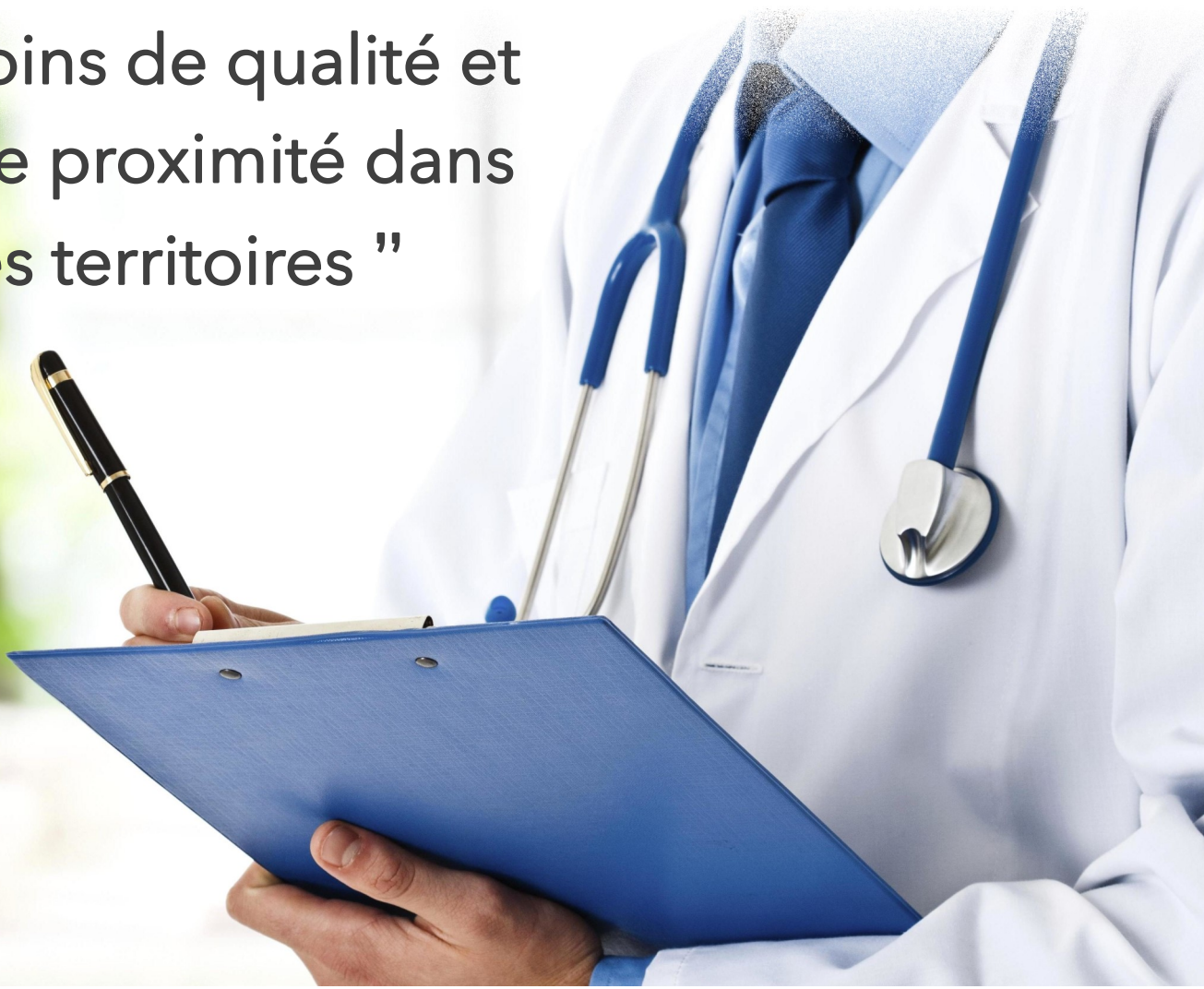


| septembre 2020



Contribution de l'Association des Petites Villes de France

“ Pour une offre de
soins de qualité et
de proximité dans
les territoires ”



SOMMAIRE

CHAPITRE 1 – POUR UNE SANTE DE QUALITE ET DE PROXIMITE	p. 4
1. <u>Territorialisation de la politique de santé</u>	p. 4
- Déploiement d'un réseau d'hôpitaux de proximité	
- Création des Territoires Prioritaires de Santé	
- Des médecins généralistes au service des territoires sous-dotés	
2. <u>Refonte de l'offre de soins</u>	p. 5
- Coordination et adaptation des parcours de santé aux bassins de vie	
- Coordination entre offre privée et médecine publique	
- Souveraineté sanitaire	
3. <u>Entre attractivité et équité : le défi des professions de santé</u>	p. 7
- Amélioration des conditions de travail	
- Revalorisation de la profession d'infirmiers pour lutter contre la désertification médicale	
- Réduction des écarts salariaux injustifiés	
- Institutionnalisation de la parité salariale Femmes/Hommes	
4. <u>Mettre en place une démocratie territoriale de santé</u>	p. 8
- Association des élus locaux	
- Réforme des Agences Régionales de Santé, une nécessité	
- Clarification des compétences et décentralisation	
CHAPITRE II – DESERTIFICATION MEDICALE, UN ENJEU TRANSVERSAL	p. 12
1. <u>Revitalisation des centres-villes</u>	p. 12
- Inclusion de l'hôpital public au cœur d'une stratégie transversale	
- Anticipation des mutations : vieillissement, développement durable et mobilités	
2. <u>Lutter contre la facture numérique et développement de la e-santé</u>	p. 14
- Soutien à la télémédecine	
- Accélération du déploiement des réseaux et du très-haut débit	
- Elaboration d'une stratégie pour l'intelligence artificielle	
3. <u>Une conception européenne des défis et des enjeux</u>	p. 15
- Organisation d'une véritable souveraineté sanitaire européenne	
- Soutien aux efforts d'investissements dans l'économie réelle	
- Coordination européenne aux opportunités et défis du numérique	
CONCLUSION	p. 16
LES 30 DES PROPOSITIONS DE L'APVF	p. 17

Edito

La crise sanitaire que nous venons de vivre a brutalement mis en évidence les carences et les failles de notre système de soins. Le système a tenu, mais à quel prix ? Celui d'une énorme mobilisation au détriment de leur vie personnelle des personnels médicaux et hospitaliers. On ne les remerciera jamais assez.

D'autre part, les élus locaux ont très souvent été en première ligne pendant cette crise, tout en ayant le sentiment d'être parfois un peu seuls sans les réponses concrètes, urgentes et multiples, à apporter à nos concitoyens dans le domaine sanitaire.

L'Hôpital public est en crise profonde, victime d'un sous-investissement chronique depuis de trop nombreuses années, et d'une logique purement comptable. Alors que le phénomène de désertification médicale ne cesse de s'aggraver dans de nombreuses zones du territoire, les fermetures de lits et les restructurations hospitalières qui touchent tout particulièrement les petits établissements n'ont jamais réellement cessé au cours de ces dernières années. Ainsi, les inégalités d'accès à l'offre de soins dans les territoires, loin de se résorber, n'ont cessé de progresser. Le droit à la santé partout et pour tous doit redevenir une priorité nationale.

Le Gouvernement a décidé de la tenue d'un « Ségur de la Santé », qui s'est déroulé aux mois de juin et juillet derniers. Tout en regrettant que les associations d'élus n'aient pas davantage été associées à ces travaux, l'APVF porte un regard positif sur les travaux de cette conférence qui ont permis un certain nombre d'avancées appréciables. Cela est particulièrement vrai pour ce qui concerne la revalorisation des salaires des personnels médicaux et hospitaliers. De surcroît, nombre de sujets, tels que la gouvernance hospitalière, la tarification des actes, la territorialisation de l'offre de soins ou encore la télémédecine ont commencé à être traités. C'est une avancée considérable qui semble être un tournant dans la politique hospitalière suivie pourtant depuis de très nombreuses années. Pour autant, beaucoup de ces sujets demandent maintenant une traduction législative et politique concrètes. Les actes suivront-ils ?

L'APVF regrette notamment la place très insuffisante consacrée aux questions de désertification médicale, et du recrutement des médecins hospitaliers dans certaines zones du territoire. Ce grave problème doit être traité prioritairement sous peine d'arriver à une situation catastrophique. C'est pourquoi, en complément du « Ségur de la santé », l'APVF présente des propositions complémentaires visant à enrichir de façon constructive les premières propositions de la Conférence du Ségur.

« La crise sanitaire a démontré les limites d'un système hypercentralisé fondé sur une simple logique comptable et financière »

La crise sanitaire a également démontré les limites d'un système hypercentralisé fondé sur une simple logique comptable et financière. Il faut donc changer de braquet et prévoir un plan d'investissement massif et d'autre part changer profondément les modalités de gouvernance dans notre système de soins. Les élus locaux sont prêts à prendre toute leur part pour participer au renouveau de notre système de santé mais cela commande une volonté politique puissante.

Avec cette contribution, l'APVF, qui présente des propositions concrètes pour améliorer notre système de soins, se veut comme toujours une force de propositions constructive pour définir ce qu'on pourrait appeler une véritable démocratie sanitaire territoriale.



Christophe Bouillon

Maire de Barentin,

Ancien député de Seine-Maritime,

Président de l'APVF

POUR UNE SANTE DE QUALITE ET DE PROXIMITE

TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE

Déploiement d'un réseau d'« hôpitaux de proximité »

L'Hôpital de proximité est plus qu'un label. Les habitants des territoires périphériques, et ruraux en particulier, subissent trop souvent la double peine : départ des généralistes non remplacés, et fermetures d'hôpitaux. Or, l'hôpital de proximité en particulier est, pour les élus des petites villes, la pierre angulaire de l'organisation d'un service de soins sur un bassin de vie. En effet, l'APVF milite pour que les soins soient dispensés au plus proche du domicile, et par des professionnels compétents. Afin que le déploiement d'un réseau prenne tout son sens, l'APVF demande un moratoire sur la fermeture des lits, une préservation et un effort d'investissement massif pour moderniser les plateaux techniques, chirurgicaux et les maternités, et la mise en place d'un bouclier de services autour de l'hôpital de proximité. Malgré certaines avancées du plan « Ma santé 2022 » ou du Pacte de refondation des urgences, l'APVF considère que le compte n'y est pas. L'Hôpital public, et les réseaux de proximité en premier lieu, nécessitent un plan d'investissement massif, dirigé vers le matériel, les services et les personnels.

- Mettre un coup d'arrêt aux fermetures de lits

Les élus de petites villes appellent le Gouvernement à mettre un **coup d'arrêt aux fermetures des lits en milieu hospitalier** dont le chiffre s'élève à plus de 100 000 en moins de 20 ans. Depuis de trop nombreuses années, la fermeture de lits a inexorablement mené, et en particulier dans les petites villes, à la fermeture de services entiers et *in fine* d'établissements de santé, participant à l'aggravation de la désertification médicale. Afin de mettre un terme à l'appauvrissement de l'offre de soins dans les territoires périphériques, ruraux ou périurbains, l'APVF souhaite qu'un réseau d'Hôpitaux de proximité soit non seulement préservé par des

investissements matériels et humains, mais surtout développé.

L'organisation de filières hospitalières doit permettre de renforcer et même souvent de créer des services hospitaliers en proximité. Cette question ne peut en effet être traitée à travers le seul indicateur du nombre de lits. Les propositions d'évolutions ne peuvent se résumer à celle d'un moratoire sur la fermeture de lits, qui ne peut être une solution durable parce que parler des lits sans préciser dans quelles conditions ils seront utilisés est une approche trop sommaire. Aujourd'hui, il y a trop de lits dans certains services ou certains hôpitaux et pas assez dans d'autres. Ainsi, dans beaucoup de territoires, il y a un manque de lits de court séjour gériatrique ou de soins de suite et de réadaptation, services qu'il faut absolument développer notamment dans les petites villes.

- Un (re)déploiement de plateaux techniques et de maternités

Parmi les urgences pour redonner leur rôle aux Hôpitaux de proximité, **l'APVF souhaite que soit redonnée une place essentielle à la présence de plateaux techniques** traitant des pathologies pulmonaires, cardiologiques ou infectieuses. Un réseau d'hôpitaux de proximité doit permettre la présence de techniciens et de soins complémentaires. **L'APVF souhaite ainsi également rappeler son souhait de voir les maternités restantes confirmées** et préservées afin de ne pas voir se déliter encore un peu plus le niveau de soins prodigués. Il existe encore trop d'enfants qui naissent aujourd'hui aux urgences, dans les camions de pompiers... ou aux abords des routes, faute de pouvoir rejoindre une maternité à temps, comme ce fut le cas à plusieurs reprises à Saint-Claude (Jura), en zone montagneuse. Or, en 2019 en France, le nombre de femmes en âge de procréer et se trouvant à plus de 45 minutes de distance d'une maternité a augmenté de près de 150% passant de 290 000 en 1997 à 716 000 aujourd'hui.

L'APVF comprend qu'un tel redéploiement nécessitera des investissements significatifs. C'est pourquoi l'association des petites villes de France appelle à la mise en

œuvre **d'une dotation minimale de fonctionnement pour les hôpitaux de proximité**. Cette dotation serait destinée à couvrir une partie des coûts fixes (notamment d'administration), afin de pouvoir leur dégager des marges de manœuvre qui font aujourd'hui cruellement défaut.

- Une mise en place d'un « bouclier de services »

Pour l'APVF, **l'hôpital de proximité doit être replacé au cœur d'un véritable « bouclier de services de proximité »**. Si la complémentarité des différentes offres de soins doit être repensée, il s'agit d'instituer l'hôpital de proximité comme un acteur central au sein d'un réseau territorial intégré. Afin de respecter la permanence des soins et l'assurance d'un service public de qualité pour tous, l'APVF souhaite que l'hôpital de proximité redevienne un lieu de centralité pour le bassin de vie au sein duquel in s'inscrit. Le coût de l'absence de « bouclier de services » de proximité (ou de la désertification médicale) est par ailleurs conséquent, à considérer par exemple les dépenses supplémentaires – remboursées par la sécurité sociale – occasionnées par un plus long transport en véhicule sanitaire ou en ambulance.

Création de Territoires Prioritaires de Santé

L'APVF propose la création de « Territoires prioritaires de santé », à l'image des « Quartiers prioritaires de la politique de la ville » pour une meilleure identification des enjeux transversaux de l'accès aux soins (liés nécessairement aux questions de cadre de vie, d'attractivité économique, de mobilité, etc.) et pour faciliter la mobilisation de nouveaux financements, y compris de la part de l'Etat. Ces territoires doivent correspondre à un bassin de vie afin d'éviter les contraintes et les rigidités des sectorisations actuelles. Pour sensibiliser les médecins libéraux à la lutte contre la désertification médicale, **l'APVF propose la mise en place d'un stage obligatoire de 6 mois minimum, lors du deuxième cycle des études de médecine, au sein**

d'un « Territoire prioritaire de santé ».

Des médecins généralistes au service des territoires sous-dotés

Soucieuse de préserver la liberté d'installation des médecins, mais consciente de la désertification médicale croissante dans de nombreux territoires, l'APVF propose une **augmentation du numerus clausus ou à tout le moins une adaptation régionale du numerus clausus pour les études de médecine**. Cette mesure ne portera ses fruits que d'ici une dizaine d'années au mieux. Pour s'attaquer réellement à la désertification médicale, l'APVF demande que le conventionnement des professionnels soit fonction de leur libre choix d'installation, et que le Gouvernement étudie la possibilité de dispositifs incitatifs pour favoriser le salariat de ceux qui le souhaitent en zone sous-tendues. De manière plus générale, l'APVF est en faveur **d'une logique de certification de filières territoriales de santé**, en conditionnant la délivrance d'autorisation d'activité aux établissements et personnels publics ou privés s'inscrivant dans une logique de développement territorial.

■ Un conventionnement au libre choix des médecins

Afin de lutter contre la désertification médicale, l'APVF propose un **conventionnement au libre choix des médecins**. Une installation en zone sous-dense devrait permettre un conventionnement incitatif par la sécurité sociale ; tout en prévoyant un schéma dissuasif pour les professionnels qui feront le choix d'une installation en zones surnuméraires. Tout en promouvant le libre choix d'installation des professionnels dans les régions qu'ils souhaitent, les professionnels pourraient se voir demandés de s'installer dans des bassins de vie sous-dotés en offre de soins au sein de ces mêmes régions afin de préserver un conventionnement intégral des pratiques. Une présence mieux régulée de médecins généralistes sur tout le territoire permettrait d'ailleurs, pour l'APVF, de proposer une solution à l'engorgement des services d'urgences, constaté pendant de nombreuses années.

Beaucoup de petites villes de France sont victimes, depuis de

nombreuses années, d'une forme de « mercenariat médical » par lequel des médecins repartent trop rapidement après être partis, sans réelle inscription dans les projets d'avenir de nos territoires. **L'APVF demande une grande enquête nationale sur les pratiques de recrutement, d'emploi et de plus-value** de la présence de médecins dans les territoires.

■ Une médecine généraliste salariée

Jusqu'en 2025, le nombre de médecin en activité continuera à baisser. Aujourd'hui, près de 50% des praticiens sont proches de la retraite et 9 142 communes se situent en zone sous-dense en matière d'accès à la médecine généraliste. L'APVF demande au Gouvernement de mettre en place des **dispositifs incitatifs afin que les médecins généralistes qui le souhaitent, puissent être salariés** par les collectivités locales. Il s'agirait en premier lieu de mettre en adéquation l'organisation de l'offre de soins avec la mission de service public dans les territoires. Par ailleurs, la mutation des habitudes et des modes de vie appelle à une certaine souplesse dans l'activité des médecins généralistes. L'APVF est favorable à ce que la puissance publique propose à ceux qui le souhaitent un schéma d'exercice sous forme de salariat, notamment dans les bassins de vie où la patientèle en attente d'un professionnel de santé est particulièrement nombreuse. L'APVF souhaiterait que le Gouvernement identifie ces déserts médicaux, et dans le cadre d'un « Territoire Prioritaire de Santé » par exemple, envisage des dispositifs incitatifs au salariat des médecins généralistes. En Saône-et-Loire notamment, des centres de santé ont permis de salarier des médecins dans le Département, et de s'attaquer frontalement à la désertification médicale rampante ; stratégie qui inspire aujourd'hui beaucoup de collectivités, et dont l'APVF appelle à s'inspirer.

REFONTE DE L'OFFRE DE SOINS

Parcours de santé

La concentration de l'effort politique pour la constitution de parcours de santé pertinents à l'échelle des bassins de vie est pour l'APVF un moyen de s'attaquer à plusieurs

difficultés apparues ces dernières années. D'abord, cela permettrait de soulager les services d'urgence, mais cela aurait également l'avantage de mettre tous les professionnels de santé autour de la table, tout un proposant un chemin pour la revitalisation de bassins de vie entiers, aujourd'hui délaissés. L'APVF propose donc une meilleure articulation entre hôpital public et médecine de ville, c'est-à-dire une co-construction des parcours de santé avec les professionnels de santé, et une définition de ces parcours de santé autour des bassins de vie plus que des frontières administratives.

La priorité absolue doit être d'améliorer l'accès à des soins de qualité en proximité pour tous les habitants. Mais il s'agit aussi de modifier les pratiques professionnelles pour développer des services de santé qui permettent à chacun d'être acteur de sa santé.

■ Une meilleure articulation entre hôpital et médecine de ville

Du fait de la désertification médicale et de la fermeture de lits dans les petites structures, les services de l'hôpital public se sont trouvés, pendant des années, saturés. L'APVF souhaite que le chantier de **l'articulation entre médecine de ville et hôpital public, tout comme entre généralistes et spécialistes, soit l'une des grandes priorités du « Ségur de la Santé »**. Ainsi, la médecine de ville peut servir de « porte d'entrée » à un parcours de soins adapté à chacun. Aussi, la délégation des tâches et la coordination entre médecins, pharmaciens et dentistes par exemple mériteraient une attention accrue : renouvellement d'ordonnance, vaccinations ou coordination dans l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP). Pour rendre ce parcours de soin plus intégré et inclusif, l'APVF propose que **les professionnels de santé, les administrations publiques et les élus locaux puissent travailler ensemble** à trouver les solutions qui correspondent aux besoins spécifiques des territoires et à leurs contraintes spécifiques.

■ Pour une transformation du système de santé qui passe par la mise en place d'une logique coopérative entre les acteurs

La transformation des pratiques qui est nécessaire pour répondre aux besoins nouveaux est fondamentalement le résultat du développement du travail en équipe à deux niveaux :

- Autour du patient pour améliorer la qualité des soins en partageant efficacement les responsabilités entre professionnels de santé et d'abord entre médecins, infirmiers, pharmaciens mais aussi sages-femmes, kinésithérapeutes et psychologues
- Dans un territoire, en organisant à partir de ce premier niveau de soins, une plus grande coopération entre soins primaires et soins spécialisés donc entre médecine de ville, l'hôpital et le médico-social

De ce point de vue, les actions engagées ces dernières années vont dans la bonne direction, mais elles n'ont pas encore produit tous les résultats attendus. En effet, le développement des maisons de santé, et la mise en place de formules coopératives d'équipe de soins primaires au niveau territorial, ainsi que le développement des communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) sont en train de transformer la médecine de ville. Mais il y a encore beaucoup à faire pour que ces projets aient un effet concret sur la qualité de la prise en charge. En témoignent les difficultés des services d'urgence, l'accès aux soins non programmés et les difficultés à organiser les filières de prises en charge et donc les parcours de soins sur les grands blocs de pathologies (cancérologie, cardio-vasculaire, diabète...) où s'agissant des personnes âgées, la difficulté à construire des parcours et d'apporter des réponses médicales et paramédicales aux résidents des EHPAD en sont une forte illustration.

- Pour un système de gradation de soins et une meilleure organisation des filières de prise en charge hospitalière

Pour que le progrès technique profite à tous et que la qualité des soins offerte à chaque habitant soit équitable, quel que soit le territoire, il faut mieux organiser les filières de prise en charge hospitalière à partir d'un principe de gradation des soins en distinguant trois niveaux de prises en charge hospitalière :

- Un niveau de proximité : essentiellement de la médecine avec des services de périnatalité, de gériatrie et pour la prise en charge

de pathologies chroniques, permettant avec un plateau technique d'imagerie et de biologie de renforcer les capacités de prise en charge articulées avec la médecine de ville

- Un niveau spécialisé avec des plateaux techniques chirurgicaux et d'obstétrique

- Un niveau de recours avec des plateaux techniques de chirurgie et d'obstétrique à forte spécialisation sur des cas complexes (par exemple chirurgie cardiaque, neurochirurgie, maternité de niveau 3)

Cette gradation est un gage de qualité car on doit à la fois apporter un maximum de service en proximité chaque fois que c'est possible, sans mettre en cause la qualité des soins et au contraire, concentrer certaines opérations dans des sites spécialisés, car elles supposent des ressources humaines, qui ne peuvent être dispensées compte tenu de leur rareté et de la nécessité de pratiquer beaucoup pour pratiquer bien et de disposer d'équipements de pointe coûteux.

Ces évolutions ont été engagées à partir de la loi de 2016 à travers la création de communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) et de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Au moment de la crise COVID, il était prévu de mettre en place une labellisation des hôpitaux de proximité dont l'APVF souhaite, en tenant compte de ce qui a été dit précédemment, qu'ils soient de véritables structures hospitalières.

- Un parcours de santé pensé à l'échelle des bassins de vie

La sectorisation de la santé entraîne l'apparition de zones de surmortalité, souvent aux frontières administratives (régionales ou départementales notamment). Or, sur ce plan aussi, les inégalités face à la mort – et donc dans la vie – sont profondes. Partout, les fractures se constatent : entre préfecture et périphérie départementale, entre capitale régionale, bassins et périphéries. A peu de distances, les constats sont cruels. En Centre-Bretagne, dans le Centre de la France ou dans les Hauts de France, le taux de mortalité est jusqu'à 30% supérieur à la moyenne nationale. Par rapport à Paris, le risque de mourir est jusqu'à 30% supérieur dans certaines zones rurales du territoire.

Pour l'APVF, il est primordial de **repenser le parcours de santé eu égard aux mobilités naturelles, et donc aux bassins de vie**, qui souvent font fi des frontières administratives. Cette approche dans la conception des parcours de soins doit pousser la puissance publique à concevoir des parcours, non plus à partir des pôles de centralités d'ores et déjà existants, mais à partir des zones où la désertification médicale est avérée, afin de le rattacher aux centralités de proximité immédiate. Pour l'APVF, il s'agit d'une opportunité unique de revitaliser des bassins de vie entiers en fort déclin ; où les services publics et professionnels, notamment de santé, sont absents. Il en va de la justice sociale, sanitaire et territoriale pour un grand nombre de territoires périphériques.

Coordination entre offre privée et médecine publique

La concurrence entre médecine publique et offres privées entraîne des déséquilibres territoriaux, fiscaux et sociaux qui menacent la cohésion de nombreux territoires, et la qualité et le caractère abordable des soins offerts aux populations. L'APVF fait appel à l'intelligence collective et au dialogue pour une meilleure coordination des systèmes d'offres de soins. En parallèle, l'APVF demande un investissement public aux côtés des offres privées ainsi que la création d'un fonds de péréquation pour une meilleure répartition des actes pratiqués, et une co-responsabilité assumée dans la continuité des services et le partage des contraintes.

- Entrée de l'actionnariat public au capital

Si la puissance publique ne pourra s'exonérer d'investissements lourds dans le domaine de la santé, l'APVF appelle à un partenariat public-privé en matière de santé pour répondre aux impératifs de politiques publiques. Ainsi, **l'APVF propose qu'un fonds de péréquation soit instauré entre cliniques privées et hôpitaux publics**. A défaut, l'APVF propose qu'à l'image des investissements stratégiques opérés dans les fleurons industriels, **aucune nouvelle clinique privée ne puisse voir le jour, sans qu'un quota minimal des parts à définir ne soient détenues par l'Etat**. L'apparition d'un modèle d'offre privée réputé plus agile, ne doit toutefois pas entrer en concurrence,

voire en opposition avec l'hôpital public.

■ Un accord de branche entre cliniques privées et hôpitaux publics

L'APVF demande l'organisation d'une grande conférence interprofessionnelle entre hôpitaux publics et offres privées afin de mettre fin au système dual actuel. La fracture est aujourd'hui immense entre les professionnels privés qui se concentrent sur les actes les plus rentables, pendant que l'hôpital public, sur-sollicité en période de crise et auquel il est fait appel en cas d'acte lourd, rare ou peu rentable, voit sa situation financière se dégrader inexorablement : dettes, et autres efforts de rationalisation deviennent alors trop souvent les préconisations. La tarification des actes n'a fait qu'aggraver cette difficulté et la situation actuelle n'est plus tenable à court-terme. Il est urgent qu'un dialogue s'installe afin qu'une solution sur le partage et la complémentarité des actes pratiqués permettent une répartition harmonieuse et plus juste des coûts et bénéfiques. A l'image des solutions proposées par le Gouvernement à l'occasion d'autres réformes, **l'Etat rendrait, en cas d'absence d'accord après un temps défini, le fonds de péréquation obligatoire.**

Souveraineté sanitaire : relocalisation de la santé et réindustrialisation des tissus socio-économiques locaux

Les partenaires privés ainsi que l'existence d'outils industriels dans les territoires sont essentiels à la survie de nos tissus socio-économiques. Nos territoires et nos économies locale et nationale, doivent s'appuyer sur des productions suffisantes en équipements nécessaires à notre survie. **L'APVF propose que la fermeture d'un site produisant des biens sanitaires essentiels ne puisse intervenir que si et seulement si une analyse de fragilité** pour le bassin d'emplois concerné, et la souveraineté sanitaire régionale et nationale est conduite, et qu'elle ne laisse pas apparaître de déséquilibres dans les territoires concernés. Il s'agit autant de s'assurer d'une capacité de production essentielle, que de participer à freiner la dévitalisation de nombreux territoires, notamment périphériques. En outre, une telle politique constituerait un moyen

durable de lutter contre la fuite des cerveaux en offrant des possibilités d'emplois en proximité. En parallèle, l'APVF appelle le Gouvernement au lancement d'une **stratégie d'investissement dans la recherche et les productions d'équipements sanitaires dans les territoires.** Par le biais de **schémas régionaux de relocalisation et de réindustrialisation**, l'APVF propose qu'un effort national stratégique soit mené et que des moyens financiers soient engagés afin que les intérêts stratégiques de l'Etat soient préservés.

ENTRE ATTRACTIVITE ET EQUITE : LE DEFI DES PROFESSIONS DE SANTE

L'hôpital public a tenu, nous l'avons vu pendant la crise, grâce à l'investissement de femmes et d'hommes de vocation, qui exercent souvent dans des conditions de travail éreintantes. Pour permettre aux métiers de la santé de retrouver un minimum d'attractivité, l'APVF souhaite une amélioration des conditions de travail et une réduction des inégalités de traitements injustifiées. Il en va autant de la pérennité de notre système de santé que du pouvoir d'achat ou de l'attractivité de nombreux bassins de vie, au sein desquels l'hôpital public est souvent le premier employeur. Le « Ségur de la santé » qui s'est tenu en juin et juillet derniers a permis certaines avancées conséquentes notamment dans le domaine salarial sur lesquelles l'APVF porte une appréciation positive.

Amélioration des conditions de travail

Les personnels de santé ont été en première ligne à l'occasion de la crise sanitaire que nous avons traversé, dans des conditions de travail et de rémunération souvent difficiles. Depuis des mois, les professionnels de l'hôpital public, des EHPAD et des établissements de santé demandent une revalorisation de leurs conditions de travail : **hausse des salaires et des effectifs, entre autres. Le statut des internes doit également être revu.** L'APVF partage les inquiétudes de tous ces personnels qui sont souvent au bord de l'épuisement. Pour ces

professions, souvent exercées par des femmes (voir par ailleurs), le décalage paraît insensé entre le nombre d'heures travaillées, l'utilité sociale et économique réelle et le salaire qui leur est versé. Ces conditions de travail que l'APVF considère indignes, entraînent un taux de mal-être extrême, conduisant malheureusement parfois aux gestes les plus désespérés. **La crise sanitaire ne doit pas éclipser ce débat, mais au contraire être une opportunité de répondre à une situation anormale et choquante.**

Revalorisation de la profession d'infirmiers pour lutter contre la désertification médicale

Il faut revaloriser la profession d'infirmiers et notamment valoriser la consultation infirmière afin de soulager les médecins libéraux (700 000 infirmiers en France répartis de façon homogène sur tout le territoire) alors que l'accès aux soins devient parfois de plus en plus compliqué dans les petites villes. Les infirmiers peuvent jouer un rôle majeur dans le domaine de la prévention. Ces derniers peuvent devenir des cliniciens de premier recours. Il s'agit aussi d'aider à désengorger les services d'urgence saturés et à renforcer leur efficacité en réduisant les visites de patients pouvant être traités autrement. Il convient donc de renforcer le rôle des infirmiers et de l'inscrire comme un des acteurs clés de l'accès aux soins dans les territoires et de faciliter l'accès à un parcours de soins efficient tout en luttant contre la désertification médicale.

Réduction des écarts salariaux injustifiés

Les écarts salariaux entre professions, ainsi qu'entre public et privé sont un facteur de baisse de l'attractivité de l'hôpital public. Cela participe de l'essoufflement d'un système de soins, qui au-delà des conditions difficiles, perçoit une forme d'injustice dans les traitements. Pour l'APVF, si des écarts salariaux peuvent s'entendre du fait d'un certain niveau d'études, les écarts allant de 1 à 20, 30 ou 40 ne sont plus acceptables. Pour les hôpitaux en zone de désertification médicale, c'est la double peine : non seulement ils peinent à remplacer leurs effectifs, mais les tarifs d'une garde de 24h en période de congés peut aller jusqu'à 3 500 euros la garde. D'un côté, il y a rétribution à

la tâche et salaires exorbitants ; de l'autre, on pousse à la multiplication des tâches à salaires constants, en faisant appel à la générosité et aux heures supplémentaires. Cette dualité tue l'hôpital public, alors que tous les professionnels sont dans le même navire.

Entre privé et public, les écarts salariaux sont également impressionnants : selon la FHF, les écarts de rémunération peuvent aller de 3 à 4 avec moins d'astreintes et de gardes dans le privé. Y compris en tenant compte des ratios salaire/études, ces écarts ne sont ni satisfaisants en l'état, ni pérenne pour l'avenir. **L'APVF demande une refonte des statuts, conditions d'embauche pour réduire les écarts au sein de l'hôpital public. Parallèlement, l'APVF souhaite que les écarts salariaux soient à l'ordre du jour de la grande conférence interprofessionnelle qu'elle appelle de ses vœux, afin qu'une solution constructive et collective puisse être trouvée, avant que la puissance publique ne soit contrainte d'intervenir.** Il en va du bien-être de tout un système de santé, et de la capacité, notamment des petites villes, d'attirer des professionnels pour résorber la désertification médicale.

Institutionnalisation de la parité salariale Femmes/Hommes

Selon les derniers chiffres du rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les femmes constituent près de 80% des effectifs salariés de la fonction publique hospitalière. Au sein de la catégorie des personnels médicaux, les femmes touchent plus de 16% de moins que leurs confrères masculins. Cet écart, qui ne s'explique que marginalement par la différence d'âge, est un handicap pour l'hôpital public, tant du point de vue moral évidemment, que de celui de l'équité, de l'attractivité globale de la profession ou du développement territorial. **L'APVF appelle ainsi le Gouvernement à mener une réflexion globale sur les conditions de travail spécifiques aux femmes, en y intégrant une analyse nécessaire sur l'aménagement de services tiers, afin qu'elles puissent enfin prétendre à l'égalité salariale. L'APVF demande au Gouvernement d'étudier la mise en œuvre d'un dispositif d'Etat pour aider les**

collectivités à créer des structures d'accueil à horaires décalés.

Quant aux infirmières, parmi les professions les plus féminisées, les faibles rémunérations et les difficiles conditions de travail (horaires de nuit ou décalés, charges lourdes...) rendent leur quotidien souvent pénible. **L'APVF rappelle que la loi impose l'égalité de rémunération à travail égal depuis 1972 et appelle le Gouvernement à se doter des moyens de contrôle et de sanctions** suffisants pour veiller à sa correcte application. Au niveau européen, enfin, elles restent moins bien rémunérées que leurs homologues grecques ou espagnoles.

METTRE EN PLACE UNE DEMOCRATIE TERRITORIALE DE SANTE

Association des élus

Les différentes crises sanitaires et tout particulièrement celle que nous venons de vivre ont trop souvent mis en lumière les lacunes de la verticalité et de la bureaucratisation de la prise de décision en matière de santé publique. Les ARS sont intervenues dans un contexte où elles ont été elles-mêmes relativement peu préparées à faire face à la crise, menant à un pilotage centralisé, souvent uniforme et normatif ne prenant que trop rarement en compte les spécificités territoriales. L'APVF souhaite que l'élu local retrouve toute sa place dans le schéma de construction des politiques publiques de santé sur leurs territoires, autant que dans l'anticipation des possibles crises afin que les réponses apportées soient plus rapides et plus coordonnées en amont.

L'évolution du système de santé ne peut se faire uniquement à travers l'édiction de normes législatives et réglementaires. La transformation des pratiques des professionnels suppose une capacité d'accompagnement de leurs initiatives. De ce point de vue, le rôle des collectivités territoriales et des élus locaux est irremplaçable à deux niveaux au moins.

D'abord, parce que les collectivités mettent en œuvre des politiques

d'aménagement du territoire, et que l'offre de soins est aussi une question d'aménagement du territoire. Ensuite, parce que les collectivités gèrent des services qui ont un impact direct sur la qualité de la santé de leurs concitoyens.

L'amélioration de notre système de santé rend nécessaire de partir d'une base territoriale et donc de créer un cadre de travail où tous les acteurs professionnels mais aussi les élus locaux s'associent pour assumer ensemble dans une coresponsabilité une politique de santé publique de la population. L'APVF propose donc de jeter les bases d'une véritable démocratie territoriale de santé. Au-delà de la question du partage des compétences, il faut avant tout renforcer le cadre contractuel qui doit lier tous les acteurs ensemble pour construire des réponses de proximité.

■ Un dialogue plus étroit avec les ARS

Les élus demandent une **collaboration plus étroite avec les Agences Régionales de Santé** ; en premier lieu, sur la définition des stratégies publiques de santé dans le cadre des bassins de vie. Dans plusieurs territoires, des Contrats locaux de santé (CLS) ou des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont envisagées ou créées, sans que les élus locaux n'aient été ni consultés, ni parfois même informés. **L'APVF demande que des points d'échanges soient rendus obligatoires, à échéances régulières.** La contractualisation doit par ailleurs s'accélérer afin de rendre le système plus résilient et plus transparent ; cela permettra en outre une meilleure coordination des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), CLS, CPTS, Centres Hospitaliers locaux (CHL), maisons de santé : nous avons des outils à disposition, et il paraît aujourd'hui essentiel de pouvoir assouplir, flexibiliser et moderniser l'inclusion de tous les partenaires dans l'effort de mobilisation, notamment en temps de crise. **Les regroupements locaux d'établissements de tous statuts doivent être encouragés et contractualisés.**

Les élus ont souvent l'impression d'être écartés des décisions mais d'être sollicités en aval pour la mobilisation des outils techniques et

financiers permettant l'application des stratégies – sans nécessairement en avoir les moyens humains, financiers ou logistiques. Ils souhaiteraient que l'échange soit pérenne et continu dans la définition d'une politique publique qui corresponde aux besoins spécifiques de territoires, et que les différentes stratégies de santé soient complémentaires à l'échelle d'une région.

L'ARS doit être accompagnée et encouragée dans ses missions d'accompagnement et de soutien aux initiatives locales, dans la concertation avec les élus et les professionnels de santé. L'ARS doit être un outil administratif aux prises avec les réalités locales des territoires, dans une relation de proximité, de confiance et il s'agit de lui donner les outils pour être autre chose qu'un appareil centralisé au service de la simple logique comptable.

- Des compétences élargies des Conseils de surveillance des établissements de santé

La dissolution des Conseils d'administration des hôpitaux publics a mené à la création de Conseils de surveillance, au sein desquels les élus n'ont pas voix au chapitre. Trop de décisions impactant directement les territoires sont prises par des Agences de Santé ou des Directeurs d'établissements publics, sans que jamais dans le processus, la voix de l'élu local n'ait été entendue ou consultée. Les élus doivent être associés plus largement aux réflexions, travaux et décisions des conseils de surveillance, et leur capacité à **participer à la définition des politiques, en amont des décisions prises, doit être institutionnalisée et protégée**. Les élus, notamment dans les petites villes, demandent à être mieux considérés afin de tenir compte des fragilités socio-économiques des bassins de vie. **Les conseils de surveillance doivent être une instance de dialogue entre administrations, élus, personnels, et professionnels d'un même territoire** pour penser la complémentarité des services et la qualité des parcours de santé offerts aux populations.

- Un dialogue en amont avec les services de l'Etat pour prévenir les crises

La crise liée à la pandémie du COVID-19 a montré que les élus locaux se sont trouvés en première ligne, notamment pour pallier les carences constatées sur le terrain. Dans la recherche ou la réquisition de masques dans l'urgence ou la coordination des différents services de santé, les maires ont eu à parer au plus urgent, dans un effort parfois déstructuré entre les différentes administrations et services de l'Etat. L'APVF demande qu'un **dialogue intervienne en amont sur l'état des différents stocks, les alertes opérationnelles dans les territoires, afin que ces situations ne se reproduisent plus**, et que, notamment en cas de nouvelle crise, la réponse apportée puisse être plus rapide, plus coordonnée, et la plus sereine possible dans des circonstances exceptionnellement complexes. **L'APVF demande par ailleurs que les informations et données relatives à la santé puissent être partagées avec les élus locaux et demande à ce titre la réactivation des observatoires.**

Réforme des ARS, une nécessité

La création des Agences régionales de Santé dans les territoires aurait pu constituer un bon signal de la volonté de décentraliser la prise de décision politique et technique ; ce ne fut malheureusement pas le cas. Le fonctionnement des Agences régionales de Santé (ARS) dans sa forme actuelle n'est plus adapté à l'époque et aux crises. **Pour l'APVF, il est donc nécessaire de les réformer en profondeur. A défaut, la question même de leur existence devra être posée.** En revanche, le rôle et les décisions prises par ces Agences au quotidien, et notamment en temps de crise, nécessitent de leur accorder une marge de manœuvre accrue, une présence plus forte au plus près des élus et des habitants, ainsi que d'en revoir la gouvernance. L'objectif est simple : leur permettre de jouer leur rôle de « préfet sanitaire » dans les territoires, en concertation avec tous les acteurs locaux. De plus, pour l'APVF, les ARS doivent être des administrations de soutien et d'appui à l'ingénierie au service d'un juste répartition de l'offre de soins dans les territoires.

- Une marge de manœuvre accrue pour les Agences

Les élus des petites villes comprennent bien que les Agences

régionales de Santé (ARS) sont elles-mêmes soumises à des contraintes administratives et politiques nationales, et souvent amenées à devoir atteindre des objectifs ambitieux de rationalisation sur la base de ratios, d'indicateurs et autres indices de performances. Véritables « préfets sanitaires », les directions d'ARS ont pour mission de mettre en œuvre les politiques de santé publique, de coordination territoriale et de « rationalisation des coûts », l'APVF demande **une plus grande liberté d'action**, afin qu'elles puissent disposer des leviers institutionnels, administratifs et politiques de co-construire les politiques publiques avec les élus locaux. Aujourd'hui en effet, les ARS ne peuvent utiliser à leur libre disposition que 10 à 15% des crédits dont ils ont la responsabilité. Le dialogue avec les ARS s'en trouverait facilité et permettrait à chacun de jouer son rôle, sans pour autant balayer d'un revers de main les impératifs respectifs.

- Une territorialisation et une revue des périmètres des ARS

Avec l'apparition de Régions extrêmement vastes, les élus ressentent un éloignement des politiques et des relations avec l'Administration – et les ARS en particulier. L'ancrage local des Agence apparaît aujourd'hui trop souvent insuffisant. Aussi, l'APVF demande que soit expérimentée **une territorialisation qui permette, au niveau départemental, un échange avec les collectivités** dans la conduite quotidienne des missions des ARS. Cela donnera par ailleurs des clés supplémentaires lors des gestions de crises. Le périmètre des grandes régions issu du découpage de 2015 apparaît aujourd'hui totalement inadéquat pour un fonctionnement adéquat des ARS. Celles-ci sont trop éloignées des territoires pour pouvoir être agile. L'échelon départemental serait probablement le mieux à même de répondre à un besoin de proximité. La présence systématique, dans chaque région, d'ARS territorialisées plus proches des bassins de vie, permettrait une analyse plus juste et plus en prise avec les réalités ou fragilités spécifiques aux territoires infrarégionaux.

- Une nouvelle gouvernance des Agences

L'APVF propose que les **ARS soient dotées d'un Conseil de Surveillance** au sein duquel siègeraient élus, Préfets de Départements et de Région et professionnels de santé. La gouvernance actuelle des Agences, en période de crise sanitaire ou en amont, a montré de profondes lacunes. Cette proposition vise à institutionnaliser un dialogue, ainsi qu'un partage plus transparent des objectifs auxquels les Agences elles-mêmes sont soumises. Il s'agirait ainsi de rendre compte des objectifs qui sont fixés, autant que de discuter des solutions opérationnelles et logistiques envisagées, en amont de leur application.

Il convient donc de recentrer le fonctionnement des agences sur deux missions régaliennes : la sécurité sanitaire et la régulation de l'offre de soins.

Clarification des compétences et décentralisation

La question des compétences des autorités administratives et du partage des responsabilités entre différents échelons des collectivités a plutôt correctement fonctionné. Il faut toutefois rappeler que la loi ne confie pas de compétence au « bloc communal » en matière d'organisation des soins. La reconnaissance d'une compétence partagée de l'Etat et des collectivités territoriales paraît donc aujourd'hui nécessaire. C'est de leur propre initiative qu'elles gèrent des maisons de santé, des centres de santé et qu'elles viennent en soutien aux équipes du secteur médical et médico-social. L'APVF a relevé toutefois quelques difficultés qui pourraient être corrigées par une clarification des rôles de l'administration, des relations entre Etat et collectivités territoriales et des compétences entre collectivités locales, afin de permettre aux intercommunalités de mieux coordonner le déploiement de l'offre de soins dans les territoires. A ce titre, l'APVF demande une **délégation de compétence pour la gestion des EHPAD** par exemple, avec dotation globale donnée aux départements ou aux EPCI pour gérer le fonctionnement et l'installation des EHPAD dans les territoires.

■ Clarification des relations entre Préfets et ARS

A l'occasion de la crise liée à la pandémie du COVID-19, le manque de clarté entre les prérogatives qui revenaient aux Préfets et celles dépendant directement des Agences régionales de Santé ont parfois ralenti les réponses apportées aux populations. **L'APVF demande à l'Etat et au législateur de définir clairement, et de manière opérationnelle, les compétences** des uns et des autres afin qu'en situation de crise notamment, chaque administration sache clairement ce qui est de son ressort. Il en va de l'efficacité des décisions prises sur le terrain et de la capacité, pour les acteurs de locaux, de savoir vers qui se tourner pour résoudre les difficultés concrètes de terrain.

Si l'APVF voit d'un bon œil la décentralisation de la prise de décision, elle demande que chaque autorité puisse apporter l'impulsion qui convienne, en fonction des niveaux d'expertises et de compétence de chacune. Pour l'APVF, les Préfets sont les interlocuteurs naturels des élus locaux. S'il convient de ne pas dénaturer le rôle des Agences, il n'en reste pas moins essentiel **d'inclure l'autorité préfectorale aux prises de décisions et pilotages** dans le domaine sanitaire, afin qu'elles puissent, le cas échéant, faire acte d'autorité ou d'arbitrage. Cela aurait le mérite de rendre concret et viable le besoin d'un Etat stratège en termes de déploiement des politiques sanitaires publiques, dans la mobilisation et l'organisation de la complémentarité entre l'hôpital et la médecine de ville.

■ Clarification des relations entre Etat et collectivités territoriales

L'organisation actuelle du système de santé français fait que les collectivités locales, et notamment les petites villes, voient un nombre croissant de coûts liés au déploiement de la médecine libérale ou de ville dans les territoires leur être directement imputés, sans que leurs moyens financiers, logistiques ou matériels ne le permettent. Alors que les collectivités territoriales peuvent aujourd'hui agir comme facilitatrices du déploiement des politiques de santé dans les territoires, elles n'ont pas les moyens ou les leviers d'investissements suffisants pour pallier à un manque de politique volontariste de l'Etat dans la

matière : aides aux loyers, aux coûts fixes ou variables, la concurrence entre territoires condamne certaines collectivités à la double peine ; celle de la concurrence entre collectivités, au sein même de zones d'ores et déjà sous-dotées en offres de soins.

Les discussions à venir sur la future loi de décentralisation 3D (décentralisation, déconcentration, différenciation) permettrait tout à la fois une clarification des compétences entre les différents niveaux de collectivités, mais aussi d'opérer, pour les collectivités qui le souhaiteraient, de nouveaux transferts de compétences dans le domaine de la santé.

Il convient en tout premier lieu de mettre en place une véritable politique de prévention dont les compétences pourraient être transférées à la Région qui aurait la charge de cibler les actions de prévention sur des populations spécifiques en tenant compte des réalités locales, notamment en matière de dépistage et de vaccination. De même, la révision et l'actualisation de la carte de l'offre de soins pourrait et devrait se faire sous la compétence régionale. La région apparaîtrait ainsi comme le niveau adéquat pour traiter des questions de démographie médicale et exercer un minimum de régulation. Il appartient en revanche aux Départements de recruter des médecins salariés, comme le montre l'exemple très probant du Département de Saône-et-Loire, qui a mis en place des maisons de santé territorialisées, et embauché des personnels de santé pour réadapter l'offre de soins sur le territoire.

En Saône-et-Loire, et ce depuis de nombreuses années, la densité des médecins généralistes (110,4 médecins pour 100 000 habitants en 2016) est largement inférieure aux moyennes régionale (125,6) et nationale (132,1). De plus, de 2007 à 2016, le Département a enregistré une baisse du nombre de médecins généralistes de 11%... et les prévisions n'étaient pas au plus haut : 35% des généralistes libéraux ont plus de 60 ans, et la moyenne d'âge s'est établie à 53 ans. La population du Département est globalement vieillissante, et la demande se fera pressante dans les prochains mois et années.

Le Département est devenu le premier de la Métropole à décider de la création d'un centre de santé à l'échelle de son territoire. L'objectif était d'apporter une réponse souple et rapide aux enjeux de la désertification médicale, de constituer

une offre attractive pour permettre l'exercice de la profession dans de bonnes conditions et d'encourager à la complémentarité entre les différents acteurs du secteur. Depuis 2017, plusieurs centres de santé ont été créés pour se focaliser en priorité sur l'exercice de soins de premiers recours ambulatoire. Ils permettent l'exercice groupé et coordonné des professionnels, et participent de l'élaboration d'un projet de santé ouvert à tous. Le personnel est salarié, les horaires de travail sont normés, et le niveau de protection sociale des salariés est supérieur aux conditions du régime libéral.

■ Clarification des compétences locales

Le rôle des collectivités et intercommunalités en matière de santé mériterait d'être clarifié. Il existe aujourd'hui plusieurs cas où les postes sont en partie financés par les ARS ou d'autres collectivités territoriales. Cela crée un certain flou sur les responsabilités incombant aux différents acteurs. Si les Contrats locaux de santé (CLS) sont un début de réponse intéressant en la matière, l'APVF propose **que les intercommunalités puissent également être dotées de compétences de coordination de l'offre de soins**, afin d'assurer un dialogue plus efficient entre différentes communes d'une même intercommunalité. C'est donc bien à l'échelle d'un bassin de vie que doivent se décliner les politiques de santé dans les territoires.

Dans le cadre de véritables décentralisation et déconcentration des compétences de Santé, l'APVF demande au gouvernement de **ne pas dissocier financement des politiques de santé et leurs pilotages, via notamment la délégation de Dotations globales dans un cadre contractuel**. Il s'agit entre autres de s'assurer que les inégalités sociales ne s'accroissent entre territoires et/ou collectivités et que tous les acteurs de la santé publique dans le territoire puissent contribuer à l'effort commun en temps de crises. Le renforcement et la continuité des soins par la mise en place de parcours de santé plus inclusifs doit permettre d'atteindre ces objectifs. Les ARS doivent devenir des partenaires des politiques de soutien à l'aide à domicile, à l'allocation de moyens humains, notamment en EHPAD et catalyseurs de la mise en dynamique des acteurs afin qu'ils puissent mieux travailler ensemble (hôpital, EHPAD, médecine de ville,

et autres établissements de santé), notamment dans le domaine de la prévention. Ce sont des politiques prioritaires au service desquelles l'ARS doit jouer son rôle, tout en s'attaquant aux difficultés constatées dans la démographie médicale, l'absence totale de soins pour certaines populations – et donc à la collaboration avec les CCAS et les CPAM, au moins au sein des « Territoires prioritaires de Santé » que l'APVF appelle de ses vœux, pour une meilleure identification des personnes actuellement décrochées du système de soins.

La question de la décentralisation de la politique de santé est donc d'un transfert de compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales est donc clairement posée. Pour l'APVF, il ne paraît cependant pas souhaitable de procéder à des transferts par bloc, mais de procéder à des clarifications, mais surtout de garantir que l'Etat et les collectivités territoriales travaillent ensemble de manière articulée, pour parvenir à un système plus fluide, plus réactif et moins centralisé. Il faut donc renforcer le partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales et donc renforcer la place de la contractualisation.

L'APVF préconise donc

- De développer la mise en place de contrats territoriaux de santé en généralisant les contrats locaux de santé (CLS) en y associant chaque fois l'Etat, la Région, le Département et chaque EPCI et en faisant en sorte que les contrats couvrent tout le champ des politiques de santé
- D'enrichir le contrat de plan Etat-Région pour qu'il couvre tous les domaines d'action partenariale dans le cadre de la santé et qu'il soit le cadre fédérateur des contrats territoriaux
- De simplifier le pilotage des établissements médico-sociaux en organisant une expérimentation de délégation de compétences de l'Etat sur le pilotage des EHPAD.

■ Restructurations hospitalières et démocratie locale

La plupart du temps, les restructurations hospitalières sont la conséquence d'un problème de démographie médicale et de sécurité sanitaire, mais le plus souvent, elles sont prises en l'absence de toute concertation avec les élus locaux, qui sont la plupart informés simplement par la presse. Il existe beaucoup de restructurations

qui ont été opérées dans la douleur tandis que certaines, bien trop rares encore, se sont plutôt bien effectuées en informant bien en amont et en y associant les élus locaux aux décisions. Il faut trouver des accords donnant lieu à un contrat d'engagement précis entre l'ARS et les collectivités territoriales concernées permettant de trouver la solution la plus juste et la meilleure pour l'offre de soins dans les territoires. A cette fin, l'APVF propose l'institution des Comités départementaux des soins de proximité permettant d'associer réellement les élus locaux aux prises de décisions parfois difficiles.

DESERTIFICATION MEDICALE, UN ENJEU TRANSVERSAL

A lors que les investissements publics sont en berne, les élus locaux, et en particulier dans les petites villes, doivent redoubler d'efforts et d'ingéniosité pour combler les manques : vieillissement ou absence d'installations, recherche d'aides ou subventions, attractivité des territoires pour les jeunes diplômés. On le voit très vite, ces défis sont intrinsèquement liés et l'approche ne peut être que transversale : mobilité, formation, attractivité, ou accès à des services basiques comme l'éducation ou le numérique.

Il est apparu évident qu'à l'occasion de cette crise sanitaire, les élus des petites villes ont été en première ligne à plus d'un titre... mais ils ont parfois eu le sentiment d'être seules face au manque de moyens humains, financiers et logistiques.

Cette crise a également montré que faire face à la transversalité des enjeux, seul un plan global qui s'attaque autant au logement, au soutien au tissu socio-économique local, qu'au numérique ou à la désertification médicale permettra réellement d'enrayer la spirale dans laquelle plusieurs de nos petites villes se trouvent.

Pour l'APVF, la concrétisation de programmes structurants comme le programme « petites villes de demain » est une priorité absolue. Ce type d'accompagnement doit permettre de donner aux petites villes les moyens de jouer leur rôle de levier. Il s'agit tant de capacités d'investissement, que d'accompagnement structurant sur des problématiques transversales qui sont nécessaires pour la revitalisation de nos centres-villes, et à travers eux, de tout un bassin de vie environnant.

REVITALISATION DES CENTRES-VILLES

Inclusion de l'hôpital public au cœur d'une stratégie transversale

Pour l'APVF, l'hôpital public et notamment l'hôpital de proximité, peut être un moteur de développement et d'attractivité des territoires périphériques, ruraux et

périurbains. Les travaux du Professeur Emmanuel Vigneron, expert de l'approche géographique des questions sanitaires et sociales à partir de l'identification des besoins dans les bassins de santé et membre du Conseil scientifique de l'APVF l'ont régulièrement démontré. Souvent le dernier grand établissement public de nombreux bassins de vie, l'hôpital peut constituer un formidable levier d'attractivité de populations, de personnels qualifiés, et d'emplois.

■ Une reconnaissance pour l'Hôpital public dans sa fonction structurante

Pour de nombreuses petites villes de France, l'hôpital public constitue non seulement le premier employeur d'un bassin de vie, mais également le dernier bastion d'un service public stratégique dans les territoires. **L'APVF propose que toute réforme à venir de l'hôpital public se fasse en tenant compte des fragilités territoriales existantes et potentielles en termes d'emplois, d'attractivité et de développement.** La rationalisation des coûts et le triomphe de la logique comptable ne permettent pas la prise en compte de tous les coûts induits par ces fermetures. **L'APVF demande de rendre obligatoire une étude d'impact systématique et le chiffrage des coûts indirects de la fermeture ou la réorganisation des services hospitaliers dans leurs bassins de vie.** Si plus aucune fermeture d'établissement de santé ne peut se faire sans l'accord des Maires, il est cependant indispensable de donner aux élus locaux les données, études et moyens permettant de prendre de telles décisions, afin qu'elles se fassent en toute connaissance de cause.

■ Un rôle moteur et attrayant pour l'hôpital de proximité

Le réseau des hôpitaux de proximité doit être un étendard de l'hôpital public, et du service public de manière plus générale. Les coûts politiques, démographiques, économiques, sociaux et environnementaux de la disparition de services publics dans les territoires ne sont plus à démontrer. L'APVF appelle le Gouvernement à être ambitieux dans sa conception de la place de l'hôpital public dans

les territoires, contrairement aux réformes successives de ces trente dernières années. Si certains **L'APVF propose que des Hôpitaux de proximité de haut niveau soient réinstaurés dans tous les déserts médicaux**, afin que la spirale soit enfin endiguée. **L'APVF propose qu'un domaine d'excellence (chirurgical ou services tiers) puisse être adossé aux hôpitaux de proximité, lorsque qu'une stratégie territoriale de santé concertée le permet.** Il s'agirait ainsi de lutter contre la désertification médicale autant que de permettre aux territoires d'attirer des personnels qualifiés et leurs familles.

Anticipation des mutations : vieillissement, développement durable et mobilités

Veiller à la qualité du soin, c'est également veiller à la possibilité de les prodiguer dans de bonnes conditions. Pour l'APVF, la question de la refonte de notre système hospitalier public doit nécessairement s'accompagner de réflexions plus globales sur l'aménagement du territoire vu par le prisme du vieillissement, le logement ou les mobilités. La crise est une opportunité historique de franchir un cap décisif l'accompagnement du grand âge, facteur d'angoisses et d'interrogations. La question du « mieux vieillir » chez soi ou en établissement doit nous pousser à repenser l'organisation, la gouvernance, l'allocation de moyens et la reconnaissance des professionnels et la prévention doit jouer un rôle essentiel.

Dans une étude pour l'APVF sur l'accès aux offres de soins de santé dans les petites villes, la transversalité des enjeux apparaît clairement. Ainsi, par de multiples mécanismes, l'étude montre que le niveau de vie est un puissant déterminant de l'état de santé, et qu'en la matière les petites villes et le monde rural n'ont pas plus de besoins en termes de santé, mais en revanche moins de moyens et de revenus pour y subvenir. Parmi ces « moyens », le Professeur Emmanuel Vigneron pointe l'éducation, les questions environnementales ainsi que l'action culturelle et artistique comme « des formes de redistribution qui sont de puissants leviers correctifs des

inégalités de revenus et créateurs de bien-être ».

■ Aménagement du territoire et enjeu du vieillissement

Dans cette même étude, il apparaît que les petites villes ont un indice de vieillissement largement supérieur (25%) à la moyenne française (indice de vieillissement bourg 96 ; petite ville 90 ; France 76). Dans les très grandes villes, l'indice tombe à 62.

Dans la période de crise sanitaire que nous venons de traverser, l'APVF soutient que les politiques sociales, de santé et de réduction des inégalités devra notamment favoriser les solidarités intergénérationnelles. En France, 92 % des victimes du coronavirus sont âgées de 65 ans ou plus. Parallèlement, à partir de 2025, la société française verra une augmentation du vieillissement de sa population - en 2050, les plus de 85 ans constitueront 7 % de la population : augmentation du nombre de retraités, de personnes fragiles et de personnes dépendantes. **Si la création d'un « cinquième risque » assuré par la sécurité sociale est un bon signal, il conviendra toutefois de ne pas limiter cette réforme** à la question du financement de la perte d'autonomie. Des moyens supplémentaires devront être consacrés rapidement et l'enveloppe dédiée à la dépendance devra être significativement augmentée.

Jérôme Guedj, ancien Député et Président de Département, membre du Conseil scientifique de l'APVF et auteur d'un rapport au Gouvernement sur le vieillissement et les personnes fragiles ou isolées pendant le confinement, a régulièrement démontré la nécessité d'inclure les personnes âgées à la refonte d'un système de soins autant qu'à un nouvel aménagement du territoire. Repenser un système de soins, c'est veiller au quotidien des plus fragiles et notamment des plus âgés, en intégrant par exemple davantage les EHPAD à la vie de la cité. **L'APVF fait sienne les propositions de Jérôme Guedj de jumeler chaque EHPAD de France à une école. Mais il s'agit également de repenser l'aménagement urbain : toilettes publiques à proximité ou bancs tous les 300 mètres par exemple.** La crise a accéléré le délitement des EHPAD et l'APVF demande au Gouvernement d'élaborer une

stratégie nationale pour lutter contre les personnes notamment âgées et fragiles en situation d'isolement afin de donner aux EHPAD les moyens humains, financiers et sanitaires d'exercer leurs missions d'une part ; et d'éviter les catastrophes humaines en période de crise.

Plus globalement, l'APVF suit les recommandations de J. Guedj. Il s'agit **d'anticiper dès maintenant la « révolution de la longévité » dans tous les domaines : santé, mobilité, logement, évolution des établissements et services, moyens humains et financiers, priorité donnée à la prévention.** Il sera aussi urgent que vital de remodeler notre société à l'aune de cet enjeu, de manière transversale. Cela commande une volonté politique forte.

Pour l'APVF, le maintien à domicile des personnes âgées est par ailleurs facteur de développement local à plus d'un titre. D'abord, car il concourt au maintien de commerces de proximité, de services à la personne, et le développement d'un tissu local de services publics et privés de proximité. Cela génère également, au moins indirectement, une activité accrue pour des filières indirectes comme les services publics ou les filières du bâtiment... tout en permettant de préserver un flux stable de fiscalité pour les collectivités locales.

■ Création d'une foncière hospitalière

La très haute fréquence d'emplois à horaires particuliers ou décalés dans la fonction publique hospitalière doit inviter les pouvoirs publics à investir le champ du logement, notamment en proximité d'établissements de santé. Dans le prolongement de la loi ELAN, **l'APVF propose la création d'un organisme Habitat à mission parapublique**, pour développer une offre en proximité pour les personnels hospitaliers et ainsi atténuer les effets dits « pendulaires ». Par ailleurs, la crise sanitaire liée au COVID-19 a mis en lumière le besoin de logements dits « tampons » afin que les professionnels puissent se changer ou se préparer en cas de pandémie. Pour l'APVF la création de cette « foncière hospitalière » aurait l'avantage de répondre à des besoins sanitaires évidents pour les personnels de santé ; autant que de participer par des leviers désormais

bien connus à la revitalisation des centres villes. Cela aurait enfin comme intérêt de réduire l'impact écologique et environnemental lié aux mobilités de personnels, et particulièrement en milieu rural ou montagneux.

■ Soutien à la « réindustrialisation verte » et aux circuits-courts

Le réarmement sanitaire de nos territoires doit impérativement se faire dans le respect des objectifs environnementaux. **L'APVF appelle donc à fonder la réindustrialisation de nos territoires sur des filières d'avenir à forte valeur ajoutée pour le climat et les collectivités.** Les Hôpitaux publics ont par le nombre de professionnels qu'elles emploient, autant que par le tissu socio-économique qu'elles mobilisent, un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre le réchauffement climatique. **L'APVF appelle à une politique ambitieuse en termes de réseaux de chaleurs, de collecte, tri et traitement des déchets, à l'utilisation de moyens de propulsions et d'énergie plus neutres en carbone dans le milieu hospitalier.** Alors que l'hôpital public et les hôpitaux de proximité s'inscrivent au cœur d'un véritable réseau d'acteurs, il est essentiel de soutenir le développement d'énergies propres et de circuits-courts, sources de richesses et de dynamisme pour nos territoires.

■ Soutien aux mobilités du quotidien, mobilités durables et aux petites lignes

Les mobilités sont un élément clé du développement d'un réseau hospitalier de proximité. Il est urgent d'œuvrer au désenclavement des territoires périphériques et des populations qui y habitent, en développant notamment une mobilité plus durable. Pour l'APVF, cela permettra de lutter contre les phénomènes d'exclusion et de déclassement - des personnels et des bassins de vie. A cet égard, les mobilités participent du dynamisme économique et touristique. **Pour l'APVF, il est nécessaire de mettre en place un grand plan pour soutenir la mobilité du quotidien** qui comprend une prime mobilité pour les habitants des territoires les plus isolés et un mécanisme de solidarité contribuant au financement des mobilités en zones périurbaine et rurale. La loi d'orientation des mobilités a désigné la Région en tant

que collectivité « cheffe de file » en matière de mobilités. Son rôle doit être largement conforté et étendu.

La réorganisation de services autour des hôpitaux, ainsi que l'aménagement global des environs doivent pousser à s'interroger sur les mobilités durables, dans les petites villes comme ailleurs. De nouvelles mobilités commencent à apparaître dans les petites villes. **L'Etat doit accompagner ces initiatives tant sur le plan financier que sur le volet ingénierie. L'outil fiscal doit également être utilisé pour soutenir ces mobilités d'avenir.** L'APVF rappelle enfin que dans de nombreuses petites villes au cœur de bassins de vie géographiquement étendus, le soutien aux mobilités douces du quotidien devront être accompagnées d'un **plan d'investissement massif pour moderniser et développer les petites lignes ferroviaires**, afin de répondre aux nécessités de déplacement des écosystèmes au sein de périmètres plus larges.

LUTTER CONTRE LA FRACTURE NUMERIQUE ET DEVELOPPEMENT DE LA E-SANTE

Pour l'APVF, la lutte contre les fractures numérique et territoriale est une priorité dans la période : attractivité, désertification médicale, revitalisation, mobilités... le numérique doit être perçu comme une politique publique structurante à l'échelle des bassins de vie, à condition toutefois que son déploiement soit possible sur tous les territoires, et pour toutes les populations. Le déploiement des réseaux de haut-débit / téléphone pour résorber les zones grises et blanches ainsi que la dématérialisation des administrations permettra d'approfondir de nouvelles perspectives en matière de santé publique, tout en permettant un meilleur accès aux offres de soins pour toutes et tous.

Soutien à la télémédecine

La crise sanitaire a montré que la télémédecine constituait un outil majeur de développement de l'offre

sanitaire de très haute qualité dans tous les territoires. Dans de nombreux territoires, l'assouplissement des conditions de remboursement par l'Assurance maladie a véritablement dopé l'utilisation de la téléconsultation. Bien que cet outil soit intrinsèquement dépendant d'une politique structurante en la matière (voir par ailleurs), l'APVF est favorable à une **généralisation des expérimentations de la télémédecine** afin d'accroître la souplesse et l'agilité de notre système de soins.

La crise l'a démontré une fois de plus, le premier accès à la médecine est celle de ville. Avec les défis liés à l'évolution démographique de la population de médecins généralistes, les difficultés de remplissage de certaines maisons médicales et donc d'accès à la médecine généraliste pour les suivis en termes de prévention ou de suivi quotidien, la télémédecine doit permettre de soulager la médecine de ville. L'APVF demande que **la généralisation des expérimentations de télémédecine se fassent également pour les besoins les plus simples du quotidien** : renouvellement d'ordonnances, prescription de médicaments quotidiens, ou délivrance de certains arrêts de travail. Pour l'APVF, il s'agirait d'une opportunité pour la médecine traditionnelle de se concentrer sur les pathologies plus graves ou nécessitant un accompagnement et un suivi des patients plus poussés. Cela permettra d'autre part de participer à alléger la pression sur les services d'urgences, déjà sur-sollicités. Enfin, permet de limiter les contacts physiques entre professionnels et patients. **L'APVF plaide pour que les efforts d'assouplissement des prises en charge de la téléconsultation soient maintenus et accrus.**

Les élus des petites villes attirent toutefois l'attention du Gouvernement sur le coût que représentent de tels investissements pour les collectivités et demandent un accompagnement dans l'équipement des établissements et des acteurs de terrain pour une utilisation efficiente de la technologie. Enfin, l'APVF rappelle que l'utilisation de ce matériel nécessitera **une formation pointue des personnels et des patients** et qu'il conviendra donc d'accompagner ce déploiement par

un volet pratique et concret pour en permettre la bonne utilisation, la possibilité de profiter pleinement des possibilités offertes par la technologie, et la compatibilité avec les autres dispositifs pour une alimentation cohérente du Dossier Médical Partagé (DMP).

A cet égard, le DMP connaît aujourd'hui un développement mitigé. La volonté politique et l'impulsion nationales seront primordiales à son déploiement. Les défis pour y parvenir restent nombreux, mais ce dossier médical doit améliorer les diagnostics, permettre une meilleure prise en charge des patients, et un partage des diagnostics. Pour rendre possible ce développement, l'APVF demande l'interopérabilité systématique des outils numériques, dans le privé, comme le public, ainsi que la sécurisation des données et des serveurs. Il en ira des souverainetés sanitaires locales, nationales et européennes.

Accélération du déploiement des réseaux et du très-haut débit

L'accélération de la couverture téléphonique et en très haut débit sur l'ensemble du territoire doit être une priorité. Il est indispensable de construire des infrastructures de haute qualité capables de résister aux intempéries et de faire face aux incertitudes climatiques, qui s'amplifieront inévitablement dans l'avenir. **L'APVF appelle le Gouvernement à maintenir le rythme du déploiement du numérique, pour continuer dans la dynamique de l'année 2019.** Dans un deuxième temps, l'APVF rappelle que le sujet de **l'usage du numérique, dans tous les territoires, et pour toutes les populations, notamment âgées, fragiles ou isolées, devra constituer une priorité.** A cette fin, la complémentarité des équipements ainsi que leur interopérabilité devra constituer un enjeu technique majeur pour s'assurer d'un usage, d'une facilité d'utilisation ainsi que d'un déploiement efficace et coordonné sur les territoires.

Elaboration d'une stratégie pour l'intelligence artificielle

L'Intelligence artificielle est utilisée, dans les hôpitaux les plus spécialisés aux différents dépistages, notamment des formes de cancers. Or, aujourd'hui, du fait des contraintes liées à leurs coûts et

à leur utilisation, ces technologies à forte valeur ajoutée en formation et en déploiement de personnels qualifiés, sont relativement absentes des services de médecine plus généraux. Si les objets connectés font une apparition qu'il conviendra de soutenir et de développer, **l'APVF appelle à la mise en place d'un plan national de déploiement de l'intelligence artificielle** en soutien à la médecine générale et pour sa démocratisation dans les territoires. **L'APVF propose ainsi que des cabines soient installées, en priorité dans les zones sous-tendues** où la désertification médicale se fait sentir. Cela pourrait constituer une solution au manque de généralistes ou à l'absence de services notamment sanitaires. Pour l'APVF, l'intelligence artificielle pourrait constituer demain, en étant conscients des défis posés et des questions qui ne manqueront pas de surgir, la porte d'entrée au système de soin, complémentaire à la médecine dite traditionnelle. En effet, par les possibilités de dépistages très en amont que permettent ces solutions, cela permettrait d'éviter l'entrée du patient dans un long parcours de soins, voire coûteux s'il nécessite des chirurgies ou traitements plus lourds. Il conviendra à la puissance publique d'accompagner, d'encadrer et de structurer ces voies complémentaires.

L'APVF pense que l'efficacité des structures de soins peuvent être décuplées grâce aux outils numériques comme l'intelligence artificielle. Elle permettra d'améliorer la performance et la disponibilité des équipes, du matériel médical, et des plateaux techniques. Tout ceci, à la stricte condition que les petites structures hospitalières d'une manière plus globale, ne soient pas oubliées dans le plan national de déploiement que l'APVF appelle de ses vœux.

UNE CONCEPTION EUROPEENNE DES DEFIS ET DES ENJEUX

La crise sanitaire a montré les limites et les failles de notre système de soins ; si le virus ne connaît pas les frontières, il devrait en être de même de notre solidarité. Le défi à relever est non seulement national,

mais européen. L'APVF soutient pleinement les positions prises par la Confédération des petites villes de l'Union européenne de laquelle elle est membre, et insiste sur le fait que cette crise ne sera endiguée que grâce à une action européenne commune et concertée.

Organisation d'une véritable souveraineté sanitaire européenne

Les petites villes doivent prendre une part forte et très active aux efforts déployés aux niveaux européen et national pour la relance post-COVID et l'anticipation des défis et enjeux à venir. Elles ont été directement confrontées aux limites des systèmes de santé, à l'échec de la coordination, l'absence de moyens humains, budgétaires et logistiques, et qui font concrètement et quotidiennement face à de nombreux problèmes transfrontaliers. La survie de nombreuses entreprises et des services publics aura un impact considérable sur la vitalité des petites villes, partout en Europe. **C'est ainsi que l'APVF appelle le Gouvernement de l'Union européenne à jouer leur rôle, afin que des solutions partagées et concertées puissent émerger, et que des investissements concrets soient réalisés au niveau européen, dans le domaine de la santé.**

Soutien aux efforts d'investissements dans l'économie réelle

Les petites villes se sont retrouvées en première ligne d'une vaste crise mondiale qu'elles ne peuvent pas affronter seules, sans infrastructures appropriées. **L'APVF appelle le Gouvernement à soutenir les récents efforts de l'exécutif européen visant à privilégier les investissements directs dans l'économie réelle.** C'est un changement de paradigme majeur au niveau européen, et **l'APVF souhaite que la France soit force de proposition** pour aller plus loin.

Les infrastructures de toute nature dans le domaine de la santé (hôpitaux, maisons de retraite), de l'éducation (écoles) ainsi que tout service public pouvant aider à faire face à la crise et à assurer l'autonomie dont nos territoires locaux ont besoin doivent être considérés comme une priorité absolue. Il en va de notre

souveraineté locale, nationale et européenne : c'est au niveau communautaire que l'effet levier de tels investissements pourra être atteint.

Coordination européenne aux opportunités et défis du numérique

L'Union européenne doit immédiatement et massivement investir pour couvrir tous les territoires avec le téléphone et l'internet à haut débit. La digitalisation est une opportunité de développement partagé pour tous les territoires : les petites villes ont besoin de centres pour se développer, tout en leur offrant une durabilité économique et sociale ainsi qu'une soutenabilité environnementale accrue. Dans la droite ligne des propositions de la Confédération des petites villes de l'Union européenne, l'APVF soutient que la numérisation sera utile pour permettre un développement de nouveaux systèmes de soins, tout en aidant les petites entreprises dans la période. La nature transversale des défis à relever donne ainsi un rôle prépondérant au numérique, tout en plaçant l'Europe à un niveau pertinent de réponse aux défis communs auxquels nous serons tous confrontés.

L'APVF alerte toutefois sur la généralisation de la télémédecine et des solutions numériques qu'elle appelle de ses vœux : sécurité physique des serveurs, propriété de l'innovation, collecte et sécurisation digitale des données médicales sont autant de difficultés auxquels les européens devront collectivement apporter des réponses.



CONCLUSION

L'APVF souhaite une gouvernance de la santé en phase avec la décentralisation et l'instauration d'une véritable démocratie sanitaire dans les territoires. La crise du COVID-19 démontre les limites d'un système hyper-centralisé tandis que les collectivités territoriales – tous niveaux confondus – et leurs élus ont fait preuve d'efficacité, d'agilité et de réactivité. Il est donc temps de leur faire confiance dans le domaine de la santé et de ne plus les contourner. C'est par une approche par bassins de vie que nous lutterons efficacement contre la désertification médicale, contre laquelle il faut lutter pour une approche beaucoup plus offensive et volontariste. Le « Ségur de la santé » a apporté des premières réponses positives qui indiquent un changement de philosophie en redonnant notamment plus de place aux territoires et aux élus, ainsi que plus de pouvoir d'initiative et de décision à celles et ceux qui soignent. Tout cela va dans le bon sens, mais il reste beaucoup à faire.

Après l'annonce du plan « Ma santé 2022 » l'an dernier qui allait dans la bonne direction mais dont les ambitions demeuraient limitées, il est temps de changer de braquet et de faire preuve de volontarisme politique. C'est un enjeu de société.

Pour l'APVF, l'accès aux soins de proximité est bien la question centrale. La priorité absolue doit être d'améliorer l'accès à des soins de qualité en proximité pour tous les habitants. Cela est d'autant plus nécessaire et souhaitable que les changements démographiques (vieillesse de la population), épidémiologiques mais aussi les progrès médicaux rendent nécessaires une transformation profonde du système de santé. Dans ce sens, améliorer la santé, c'est développer la prévention, l'éducation et l'accompagnement des personnes dans l'accès aux soins et garantir à partir de la proximité, l'accès à des soins spécialisés donc à des filières complètes de prise en charge intégrant la ville, le médico-social et l'hôpital à différents niveaux de spécialisation.

L'APVF forme le vœu d'une réelle prise de conscience de l'ensemble des responsables politiques sur cet enjeu majeur et ce formidable défi pour les années à venir.

LES 30 PROPOSITIONS DE L'APVF

Dans ce document regroupant plus de 50 propositions, l'APVF présente 30 de ses propositions principales.

14 mesures pour une offre de soins de qualité et de proximité

1. Créer des Territoires prioritaires de santé à l'image des quartiers prioritaires de la ville
2. Instaurer un moratoire temporaire sur la fermeture des lits
3. Créer un fonds de péréquation entre cliniques privées et hôpital public
4. Investir massivement dans la production d'équipements sanitaires et la recherche
5. Conditionner le conventionnement au lieu d'installation des médecins
6. Instaurer une part minimum de parts détenues par l'Etat dans toute nouvelle clinique
7. Revaloriser les salaires des personnels hospitaliers, et augmenter les effectifs
8. Respecter, contrôler et sanctionner, conformément à la loi de 1972 sur l'égalité salariale
9. Mieux organiser les filières de prise en charge hospitalière sur le territoire à partir d'un principe de gradation des soins
10. Réinstaller des plateaux techniques dans les hôpitaux de proximité
11. Placer l'hôpital de proximité au cœur d'un bouclier de services
12. Organiser des schémas régionaux de relocalisation et ré industrialisation de l'appareil productif sanitaire
13. Initier de nouveaux dispositifs pour encourager la médecine salariée
14. Valoriser la consultation infirmière dans le parcours de soins afin de soulager les médecins libéraux et désengorger les urgences

9 mesures pour intégrer la santé dans une vision de société plus large

1. Concrétiser le programme Petites villes de demain
2. Rendre obligatoire et systématique une étude d'impact sur le chiffrage des coûts indirects liés à la fermeture ou la réorganisation de services dans un bassin de vie
3. Déployer rapidement les réseaux de couverture téléphone et du très haut débit
4. Investir dans un grand plan pour soutenir la mobilité du quotidien
5. Créer une foncière hospitalière
6. Encourager les études visant à repenser l'aménagement d'une cité à l'aune du vieillissement
7. Soutenir massivement la réindustrialisation verte de nos territoires
8. Organiser un plan national de déploiement de l'intelligence artificielle et de la télémédecine
9. Soutenir et accélérer les plans d'investissements européens dans l'économie réelle, et en particulier dans le domaine de la santé

7 mesures pour une démocratie territoriale de santé

1. Etendre les compétences et la représentativité des Conseils de surveillance d'établissements de santé et des ARS
2. Systématiser des échanges réguliers et obligatoires entre élus locaux et ARS
3. Doter le « bloc communal », et les départements de compétences sanitaires complémentaires entre coordination de l'offre et gestion des maisons de santé
4. Doter les Régions de compétences en matière de prévention sanitaire, de révision des schémas d'offres de soins, et d'organisation d'une forme de régulation
5. Faire du Préfet le coordinateur principal des politiques sanitaires en temps de crise
6. Instituer des comités départementaux des soins de proximité
7. Développer la mise en place de contrats territoriaux de santé en généralisant les Contrats locaux de santé (CLS)



Association des Petites Villes de France

42, boulevard Raspail - 75007 Paris

Tél. : 01 45 44 00 83 - Fax : 01 45 48 02 56

www.apvf.asso.fr