 258,00 €	19 387,00 €	26 600,00 €	28 700,00 €	26 600,00 €	25 200,00 €	22 400,00 €	16%

Source : rapports des contrats de structure pluriprofessionnelle de proximité et ACI

Trois axes composent ce rapport : l'accès aux soins, le travail en équipe et la coordination, ainsi que le système d'information. Seules certaines annexes de l'année 2019 ayant été communiquées, c'est cette année-là qui est prise en exemple par la chambre pour le détail des actions.

La patientèle de référence et la file active¹⁸ ont diminué de 20 % et de 23 % entre 2015 et 2021, pour s'établir respectivement à 3 821 et 4 258. En interne, il n'existe pas d'indicateur annuel de fréquentation de la MSP. La rémunération forfaitaire a progressé de 85 %, passant de 36 k€ en 2015 à 66,5 k€ en 2021, avec un pic atteint en 2018, première année de l'ACI, avec 76 k€.

Au titre du premier axe, il est précisé que les horaires d'ouverture, visites à domicile et organisation de l'accueil des patients, inscrits dans une charte d'engagement affichée, demeurent inchangés depuis 2016. Un changement de gérance¹⁹ est intervenu en 2019 (annexe 2 du rapport ACI manquante). En 2019, l'amplitude horaire et l'accès aux soins non programmés les jours ouvrés ont été notés à hauteur de 800 points sur un maximum de 800, contre 740 points en 2018.

Les consultations de spécialistes de second recours extérieurs à la structure, la diversité des soins médicaux spécialisés avec la présence de professionnels associés à la structure ont été évaluées, depuis 2016, à 750 points sur un maximum de 1 000 et ce en raison de l'absence de consultations de spécialistes extérieurs à la structure au moins 2,5 jours par semaine.

¹⁸ La patientèle correspond au nombre de patients, quel que soit l'âge, ayant déclaré comme médecin traitant un des médecins associés de la structure, alors que la file active correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure.

¹⁹ L'article 18 des statuts de la SISA MSP de Mauvezin prévoit un collège de gérance composé de quatre à six gérants, associés de la société, désigné à la majorité des associés et pour une durée fixée par décision collective.

tableau 6 : détail des indicateurs relatifs aux spécialistes de l'axe 1 de l'ACI

Détail de quatre indicateurs Axe 1er relatif aux spécialistes	Contrat structure pluri-professionnelle de proximité			Accord conventionnel interprofessionnel			
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Les consultations de spécialistes de second recours extérieurs à la structure au moins 2 jours par mois / 250 points	Indicateurs différents non abordés dans ce tableau		250	250	250	250	250
Les consultations de spécialistes de second recours extérieurs à la structure au moins 2,5 jours par semaine / 250 points			0	0	0	0	0
la diversité des soins médicaux spécialisés avec la présence de professionnels associés à la structure au moins 2 jours par mois / 250 points			250	250	250	250	250
la diversité des soins médicaux spécialisés avec la présence de professionnels associés à la structure au moins 2,5 jours par semaine / 250 points			250	250	250	250	250

Source : rapports des contrats de structure pluriprofessionnelle de proximité et ACI

Sur la thématique du dépistage de la fragilité (cf. annexe 3.1 du rapport ACI), neuf réunions de diagnostics à domicile ont été réalisées en 2019, concernant 14 dossiers (annexe 3.2 manquante). Les ateliers autour de la fragilité et de la mémoire sont réalisés par la psychologue, le médecin référent et une infirmière. Pour 2020, les objectifs étaient d'évaluer et d'améliorer les actions autour de l'équilibre, la mémoire et la diététique ainsi que d'évaluer et d'améliorer le suivi. Bien que le suivi de cet objectif ait été demandé, aucun élément n'a été transmis. La crise sanitaire a, en effet, perturbé le déroulement de cette action, qui n'a pu ni être réévaluée, ni être poursuivie.

Sur la thématique de l'amélioration de la couverture vaccinale (cf. annexe 4.1), 725 patients ont été vaccinés en 2019, dont la moitié contre la grippe (388 patients vaccinés).

tableau 7 : synthèse de la couverture vaccinale en 2019

Type de vaccin	Nb de patients vaccinés
DTP	204
Hépatite B'	24
Méningocoque	30
Papillomas virus	8
Pneumocoque	42
ROR	25
Grippe	388
Zona	4

Source : rapport ACI du 21 janvier 2021

À l'occasion de l'évaluation de cette thématique, il est ressorti une mise en attente de la formation des professionnels de santé, ainsi que des interrogations sur la pérennité du logiciel Chorus. L'objectif de 2020 était de prendre une décision sur ce dernier point. À ce jour, le logiciel Chorus reste utilisé.

Concernant le thème de la satisfaction des patients, une commission des usagers a été créée en 2016 à l'initiative des professionnels de santé. Son fonctionnement est encadré par un règlement intérieur dédié. Elle se réunit une fois par trimestre. Elle est composée de quatre usagers qui relaient les informations auprès de la patientèle et ont proposé la rédaction d'une gazette par les professionnels de cette commission. Cette gazette traite de l'offre de soins, des sujets de santé publique, de conseils et reprend la liste des professionnels de la MSP. Malgré une interruption de publication, entre 2018 et 2021, 11 gazettes sont parues.

En 2018, l'indicateur de satisfaction et des besoins des patients sur l'organisation et les services a atteint le maximum de 100 points. Le questionnaire de satisfaction a été renouvelé en 2019 (annexe 5.1 manquante) et mis à disposition des usagers durant deux mois. 180 questionnaires complétés ont été collectés. Considérant que la patientèle de l'année 2019 est fixée à 4178, soit 348 patients par mois, les retours représentent un quart de la patientèle sur ces deux mois, soit une faible représentativité. Une nouvelle enquête de satisfaction a été réalisée en 2020 sans que l'analyse des retours n'ait pu être transmise à la chambre.

Des propositions sont présentées par la commission des usagers, et notamment la mise en place d'une convention de partenariat avec l'hôpital local sur la sécurité du patient (annexe 5.3 manquante). Cette convention reste à ce jour en cours d'élaboration, sans que les raisons de cette suspension soient avancées.

Au titre du second axe sur le travail en équipe et la coordination (articles 4.2 du contrat et 5.2 de l'ACI), l'investissement des professionnels de santé est souligné à travers le comité de pilotage²⁰, la gérance, les réunions de la SISA, le comité des usagers et les réunions de concertation pluriprofessionnelles. Les deux secrétaires consacrent un temps administratif à la SISA à hauteur de 30 % pour la mise en place des projets, l'archivage des données et aider le coordinateur (dont la fiche de poste en annexe 6.1 est manquante) dans la liaison avec le représentant du système informatique (annexes 6.2 et 6.3 manquantes). Le temps de coordination en santé est d'un jour par semaine, organisé, dans le cas présent, par un prestataire privé, dénommé Réseau d'experts en organisation des soins primaires (REOSP). Sa mission consiste à accompagner les professionnels de santé de la structure matière de :

- conduite du changement ;
- gestion de projet et animation d'équipe ;
- gestion juridique et financière ;
- démarches qualité et structuration des systèmes d'information ;
- organisation des regroupements pluriprofessionnels ;
- respect du droit des patients ;
- optimisation des parcours.

Cette personne externe spécialisée intervient sous forme de prestations de service à temps partagé sur plusieurs MSP du Gers (Mauvezin, Seissan et Mirande). Les coûts, représentant 18 k€ par an pour 48 prestations (soit 375 € la prestation)²¹, sont assumés par la MSP. Cette fonction est néanmoins prise en compte dans le cadre de l'ACI précité et donc dans la détermination des forfaits supplémentaires octroyés à la MSP, le coordinateur disposant d'une lettre de mission détaillée.

En 2018, le nombre de réunions de concertation était de 31 pour 82 dossiers traités. Ces données diminuent en 2019, 19 réunions de concertation pluriprofessionnelle ont permis d'examiner 53 dossiers. En 2021, dix réunions de concertation ont permis d'examiner 77 dossiers.

Concernant l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels, quatre ont été utilisés en 2019 (notamment les traitements anticoagulants par voie orale ou le dosage d'insuline – annexes 7.1 à 7.4 manquantes) contre deux en 2018 (évaluation jusqu'à huit maximum). Une fiche navette assure

²⁰ Le règlement intérieur de la MSP prévoit dans son article 22 un comité de pilotage composé de 3 à 5 professionnels autres que les gérants désignés pour une période de deux ans.

²¹ Cette fonction était dévolue en 2018 à la société Espage, à raison d'une présence par semaine sur l'année pour un total de près de 23 k€ TTC.

la traçabilité et le suivi des patients, fiche archivée et permettant un suivi jusqu'à la clôture du dossier. En 2020, l'objectif était d'adopter un format automatisé pour ces fiches mais il restait dépendant du choix du logiciel et du prestataire.

En ce qui concerne la formation des professionnels de santé, trois maîtres de stage au sein de la MSP ont accueilli quatre stagiaires en 2019 (annexes 9.1 à 9.3 manquantes) contre deux en 2018. Depuis 2016, 16 stagiaires ont été accueillis. La MSP, composée désormais de quatre médecins, devrait renforcer ses actions d'accueil, la venue d'étudiants en médecine participe en effet à l'attractivité du territoire et constitue un élément déterminant dans le choix d'installation.

Enfin, les procédures de transmission des informations vers les services extérieurs amenés à prendre en charge les patients de la MSP restent inchangées, à savoir l'utilisation du logiciel ICT (annexe 10 manquante).

Le logiciel d'information partagé et utilisé par la MSP est Chorus International Cross Talk, labellisée ASIP²² et acquis le 30 novembre 2012. En 2019, 100 % des dossiers des patients sont informatisés. Néanmoins, l'équipe des professionnels souligne la difficulté à récupérer les données concernant les actes effectués (complexité des requêtes, perte de temps au détriment du suivi des patients) (annexes 11.1 et 11.2 manquantes).

La commune de Mauvezin, partie intégrante de la mise en place de la MSP, n'a pas établi en propre de documents programmatiques, ni d'objectifs de santé publique, ni d'indicateurs de suivi. Son intervention se résume au projet immobilier et au soutien à l'accueil de stagiaires. La maison de santé ne rend pas compte à la commune, qui limite son rôle à celui de bailleur.

La chambre recommande donc à la commune d'exercer un suivi de l'activité de la MSP en lien avec les professionnels de santé, en regard de son objectif de lutte contre la désertification médicale. Cette intervention est d'autant plus nécessaire que le diagnostic territorial est ancien et que les perspectives de départs en retraite de praticiens risquent de fragiliser davantage l'offre de soins sur le territoire.

Recommandation

4. Assurer un suivi de l'activité de la maison de santé pluriprofessionnelle, en lien avec les professionnels de santé, afin d'estimer la performance du projet par rapport à l'objectif municipal de lutte contre la désertification médicale. *Non mise en œuvre*

Les nouvelles arrivées de professionnels de santé (psychologue, podologue, diététicien, sages-femmes) et l'installation récente d'un quatrième médecin généraliste au sein de la structure (ancien interne ayant réalisé deux semestres de stage au sein de la MSP) participent à l'attractivité de la MSP de Mauvezin.

Le tableau suivant ne synthétise les données que jusqu'en 2019.

²² L'ASIP Santé est devenue l'agence du numérique en santé. L'agence reste en charge de l'élaboration des référentiels de sécurité et d'interopérabilité. Elle met à disposition des services d'authentification et de cybersurveillance et favorise la généralisation des messageries sécurisées de santé.

tableau 8 : évolution des effectifs propres à la maison de santé

	Avant ouverture sur le territoire 31/12/N-1 : 2012	A l'ouverture de la MSP N 2013	31/12/N+1 2014	31/12/N+2 2015	31/12/N+3 2016	31/12/N+4 2017	31/12/N+5 2018	31/12/N+6 2019
Médecins généralistes	4	4	4	4	4	4	4	3
Dermatologues	0	0	0	0	0	0	0	0
Orthoptistes	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychologues	0	1	1	1	1	1	1	1
Infirmiers	10	8	8	9	9	9	9	9
Kinésithérapeutes	3	3	3	3	3	3	3	2
Diététiciens	0	1	1	1	1	1	1	1
Pédicures- Podologues	0	1	1	1	1	1	1	1
Sage femme	0	0	0	0	0	0	2	2

Source : commune de Mauvezin

Les données du coordinateur recensent les professionnels suivants au sein de la MSP, à la mi-juin 2022 : quatre médecins, un psychologue, un kinésithérapeute, une diététicienne, une podologue, deux sages-femmes, dix infirmières dont une infirmière Asalée²³.

La chambre relève que la perspective d'une délégation de tâches, à travers notamment la formation diplômante des infirmières en pratique avancée (IPA), n'est pas abordée. Même si elle présente l'inconvénient d'être coûteuse pour les IDE, sa durée de formation est nettement plus courte (deux ans de spécialisation) que celle d'un médecin. Bien que le dispositif soit récent²⁴ et qu'il n'y ait pas le recul nécessaire pour en apprécier les résultats, il offre une disponibilité à court terme pour libérer du temps médical et assurer certains actes médicaux au profit des patients, d'autant que le nombre d'infirmiers présents sur le territoire est relativement important.

Dans sa logique de soutien à la lutte contre la désertification médicale et de réponse aux besoins de la population en matière de santé, la commune de Mauvezin pourrait envisager un soutien financier aux infirmiers et infirmières diplômés d'État désireux de se former à la pratique avancée, par exemple sous forme de bourse²⁵. La chambre lui recommande donc d'initier une réflexion sur un tel soutien financier.

Recommandation

5. Initier une réflexion sur un soutien financier aux demandes de formation en pratique avancée des infirmiers. *Non mise en œuvre*

Enfin, des perspectives d'amélioration du fonctionnement de la MSP sont avancées. Un programme de déploiement d'une « microstructure médicale addiction » est en cours pour aider les patients présentant des addictions, indépendamment des publics déjà suivis (convention mise en place concernant le réseau addiction Midi-Pyrénées et financée par l'ARS). Les adaptations du projet de santé initial sont nécessaires au regard des enjeux actuels de terrain.

²³ Le dispositif Asalée, pour « action de santé libérale en équipe », permet aux infirmiers de suivre et d'accompagner les patients atteints de pathologies chroniques, par l'intermédiaire du médecin, en leur accordant des temps dédiés supplémentaires.

²⁴ La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose le cadre juridique de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays. En France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier.

²⁵ En vertu de la clause générale de compétence et de l'article L. 2121-29 du CGCT par lequel le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune, dans la limite de l'article L. 1111-2 du CGCT par lequel elle ne peut que concourir avec l'État au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique.

Outre l'approbation des comptes 2021 et des modifications dans la gérance, les résolutions approuvées par l'assemblée générale de la MSP du 27 juin 2022 conduisent à :

- deux entrées de médecins en qualité d'associés sur l'exercice 2022 ou 2023 ;
- transformation du mono-site actuel de la MSP en multisites dans la perspective d'intégrer au projet de santé de nouvelles professions (pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes) ;
- sous-location d'un bureau pour les consultations en psychologie en 2022 ;
- modification de la rémunération de la gérance de 250 € par an par gérant (soit 750 € en 2021) à 75 € par mois par gérant à compter de juillet 2022.

4.2. Suivi financier de la MSP

Il n'existe pas à ce jour de budget annexe, ni de comptabilité analytique dédiée à la MSP dans les comptes de la commune (voir les comptes financiers relatifs aux charges et produits pour la seule année 2020). La MSP ne dégage pas de résultat pour la commune, l'équilibre étant trouvé entre les loyers perçus et les annuités d'emprunts payées.

Ainsi, entre 2013 et le bail de novembre 2018, le loyer dû annuellement par la SISA est passé de 43,4 k€ à 46,8 k€ puis à 32,9 k€ en 2019 et en 2020, suite au départ des kinésithérapeutes. Il augmente à nouveau en 2021, passant à 37 k€ (49 k€ charges incluses). L'augmentation des charges et loyers de la SISA est principalement liée à sa participation aux frais d'installation de la climatisation dans les locaux et à l'échelonnement la même année du remboursement de la moitié des loyers restant dus au titre de 2020. Aucune charge n'est directement assumée par la commune, à l'exception de ces travaux d'installation de la climatisation dont une partie a ainsi été remboursée par la SISA (12 k€ sur les 70 k€ de travaux). Cette participation représente le restant à charge entre les travaux et l'aide obtenue par la commune auprès du conseil départemental.

Le loyer du département du Gers était de 2 k€ en 2016 et en 2017 puis de 14 k€ par un bail du 10 juillet 2019. Le loyer annuel du CIAS était de 7 k€. La révision annuelle du loyer s'effectue automatiquement sur la base de l'indice du coût de la construction publié par l'Insee. Les énergies, fluides, frais d'ascenseurs et taxes des ordures ménagères (dénommés charges dans le tableau suivant) sont avancées par la commune. Les locataires remboursent par trimestre, au prorata de la superficie privative de chacun, avec une régularisation en fin d'année.

tableau 9 : détail des recettes et charges relatifs à la MSP pour la commune en 2020

Tiers MSP	Année 2020	en €
CIAS - CCBL	charges 4ème trim 2020	750,00 €
	loyer 2020	6 991,73 €
	charges 3ème trim 2020	750,00 €
	charges (régul) 2019	640,99 €
	charges 1er trim 2020	1 500,00 €
SISA - MSP	loyer 2020	32 977,83 €
	charges 4ème trim 2020	2 500,00 €
	charges 3ème trim 2020	2 500,00 €
	charges 2ème trim 2020	2 500,00 €
	charges 1er trim 2020	2 500,00 €
	régul fluides (mandat)	2 072,54 €
CD 32	loyer 2020	14 241,80 €
	régul fluides (mandat)	685,09 €
Total recettes-charges MSP		65 094,72 €

Source : CRC d'après les titres et mandats de la commune

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La création de la MSP par la commune de Mauvezin reposait sur la nécessité d'éviter la désertification médicale, voire de permettre l'installation de nouveaux médecins, et d'assurer aux habitants des soins de premiers recours de proximité et de qualité par une médecine coordonnée des professionnels. Or, la commune, qui ne dispose d'aucun suivi de l'activité de la MSP, se cantonne à un rôle de propriétaire bailleur. Son intervention est d'autant plus nécessaire que le diagnostic territorial est ancien et que les perspectives de départs en retraite de praticiens risquent de fragiliser davantage l'offre de soins sur le territoire. La chambre lui recommande donc d'assurer un suivi de l'activité de la MSP, en lien avec les professionnels de santé, afin d'estimer la performance du projet par rapport à l'objectif municipal de lutte contre la désertification médicale.

Relevant exclusivement de la SISA qui est accompagnée par un coordinateur extérieur, le fonctionnement de la MSP montre le dynamisme de la structure porté par l'ensemble des praticiens.

Cependant, la perspective de délégation des tâches, à travers notamment la formation diplômante des infirmières en pratique avancée (IPA), reste inexploitée. Le dispositif offre une disponibilité à court terme pour libérer du temps médical et assurer certains actes au profit des patients, d'autant que le nombre d'infirmiers présents sur le territoire est relativement important. La chambre recommande à la commune d'initier une réflexion sur un appui financier aux infirmières intéressées.

Enfin, la problématique à laquelle doivent faire face les MSP, dont celle de Mauvezin, demeure l'accès aux spécialistes et la nécessaire modélisation de filières afin de limiter le fonctionnement en silos entre omnipraticiens et spécialistes.

5. FIABILITÉ COMPTABLE ET SITUATION FINANCIÈRE

Eu égard à sa taille, la commune ne dispose que d'un seul budget annexe dédié à la rénovation du village vacances VVF. Commune de moins de 3 500 habitants, elle n'est réglementairement pas soumise à la tenue d'un débat d'orientations budgétaires, ni à la procédure de rattachement des charges et produits à l'exercice. Le suivi de l'inventaire et de l'état de l'actif est concordant. Par ailleurs, la commune ne dispose pas d'un plan pluriannuel d'investissements, ni d'une gestion des opérations en AP/CP. Elle n'enregistre aucune provision et n'a évalué aucun risque et ses dépenses ou recettes à classer sont nulles. Enfin, elle ne dispose d'aucun suivi mensuel de sa trésorerie.

La commune dispose de quatre régies d'avance et de recettes pour les animations culturelles, les marchés, la piscine municipale (la plus importante avec 4 000 € d'encaisse maximum) et le cinéma municipal.

La commune de Mauvezin connaît une période de gestion du personnel sous tension, avec l'agent comptable qui assure la fonction de secrétaire de mairie par intérim. Si la commune porte la fonction RH, elle est gérée avec l'appui du centre de gestion du Gers. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la commune a intégré le ressort du comptable public d'Auch.

5.1. Sincérité des recettes et dépenses prévisionnelles

Les taux de réalisation sont globalement faibles, surtout en section de fonctionnement dont le taux se dégrade sur la période, de 97 % en 2016 à 78 % en 2021, alors qu'il s'agit essentiellement de dépenses rigides et récurrentes. Même si les exercices 2020 et 2021 ont pu être impactés par la crise sanitaire, les taux de réalisation de 92 % en 2018 et en 2019 sont déjà insuffisants.

Les taux de réalisation, en section d'investissement, particulièrement faibles à compter de 2019, révèlent l'absence de planification et de suivi financier des projets d'investissement par la commune. Alors que sur la période 2016-2021, les dépenses d'équipements réalisées s'élèvent à 685 k€ en moyenne par an, les crédits ouverts en 2021 atteignent 3 M€.

Sur ce même exercice, les annulations de crédits en section de fonctionnement concernent les charges de personnel (110 k€ annulés), ainsi que les charges à caractère général et autres charges (128 k€ annulés dont certaines lignes s'apparentent à des comptes réservoirs).

tableau 10 : taux de réalisation

Section d'investissement (Opérations réelles)		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Crédits ouverts (BP+DM+RAR N-1)	Dépenses d'inv.	1 921 552	1 707 987	1 521 980	1 742 112	2 284 339	3 013 713
	Recettes d'inv.	1 727 122	1 894 829	1 145 996	1 442 041	1 051 755	2 047 541
Réalizations	Dépenses d'inv.	1 722 018	841 813	1 052 086	351 086	789 499	630 585
	Recettes d'inv.	1 355 851	1 287 022	817 480	774 405	314 216	660 944
Taux de réalisation hors RAR	Dépenses d'inv.	89,62%	49,29%	69,13%	20,15%	34,56%	20,92%
	Recettes d'inv.	78,50%	67,92%	71,33%	53,70%	29,88%	32,28%
Taux de réalisation avec RAR	Dépenses d'inv.	93,41%	84,84%	69,13%	20,15%	75,52%	56,03%
	Recettes d'inv.	86,28%	91,19%	81,56%	57,17%	82,60%	57,84%

Source : Comptes administratifs

Section de fonctionnement (Opérations réelles)		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Crédits ouverts (BP+DM+RAR N-1)	Dépenses de fonc.	1 483 294 €	1 571 706 €	1 490 750 €	1 526 871 €	1 678 122 €	#####
	Recettes de fonc.	1 743 977 €	1 845 057 €	1 839 716 €	1 951 465 €	2 034 586 €	#####
Réalizations	Dépenses de fonc.	1 444 949 €	1 545 491 €	1 381 129 €	1 408 900 €	1 298 003 €	#####
	Recettes de fonc.	1 837 139 €	1 910 599 €	1 942 914 €	2 088 224 €	2 048 369 €	#####
Taux de réalisation	Dépenses de fonc.	97,41%	98,33%	92,65%	92,27%	77,35%	78,24%
	Recettes de fonc.	105,34%	103,55%	105,61%	107,01%	100,68%	99,02%

NB : pas de RAR en fonctionnement

Source : Comptes administratifs

Au regard de ces taux, aux fins de maîtrise des budgets mais aussi de sincérité budgétaire, la chambre recommande à la commune d'inscrire les crédits budgétaires qui correspondent à ses capacités opérationnelles de production de services et d'équipements.

Recommandation

6. Inscrire les crédits budgétaires en adéquation avec les capacités opérationnelles de la commune. *Non mise en œuvre*

5.2. Situation financière

Le budget de la commune s'élève à 1,96 M€ en 2021, composé d'un budget principal (98 % des recettes de fonctionnement) et d'un budget annexe concernant la rénovation des gîtes d'un village vacances (30 k€). Les tableaux de l'analyse financière sont détaillés en annexe 2.

tableau 11 : périmètre du budget de la commune

Identifiant	Libellé budget	Libellé de l'organisme	Nomenclature	Recettes de fonctionnement	
				2021 (en €)	%
21320249200012	Budget principal	MAUVEZIN	M14	1 931 763	98,43%
21320249200079	Budget annexe	RENOVATION GITES VVF - MAUVEZIN	M14	30 756	1,57%
			Somme :	1 962 519	100,00%

Source : Logiciel ANAFI d'après les comptes de gestion

tableau 12 : principaux indicateurs financiers entre 2016 et 2021

en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
Ressources fiscales propres (nettes des restitutions)	795 988	812 813	851 102	819 620	766 538	836 112	1,0%
+ Fiscalité reversée	-3 781	-3 781	-3 797	62 286	67 648	37 413	
= Fiscalité totale (nette)	792 207	809 032	847 305	881 905	834 186	873 525	2,0%
+ Ressources d'exploitation	314 504	344 135	361 397	321 299	274 126	289 288	-1,7%
+ Ressources institutionnelles (dotations et participations)	639 219	637 546	673 008	687 904	786 361	721 719	2,5%
= Produits de gestion (A)	1 745 930	1 790 712	1 881 711	1 891 108	1 894 673	1 884 531	1,5%
Charges à caractère général	486 309	549 225	451 098	475 516	361 439	448 102	-1,6%
+ Charges de personnel	598 018	643 826	654 482	661 579	662 683	685 640	2,8%
+ Subventions de fonctionnement	39 700	35 700	22 300	27 350	44 000	27 000	-7,4%
+ Autres charges de gestion	158 361	182 954	168 989	145 708	148 525	155 192	-0,4%
= Charges de gestion (B)	1 282 388	1 411 706	1 296 869	1 310 152	1 216 648	1 315 934	0,5%
Excédent brut de fonctionnement (A-B)	463 543	379 006	584 841	580 956	678 025	568 597	4,2%
en % des produits de gestion	26,5%	21,2%	31,1%	30,7%	35,8%	30,2%	
+/- Résultat financier	-41 055	-38 129	-37 217	-32 335	-27 376	-23 683	-10,4%
+/- Autres produits et charges excep. réels	1 219	27 500	14 555	3 291	12 921	924	-5,4%
= CAF brute	423 707	368 377	562 179	551 913	663 571	545 838	5,2%
en % des produits de gestion	24,3%	20,6%	29,9%	29,2%	35,0%	29,0%	
- Annuité en capital de la dette	140 443	180 635	179 395	184 374	131 174	122 379	938 399
= CAF nette ou disponible (C)	283 264	187 743	382 785	367 539	532 396	423 460	2 177 186

Source : logiciel Anafi, d'après les comptes de gestion

Avec des produits de gestion, en progression moyenne annuelle de 1,5 % (1,9 M€ en 2021), composés à 46 % de la fiscalité et à 38 % de ressources institutionnelles, et des charges de gestion, en progression de 0,5 % en moyenne par an (1,3 M€ en 2021), composées à 52 % des charges de personnel et à 34 % des charges à caractère général, l'excédent brut de fonctionnement (EBF) s'établit à 570 k€ en 2021 (contre 464 k€ en 2016). Impactée par des résultats financiers négatifs sur la période, de l'ordre de 24 à 41 k€ selon les années, la capacité d'autofinancement brute est de 546 k€ en 2021 contre 424 k€ en 2016, après un pic en 2020 à hauteur de 637 k€.

Les produits des taxes foncières et d'habitation constituent quasi-exclusivement le montant des ressources fiscales propres (à hauteur de 830 k€ en 2021). En matière de fiscalité reversée, la commune est contributrice de l'attribution de compensation pour 37 k€ par an et perçoit des droits de mutation à titre onéreux (à hauteur de 66 k€ en 2019, 71 k€ en 2020 et 42 k€ en 2021). Les montants du fonds national de péréquation (FPIC) et fonds nationaux de garantie individuelle des ressources (FNGIR) sont respectivement de 18 k€ et de 15 k€ par an (à l'exception des années 2017 à 2019 où il n'y a aucune ressource du FNGIR).

Les revenus locatifs et redevances s'établissent entre 213 k€ et 230 k€ par an selon les années. Les ressources institutionnelles sont composées à plus de 85 % de la dotation globale de fonctionnement (DGF) à hauteur de 633 k€ en 2021 et en progression de près de 4 % en moyenne par an. Les dotations nettes aux amortissements, de l'ordre de 2 k€ entre 2016 et 2018, s'établissent à hauteur de 26 k€ à compter de 2019 et sur le reste de la période.

L'annuité en capital de la dette progresse entre 2016 et 2019, à hauteur de 140 k€ et 184 k€ avant de fléchir les deux années suivantes, à hauteur de 131 k€ puis 122 k€. Malgré quelques variations au sein de la période, la CAF nette s'améliore globalement entre 2016 et 2021, de 283 k€ à 423 k€. La CAF nette, augmentée essentiellement des subventions d'investissements reçues (jusqu'à 454 k€ en 2018) permet d'atteindre un niveau de financement propre disponible de l'ordre de 660 k€ en 2016 et en 2021. À l'intérieur de cette période, il progresse jusqu'à 971 k€ en 2020 et représente un niveau cumulé de financement de 4,7 M€.

Sur la période 2016-2021, le montant cumulé des dépenses d'investissement (dépenses d'équipement et subventions) atteint 4,3 M€, soit près de 720 k€ en moyenne par an.

La commune a contracté des emprunts entre 2016 et 2017 pour un montant de 480 k€ et a reconstitué son fonds de roulement à hauteur de 865 k€ sur la période. L'encours de dette au 31 décembre de chaque année diminue en moyenne de 12 % par an, de 1,4 M€ en 2016 à 744 k€ en 2021. Le taux apparent de la dette est de 2,8 % à 3,2 % et la capacité de désendettement, de 3,4 années en 2016, ressort à 1,4 année en 2021.

Le fonds de roulement progresse largement sur la période, de - 37k€ en 2016 à près de 1,4 M€ en 2021, pour représenter en fin de période plus de 370 jours de charges courantes. La trésorerie, largement positive sur la période, atteint près de 1,3 M€ en 2021.

En matière d'investissement, depuis 2016, les principaux projets de la commune sont :

- mise en accessibilité de la mairie : 669 200 € HT ;
- réhabilitation de la médiathèque : 329 679 € HT ;
- rénovation du cinéma et du club génération mouvement : 312 080 € HT ;
- cheminement piétonnier allant du collège au stade : 697 991 € HT ;
- extension de l'épicerie sociale : montant 69 470 € HT ;
- aménagement sécurité et accessibilité de la place de la Libération côté Nord : 229 918 € HT.

D'autres projets sont en cours d'instruction pour l'octroi des subventions :

- amélioration des équipements sportifs ;
- aménagement de la rue Tourneuve ;
- mise aux normes accessibilité et assainissement de la salle de Lamothe ;
- rénovation d'un bâtiment pour création d'un ensemble immobilier destiné à l'associatif ;
- mise en accessibilité du quartier Nord-Ouest (mise en accessibilité du foyer rural, du local Le Club) et sa sécurité (restauration d'un mur de soutènement, installation d'un dispositif de réduction des risques d'inondation quai de la Marine) ;
- construction d'un *pumptrack* (parcours en boucle fermée constitué de bosses et de virages relevés à destination des sportifs équipés de VTT ou BMX).

Il ressort des différentes délibérations, insuffisamment motivées, un défaut d'analyse des besoins et de priorisation des projets d'investissement.

tableau 13 : plan prévisionnel des investissements

Fédération française de football
Agence national du sport

Plan d'investissement	LEADER	DETR	Région	Département	EPCI	Autres	Autofinancement	TOTAL
Amélioration des équipements sportifs		52 867,93 €	25 205,44 €	30 709,25 €	3 000,00 €	20 000,00 €	44 443,86 €	176 226,48 €
Aménagement de la rue Tourneuve		153 417,00 €	115 062,75 €	38 354,25 €			76 708,50 €	383 542,50 €
Accessibilité et assainissement de la salle de Lamothe		7 664,00 €	7 664,00 €	3 832,00 €			19 160,00 €	38 320,00 €
Accessibilité et sécurité du quartier Nord-Ouest		137 852,56 €	33 828,00 €	9 075,00 €			163 875,84 €	344 631,40 €
Construction d'un pumptrack	39 412,00 €		14 779,50 €			24 632,50 €	19 706,00 €	98 530,00 €
Ensemble immobilier destiné à l'associatif	69 828,00 €	57 750,00 €	86 955,00 €	14 437,50 €			60 879,50 €	289 850,00 €
Total par financements	109 240,00 €	409 551,49 €	283 494,69 €	96 408,00 €	3 000,00 €	44 632,50 €	384 773,70 €	1 331 100,38 €

Financements demandés en % du total des projets

8%

31%

21%

7%

0%

3%

29%

Source : CRC d'après les délibérations de la commune

En incluant les investissements et la période de création de la MSP, la commune a investi, entre 2010 et 2021, près de 8,8 M€, soit 730 k€ en moyenne par an. Avec 1,58 M€ de dépenses, la réalisation de la MSP représente un peu plus de deux ans d'investissements. Cet exemple illustre la nécessité pour la commune de se doter d'un outil programmatique et de suivi de ses principaux investissements.

En termes de prospective, la commune envisage un projet important d'investissement, le village des aînés. À ce stade, seul un comité de pilotage est mis en place, afin d'élaborer un travail de mutualisation et de coordination avec l'EPHAD.

Au regard des faibles taux de réalisation de la section d'investissement, de la faible analyse des besoins, de la conduite du projet de MSP sans outil dédié et de l'importance de certains investissements prévus, la mise en place d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI) répondrait à ce besoin de pilotage par la commune.

La chambre lui recommande donc de mettre en place un plan pluriannuel d'investissements, dans le cadre de l'élaboration du prochain budget, pour les projets en cours et à venir.

Recommandation

7. Mettre en place un plan pluriannuel d'investissements dans le cadre de l'élaboration du prochain budget. *Non mise en œuvre*

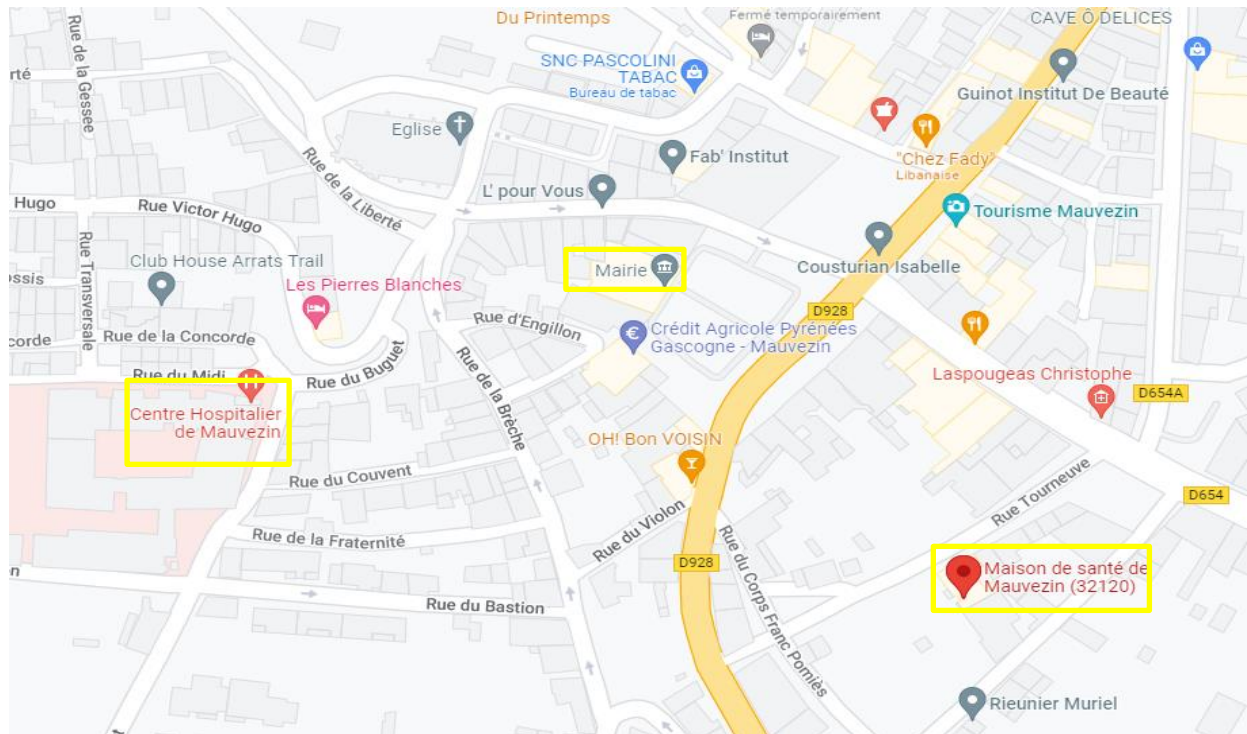
CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le budget de la commune s'élève à moins de 2 M€ en 2021. Bien que sa situation financière soit saine, la commune doit pouvoir améliorer sa capacité de pilotage. Le levier d'action majeur pour la qualité de son budget réside dans l'amélioration de la prévision des recettes et des dépenses dans les deux sections. La chambre lui recommande d'inscrire les crédits budgétaires en adéquation avec ses capacités opérationnelles.

En section d'investissement, cette sincérité s'améliorera également avec la structuration d'un PPI, dont la chambre recommande la mise en place.

ANNEXES

annexe 1 : localisation de la MSP	44
annexe 2 : tableaux de situation financière	45

annexe 1 : localisation de la MSP

Source : Google Maps

annexe 2 : tableaux de situation financière

tableau 14

en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
Ressources fiscales propres (nettes des restitutions)	795 988	812 813	851 102	819 620	766 538	836 112	1,0%
+ Fiscalité reversée	-3 781	-3 781	-3 797	62 286	67 648	37 413	
= Fiscalité totale (nette)	792 207	809 032	847 305	881 905	834 186	873 525	2,0%
+ Ressources d'exploitation	314 504	344 135	361 397	321 299	274 126	289 288	-1,7%
+ Ressources institutionnelles (dotations et participations)	639 219	637 546	673 008	687 904	786 361	721 719	2,5%
= Produits de gestion (A)	1 745 930	1 790 712	1 881 711	1 891 108	1 894 673	1 884 531	1,5%
Charges à caractère général	486 309	549 225	451 098	475 516	361 439	448 102	-1,6%
+ Charges de personnel	598 018	643 826	654 482	661 579	662 683	685 640	2,8%
+ Subventions de fonctionnement	39 700	35 700	22 300	27 350	44 000	27 000	-7,4%
+ Autres charges de gestion	158 361	182 954	168 989	145 708	148 525	155 192	-0,4%
= Charges de gestion (B)	1 282 388	1 411 706	1 296 869	1 310 152	1 216 648	1 315 934	0,5%
Excédent brut de fonctionnement (A-B)	463 543	379 006	584 841	580 956	678 025	568 597	4,2%
<i>en % des produits de gestion</i>	26,5%	21,2%	31,1%	30,7%	35,8%	30,2%	
+/- Résultat financier	-41 055	-38 129	-37 217	-32 335	-27 376	-23 683	-10,4%
+/- Autres produits et charges excep. réels	1 219	27 500	14 555	3 291	12 921	924	-5,4%
= CAF brute	423 707	368 377	562 179	551 913	663 571	545 838	5,2%
<i>en % des produits de gestion</i>	24,3%	20,6%	29,9%	29,2%	35,0%	29,0%	

Source : Logiciel ANAFI d'après les comptes de gestion

tableau 15

en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
CAF brute	423 707	368 377	562 179	551 913	663 571	545 838	5,2%
- Dotations nettes aux amortissements	2 177	2 182	1 642	25 590	26 945	26 925	65,4%
- Dotations nettes aux provisions	0	0	0	0	0	0	
= Résultat section de fonctionnement	421 530	366 195	560 538	526 323	636 626	518 913	4,2%

Source : Logiciel ANAFI, d'après les comptes de gestion

tableau 16

en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul sur les années
CAF brute	423 707	368 377	562 179	551 913	663 571	545 838	3 115 585
- Annuité en capital de la dette	140 443	180 635	179 395	184 374	131 174	122 379	938 399
= CAF nette ou disponible (C)	283 264	187 743	382 785	367 539	532 396	423 460	2 177 186
TLE et taxe d'aménagement	37 588	12 316	21 405	15 291	35 998	38 361	160 959
+ Fonds de compensation de la TVA (FCTVA)	65 763	227 512	78 829	128 122	26 128	88 068	614 422
+ Subventions d'investissement reçues hors attributions de compensation	259 053	161 319	453 701	150 456	197 541	85 230	1 307 300
+ Fonds affectés à l'équipement (amendes de police en particulier)	11 375	0	0	0	51 603	24 283	87 261
+ Produits de cession	5 740	90 000	3 736	161 200	122 000	0	382 676
+ Autres recettes	0	0	0	0	5 230	0	5 230
= Recettes d'inv. hors emprunt (D)	379 520	491 147	557 671	455 069	438 500	235 941	2 557 848
= Financement propre disponible (C+D)	662 784	678 889	940 456	822 608	970 896	659 401	4 735 033
<i>Financement propre dispo / Dépenses d'équipement (y c. tx en régie)</i>	63,6%	94,8%	103,1%	396,7%	139,1%	122,8%	
- Dépenses d'équipement (y compris travaux en régie)	1 042 395	716 473	912 157	207 381	697 912	536 893	4 113 211
- Subventions d'équipement (y compris subventions en nature) hors attributions de compensation	0	2 103	197 037	0	0	0	199 139
+/- Dons, subventions et prises de participation en nature, reçus ou donnés	0	0	0	0	5 230	0	5 230
- Participations et inv. financiers nets	0	0	-500	0	0	0	-500
+/- Variation autres dettes et cautionnements	-51	0	-1 100	1 734	-956	-1 555	-1 929
= Besoin (-) ou capacité (+) de financement propre	-379 560	-39 687	-167 138	613 493	268 710	124 063	419 881
+/- Solde des opérations pour compte de tiers	-333 736	101 600	197 037	0	0	0	-35 100
- Reprise sur excédents capitalisés	0	0	0	0	0	0	0
= Besoin (-) ou capacité (+) de financement	-713 296	61 913	29 899	613 493	268 710	124 063	384 781
Nouveaux emprunts de l'année (y compris pénalités de réaménagement)	180 000	300 000	0	0	0	0	480 000
Mobilisation (-) ou reconstitution (+) du fonds de roulement net global	-533 296	361 913	29 899	613 493	268 710	124 063	864 781

Source : Logiciel ANAFI, d'après les comptes de gestion

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES (ROD2)

tableau 17

en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
Encours de dettes du BP au 1er janvier	1 398 893	1 438 501	1 359 683	1 181 388	995 281	865 062	-9,2%
- Annuité en capital de la dette (hors remboursement temporaires d'emprunt)	140 443	180 635	179 395	184 374	131 174	122 379	-2,7%
- Var. des autres dettes non financières (hors remboursements temporaires d'emprunts)	-51	0	-1 100	1 734	-956	-1 555	97,9%
+ Intégration de dettes (contrat de partenariat, emprunts transférés dans le cadre de l'intercommunalité...)	0	-198 184	0	0	0	0	
+ Nouveaux emprunts	180 000	300 000	0	0	0	0	-100,0%
= Encours de dette du BP au 31 décembre	1 438 501	1 359 683	1 181 388	995 281	865 062	744 239	-12,3%
- Trésorerie nette hors comptes de rattachement avec les BA, le CCAS et la caisse des écoles	6 708	321 474	319 880	958 974	1 225 747	1 298 408	186,7%
= Encours de dette du BP net de la trésorerie hors compte de rattachement BA	1 431 793	1 038 209	861 509	36 307	-360 685	-554 169	

Source : Logiciel ANAFI, d'après les comptes de gestion

Réponses aux observations définitives
en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions
financières

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 20 janvier 2023 de M. Alain Baqué, maire de Mauvezin.
- Réponse du 31 janvier 2023 de M. Daniel Cabassy, ancien maire de Mauvezin.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr

 **[@crococcitanie](https://twitter.com/crcoccitanie)**