

Sujet national pour l'ensemble des Centres de gestion organisateurs

**CONCOURS INTERNE ET TROISIEME CONCOURS
DE RÉDACTEUR TERRITORIAL
SESSION 2013**

Rédaction d'une note à partir des éléments d'un dossier portant sur L'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE des collectivités territoriales

Durée : 3 heures
Coefficient : 1

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET

↳ Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni votre numéro de convocation, ni signature ou paraphe.

↳ Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne, ...) autre que celles figurant le cas échéant sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître dans votre copie.

↳ Seul l'usage d'un stylo soit noir soit bleu est autorisé (bille, plume ou feutre). L'utilisation d'une autre couleur, pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.

Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.

Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce dossier contient 27 pages, y compris celle-ci

Sujet :

Vous êtes rédacteur territorial au sein de la commune de X. La directrice générale des services vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur le rôle des collectivités territoriales en matière d'offre de soins.

Liste des documents du dossier :

- Document 1** Dossier « La loi "hôpital, patients, santé et territoires" », « II. La réorganisation de la politique régionale de santé » (la loi « hôpital, patients, santé et territoires », le cahier juridique), ASH n°2629, 23 octobre 2009 – 4 pages
- Document 2** A. Vovard, « La désertification médicale va continuer à s'intensifier selon l'Ordre des médecins », www.lagazette.fr, 19 octobre 2012 – 3 pages
- Document 3** A. Hélias, « Démographie médicale. Résorber les inégalités territoriales », *La Gazette santé-social*, juin-juillet 2012 – 5 pages
- Document 4** « Santé et collectivités territoriales : des liens indiscutables mais de nature différente selon les approches conceptuelles », Sénat, extrait du rapport d'information sur les territoires et la santé, n° 600, session 2010-2011 – 5 pages
- Document 5** « Réorganiser l'offre de soins de premier recours », *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé. Quels moyens d'action ?*, Etd, Le centre de ressources du développement territorial, 2010 – 4 pages
- Document 6** E. Favereau, « Déserts médicaux et dépassements d'honoraires : un cocktail catastrophique », www.liberation.fr, 16 octobre 2012 – 2 pages
- Document 7** V. Olivier, « Déserts médicaux : nous ne sommes pas des fainéants », *L'Express*, 13 décembre 2012 – 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents volontairement non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

La loi « hôpital, patients, santé et territoires »

[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, J.O. du 22-07-09]

Décloisonner le sanitaire et le médico-social pour mieux soigner, tout en veillant à l'équilibre financier du système de santé. Tels sont les objectifs que la loi « HPST » du 21 juillet dernier assigne aux agences régionales de santé, dont la création a des conséquences notamment sur les principes d'autorisation et de planification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Moderniser le système de santé, continuer à garantir sa qualité et permettre l'accès de tous aux soins. Tels sont les objectifs poursuivis par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ».

Si les trois premiers titres du projet de loi (modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, prévention et santé publique) ont peu d'incidences directes sur le secteur médico-social, son titre IV constitue en revanche une véritable révolution avec la mise en place d'une gestion transversale du sanitaire et du médico-social par un acteur unique, l'agence régionale de santé (ARS). Présentée comme la clé de voûte de la réforme de l'organisation du système de santé promise par le président de la République, la mise en place de ces agences est aussi annoncée comme un remède aux maux dont souffre le système de santé français, et plus particulièrement à sa segmentation en différents secteurs pourtant interdépendants : prévention, médecine de ville, hôpital, secteur médico-social...

Une segmentation accusée de compromettre aussi bien l'accès aux soins et leur qualité que l'équilibre financier de l'assurance maladie.

Malgré le consensus sur la nécessité d'une réforme du système de santé et sur l'utilité de décloisonner le sanitaire et le médico-social, l'annonce de la création des agences régionales de santé a suscité l'inquiétude des associations gestionnaires du secteur médico-social, notamment au plan budgétaire. Ainsi, l'inclusion du secteur médico-social financé par l'assurance maladie dans le champ de compétence de l'ARS fait craindre des transferts d'enveloppe du médico-social vers le sanitaire ou encore des transformations de lits d'hôpitaux en places en établissements médico-sociaux sans transfert d'enveloppe. Pour répondre à ces inquiétudes, la fongibilité asymétrique préconisée par la mission « Bur » pour sanctuariser les crédits du médico-social (1), non prévue dans le projet de loi initial, a finalement été intégrée dans le texte lors de son examen au Parlement (voir encadré, page 50).

Reste que la mise en œuvre concrète de la réforme continue de susciter la vigilance du secteur (2). Ce, d'autant plus qu'elle nécessite « 150 textes d'application » à publier avant juin 2010, a indiqué la ministre de la Santé dans une communication en conseil des ministres du 30 septembre. « Je veillerai à ce que le médico-social ait toute sa place dans le cadre de la mise en œuvre de la loi "hôpital, patients, santé et territoires" », a assuré, pour sa part, le ministre de la Solidarité le 20 octobre devant le nouveau conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. « Je tiens à ce que les textes les plus importants de la loi HPST soient l'objet d'une concertation avec le secteur médico-social, tel que le décret sur la procédure d'appel à projets qui [...] suscite quelques inquiétudes », a-t-il ajouté. (...)

(1) Voir ASH n° 2544 du 8-02-08, p. 13.
(2) Voir ASH n° 2626 du 2-10-09, p. 21.

PLAN DU DOSSIER

DANS CE NUMÉRO

- I. La création des agences régionales de santé
 - A. Les missions et les compétences des ARS
 - B. L'organisation et le fonctionnement des ARS
 - C. La coordination des ARS au niveau national
 - D. La contractualisation avec les offreurs de services de santé
- II. La réorganisation de la politique régionale de santé
 - A. Un projet régional de santé
 - B. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie
 - C. Les territoires de santé
 - D. Les conférences de territoire

DANS DE PROCHAINS NUMÉROS

- III. Les mesures concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- IV. Les mesures relatives à la santé
- V. La réforme de l'hôpital

(...)

II. LA RÉORGANISATION DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ (ART. 118)

La création des agences régionales de santé s'accompagne d'une réorganisation de la politique régionale de santé qui a vocation à entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2010 (art. 131, I de la loi). La politique régionale de santé s'appuiera sur un projet régional de santé, des schémas régionaux de mise en œuvre, une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des territoires de santé et des conférences de territoire.

L'actuel schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, est supprimé. Il en est de même du comité régional de l'organisation sanitaire, instance chargée de rendre un avis sur le projet de SROS. Cette suppression interviendra 6 mois après l'entrée en vigueur du décret mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011 (art. 131, III de la loi).

A. UN PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le projet régional de santé est arrêté par le directeur de l'ARS (CSP, art. L. 1432-2, al. 5 nouveau).

1. LES OBJECTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Mettre fin à la coexistence « de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux » et « assurer la transversalité de la politique conduite par l'ARS ». Tels sont les « 2 objectifs essentiels » du projet régional de santé, indique l'exposé des motifs de la loi.

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit

dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale (CSP, art. L. 1434-1 nouveau).

Il est constitué (CSP, art. L. 1434-2, al. 1 à 5 nouveaux) :

■ d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région. Ce plan doit en outre prévoir des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;

■ de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

■ ainsi que de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé.

Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région (CSP, art. L. 1434-3 nouveau).

2. LES SCHÉMAS RÉGIONAUX DE MISE EN ŒUVRE

a. Un schéma régional de prévention

Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire (CSP, art. L. 1434-5 nouveau).

Au titre de ses actions de prévention, l'ARS attribue des crédits provenant des fonds constitués au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse nationale du régime social des indépendants et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doit fixer, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention (CSP, art. L. 1434-6, al. 2 nouveau).

A noter : une mesure de fongibilité asymétrique sanctuarise les crédits attribués aux ARS au titre de la prévention (voir encadré, page 50).

b. Un schéma régional d'organisation des soins

Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique (CSP, art. L. 1434-7, al. 1 nouveau). A ce titre, il (CSP, art. L. 1434-7, al. 2 à 6 nouveaux) :

- précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux ;
- prend en compte les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ;
- tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires ;
- contribue à une meilleure répartition géographique des professionnels et des services de santé (maisons, pôles et centres de santé) ;
- organise la coordination entre ces différents services de santé et les établissements de santé qui assurent une

activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé, les conditions de cette coordination étant définies par le directeur de l'ARS. En fonction des besoins de la population, le schéma fixe, par territoires de santé, notamment les objectifs de l'offre de soins, les créations, regroupements et coopérations entre établissements de santé, les missions de service public assurées par les établissements de santé ainsi que, entre autres, les centres, maisons et les pôles de santé (CSP, art. L. 1434-9, al. 1 à 5 nouveaux).

Les ARS peuvent également arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins (CSP, art. L. 1434-10, al. 10 nouveau).

c. Un schéma régional d'organisation médico-sociale

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux qui relèvent de la compétence des ARS en matière d'autorisation, de contrôle et de ressources (voir encadré, page 48) afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie (CSP, art. L. 1434-12, al. 1 nouveau).

Il doit en outre permettre l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale re-

OBJECTIFS 2010 DES ARS : LES CRITIQUES DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ

Saisie par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS) d'un projet de document relatif aux objectifs des agences pour 2010, la Conférence nationale de santé (CNS), dans un avis adopté le 8 octobre dernier, se déclare « satisfaite de l'économie générale du document qui lui a été présenté », mais critique quand même un certain nombre de points, telle la carence de prise en compte des questions de soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap. La CNS insiste, tout d'abord, sur le fait que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui seront passés entre l'Etat et les directeurs des ARS (voir page 52), et qui comporteront notamment les objectifs des agences, doivent avoir un

caractère transitoire. Chaque ARS devra en effet élaborer et adopter au cours de l'année, « vraisemblablement avec effet en 2011 », un projet régional de santé « dont découleront nécessairement des objectifs régionaux spécifiques, complémentaires des objectifs appréhendés au plan national et non dénués de toute influence sur ces derniers ». C'est pourquoi les CPOM doivent « comporter une clause faisant ressortir que les objectifs qu'ils contiennent sont adaptés, en tant que de besoin, après l'adoption du projet régional de santé ». La Conférence nationale de santé regrette par ailleurs que « les missions de santé publique et de prévention n'aient pas donné lieu à la détermination d'objectifs spécifiques ». Même si elle reconnaît que les ARS ne

disposent pas de tous les leviers nécessaires en la matière – notamment économique et fiscaux –, elle n'en estime pas moins « déplorable » le non-affichage d'objectifs dans ces domaines. La CNS critique également l'absence d'objectifs sur l'autonomie, en particulier celle des personnes handicapées, « au risque d'accroître la perception des agences régionales de santé comme outils sanitaires avant toute chose ». Dans le même ordre d'idées, elle considère que les objectifs doivent mieux faire ressortir les préoccupations relatives à l'accès aux soins des personnes démunies. Elle « craint même que les objectifs retenus cantonnent ce sujet "aux portes" des agences régionales de santé ». Pour la CNS, la coordination entre les politiques de santé et

les politiques sociales « est particulièrement indispensable » si l'on veut améliorer la prise en charge des personnes les plus démunies, de celles ayant des difficultés spécifiques (addiction à l'alcool, aux produits stupéfiants...), des personnes handicapées et des personnes âgées. Autres critiques : les objectifs des ARS font l'impasse sur la démocratie sanitaire, « dans l'approche individuelle autant que dans la dimension collective », et ne prennent pas bien en compte ni les contributions d'intervenants de la société civile (associations, structures gestionnaires d'établissements médico-sociaux...), ni la concertation avec les collectivités locales en dehors de leur participation aux commissions créées par la loi HPST. ■

vant de la compétence de l'ARS. Pour les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées, y compris expérimentaux, l'établissement et l'actualisation du schéma doivent être établis en tenant compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie qui sont arrêtés par les conseils généraux de la région (CSP, art. L. 1434-12, al. 2 nouveau). Le schéma régional d'organisation médico-sociale et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie sont élaborés et arrêtés par le directeur de l'ARS après consultation de la commission de coordination compétente de l'agence (voir page 51) et avis des présidents des conseils généraux. Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées (CSP, art. L. 1434-12, al. 3 et 4 nouveaux). Jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale, le directeur général de l'ARS est tenu de prendre en compte les actuels schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale qui portent sur les catégories d'établissements qui relèvent de la compétence de l'agence (art. 131, II de la loi).

B. LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétences de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale (CSP, art. L. 1432-4, al. 1 nouveau).

L'ARS est tenue de mettre à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement (CSP, art. L. 1432-4, al. 2 nouveau).

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des

représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. Elle est également chargée d'organiser le débat public sur les questions de santé de son choix. Ses avis sont rendus publics (CSP, art. L. 1432-4, al. 3 à 5 nouveaux).

A noter : les mandats des membres des actuelles conférences régionales de santé, en cours ou arrivant à échéance d'ici à la fin de l'année 2009 ou en 2010, sont prorogés jusqu'au 1^{er} juillet 2010 (art. 131, XIV de la loi).

C. LES TERRITOIRES DE SANTÉ

L'ARS est chargée de définir les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être **infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux**. Ils sont définis après avis du préfet de région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du préfet de chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires (CSP, art. L. 1434-16 nouveau).

D. LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

Dans chaque territoire de santé, le directeur de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. En outre, elle peut faire toute proposition au directeur de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. La mise en œuvre de ce dernier peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social (CSP, art. L. 1434-17 nouveau).

A SUIVRE...

DOCUMENT 2



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La désertification médicale va continuer à s'intensifier selon l'Ordre des médecins

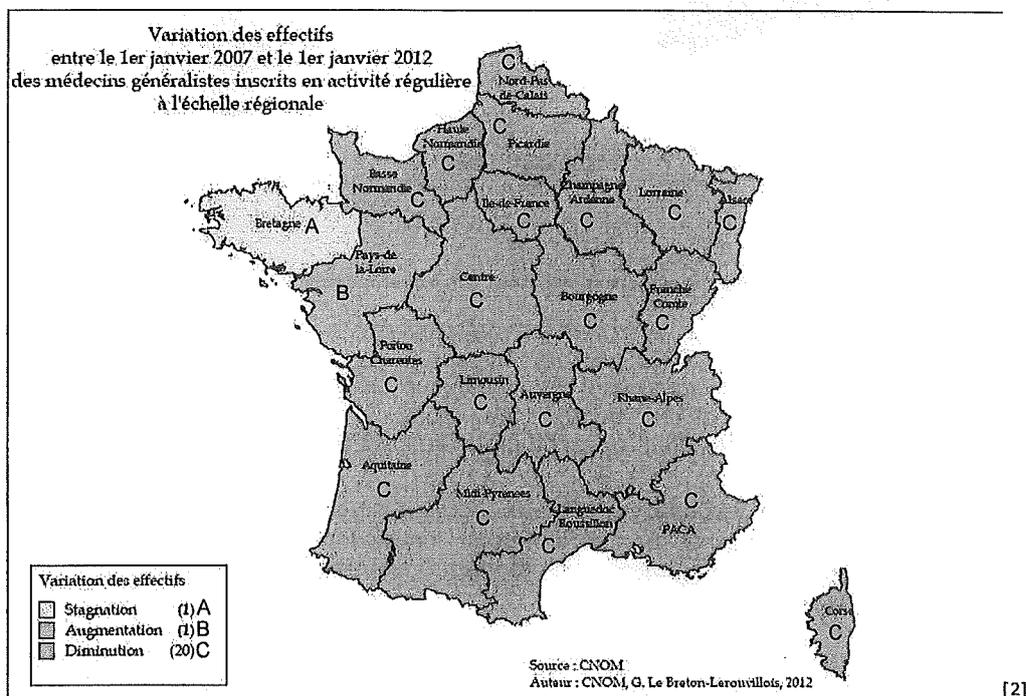
A. Vovard | France | Publié le 18/10/2012 | Mis à jour le 19/10/2012

L'atlas national de la démographie médicale présenté jeudi 18 octobre 2012 par le Conseil national de l'ordre des médecins fait un constat sans appel : les déserts médicaux seront bientôt encore plus nombreux.

La baisse du nombre de médecins, observée entre 2007 et 2012, va notamment s'accroître en Picardie, où la densité médicale est déjà faible. Comme l'UFC-Que choisir il y a quelques jours, ^[1] cette étude du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) montre également que l'Île-de-France verra son attractivité diminuer d'ici 2017.

De même que le Sud de la France, et ce « au profit du Grand ouest », précise son président Michel Legmann.

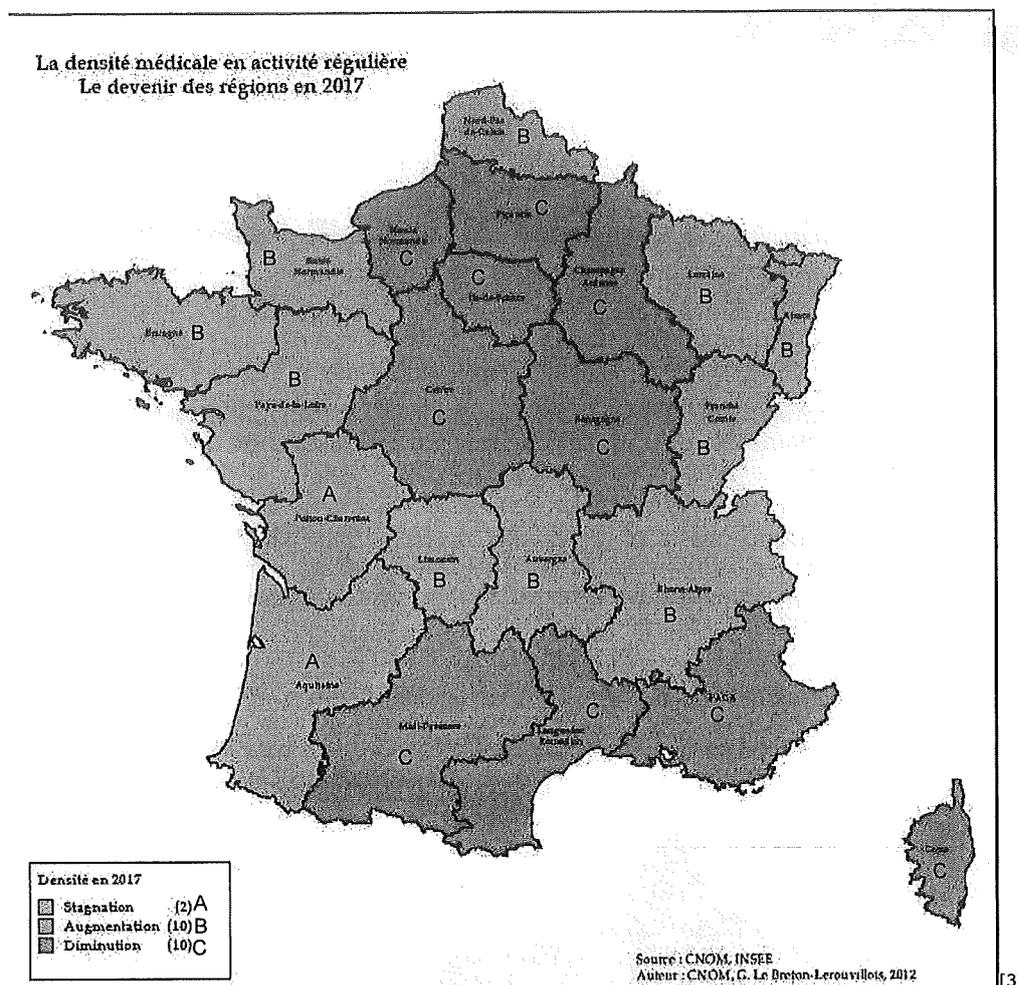
La baisse attendue du nombre de médecins franciliens est de - 5,1 % (- 4,1 % en Paca).



Selon la définition du Cnom, l'activité régulière correspond aux médecins exerçant une activité sur un ou plusieurs sites autorisés.

Le Grand ouest nouvel eldorado - Au total, dix régions vont voir leur densité moyenne de médecins augmenter, et dix autres vont la voir baisser – elle se stabilise dans deux régions : Poitou-Charentes et Aquitaine.

Dans le Centre, 2^e région la moins dotée aujourd'hui, la densité devrait passer de 245,5 médecins pour 100 000 habitants à 237,7 en 2017, alors que la moyenne actuelle est à 306,2.



Selon la définition du Cnom, l'activité régulière correspond aux médecins exerçant une activité sur un ou plusieurs sites autorisés.

Lueur d'espoir - Pour l'Ordre des médecins, il y a « une lueur d'espoir » : 35 % des médecins nouvellement inscrits se sont installés en libéral, alors qu'ils n'étaient que 10 % en 2006. Par ailleurs, près de 80 % s'installent dans leur région de première inscription.

Mais face à la gravité de la situation, le Cnom reste frileux. Après avoir surpris, en mai dernier, en se prononçant en faveur d'une certaine dose de coercition pour l'installation des médecins, il a diffusé mardi 16 octobre un communiqué ^[4] indiquant un net retour en arrière, puisqu'il « rejette une régulation coercitive » pour les nouveaux installés.

Mais pour Patrick Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale au Cnom, le travail de réflexion se poursuit. « Si ce n'est pas une solution à laquelle la profession adhère, ce n'est pas une solution à prôner pour l'Ordre des médecins. »

L'ensemble des acteurs seraient en revanche favorables à une « régulation incitative », dont l'inconvénient est que « le résultat sera plus long à atteindre »...

Piètre effet des mesures incitatives - L'Ordre des médecins fait pourtant état d'un piètre effet des mesures incitatives sur l'installation des médecins. En Picardie, alors que 318 communes déficitaires sont dénombrées, un seul médecin généraliste s'y est installé.

En Rhône-Alpes, on recense 3 installations, alors que 254 communes sont concernées... « Les jeunes générations souhaitent connaître davantage les mesures incitatives, bien que leur portée soit limitée », souligne à ce propos Patrick Romestaing.

Michel Legmann avance comme une des solutions à la désertification le recours aux médecins retraités, qui sont au nombre de 52 000 actuellement.

D'autant plus que la majorité d'entre eux exerce en secteur libéral. 17,3 % continuent à travailler après la retraite – dont 31 % en Ile-de-France. Une proportion qui pourrait tripler selon Michel Legmann.

Solliciter davantage les médecins retraités - Autre piste avancée : les médecins remplaçants, au nombre de 10 000 – près d'un sur deux s'installe dans un délai de 4 ans. « Il faudrait en outre que davantage de cars médicalisés puissent sillonner les territoires pour prendre la tension, vérifier le diabète, etc. », souligne le président du Cnom.

Quant aux maisons de santé pluridisciplinaires, elles présentent le défaut d'un manque de lisibilité sur le financement dans le futur, selon Patrick Romestaing.

Le Cnom analyse enfin pour la première fois le cas des médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France. Ils sont environ 20 000, venant principalement d'Algérie et de Roumanie, privilégient l'exercice salarié.

Et, surtout, aucun de ceux qui se sont inscrits à l'Ordre des médecins en 2011 ne s'est installé dans une commune recensée comme étant déficitaire...

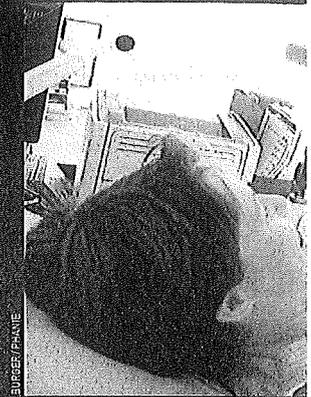
REFERENCES

L'atlas national de la démographie médicale pour 2012

DOSSIER



20 départements
comptent moins de
100 infirmiers libéraux pour
100 000 habitants.



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Résorber les inégalités territoriales

DOSSIER RÉALISÉ PAR AURÉLIEN HÉLIAS

Des médecins vieillissants, un rejet des conditions de travail en médecine générale, un nombre très restreint de jeunes désireux de s'installer en zone rurale ou périurbaine, déjà insuffisamment dotées : plus que jamais, les populations évoquent le sentiment de vivre dans « des déserts médicaux ».

Pourtant, jamais la France n'a compté autant de médecins. « En trente et un ans [depuis 1980, ndlr], le nombre de médecins actifs est

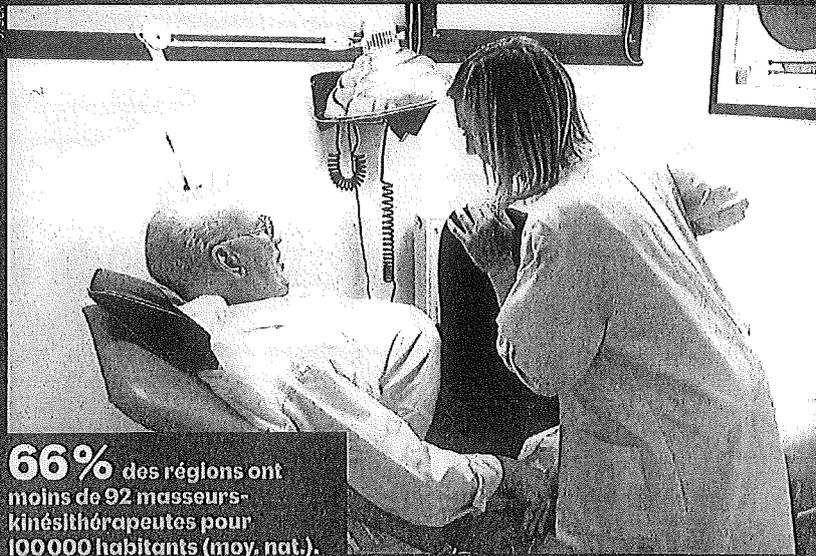
passé de 112 066 à 216 145, soit une hausse de 92,9% », se plaît à souligner l'ordre national de la profession. Une statistique qui a longtemps permis à celui-ci de clamer l'absence de problème de démographie médicale.

C'est en effet la répartition des médecins qui pêche : là où, en 2011, la région Paca affiche une densité de 370 praticiens pour 100 000 habitants, la Picardie peine à atteindre les 240 ; là où Paris se repose sur une densité de 227 médecins, l'Eure dépasse difficilement le cap des 100... Sans compter qu'un département

LES « MÉDECINS VOLANTS » AUTORISÉS

Le décret d'actualisation du code de déontologie médicale (*) signé le 7 mai par l'ancien ministre de la Santé, Xavier Bertrand, autorise les « médecins volants ». En effet, la règle selon laquelle le professionnel remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée de son remplacement est assouplie : désormais, des « dérogations » peuvent être accordées par le conseil départemental de l'Ordre, « dans l'intérêt de la population, lorsqu'il constate une carence ou une insuffisance de l'offre de soins ». En outre, si la « médecine foraine » – soit le fait pour un médecin libéral d'exercer dans plusieurs lieux – reste interdite, un médecin peut dorénavant « être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile, selon un programme établi à l'avance, [et ce], quand les nécessités de la santé publique l'exigent ».

(*) Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012. Lire également p. 37.



66% des régions ont moins de 92 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants (moy. nat.).

Sources : Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), mars 2012; Schmitt (Université de la Terre de la Santé)

DÉSÉQUILIBRE. Trois ans après le vote de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, les zones rurales et périurbaines restent touchées par la désertification médicale.

LIMITES. Malgré le succès relatif des maisons pluridisciplinaires de santé, les actions incitatives présentent des résultats décevants, du fait du pouvoir limité des agences régionales de santé.

INNOVATIONS. La délégation de tâches et la télé-médecine ouvrent cependant des perspectives nouvelles.

sur deux enregistre une densité inférieure à la moyenne, toujours selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom).

Et les tendances ne prêtent guère à l'optimisme, tant le vieillissement des professionnels touchera en premier lieu les zones les plus déficitaires. Depuis 2006, le nombre de médecins retraités a augmenté de 35%, tandis que celui des actifs ne progressait que de 3,5%. Les médecins âgés de plus de 55 ans représentent 43% des effectifs; les moins de 40 ans, seulement 14%. Ainsi, en l'absence d'action publique sou-

tenue et à comportement constant des professionnels, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) prévoit un scénario où les espaces ruraux compteraient 25% de médecins de moins en 2030 par rapport à 2006.

Effets d'aubaine

La loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, dite « HPST », est pourtant passée par là, dotant les agences régionales de santé (ARS) alors créées « d'une unité de commandement, d'un pouvoir de conditionner les autori-

sations d'installation sanitaire à l'accomplissement de missions de service public et de schémas régionaux d'organisation des soins, même s'ils ne sont pas opposables! » liste Patrice Blémond, ancien directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (remplacée par l'ARS) de Franche-Comté. Mais ces moyens, « qui restent incitatifs, n'ont pas donné de résultats probants, seulement des effets d'aubaine », déplore-t-il. « Remettre en cause le principe de libre installation des médecins ne servirait à rien, car ils se précipiteraient alors sur les postes

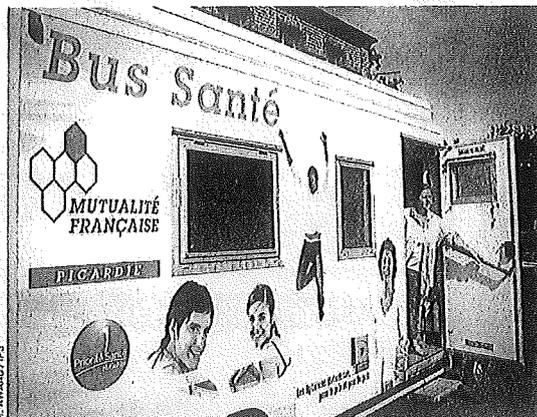
salariés, dont beaucoup aujourd'hui ne sont pas pourvus », oppose le docteur Claude Leicher, président du premier syndicat de médecins généralistes, MG France.

Les autres dispositifs incitatifs prévus par la loi « HPST » se révèlent, eux aussi, peu concluants. En avril 2011, seule la moitié des 400 contrats d'engagement de service public – qui assurent aux étudiants en médecine une bourse de 1 200 euros par mois en échange de leur engagement à exercer en territoire sous-doté à la sortie de leurs études – avaient trouvé preneurs.

>> Pire: le sort réservé aux contrats santé-solidarité que les directeurs d'ARS pouvaient proposer aux médecins des zones surdenses pour les faire participer à la couverture des besoins de santé dans les zones où l'offre est insuffisante. Alors que les professionnels concernés ne pouvaient refuser de signer que moyennant une contribution forfaitaire annuelle (jusqu'à 3000 euros), ces contrats ont été supprimés par la loi dite « Fourcade » ou « HPST 2 » (1). Or ils constituaient la seule « mesure de régulation de la démographie médicale [...] allant au-delà des mesures à caractère simplement incitatif mises en œuvre jusqu'alors », soulignaient les députés Christian Paul (PS) et Jean-Marie Rolland (UMP), dans leur rapport sur la mise en application de la loi « HPST » (2).

Bonus-malus

Au final, ces dispositions ne s'avèrent pas à la hauteur des enjeux, et seules les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) semblent tenir leurs promesses (lire p. 22). Les autres solutions évoquées n'y répondent qu'à la marge. Les bus santé, expérimentés dans certaines régions, sont surtout destinés à mener des actions de prévention et de dépistage. Quant au relèvement du *numerus clausus*, ses effets ne se feront ressentir que dans dix ans et



Certaines solutions demeurent marginales, comme les bus santé, surtout destinés à la prévention et au dépistage.

seulement si les jeunes médecins acceptent de s'installer dans les zones sous-dotées...

Reste la piste d'une limitation du principe de liberté d'installation. Des systèmes de « bonus-malus » à l'installation sont ainsi testés depuis plusieurs années par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), par voie de convention. Les infirmiers libéraux ont étreint ce mode de rééquilibrage territorial. Dès 2008, un accord était conclu entre la Cnam et les syndicaux représentatifs pour inciter les installations dans les zones sous-dotées, tout en plafonnant celles dans les zones surdotées. Les résultats s'avèrent significatifs: entre 2008 et 2011, les

effectifs ont augmenté de 33,5 % dans les territoires « très sous-dotés » et, dans le même temps, ont diminué de 2,9 % dans ceux suffisamment pourvus.

« Nous étions réticents à remettre en cause le principe de liberté d'installation. Mais une enquête menée en 2011 auprès de nos adhérents nous a poussés à changer de position, témoigne Annick Touba, présidente du Syndicat national des infirmiers et des infirmières libérales (Snil). D'autant que l'écart entre le Nord et le Sud en matière d'effectifs était vraiment trop grand. Il nous fallait assurer l'accès aux soins, même si nous exerçons en libéral. »

Zonage

En septembre 2011, un nouvel accord doublant le nombre de zones « très sous-dotées » et surdotées a été conclu, afin d'accélérer le rééquilibrage territorial de ces professionnels. La Cnam ambitionne d'atteindre, fin 2015, une densité de l'ordre de 115 infirmiers pour 100 000 habitants dans les zones les plus déficitaires (contre 85 aujourd'hui), et de 171 dans les zones les mieux pourvues (contre 192 actuellement).

Fort de ces résultats, l'assurance maladie a contracté avec d'autres professions libérales, dont les sages-femmes en janvier, sur la base d'un

dispositif similaire. Dans les zones sous-dotées, les caisses d'assurance maladie participent à l'équipement du cabinet (dans la limite de 3000 euros par an pendant trois ans au maximum), ainsi qu'aux cotisations dues au titre des allocations familiales des professions indépendantes. A l'inverse, dans les zones surdotées, l'accès au conventionnement d'une sage-femme qui décide de s'installer ne peut s'effectuer que si une praticienne cesse son activité ou la réduit d'au moins 50%.

Là aussi, les syndicats se montraient réticents, de prime abord. « Mais nous avions compris que nous ne pouvions obtenir la revalorisation de nos actes sans signer un avenant sur la démographie », avoue volontiers Christelle Gerber Montaigu, La présidente de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes

7,34%

DE LA POPULATION vit dans des « zones fragiles », du point de vue de l'offre de soins de ville.

Sources: arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article 1434-7 du Code de la santé publique.

(ONSSF) conteste toujours l'existence de territoires « surdotés ». En revanche, elle confirme le manque d'effectifs, dans « certaines zones, où les femmes n'ont plus accès aux sages-femmes, [alors que] l'on se dirige vers une baisse du nombre de gynécologues-obstétriciens et que se confirme la volonté de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [Uncam] de mettre les sages-femmes au cœur du suivi des grossesses ». Et de souligner le caractère fragile du zonage, le maillage n'étant pas suffisamment fin. Raison pour laquelle l'ONSSF souhaite mettre en place, dès 2013, un observatoire de la répartition des effectifs.

QUEL RÔLE POUR LES CENTRES DE SANTÉ ?

Du fait de leur fragile équilibre financier – lequel repose, le plus souvent, sur les contributions des collectivités territoriales –, les centres de santé s'interrogent sur leur avenir. Pourtant, certaines collectivités, à l'instar de la région Midi-Pyrénées, ont choisi d'utiliser ces structures, partant du constat que « tout ne peut pas être axé sur l'exercice libéral, même en maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ». Président de l'Agecsa (*), le docteur Pierre Micheletti souligne l'intérêt « de ces centres où les professionnels, salariés, ne sont pas contraints par les résultats économiques de leur activité, contrairement à leurs homologues des MSP. Ils peuvent donc effectuer davantage de prévention et d'éducation à la santé ». Les centres constituent également un moyen de proposer une offre de soins en milieu périurbain, « là où se trouvent les populations les plus précaires » et où les MSP tardent à s'installer.

(* Association de gestion des centres de santé de Grenoble.

Maisons de santé: l'union fait la force... en zone rurale

Plébiscitées surtout en milieu rural, les maisons de santé constituent un outil utile d'aménagement de l'offre de soins, malgré certaines limites.

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (art. 44) et le vote de la loi « HPST », le ministère de la Santé a fait de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) son principal outil de lutte contre les déserts médicaux. Le principe de fonctionnement est simple: réunir, en un même lieu et avec l'appui des collectivités territoriales, plusieurs professionnels de santé – dont au moins deux médecins généralistes collaborant avec un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, etc.) – afin

de créer une offre de soins adaptée et de mutualiser les coûts administratifs et immobiliers.

Aujourd'hui, près de 500 MSP sont en projet et 230 déjà installées. Parmi elles, 142 recevaient un appui du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), en 2010. « Leur multiplication est inéluctable, car les jeunes ne veulent plus travailler seuls », observe Annick Touba, présidente du Syndicat national des infirmiers et des infirmières libérales et coauteure d'un rapport sur le sujet (1). « Les MSP présentent un véritable intérêt dans les zones où l'offre se raréfie, des médecins devant partir à la retraite, et où les professionnels et les élus portent un projet de santé », estime le docteur Laurent El Ghozi, président de l'association Elus, santé publique et territoires (ESPT).

Projets de territoire

L'analyse des besoins, primordiale, évite que ne fleurissent des MSP qui seraient autant de coquilles vides. Car la procédure s'avère longue et parfois complexe, même si les pouvoirs publics ont tenté d'harmoniser les pratiques et les financements depuis la loi « HPST », grâce à la circulaire du 27 juillet 2010 (2) et à la création d'un statut juridique plus souple, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (3).

Louées par tous, les MSP montrent toutefois quelques limites. D'abord, le caractère « opportuniste » de certaines réalisations: « Souvent, ce sont de grands cabinets appartenant à des groupes qui profitent d'aides publiques pour s'installer », constate Laurent El Ghozi. Lequel déplore également la « logique profondément libérale des MSP qui met en concurrence les territoires et les

PERSPECTIVE

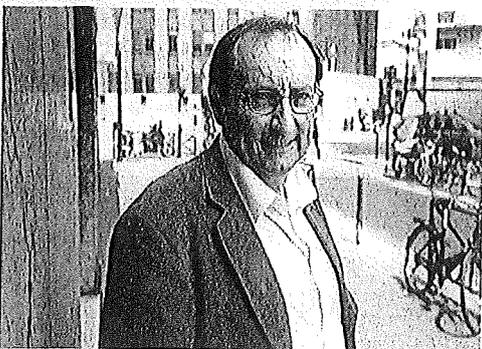
Certaines maisons de santé pourraient devenir « universitaires », en accueillant des titulaires universitaires de médecine générale et des étudiants notamment. Au-delà de l'intérêt d'exporter l'expertise de la qualité des soins hors des murs de l'université, l'objectif est de favoriser l'identification professionnelle et territoriale des jeunes professionnels formés au sein de la maison de santé pluridisciplinaire.

collectivités pour attirer chez elles les médecins. On déplace des médecins, sans pour autant créer de temps médical. » En outre, les financements publics ne sont pas conditionnés « à la réalisation de missions de service public; accueil de tous les publics en secteur 1, gardes, participation aux actions publiques de santé, etc. »

Autre limite, si la MSP est plébiscitée dans les campagnes, elle ne connaît pas la même réussite en milieu péri-urbain: sur les 68 structures installées en 2010 et financées par le Fiqcs, seules 8 l'étaient en zones urbaines sensibles (ZUS), contre 21 en zones de revitalisation rurale (ZRR). « Les projets sont plus difficiles à monter dans les ZUS », estime le docteur Pierre De Haas (*lire son témoignage*), président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Parmi les obstacles récurrents: la difficulté de trouver des terrains constructibles ou la complexité des enjeux politiques locaux. ■

(1) Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, rapport remis à la ministre de la Santé, janvier 2010.
(2) Circulaire NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural.
(3) Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012.

TÉMOIGNAGE



F. CALDWELL

Dr Pierre De Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

« Un équilibre entre le monde libéral et le monde territorial »

« Avec vingt ou trente ans de retard sur la société, les maisons de santé représentent une évolution inéluctable vers une pratique collaborative des soins de premier recours: travailler avec un pharmacien, une assistante sociale ou un kiné apporte une plus-value évidente, en permettant au médecin, dont le métier se complexifie, d'exercer au sein d'une équipe. Mais le succès d'une maison de santé dépend des dynamiques humaines et du nécessaire équilibre à trouver entre un monde libéral, celui des professionnels, et un monde territorial, celui des élus locaux. Aujourd'hui encore, des professionnels de santé n'anticipent pas leur départ d'une commune... et oublient de prévenir le maire. »

Abolir les distances, grâce à la télé-médecine

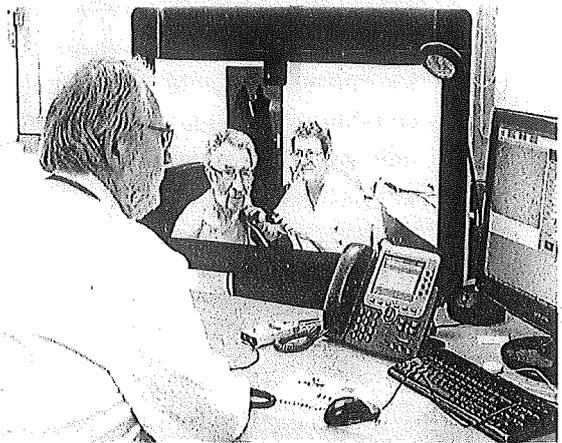
Télesurveillance, téléconsultation ou encore téléexpertise. Les initiatives locales s'appuyant sur les technologies se multiplient.

Officialisée par l'article 78 de la loi « HSPT » du 21 juillet 2009 comme « une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication », la télé-médecine recouvre aujourd'hui un éventail d'outils. Des cinq types d'actes recensés dans le Plan national de déploiement de la télé-médecine, trois peuvent clairement contribuer à pallier certaines carences. Tout d'abord, la téléconsultation. Le patient fournit des informations au médecin qui, à distance, pose le diagnostic. Ensuite, la téléexpertise, qui repose, elle, sur la sollicitation à distance, par un médecin, de

l'avis de l'un de ses confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. Enfin, la télesurveillance médicale consiste, pour un médecin, à surveiller et à interpréter à distance les paramètres médicaux d'un patient, que ce dernier enregistre et transmet lui-même.

Expérimentations

Malgré le décret du 19 octobre 2010 (1) renforçant l'assise juridique de la télé-médecine et précisant les conditions de sa mise en œuvre, puis l'adoption, en avril dernier, du plan national, les initiatives restent le plus souvent expérimenta-



Les technologies de l'information ouvrent des perspectives nouvelles, notamment en matière de consultations à distance.

tales ou visent des bassins de populations restreints. D'ailleurs, le plan national a surtout consisté à recenser et à cartographier l'ensemble des

activités pour formuler des recommandations et accompagner financièrement des « projets-pilotes ».

Cabines publiques

C'est donc au niveau local que s'invente la télé-médecine de demain, autour de démarches associant généralement des PME innovantes, des collectivités territoriales et des professionnels de santé volontaires pour tester les nouvelles technologies. Médecin généraliste ayant travaillé dans des territoires isolés, Franck Baudino a créé au sein de sa société H4D une cabine de télé-santé permettant une surveillance sanitaire et des bilans de santé à distance : électrocardiogramme, examen pulmonaire... les applications sont variées. « Cette cabine pourrait être installée dans des espaces publics fermés pour rompre l'isolement sanitaire de certaines zones », assure-t-il.

Le dossier médical dans le téléviseur

Expérimenté par la communauté de communes du massif du Vercors, Royans Vercors Santé a pour but de faciliter le suivi à domicile des personnes ayant besoin d'un accompagnement médical ou social. Dans un territoire isolé, sans établissement médicalisé et comptant très peu de médecins généralistes, « il faut maintenir à domicile le plus longtemps possible les patients âgés et fragiles », explique le directeur général des services, François Vachon. Le dispositif repose sur un réseau informatisé permettant une coordination des soins, grâce à un dossier médical numérisé qui centralise les données sur les patients. Simple et accessible à tous depuis l'interface de la télévision, le système permet aux usagers ou patients de

renseigner leur dossier avec leur télécommande. Celui-ci est consultable à distance par les professionnels sanitaires ou sociaux concernés, qui, à l'inverse, peuvent envoyer des messages.

Périmètre

Favoriser le retour à domicile après une hospitalisation, éviter les déplacements inutiles de médecins, archiver les données importantes enregistrées sur la plateforme du système d'information en santé de la région Rhône-Alpes (SIS-RA)... les avantages sont nombreux, même si Royans Vercors Santé nécessite un effort de formation des usagers et ne sera viable financièrement qu'à condition d'élargir son périmètre d'application.

« Santé et collectivités territoriales : des liens indiscutables mais de nature différente selon les approches conceptuelles », Sénat, extrait du rapport d'information sur les territoires et la santé, n° 600, session 2010-2011

I. SANTÉ ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES LIENS INDISCUTABLES MAIS DE NATURE DIFFÉRENTE SELON LES APPROCHES CONCEPTUELLES

La dialectique santé/collectivités territoriales se pose dans des termes différents selon l'approche retenue du concept de « santé ». Celui-ci peut en effet se concevoir à trois niveaux :

- sur le plan juridique, c'est-à-dire en tant que compétence. La santé relève alors d'abord, mais non exclusivement, de l'État ;
- en tant qu'objectif d'intérêt général. L'État et les collectivités territoriales ont alors une responsabilité partagée en matière de santé, à la protection de laquelle leurs compétences respectives leur confèrent le devoir de participer ;
- en tant que préoccupation d'ordre privé, propre à chaque individu, les collectivités territoriales se doivent d'agir en matière de santé à la fois pour essayer de répondre aux attentes de leurs citoyens et au nom de l'attractivité de leur territoire.

A. LA SANTÉ EN TANT QUE COMPÉTENCE

1. L'exercice de la compétence santé : un rôle résiduel pour les collectivités territoriales...

La santé, en tant que compétence, ne relève pas des collectivités territoriales :

- l'organisation du système de santé reste centralisée. C'est l'État (ou des organismes qui en dépendent) qui en assure le financement et perçoit à cette fin les cotisations nécessaires ; c'est lui qui procède aux remboursements, dans des conditions qu'il définit... Cette situation fait l'objet d'un consensus et une décentralisation du système de santé n'est donc pas à l'ordre du jour ;

- la conduite de la politique de santé est également, dans une très large mesure, centralisée... ou recentralisée, puisque l'Acte I de la décentralisation avait prévu un partage de compétence (attribuant par exemple aux départements la lutte contre les fléaux sociaux) sur lequel est largement revenu l'Acte II, dans un souci de clarification. La santé est d'ailleurs, à ce jour, le seul domaine ayant formellement fait l'objet d'une recentralisation.

Le département a cependant conservé la responsabilité de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L. 1423-1 du Code de la santé publique).

Pour le reste, le législateur a expressément prévu d'associer les collectivités territoriales, par la voie de conventions conclues avec l'État, à

certaines domaines relevant de la santé. C'est ainsi que le département peut participer à la mise en œuvre des programmes de santé, notamment pour le dépistage des cancers (article L. 1423-2 du Code de la santé publique) ; de même, les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination ou de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le SIDA ou les infections sexuellement transmissibles.

En définitive, le rôle des collectivités territoriales en matière de santé, envisagée en tant que compétence, peut être qualifié de résiduel. Cela ne signifie pas qu'il soit négligeable, bien au contraire : comme l'a démontré la dernière campagne de vaccination contre la grippe H1NI, pour laquelle l'État les a formellement mises à contribution, une véritable action de proximité ne peut être menée sans la collaboration des collectivités territoriales.

2. ...mais une association effective des collectivités territoriales à la gouvernance du système de santé

Bien que la santé soit une compétence de l'État, les collectivités territoriales ne sont pas exclues de la gouvernance de cette politique publique. Le dispositif actuel, issu de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009, leur réserve en effet une place à un double titre : au sein des agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées et dans le cadre de partenariats avec celles-ci.

a) Les collectivités territoriales dans l'architecture institutionnelle des ARS

Au moment de la discussion de la loi HPST, les collectivités territoriales disposaient déjà d'une place dans les instances de gouvernance constituées par les agences régionales d'hospitalisation (au sein desquelles étaient représentées les régions) et les groupements régionaux de santé publique (GIP aux actions desquels pouvaient participer les régions, départements et communes qui le souhaitaient). La question de la place des collectivités territoriales au sein des futures agences régionales de santé s'est donc posée, avec d'autant plus de légitimité que, nonobstant la compétence de l'État, leur présence se justifiait à plus d'un titre :

- le rôle des ARS est de territorialiser l'action publique en matière sanitaire. Dans cette perspective, il aurait été curieux de se priver de l'expertise des élus locaux et de leur connaissance de la gestion de proximité ;

- de nombreuses collectivités territoriales ont développé des initiatives sanitaires en direction de leurs citoyens. Une vision complète des politiques conduites en matière de santé sur un territoire, condition nécessaire à l'efficacité des ARS, imposait donc la prise en compte des actions des collectivités et, par voie de conséquence, l'association de leurs représentants ;

- le souci du législateur de renforcer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social rendait incontournable la présence des conseils généraux au sein des instances des ARS.

Au final, les collectivités territoriales disposent au sein des ARS d'une représentation qui, sans être essentielle, n'en est pas pour autant négligeable.

Le conseil de surveillance de l'ARS

Le conseil de surveillance de l'ARS approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le plan stratégique régional de santé ainsi que sur les résultats de l'action de l'agence. Chaque conseil de surveillance est composé de 25 membres disposant d'une voix délibérative, dont 4 représentants des collectivités territoriales, soit autant que les représentants de l'État, à savoir :

- 1 conseiller régional désigné par le président du conseil régional ;
- 2 conseillers généraux désignés par l'ADF ;
- le maire d'une commune ou le président d'un groupement de communes désigné par l'AMF.

Les commissions de coordination des politiques publiques

Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé sont constituées auprès de chaque ARS. Elles associent les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Elles sont consultées lors de l'élaboration du schéma régional de prévention et du schéma régional d'organisation médico-sociale. Les collectivités territoriales y sont représentées comme suit :

- 2 conseillers régionaux élus par l'assemblée délibérante ;
- le président du conseil général, ou son représentant, de chacun des départements situés dans le ressort territorial de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- 4 représentants, au plus, des communes et des groupements de communes, désignés par l'association des maires de France.

Les conférences de territoires

La composition des conférences de territoire doit permettre une très large association des différentes collectivités territoriales intéressées aux politiques de santé mises en place au niveau des territoires.

Les collectivités territoriales et leurs groupements y compteront au plus 7 représentants (sur 50 membres, dont 20 représentants des établissements de santé) :

- 1 conseiller régional ;
- au plus 2 représentants des EPCI à fiscalité propre regroupant des communes situées dans le ressort du territoire de santé, désignés par l'assemblée des communautés de France ;
- au plus 2 représentants des communes désignés par l'AMF ;
- au plus 2 représentants des conseils généraux.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Elle est composée de 100 membres au plus, répartis en 8 collèges. Le collège des collectivités territoriales comprend :

- 3 conseillers généraux désignés par le président du conseil régional ;
- le président du conseil général ou son représentant ;
- 3 représentants des groupements de communes désignés par l'AdCF ;
- 3 représentants des communes désignés par l'AMF.

b) Les ARS ont été conçues pour être des partenaires des collectivités territoriales

Dans la nouvelle organisation définie par la loi HPST, les agences régionales de santé seront les partenaires des collectivités territoriales.

Ces partenariats pourront s'organiser sur une base territoriale plus proche de l'organisation administrative des collectivités territoriales. En effet, chaque ARS est chargée de définir des territoires de santé, c'est-à-dire d'élaborer un maillage plus fin pour la territorialisation de son action.

Alors que les agences régionales d'hospitalisation avaient retenu des territoires de santé qui correspondaient peu ou prou aux bassins de vie qui entouraient les établissements de santé, les ARS ont fait des choix différents, n'hésitant pas à définir comme territoires de santé les départements qui composent la région.

La définition des territoires de santé par les ARS

Le nombre de territoires de santé est passé de 159 (SROS III élaborés par les ARH) à 108, soit une diminution d'environ 32 %. La population moyenne des territoires passe de 374 000 à 605 000 habitants.

Pour le découpage des territoires de santé, 3 cas de figure peuvent être distingués :

- 11 ARS (dont celle de Guyane) ont défini des territoires de santé identiques au périmètre des départements qui composent la région ;
- 9 ARS ont choisi un maillage plus fin qui ne tient pas toujours compte des frontières départementales (par exemple, la région Nord-Pas-de-Calais qui est composée de 2 départements a été divisée en 4 territoires de santé) ;
- 5 ARS ont effectué un découpage supradépartemental, dont 3 qui ont choisi de faire de la région un seul territoire de santé (Corse, Franche-Comté, Limousin).

Au sein de ces territoires de santé, les ARS définiront des bassins de santé de proximité. A titre d'exemple, la région Auvergne compte 4 territoires de santé et 132 bassins de santé de proximité.

Ces partenariats auront pour objet la mise en œuvre des différentes facettes du plan régional de santé élaboré par chaque ARS. Par exemple, le projet de plan stratégique régional soumis à la concertation dans la région

Languedoc-Roussillon prévoit des partenariats dans des domaines variés. Sont notamment évoqués des partenariats dans les domaines du dépistage organisé des cancers, de la couverture vaccinale ou de la prévention de l'obésité infantile. Ces exemples font ressortir diverses facettes des partenariats envisageables. Dans le cas du dépistage du cancer, les collectivités territoriales sont susceptibles de jouer un rôle d'opérateur, dans le cadre de conventions avec l'État (cf. *supra*). L'exemple de l'obésité est, quant à lui, significatif du rôle que les collectivités territoriales peuvent jouer sans disposer de compétences sanitaires. Dans le dernier cas évoqué, c'est à travers la gestion de la restauration scolaire que les collectivités territoriales peuvent contribuer à promouvoir des comportements favorables à la santé.

Le partenariat avec les collectivités territoriales est également envisagé pour réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux comme, par exemple, la lutte contre l'habitat indigne.

Les modalités de ces partenariats restent à définir. La loi HPST évoque la conclusion d'un contrat local de santé sans en définir précisément le contenu. Cette absence de définition précise est volontaire ; les partenaires conventionnels sont ainsi laissés libres de définir les modalités et la portée de ces contrats. Si l'objet de ces contrats pourra être différent d'une collectivité territoriale à l'autre, il est fort probable que l'État souhaitera que leur exécution bénéficie de financements croisés et donc, *a minima*, d'un apport financier de la collectivité signataire.

DOCUMENT 5

« Réorganiser l'offre de soins de premier recours », Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé. Quels moyens d'action ?, Etd, Le centre de ressources du développement territorial, 2010

Réorganiser l'offre de soins de premier recours

Chap. 1

travail parlementaire a renforcé les moyens attribués à l'État afin de parvenir aux objectifs de la loi HPST et d'obtenir une meilleure offre territoriale de santé.

Priorité à l'offre de soins de premier recours

La loi HPST crée plusieurs outils devant assurer une meilleure répartition sur le territoire de l'offre de soins.

En premier lieu, la loi définit la notion d'offre de soins de premier recours (article 36) qui comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Le nouveau contexte : la loi HPST

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a réformé la gouvernance de la politique de santé publique issue de la loi de 2004. Le projet de loi HPST a été présenté le 22 octobre 2008 en conseil des ministres par Roselyne Bachelot-Narquin afin de permettre une refondation de la politique de santé et plus particulièrement d'assurer une redéfinition de l'offre locale de santé. Après plusieurs mois de discussion, le projet de loi a été adopté en juillet 2009 par le parlement où de nombreux amendements ont étoffé les dispositions législatives initiales. In fine, ce



Définition

L'offre de soins de premier recours

La loi HPST votée en juillet 2009 a donné une définition de l'offre de soins de premier recours : « Ces soins 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. »

L'offre de soins de premier recours recouvre l'ensemble des services de santé dont chaque personne peut avoir besoin en proximité. A l'inverse du système hospitalier, cette offre de santé de proximité se caractérise par l'exercice de professionnels libéraux généralement isolés et peu coordonnés.

L'organisation de ces services est un enjeu majeur pour le système de santé, dans l'objectif de répondre à des besoins accrus sur l'ensemble du territoire et dans un contexte de limitation des moyens, notamment en personnel pour les zones touchées par une baisse de la densité médicale.

La promotion de l'exercice groupé et pluriprofessionnel

La perte d'attractivité de l'exercice libéral dans la jeune génération se combine avec la question de l'attractivité territoriale et accentue le problème de la démographie médicale. Cette crise de l'exercice libéral met en lumière l'importance des conditions de travail dans le choix d'installation des professionnels de santé. Ceux-ci délaissent de plus en plus l'exercice isolé et sollicitent à l'inverse l'exercice groupé, les coopérations interprofessionnelles, l'intégration dans des réseaux de santé, la délégation de tâches, la possibilité d'organiser son temps de travail et les temps de garde à plusieurs pour plus de souplesse. Ils sont aussi plus hésitants à investir dans leur outil de travail sans certitude de pouvoir le revendre à un confrère.

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) peuvent permettre de répondre à ces attentes. Un nombre grandissant de collectivités confrontées à un problème d'offre de soins lancent des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles dans l'objectif de renforcer, aux yeux des professionnels de santé, l'attractivité de l'exercice dans leur territoire. L'État, les conseils régionaux et conseils généraux manifestent leur volonté de développer ces projets par un renforcement de leur soutien financier. Cet engouement s'explique par les effets positifs attendus des MSP à la fois sur la démographie médicale et l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Les caractéristiques des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Une maison de santé n'est pas un cabinet de groupe et ne se limite pas à la présence de plusieurs professionnels de santé en un même lieu.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 donne aux maisons de santé un champ d'action élargi à l'ensemble de la santé de premier recours : « *les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ».

La loi HPST complète cette définition : « *Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés (schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale). Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé* ».

Les principales caractéristiques d'une maison de santé sont :

- La pluriprofessionnalité : la maison de santé est constituée entre différents professionnels de santé : médecin généraliste, kiné, infirmier, psychologue, nutritionniste, podologue, etc. Les échanges entre ces professionnels et la collégialité sont recherchés ;

- Une offre diversifiée de services de santé de premier recours : la maison de santé propose des activités de soins mais peut aussi réaliser des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ;

- L'organisation de la maison de santé est fondée sur un projet de santé qui se décline en un projet professionnel ;

- La maison de santé développe l'accueil des professionnels de santé en formation

Une maison de santé n'est pas obligatoirement à maîtrise d'ouvrage publique. Des maisons de santé sont portées par les professionnels eux-mêmes. Dans les zones déficitaires, l'acteur public est généralement amené à intervenir pour éviter le risque de pénurie en mettant à disposition des professionnels de santé un outil de travail attractif. La collectivité porte alors le projet immobilier de la maison de santé et loue le bâtiment aux professionnels. Ces projets portés par les collectivités peuvent bénéficier d'aides publiques, bien moins importantes lorsqu'il s'agit d'un projet privé.

Les « pôles de santé »

La notion de pôle de santé relève de la même dynamique que les maisons de santé : le rassemblement de différentes professions autour d'un projet de santé commun. La différence réside dans le fait que les professionnels intégrés à un pôle ne partagent pas obligatoirement les mêmes locaux. Le pôle peut associer des professionnels mais aussi plus largement des établissements et services médico-sociaux.

La loi HPST précise la définition des pôles de santé :
« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».

La définition des pôles introduit un autre mode de coordination entre les professionnels de santé. Pour les professionnels libéraux, cela signifie qu'ils peuvent s'associer autour d'un même projet professionnel (partage du dossier médical, organisation commune des consultations, emploi en commun de personnel administratif...) tout en conservant leur cabinet. Cela peut être une étape intermédiaire avant le regroupement en maison de santé pluriprofessionnelle : l'installation dans des locaux partagés est souvent un frein pour les professionnels qui ont investi dans leur local.



Un exemple de coordination départementale

Commission départementale de la démographie médicale du Lot-et-Garonne

Une concertation départementale

Le Président du conseil général du Lot-et-Garonne M. Camani a annoncé en avril 2010 que sa collectivité allait investir 2 millions d'euros dans les 3 prochaines années pour la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette décision est le fruit d'un an de réflexion au sein de la Commission départementale de la démographie médicale du Lot-et-Garonne (Coddem 47), une commission coprésidée par le Président du conseil général et le Préfet qui a réuni les principaux acteurs de la politique de santé dans le département. Cette commission était chargée de rechercher des solutions au déclin de la démographie médicale en Lot-et-Garonne et aux difficultés d'accès aux soins dans certaines zones du département. Le résultat de ce travail est présenté dans un site spécifique du conseil général 47, qui présente l'ensemble du plan d'action retenu par la Coddem et propose un panel de solutions aux élus et agents de collectivités cherchant des solutions pour développer l'offre de soins.

Mailler le département en maisons de santé

La principale mesure proposée suite à cette concertation est la participation au financement de 15 maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels. Dans cette perspective, la Coddem a défini une procédure pour renforcer la qualité des projets et flécher leur implantation. Le territoire départemental a été découpé en 15 « aires de santé », chacune ayant vocation à accueillir une maison de santé : *« L'objectif est de mettre en place une organisation coordonnée des soins de premier recours par aire de santé, au travers d'une maison de santé ou d'un pôle de santé multi sites relié à des cabinets médicaux satellites »*. Le conseil général et la préfecture ont mis en place une procédure commune de validation des demandes de financement pour des projets de maisons et pôles de santé. La subvention pourra être accordée suite à un appel à projets en direction des communes et structures intercommunales du département, sur la base d'un cahier des charges élaboré au sein de la

Coddem. Les financeurs cherchent à s'assurer au travers de cette procédure que ces maisons sont portées par un véritable « projet de santé » et ne se limitent pas à un projet architectural.

Un comité technique, composé de membres de la Coddem, sera chargé de proposer un appui aux porteurs de projets et de donner un avis technique sur les demandes de financement avant qu'elles ne soient traitées par le Préfet et le Président du conseil général.

D'autres mesures ont été proposées en plus du maillage du territoire en maisons de santé. Ces mesures visent à améliorer l'attractivité du Lot-et-Garonne aux yeux des professionnels de santé, en favorisant la réalisation des stages de médecine générale dans le département et en favorisant l'accueil et l'aide à l'installation des professionnels.

Plus d'infos
www.cg47.org/webcg47/coddem/index.htm

DOCUMENT 6

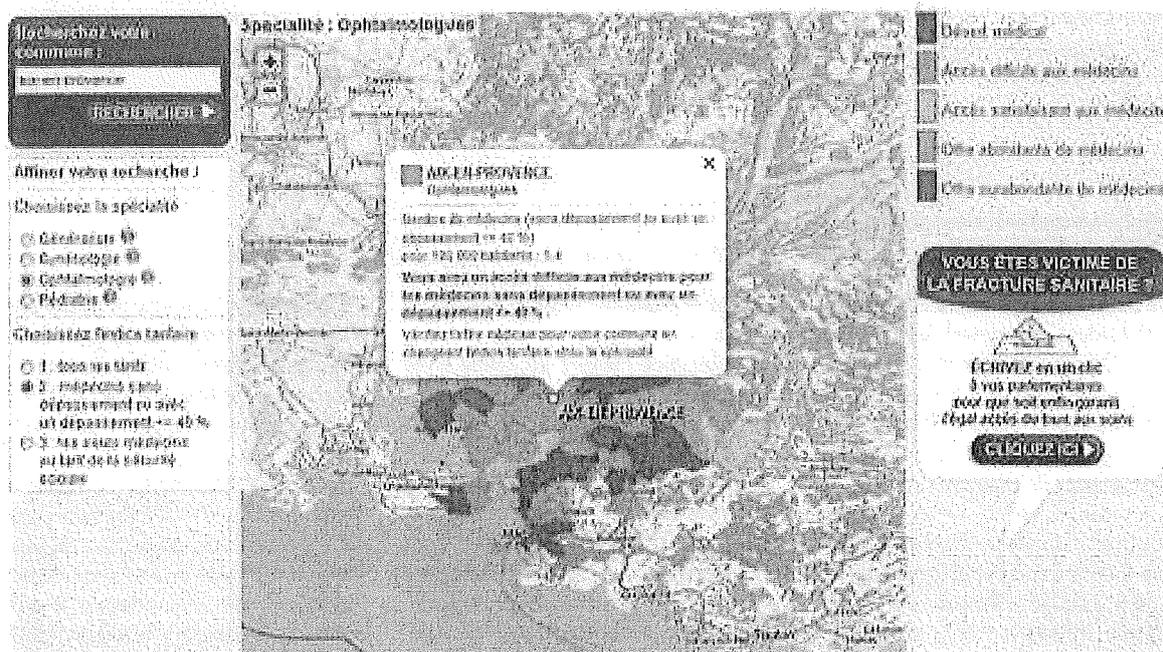
Déserts médicaux et dépassements d'honoraires : un cocktail catastrophique

Libération - 16 octobre 2012

La lecture de l'illustration suivante n'est pas nécessaire au bon traitement du sujet

Accès aux soins

La carte de la fracture sanitaire



L'UFC Que choisir publie une carte interactive de l'accès au soin pour les généralistes et les spécialistes.

Au rapport L'UFC-Que choisir publie une enquête passionnante et inquiétante sur les déséquilibres en matière d'offre de soins, accompagnée d'une carte.

Par ERIC FAVEREAU

C'est une très belle enquête que publie ce matin l'association de consommateurs UFC-Que choisir sur les déserts médicaux, accompagnée d'une carte interactive très précise. Elle pointe avec justesse le lien structurel entre déserts médicaux et dépassements d'honoraires. C'est dans les territoires où les médecins abusent de leurs honoraires que le patient trinque.

Les déserts concernent surtout les spécialistes

Premier constat: les déserts médicaux touchent essentiellement les médecins spécialistes: «Les déserts géographiques ne concernent qu'à la marge les médecins généralistes (5 % de la population), mais tel n'est pas le cas pour les spécialistes: pour les pédiatres, les gynécologues ou les ophtalmologues, c'est respectivement 19%, 14% et 13% de la population qui se trouve dans des déserts médicaux.» Un taux impressionnant.

Deuxième constat que suggère l'UFC: si l'on tient compte des dépassements d'honoraires, l'inégalité face à l'accès aux soins prend la forme d'une véritable fracture sanitaire. Ce sont des pans entiers de la population qui ont des difficultés d'accès au système de soins: «Au-delà des déserts

géographiques, si l'on ne tient compte que des médecins qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, la pénurie de médecins se démultiplie. Ainsi, le pourcentage de la population vivant dans un désert médical gynécologique passe de 14 à 54 % si l'on ne peut financièrement accéder qu'à un gynécologue aux tarifs de la sécurité sociale.» Pour les ophtalmos, on passe de 13 à 45 %, et pour les pédiatres de 19 à 28 %. S'agissant du délai d'attente, «pour un rendez-vous chez l'ophtalmo, si dans un cas sur deux on l'obtient en moins de 79 jours en acceptant les dépassements, on passe à 131 jours au tarif de la Sécurité sociale, un mois et demi de plus».

Une exclusion qui touche campagnes et villes

Troisième et dernier constat: cette fracture sanitaire s'étend sur tout le territoire. Certes, la désertification médicale va concerner majoritairement les campagnes, mais *«l'exclusion sanitaire liée à la capacité financière des usagers ignore, elle, la segmentation ville/campagne»*. Exemple: les habitants de Paris, Saint-Etienne, Le Mans ou Aix-en-Provence sont eux aussi dans des zones d'accès difficile s'agissant des ophtalmos ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires. *«La présence des médecins, déjà vacillante, n'est donc pas une garantie d'accès : les dépassements d'honoraires pratiqués par une partie significative d'entre eux excluent les usagers les moins aisés, écrit l'UFC-Que Choisir. L'argument fallacieux des médecins tendant à justifier la généralisation des dépassements par la stagnation de leur rémunération ne résiste pas à l'analyse : leurs revenus, hors dépassement, ont augmenté de moitié (en plus de l'inflation) depuis 1980 !»*

Cette étude tombe à pic. C'est demain mercredi que la négociation sur les dépassements d'honoraires, entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins, doit s'achever. A présent, cette négociation se révèle purement technique. Et pas franchement à la hauteur des enjeux.

DOCUMENT 7

Déserts médicaux: "Nous ne sommes pas des fainéants"

Par Vincent Olivier, publié le 13/12/2012, L'Express

Le président du syndicat des jeunes médecins généralistes réagit aux propositions de la ministre de la santé Marisol Touraine pour lutter contre les déserts médicaux dévoilées ce jeudi. Son diagnostic: insuffisant.



SANTÉ - Près de 2% de la population vit dans une zone de désert médical.

Alexandre Husson est le président du syndicat des jeunes médecins généralistes (SJMGG). Il décrypte pour L'Express les principales annonces des pouvoirs publics pour lutter contre les déserts médicaux.

Le gouvernement vient d'annoncer la mise en place d'une "garantie de salaire annuel" pour les médecins qui iront s'installer dans les zones de désert médical. Etes-vous satisfait?

Non! Pour une raison simple: cette mesure concernera 200 praticiens en 2013. Or, chaque année, ce sont 2000 médecins qui partent à la retraite et 13 000 en tout d'ici 2019. Mathématiquement, cela ne pourra donc pas répondre à la pénurie annoncée de médecins sur le territoire français. Les inégalités d'accès aux soins sont déjà fortes aujourd'hui. Il ne faudrait pas que cela empire.

Combien de Français sont concernés par ces déserts médicaux?

Environ 1 à 2% de la population. Mais contrairement à une idée reçue, ces déserts se trouvent tout autant dans des zones périurbaines, en banlieue par exemple, que dans de petits villages au fin fond de la Creuse. Autant dire qu'il s'agit d'une question de santé publique. A l'Etat maintenant de prendre ses responsabilités.

Tout de même, 4600 euros garantis par mois, ça fait une belle somme..

Il s'agit d'une fausse bonne idée, d'une mauvaise réponse à un vrai problème. Aujourd'hui, le frein majeur à l'installation des jeunes médecins n'est pas financier. Il est dans le temps de travail contraint et dans les conditions de travail qui sont les nôtres: 60 heures par semaine en moyenne, une pression toujours plus forte de la part des pouvoirs publics, une attente toujours plus grande de la part des patients. Ne nous y trompons pas: nous ne sommes pas une génération de fainéants, nous voulons simplement exercer notre métier correctement et mener une vie normale.

Le fait que la majorité (56%) des nouveaux médecins soit des femmes joue-t-il un rôle?

Oui, dans la mesure où leur revenu est souvent un deuxième salaire dans la famille. Mais si vous mettez bout à bout toutes les contraintes -horaires déstructurés, absence de week-end, charges élevées- ces revenus s'avèrent au final peu rentables, surtout si vous les comparez à ceux des médecins spécialistes. Voilà pourquoi les jeunes généralistes femmes vont peu à peu se tourner vers le salariat plutôt que vers la médecine libérale. Et elles auront bien raison!

Quelles sont les mesures concrètes qui pourraient faciliter les choses?

Il faut d'abord repenser la notion de "territoire" en matière de santé, ce qui suppose de faire des choix clairs, de les assumer et de les expliquer: Il faut que la population accepte l'idée qu'on ne pourra pas avoir un généraliste dans toutes les villes de 2000 habitants.

Quant aux mesures concrètes, la première serait d'aider les praticiens à déléguer toutes contraintes administratives, qui sont autant de tâches chronophages et non médicales. Pour cela, il faut leur mettre à disposition des assistantes.

Mais qui financerait?

Pourquoi pas les mairies? Après tout, elles assurent bien le financement de certains personnels non enseignants à l'école par exemple. Mais cela suppose une volonté politique qui fait défaut actuellement. En outre, je vous rappelle que des fonds européens existent, pour financer spécifiquement l'installation de médecins dans des zones de "carences de soins".

Et du côté de l'organisation des soins?

Pour éviter de se retrouver systématiquement en première ligne, la solution la plus efficace est de travailler en groupe, en associant médecins et paramédicaux (infirmières, kinés, ergothérapeutes...). A lui tout seul, un généraliste ne peut pas tout prendre en charge. Si l'Etat ne peut plus ou ne veut plus assurer ses missions de service public, ce n'est pas à la médecine libérale de pallier ces manques. Par ailleurs, sous certaines conditions, on pourrait aussi faire appel à des médecins hospitaliers.

Au final, êtes-vous favorable à la mise en place d'un forfait pour ces jeunes médecins?

Oui, à condition de le faire intelligemment. Par exemple en leur proposant un "forfait investissement" pour les deux premières années d'installation et en modulant ce forfait en fonction des conditions d'exercice - médecine de groupe ou pas, actions de prévention ou pas.

Que pensez-vous de ces communes qui font appel à des médecins étrangers?

Sur le principe, pourquoi pas? Mais cela ne réglera pas tous les problèmes. En outre, un certain nombre de généralistes étrangers, roumains par exemple, sont repartis chez eux après un ou deux ans d'exercice. Peut-être serait-il intéressant de savoir pourquoi...

Vous-même, combien gagnez vous par mois?

A 31 ans, avec 14 ans d'études et plusieurs années d'expérience professionnelle, je gagne environ 5000 euros par mois. J'en suis conscient, cela peut sembler beaucoup, en comparaison du salaire moyen en France. Mais, d'une part je travaille en moyenne 55 heures par semaine - parfois plus, jusqu'à 70 heures. Et d'autre part, comme j'exerce dans une structure de permanence de soins, je suis d'astreinte la nuit et le week-end très régulièrement. Le 1er mai, le 1er janvier et le 15 août aussi. En fait, je n'ai pas eu un samedi soir de libre depuis plus d'un an.

