



**Association des Petites Villes de France**

**Journée d'étude de l'APVF :**

**Déserts médicaux et accès aux  
soins dans les petites villes :  
quelles solutions ?**

**6 Octobre**

## Sommaire

**Discours d'ouverture : Pierre Jarlier, Maire de Saint-Flour, premier vice-président délégué de l'APVF**

**Table ronde n°1 : Médecine de ville et désertification médicale, quelles solutions ?**

1. Jean-Michel Thornary, Commissaire général à l'égalité des territoires
2. Cécile Courrèges, directrice générale de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire
3. Patrick Romestaing, vice-président du conseil national de l'ordre des médecins
4. Denis Mouchel, Maire de Changé
5. Xavier Nicolas, Maire de Senonches, Conseiller régional Centre-Val-de-Loire, membre du Bureau de l'APVF

**Table-ronde n°2 : Les groupements hospitaliers de territoire, outils de pérennisation des petites structures ?**

1. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)
2. Anne-Marie Armanteras- de Saxcé, Directrice générale de l'offre de soins
3. Raymond Vall, président de l'Association nationale des pôles d'équilibre territoriaux et ruraux et des pays
4. Pierre Jarlier, Maire de Saint-Flour, premier vice-président délégué de l'APVF

**La position de l'APVF : Nathalie Nieson, députée-maire de Bourg de Péage, présidente de la commission Santé et offre de soins de l'APVF, membre du Bureau de l'APVF**

**Discours de clôture : Anne-Marie Armanteras-de Saxcé, directrice générale de l'offre de soins**

**9h45**

**Accueil  
des participants**

**10h00**

**Ouverture  
des travaux**

**Pierre JARLIER**  
Maire de Saint-Flour, Premier vice-  
président délégué de l'APVF

**10h15**

**Table ronde  
1 : Médecine  
de ville et  
désertification  
médicale,  
quelles  
solutions ?**

**Grand témoin : Jean-  
Michel THORNARY,  
Commissaire général à  
l'égalité des territoires**

**Cécile COURREGES**  
Directrice générale de l'agence  
régionale de santé de la région Pays  
de la Loire

**Patrick ROMESTAING**

Vice-président du conseil national de l'ordre des  
médecins

**Denis MOUCHEL**

Maire de Changé

**Xavier NICOLAS**

Maire de Senonches, Conseiller régional de la  
région Centre-Val-de-Loire, Membre du Bureau de  
l'APVF

**Débat avec la salle**

**11h30**

**Table ronde 2 :  
Les groupements  
hospitaliers de  
territoire, outils de  
pérennisation des  
petites structures ?**

**Grand témoin : Frédéric  
VALLETOUX, Maire de  
Fontainebleau, Président de  
la Fédération hospitalière de  
France**

**Anne-Marie ARMANTERAS-de-SAXCE**  
Directrice générale, Direction Générale de l'Offre  
de Soins (DGOS)

**Pierre JARLIER**  
Maire de Saint-Flour, Premier vice-président  
délégué de l'APVF

**Nathalie NIESON**

Députée de la Drôme, Maire de Bourg-de-Péage, Présidente de la  
commission Santé et Offre de soins de l'APVF, Membre du Bureau  
de l'APVF

**Raymond VALL**

Sénateur du Gers, Maire de Fleurance, Président de l'Association  
Nationale des Pôles d'équilibre territoriaux et ruraux et des Pays

**Débat avec la salle**

**12h30**

**Présentation des  
propositions de l'APVF**

**Nathalie NIESON**

Députée de la Drôme, Maire de Bourg-de-Péage, Présidente de la  
commission Santé et Offre de soins de l'APVF, Membre du Bureau  
de l'APVF

**12h40**

**Allocation de clôture**

**Anne-Marie ARMANTERAS-de-SAXCE**  
Directrice générale, Direction Générale de l'Offre  
de Soins (DGOS)



## Discours d'ouverture : Pierre Jarlier, Maire de Saint-Flour, premier vice-président délégué de l'APVF

L'offre de soins est un sujet sensible pour tous les élus des petites villes. Ce n'est pas un sujet nouveau. Martin Malvy, Président d'honneur de l'APVF, dirait encore mieux que moi que nous avons publié en quinze ans quatre livres blancs consacrés à cette question avec un leitmotiv : rappeler l'importance et la pertinence des petites structures hospitalières comme composantes indispensables d'une offre de soins de qualité sur tout le territoire.

Nous avons toujours abordé les questions en bannissant la démagogie. Nous avons admis depuis longtemps que les restructurations hospitalières peuvent être parfois inéluctables, parfois souhaitables, et nous avons toujours milité pour les mises en réseaux et en complémentarité entre petites et grandes structures hospitalières. C'est pour cela que nous avons porté un avis plutôt positif sur le texte de loi hôpital, patients, santé et territoires de Madame Bachelot, comme sur la loi de modernisation de notre système de santé portée par l'actuel Gouvernement et votée au Parlement au début de cette année.

Appréciation positive nuancée par le fait que les mises en réseaux se sont traduites par des restructurations accélérées de services de petits hôpitaux effectués malheureusement un peu trop souvent au mépris de toute concertation avec les élus locaux. Nous, les élus locaux, sommes très attentifs à la concertation. Il y a encore dans ce domaine de la part des directeurs d'ARS des progrès à réaliser, variables cependant d'une région à l'autre, d'après les remontées que nous avons de la part de nos adhérents.

C'est un fait, au nom de la rationalisation de la dépense publique hospitalière, au nom de la rentabilité, mais aussi parfois à la suite d'une campagne de dénigrement contre les petites structures, les petites villes ont subi de nombreuses restructurations hospitalières et leurs élus ne peuvent donc qu'être vigilants et attentifs à ce qui se passera, notamment avec les futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT). Nous souhaitons ardemment qu'ils soient de véritables outils de pérennisation des petites structures hospitalières et non des instruments visant à les absorber. Nous aurons l'occasion de débattre de cela, lors de la seconde partie de cette matinée, en présence notamment de Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, et aussi avec les élus concernés par cette question.

Comme tous nos concitoyens, nous nous félicitons de l'amélioration sensible des comptes de la Sécurité sociale et d'un retour vers l'équilibre financier. Les efforts consentis n'ont pas été vains. Mais, nous savons à la lecture du PLFSS pour 2017 que de nouvelles économies seront nécessaires, et notamment concernant la rationalisation de la dépense hospitalière. Pour parler simplement, il s'agit de fermetures supplémentaires du nombre de lits que permettrait le développement de la chirurgie ambulatoire. Les futures économies, pour nécessaires qu'elles soient, ne doivent pas être faites sur le dos des petits hôpitaux qui ont déjà consenti beaucoup d'efforts et subi beaucoup de restructurations.

Et puis, il y a un autre sujet fondamental que nous allons aborder au cours de cette matinée, c'est celui de la désertification médicale et de la médecine de ville. C'est un enjeu de société et un véritable défi pour ceux qui auront en charge le Gouvernement de notre pays dans les prochaines années. Là encore, le sujet n'est pas nouveau. Néanmoins, le phénomène s'aggrave. Entre 2012 et 2016, l'accès à un médecin généraliste est devenu de plus en plus difficile pour plus d'un quart de la population.

En juin dernier, dans son rapport annuel, l'ordre national des médecins indiquait que le nombre de médecins généralistes avait diminué de plus de 8% entre 2007 et 2016. Cette chute préoccupante devrait se poursuivre jusqu'en 2025 avec la disparition d'un médecin généraliste sur quatre pour la période 2007 à 2025. Au-delà du nombre, c'est évidemment la question de la répartition qui nous préoccupe. Il y a dix ans, la question se posait surtout en milieu rural mais désormais les zones urbaines sont touchées.

Il y a urgence à agir. Le Gouvernement a déjà commencé en promouvant des bourses pour les étudiants et un salaire garanti les premières années pour les jeunes praticiens qui s'engagent dans les zones sous-dotées, ou encore en promouvant le concept de maisons de santé pluridisciplinaires, dont beaucoup de petites villes se sont d'ores et déjà saisies.

Toutes ces mesures vont dans le bon sens. Pour autant, ne faut-il pas changer de braquet et désormais aller plus loin ? Les systèmes purement incitatifs suffisent-ils ? Avec le vieillissement de la population, la demande de soins ne pourra qu'être croissante. Il est de la responsabilité des élus d'imaginer et de proposer des solutions. Voilà pourquoi, au moment où va s'ouvrir un grand débat national à l'occasion des prochaines échéances électorales du printemps 2017, nous souhaitons à l'APVF que soit mis au débat la question de la régulation de l'installation des médecins. Nous mesurons parfaitement que cette question suscite des polémiques et ne fait pas consensus mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'aborder. Nous le ferons ce matin.

## Table-ronde n°1 : Médecine de ville et désertification médicale, quelles solutions ?



### I. Jean-Michel Thornary, Commissaire général à l'égalité des territoires

L'accessibilité des services au public, son caractère universel, est l'un des fondements de notre pacte républicain et l'amélioration de leur accessibilité, pour tendre vers une égalité d'accès pour tous, est un objectif majeur de nos politiques publiques. Et s'il est bien un sujet qui concerne l'ensemble de nos concitoyens, au-delà de ceux de l'alimentation, du logement et de l'accès aux savoirs, c'est celui de la santé.

Il est désormais bien établi qu'il y a, dans la répartition des professionnels de santé sur le territoire, des déséquilibres croissants. Alors même que la définition de désert médical a évolué au cours du temps, il nous faut bien considérer que la désertification de l'offre de soins est hétérogène, qu'il s'agisse des zones rurales, périurbaines, des métropoles et même du cœur de Paris. Toute la France est concernée. La médecine générale constitue certes la profession de santé de premier recours la mieux répartie sur le territoire – 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste - mais les indicateurs font apparaître de fortes disparités dans la distribution spatiale des autres spécialités : les 10 % des habitants des communes les mieux dotées ont une accessibilité trois fois plus fortes que les 10% des habitants des communes les moins bien dotées. Si les communes des pôles urbains sont les mieux loties, la densité de l'offre faiblit dans les couronnes péri-urbaines et dans les territoires ruraux. Ces disparités s'observent également entre régions. Le nombre de médecins en activité régulière dans le centre, le grand Est ou la région parisienne diminue assez fortement cependant que d'autres espaces, comme la Côte atlantique, peuvent se prévaloir d'une présence plus importante, parfois même croissante.

Le Commissariat général à l'égalité des territoires a pour responsabilité de travailler avec l'ensemble des acteurs publics au niveau national et local pour identifier le mieux possible les modes d'intervention adaptés aux territoires concernés. Parce que ces territoires sont effectivement différents, il faut moduler et adapter les politiques publiques. Ainsi, nous contestons la réflexion purement statistique,

en termes d'habitant moyen, et nous cherchons l'échelle pertinente pour identifier les caractéristiques et les besoins d'intervention adaptés. C'est l'enjeu de la territorialisation des politiques publiques.

Des engagements pris lors des Comités interministériels aux ruralités et des Comités interministériels à l'égalité et à la citoyenneté concernent des mesures concrètes qui améliorent les conditions dans lesquelles se joue la relation entre les patients et les médecins : la résorption des zones blanches en matière de téléphonie mobile, le développement des infrastructures, connexions et usages du numérique, le développement de la télémédecine et du télétravail pour le secrétariat notamment, ou encore la mise en place de plateformes de mobilité en milieu rural sont autant de sujets qui ont une incidence sur les conditions d'accès du patient au médecin. Et qui sont également, des facteurs d'attractivité des territoires pour favoriser l'implantation de médecins. Parce que les nouvelles générations de médecins cherchent un nouveau mode d'exercice de leur métier. La qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire, des temps de repos, de loisir ou des temps familiaux plus importants, des horaires moins tardifs ou moins denses, des possibilités d'emploi du conjoint sur le territoire, des facilités pour trouver des assistants compétents sont autant de déterminants qu'il faut prendre en compte.

De nombreux dispositifs ont également été mis en place pour favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-dotées, dont les objectifs en termes de chiffres ont été atteints. Les contrats d'engagement de service public rencontrent un vrai succès avec 1.750 contrats déjà signés, ce qui est d'ores et déjà au-dessus de l'objectif initial de 1.500 à fin 2016. À ce jour, une centaine de jeunes médecins bénéficiaires de ces contrats sont déjà installés. Le nouvel objectif est d'atteindre 2.550 installations de jeunes praticiens dans les territoires à faible densité médicale en 2018. La formation de 500 médecins correspondants du Samu va se poursuivre avec de nouveaux objectifs, les mesures nouvelles en faveur de l'installation des jeunes médecins dans les hôpitaux publics des territoires fragiles et l'adaptation régionale du *numerus clausus* pour les études de médecine en sont d'autres illustrations. Sur les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), plus de 800 MSP sont d'ores-et-déjà en activité, plus de 100 projets permettront des ouvertures à court terme, pour un objectif de 1.400 à l'horizon 2018. Sur les territoires de massif, le projet de loi Montagne, en cours d'examen parlementaire, intègre des dispositions renforçant la prise en compte des enjeux d'accessibilité en santé dans les territoires montagnards. A ce jour près de 160 MSP sont ouvertes en zone de montagne, et 70 sont en construction ou en projet concrets. Au-delà, 85% des MSP sont situées dans des communes de moins de 10.000 habitants.



L'intégration de la Santé parmi les sujets traités dans les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public, permet de créer, partout, l'opportunité d'apporter des solutions concrètes aux problématiques en matière d'accès aux soins. Ils doivent être finalisés dans l'année en cours et signés par les préfets et présidents des Conseils départementaux au plus tard fin 2017. Ils pourront être utilement complétés par les contrats de ruralité. Ces contrats permettront aux acteurs locaux de bénéficier d'un appui financier sur des projets susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins. Abondés en partie par le Fonds de soutien à l'investissement local, ils entreront dans leur phase opérationnelle dès 2017 et produiront leurs effets dans les années à venir. Le développement de la télémédecine en lien avec les maisons de services au public (MSAP) et le futur plan de déploiement du télétravail sont encore d'autres illustrations.

## 2. Cécile Courrèges, directrice générale de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire



Il est important de renforcer le dialogue entre les agences régionales de santé (ARS) et les élus locaux. Que peut faire une ARS face aux difficultés de la démographie médicale ? Pas tout et rien toute seule. Il y a une ambiguïté dans le terme même d'ARS parce qu'elle n'intervient pas sur la situation individuelle et le fait avec des leviers très différents. Elle dispose de leviers régaliens à l'hôpital. Sur la médecine de ville, elle intervient dans le cadre législatif et réglementaire prédéfini. Le cadre est aujourd'hui la libre installation, issue de la charte de 1927. Dès lors, l'action des ARS s'exerce dans ce cadre de la liberté d'installation des médecins.



Les jeunes médecins ont de nouvelles aspirations. Ils souhaitent un cadre de travail qui permette de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, travailler en équipe, être mieux accompagnés et être déchargés de certaines tâches. Les médecins veulent un environnement de vie pour eux et leur conjoint. Aujourd'hui, comme le montrait l'étude du CGET, l'installation n'est pas seulement liée à la question de la rémunération. C'est plutôt le cadre général.

Je reviens donc sur la notion d'attractivité du territoire. Dans les services de proximité, il y a la question de l'accessibilité à la médecine. Cela ne se traite pas de Paris mais dans le cadre d'une « alliance » associant trois grandes parties qui sont indispensables : les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les collectivités territoriales.



Ce sont donc tout d'abord les professionnels de santé libéraux en tant que porteurs de projets. On ne peut rien faire sans eux. La réussite dépend de leaders médicaux. Par exemple, en Mayenne, il y a un certain nombre de leaders parmi les médecins. Ainsi, dans ce département, un tiers des médecins exerce en MSP. Une MSP en Pays de la Loire peut comporter plusieurs structures. On les appelle pôles dans d'autres régions. On arrive ainsi à avoir une vraie organisation territoriale des soins de premier recours. A l'inverse, à Laval, on constate un manque de leaders médicaux. Il est difficile de créer des dynamiques. Le problème principal dans ce département est à Laval et dans son agglomération. Dans la Sarthe, il y a un sujet général de désertification médicale. Quelques MSP ont été créées mais il n'y a pas de dynamique collective suffisante. Aucune région n'est à côté du sujet sur cette problématique. Même sur la côte atlantique, le problème commence à se poser, notamment en raison d'une population qui vieillit et voit donc croître la demande de soins. Même dans une région qui se situe dans la moyenne

ationale en matière de densité de l'offre de soins, il y a des territoires en grande difficulté. Des problèmes apparaissent même à Nantes.

La seconde catégorie d'acteurs ce sont les pouvoirs publics, qui mettent en place les dispositifs incitatifs. Les aides individuelles selon le zonage ou les 60 CESP sont des outils utiles. Les MSP sont attractives pour les jeunes médecins. Elles sont un cadre rassurant pour leur installation. Elles ne résolvent pas tous les problèmes mais elles sont importantes.

La troisième catégorie sur laquelle je souhaite revenir, ce sont les collectivités territoriales, qui travaillent sur l'attractivité de leur territoire. En matière d'installation, il y a des sujets sur lesquels les élus locaux ont la réponse. Ils peuvent ainsi aider à faire venir les stagiaires en organisant leur hébergement ou en facilitant leur transport.

C'est donc une relation à trois qu'il faut consolider. Le contrat local de santé peut aussi être un outil de cette co-construction et le conseil territorial de santé, le lieu du dialogue. A ce sujet, on a besoin d'avoir des élus nommés rapidement pour les futurs conseils territoriaux de santé. Les ARS vont chercher de plus en plus à avoir des interlocuteurs à l'échelle intercommunale.

### 3. Patrick Romestaing, vice-président du conseil national de l'ordre des médecins



Les déserts médicaux sont un concept un peu obsolète. Ce sont des déserts globaux. En revanche, comme cela a été dit, tous les territoires sont concernés par les difficultés en matière d'offre de soins, même à Lyon. Le coût de l'immobilier l'explique notamment. Il y a aujourd'hui un problème global qui appelle des solutions multiples. Il faut des réponses territoire par territoire, au cas par cas, pour l'installation des médecins. L'attractivité des territoires est un enjeu essentiel dans l'installation des jeunes médecins. Nous avons la chance dans ce cadre d'avoir échangé avec Marie-Caroline Bonnet-Galzy en juin.

Sur la démographie, on lit beaucoup de choses. J'ai piloté les travaux démographiques. Sur le numerus clausus, il faut être prudent. De 3000, nous sommes à 8000 diplômés aujourd'hui. Il y a un autre paramètre à prendre en compte, ce sont les médecins à diplôme non délivré par des universités françaises. La médecine générale est très concernée. En matière de calcul, il ne faut pas non plus compter par tête. Là où il y avait un médecin qui exerçait de 8h à 21h, c'est désormais un médecin de 9h à 18h30. Sans apporter de jugement de valeur, nous pouvons constater que le temps médical a diminué. Il faut balayer l'idée que ceci est lié à la féminisation de la profession. Il n'y a pas de différence entre les genres. Tous les jeunes médecins veulent exercer différemment.



En 2015, nous avons lancé une grande consultation en ligne et nous avons obtenu 35 000 réponses. Nous avons aussi effectué des rencontres en région. De tout cela, nous avons effectué une grande synthèse. Ce livre blanc extrait dix propositions autour de trois axes. La première est de simplifier

l'organisation territoriale. Qu'ils soient médecins libéraux, salariés, scolaires, de travail, les médecins de terrain ont l'impression d'être à côté instances territoriales décisionnelles. Nous proposons en conséquence de mettre en place un territoire unique : les bassins de proximité de santé, en rapprochant les soins de premier et de second recours. Il faut une réponse lisible. Pour cela, il faut une vraie démocratie sanitaire à l'échelle de ces bassins. Les ARS ont un rôle fort à jouer, mais certaines sont à l'écoute, d'autres non. Dans les bassins de proximité, il faudra un comité de pilotage pour fédérer les professionnels de santé, les paramédicaux, etc. Ce comité de pilotage sera sous la responsabilité des élus locaux.

Un deuxième élément est qu'il faut alléger et décloisonner pour permettre aux professionnels de travailler en libéral et en milieu hospitalier, le tout en développant la télémédecine. Il faut faire travailler ensemble les praticiens, permettre plus de fluidité.

La formation des médecins est inadaptée à ces nouveaux enjeux. Il est essentiel de sortir les étudiants de leur stage en CHU pour leur permettre de les faire en médecine de ville et dans les territoires ruraux. Les jeunes veulent des études partagées. Il faut pour cela répondre à la problématique du logement, des déplacements et de la stabilisation des MSU et plus généralement de l'attractivité des territoires. Nous avons besoin de développer le haut-débit, la téléphonie mobile pour encourager ces évolutions. Il faut aussi prévoir un numerus clausus régional.



Enfin, ne parlons pas de contrainte. Le mode de sélection n'est pas forcément pertinent et il y aurait une perte après les études. Nous souhaitons éviter les mesures coercitives mais nous proposons un post-DS territoire, sous la forme d'un engagement de trois ans, qui permette aux médecins qui ne souhaitent plus exercer en territoire à l'issue de cette période d'accéder au poste qu'ils souhaitent.



## 4. Denis Mouchel, Maire de Changé



Le projet de maison de santé pluridisciplinaire naît du fait que deux médecins sur les quatre de la commune allaient prendre leur retraite mais ne trouvaient pas de successeur. Nous avons cherché des solutions et l'idée d'une MSP a été soutenue par les autres praticiens du territoire et par les élus. Le projet a donc été piloté par la municipalité afin d'évaluer le plus précisément possible les besoins.

Après une phase de concertation, les travaux ont débuté en 2012. Le rez-de-chaussée a été acquis par la mairie et le promoteur immobilier en charge du projet a vendu les appartements des étages au-dessus à des particuliers. Cela a permis de réduire le coût pour les contribuables. Le coût total était de 2,4 millions dont 1,5 millions à la charge de la commune et financés par un emprunt. Il y avait originellement 16 praticiens de santé, qui ont été rejoints par deux dentistes et un nouveau médecin, qui était stagiaire dans cette maison. Ils sont donc aujourd'hui 19 praticiens et ont créé une association pour mettre en œuvre le projet de santé.

Le projet concerne Changé mais aussi les communes limitrophes. En effet, même si nous sommes situés à seulement 3 km de Laval, plusieurs de ces villes proches manquent de structures médicales. C'est pour cela qu'elles ont soutenu la mise en place de la MSP.

La MSP répond à l'objectif de mieux coordonner les soins. Elle anticipe et répond aux évolutions actuelles et futures des besoins globaux. Elle favorise l'installation des médecins parce qu'elle rompt avec l'isolement dans lequel ils pouvaient exercer jusqu'à présent et dont les jeunes médecins ne veulent plus.



A Changé, un important travail de requalification et de redensification du centre-ville a été lancé. Or, je tiens à souligner que notre MSP a constitué dans ce cadre un vrai facteur d'attractivité pour notre commune. Beaucoup des acquéreurs des nouveaux logements ont cité cette MSP comme l'un des éléments qui ont décidé de leur arrivée à Changé.

## 5. Xavier Nicolas, Maire de Senonches, Conseiller régional Centre-Val-de-Loire, membre du Bureau de l'APVF

Je suis très en phase avec tout ce qui a été dit. Le problème de la désertification médicale tend à s'amplifier, d'autant que la population vieillit. Les médecins sont aujourd'hui très mal répartis sur le territoire. L'attractivité des territoires joue un rôle important, d'autant que la question de l'implantation est devenue de plus en plus complexe, notamment parce que les médecins s'installent aussi en fonction du métier de leur conjoint, souvent CSP+.

A partir de ce constat, l'APVF avance plusieurs mesures. Les élus sont tout d'abord très demandeurs d'un partenariat renforcé avec les praticiens de santé et avec les ARS pour mieux anticiper les évolutions de la démographie médicale. Nous souhaitons dans cette optique que le zonage effectué par l'ARS et qui sert de base aux dispositifs incitatifs soit remis à jour plus souvent. L'APVF propose également que la place de la médecine de ville dans la formation des médecins soit renforcée. Il faut, toujours dans le domaine de la formation, favoriser l'accueil des stagiaires dans les cabinets (internes ou externes). Dans ma région, nous avons effectué un travail en partenariat très étroit avec les médecins libéraux pour qu'ils deviennent maîtres de stage universitaires (MSU). Or, ils ont été difficiles à mobiliser. Il faut un engagement plus fort et plus constant des médecins dans ce domaine. Par ailleurs, tous les efforts engagés pour attirer les jeunes médecins ne peuvent porter leurs fruits que si l'on

régionalise l'internat car, aujourd'hui, les affectations sont redistribuées au plan national en fin de 6<sup>ème</sup> année, annulant ainsi les ajustements du numerus clausus en PACES. Il faut de plus favoriser le cumul emploi-retraite des médecins en réduisant les charges sociales afin de permettre une transition en douceur.

Autre solution que nous évoquons, de nombreuses communes ont essayé de salarier des médecins. Dans mon intercommunalité, une MSP a été construite. Nous étions d'accord pour tenter de salarier un médecin mais il faut pour cela que le médecin s'inscrive dans la durée et qu'il accomplisse un nombre d'actes qui corresponde à sa rémunération. De manière plus générale, il faut défendre le modèle libéral qui est le plus économique. Il est essentiel d'aller vers plus de décloisonnement. Je pense à la question de la vaccination par les pharmaciens. Il faut aussi développer la télémédecine.



Nous faisons enfin une proposition qui peut bousculer mais qui naît du constat que l'incitation seule a montré ses limites : nous appelons à des mesures de régulation de l'installation des médecins. Nous ne souhaitons pas imposer des lieux d'installation. Dans notre esprit, cela doit se faire avec l'accord des médecins et par le conventionnement, qui peut par exemple limiter l'accès aux zones sur-dotées et permettre une meilleure répartition sur l'ensemble du territoire à l'image de ce qui a été fait pour les infirmiers. En revanche, si les médecins ne parvenaient pas à trouver de solution conventionnée, il faudrait dès lors passer par la loi, comme cela se fait pour les pharmaciens.



## Table-ronde n°2 : Les groupements hospitaliers de territoire, outils de pérennisation des petites structures ?



### I. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Les GHT vont faire évoluer l'organisation hospitalière. Il y a ainsi une obligation depuis la loi de janvier 2016 de s'inscrire dans ces coopérations. Des dérogations existent mais 98% des hôpitaux publics ont intégrés un GHT.

L'année qui s'ouvre doit permettre de concevoir les projets médicaux partagés (PMP). En effet, depuis le 1<sup>er</sup> juillet, le périmètre des GHT est arrêté et le plus dur commence maintenant car les instances des GHT ont un an pour concevoir les projets médicaux de territoire. Il eût peut-être mieux valu mettre en place ces projets avant de définir les périmètres.

Les PMP doivent organiser la prise en charge graduée des patients, des soins de proximité jusqu'aux plateaux techniques des CHU et des grands hôpitaux régionaux. Si les projets partagés sont à la hauteur, les GHT conforteront le service public de santé. Ce sera porteur de stabilité pour l'offre médicale dans sa globalité. En revanche, des GHT qui ne seraient que des regroupements administratifs n'auraient pas de valeur ajoutée et de portée sur la réorganisation de l'offre de soins.

La réorganisation des soins comporte plusieurs enjeux, dont la proximité de l'accès aux soins. Les GHT sont une avancée qui peut permettre d'améliorer l'offre publique et peut stabiliser l'offre médicale sur le territoire. Les GHT signeront à terme des conventions avec la médecine libérale et les établissements privés.



Il ne faut en revanche pas laisser faire ni les administrations, ni les médecins tout seuls. Les élus doivent s'investir le plus possible dans la réflexion sur les projets médicaux. Il faut être partie prenante du processus. Il y a une forte diversité dans les territoires. Certains ont un offre hospitalière presque

uniquement publique, d'autres voient la concurrence entre secteur public et secteur privé. L'enjeu des GHT est d'avoir l'écriture la plus fine et calée sur les caractéristiques du territoire. L'organisation des soins doit prendre en compte ces questions-là. Il faudra veiller à ce que l'administration n'impose pas des PMP mais prenne en compte l'avis des élus. Il faut que les GHT collent au maximum aux enjeux de territoire. Les GHT seront ce que les acteurs en font. Ce grand rendez-vous des GHT ne réussira que si l'administration sort de ses visées uniformistes.

## 2. Anne-Marie Armanteras- de Saxcé, Directrice générale de l'offre de soins

Les GHT sont la traduction d'une volonté de coopération entre structures hospitalières publiques. La loi de modernisation de notre système de santé va permettre de pérenniser ces nouvelles organisations. Les situations des GHT sont variées, avec un nombre important de combinaisons possibles entre CHU et centres hospitaliers, hôpitaux de proximité ou établissements publics spécialisés. On peut par exemple avoir un CHU, 4 centres hospitaliers, 2 hôpitaux de proximité.



Le GHT n'est pas porteur d'un mouvement de concentration vers l'hôpital le plus gros. Au contraire, si nous travaillons bien, les hôpitaux de proximité en bénéficieront. Les GHT vont permettre d'améliorer la portabilité financière des fonctions logistiques et administratives, comme par exemple des pharmacies à usage intérieur et des laboratoires. De nombreux hôpitaux de proximité, malgré les avancées obtenues en matière de financements, peuvent avoir des difficultés à remplir leur fonction. Les petits hôpitaux vont donc se faire aider par les grands dans le cadre des GHT, notamment en ce qui concerne les marchés et les achats.

En matière de prise en compte des caractéristiques des territoires, nous indiquons déjà aux GHT et aux parties qu'ils doivent favoriser les formes les plus adaptées et les plus respectueuses de l'offre de soins. Les GHT doivent doter l'organisation hospitalière d'une ambition territoriale. Il y a un lien, dans les territoires, entre l'attractivité des structures hospitalières et celle de la médecine de ville. Nous avons bien vu que quand on pourvoit un poste de médecin spécialiste à l'hôpital, cela favorise le renouvellement du médecin de ville parce que les médecins ne souhaitent plus exercer seuls la responsabilité territoriale. Ils sont dans la démarche de dire, par exemple : « s'il y a un cardiologue à l'hôpital, je m'installe ». Les GHT sont importants parce qu'ils vont renforcer le travail en équipe, vont créer des équipes médicales de territoire, et permettre que la télémédecine puisse se développer et se propager. L'offre de soins va donc être solidifiée. Cela ne veut pas dire qu'il faut qu'il y ait de tout partout. Il ne peut y avoir de généraliste partout mais il faut travailler à l'échelle de plusieurs villes. Le GHT va créer un pont qui va rendre plus facile l'organisation du parcours du patient. Dans la prise en charge du patient, l'objectif est ensuite de former progressivement des projets médicaux partagés par filières au sein des GHT.



Une fois passée l'urgence de la création, les conditions de l'accès aux soins constituent une priorité. La participation des élus est essentielle pour que les GHT prennent en compte l'ensemble de l'offre de soins. Les GHT doivent associer le médico-social, les personnes handicapées, etc. Pour les personnes âgées, tous les EHPAD devraient se rapprocher des GHT pour conforter l'offre de proximité.

L'ensemble des projets va être déployé dans la dynamique de conforter l'offre de proximité. La FHF et la DGOS insistent sur le fait que, pour les hôpitaux de proximité, le GHT doit répondre à la question de comment maintenir certaines activités. Ils doivent favoriser notamment la consultation avancée. Ils auront aussi pour objectif de conforter la médecine de ville, de protéger les soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux de proximité, etc.

Il faut à nouveau rappeler que l'attractivité entre médecine de ville et hôpital est liée. Par exemple, il y a deux ans à Fontainebleau a été créée une MSP dans l'enceinte universitaire. Cette MSP accueille de jeunes internes. C'est une initiative importante et nous soutenons les initiatives allant dans ce sens.

### 3. Raymond Vall, président de l'Association nationale des pôles d'équilibre territoriaux et ruraux et des pays

---

Sur le principe, je ne suis pas défavorable aux GHT. En revanche, la façon dont ils ont été mis en place, et notamment le rythme qui est imposé par la loi de modernisation de notre système de santé, appelle à des nuances.

Pour cela, je vais donner un exemple précis en évoquant la situation des GHT dans le Gers, que je connais bien. Il faut tout d'abord signaler que le dialogue avec l'ARS est essentiel. Les Pays de la Loire ont de la chance d'avoir une directrice générale d'ARS à l'écoute des élus. Ce n'est pas le cas dans toutes les régions.

En matière de GHT, la question du projet de santé reste majeure et va être celle des prochains mois. Le GHT est une bonne initiative à condition que l'on n'alourdisse pas la décision et que les gros hôpitaux ne se retrouvent pas à contrôler et décider de tout, avec la tentation d'équilibrer leurs budgets grâce aux bons résultats des autres.

L'une des questions majeures, qui doit être posée avec le développement des projets médicaux partagés, c'est comment harmoniser entre les différentes structures du GHT et qui va en supporter le coût ? En effet, le coût de l'harmonisation des outils informatiques dans le GHT du Gers a été évalué à 2,5 millions d'euros. La question qui se pose est dès lors celle de la ressource support. Nous avons plusieurs fois demandé d'adapter ce texte afin de rendre les conventions de constitution des GHT plus participatives. Il est important que l'hôpital central ne prenne pas toutes les décisions. Nous sommes plutôt favorables au GHT mais avec l'adaptation des outils et de la gouvernance afin de prendre en compte la spécificité de chaque structure composant le GHT.

### 4. Pierre Jarlier, Maire de Saint-Flour, premier vice-président délégué de l'APVF

---



APVF @PetitesVilles - 6 oct.

@PJarlier : "l'établissement des périmètres des GHT est allé vite, certains élus n'ont pas le sentiment d'avoir été écoutés" #ConfSanté



Les GHT ne doivent pas être un rendez-vous manqué, car avec le dialogue, ils peuvent permettre de répondre aux enjeux locaux. C'est un enjeu considérable d'avoir demain une vraie gouvernance

partagée où les élus locaux auraient leur place. Le dispositif manque aujourd'hui de concertation. L'établissement des périmètres des GHT est allé vite, certains élus ont le sentiment de ne pas avoir été écoutés.

Je souhaiterais également évoquer un ou deux sujets importants. Dans les secteurs isolés, le milieu hospitalier est très complexe. 2M€ par an sont consacrés aux remplacements. Il faut toutefois s'engager à renforcer l'échange d'expérience, la création de lits et conforter les situations financières, dès lors qu'il y a un vrai échange sur la pratique.

L'autre sujet est la place des GHT, à partir d'un établissement principal, des hôpitaux de proximité et des hôpitaux isolés avec un plateau technique. Avec les hôpitaux isolés, il peut y avoir une heure trente de route avec l'hôpital principal. Sur ce sujet, il y a de l'inquiétude. Il ne faut pas centraliser les actes avec le GHT alors que les hôpitaux isolés ont leur importance géographique. Les GHT doivent tenir compte de la diversité des situations.



APVF @PetitesVilles · 6 oct.

@PJarlier : "les #GHT ne doivent pas être un rendez-vous manqué, car avec le dialogue, ils peuvent permettre de répondre aux enjeux locaux"



Sur les hôpitaux de proximité, il y a eu une grande avancée avec les financements qui ont permis de sortir du tout-T2A (tarification à l'activité). En revanche, pour les hôpitaux isolés qui disposent d'un plateau technique, qui ne sont pas considérés comme des hôpitaux de proximité, la question du financement se pose. Le mode de financement de ces structures n'est pas adapté. Ces hôpitaux ne pourront jamais avoir un taux d'activité suffisamment important pour être rentables alors qu'ils assurent une mission essentielle en termes d'offre de soins et d'aménagement du territoire. Il faut trouver une solution qui favorise leur pérennité en les dotant de davantage de moyens financiers. Nous devons également accorder une attention très forte sur les efforts demandés dans le cadre du projet de loi de financement sur la sécurité sociale 2017 qui pourraient se traduire par la fermeture de lits ou services dans ces établissements.

## La position de l'APVF : Nathalie Nieson, députée-maire de Bourg de Péage, présidente de la commission Santé et offre de soins de l'APVF, membre du Bureau de l'APVF



Si la question de la désertification médicale est aussi importante pour les élus, c'est parce qu'elle est une préoccupation de nos concitoyens. L'accès à la santé est un sujet prégnant sur lequel les maires sont très sollicités. Ces sujets étaient au cœur des dernières campagnes électorales. Cette journée a constitué un vrai moment d'échange, qui a permis de confronter les constats, les expériences et les solutions.



Sur les hôpitaux de proximité, il faut renforcer la reconnaissance d'un statut particulier pour les hôpitaux de proximité qui jouent un rôle essentiel dans le maillage territorial et dans le maintien de la médecine de ville. Pour avoir des médecins libéraux, il faut une structure hospitalière à proximité qui permette de prendre en charge le patient dans toute sa globalité. Il ne faut donc pas avoir une lecture strictement comptable concernant le maillage hospitalier du territoire. On ne peut pas être dans cette logique parce qu'une répartition plus homogène et qui prend en compte les caractéristiques des territoires est nécessaire. Une articulation dans le cadre des GHT entre les différents centres hospitaliers et les petites structures doit se faire de la façon la plus pertinente possible. Toutefois, il faut que cela se fasse de manière efficiente.

Sur la médecine de ville, il y a un constat totalement partagé. On ne peut pas rester dans cette situation. Il y a une difficulté d'accès au premier sas qu'est le médecin généraliste. En n'ayant pas accès à un médecin généraliste, on peut avoir des pathologies qui s'aggravent. Nous sommes donc dans l'obligation d'élaborer des actions concertées avec les représentants de l'Etat, les ARS pour donner le cadre, les élus, parce que nous sommes là pour alerter, lorsque c'est nécessaire, et être dans l'expérimentation. Il se passe des choses dans les territoires. Un phénomène récent est l'augmentation des investissements des collectivités territoriales, alors qu'il ne s'agit pas d'une compétence première.



Parmi les praticiens de santé dans leur ensemble, il y a une vraie prise de conscience sur ce sujet. Je me félicite que des médecins soient présents aujourd'hui, car c'est ensemble que nous ferons émerger

des solutions intelligentes. Les jeunes médecins souhaitent travailler en équipe et il faut suivre le mouvement dans la mesure où cela répond aux besoins de nos concitoyens. Nous devons trouver des points de convergence. Au sein de l'APVF, nous avons le devoir d'être des aiguillons, de lancer des pistes, d'être forces de proposition. Nous proposons ainsi une régulation apaisée de l'installation des médecins, la régionalisation de l'internat, la création des territoires prioritaires de santé, sources d'expérimentation et qui bénéficieraient de moyens financiers supplémentaires. Nous voulons aussi développer le dialogue entre chaque partie, élus locaux, praticiens de santé et pouvoirs publics dont les ARS.



APVF @PetitesVilles · 6 oct.

.@nnieson : "à l'APVF nous voulons la régionalisat. de l'internat, la créat. des territoires prioritaires de santé et une régulation apaisée"



## Discours de clôture : Anne-Marie Armanteras-de Saxcé, directrice générale de l'offre de soins



Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé se réjouissait de pouvoir être avec vous pour votre journée consacrée à l'offre de soins. Depuis quatre ans et demi, l'association des petites villes de France a été un interlocuteur privilégié du ministère des Affaires sociales et de la Santé et elle voulait vous remercier pour la qualité de votre travail et la richesse des échanges qui ont permis d'avancer côte à côte. Malheureusement, elle ne peut être avec vous aujourd'hui, mais je suis porteuse des messages qu'elle souhaitait vous adresser.

Un effort de réduction des inégalités a été engagé et doit être poursuivi.

L'enjeu est de faire coïncider les attentes des patients et celles des nouveaux professionnels de santé. Aujourd'hui, les jeunes professionnels de santé veulent s'associer, collaborer, travailler en équipe. C'est pourquoi il faut faire évoluer les conditions d'exercice pour attirer les professionnels dans les territoires manquant de professionnels. En parallèle, les besoins des patients ont évolué. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'explosion des maladies chroniques, il faut permettre à chaque patient de s'inscrire dans un parcours de soins, pour pouvoir consulter différents spécialistes et se faire traiter différentes pathologies dans un même lieu. C'est le sens des deux volets du Pacte-territoire Santé mis en place depuis 2012 : répondre aux attentes des patients et aux nouvelles aspirations professionnelles des médecins.

Plusieurs mesures ont été prises et une dynamique a été lancée dans cette perspective. Le nombre d'infrastructures sur les territoires les plus fragiles a été augmenté. En 2016, 800 maisons de santé pluri-professionnelles maillent notre territoire. Nous en compterons 1400 en 2018. Elles viennent fortifier les organisations territoriales en complément des centres de santé. Ensuite, les jeunes professionnels de santé ont été encouragés à venir exercer en dehors des villes. 1750 jeunes en formation (futurs médecins ou dentistes) ont signé un contrat d'engagement de service public (CESP) pour leur permettre de bénéficier d'une bourse en contrepartie d'une installation en zone fragile. Ils seront 2550 en 2018. Nous avons également assuré à ces jeunes une sécurité de l'emploi. Plus de 600 jeunes professionnels de santé exerçant dans des territoires manquant de médecins ont ainsi souscrit à un contrat de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) depuis 2012 pour sécuriser leurs deux premières années d'installation.

La formation des professionnels de santé a été revue pour accompagner cette recomposition de l'offre territoriale de santé. Le numerus clausus a été augmenté dans les régions en tension démographique pour anticiper le départ de nombreux professionnels de santé à la retraite dans quelques années. Concrètement, 131 étudiants ont été admis en plus cette année dans les 10 territoires manquant de professionnels.

Enfin, chaque français a accès à un service des urgences en moins de 30 minutes. Là où le délai d'accès à des soins urgents était supérieur à 30 minutes, le nombre de médecins correspondants du SAMU a été multiplié par 4.

Aujourd'hui, il est plus facile d'être pris en charge, d'être accompagné, soigné, hospitalisé dans une petite ville française en 2016 qu'en 2012.

L'accès à la santé dans les territoires repose également sur un maillage hospitalier de qualité et de proximité.

Renforcer l'hôpital sur un territoire est l'enjeu des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont l'ambition est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Les périmètres et les orientations stratégiques des projets médicaux partagés des GHT ont été définis début juillet. Comme la ministre l'a rappelé à de nombreuses reprises, les élus locaux, et notamment les maires, sont étroitement associés à la définition des GHT. Le « comité territorial des élus locaux » intègre d'ores et déjà les maires de toutes les communes concernées, même lorsque ces derniers ne sont pas membres du conseil de surveillance de l'hôpital.

Les hôpitaux publics ont également été renforcés par un soutien financier à la hauteur de leurs besoins. Les établissements situés dans des zones caractérisées par leur isolement géographique bénéficient désormais d'un financement complémentaire à la tarification à l'activité. Ce dispositif « activité isolée » a permis de maintenir des activités indispensables, comme l'accueil des urgences ou l'activité d'obstétrique. En 2015, 54 établissements ont profité de ce dispositif. Un mode de financement adapté aux « hôpitaux de proximité » est également opérationnel depuis le début de l'été. Basé sur une dotation garantie, ce financement est calibré sur la fragilité du territoire. C'est près de 250 établissements qui ont d'ores et déjà bénéficié de ces nouvelles modalités de financement.

Depuis 2007, nous avons connu une baisse de 8% du nombre de généralistes en France, notamment en Ile-de-France, dans le Centre-Val-de-Loire et en Provence-Alpes-Côtes-d'Azur. Aujourd'hui, ils sont 89 000 et cette tendance devrait se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 81 000.

Cette tendance, il nous faut la comprendre, pour mieux la combattre. Sur ce point, la signature de la convention médicale entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) représente une avancée significative pour renforcer l'attractivité de la médecine générale avec notamment la majoration du tarif de la consultation, de 23 à 25 euros et la création de nouveaux tarifs pour valoriser les actes complexes et permettre une prise en charge plus adaptée aux besoins des patients. Cette convention permet des avancées notables, aussi, pour favoriser l'accès rapide à un médecin spécialiste. D'abord, elle incite financièrement les praticiens à prendre en charge sous 48 heures un patient adressé par un de leur confrère. Ensuite, elle renforce la lutte contre les déserts médicaux en instaurant une aide pouvant aller jusqu'à 50 000 euros pour les professionnels qui décident de s'installer dans ces zones. Enfin, pour diminuer la charge administrative et recentrer les professionnels vers leur activité de soins, les spécialistes seront accompagnés financièrement dans la mise à jour des logiciels compatibles avec l'automatisation du tiers-payant.

Les attentes des français qui résident dans les territoires ruraux et les petites villes sont grandes et légitimes. Le chemin est encore long pour réduire durablement les inégalités territoriales. Toutefois, une dynamique a été engagée et doit être amplifiée.

## Les propositions de l'APVF

### 1. Favoriser la création de territoires prioritaires de santé

**L'APVF propose la création de territoires prioritaires de santé.** Sur le modèle des « quartiers prioritaires » s'agissant de la politique de la ville, ils s'adressent aux territoires où l'offre de soins est la plus réduite. Il conviendra pour l'Etat d'identifier ces territoires. La diversité des situations géographiques et des enjeux devra être prise en compte. Les territoires ruraux, péri-urbains et ceux en périphérie de grandes villes seront éligibles.

**Face à l'aggravation de la désertification médicale, ce dispositif doit favoriser une approche territoriale globale qui implique l'ensemble des acteurs et de l'offre de soins** (hôpitaux, notamment de proximité, médecine ambulatoire, structures d'exercice en commun, médecine libérale). Il vise à répondre aux enjeux de la désertification médicale **sans rajouter de coûts pour les finances publiques**, notamment en concentrant des dispositifs déjà existants sur les territoires les plus en difficulté.

### 2. Mettre en place une régulation de l'installation des médecins

**L'APVF souhaite se faire l'écho d'une demande grandissante des élus locaux afin que la question des conditions d'installation des médecins soit mise à l'agenda.** De nombreux élus, face aux difficultés rencontrées, sont favorables à la mise en place de mesures renforcées, notamment de régulation, afin de répondre à la répartition très inégale des médecins libéraux sur le territoire. **L'APVF propose que cette question soit traitée soit par le conventionnement**, sur le modèle des infirmiers libéraux, **soit par la loi.** Ainsi, la loi de répartition démo-géographique des pharmaciens a amélioré la situation.

### 3. Maintenir les petits hôpitaux et leur donner les moyens nécessaires à leur modernisation

Alors que se développe les soins ambulatoires, **l'APVF appelle au maintien, lorsque cela est possible, des petites structures et de leurs services, éléments essentiels de l'attractivité des territoires et de la réussite de l'ambulatoire.** Si l'APVF ne remet pas en cause, bien au contraire, la nécessité de renforcer la sécurité de certaines de ces structures, elle s'oppose à des fermetures de services ou à des restructurations uniquement fondées sur le critère financier. Celles-ci ont pour conséquence d'aggraver les inégalités territoriales en termes d'accès aux soins. Il conviendra donc de donner aux petits hôpitaux les moyens nécessaires à la poursuite de leur modernisation.

### 4. Maintenir les dépenses en matière de santé

**L'APVF rappelle que la diminution des dépenses publiques ne peut se faire aux dépens de la couverture médicale du territoire,** alors que de nombreuses petites villes ont déjà vu nombre de leurs services fermer et sont confrontées à la désertification médicale.

L'APVF approuve, en revanche, les nouveaux modes de financement mis en place afin de sortir du tout tarification à l'activité (T2A). Ils ont été confirmés dans le PLFSS pour 2016. L'APVF encourage leur poursuite et leur renforcement.

**L'APVF avait également évoqué, lors de la discussion du PLFSS pour 2016, la question du fonds d'investissement régional (FIR).** Il revêt pour les territoires des petites villes une importance particulière puisqu'il participe au financement de la permanence des soins et des centres de santé. Les budgets conséquents de ces structures appellent à une participation renforcée de l'Etat. Or, le fort ralentissement du FIR dans la LFSS pour 2016, dont l'évolution reste incertaine, ne va pas

dans le sens d'un soutien renforcé et amplifié pour la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et de centres de santé, alors que ceux-ci apparaissent comme des solutions intéressantes contre la désertification médicale.

#### **5. Améliorer le dialogue territorial avec les agences régionales de santé (ARS)**

**En matière de dialogue territorial, l'APVF salue la création du conseil territorial de santé mais elle regrette la faible représentation des élus.** Elle rappelle les difficultés rencontrées par les élus en matière de dialogue territorial avec les ARS et appelle à des mesures et des lignes directrices qui y aillent encore fortement dans ce sens.

#### **6. Renforcer sensiblement la place des soins de ville dans la formation des médecins**

Aujourd'hui, la formation des médecins est largement hospitalo-centrée. Toutefois, une volonté d'ouverture vers la médecine de ville existe. Elle se traduit par l'objectif de passer un mois au sein d'un cabinet médical.

L'APVF souhaite que les moyens nécessaires soient mis en place afin que **cet objectif soit dans un premier temps réalisé sur l'ensemble du territoire, puis augmenté.** On remarque notamment les difficultés de cabinets médicaux situés loin des villes étudiantes à attirer les médecins. L'APVF souhaite que des incitations supplémentaires (financières ou de logement) soient prises afin d'augmenter le nombre de places disponibles. Cela passe aussi par une **mobilisation des médecins libéraux afin de devenir maîtres de stage universitaires.**

Par ailleurs, les maisons de santé, qui disposent d'un formateur en leur sein, apparaissent comme l'outil adéquat pour le renforcement de la place de la médecine de ville dans les études, d'autant que nombre d'entre elles rencontrent des difficultés à attirer les jeunes médecins.

#### **7. Favoriser l'information des médecins de ville sur leur droit, notamment par un renforcement des liens et du pilotage commun entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les agences régionales de santé (ARS), les représentants des médecins et les médecins eux-mêmes.**

Plusieurs médecins ont fait part de leurs difficultés à disposer d'informations sur l'ensemble des dispositifs qui s'offrent à eux, notamment **en matière d'incitations et de cumul emploi-retraite.** L'APVF propose donc de renforcer les liens **entre les différentes composantes de l'offre de soins par la mise en place de plateformes communes et par le développement de conventions tri-partites,** entre les ARS, la CNAM et les médecins, principalement dans les zones les moins bien dotées, afin de faciliter l'information des médecins dont la présence sur le territoire est essentielle. **Il faut renforcer toutes les formes du dialogue territorial.**

#### **8. Renforcer l'offre de télémédecine dans les territoires où cela paraît nécessaire**

Dans le cadre de la désertification médicale, la télémédecine apparaît comme une solution intéressante. **L'APVF appelle donc à engager un travail sur ce nouvel outil, et notamment sur les questions de sécurité et de préservation des données privées, afin de pouvoir développer la télémédecine dans les territoires où elle est le plus nécessaire.** Il conviendra d'impulser ce développement dans les prochains PLFSS en lui allouant les crédits nécessaires.

#### **9. Renforcer l'utilisation du contrat local de santé**

Introduit par la loi HPST de 2009 et réaffirmé par la loi de modernisation de notre système de santé, le contrat local de santé a pour objectif d'identifier les inégalités à l'échelle de la collectivité. **L'APVF**

souhaite renforcer sa place dans le dispositif des soins, notamment par un meilleur accompagnement des élus par les ARS.

#### **10. Renforcer le travail sur les zonages pour qu'il soit effectué sur des bases plus régulières (deux à trois ans) qu'à l'heure actuelle (quatre, cinq, six ans)**

**L'APVF propose de rapprocher les travaux d'évaluation du zonage dans le temps** afin de mieux adapter les dispositifs d'incitation. En effet, certains médecins peuvent bénéficier d'aides lorsqu'ils s'installent alors que les objectifs du territoire ont été remplis.

Il ne s'agit toutefois pas de retirer ces aides à ceux qui se sont installés et doivent encore en bénéficier, même si leur territoire d'installation n'est plus sous-doté, mais de fluidifier et d'adapter au mieux les zones concernées par ces incitations pour les installations futures.

#### **11. Régionaliser l'internat**

L'APVF appelle à une régionalisation de l'internat afin de favoriser une installation des étudiants et des néo-praticiens sur le territoire où ils ont été formés.

Contact : Erwann CALVEZ, Chargé de mission Santé de l'APVF- [ecalvez@apvf.asso.fr](mailto:ecalvez@apvf.asso.fr) / 01 45 44 00 83

