

Note pour la Commission santé AMF / France urbaine du mardi 28 mars

Auditorium de l'AMF, de 14h30 à 17h

Le groupe de travail santé de l'AMF, jusqu'à présent co-présidé par Madame Maincion, Maire de la Ville-aux-Clercs et Monsieur Bouquet, Maire de Vitry-le-François, Président de la communauté de communes de Vitry-Champagne et Der s'est largement préoccupé des questions liées à la répartition territoriale de l'offre de soins. Du reste, l'AMF avait fait le choix de consacrer le débat d'ouverture de son 99ème congrès, en mai/juin 2016, à la santé : y avait, entre autres, participé André Rossinot, président de la Métropole du Grand Nancy, secrétaire général de France urbaine et co-président de la Commission Santé de France urbaine (avec Philippe Saurel, maire de Montpellier et président de Montpellier Méditerranée Métropole).

A cette occasion, les maires et présidents d'intercommunalités et métropoles avaient fait part des situations de détresse rencontrées dans leur territoire, du besoin urgent d'évaluer les impacts des nombreuses mesures incitant les professionnels de soins à s'installer en zones sous dotées et de leur souhait d'être étroitement associés à l'élaboration ainsi qu'à la mise en œuvre des politiques de santé, bien qu'ils ne demandent pas à être positionnés comme chefs de file.

Pour cette première réunion de la Commission santé France urbaine/AMF, ont été invités Jean-Yves Lefeuvre, délégué général de la Fédération nationale des centres de santé et David Gruson, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF).

Ci-après sont rappelés les principaux enjeux relatifs au dossier santé et les prises de position de l'AMF et France urbaine, notamment sur la couverture territoriale de l'offre de soins, la gouvernance des hôpitaux et les conditions de déclinaison des dispositions liées à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

1. La répartition territoriale de l'offre de soins

a) La santé : une compétence d'Etat mais dont les maires et présidents d'intercommunalité et métropole sont contraints de s'emparer

La répartition territoriale de l'offre de soins ne relève pas d'une compétence des communes et des intercommunalités mais bien d'une compétence de l'Etat. Pourtant, afin d'apporter des réponses aux besoins urgents et vitaux de leurs administrés, les maires et présidents d'EPCI sont de plus en plus nombreux à s'en saisir. Ils innovent au quotidien pour favoriser l'installation de professionnels, comme de structures de soins, sur leur territoire, dans le but d'en faire bénéficier leur population et plus particulièrement les personnes les plus fragiles qui rencontrent des difficultés à se déplacer ou disposent d'un budget limité pour se soigner.

Il a été fait part, à de très nombreuses reprises, aux pouvoirs publics comme aux principaux acteurs de la santé (conseil de l'ordre des médecins, fédération des maisons de santé, fédérations hospitalières publique et privée...) du grand désarroi des maires et présidents d'intercommunalité sur ces questions.

Les associations d'élus, dont l'AMF et France urbaine rappellent régulièrement que la désertification médicale ne concerne pas uniquement les territoires ruraux, les territoires urbains sont également fortement touchés ou vont prochainement l'être. Par ailleurs, dans les territoires frontaliers, tels que le département de la Haute-Savoie, les élus observent la fuite de nombreux médecins, formés en France, vers la Suisse.

Les maires et présidents d'EPCI et métropoles sont particulièrement attentifs à tout ce qui peut permettre, au niveau local, de maintenir ou d'encourager une présence médicale. Il leur est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des leviers d'actions à leur disposition, des cofinancements dont ils peuvent bénéficier, des conditions de réussite des projets qu'ils peuvent être amenés à porter ou à soutenir... Ils sont demandeurs d'une véritable aide à l'ingénierie et de cofinancements pérennes.

Si France urbaine et l'AMF ne se sont, jusqu'à présent, pas positionnées en faveur de mesures contraignant l'installation des professionnels de soins, elles considèrent en revanche que les maires et présidents d'intercommunalité et métropole ont plus que jamais besoin de pouvoir s'appuyer sur l'expertise des agences régionales de santé (ARS), sur les autres strates de collectivités territoriales mais également sur les professionnels de santé eux-mêmes.

D'autant que les élus locaux constatent que malgré les nombreuses initiatives portées par les communes et leurs intercommunalités pour faciliter l'installation de médecins, des territoires de plus en plus nombreux et étendus sont concernés par la question de l'accès aux soins. Pour cette raison, **il est bon de rappeler la responsabilité de l'État en matière d'offre de santé et d'accès aux soins et d'insister sur la nécessaire et urgente mise en œuvre de mesures assurant une couverture médicale de l'ensemble des territoires, à des tarifs accessibles.**

b) Les maisons pluridisciplinaires de santé

Il n'existe pas un modèle de maison de santé clé en main qui fonctionne de façon automatique. Celle-ci doit nécessairement tenir compte du territoire sur lequel elle est implantée et impliquer étroitement l'ensemble des acteurs de santé du territoire, en particulier les professionnels. **C'est pour ces raisons que les élus sont demandeurs de plus de souplesse des règles encadrant le montage des projets.** D'autant que, si les élus considèrent que les maisons de santé répondent à l'évolution des pratiques des médecins, ils estiment néanmoins qu'elles fonctionnent beaucoup plus facilement en zone dense.

Ils sont par ailleurs favorables à la conduite d'études d'impacts, sur l'état de santé général de la population, de structures dans lesquelles les médecins sont amenés à travailler en groupe et/ou sont salariés (telles que les centres de santé municipaux)

c) Les centres municipaux de santé

Le groupe de travail ne remet pas en cause l'utilité et l'importance des centres de santé municipaux, ils regrettent néanmoins que leur équilibre financier repose exclusivement sur le budget communal. En effet, l'implication financière des communes dans ces structures est considérable.

C'est la raison pour laquelle les élus sont favorables à un examen du modèle économique actuel des centres de santé et plus particulièrement de la gestion du déficit de ceux-ci.

d) La télémédecine

La télémédecine présente un attrait certain. Les élus sont, de manière générale, favorables à la conduite d'actions plus poussées à ce sujet ainsi qu'à une réflexion sur les conditions de remboursement des consultations.

2. La gouvernance des hôpitaux

En novembre 2016, l'AMF a organisé une réunion conjointe entre son groupe de travail santé et le groupe de travail du Ministère de la santé réunissant les directeurs généraux des ARS.

Cette réunion, qui a vocation à être renouvelée chaque année, avait été l'occasion pour les élus d'exprimer plusieurs de leurs souhaits, partagés par les directeurs généraux des ARS :

- Encourager l'organisation de rencontre entre les ARS et les associations départementales de maires.
- Renforcer l'accompagnement technique et financier, par l'ARS, comme par les organismes de sécurité sociale, des mesures innovantes que les élus développent pour répondre aux besoins de santé de leurs administrés.

- Prendre en compte, dans la formation des étudiants en médecine, des modules consacrés à l'exercice en groupe (notamment avec les autres corps de métiers) ainsi qu'à l'ingénierie de projet.
- Mieux accompagner les mutations actuelles du système hospitalier et impliquer davantage les élus dans le processus.
- Développer des mesures d'accompagnement spécifiques des territoires qui ne sont aujourd'hui pas considérés comme sous dotés en offre de soins mais risquent de l'être dans les années à venir. Les élus attendent par ailleurs des ARS qu'elles ne prennent pas uniquement en compte des critères statistiques pour établir leur carte de démographie médicale mais également d'autres aspects tels que l'âge des médecins, le nombre de patients qu'ils suivent, le nombre d'heures de consultation, l'âge de la population....
- Ne pas déconnecter la réflexion concernant la répartition des médecins de celle concernant l'installation des autres professionnels de soins tels que les infirmières, les pharmaciens...

a) Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) issus de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

L'AMF et France urbaine sont favorables à une meilleure répartition des pouvoirs entre les différents acteurs de santé et considèrent que les élus locaux devaient être étroitement associés à la gouvernance des hôpitaux.

En effet, un établissement hospitalier n'est pas une entité complètement indépendante, mais bien ancré dans un territoire. Toute modification du fonctionnement de l'établissement, ou déplacement, a un effet sur le territoire en matière d'emploi, de transports, de services...

C'est la raison pour laquelle **l'AMF et France urbaine ont demandé à ce que les élus locaux soient étroitement associés à la gouvernance et au déploiement des groupements hospitaliers de territoire**. En effet, ils ont une connaissance fine des besoins et des attentes de leurs administrés, qui les interpellent très régulièrement sur ces questions et attendent d'eux qu'ils préservent la proximité des établissements hospitaliers, lorsque cela n'a pas d'effet négatif sur la sécurité et la qualité des soins.

L'AMF a notamment obtenu que le comité territorial des élus ne soit pas exclusivement composé des représentants des élus aux conseils de surveillance des établissements parties au GHT, mais que les maires des communes sièges des établissements parties au groupement soient aussi membres de droit.

Il avait été également demandé que les maires soient associés à l'élaboration du projet médical partagé du GHT, afin de veiller à l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire couvert par celui-ci. **L'AMF et France urbaine souhaitent que des élus soient membres du comité stratégique du GHT ou que le comité territorial des élus soit obligatoirement concerté lors de la rédaction du projet médical partagé.**

Si les maires et présidents d'intercommunalités et de métropoles étaient en phase avec la philosophie de départ des groupements hospitaliers de territoire, ils sont aujourd'hui très inquiets des modalités de mise en œuvre et des effets que produisent ces entités sur le territoire, en particulier sur les hôpitaux locaux.

D'autant que les élus ont toujours considéré que le maintien des hôpitaux de proximité participe très efficacement au suivi des populations âgées et fragiles et stabilise l'exercice médical, en particulier dans les zones rurales. L'AMF avait, à ce sujet, demandé que les déplacements de services spécialisés soient compensés par la mise en place de consultations avancées.

L'AMF et France urbaine souhaitent que les avis et positions des élus locaux soient également pris en compte dans les instances de gouvernance du GHT, en particulier au sein du comité stratégique. **Les deux associations seront très attentives aux effets produits par le projet médical partagé qui doit être adopté par l'ensemble des GHT, au 1^{er} juillet 2017.**

b) Lien avec les centres hospitaliers universitaires (CHU)

La réflexion sur le maintien d'une offre de soins de proximité doit également être menée avec les CHU. **Les maires n'ont aujourd'hui plus aucun moyen d'agir sur les décisions prises par les CHU alors que celles-ci ont des conséquences très directes sur le territoire.** A titre d'exemple, la décision de ne plus ouvrir de postes d'internes a nécessairement un impact sur le territoire. **L'AMF et France urbaine attendent donc des CHU qu'ils créent des conditions plus favorables d'échanges avec les élus locaux et qu'ils évaluent davantage l'impact de leurs décisions sur les territoires.**

3. Les mutuelles communales

Le sujet des mutuelles communales a été abordé par le groupe de travail santé AMF, en 2015. Intéressés par ce sujet, les élus avaient néanmoins posé plusieurs points de vigilance :

- Les contrats de mutuelle sont des contrats annuels. C'est-à-dire que le montant des cotisations, négocié pour (ou par) la commune ou son CCAS, n'est, en principe, valable que pour une année. En effet, dans la mesure où les tarifs sont établis en fonction du risque que représentent les adhérents, la mutuelle regardera chaque année la différence entre le montant des cotisations collectées et ce qu'elle a remboursé à ses adhérents.
- Si ce risque est difficile à évaluer la première année d'adhésion au contrat, puisque la mutuelle a peu de visibilité sur le développement des adhésions et sur les dépenses de santé des adhérents, pour les années suivantes, le montant de la cotisation sera calculé sur la base des dépenses de santé des bénéficiaires. Ainsi le montant de la cotisation pourra connaître d'importantes variations d'une année à l'autre.

- Bien que le maire ne soit pas responsable des éventuelles augmentations du montant de la cotisation ou de la dénonciation du contrat, il reste l'interlocuteur naturel vers lequel les administrés se tournent.
- Les mutuelles mises en place par les communes sont, en principe, ouvertes à tous les administrés, toutefois : les salariés sont aujourd'hui couverts par des mutuelles d'entreprise obligatoire et les personnes les plus précaires peuvent bénéficier des dispositifs existants tels que l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire de Santé (ACS) ou la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Pour ces raisons, l'AMF considère que si les mutuelles communales représentent une opportunité pour des personnes non assurées jusqu'à lors de bénéficier d'un contrat de groupe, les élus doivent être attentifs à l'échelle à laquelle est porté le risque (à l'échelle de la commune uniquement ou d'un groupe plus large) et à tout document qu'ils pourraient être amenés à signer et qui engagerait la responsabilité de la commune.

4. Les instances de gouvernance à l'échelle régionale ou locale

a) Le renouvellement des instances de gouvernance à l'échelle régionale

Dans la mesure où les périmètres des ARS ont changé, des désignations de représentants des communes et EPCI sont en cours de finalisation dans les territoires :

- Conseil de surveillance : 1 titulaire, 1 suppléant,
- Conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) : 3 titulaires, 3 suppléants,
- Commission de coordination de prévention santé scolaire, travail, PMI : 4 titulaires, 4 suppléants,
- Commission de coordination médico-sociale : 4 titulaires, 4 suppléants.

b) Les instances de gouvernance créées par la loi de modernisation de notre système de santé, 26 janvier 2016

Le programme régional de santé (décret 2016-1023 du 26 juillet 2016) est arrêté par le DG d'ARS, il détermine les objectifs généraux et les résultats attendus pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé... **Il est une déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé.**

Le schéma régional de santé (décret 2016-1023 du 26 juillet 2016) est élaboré par l'ARS. Il comporte des objectifs qualitatifs et quantitatifs visant à promouvoir l'offre de soins. Il indique les besoins en implantation de professionnels. **Il est opposable aux établissements de santé, aux établissements et services et services médico-sociaux.** Il doit être cohérent avec le programme régional de santé.

Le territoire de démocratie sanitaire (décret 2016-1024 du 26 juillet 2016), est délimité par le DG d'ARS il met en cohérence les projets portés par l'ARS, les professionnels de santé et les collectivités territoriales. Il doit tenir compte de l'expression des usagers.

Enfin, les conseils territoriaux de santé (décret 2016-1024 du 26 juillet 2016 et arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé) sont des instances départementales d'échanges entre les différents acteurs de la santé. Ils comportent un collège réservé aux collectivités territoriales : *« 4 à 7 membres désignés par arrêté du directeur de l'ARS, sur proposition (...) du président de l'association représentant au niveau national les collectivités territoriales et leurs groupements »* :

- au plus un conseiller régional désigné par le président du conseil régional,
- au plus un représentant de conseils départementaux dont les départements sont situés en tout ou partie dans le ressort du conseil, désigné par l'Assemblée des départements de France ;
- un représentant des services départementaux de protection maternelle et infantile du ressort du conseil territorial de santé désigné par le ou, conjointement, par les présidents des conseils départementaux ;
- au plus deux représentants des communautés désignés par l'Assemblée des communautés de France ;
- au plus deux représentants des communes désignés par l'Association des maires de France ;

Le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du projet régional de santé. Il peut également saisir le DG d'ARS de propositions visant à améliorer l'offre de soins. **Il est donc particulièrement important que les élus soient représentés dans ces instances.**