

L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout

Décembre 2014



sommaire

Notre système de santé : un changement de paradigme

La santé, composante essentielle de l'aménagement du territoire	5
De nouveaux besoins de santé	8
Une offre de soins en pleine mutation	10
L'essor de la démocratie sanitaire	14

L'accès aux soins en Franche-Comté

Vers une pénurie de médecins en Franche-Comté ?	17
La spécificité des urgences	19
L'implication des pouvoirs publics	20
L'engagement des professionnels de santé et des associations	25

Améliorer l'accès aux soins

Mobiliser les élus francs-comtois et leur venir en appui	31
Reconnaître et développer le métier de « coordinateur d'appui en santé »	38
Faciliter l'accès des patients aux professionnels de santé	39
Favoriser la présence des médecins généralistes dans les zones fragiles	40
Impliquer l'utilisateur dans la télémédecine et l'e-santé	41
5 axes pour l'intervention de la Région	42

Annexes	46
----------------	-----------

[Avant-propos]

En 2005, le CESE avait mené une réflexion sur l'offre de soins en milieu rural, intitulée « Demain, une campagne en mal de soins ? ». L'objectif était alors de sensibiliser les acteurs et les décideurs locaux sur les enjeux et conséquences d'une diminution de l'offre médicale libérale dans les territoires ruraux, et d'élaborer des propositions d'action pour y remédier.

Quelques dix années après ce premier travail exploratoire, la saisine de Madame la présidente de Région Franche-Comté est l'opportunité pour l'Assemblée consultative régionale de se pencher à nouveau sur cette question qui constitue une préoccupation majeure de nos concitoyens. Il est demandé au CESE d'apporter sa contribution, afin que « la collectivité puisse initier - à sa mesure - des stratégies de territoires en matière de santé, et peser davantage via des actions nouvelles ». Cette demande est motivée par les défis importants auxquels notre système de santé est actuellement confronté : une augmentation des besoins liée au vieillissement de la population et à l'accroissement des maladies chroniques, et une diminution potentielle de l'offre de soins, plus particulièrement en milieu rural.

Le CESE traite cette saisine sous l'angle de l'équité territoriale dans l'accès aux soins, sans prétendre à l'exhaustivité mais sans s'interdire d'explorer des pistes au-delà des strictes limites de la commande. Il s'attache tout d'abord à cerner le contexte qui fait l'objet de la première partie du rapport. Ensuite, il se penche sur la démographie médicale en Franche-Comté et brosse un état des lieux des acteurs ayant pour objectif de maintenir une offre de soins dans les zones fragiles. Enfin, la dernière partie du rapport présente les propositions du CESE pour favoriser l'accès aux soins en Franche-Comté. La rubrique « À suivre » dessine quant à elle quelques pistes d'approfondissement pour les temps à venir.

Le CESE traite cette saisine sous l'angle de l'équité territoriale dans l'accès aux soins, sans prétendre à l'exhaustivité mais sans s'interdire d'explorer des pistes au-delà des strictes limites de la commande.

Les auditions ont été l'occasion pour les conseillers de la commission et du groupe de travail de rencontrer des acteurs francs-comtois particulièrement investis sur la problématique de l'accès aux soins. Leur engagement a notamment permis de développer des réponses innovantes pour assurer la présence d'une offre de soins en milieu rural, ou encore pour favoriser la continuité des parcours de soins au bénéfice des patients. Qu'ils en soient vivement remerciés.

Cette saisine a été conduite par un groupe de travail issu de la commission « Cadre de vie et société » et composé de Daniel Boucon, rapporteur, Claire-Marie Chappuis, Gérard Coulon, Éric Frelin, Élisabeth Grimaud et Michèle Munier.

Ce rapport a été adopté à l'unanimité des suffrages exprimés : (6 abstentions CGT) lors de la séance plénière du 1^{er} décembre 2014.

A man with dark hair and a beard, wearing a white lab coat over a blue and white checkered shirt, is looking down at a clear plastic storage bin filled with small white vials. In the background, a large white storage cabinet with multiple drawers is visible. The drawers have labels, including 'AARIAL' and 'APOI AV'.

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ : UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Le champ de la santé connaît actuellement de profondes mutations qui imposent une réorganisation progressive des soins mais aussi une nouvelle manière de concevoir notre rapport aux services de santé. Ces changements impliquent également de mieux articuler les politiques de santé et d'aménagement du territoire, afin de diminuer les inégalités territoriales et sociales de santé encore trop nombreuses aujourd'hui.

La santé nous concerne tous, que l'on soit malade ou bien portant. Si le préambule de la Constitution de 27 octobre 1946 dispose que « *la Nation garantit à tous la protection de la santé* », force est de constater la persistance d'inégalités de santé. Dans les années à venir, il est à craindre une augmentation des difficultés d'accès aux soins, sous l'effet conjugué d'une hausse des besoins de santé et d'une évolution de la démographie médicale. Cette problématique, qui s'inscrit dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques, laisse peser de légitimes inquiétudes sur la possibilité de maintenir un système de soins alliant qualité, proximité, sécurité et équité dans l'accès aux soins.

Les personnes auditionnées ont évoqué « un changement de paradigme » afin de caractériser l'évolution actuelle du système de santé. Les besoins augmentent, se complexifient et nécessitent des réponses de plus en plus coordonnées. Les rapides avancées médicales et technologiques nécessitent une adaptation quasi-continue de l'offre de soins. Le « patient » n'est pas qu'un « malade », il se revendique désormais autant un « usager » du système de soins qu'un « acteur » de sa propre santé. Le système de soins, complexe et peu lisible, a besoin d'être rénové pour faciliter les parcours de soins et faire face aux défis posés par les maladies chroniques et le vieillissement de la population.

Ces inflexions de fond, dont la liste est loin d'être exhaustive, imposent à tous les acteurs (*professionnels de santé, patients/usagers, pouvoirs publics, organisations socioprofessionnelles*) de « penser » différemment notre rapport à la santé, et d'adapter l'offre de soins en conséquence. **La santé, en tant que politique publique d'intérêt général, gagne à être considérée dans un cadre plus large, afin d'en faire une composante à part entière de l'aménagement du territoire.**

LA SANTÉ, COMPOSANTE ESSENTIELLE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Une exigence, l'accès aux soins pour tous

L'accès des usagers aux services à la population est un enjeu essentiel pour l'aménagement et l'attractivité du territoire. À ce titre, **l'accès aux services de santé est l'une des premières préoccupations de nos concitoyens**, comme l'illustre l'enquête réalisée en 2009 dans le cadre des Assises des territoires ruraux : l'accès aux soins est le 2^e besoin revendiqué par les habitants, après celui au très haut débit.

En effet, les conditions sanitaires entendues au sens large (qualité de l'air, de l'eau, offre de soins...) constituent un facteur important d'attractivité d'un territoire, qui conditionne à son tour l'installation des professionnels de santé.

Pour autant, au niveau local, les politiques de santé et d'aménagement du territoire ont longtemps été cloisonnées (et le restent encore partiellement). En effet, au regard de la loi, la santé reste une prérogative quasi-exclusive de l'État et de l'Assurance maladie. Cet état du Droit n'a pas favorisé la prise en compte du thème de la santé dans les projets locaux développés par les collectivités territoriales. En matière de santé, le territoire est avant tout considéré comme un outil d'organisation des soins, et particulièrement des soins hospitaliers.

La santé n'est pour autant pas absente des projets territoriaux, à l'instar des « ateliers santé-ville », des contrats locaux de santé, ou encore des maisons de santé pluridisciplinaires bien souvent cofinancées par les collectivités territoriales.



Les instances régionales de santé

Les instances créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST ») confirment le rôle des collectivités territoriales dans la définition des politiques de santé au niveau régional. Les collectivités territoriales sont ainsi représentées au sein des instances suivantes :

- **Conseil de surveillance des ARS**, organe délibérant de l'Agence.
- **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**, organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de la santé.
- **Conférence de territoire**, qui contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. **Cette conférence se veut un lieu de débat et de concertation qui réunit les acteurs locaux de la santé.**

De leur côté, les Départements sont dotés de compétences spécifiques : protection et promotion de la santé maternelle et infantile, et action médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Les communes, intercommunalités et Régions contribuent elles-aussi à l'objectif d'intérêt général de protection de la santé publique (ex : compétence du Maire en matière de salubrité publique, financement des formations sanitaires et sociales par les Régions, etc.). En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST ») a réaffirmé le rôle des collectivités territoriales, par leur implication dans les différentes instances des agences régionales de santé (voir ci-contre).

À l'avenir, les politiques de santé et d'aménagement du territoire auront vocation à davantage converger, sous l'effet de multiples évolutions qui seront développées au fil de ce rapport (baisse de la densité médicale, augmentation des besoins de santé, participation des usagers aux politiques de santé...).

En attestent les débats régionaux qui se sont tenus en 2013 dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie nationale de santé. Ils ont mis en évidence **la nécessité de mettre en place des politiques ciblées, coordonnées et territorialisées pour réduire les inégalités de santé**. En Franche-Comté, les débats ont conclu à un accroissement des inégalités sociales et géographiques, en relevant notamment que certaines catégories de la population plus vulnérables ne sont pas dans le circuit « classique » des actions de prévention. Ainsi, un des objectifs principaux de la Stratégie nationale de santé vise à mieux organiser les soins pour les patients, à garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale.

Si la santé s'intègre dans un cadre plus global d'aménagement du territoire, l'organisation des soins dépend quant à elle en premier lieu des besoins de santé et du type de pathologie. C'est aussi une question de mobilité et de temporalité, elles-mêmes liées aux modes de vie. Ainsi, un individu résidant dans une zone déficitaire de soins mais travaillant dans une agglomération pourra avoir pris l'habitude de recourir aux professionnels de santé implantés dans cette agglomération, pour des questions pratiques. À ce jour, en Franche-Comté, 85 % des consultations d'un médecin généraliste ont lieu au sein du territoire de proximité d'habitation du patient.

De persistantes inégalités sociales de santé...

Un des objectifs principaux des politiques de santé est d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chaque individu en particulier, quelle que soit son appartenance sociale. Si l'espérance de vie a constamment progressé en France durant ces dernières décennies, les progrès sanitaires n'ont pas profité de la même manière à tous, les inégalités sociales de santé ayant eu tendance à se creuser. Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre supérieur est de 7 années plus élevée que celle d'un ouvrier, alors même que ces deux groupes bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. On constate ainsi une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale, phénomène connu sous le terme de « gradient social de santé ».

La santé est en effet la résultante d'interactions complexes entre des facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Les déterminants socio-économiques (éducation, emploi, conditions de travail, logement...) prennent une part non négligeable dans l'état de santé des individus.

Les inégalités sociales de santé sont insidieuses. Elles ne sont pas seulement l'apanage des personnes les plus marginalisées, pour qui les problèmes de santé sont trop souvent traités après les autres (quand ils le sont). Dénier des difficultés, renoncement aux soins pour raison financière, méconnaissance des droits (CMU), refus de soins de la part de certains professionnels, sont autant d'obstacles qui excluent davantage ces individus. De plus, la reconnaissance d'un besoin de santé puis le recours réel aux soins peuvent être entravés par la complexité des procédures administratives, qui constituent une difficulté supplémentaire.

...qui se cumulent avec des inégalités territoriales

Les inégalités sociales et territoriales de santé se cumulent. Telles sont les conclusions de travaux récents, parmi lesquels le rapport d'Éloi Laurent **(1)**. Cette étude indique que « les travaux portant sur l'évolution récente des disparités sociales et spatiales de santé tendent à confirmer un accroissement des écarts entre catégories sociales d'une part et entre territoires d'autre part, depuis la fin des années 1980. De profonds changements dans la distribution des profils sanitaires des régions, des villes ou des espaces ruraux sont également observés. Au fait régional, historiquement marqué, se substituent progressivement des oppositions fortes entre métropoles régionales et petites villes, entre centres urbains et périphéries, entre quartiers des grandes villes... Ces changements sanitaires locaux, rapides, accompagnent les profondes restructurations socio-économiques régionales, notamment industrielles, mais aussi le vaste mouvement d'urbanisation de la société française depuis la fin de la seconde guerre mondiale ainsi que la variété des modalités du développement urbain ».

Les auteurs plaident ainsi pour une meilleure articulation des questions d'aménagement, de gestion ou d'organisation du territoire avec celles des enjeux de santé publique. La santé d'une population et ses déterminants sont en effet à la fois cause et conséquence des dynamiques territoriales, les disparités de santé sont à l'image des disparités sociales et territoriales. Elles sont le produit des profondes évolutions qu'a connu notre société ces dernières décennies et notamment :

- L'aggravation des ségrégations socio-spatiales, en partie dues au coût du foncier qui contraint les populations les moins aisées à s'éloigner à la périphérie des villes et ce, de manière croissante depuis trente ans.
- La concentration progressive des services en milieu urbain, et notamment des services de santé dans le cadre d'une rationalisation croissante de l'offre de soins.
- L'attractivité des territoires favorise l'installation des professionnels de santé dont la répartition est traditionnellement marquée par une opposition entre le nord et le sud de la France.

Ainsi, à statut social équivalent, les écarts territoriaux de surmortalité s'accroissent à nouveau depuis dix ans, alors qu'ils s'étaient réduits pendant la période des Trente Glorieuses. Par exemple, les ouvriers du nord de la France ont une moins bonne espérance de vie que les ouvriers du sud-ouest.

La persistance des inégalités sociales de santé, leur cumul avec les inégalités territoriales, sont particulièrement préoccupantes pour la cohésion de nos territoires. Ces inégalités sont liées à des facteurs structurels relevant pour l'essentiel d'autres secteurs que celui de la santé. Les réponses à apporter pour les réduire se situent donc en grande partie dans le champ d'autres politiques publiques.

Cette inquiétude est d'autant plus vive que le système de soins va devoir faire face à des changements significatifs (vieillesse de la population,



L'analyse du CESE national

Dans son avis rendu en décembre 2013 et intitulé « La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ? », le CESE de la République indiquait que « les dynamiques urbaines ont un impact réel sur les dynamiques sanitaires : la situation sanitaire est globalement meilleure en ville qu'à la campagne et meilleure dans les grandes villes que dans les petites villes. Les situations sanitaires entre les principales métropoles régionales ont tendance à s'homogénéiser. Les petites villes bien reliées au réseau urbain évoluent positivement en matière de santé ; à l'inverse, lorsque le système urbain est plus diffus, les petites et moyennes villes connaissent des situations plus contrastées, certaines basculant dans des situations sanitaires préoccupantes ».

(1) « Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques ». Rapport dirigé par Eloi Laurent, février 2013.

augmentation des maladies chroniques, évolution de la démographie médicale...), qui, s'ils ne sont pas anticipés, risquent d'accroître encore davantage les inégalités sociales et territoriales de santé.



La situation des urgences est illustrative de cette problématique : les urgences hospitalières deviennent de plus en plus un lieu de consultation non programmé, au détriment de leur vocation première qui est de prendre en charge les urgences vitales et graves. En effet, de plus en plus de personnes se rendent directement aux urgences, faute d'argent, ou faute de pouvoir recourir à un professionnel de santé dans des délais raisonnables. D'autres raisons peuvent être avancées, comme la méconnaissance du système de soins et les attitudes anxiogènes face à la maladie, conséquences potentielles d'une prévention insuffisante et d'une information surabondante et inadaptée. Enfin, la question des urgences ne peut être dissociée de la permanence des soins ambulatoires, dont l'organisation et la régulation conditionnent en partie l'activité de ces services.

DE NOUVEAUX BESOINS DE SANTÉ

L'augmentation des maladies chroniques

Le progrès médical et l'allongement de l'espérance de vie ont notamment pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques, qui représentent un enjeu majeur pour le système de santé, à la fois en terme de coûts mais également d'organisation des soins autour de la personne malade. Le système de santé, qui s'est historiquement construit autour de maladies aiguës, a ainsi vocation à fortement évoluer.

Actuellement, 15 millions de Français souffrent de maladies chroniques (environ 233 000 en Franche-Comté). Ce nombre ne cesse d'augmenter, les maladies chroniques ayant progressivement révélé un paradoxe : plus la médecine progresse, plus le nombre de patients polypathologiques croît, ce qui génère de nouvelles situations sanitaires et sociales de grande complexité et de grande précarité pour les malades. Ces situations sont d'autant plus patentées lorsque les soins et les aides ne peuvent être prodigués à la hauteur des besoins, faute notamment d'offre disponible sur le territoire.

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques nécessitent une prise en charge coordonnée que la segmentation des compétences entre les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux ne facilite pas toujours. Une coordination accrue des soins et des aides est l'une des pistes envisagées pour pallier les carences dans l'offre de soins.

L'impact du vieillissement de la population

Si la vieillesse n'est pas une maladie, le vieillissement de la population va représenter un défi important pour le système de soins :

- Les problèmes de santé des personnes âgées, qui surviennent souvent après 75 ans, vont concerner davantage de personnes avec l'arrivée des générations du baby-boom. Ainsi, on s'attend à ce que plus de personnes souffrent de maladies chroniques dont l'incidence augmente avec l'âge.

- L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes impactera elle aussi le système de soins. D'ici 2020, la Franche-Comté devrait compter 331 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 50 000 de plus qu'en 2011. Parmi elles, 33 300 seraient en situation de dépendance, contre 27 000 actuellement.

Qu'il s'agisse de maladies chroniques ou de perte d'autonomie, la majorité des personnes souhaitent continuer de vivre chez elles. Ce choix de vie a lui aussi des conséquences importantes sur l'organisation des soins et des aides.



Des besoins de santé spécifiques

La santé mentale doit faire l'objet d'une attention particulière. En France, la direction générale de la santé estime qu'environ 30 % de la patientèle des médecins généralistes souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale. Selon l'OMS, « *la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* ». En cas d'altération de la santé mentale, il est globalement admis que l'unique recours aux soins psychiatriques est insuffisant. Les troubles mentaux impliquent une réponse coordonnée avec les autres professionnels de santé et ceux issus des secteurs médico-sociaux et sociaux.

Dans le domaine de la santé mentale, les difficultés d'accès aux soins semblent être renforcées par 2 motifs principaux :

- Les individus ne sont pas toujours en mesure de reconnaître leurs troubles et de demander de l'aide, ce qui entrave, de fait, l'accès aux soins. On assiste ainsi

à des « non-demandes » de soins, qui se surajoutent aux retards de diagnostic généralement observés dans le champ de la santé mentale.

- La souffrance mentale reste encore trop souvent stigmatisée, quand elle n'est pas négligée.

La complexité, la chronicité et le poids des troubles mentaux, les ruptures sociales qu'ils génèrent, impliquent de déployer des réponses davantage coordonnées entre plusieurs intervenants issus de nombreux domaines : santé, social, logement, emploi, insertion...

L'accès aux soins des personnes handicapées représente également un enjeu majeur de santé publique. Il peut être limité par des problèmes d'accessibilité aux locaux et au matériel médical (ex : table d'examen non accessible), mais aussi par le manque de temps disponible du personnel soignant, les personnes handicapées nécessitant en effet des temps de consultation plus importants.



En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) pointait d'autres obstacles relatifs à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap :

- Les préoccupations des personnes handicapées, essentiellement centrées sur les soins de réparation et les techniques de compensation, tendent à occulter les autres problèmes de santé.
- Des difficultés à exprimer (voire à reconnaître) ses problèmes de santé.
- Un manque de formation des professionnels qui conduit à un déficit de connaissances, d'attention et de savoir-faire.
- Une stigmatisation du handicap, plus particulièrement à l'encontre des personnes souffrant de handicaps mentaux.

Ces différents motifs nécessitent d'apporter une attention toute particulière à l'accès aux soins des personnes handicapées, au-delà des seules questions d'accessibilité physique et matérielle.

(2) Les soins de ville (ou soins ambulatoires) comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins accordés en cures thermales.

UNE OFFRE DE SOINS EN PLEINE MUTATION

Les soins de proximité

La saisine pose des questions de démographie médicale et d'accès aux soins de ville (2) et hospitaliers. **Le CESE a choisi d'approfondir la problématique de démographie médicale, et plus particulièrement celle des médecins généralistes, qui joue un rôle déterminant dans l'offre de soins de proximité.** Les difficultés principales sont de 2 ordres.

D'une part, il est constaté une inégale répartition des médecins sur le territoire, avec d'importantes disparités entre le Nord et le Sud de la France, entre les régions mais aussi au sein d'une même région, entre les territoires urbains et ruraux, etc.

D'autre part, dans les prochaines années, l'offre de soins de médecine générale pourrait se raréfier sous l'effet de plusieurs facteurs :

- **Une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux.** Cette baisse devrait néanmoins être transitoire. En effet, elle dépend de la gestion du « numérus clausus » qui a fortement diminué jusqu'à la fin des années 1990, avant de repartir à la hausse au début des années 2000. Compte tenu du décalage d'une dizaine d'années (lié à la durée des études médicales), la hausse du numérus clausus commence à porter ses effets, qui sont néanmoins partiellement gagés par les nombreux départs à la retraite des générations de médecins du baby-boom. Ainsi, on attend un sureffectif de médecins généralistes à compter de 2020 environ.

- **Le choix des spécialités et des modes d'exercice :** la tendance est à la diminution de la part de médecins généralistes et, à l'inverse, à l'augmentation des autres spécialités médicales et chirurgicales.

- **Un manque d'attractivité de l'exercice libéral chez les jeunes médecins,** certains privilégiant le statut de salarié.

La baisse de la démographie médicale apparaîtrait ainsi comme une difficulté transitoire. Une question reste néanmoins en suspens : le sureffectif attendu investira-t-il les zones déficitaires en soins ? À noter que cette approche quantitative reste limitée, puisqu'elle ne tient pas compte des coordinations mises en place au sein des territoires et qui peuvent concourir à améliorer significativement l'accès aux soins.

La préoccupation relative à la médecine générale concerne aussi les autres professionnels qui participent à l'offre de soins de proximité, notamment les infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants... La présence de ces professionnels est elle aussi indispensable et reste fortement corrélée à celle des médecins généralistes.

La démographie médicale, une question de mode de vie ?

« Un médecin qui travaille 10 à 12 heures par jour et ceci 365 jours par an, ça n'existe plus ! », a pu indiquer une des personnes auditionnées. Voilà qui casse l'image nostalgique des médecins de campagne d'antan... Ce mot résume à lui seul les aspirations de la nouvelle génération de médecins, qui ont une importance non négligeable sur le choix des lieux et modes d'exercice :

- Ces « nouveaux » médecins ne souhaitent plus travailler seuls, de manière isolée, mais ils privilégient les ambiances de travail collaboratif.

- Les choix sont guidés par la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, en articulant au mieux le temps de travail, les temps familiaux et sociaux.

- On observe une hausse croissante des retards à l'installation qui ont des causes multiples, à la fois professionnelles et personnelles.

Ces aspirations reflètent une tendance sociétale de fond. Comme le dit Julien Lenglet, président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris, « il s'agit de la déclinaison au monde médical de la génération Y décrite par les sociologues » **(3)**.

Le mode de vie « urbain » des étudiants en médecine n'est pas sans conséquences sur leurs futurs choix d'installation. De même, la féminisation croissante de la profession joue elle aussi un rôle très significatif, en ce qu'elle implique de concilier les temps professionnels et familiaux.



(3) La génération « Y » fait référence aux individus nés entre les années 1980 et 2000. Loin d'être homogène, cette génération semble néanmoins partager certaines valeurs communes dans la sphère professionnelle : une recherche de sens au travail, un besoin d'accomplissement personnel, une intégration facilitée entre sphères professionnelle et privée, un intérêt pour le travail collectif et les coopérations.

Pour autant, tous les professionnels de santé de cette génération n'aspirent pas à une vie citadine. Pour certains, vouloir travailler en zone rurale ou en zone déficitaire de soins constitue un choix. Ces territoires offrent en effet d'autres atouts : cadre de vie, environnement, possibilité de développer d'autres modes relationnels qu'en milieu urbain...

La réorganisation de l'hôpital vers l'ambulatoire

Selon les termes du Code de la santé publique, l'organisation des soins vise à « répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique », dans un cadre budgétaire contraint obligeant à l'efficacité. L'évolution des pathologies, les progrès médicaux, technologiques et scientifiques nécessitent une adaptation régulière du système de soins.



Les personnes auditionnées sont unanimes sur la nécessité de réorganiser les soins de premier recours prodigués par les professionnels de santé en proximité immédiate des patients (principalement les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes).

Les soins de premier recours comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
- L'éducation pour la santé.

Les Agences régionales de santé sont chargées d'organiser les soins de premier recours, dont « *l'accès ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité* ».

La réorganisation des soins de premier recours apparaît comme une nécessité pour favoriser des parcours de soins de qualité avec les secteurs hospitalier et médico-social.

Cette réorganisation est indissociable de celle du secteur hospitalier. Outre la diminution des durées d'hospitalisation, les progrès médicaux et techniques modifient en profondeur l'exercice médical et nécessitent de rechercher un nouvel équilibre entre les secteurs hospitalier et ambulatoire et le domicile des patients. On assiste par exemple à des transferts d'activités de l'hôpital vers la médecine de ville (hospitalisation à domicile-HAD, chirurgie ambulatoire...), ainsi que des transferts d'activités de la médecine de ville au domicile (télémédecine par exemple).

Ces modifications impliquent des transferts de charge entre les financeurs, ce qui ne facilite pas toujours la fluidité des parcours de soins, et aboutit à un reste à charge croissant pour les patients. Par exemple, dans le cas d'une HAD, la plus grande partie des coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux (repas, surveillance, toilette, hôtellerie) est transférée aux ménages.

Pour réorganiser le système de soins, une idée est revenue de manière récurrente lors des auditions : raisonner en « fonction » plus qu'en « structure », en décloisonnant les approches et en accentuant la coordination des acteurs et leur mise en réseau. Les propositions du CESE, exposées dans la 3^e partie du rapport, suivront sur ce fil rouge.

Les TIC, de nouvelles possibilités... et des limites

L'e-santé est définie comme « l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé ». Ce concept englobe la télémédecine, qui est une pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des TIC. Suite à sa reconnaissance légale en 2009 par la loi HPST, la télémédecine est considérée comme l'une des réponses à apporter aux défis auxquels l'offre de soins est aujourd'hui confrontée. Comme tout acte de nature médicale, la télémédecine doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients. Son activité fait l'objet de conventions signées entre l'ARS, les professionnels de santé et/ou les établissements de santé et/ou médico-sociaux. La télémédecine dispose d'un programme régional spécifique, partie intégrante du projet régional de santé de l'ARS.

Les avis des experts auditionnés ont été « nuancés » quant aux potentialités offertes par les TIC pour améliorer l'accès aux soins :

- pour certains, l'e-santé représente d'importantes possibilités, et la télémédecine va profondément changer les pratiques de soin dans les années à venir,
- pour d'autres, l'usage des TIC en santé pourrait être limité, puisqu'il repose préalablement sur un projet médical porté par des hommes et des femmes. En somme, la relation humaine légitime l'utilisation des TIC, et non l'inverse : les TIC ne sont que des outils et pas une fin en soi. À ce titre, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux avait permis d'identifier 5 facteurs clés de succès d'un projet de télémédecine : *un projet médical répondant à un besoin ; un portage médical fort, soutenu par un coordinateur ; une organisation adaptée et protocolisée ; des nouvelles compétences à*



Les coopérations entre les professionnels de santé

Ces coopérations constituent une des solutions envisagées pour améliorer l'offre de soins. Au sens de l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique, « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ». À ce jour, on constate 2 principaux freins : le processus administratif de coopération est complexe, et il n'y a pas de financement de l'Assurance maladie. De plus, le délégant perdant de l'argent, il faut qu'il y ait une pression sur les besoins pour maintenir un certain niveau de rémunération. À l'avenir, compte tenu de la hausse des besoins, certaines spécialités de médecine (ophtalmologie, gynécologie, médecine générale...) devront certainement recourir à la délégation de tâches.



Le DMP (dossier médical personnel)

Démarré en 2011 dans 4 régions (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté et Picardie), le DMP s'est déployé dans 32 établissements francs-comtois et plus de 53 000 DMP ont été créés dans la région. Au niveau national, le DMP est un relatif échec : seulement 450 000 DMP ont été créés (soit moins de 10 % de l'objectif cible), pour un coût très élevé : 1,1 milliard d'euros, soit environ 2 450 € par DMP. Surtout, le DMP a été vidé de sa substance, pour une question de protection des données, et ne constitue plus réellement un outil de partage de données.

(4) Les zones blanches disposent d'un débit inférieur à 512 Kbps. Les zones mal desservies ne bénéficient pas du seuil d'accessibilité minimale aux services Internet fixé à 2 Mbps. La DATAR préconise de disposer d'infrastructures numériques adaptées pour développer la télémédecine : un débit minimal de 10 à 20 Mbps symétrique est requis pour la télémédecine entre des établissements de santé autres que les CHU, et un débit minimal symétrique de 2 Mbps pour la médecine de ville. La carte n° 2, issue de la Scoran Franche-Comté, date de 2011. Pour avoir des données actualisées, voir l'Observatoire France très haut débit : <http://observatoire.francethd.fr/>

évaluer ; un modèle économique construit et l'évaluation de l'impact clinique et économique des projets. L'échec du dossier médical personnel (DMP) n'est pas pour rien dans les doutes (voire les réticences) des professionnels sur la plus-value que pourraient apporter les TIC en santé [voir ci-contre].

L'enjeu est néanmoins d'importance puisque **la télémédecine est une des solutions envisagées pour réduire les inégalités d'accès aux soins**, d'une part, en adaptant l'organisation des soins dans les zones où l'offre est éloignée, d'autre part, en améliorant la qualité et la sécurité des soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

En Franche-Comté, pour certains territoires, cet objectif semble partiellement entravé par le fait que les zones fragiles en médecins généralistes sont généralement des zones blanches ou mal desservies en DSL [voir cartes n° 1 et n° 2 en annexe] (4). De plus, ces mêmes territoires abritent une population âgée, relativement isolée socialement, pour qui l'accès aux TIC représente une difficulté supplémentaire dans l'accès aux soins (fracture numérique).

La « santé mobile » ouvrirait, elle aussi, de nouvelles possibilités. Elle recouvre « les pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil ».

La santé mobile pourrait aider à remédier à la diminution des ressources dans les systèmes de santé (ex : réalisation d'actes médicaux et de soins à distance). Cela permettrait également de responsabiliser les patients.

D'un point de vue économique, le déploiement des TIC pour la santé présente deux intérêts principaux :

- La création de nouvelles activités économiques et de nouveaux emplois, en favorisant la recherche, l'innovation et le développement de nouvelles formations.
- La maîtrise des dépenses de santé.

L'ESSOR DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé inscrit officiellement la démocratie sanitaire dans le système de soins français. En 2009, la loi HPST instaure les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, qui se veulent un lieu de débat et de consultation avec la société civile. En parallèle, le Droit des malades s'est progressivement affirmé (notamment suite à la loi du 4 mars 2002), ce qui concourt à renforcer les pouvoirs des citoyens dans le système de santé, mouvement duquel participent activement les associations représentatives d'usagers.

L'essor de la démocratie sanitaire est notamment lié aux éléments suivants :

- La santé n'est plus seulement réductible à une unique question médicale, mais elle s'inscrit dans une approche plus globale de « l'individu », et plus uniquement du « patient ».
- La médecine a progressivement été remise en cause, avec la prise de conscience de l'incertitude des savoirs et de la faillibilité du système, comme en a témoigné par exemple l'affaire du sang contaminé.
- Les pratiques de soins visent à impliquer davantage les individus, en les rendant « acteurs » de leur santé. À ce titre, l'éducation thérapeutique du patient a changé les relations entre les soignants et les malades. Elle vise en effet à aider les

patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

L'avènement de la démocratie sanitaire s'inscrit dans un débat de société plus large qui veut que chaque citoyen puisse participer activement aux « affaires publiques », quel que soit le domaine (santé, transport...) et le mode de participation (institutionnel, associatif, réseaux sociaux...), en lui donnant une possibilité d'exercer une influence sur les sujets qui le concernent. Dans la santé, l'évolution du champ lexical pour désigner les « personnes soignées » est illustrative à ce titre : « malade », puis « patient », « usager », « consommateur », voire « client ».

Les auteurs parlent de « patients contemporains » **(5)** pour désigner la mutation du statut du patient, qui participe au changement de paradigme que connaît actuellement le système de santé.



L'accès aux professionnels de santé a vocation à évoluer fortement dans les années à venir, par exemple par la mise en place de la télémédecine, de protocoles de coopérations, ou simplement par le fait que ces professionnels auront moins de « temps disponible » face à la hausse des besoins. Ainsi, les usagers devront progressivement s'approprier ces nouvelles solutions (délégation de tâches, télémédecine...) et savoir les utiliser « au mieux », en fonction des ressources disponibles au sein de chaque territoire. De leur côté, les pouvoirs publics et les professionnels de santé auront à accompagner ces changements, notamment par une information adéquate et en promouvant de nouvelles organisations de soins. Un des risques pointés est que ces nouvelles solutions profitent aux plus éduqués, renforçant ainsi les inégalités de santé. L'implication des usagers et de leurs représentants apparaît indispensable pour pallier ce type de difficulté.

Le système de santé est confronté à un changement de paradigme, qui impliquera à moyen terme une véritable « révolution culturelle » dans la façon de concevoir les soins, tant au niveau des professionnels de santé que des usagers et des pouvoirs publics.

Il s'agira alors d'inventer d'autres modes de faire, davantage basés sur la mise en réseau et la coordination et privilégiant une information adéquate des usagers et leur participation. D'où l'intérêt de faire vivre la démocratie sanitaire au niveau local.

Ces changements de fond impliqueront de mobiliser un large panel d'acteurs, en intégrant la santé dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire.

(5) FAINZANG S., 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, PUF.

KLEIN A., 2012. « Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking », *Histoire, médecine et santé*, 1 : 115-128.



L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCHE-COMTÉ

D'ici 2020 environ, la région devrait connaître une diminution transitoire du nombre de médecins généralistes. Cette projection va nécessiter une vigilance toute particulière afin de maintenir une offre de soins dans les zones fragiles, notamment dans les territoires ruraux. Le CESE a pu constater que la Franche-Comté comptait de nombreux acteurs déjà engagés et mobilisés pour atteindre cet objectif.

La saisine pose la question de l'accès aux soins sous l'angle de la démographie médicale, de l'accès aux professionnels médicaux et paramédicaux, et de la distance aux infrastructures de soins [voir annexe]. Afin de répondre de manière pragmatique à la demande de l'Exécutif régional, **le CESE a choisi d'approfondir la question de l'accès au médecin traitant, et plus spécifiquement au médecin généraliste** (étant entendu que le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste). En effet, l'accès aux soins ne se limite pas à une seule approche quantitative portant sur la répartition d'une offre sur un territoire. Il est également nécessaire de tenir compte des coordinations entre les professionnels. À ce titre, le médecin traitant, qui assure le premier niveau de recours aux soins, joue un rôle déterminant dans la coordination des parcours de soins.

Le CESE a pu constater que la Franche-Comté comptait de nombreux médecins généralistes mais que leur répartition était inégale sur le territoire. Deuxième constat : la région bénéficie de la présence d'acteurs institutionnels, associatifs et de professionnels de santé investis et mobilisés, chacun d'entre eux apportant des réponses complémentaires pour favoriser l'équité territoriale dans l'accès aux soins. La question des urgences ne fera pas l'objet principal de la réflexion. L'aide médicale urgente est en effet un sujet à part entière qui nécessiterait un approfondissement particulier que les délais impartis pour cette saisine ne permettent pas.



VERS UNE PÉNURIE DE MÉDECINS EN FRANCHE-COMTÉ ?

En 2013, les médecins en activité régulière sont au nombre de 3 355 en Franche-Comté, soit une augmentation des effectifs de 3,5 % depuis 2007. Concernant les professionnels de santé libéraux, la région est dans la moyenne nationale pour ce qui est des médecins généralistes (densité de 106 médecins pour 100 000 habitants), mais elle est moins bien dotée pour ce qui est des autres spécialités (densité de 68 contre 94 en France) [voir tableau page 18].

Professionnels de santé libéraux ou mixtes (6) en exercice au 1^{er}/01/2013

Professions	Pour 100 000 hbts	Franche- Comté	Doubs	Jura	Haute- Saône	Territoire de Belfort	France Métro- politaine
Médecins généralistes	Nb	1 255	622	260	239	134	67 445
	Densité	106	117	99	99	93	106
dont praticiens de 55 ans et plus %		43,4	40,4	42,7	49	49,3	46,8
Médecins spécialistes	Nb	798	483	129	87	99	59 799
	Densité	68	91	49	36	69	94
dont praticiens de 55 ans et plus %		55,9	48,9	69	67,8	62,6	53,2
Ensemble médecins libéraux (a)	Nb	2 053	1 105	389	326	233	127 244
Chirurgiens-dentistes	Nb	505	255	105	83	62	36 094
	Densité	43	48	40	34	43	57
Infirmiers	Nb	1 329	618	261	299	151	92 803
	Densité	113	116	99	124	105	146
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	735	378	163	109	85	59 360
	Densité	62	71	62	45	59	94
Pédicures-Podologues	Nb	161	75	31	39	16	12 029
	Densité	14	14	12	16	11	19
Orthophonistes	Nb	203	109	39	34	21	17 176
	Densité	17	21	15	14	15	27

Un professionnel est ici considéré comme libéral ou mixte dès qu'il a une activité libérale, même s'il ne s'agit pas de son activité principale.

Source : DREES - ARS - ADELI - ASIP - RPPS, traitement DRESS

En matière de démographie médicale, les préoccupations sont de 2 ordres, et elles recoupent en tout point celles évoquées dans la première partie.

D'une part, la répartition des médecins généralistes est actuellement disparate en Franche-Comté :

- 19 des 53 « bassins de vie » ont une densité faible, c'est-à-dire inférieure à la moyenne régionale de 9 médecins généralistes pour 10 000 habitants, selon les données du Conseil national de l'Ordre des médecins [voir carte n° 3 en annexe].
- Sous le prisme des 55 « territoires de proximité en santé » [voir page 19], 71% de la population est en zone non fragile en médecins généralistes, selon l'ARS. La fragilité est fondée sur l'indicateur d'accessibilité potentiel localisé (APL) qui tient compte de la densité en professionnels, de leur activité et du temps d'accès aux professionnels pour chaque commune. L'ARS estime que 9 % de population supplémentaire sera en zone fragile en 2018 [voir carte n° 1 en annexe]. Ces 2 grilles de lecture, basées sur un découpage géographique sensiblement différent, renvoient néanmoins à un constat similaire de sous-médicalisation de certaines zones rurales.

Malgré ces disparités, il faut noter que **83 % de la population régionale est à moins de 5 minutes d'un médecin généraliste, et seulement 0,2 % de la population est à plus de 15 minutes. 94% de la population peut ainsi accéder au médecin le plus proche dans son « territoire de proximité en santé »** [voir carte n° 4 en annexe].

(6) Département d'inscription à l'ordre des médecins.

D'autre part, si l'effectif total des médecins devrait augmenter jusqu'en 2018, le nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière devrait quant à lui continuer de diminuer, pour passer de 1 296 en 2013 à 1 278 en 2018, selon les projections établies par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Cette baisse devrait être transitoire, étant liée à la gestion du numérus clausus. Néanmoins, elle sera d'autant plus préoccupante dans les zones rurales où la densité médicale est actuellement faible et/ou les médecins généralistes sont proches de la retraite.

Concernant les médecins généralistes, à compter de 2020 environ, on s'attend à un sureffectif, qui devrait également concerner les autres professionnels de santé travaillant en Franche-Comté. La question reste entière de savoir si ce sureffectif investira les zones déficitaires en soins.

Un constat préoccupant concerne les autres professionnels de santé participant à l'offre de soins de 1^{er} recours. Les densités relatives aux masseurs-kinésithérapeutes, aux chirurgiens-dentistes et aux infirmiers sont inférieures à celles observées au niveau national [voir tableau page 18]. Néanmoins, le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est quant à lui supérieur au taux observé en France métropolitaine (22,7 contre 19,7 places de SSIAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

LA SPÉCIFICITÉ DES URGENCES

Les situations d'urgence sanitaire doivent pouvoir trouver des réponses de proximité et de qualité sur l'ensemble des territoires. C'est un enjeu majeur d'équité territoriale dans l'accès aux soins. En Franche-Comté, 2 constats principaux peuvent être établis concernant l'accès aux urgences :

- **D'un point de vue territorial**, on recense 4 secteurs pour lesquels le temps d'accès en moins de 30 minutes à un service médical d'urgence n'est pas respecté : le plateau du Haut-Doubs, le nord-ouest de la Haute-Saône, la vallée de la Loue et le sud-ouest du Jura, soit 13 % de la population régionale [voir carte n° 5 en annexe]. Par ailleurs, indépendamment de la question relative au temps d'accès, les carences du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) représentent 8 % des besoins d'intervention (7).
- Concernant leur activité, les urgences tendent à devenir un lieu de consultation non programmé au détriment de leur vocation première qui est de prendre en charge les urgences vitales et graves. Plusieurs motifs peuvent être avancés : la difficulté de pouvoir recourir à un professionnel de santé dans des délais raisonnables, le coût des soins, l'absence d'une offre de soins de proximité...

Les actions régionales visant à améliorer l'aide médicale urgente font l'objet de dispositions spécifiques, qui portent notamment sur les sujets suivants :

- L'articulation des urgences avec la médecine de ville et la permanence des soins ambulatoire.
- L'organisation des urgences pré-hospitalière, par le maintien des sites d'implantation actuels des SMUR terrestres, la mise en place d'un HéliSMUR complémentaire à l'hélicoptère de la sécurité civile, le déploiement de médecins correspondants du SAMU dans les zones au-delà des 30 minutes d'intervention.
- Le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital.
- La prise en charge en aval des urgences et l'organisation du retour à domicile.

Le CESE prend acte de ces éléments. Il ne formulera pas de proposition particulière pour favoriser l'accès aux urgences (cela nécessiterait en effet une étude à part entière et une expertise particulière).



Les 55 Territoires de proximité de santé

Leur existence a été proposée et adoptée dès la mise en place de l'ARS de Franche-Comté, en lien notamment avec la CRSA et la conférence de territoire. Leur définition a fait l'objet d'un travail de benchmark à l'échelle nationale, d'une démarche cartographique et statistique et d'une concertation avec les acteurs du 1^{er} recours. Parmi ces 55 territoires, on compte 47 ruraux et 8 urbains. Ils sont fondés sur les « bassins de vie » redéfinis à la marge en fonction de la taille et des flux de patients. On dénombre entre 7 et 30 médecins généralistes par territoire de proximité rural.

Quant au « bassin de vie », l'INSEE le définit comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants, classés en 6 grands domaines : services aux particuliers ; commerces ; enseignement ; santé ; sports, loisirs et culture ; transports.

(7) Un SMUR est déclaré en carence lorsqu'il est indisponible du fait de son engagement sur une autre intervention, et que de facto il ne peut répondre immédiatement à une seconde sollicitation.

L'IMPLICATION DES POUVOIRS PUBLICS

Le rôle central de l'ARS de Franche-Comté

L'ARS de Franche-Comté met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. L'ARS intervient dans tous les domaines de la santé publique : la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de soins dans les cabinets médicaux de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales. Dans chaque département, elle dispose de délégations territoriales, cet ancrage local visant à assurer une action au plus près des besoins de la population.



Répondre aux besoins de santé des territoires

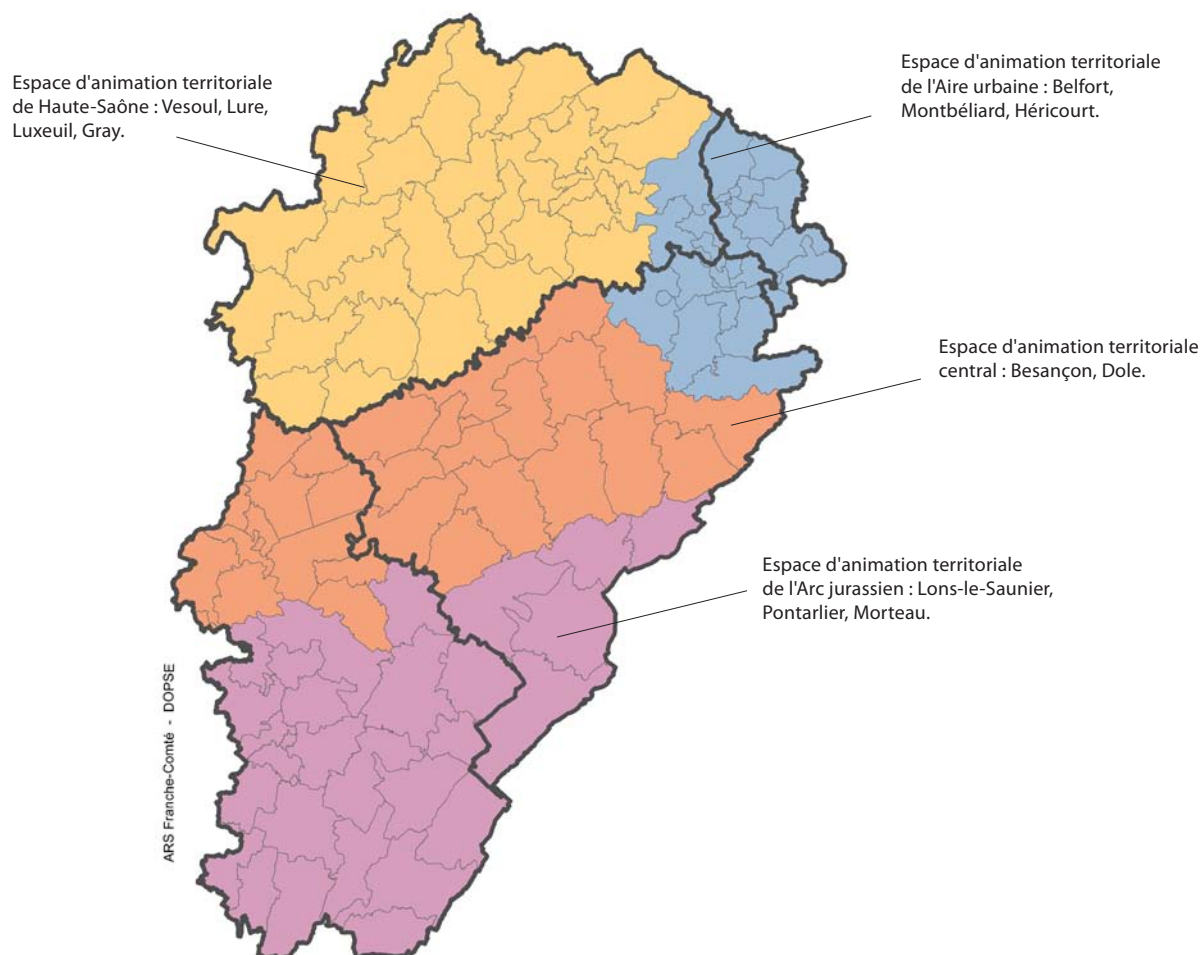
L'ARS base son action sur le **Projet régional de santé (PRS)** comportant 3 objectifs principaux :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Garantir la pérennité du modèle de financement solidaire de notre système de santé, en améliorant l'efficacité de la dépense et en choisissant résolument la voie de la performance.
- Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et des prises en charge en favorisant les approches territoriales, notamment à travers une offre permettant de garder des services de santé et médico-sociaux de qualité et de proximité.

Deux instances sont chargées de faire toute proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS :

- **La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**, organisme consultatif qui associe tous les acteurs de santé et promeut la participation citoyenne aux politiques de santé. Ce rôle est essentiel pour le développement de la démocratie sanitaire en région.
- **La conférence de territoire**, qui contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires (correspondant aux projets de proximité initiés par les acteurs locaux) avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique. **Cette conférence est un lieu de débat et de concertation avec les acteurs locaux de la santé.**

De plus, pour répondre à l'esprit de la loi sur la démocratie de proximité,
4 espaces d'animation territoriale ont été constitués en Franche-Comté,
qui sont aussi des lieux de débat et de concertation :



L'organisation territoriale des soins ressort du **Schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), partie intégrante du PRS**, dont la vocation première est de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé. Le SROS-PRS est structuré en deux volets, l'un relatif à l'offre ambulatoire et l'autre à l'offre hospitalière. Le volet ambulatoire, qui concerne plus particulièrement notre problématique, avait été limité lors de son élaboration à des actions ciblées relatives à l'offre de premier recours :

- **La Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).** Opérationnelle depuis juillet 2011, elle propose des informations et des services à tous les professionnels de santé ayant pour projet de s'installer ou déjà installés en Franche-Comté. La PAPS dispose d'un référent installation et de correspondants spécialisés (pour aller plus loin : www.franche-comte.paps.sante.fr).

- **Le développement de la télémedecine, des systèmes d'information et des modes de collaboration (protocoles de coopération),** sachant que la télé-médecine fait l'objet d'un programme régional spécifique, partie intégrante du PRS.

- **La préparation des sorties d'hospitalisation,** le parcours de soins du patient étant abordé de manière transversale, avec l'ambition de faire évoluer les modalités de prise en charge entre les sphères hospitalière, médico-sociale et libérale.

- **La formation professionnelle initiale.** Concernant les médecins généralistes, il s'agit de favoriser l'exercice libéral dans les zones où l'offre de premier recours doit être confortée.

- **La définition des zones prioritaires** [voir carte n° 6 en annexe].

Le SROS indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours, notamment ceux des professionnels de santé libéraux. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne leur sont pas opposables, la règle demeurant la liberté d'installation. **55 « territoires de proximité de santé » ont été définis.** Destinés à devenir des espaces d'organisation de l'offre de premier recours, ils ont pour objectifs de :

- consolider une offre de premier recours cohérente et efficiente, assurant qualité, sécurité et proximité (parcours de soins et coopération pluridisciplinaire),
- poser les bases géographiques d'une offre graduée et articulée avec le 2^e recours et le 3^e recours,
- faire de ces territoires des espaces participatifs de santé,
- faciliter l'animation des acteurs et susciter des réponses de proximité,
- développer une approche de santé publique territorialisée.



Lutter contre les inégalités d'accès aux soins

Les objectifs du SROS-PRS ont ensuite été confortés par la mise en œuvre du **pacte « Territoire-santé »**. Lancé en décembre 2012 par le ministère de la Santé, ce pacte national vise à lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. En Franche-Comté, il a été décliné en 3 objectifs et 12 engagements :

1- Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

- *Engagement 1* : un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants.
- *Engagement 2* : 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017.
- *Engagement 3* : 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013.
- *Engagement 4* : un « référent installation » unique dans la région.

2- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- *Engagement 5* : développer le travail en équipe.
- *Engagement 6* : rapprocher les maisons de santé des universités.
- *Engagement 7* : développer la télémedecine.
- *Engagement 8* : accélérer les transferts de compétence.

3- Investir dans les territoires isolés

- *Engagement 9* : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

- *Engagement 10* : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires.
- *Engagement 11* : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.
- *Engagement 12* : conforter les centres de santé.

En 2014, l'ARS a pu tirer un premier bilan de ce pacte. Il est notamment observé un très grand nombre de médecins généralistes maîtres de stage, et un nombre croissant d'étudiants en médecine bénéficiant d'un dispositif d'appui à l'installation. Plus globalement, l'offre de soins de premier recours et le travail en équipe pluriprofessionnelle ont été confortés par une forte implantation de maisons de santé pluridisciplinaires (ce point sera développé ultérieurement dans le rapport).

La politique « santé » du Conseil régional de Franche-Comté

À l'instar d'autres collectivités territoriales franc-comtoises, le Conseil régional de Franche-Comté a investi le champ de la santé par une action volontariste et partenariale. **Son action repose sur 2 principaux piliers : l'aménagement du territoire et les formations sanitaires.**

Accompagner les territoires

Dans le cadre des contrats territoriaux, la Région soutient l'ingénierie de projet, facteur-clé pour l'émergence et la réussite de projets de développement. Dans le domaine de la santé, la collectivité a par exemple cofinancé :

- 12 diagnostics territoriaux de santé,
- un poste de chargé de mission, afin de maintenir une offre de soins de proximité dans le Pays Vesoul-Val de Saône et ce, par un accompagnement personnalisé de professionnels de santé,
- 18 maisons de santé pluridisciplinaires.

Ce dispositif de contractualisation avec les territoires va évoluer pour la période 2015-2020, avec la mise en place de **contrats d'aménagement et de développement durable**. Dans ce cadre, il est envisagé de soutenir des « maisons de santé 2^e génération », afin de faire évoluer certaines d'entre elles vers des centres ressources. Ce nouveau dispositif de contractualisation prévoit également de soutenir l'ingénierie de projet, par le financement de diagnostics territoriaux, d'études stratégiques, afin de doter les territoires d'une vision prospective et d'une capacité d'adaptation. Les études stratégiques seront notamment financées via des appels à projet thématiques (exemple : santé, vieillissement).

La prise en compte de la santé dans les dynamiques territoriales passe également par :

- **L'action du Pôle régional d'appui aux territoires.** Dans ce cadre, et en partenariat avec l'équipe d'appui territoires et santé, la Région a organisé 2 manifestations pour mobiliser les acteurs, l'une organisée en mai 2011 à l'attention des agents de développement local (« Comment répondre au déficit d'offre de santé dans les territoires ? »), l'autre en janvier 2013 à l'attention des élus (« L'offre de santé dans les territoires : comment répondre aux besoins de la population ? »).

- **Le soutien de projets expérimentaux et innovants.** La Région a ainsi participé au financement de l'Institut régional fédératif du cancer, de la Maison des Familles de Franche-Comté et de la Maison de Vie à Besançon. Elle a eu un rôle d'impulsion au démarrage de l'Institut régional du vieillissement, de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises et plus récemment du Pôle Gériatrique Interrégional Bourgogne Franche-Comté.

De plus, en tant qu'autorité de gestion des Fonds européens, la Région prévoit de mobiliser des crédits pour financer les maisons de santé pluridisciplinaires. C'est l'un des objectifs du programme de développement rural 2014/2020, et plus spécifiquement de la mesure visant à améliorer le développement des





Le réseau européen AFE-Innovnet

En 2014, le Conseil régional de Franche-Comté a rejoint le réseau européen « AFE-INNOVNET (Age Friendly Environment Innovation Network), qui a pour vocation de promouvoir des environnements physiques et sociaux adaptés aux aînés. Ce projet vise notamment à :

- Promouvoir une approche globale et intégrée du vieillissement démographique, en reliant toutes les parties prenantes aux niveaux local, régional et national sur la promotion d'environnements favorables aux aînés.
- Mettre en place une large communauté d'autorités locales et régionales et autres parties prenantes concernées dans l'UE, désireuses de travailler ensemble pour soutenir le vieillissement actif et en bonne santé via des solutions innovantes adaptées.

services de base locaux pour la population rurale. Par ailleurs, la collectivité s'est engagée dans le projet européen AFEINNOVET, qui a notamment pour objectif l'autonomie des personnes âgées par le développement d'environnements physiques et sociaux adaptés [voir ci-contre].

Former des personnels de santé

L'autre composante majeure de la politique « santé » de la Région concerne les formations sanitaires. La collectivité contribue en effet aux côtés de ses partenaires institutionnels à la mise en œuvre des services publics de l'Éducation, de la Formation et de l'Emploi. Concernant les formations, elle coélabore le **Contrat de plan régional de développement des formations professionnelles (CPRDFP)**, qui vaut révision du schéma des formations sanitaires.

La Région finance le fonctionnement et l'équipement des Instituts de formation sanitaires et elle permet aux élèves dont les ressources sont insuffisantes d'accéder à ces formations, en leur attribuant une rémunération pour les formations de niveau V (aide-soignante, aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale) ou des bourses régionales niveau d'études post-bac (infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute). En 2013, en Franche-Comté, les instituts de formation sanitaire accueillent environ 2 600 professionnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, cadres de santé, puéricultrices, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes). De plus, à compter de 2014, la Région a inscrit dans son budget une politique volontariste en adoptant un plan d'investissement spécifique pour les instituts de formation sanitaire. Cette action, qui s'inscrit en dehors de toute obligation légale, se légitime par les enjeux, les besoins d'investissement étant importants mais aussi très hétérogènes entre les différents Instituts francs-comtois.

Par ailleurs, la Région a accompagné les associations prestataires d'aide à domicile dans leur volonté de qualification des salariés, d'amélioration des conditions de travail et de professionnalisation (dispositif « tremplin solidarité »). Cette action, qui ne porte pas directement sur l'accès aux soins, mérite néanmoins d'être soulignée à double titre :

- Les services d'aide à domicile s'adressent en grande partie à des personnes âgées dépendantes.
- Le clivage santé/social représente une difficulté qui engendre des cloisonnements, en contradiction avec la nécessité d'apporter des réponses globales aux usagers du système de santé. C'est particulièrement le cas pour les situations complexes faisant appel à plusieurs compétences et plusieurs formes d'accompagnement **(8)**.

L'e-santé, une volonté commune État - ARS - Région

L'e-santé est définie comme « **l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé** ». À l'échelle nationale, l'usage des outils et services d'e-santé reste relativement faible. La Franche-Comté présente toutefois un bilan très favorable puisqu'elle figure parmi les précurseurs pour les expérimentations de télémédecine. Elle dispose d'une structure spécifique qui constitue un important support des activités de télémédecine, le GCS - Emosist (Groupement de coopération sanitaire - Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information de Santé et le développement de la Télémédecine en Franche-Comté). C'est le plus ancien et un des plus importants groupements de ce type en France. Le GCS-Emosist constitue la maîtrise d'ouvrage régionale et propose à ses membres une offre de services pour assurer le déploiement de l'e-santé.

(8) Voir à ce titre la communication du CESE de Franche-Comté intitulée « Aide à domicile : des compétences pour un mieux vivre » (octobre 2013).

La stratégie de cohérence régionale d'aménagement numérique (Scoran), validée en février 2014, fixe 3 axes d'intervention en matière d'e-santé :

- le maintien à domicile,
 - la prise en charge et le suivi des maladies chroniques,
 - la communication interprofessionnelle et l'harmonisation des bonnes pratiques.
- Ces axes reposent sur l'état des lieux réalisé à l'automne 2013 par l'Agence régionale de développement (ARD) et le Pôle des microtechniques.

Cette volonté de déployer l'e-santé s'appuie sur un comité de pilotage régional sous la responsabilité de l'ARS, de la Préfecture de Région et de la Région de Franche-Comté. Il est prévu de le conforter en y associant Emosist, le Pôle des Microtechniques et l'Agence régionale de développement. Une instance opérationnelle pluridisciplinaire est envisagée. Elle remplirait une fonction « d'incubateur de projets », en prenant en compte les dimensions territoriales dans les actions développées.

L'e-santé est également l'un des objectifs du programme opérationnel FEDER/FSE Franche-Comté Massif du Jura 2014/2020, qui prévoit le développement de l'usage du numérique dans le domaine de la santé.

L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES ASSOCIATIONS

Lors des auditions, les conseillers ont eu le privilège de rencontrer des acteurs associatifs et des professionnels particulièrement engagés, qui mettent en place des actions innovantes et complémentaires pour favoriser l'équité territoriale dans l'accès aux soins. À défaut de pouvoir en dresser un tableau exhaustif dans le présent rapport, le CESE souhaite souligner l'action des structures suivantes :



- la FÉMASAC, l'URPS-ML et le CRGE-FC, qui concourent à maintenir une offre de premier recours sur le territoire,
- l'ARESPA, qui facilite la coordination des professionnels de santé, au service du patient,
- l'ARUCAH, qui développe la démocratie participative citoyenne en santé.

La Fédération des maisons de santé comtoises (FÉMASAC)

La FÉMASAC est une association loi 1901 créée en mars 2007 à l'initiative de professionnels de santé exerçant en maisons et centres de santé. Les maisons de santé, également dénommées « maisons de santé pluridisciplinaires » (MSP),

visent à développer un exercice pluriprofessionnel regroupé qui, au-delà des fonctions de coordination, favorise l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles (9).

La FÉMASAC :



- accompagne les MSP en projet et en activité,
- promeut et soutient toutes formes d'exercice regroupé et pluriprofessionnel,
- développe des actions de prévention et de promotion de la santé au sein des MSP de Franche-Comté,
- favorise la recherche et l'innovation en santé, notamment pour soutenir les MSP dans des actions de recherche clinique en soins primaires.

La FÉMASAC, l'ARS, la MSA et le Conseil régional ont mis en place une « **équipe d'appui territoire santé** », dont l'objectif principal est d'améliorer la répartition de l'offre de santé en Franche-Comté pour les professionnels désireux d'exercer en maison en santé. Cette équipe répond principalement aux demandes des élus et des professionnels de santé, afin de les accompagner dans leur projet de MSP.

Cette dynamique partenariale, renforcée par le plan d'équipement national en maisons de santé 2010/2013 piloté par la Préfecture de Région, a permis de développer considérablement les MSP en Franche-Comté. Avec 30 MSP et 1 centre de santé, la région est particulièrement bien dotée, son taux d'équipement était 5 fois plus important que la moyenne nationale (environ 2 MSP pour 100 000 habitants contre 0,37 au niveau national, voir carte n° 7 en annexe). Cette dynamique a aussi permis d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération (alternatifs au paiement à l'acte) et d'élaborer des protocoles de coopération. La MSP apparaît ainsi comme une solution largement explorée et exploitée dans la région. 40 projets sont actuellement en cours d'étude (une commission régionale de sélection des projets se réunit plusieurs fois dans l'année pour décider de ceux qui pourront bénéficier de subventions publiques).

Les experts auditionnés ont souligné que le succès d'une MSP résultait en premier lieu de l'implication des professionnels de santé, porteurs d'un projet de santé sur un territoire. Les conditions d'installation, de fonctionnement, de rémunération, etc., sont évidemment à prendre en compte, mais il semble que la « volonté de faire ensemble » soit l'un des moteurs essentiels de ce type de structure. Dans les territoires ruraux, la conjonction de ce projet professionnel

(9) Une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent. Ce projet doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux intégrés au PRS.

et d'un projet d'aménagement porté par les élus locaux renforce la faisabilité de création d'une MSP.

Les MSP constituent l'une des réponses à la désertification médicale. Pour autant, elles tendent essentiellement à conforter une offre de santé déjà existante, mais elles n'en créent pas là où elle est absente. Les « centres de santé » semblent apporter des réponses similaires, malgré les différences entre les 2 types de structure : plus anciens et généralement implantés en milieu urbain, les centres de santé mettent en avant une logique institutionnelle alors que les MSP sont plutôt attachées à une logique professionnelle dominante. Une autre différence concerne le mode de rémunération : dans les centres de santé, les médecins sont très généralement salariés. Néanmoins, globalement, les maisons et centres de santé poursuivent les mêmes types d'objectifs et d'activités.

L'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML)

Dans chaque région, la loi HPST a prévu la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui rassemblent les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, et ce pour chaque profession : médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes... Les URPS contribuent ainsi à l'organisation de l'offre de santé régionale.

En Franche-Comté, l'URPS des médecins libéraux (URPS-ML) a succédé à l'Union régionale des médecins libéraux (URML) créée en 1994. Association loi 1901, l'URPS-ML est l'interlocuteur privilégié de l'ARS sur les questions impliquant la médecine libérale en Franche-Comté. Ses missions sont définies par le Code de la santé publique, l'URPS-ML participant notamment à :

- La préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé.
- L'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.
- L'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice.
- Des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,
- la mise en œuvre du développement professionnel continu.
- Le déploiement et l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés.

En Franche-Comté, les 30 membres de l'URPS-ML sont élus par près de 2 000 médecins libéraux régionaux et exercent tous la médecine libérale au quotidien. Ils apportent une vision de la réalité de l'exercice libéral dans toute sa diversité. Ils représentent toutes les spécialités médicales et chirurgicales.



Le collège régional des généralistes enseignants de Franche-Comté : le CRGE-FC

Association loi 1901, le CRGE-FC regroupe près de 200 médecins généralistes installés en Franche-Comté accueillant des étudiants en médecine lors de leur cursus de formation. Ces professionnels occupent ainsi la fonction de « maîtres de stage » des futurs praticiens. Les objectifs du CRGE-FC sont les suivants :

- assurer un accueil de qualité à tous les étudiants en médecine (recrutement et formation des maîtres de stage, évaluation...),
- dynamiser la recherche en médecine générale,
- travailler en collaboration avec le Département de médecine générale qui a la responsabilité universitaire,
- connaître les souhaits et les motivations des internes en médecine générale afin d'appréhender au mieux l'installation en médecine générale,
- contribuer à la réflexion sur l'organisation des soins.

Le rôle du CRGE-FC et la fonction des stages sont primordiaux quant à notre problématique. En effet, en matière de démographie médicale, la diminution transitoire du nombre des généralistes est due en partie aux départs à la retraite des médecins de la génération du baby-boom. Le stage chez le praticien peut constituer une période privilégiée au cours de laquelle des liens vont se tisser entre le maître de stage (tôt ou tard sur le départ) et l'étudiant (médecin généraliste en perspective d'installation).

L'association du réseau de santé de proximité et d'appui : l'ARESPA

Faisant suite à une série d'initiatives portées par des représentants de la médecine générale, l'ARESPA a été créée en 2001 en tant « qu'Association Régionale pour les Soins Palliatifs ». Son but était alors d'aider les médecins généralistes à gérer la prise en charge de leurs patients en fin de vie. Au fil des ans, **l'ARESPA a développé un dispositif d'appui aux professionnels de santé, afin de gérer, dans les situations complexes, les conséquences induites par la maladie dans la vie quotidienne du patient.** En 2010, la structure est renommée « Association du « Réseau de Santé de Proximité et d'Appui ». Son action couvre désormais l'ensemble de la région, ses interventions n'étant conditionnées ni à une pathologie spécifique, ni à l'âge du patient.



L'ARESPA ne dispense pas des soins mais apporte un appui aux professionnels de santé confrontés à des situations particulièrement complexes. Ainsi, l'association :

- Évalue les composantes additionnelles de la prise en charge médicale, à la demande du médecin traitant : composantes médico-sociale, matérielle, financière, psychologique ou environnementale. Cette évaluation est réalisée à domicile sous 48 heures.

- Propose un plan d'appui aux soins, validé par le médecin traitant.
- Mobilise le plus rapidement possible les ressources locales adaptées pour activer le plan d'appui aux soins, et l'ajuster au besoin dans la durée.
- Informe le médecin traitant de l'évolution de la situation.

L'ARESPA base son action sur des « coordinatrices d'appui », actuellement formées en interne, qui répondent aux besoins des acteurs de terrain et facilitent un travail commun, au bénéfice de la personne malade. Ce « nouveau » métier de coordinateur d'appui en santé apporte une réponse particulièrement efficace aux besoins des patients et à la demande des professionnels de santé.

L'association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux de Franche-Comté : l'ARUCAH

Association de type loi 1901, l'ARUCAH est une des associations régionales qui représentent les usagers du système de santé. Elle se fixe notamment pour objectif de développer la démocratie participative citoyenne en santé. Cela passe par :

- un engagement et une participation à la planification sanitaire et aux politiques de santé issues du projet régional de santé,
- un dialogue permanent avec l'ARS, la CRSA, les URPS, les instances ordinales, la FÉMASAC, l'ARESPA, l'UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques et le CRGE-FC,
- la formation des représentants des usagers de l'ensemble des établissements de santé publics et privés ainsi qu'en ambulatoire, qui doit leur permettre d'être des experts « profanes »,
- l'organisation d'actions d'information et de sensibilisation du public pour toutes les questions en relation avec la santé publique, le droit à la santé et la démocratie participative en matière de santé publique. L'objectif est de favoriser un partage commun entre les élus et les citoyens,
- la contribution à la connaissance des travaux de recherche nationaux et internationaux en partenariat avec la chaire Sciences Po Santé de Paris et l'Institut Droit et Santé,
- la promotion de la qualité et de la sécurité des soins,
- l'effectivité réelle des droits et des devoirs des usagers.

L'amélioration de la santé des Francs-Comtois, l'égalité d'accès à des soins de qualité et au progrès médical, quelle que soit la situation géographique, sociale et économique, sont au cœur du projet associatif de l'ARUCAH.

Autre association implantée en Franche-Comté, **le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS)** regroupe environ 80 associations représentatives des usagers du système de santé. Les objectifs du CISS de Franche-Comté sont les suivants :

- définir, porter et concrétiser des projets régionaux de santé publique,
- aider chaque association régionale affiliée et obtenir les moyens de financer leurs actions,
- travailler à l'insertion sociale et professionnelle des adhérents,
- imaginer de nouveaux partenariats dans l'approche de la santé publique,
- rassembler des associations et être leur interlocuteur face aux tutelles sanitaires et sociales.





AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Les propositions du CESE s'adressent à la Région Franche-Comté, mais aussi aux élus locaux et aux professionnels de santé désireux de maintenir une offre de soins de proximité, tout en favorisant l'implication des usagers dans les réponses à apporter au niveau local. Le CESE propose également de développer une nouvelle formation pour un nouveau métier : coordinateur d'appui en santé.

La demande faite au CESE est d'apporter sa contribution, afin que la Région Franche-Comté puisse initier - à sa mesure - des stratégies de territoires en matière de santé, et peser davantage via des actions nouvelles, dans un cadre budgétaire obligeant à l'efficacité. Il est attendu du CESE de proposer des pistes de réflexion opérationnelles.

Les propositions du CESE décrites ci-après portent sur l'accès aux soins, étant observé :

- L'existence d'un très large panel d'actions et de mesures nationales, régionales ou locales qui visent à favoriser l'accès aux soins et le maintien d'une offre en zones fragiles.
- La présence de très nombreux acteurs (institutionnels, associatifs, professionnels de santé...) investis sur ces questions.
- Le caractère pluri-dimensionnel de l'accès aux soins, qui ne permet pas de définir des propositions « type » déclinables dans tous les territoires. En effet, chaque situation est « originale » de par les nombreux facteurs qui la composent : nombre de professionnels de santé, pratiques médicales, coordination - ou absence de coordination - pathologies rencontrées, entourage du patient, éloignement relatif des structures de soins, moyens de transport disponibles, etc.

Compte tenu, d'une part, des compétences actuelles des Régions en matière de santé qui se limitent pour l'essentiel à une dimension territoriale et, d'autre part, du cadre budgétaire contraint, ces propositions se veulent forcément pragmatiques et réalistes, et au plus près du patient. Pour les élaborer, le CESE a également considéré le fait que la Région Franche-Comté participe aux instances régionales de gouvernance en santé (conseil de surveillance de l'ARS, CRSA, conférence de territoire, commissions de coordination des politiques publiques de santé, copil e-santé).

Le CESE a classé ses propositions en 2 catégories :

- La première catégorie relève du domaine d'intervention de la Région. Elle concerne les 3 premiers chapitres suivants et regroupe les propositions n° 1 à n° 6.
- La deuxième catégorie relève d'une intervention indirecte de la Région ou de celles d'autres acteurs publics et privés. Elle concerne les 2 derniers chapitres et regroupe les propositions n° 7 et 8.

Le CESE n'a pas traité de la prévention et de l'éducation pour la santé, ces deux sujets ne portant pas spécifiquement sur la question de l'accès aux soins. Il s'agit pourtant de deux composantes essentielles de la santé publique, mais ne relevant pas de la présente saisine. Par ailleurs, comme évoqué précédemment, l'accès aux urgences ne fera pas l'objet de proposition particulière (par exemple, celle visant à mobiliser les sapeurs-pompiers volontaires ne sera ainsi pas développée).

MOBILISER LES ÉLUS FRANCS-COMTOIS ET LEUR VENIR EN APPUI

Le problème à résoudre

Les politiques de santé et d'aménagement du territoire sont relativement cloisonnées, bien que les services de santé soient revendiqués comme l'un des premiers besoins des citoyens. En matière d'accès aux soins, les élus locaux sont régulièrement interpellés (fermetures d'hôpital, départs de professionnels de santé...), et il n'est pas toujours évident pour eux de répondre aux attentes.



D'une part, l'organisation des soins n'entre pas dans le champ de leurs compétences réglementaires. D'autre part, les problématiques de santé sont particulièrement complexes pour un « non-initié ». Enfin, les activités de soins sont assurées en partie par le secteur libéral et il ne va pas de soi pour un élu de s'emparer de ces questions.

Pour autant, les auditions ont montré que le volontarisme et l'engagement des acteurs locaux étaient des éléments décisifs pour maintenir une offre de soins sur un territoire, qu'il était possible et nécessaire d'agir. À ce titre, l'élu local est en mesure de jouer un rôle déterminant, de par sa connaissance fine du territoire, de ses enjeux et sa capacité à mobiliser des partenariats. Les attentes sont fortes, puisqu'il en va de la santé des habitants mais aussi de la vitalité des territoires.

L'élu local est un acteur-clé pour favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé sur un territoire.

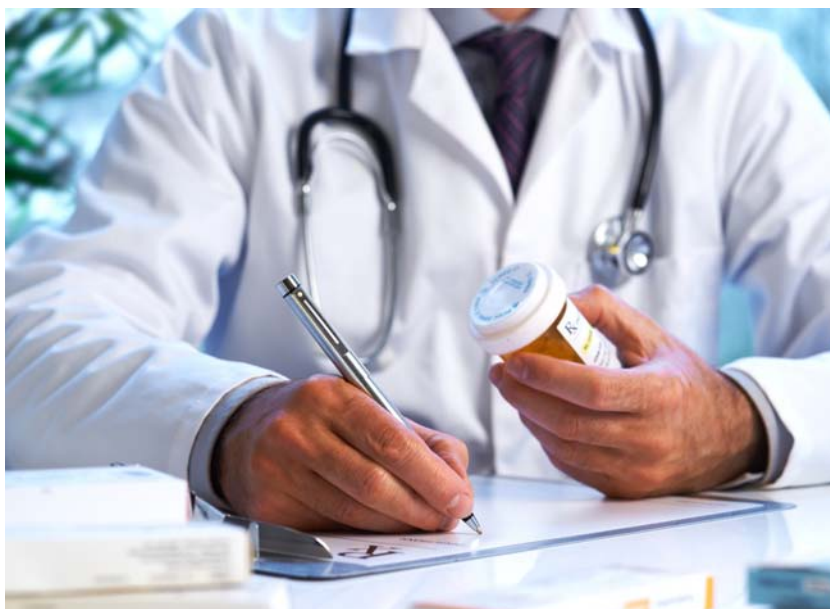
En Franche-Comté, plusieurs éléments positifs attestent de l'engagement des collectivités territoriales, comme par exemple la présence de nombreux projets de santé de proximité ou encore la participation des élus au sein des différentes instances de santé.



Cette dynamique est à entretenir. Le CESE propose à la Région de poursuivre et de conforter son rôle d'accompagnement et d'appui des collectivités, en mobilisant les élus locaux sur 3 sujets majeurs pour le maintien d'une offre de soins dans les territoires :

- les départs à la retraite des médecins généralistes,
- l'accueil des stagiaires en médecine,
- l'accueil des médecins remplaçants.

Ces 3 sujets impliquent de poursuivre le soutien de l'ingénierie de projet (tel que décidé par la Région en juin 2014), et de favoriser la mise en réseau des collectivités franc-comtoises désireuses de travailler sur les questions d'accès aux soins.

Proposition n° 1**Anticiper les départs à la retraite des médecins généralistes**

Ces départs à la retraite apparaissent souvent comme des moments déterminants pour maintenir - ou voir progressivement disparaître - une offre de soins sur un territoire, surtout en zone rurale. En effet, il est souvent observé un phénomène de « départs en cascade » : au moment de la cessation d'activité d'un généraliste, d'autres suivent, craignant une surcharge d'activité, et entraînant avec eux la fuite des paramédicaux vers des zones plus attractives.

Actuellement, en Franche-Comté, 43 % des médecins généralistes sont âgés de 55 ans ou plus. Les auditions ont indiqué la nécessité d'anticiper les départs à la retraite, de manière idéale entre 7 à 10 ans avant la date du départ effectif. À ce titre, il est important que les élus gardent le contact avec les professionnels de santé présents sur leur commune. Ils sont légitimes pour se préoccuper des conséquences de ces cessations d'activité libérales prévisibles, compte tenu de leur importance pour le territoire, soit pour anticiper la succession du médecin partant en retraite, soit pour envisager avec lui une prolongation éventuelle de son activité (les médecins peuvent en effet poursuivre leur activité libérale tout en étant retraités).

Cette préoccupation doit être intégrée dans le projet d'aménagement du territoire ou dans le projet des services à la population. En quoi le territoire peut-il être attractif pour de nouveaux repreneurs ? Quels atouts à faire valoir pour favoriser l'accueil de professionnels de santé ? Comment développer un projet plus global qui fédère à la fois les professionnels de santé mais aussi les autres acteurs du territoire ? Les questions spécifiques à l'installation d'un cabinet libéral peuvent en effet avoir tendance à « rebuter » les repreneurs potentiels. D'autres thèmes peuvent être plus intéressants (culture, éducation...) et donner envie aux professionnels de découvrir le territoire et de rencontrer ses habitants.

Proposition n° 2**Favoriser l'accueil des stagiaires en médecine**

Les études médicales comportent 3 cycles, dont les 2 derniers prévoient un stage en médecine générale :

- 2^e cycle : stage obligatoire qui permet aux étudiants de découvrir et de se former à la médecine générale, quel que soit leur projet professionnel. Ce stage

est particulièrement important, car il survient à un moment où l'étudiant n'a pas encore choisi sa spécialité. Il est peu suivi au plan national. Par contre, en Franche-Comté, le volontarisme conjoint de l'Université et de l'ARS a abouti à 100 % de stages sur le terrain.

- 3^e cycle (encore appelé « internat »), à travers lequel les futurs praticiens se spécialisent. En médecine générale, ce 3^e cycle dure 3 ans et se déroule sous forme de stages successifs de 6 mois.



Les stages sont déterminants pour le maintien d'une offre de soins en zone rurale. Ils influencent positivement les étudiants sur leur installation future. Ils leur permettent de découvrir concrètement la pratique de la médecine en territoire rural. Enfin, ils créent du lien avec les maîtres de stage et plus globalement avec les acteurs locaux et les habitants.

La Franche-Comté dispose d'un effectif de maîtres de stage satisfaisant à ce jour (pour la médecine générale). Cette situation risque néanmoins de poser problème à moyen terme, puisque le nombre d'internes en médecine générale a été multiplié par 2 environ (passant ainsi de 55 à 118), ce qui nécessitera de trouver de nouveaux maîtres de stage. L'autre préoccupation concerne les spécialités médicales (hors médecine générale), pour lesquelles il manque d'ores et déjà des maîtres de stage libéraux. En outre, la question du logement des stagiaires est souvent laissée à leur capacité d'initiative voire de débrouillardise, ou à celles de la structure qui les accueille, ce qui n'aboutit pas toujours à des situations satisfaisantes. Leurs frais de déplacements sont partiellement pris en charge.

Il est proposé que la Région engage un partenariat avec le CRGE-FC :

- Chaque année, le CRGE-FC organise une manifestation régionale sur la question des stages et de l'installation en médecine libérale. Elle permet la rencontre des élus locaux, des professionnels de santé exerçant déjà sur le territoire et des étudiants. Cette mise en relation est très importante, elle crée des liens. La Région, en s'associant au CRGE-FC, aurait un rôle important pour relayer l'information auprès des élus locaux.

- Les questions de logement et de transport des stagiaires pourraient être étudiées. À ce titre, certaines collectivités territoriales choisissent de s'engager, en finançant les « maîtres de stage » ou les étudiants. Par exemple, la Région Bourgogne rembourse les frais d'hébergement et de déplacement entraînés par le stage des étudiants en 2^e cycle de médecine et pour les étudiants de 3^e cycle (stage

en milieu rural et éloigné de Dijon). Cette question renvoie aux préconisations faites à la Région Franche-Comté dans le cadre de la saisine du CESE sur le logement des apprenants (mai 2011).

Proposition n° 3 **Favoriser l'accueil des médecins remplaçants**

La plupart des médecins généralistes installés sont d'anciens remplaçants, c'est dire l'importance du remplacement pour le maintien d'une offre libérale. D'une part, il constitue une période de transition quasi systématique entre la fin de l'internat et l'installation. D'autre part, au terme d'une période de remplacement plus ou moins longue, l'immense majorité des jeunes généralistes s'installe. Cela peut également être l'occasion de reprendre le cabinet d'un médecin partant en retraite.

La question du logement des médecins remplaçants pourrait être approfondie, en examinant par exemple l'idée de « gîtes » à leur attention (et à celle des stagiaires en médecine). Ces gîtes leur permettraient de créer du lien social et de s'approprier plus facilement le territoire (association, vie culturelle, etc.). Pour ce faire, les collectivités locales ont la possibilité de mettre à disposition des logements. Il est à noter qu'un certain nombre de maisons de santé franc-comtoises ont déjà intégré ce type de service dans leurs locaux, comme par exemple celle de Gilley dans le Doubs.

Proposition n° 4 **Poursuivre le soutien de l'ingénierie de projet et favoriser la mise en réseau des collectivités territoriales**

Le maintien d'une offre de soins de premier recours nécessite la mise en place, au niveau local, de « démarche projet ». Le CESE approuve la décision de la Région de soutenir l'ingénierie de projet dans le dispositif de contractualisation 2015/2020 avec les territoires. C'est un facteur-clé pour développer des projets de santé de proximité. Cette ingénierie doit favoriser :

- L'engagement actif de l'utilisateur à toutes les étapes du projet (diagnostic, plan d'actions, suivi, évaluation) en l'invitant à participer à des actions de prévention.
- Une meilleure articulation entre le projet de santé et le projet d'aménagement du territoire, la santé devant être intégrée de manière transversale dans chacune des politiques locales.
- Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Par ailleurs, le CESE engage la Région à poursuivre l'organisation de temps d'échanges, de débats, de sensibilisation, afin que les élus développent une approche commune de la problématique « santé-territoires ».

Au-delà, il s'agirait de favoriser la coordination et la coopération entre les collectivités franc-comtoises, par leur mise en réseau, en s'appuyant sur les outils et instances existant déjà au niveau régional (ex : PRAT) **(10)** ou infrarégional, et en articulation avec la CRSA et la Conférence de Territoire. Les collectivités sont invitées à coopérer afin d'éviter au maximum des phénomènes de concurrence territoriale. La Région pourrait par exemple animer un réseau de collaborateurs des collectivités franc-comtoises sur la problématique d'accès aux soins. Des sessions de formation pourraient être envisagées, notamment en expérimentant des formations-actions sur des approches innovantes, par exemple pour favoriser la démocratie participative en santé.

Il importe que les collectivités restent dans un rôle d'appui, d'accompagnement de projets portés par les professionnels de santé, en y associant le plus étroitement possible les habitants ou les usagers du système de soins, à travers les structures qui les représentent (ex : ARUCAH, CISS). Ces associations sont des partenaires de plus en plus importants dans l'élaboration des projets de santé de proximité et dans le développement de la « démocratie sanitaire ».



(10) PRAT : pôle régional d'appui aux territoires.

Maintenir une offre de soins sur son territoire

Comme évoqué ci-contre, l'élus local est un acteur-clé pour favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé sur un territoire. **Ce mémento propose une démarche qui peut permettre à un élu de conforter l'offre de soins existant sur sa commune.** Il n'a pas pour objet de donner des « solutions clés en main », puisque chaque situation est singulière : démographie médicale, besoins de santé, habitude de travail collective, « histoire locale », etc.

Ce mémento porte **plus particulièrement sur le maintien d'une offre en médecine générale.** Il a été élaboré à partir de la situation suivante, qui semble assez représentative des problématiques rencontrées dans les territoires fragiles en soins :

- La commune dispose encore d'un médecin généraliste, qui va cesser son activité dans les 5 années à venir, sans perspective confirmée de reprise de l'activité.
- L'élus a la volonté de voir se perpétuer une activité de médecine générale libérale sur sa commune, et il souhaite anticiper la situation (ce point est vital). Il se rapproche du praticien, et tous deux décident de réfléchir ensemble aux solutions à adopter pour la continuité de l'activité de médecine générale. Ils souhaitent aller à la rencontre des acteurs qui pourront les aider à affiner progressivement leur projet et à trouver la réponse la plus adaptée aux besoins et au potentiel du territoire.

La démarche proposée se base sur 2 principaux fondements :

- **La culture de la rencontre, le volontarisme et l'engagement personnel de l'élus et du praticien sont des facteurs de réussite décisifs,** du fait de la forte tension qui existe entre l'offre et la demande de soins.



- Les stages en médecine générale sont déterminants pour la continuité d'une activité de médecine générale dans les zones fragiles en soins.

Cette démarche, par nature itérative, s'articule autour de 3 thèmes :

a- Construire le projet avec les acteurs de proximité :

- Se rapprocher des « forces vives » présentes sur le territoire : professionnels de santé, directeurs des établissements de santé, médico-sociaux, élus locaux. . . , afin de se faire une idée concrète de l'offre de soins présente sur le territoire, selon une démarche prospective. Il s'agit d'évaluer le potentiel de coopération entre les différents acteurs, de « prendre le pouls du territoire » sur un sujet concurrentiel.
- Élargir la réflexion au niveau intercommunal ou au niveau du bassin de vie, qui semblent être 2 échelles appropriées pour organiser l'offre de soins de premier recours et l'implantation ou le maintien d'une activité de médecine générale.

b- Construire le projet avec les institutions régionales ou départementales :

- ▶ Équipe d'appui territoire-santé FÉMASAC/ARS/Région Franche-Comté/MSA.
- ▶ ARS (direction de l'offre ambulatoire).
- ▶ FÉMASAC.
- ▶ URPS-ML.
- ▶ Conseil de l'Ordre des médecins.

L'élus et le praticien sollicitent des entretiens auprès de ces différentes institutions afin d'exposer le projet en cours d'élaboration, et d'identifier les pistes les plus pertinentes : exercice regroupé en maison de santé pluridisciplinaire ou en centre de santé, poursuite de l'activité libérale dans la continuité de la précédente, etc. Au-delà d'un apport d'information de nature technique ou réglementaire, d'une vérification auprès des interlocuteurs de la faisabilité du projet, ces entretiens sont aussi, et peut-être surtout, l'occasion de tisser un réseau relationnel.

c- Rechercher des étudiants en médecine générale

Les étudiants en médecine générale d'aujourd'hui sont les praticiens de demain. Cette évidence doit être rappelée puisqu'elle implique 2 éléments décisifs pour le maintien d'une offre de soins sur un territoire :

- D'une part, un médecin généraliste proche de la retraite n'a quasiment aucune chance de voir son activité poursuivie s'il n'occupe pas lui-même la fonction de « maître de stage » d'un étudiant en médecine générale.
- D'autre part, un étudiant en médecine générale qui effectue son stage en zone fragile de soins (ou en zone rurale) aura davantage de raisons de vouloir s'y installer une fois son diplôme obtenu, d'autant plus s'il est originaire du secteur géographique ou s'il y a des attaches.

L'élus et le praticien doivent conjointement solliciter des entretiens auprès du Doyen et du Professeur de médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, d'une part, et auprès du président du CRGE-

FC, d'autre part. L'objectif est de leur présenter un projet relativement abouti, qui permette d'affirmer la volonté conjointe de l'élus et du praticien de voir s'installer un nouveau professionnel sur la commune. En retour, le Doyen, le Professeur de médecine générale et le président du CRGE-FC sont susceptibles de mettre en lien l'élus et le praticien avec les étudiants en médecine générale potentiellement intéressés.

En effet :

- L'enseignement de médecine générale est pour partie assuré par l'UFR des Sciences médicales et pharmaceutiques (UFR SMP), les hôpitaux et les médecins généralistes agréés, lors des stages et des enseignements théoriques.
- L'agrément des « maîtres de stage » est prononcé par le directeur de l'UFR SMP, sur proposition du Conseil d'UFR, après avis motivé du Département Médecine Générale de l'UFR SMP et du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. L'agrément est ensuite enregistré par l'ARS.
- Le CRGE-FC regroupe tous les maîtres de stage de Franche-Comté, et assure un soutien pour ses membres par diverses activités, par exemple en organisant des formations pédagogiques. Le CRGE-FC a notamment pour objectif de connaître les souhaits et les motivations des internes en médecine générale afin d'appréhender au mieux leur future installation, et de mûrir le volet médical du projet.





Le métier de coordinateur d'appui

Le coordinateur est une personne ressource, qui apporte un appui aux professionnels de santé confrontés à des situations particulièrement complexes. Il est généralement contacté par un médecin traitant, pour qui il assure les tâches sociales et médico-sociales que le médecin ne peut pas gérer. Pour ce faire, le coordinateur évalue les conséquences de la maladie dans la vie quotidienne du patient et propose les prises en charge sociales, administratives, paramédicales les mieux adaptées. Il assure ensuite une veille et un suivi global de la situation avec le médecin.

Le coordinateur cherche des solutions « sur mesure » qui permettent d'améliorer significativement la situation du malade. Cette fonction apparaît particulièrement sécurisante et apaisante pour toutes les personnes concernées : le patient, la famille et les professionnels de santé.

Il apparaît que le profil de coordinateur le plus adapté n'est ni un profil médical, ni un profil soignant, mais plutôt un profil social. En effet, les problématiques sociales sont généralement celles qui posent le plus de difficultés aux médecins.

RECONNAÎTRE ET DÉVELOPPER LE MÉTIER DE « COORDINATEUR D'APPUI EN SANTÉ »

Le problème à résoudre

L'organisation des soins est amenée à évoluer en profondeur, afin d'apporter des réponses coordonnées aux usagers. La réorganisation de l'offre de soins de premier recours et le découplage des sphères sanitaire/médico-sociale/sociale sont deux des principaux objectifs à atteindre pour favoriser la continuité des parcours de soins. Dans ce cadre, la coordination des professionnels apparaît comme une nécessité, afin d'analyser des situations complexes et de trouver des réponses dans des délais les plus courts possibles, selon une approche éthique qui respecte les choix du patient. Une coordination efficace doit par exemple permettre de favoriser le maintien à domicile, d'améliorer les sorties d'hôpital (en évitant les « aller-retour domicile-urgence » malheureusement encore trop fréquents).

Prévue par les textes, la coordination est délicate à mettre en œuvre, compte tenu de la réalité de l'exercice quotidien, de la complexité du système de soins et des situations rencontrées, etc. Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, joue un rôle déterminant dans la coordination des parcours de soins.

Un appui aux professionnels de santé est une des pistes envisagées pour faciliter la coordination, dont l'importance ira grandissant compte tenu de l'évolution des situations de soins. Cet appui aux professionnels de santé implique de définir une nouvelle formation pour un nouveau métier : coordinateur d'appui en santé [voir ci-contre].

Proposition n° 5

Mettre en place une formation pour développer le métier de coordinateur d'appui en santé afin de faciliter les parcours de soins des patients

La Franche-Comté dispose de l'ARESPA, dont le dispositif d'appui aux professionnels de santé fait figure de référence et a déjà bénéficié à environ 2/3 des médecins généralistes francs-comtois. Cette association travaille actuellement à la définition d'un référentiel des compétences sur le métier de coordinateur d'appui en santé. L'ARESPA souhaiterait pouvoir structurer une formation, de type bac + 3 en alternance « licence professionnelle de coordination et d'appui ». À partir de cette ressource locale, et en lien avec l'Université, l'IRTS et l'ARS de Franche-Comté, il est proposé que la Région réfléchisse à la mise en place d'une nouvelle formation pour développer le métier de coordinateur d'appui en santé. En outre, la Région pourrait mobiliser son ingénierie de formation pour accompagner l'ARESPA dans son projet.

Plus globalement, la coordination implique de revisiter les cursus de formation, afin d'instaurer une véritable « culture de la coordination », et d'en faire une compétence transversale qui irrigue l'ensemble des métiers des secteurs sanitaire, médico-social et social. L'enjeu est de surmonter la césure santé/social qui est actuellement préjudiciable aux parcours de soins. En la matière, les aidants à domicile constituent une ressource précieuse, de par leur proximité avec les personnes qu'ils accompagnent au quotidien.

Le CPRDFP de Franche-Comté prévoit de mieux articuler les formations sanitaires et les formations sociales, notamment en les découplant, en expérimentant des temps communs de formation et en améliorant la connaissance réciproque des formations sanitaires et sociales, des métiers et des acteurs. Cette dynamique doit être maintenue en faisant de la coordination un des thèmes de rapprochement entre les 2 secteurs.

Par ailleurs, la formation continue pluridisciplinaire pourrait être un bon moyen de créer une dynamique territoriale sur le thème de la coordination.

FACILITER L'ACCÈS DES PATIENTS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le problème à résoudre

La diminution prévue du nombre de médecins généralistes et l'augmentation concomitante des besoins devraient réduire mécaniquement le temps consacré à chaque patient. De plus, la concentration des praticiens dans les bourgs-centres allonge les temps de transport. Dans ce cadre, il importe de préserver au maximum le temps que les praticiens pourraient consacrer aux soins, en favorisant la mobilité des patients vers les professionnels de santé.

La mobilité est un enjeu d'autant plus important qu'une proportion non négligeable de personnes âgées vit dans les zones fragiles en soins. Ces personnes peuvent rencontrer des difficultés particulières pour se déplacer dans les établissements de santé, les cabinets médicaux, etc.

Proposition n° 6 :

Faciliter l'accès aux professionnels de santé



Une option viserait à **optimiser l'utilisation des transports à la demande (TAD)** pour faciliter l'accès aux professionnels de santé. Le Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Énergie (SRCAE) de Franche-Comté prévoit à cet égard de favoriser la mobilité des personnes par le développement du TAD et des taxis collectifs en zone rurale. Cette orientation correspond particulièrement bien à la problématique de la saisine. Il s'agirait notamment :

- d'intégrer la problématique des transports dans les projets de santé des MSP, en favorisant la connexion avec les TAD. Les MSP, qui regroupent l'offre de soins sur un territoire, représentent en effet un terrain favorable à ce titre.
- d'informer la patientèle sur ces possibilités.

Par exemple, le fonctionnement de la maison médicale de Mandrevillars en Haute-Saône a été conforté par le TAD du Pays d'Héricourt, qui permet de joindre la maison médicale depuis 80 points différents. Il permet également de se déplacer de porte à porte pour les personnes à mobilité réduite. Il fonctionne du lundi au samedi, de 8 h à 19 h, sur réservation au plus tard une heure avant. On décompte 12 000 déplacements annuels, dont 900 pour Mandrevillars.

FAVORISER LA PRÉSENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES ZONES FRAGILES

Le problème à résoudre

Les nombreuses mesures incitant à l'exercice libéral en zones fragiles ont une portée très limitée. Elles bénéficient essentiellement à de jeunes médecins particulièrement motivés et engagés, qui avaient déjà fait le choix de s'installer en zone fragile. Ces mesures ont donc peu « d'effet levier ». Le SROS a également une portée relative car il n'est pas opposable aux professionnels de santé libéraux. Par ailleurs, quasiment tous les experts auditionnés ont confirmé que les mesures coercitives ne fonctionnaient pas.

Il ressort également des auditions que l'opposition courante entre la « liberté d'installation » et la « répartition de l'offre » est en partie infondée : en effet, avant de choisir un lieu d'exercice, le jeune praticien se confronte à de nombreuses difficultés pour s'installer en libéral, comme en témoigne la désaffection relative (mais réelle) pour cette forme d'exercice. L'existence d'une Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) est un élément positif. Elle vise en effet à rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnels de santé au niveau régional.



Pour favoriser l'exercice médical en zone fragile de soins, les actions des pouvoirs publics doivent répondre à plusieurs impératifs :

- Correspondre aux attentes professionnelles et personnelles des médecins.

Deux exemples à ce titre :

- . l'exercice regroupé en maison de santé pluridisciplinaire,
- . le statut de « collaborateur libéral », qui concorde avec les attentes des médecins installés - et débordés - et avec celles des futurs médecins, pour qui ce statut est un bon compromis entre installation et remplacement.
- Être en adéquation avec les besoins de santé du territoire.
- Proposer un accompagnement et une ingénierie souple et adaptée à chaque situation.
- Tenir compte de l'environnement plus global dans lequel évoluera le professionnel : vie familiale, travail du conjoint, vie associative, scolarisation des enfants, offre culturelle, sportive, etc.
- Faciliter l'articulation avec les hôpitaux de proximité. L'impact de la suppression des hôpitaux locaux sur l'offre de 1^{er} recours a fait l'objet de vifs débats. Cependant,

il apparaît que les hôpitaux locaux constituent un facteur d'attractivité pour certains médecins généralistes, ces structures étant en effet des relais essentiels entre les soins de 1^{er} et de 3^e recours. Par ailleurs, les hôpitaux locaux offrent une réponse indispensable pour faire face au manque de structures d'aval **(11)**, et ils jouent un rôle de proximité important.

En Franche-Comté, la diminution du nombre de médecins généralistes devrait être transitoire et concerner la période 2015/2020. Les zones fragiles en soins sont identifiées et peuvent ainsi faire l'objet de mesures ciblées et transitoires de la part des pouvoirs publics. À ce titre, le CESE propose d'expérimenter une mesure visant à développer les cabinets secondaires.

Proposition n° 7

Favoriser l'exercice de la médecine générale sur plusieurs sites, par le développement de « cabinets secondaires » **(12)**

Les médecins généralistes peuvent exercer leur activité sur plusieurs sites, lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins.

En Franche-Comté, le développement de cabinets secondaires permettrait de couvrir les besoins de santé d'un certain nombre de zones fragiles et/ou rurales, tout en permettant de respecter le choix des praticiens de s'installer à titre principal où ils le souhaitent, notamment en zone urbaine.

La création d'un cabinet secondaire n'est possible qu'avec l'autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Elle dépend en premier lieu des besoins des malades. D'autres critères sont pris en compte : éloignement d'un cabinet médical de la même discipline, densité de la population (éventuellement saisonnière), distance séparant le cabinet principal du cabinet secondaire.

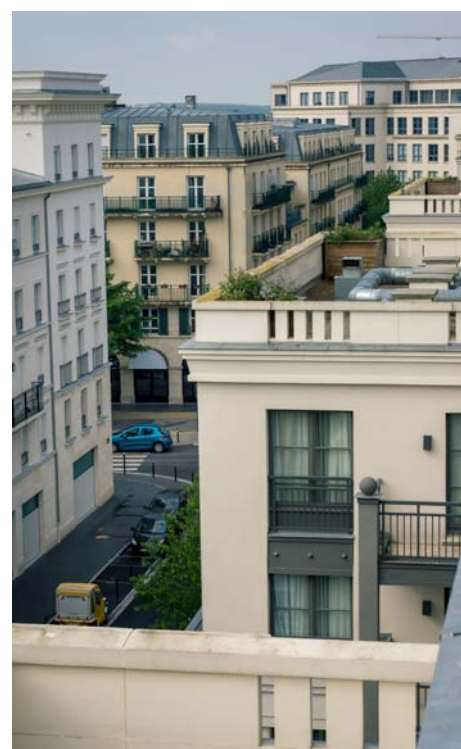
Si les médecins libéraux ont la possibilité d'ouvrir un ou plusieurs cabinets secondaires, il ne leur est pas permis pour autant d'exercer la médecine de façon itinérante, dite « médecine foraine ». La médecine foraine est l'exercice de la médecine sans lieu d'exercice permanent, sans moyen technique adapté. Les consultations sont données dans des lieux divers. La réglementation indique néanmoins que, lorsque « les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance ». Cette demande d'autorisation est adressée au Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Déployer cette piste en Franche-Comté nécessiterait une expertise particulière. L'éventuelle création d'un « bus santé » pourrait rentrer dans le cadre d'une telle expertise, au regard des besoins de santé des territoires. Les étudiants en médecine pourraient être intégrés à cette réflexion.

IMPLIQUER L'USAGER DANS LA TÉLÉMÉDECINE ET L'E-SANTÉ

Le problème à résoudre

La Franche-Comté dispose de 2 outils pour la mise en œuvre de l'e-santé et de la télémédecine :

- D'une part, la Scoran, qui fixe 3 axes d'intervention en e-santé pour la période 2015-2020 : le maintien à domicile ; la prise en charge et le suivi des maladies chroniques ; la communication interprofessionnelle et l'harmonisation des bonnes pratiques.
- D'autre part, le programme régional de télémédecine intégré au PRS.



(11) Les structures d'aval succèdent aux soins dispensés dans les établissements de 3^e recours type CHU.

(12) La terminologie courante « cabinet principal/cabinet secondaire » correspond à la distinction « résidence professionnelle/site distinct de sa résidence professionnelle » opérée par le Code de la santé publique.



Les Living Labs

Un Living Lab est un laboratoire d'innovation ouverte. L'utilisateur est placé au centre du dispositif afin d'imaginer, développer et créer des services ou des outils innovants qui répondent aux espérances et nécessités de tout un chacun.

Les living labs réunissent des entreprises, des chercheurs, des institutions publiques et des usagers, et visent à faire émerger de nouvelles solutions et organisations pour l'autonomie des personnes. Leur approche est fondée sur le principe de co-innovation, qui implique tous les acteurs clés de l'écosystème et les usagers (personnes aidées, patients, aidants, soignants) afin d'apporter, par approches successives, des solutions adaptées à leurs besoins. La participation des usagers dans l'ensemble du processus d'innovation contribue à la valeur ajoutée apportée par les Living Labs. Les entreprises y disposent d'un cadre de recherche appliquée permettant de mettre au point des solutions adaptées et de réduire les risques d'échec au moment de leur mise sur le marché. Un Living Lab renforce leur compétitivité et constitue un facteur d'attractivité pour d'autres qui souhaiteraient s'associer à cette dynamique. En retour, l'installation d'entreprises crée de la valeur pour le territoire.

Le CESE prend acte des éléments diagnostic et des objectifs de ces 2 stratégies. Les opportunités offertes par la télémédecine et l'e-santé sont tangibles. Elles comportent néanmoins des limites intrinsèques liées aux infrastructures en THD et aux usages des TIC.

Le développement de l'e-santé est conditionné à une couverture THD satisfaisante, ce qui n'est pas encore le cas sur l'ensemble du territoire franc-comtois. Les zones blanches - ou mal desservies en haut débit - correspondent le plus souvent aux zones fragiles en soins, comme cela a été abordé dans la première partie du rapport. Même si l'ADSL n'est pas la seule modalité d'accès à Internet, ce constat reste préoccupant. Cette fracture numérique représente un enjeu majeur pour l'économie des projets d'e-santé. Les propositions qui suivent sont subordonnées à la résolution de ce problème de fond.

La deuxième limite porte sur les usages des TIC en santé. Ces dernières concernent en effet une grande majorité de patients âgés de plus de 65 ans, qui ne sont pas tous rompus à l'usage des outils informatiques. Il apparaît nécessaire de déployer d'importants efforts de pédagogie pour que les patients puissent s'approprier ces nouvelles approches, qu'ils en comprennent la plus-value pour leur parcours de soins. Il en va de la viabilité économique des projets d'e-santé. Il faut tenir compte de l'asymétrie d'information qui existe entre un patient et son médecin, étant entendu que le médecin a l'obligation d'informer le patient des modalités de prise en charge proposées.

Dans ce cadre, le respect de la confidentialité et la protection des données personnelles apparaissent comme deux sujets particulièrement sensibles. Impliquer davantage l'usager dans l'élaboration des projets d'e-santé et de télémédecine pourrait être un moyen de gagner sa confiance, et de l'associer davantage à son parcours de soins.

Proposition n° 8

Impliquer les usagers, les patients dans l'élaboration des projets d'e-santé et de télémédecine

En premier lieu, l'instance opérationnelle pluridisciplinaire de la Scoran pourrait être élargie aux représentants des usagers du système de santé.

Ensuite, l'implication des usagers pourrait passer par des expérimentations menées au sein de MSP volontaires. Des initiatives de type de « **Living Labs** » [voir ci-contre] pourraient être développées, à l'instar de la démarche mise en place au sein de la MSP Universitaire de Suresnes. Ce projet vise à favoriser la participation de l'usager, en faisant de la MSP un « Living Lab » dédié à la formation, la recherche, la mise en application des outils TIC, tant pour les professionnels de santé que pour les usagers. Ceci, grâce à un travail commun entre les chercheurs, les professionnels de santé et les usagers. Dans ce projet, l'utilisation des TIC vise à faciliter la coordination des soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, tout en impliquant le patient dans sa propre prise en charge coordonnée (hôpital-ville-médico-social).

5 AXES POUR L'INTERVENTION DE LA RÉGION

D'abord, nous l'avons mentionné d'emblée, la responsabilité de la santé ne relève pas de la Région. Ses capacités d'intervention dans ce domaine sont étroitement encadrées, ce qui limite mécaniquement la nature et la portée d'éventuelles préconisations. Les réalités budgétaires renforcent cet élément.

Ensuite, le sujet est complexe. Il l'est intrinsèquement, car il se situe au point de convergence d'éléments techniques et humains multiples et volatils, de chaînes causales diverses et d'interactions parfois difficiles à analyser. Il l'est institutionnel-

lement, car y agissent - et parfois y interfèrent - de nombreux acteurs de nature et de poids différents, dont c'est peu de dire que les points de vue et les intérêts ne sont pas toujours à l'unisson. En dépit du nombre et de la qualité des personnes auditionnées, la brièveté du temps imparti pour l'étudier n'a pas permis de l'appréhender de façon exhaustive dans toutes ses composantes et ses subtilités.

Enfin, cette étude s'est menée avec - en toile de fond - une réforme territoriale en cours dont les conséquences en termes de périmètres géographiques, de champs de compétences et de moyens d'action pour la Région et les échelons infrarégionaux relèvent largement de la conjecture au moment de sa rédaction, ce qui peut rapidement rendre caduque toute préconisation trop péremptoire ou trop précisément ciblée. Ces éléments incitent à la modestie et nous nous sommes cantonnés à des constats qui ont de bonnes chances de rester valides, et à des propositions susceptibles d'être effectivement mises en œuvre dans à peu près tous les cas de figure raisonnablement prévisibles.

Ces précautions énoncées, **à partir du rôle que la Région joue d'ores et déjà en matière de maintien ou de rétablissement de l'égalité d'accès aux soins, le CESE peut lui proposer de poursuivre et de renforcer son action selon cinq axes principaux :**

Anticiper

La situation est satisfaisante, en dépit de différences locales notables, dans la majeure partie des territoires de la région. Elle est dès aujourd'hui préoccupante dans certains d'entre eux. Elle va le devenir dans un nombre significatif si rien n'est entrepris pour infléchir des trajectoires avérées. Dans tous les cas de figures, le délai d'anticipation nécessaire pour en conserver le contrôle oscille entre cinq et sept ans, parfois plus, rarement moins. Ce délai est quelquefois déjà écorné mais, surtout, il se rapproche dangereusement dans de nombreux territoires dans lesquels l'urgence, bien que réelle, n'est pas immédiatement perceptible.

Accompagner

Les acteurs locaux sont en première ligne, mais ils ne disposent pas toujours des outils pour analyser la situation sur un terrain qu'ils connaissent pourtant mieux que personne, ni pour appréhender les moyens d'y faire face dans un environnement mouvant et compliqué, mettant en jeu des partenaires avec lesquels ils n'ont souvent pas de contact direct. La Région maîtrise l'expertise technique et le savoir-faire relationnel qui peut les aider à se situer dans le paysage et à initier les démarches efficaces. Les services qui existent déjà pourraient être renforcés, et leur mission élargie, pour les épauler.

Décloisonner

On l'a vu, l'accès aux soins achoppe sur deux types de solutions de continuité.

- D'une part, des hiatus dans le parcours « vertical » hôpital - médecine de ville - médico-social - social - aide à la vie quotidienne.

- D'autre part, des étanchéités dans le fonctionnement « horizontal » entre les différents intervenants au domicile même du patient.

Le nombre et la diversité des structures et des institutions qui concourent au système de santé, à l'accès aux soins en particulier, ne contribuent pas toujours à la limpidité des circuits à la circulation de l'information et à la fluidité des fonctionnements. C'est un indiscutable facteur de déperdition d'énergie, mais qui n'apparaît pas insurmontable au prix d'un travail de conviction et d'organisation des mises en relation.

L'identification des céures qui subsistent dans les parcours d'accès aux soins et leur résorption amélioreront son efficacité et sa sécurité. Elles amèneront aussi une sérénité accrue pour les professionnels comme pour les bénéficiaires.

La coordination relèvera simultanément de la mise en place des rouages chargés de l'assurer, mais aussi, et peut-être surtout, de la promotion patiente de la « culture de coordination » dans toutes les branches et à tous les niveaux.

Équiper

Le potentiel de développement de la télémédecine et de l'e-santé apparaît comme une piste prometteuse, même s'il est nécessaire de rappeler que les moyens techniques ne remplaceront jamais les moyens humains, au mieux ils les suppléeront. La rapide évolution des techniques laisse beaucoup d'hypothèses ouvertes sur la nature des applications à venir mais, en tout état de cause, leur montée en puissance sera conditionnée par le débit disponible là où sont les besoins. La couverture de l'ensemble du territoire par le haut débit trouve là un argument supplémentaire en sa faveur.

Former

De nouveaux métiers naissent, d'anciens muent, pratiquement tous évoluent. L'exigence d'un professionnalisme irréfutable concerne naturellement les métiers du soin, à tous les niveaux, mais ceux de l'organisation et de l'ingénierie sont aussi en plein renouveau et les besoins en formation sont considérables. C'est un domaine vital dont dépend pour une large part la transcription effective dans le territoire de l'ensemble de nos propositions. C'est aussi l'une des compétences de la Région, qu'elle met en œuvre avec détermination. De nouveaux chantiers peuvent s'y ouvrir.

À ce stade, il ne s'agit donc pas de conclure et encore moins de clore, car l'ambition de ce travail s'est limitée, pour le présent, à baliser de façon pragmatique quelques pistes de base et, pour l'avenir, à en esquisser d'autres, qui pourront être explorées plus avant en y consacrant plus de temps une fois le paysage législatif stabilisé. Il faut le comprendre comme un premier défrichage qui tente de répondre à l'urgent, mais laisse complètement ouverte la réflexion sur l'important.

Adapter les approches

Nos préconisations présentent trois points communs :

- Elles requièrent toutes une capacité de veille et d'écoute attentive des « signaux faibles » émanant du terrain, qui nourriront l'analyse de chaque cas singulier, au service duquel les procédures seront sollicitées.
- Elles mobilisent beaucoup d'inventivité et beaucoup d'adaptabilité, pour imaginer des solutions spécifiques à des problèmes spécifiques.
- Elles ne peuvent se concevoir que dans un échange permanent avec l'ensemble des parties prenantes, depuis le stade de la prise de conscience du besoin jusqu'à la concrétisation du projet.

Les chantiers qui restent ouverts

Directement rattachés à la thématique, ils constituent un sujet nécessitant un développement spécifique :

Le premier concerne l'accès aux soins d'urgence, sous leur double aspect :

- dans les villes sièges d'un service dédié, celui de son encombrement par des demandes dont la réponse devrait se donner dans un autre cadre,
- sur le reste du territoire, celui des modes d'intervention et de transport, avec le choix entre un maillage serré assorti de transports terrestres, celui d'une centralisation plus grande avec le recours aux moyens aériens, ou une combinaison des deux.

Le second est celui de la prévention, sous un triple éclairage :

- Celui de la médecine préventive « stricto-sensu », dont la difficulté d'accès est un corollaire de celle de l'accès aux soins, aggravé du fait que, si on consent à surmonter des obstacles divers pour se soigner ou dispenser des soins, on l'envisage nettement moins lorsqu'il ne s'agit « que » de prévenir.
- Celui de l'éducation à la santé, pour laquelle les inégalités territoriales sont patentes.
- Celui de la possibilité d'avoir recours à des pratiques sportives adaptées, dont l'importance est énorme tant pour la prévention primaire que pour celles des récidives.

Les ébauches d'idées et les utopies

Elles sont apparues au fil des travaux. Il n'est pas envisageable de les décliner toutes, mais on peut en citer trois à titre d'exemple :

- L'aspiration à un « choc de simplification », dont l'accès aux soins pourrait être un grand bénéficiaire.
- Le développement des hôpitaux de jour et celui des « hôtels hospitaliers » qui permettraient d'héberger à proximité des grands centres des malades résidant loin, dont l'état ne justifie plus l'hospitalisation à temps plein sans pour autant permettre le retour au domicile.
- Une aide à l'équipement des jeunes praticiens qui s'installent en zone rurale délaissée.

Nos préconisations requièrent toutes une capacité de veille et d'écoute attentive des "signaux faibles" émanant du terrain, mobilisent beaucoup d'inventivité et d'adaptabilité, ne peuvent se concevoir que dans un échange permanent avec l'ensemble des parties prenantes.

annexes

Annexe 1

Lettre de saisine de la présidente de Région
47

Annexe 2

Personnes auditionnées 48

Annexe 3

Cartographie 49

Annexe 4

Glossaire 56

Annexe 5

Adresses et liens utiles 57

Annexe 6

Références et bibliographie 58



Besançon, le 24 janvier 2014

La Présidente

MONSIEUR DOMINIQUE ROY
PRESIDENT DU CESER
4 SQUARE CASTAN
CS 1857
25031 BESANCON CEDEX

Monsieur le Président,

La politique en matière de santé a toujours été une préoccupation forte des français. En ce qui concerne les Conseils Régionaux, l'intervention principale porte sur le domaine de la formation, avec le transfert en 2004 par l'Etat de la gestion des formations sanitaires et sociales. L'aménagement du territoire est une autre porte d'entrée, car si les compétences en matière de santé restent largement une prérogative de l'Etat, la région doit pouvoir, à sa mesure, être un partenaire pertinent en la matière.

Les questions liées en particulier à la démographie médicale, à l'accès aux professionnels médicaux comme paramédicaux ou à la distance des infrastructures de soins sont parfois prégnantes dans notre Région. Sans avoir la prétention de vouloir mettre le Conseil Régional en position d'avoir réponse à l'ensemble des problématiques, il me semble nécessaire qu'en lien avec les acteurs locaux comme l'agence régionale de santé, nous trouvions des actions nouvelles permettant à notre collectivité de peser davantage.

Les enjeux qui sont devant nous sont en effet importants : le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de maladies chroniques ou plus simplement les attentes des habitants impliquent des adaptations de notre système de santé.

C'est donc bien à l'émergence de stratégies de territoires en matière de santé que notre Région doit contribuer à sa mesure, et dans un cadre où les capacités budgétaires de chacun obligent toujours plus à l'efficacité maximale.

Aussi je souhaite que le CESER apporte sa contribution à cette réflexion dont j'apprécierai d'être destinataire avant la fin de l'année.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Marie-Guite Dufay



Hôtel de Région
4, square Castan
CS 51857
25031 Besançon Cedex
Tél.: 03 81 61 61 61
Fax: 03 81 83 12 92
www.franche-comte.fr

Toute correspondance doit être adressée à Madame la Présidente du Conseil régional, avec mention de la direction concernée.

Personnes auditionnées

- ✓ **Michel Antony**, président du Comité de vigilance pour le maintien des services publics de proximité en Haute-Saône
- ✓ **Régis Aubry**, chef du département douleur - soins palliatifs du CHU de Besançon
- ✓ **Marie-Paule Belot**, directrice de l'Ensemble pour le lien, l'innovation et l'accompagnement à domicile (ELIAD), et Gwenola Dumont, chargée de mission pour le collectif franc-comtois de l'aide à domicile
- ✓ **Christine Bertin-Belot**, présidente de l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML)
- ✓ **Noëlle Bradmetz**, chargée de mission Pays, Région Franche-Comté
- ✓ **Michel Clerc**, président de l'Union régionale des associations de parents d'enfants inadaptés
- ✓ **Michel Fournier**, directeur de l'aménagement du territoire et de l'efficacité énergétique, Région Franche-Comté
- ✓ **Paulette Guinchard**, présidente de la Fédération hospitalière régionale
- ✓ **Bruno Herry**, président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- ✓ **Frédérique Le Marer**, directrice de l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA)
- ✓ **Christian Magnin-Feysot**, président de l'Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux de Franche-Comté (ARUCAH)
- ✓ **Sylvie Mansion**, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Franche-Comté
- ✓ **Gilbert Marguet**, maire de Gilley
- ✓ **Sophie Millot**, directrice de la FÉMASAC
- ✓ **Christine Richard**, coordinatrice au CRGE-FC
- ✓ **Jean-François Roch**, chargé de mission recherche et développement à l'ARESPA
- ✓ **Dominique Rossi**, président de la Fédération des maisons de santé comtoises (FÉMASAC)
- ✓ **Jean-Jacques Sombsthay**, maire de Mandrevillars
- ✓ **Patrick Vuattoux**, président du collège régional des généralistes enseignants de Franche-Comté (CRGE-FC)

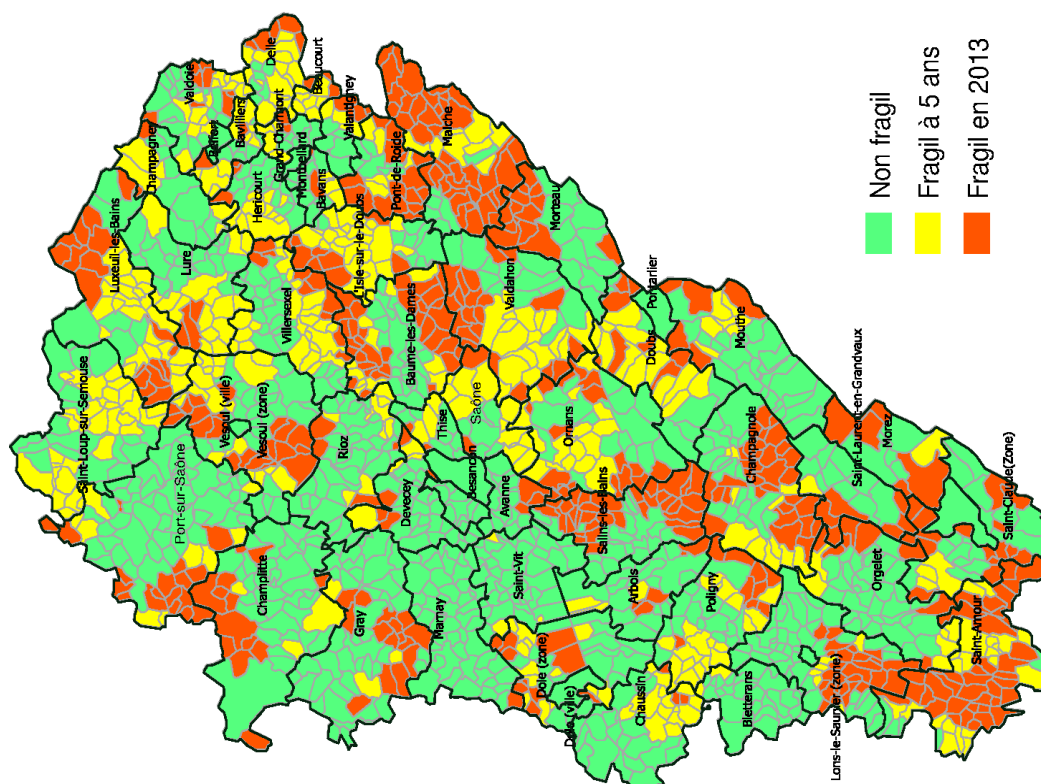
**Carte n°1 :
zones fragiles en médecins généralistes au sein des territoires de proximité de santé
(source : ARS Franche-Comté)**

La fragilité est fondée sur l'indicateur d'accessibilité potentiel localisé (APL) qui tient compte de la densité en professionnels, de leur activité et du temps d'accès aux professionnels pour chaque commune

APL moyen régional ~ APL national = 75

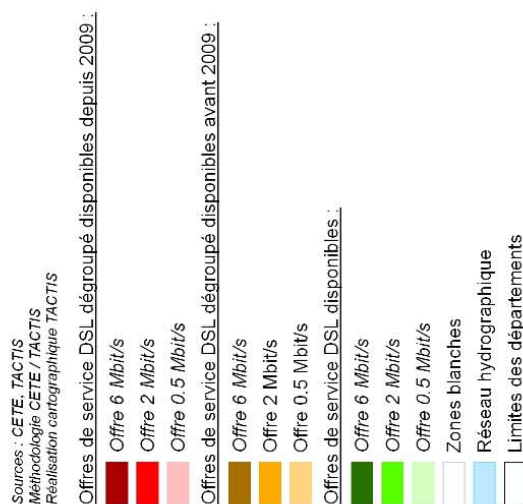
Seuil de fragilité : 40 pour les communes à moins de 30 mn d'un SMUR et 50 au-delà

71 % de la population en zone non fragile
20 % de la pop en zone fragile dès 2013
+9 % de la pop en zone fragile en 2018



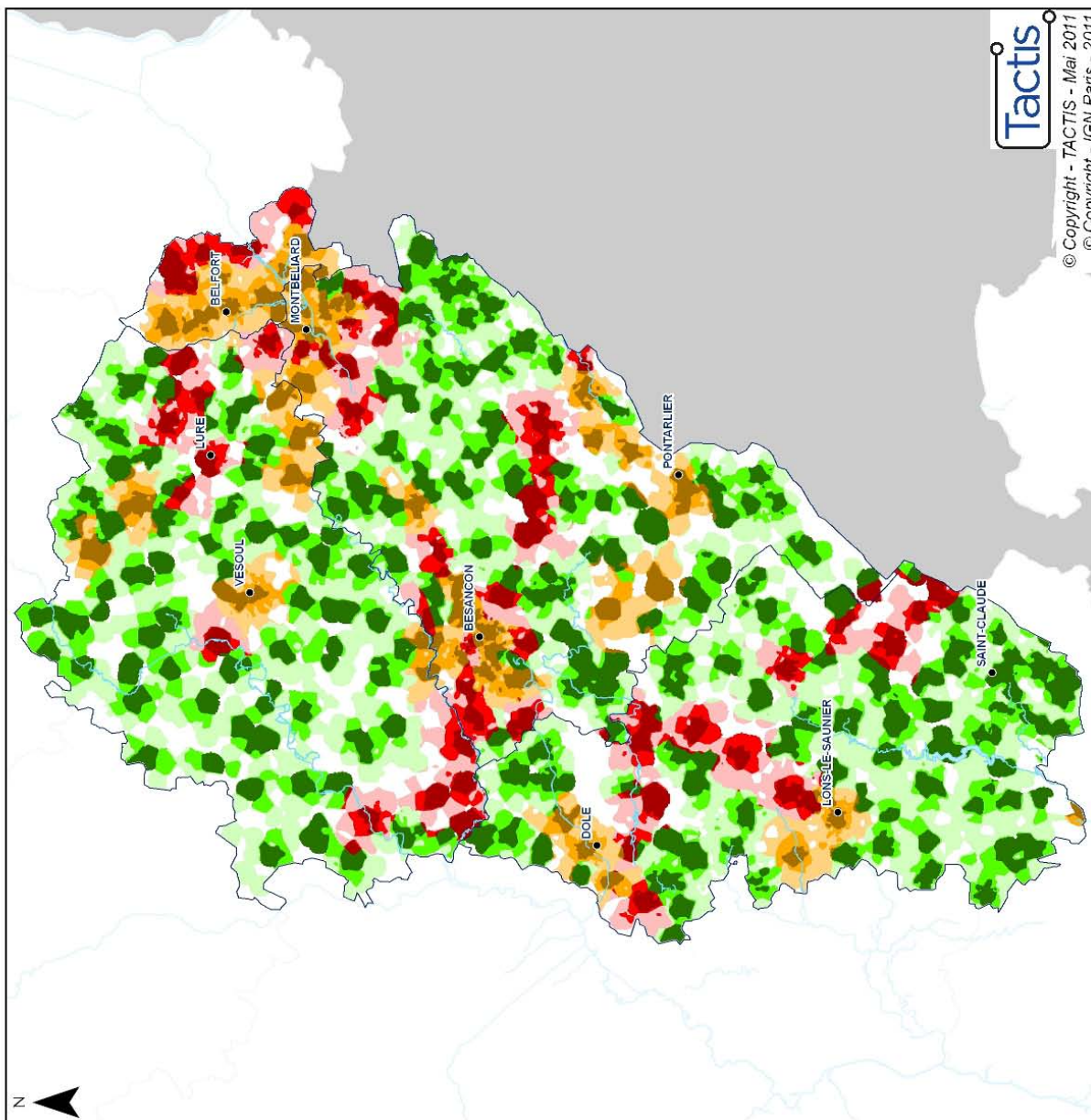
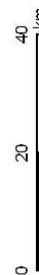
Evolution de la couverture de l'offre DSL dégroupé*

Région Franche-Comté

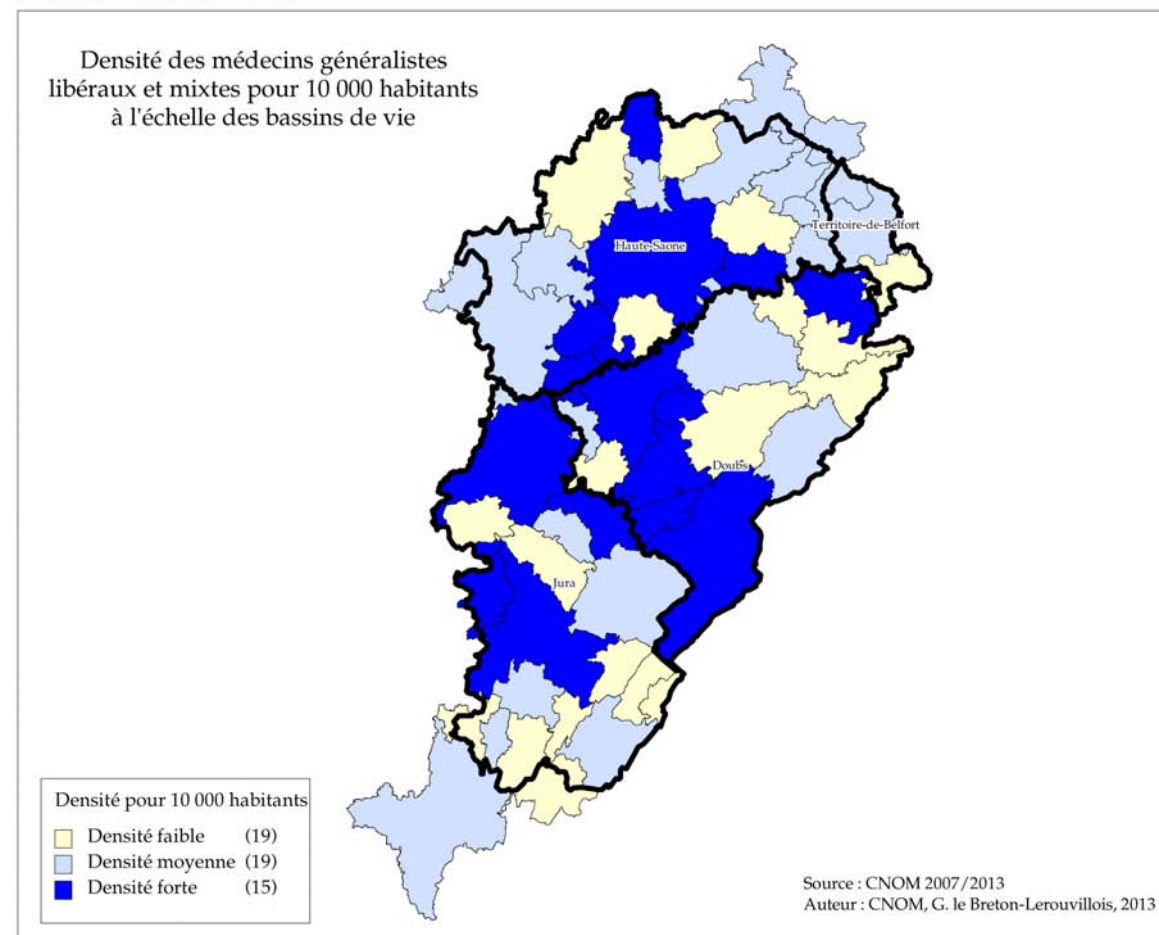


* Seules les offres DSL dégroupé "option 1" sont prises en compte (Lorsque les opérateurs installent leurs propres équipements dans les répartiteurs du réseau téléphonique ou à proximité immédiate)

Avertissement :
Cette carte, construite par échantillonnage géographique, a pour seul objectif de présenter une localisation approchée des zones sur lesquelles le service ADSL risque d'être nul ou dégradé.
Elle représente les performances permises par le réseau téléphonique cuivre, en supposant un équipement complet de tous les répartiteurs en technologie ADSL.
La cartographie cible prioritairement les zones rurales, et ne peut être considérée comme fiable au niveau des grandes agglomérations.
Par ailleurs, cette carte est issue du croisement entre les traitements du CETE et la zones d'entreprises théoriques des répartiteurs reconstituées par TACTIS.



● Carte n°3 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie

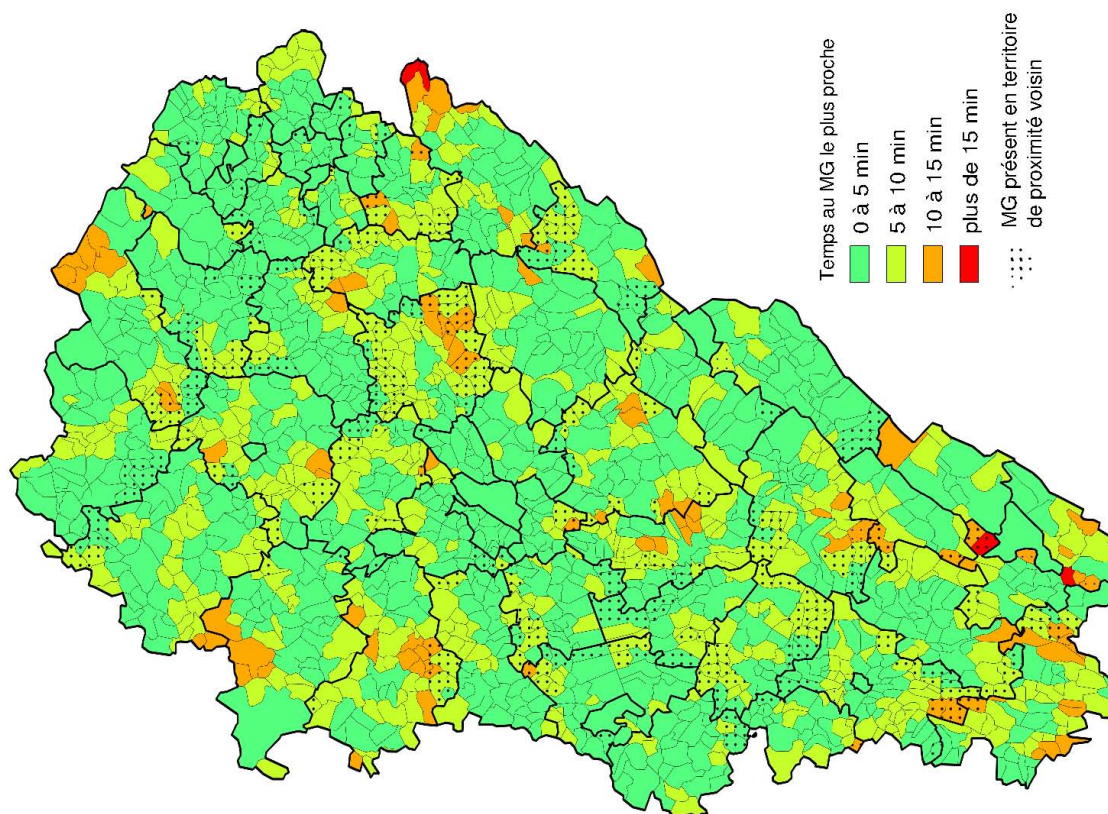


Carte n° 4: temps d'accès au médecin généraliste le plus proche
(source : ARS Franche-Comté)

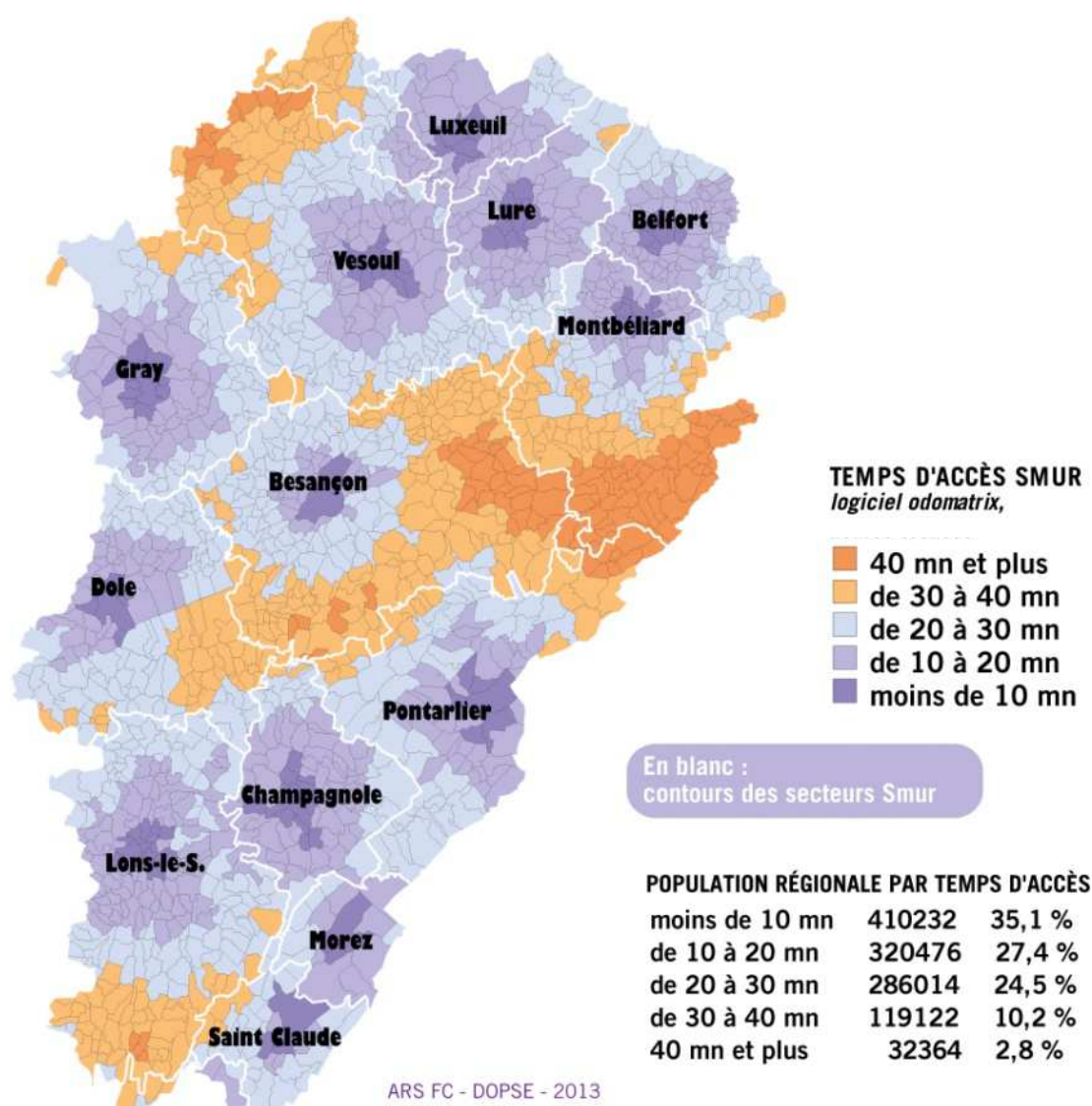
83 % de la population est à moins de 5 min d'un médecin généraliste

0,2 % de la population est à plus de 15 min d'un médecin généraliste

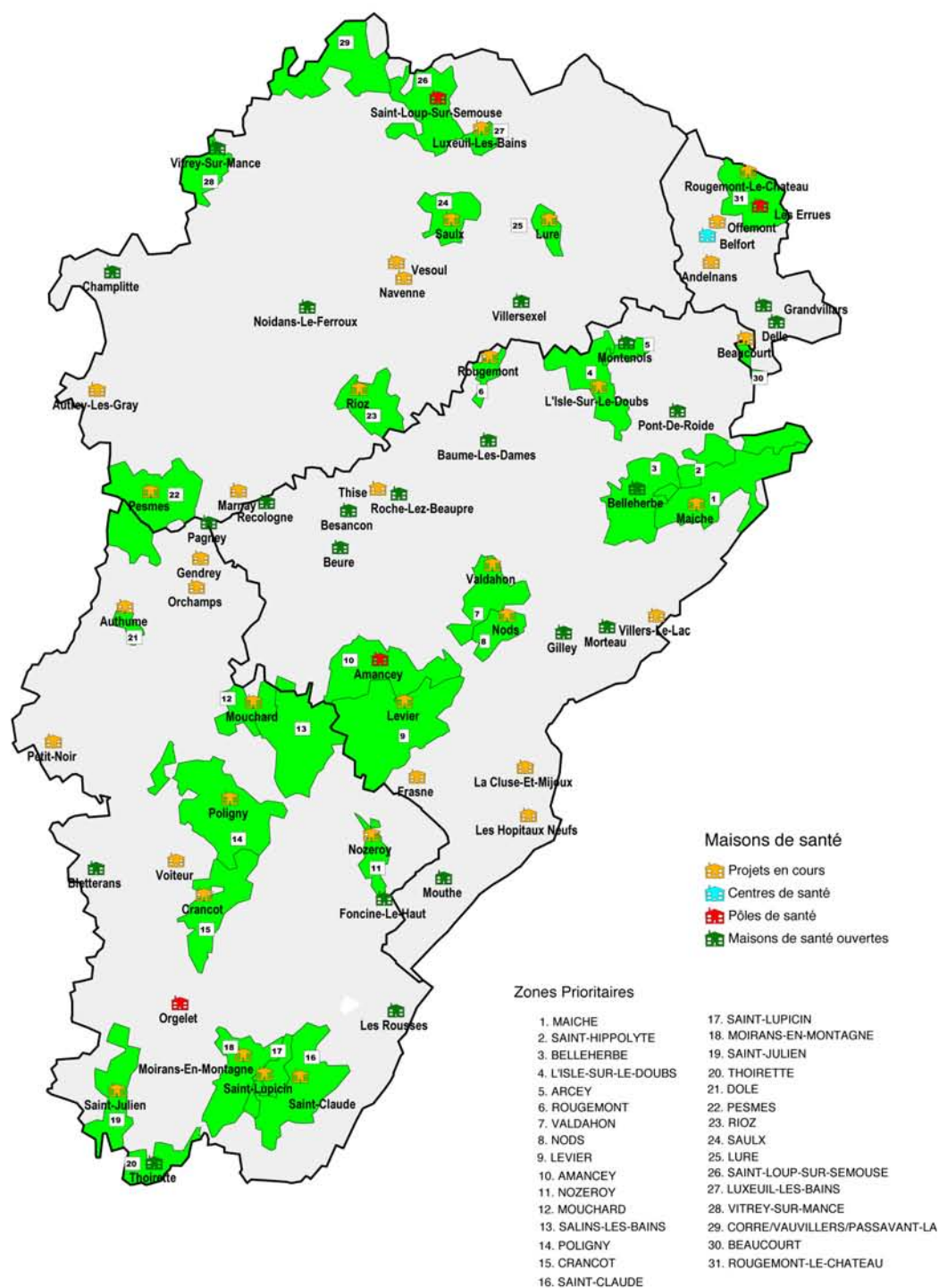
94 % de la population peut accéder au médecin le plus proche dans son territoire de proximité



Accessibilité Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation en Franche-Comté (SMUR)



Zones prioritaires et projets de maisons de santé en Franche Comté



Maisons, pôles ou centres de santé, Franche-Comté, janvier 2013

- Pôle de santé
- Centre de santé
- Maison de santé en activité
- Projet

ARS FC - DOPSE - 2013

ADSL > asymmetric digital subscriber line

AFF INNOVET > age friendly environment innovation network

APL > accessibilité potentielle localisée

ARESPA > association du réseau de santé de proximité et d'appui

ARS > agence régionale de santé

ARUCAH > association des représentants des usagers dans les cliniques, associations et hôpitaux de Franche-Comté

ASIP > agence des systèmes d'information partagés de santé

CISS > collectif inter associatif sur la santé

CMU > couverture maladie universelle

CNOM > conseil national de l'Ordre des médecins

CPDRFP > contrat de plan régional de développement des formations professionnelles

CRGE-FC > collège régional des généralistes enseignants de Franche-Comté

CRSA > conférence régionale de la santé et de l'autonomie

DMP > dossier médical personnel

DRESS > direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FEDER > fonds européen de développement régional

FÉMASAC > fédération des maisons de santé comtoises

FHF > fédération hospitalière de France

FSE > fonds social européen

HAD > hospitalisation à domicile

HAS > haute autorité de santé

INSEE > institut national de la statistique et des études économiques

MSA > mutualité sociale agricole

MSP > maison de santé pluridisciplinaire

OMS > organisation mondiale de la santé

PAPS > plate-forme d'appui aux professionnels de santé

PRAT > pôle régional d'appui aux territoires

PRS > projet régional de santé

RPPS > répertoire partagé des professionnels de santé

SAMU > service d'aide médicale d'urgence

SCORAN > stratégie de cohérence régionale pour l'aménagement numérique

SMUR > service mobile d'urgence et de réanimation

SROS > schéma régional de l'organisation des soins

SRCAE > schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie

SSIAD > service de soins infirmiers à domicile

TAD > transport à la demande

THD > très haut débit

TIC > technologie de l'information et de la communication

UFR-SMP > unité de formation et de recherche des sciences médicales et pharmaceutiques

Agence régionale de santé de Franche-Comté
www.ars.franche-comte.sante.fr

Association des représentants des usagers
dans les cliniques, associations et hôpitaux de
Franche-Comté
www.arucah.fr

Association du réseau de santé de proximité
et d'appui
www.arespa.org

Collectif interassociatif sur la santé
www.leciss.org

Collège régional des généralistes enseignants
de Franche-Comté
www.crge-fc.org

Fédération hospitalière de France
www.fhf.fr

Fédération des maisons de santé comtoises
www.femasac.fr

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des
Droits des femmes
www.sante.gouv.fr

Observatoire régional en santé publique
de Franche-Comté
www.orsp-franchecomte.org

Union régionale des professionnels de santé -
médecins libéraux (URPS-ML) de Franche-Comté
www.urps-ml-fc.fr

Références et bibliographie

Agence régionale de santé de Franche-Comté. *Projet régional de santé*. Février 2012

Alternatives économiques Poche n° 66. *Santé, l'état d'urgence*. Mars 2014

Bréchat Pierre-Henri et al. *Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple Franc-Comtois* ». Santé Publique, 2011/3 Vol. 23, p. 169-182

Caisse des dépôts. *Autonomie, innovation numérique et territoires. Retour d'expériences pour une meilleure conduite des projets de e-santé à destination des personnes âgées*. Rapport d'études, Février 2012

Commission démographie médicale, rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, 2005

Conférence Nationale de Santé. *Le service public territorial de santé (SPTS). Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*. Mars 2014

Conseil économique, social et environnemental. *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?* Avis rendu en décembre 2013

Conseil national de l'Ordre des médecins. *Atlas de la démographie médicale*. 2014

Conseil national de l'Ordre des médecins. *La démographie médicale en région Franche-Comté, situation en 2013*

Contribution du Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) Franche-Comté. Septembre 2014

Contribution de la Confédération Générale du Travail (CGT) Franche-Comté. Juin 2014

Contribution de Force Ouvrière (FO) Franche-Comté. Juillet 2014

Contribution de l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL) Franche-Comté. Août 2014

Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR). *Dynamiques territoriales de santé, Quels enjeux ? Quels outils ?* Actes du colloque organisé les 9 et 10 septembre 2010 à Arras. Novembre 2010

ETD, le centre de ressources du développement territorial. *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé : Quels moyens d'action ?* Juillet 2010

Giboudot Lorane. *Que sont devenus ceux qui avaient choisi la médecine générale suite aux ENC 2005 ? Étude qualitative sur les choix et le devenir professionnel de jeunes médecins deux ans après la validation du DES*. Thèse n° 11-060, bibliothèque universitaire de Besançon. 2011

Haut conseil en santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. 2009

Haute autorité de santé. *Audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Janvier 2009

Haute autorité de santé. *Rapport d'évaluation médico-économique. Efficience de la télémedecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*. Juillet 2013

Intersyndicale nationale autonome représentative des Internes en Médecine Générale. *Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR-IMG*. Avril 2013

Klinger Litale. *Évaluation qualitative de la satisfaction apportée par le réseau de coordination de soins à domicile ARESPA (Association Régionale de soins palliatifs), auprès de patients et de leurs médecins traitants*. Thèse n° 09- 105, bibliothèque universitaire de Besançon. 2009

Revue POUR n°214. *Santé en milieu rural : réalités et controverses*. Juillet 2012

Sénat. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, sur les territoires et la santé*. Juin 2011

Sénat. *Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*. Février 2013

Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques. Rapport dirigé par Eloi Laurent. Février 2013.





4, square Castan | CS51857 | 25031 Besançon cedex
Tél. 03 81 61 62 90 | Fax 03 81 82 83 03 |
cese@franche-comte.fr | **www.cese.franche-comte.fr**