



## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>96994</b>	De <b>M. Yves Daniel</b> ( Socialiste, écologiste et républicain - Loire-Atlantique )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Aménagement du territoire, ruralité et collectivités territoriales		<b>Ministère attributaire</b> > Aménagement du territoire, ruralité et collectivités territoriales
<b>Rubrique</b> >établissements de santé	<b>Tête d'analyse</b> >maisons de santé pluridisciplinaires	<b>Analyse</b> > financement. modalités.
Question publiée au JO le : <b>28/06/2016</b> Réponse publiée au JO le : <b>14/02/2017</b> page : <b>1245</b> Date de changement d'attribution : <b>07/12/2016</b> Date de signalement : <b>13/12/2016</b>		

### Texte de la question

M. Yves Daniel interroge M. le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales sur les maisons de santé pluridisciplinaires. Dès 2012, le Gouvernement a mis en place le pacte territoire-santé pour garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national. De plus, pour contrer la désertification médicale dans certaines régions, notamment rurales, des mesures ont été prises pour agir sur la formation des médecins, aider à leur installation dans les zones déficitaires et développer les infrastructures de soin. Parmi les dispositifs retenus, celui des maisons de santé pluridisciplinaires fait l'objet d'un engagement particulier : de 174 en 2012 elles sont passées en 2016 à 705. Et, lors du dernier comité interministériel aux ruralités qui s'est tenu le 20 mai 2016, l'objectif de 600 nouvelles ouvertures d'ici 2018 a été annoncé. Aussi, il souhaite, d'une part, connaître les moyens alloués à leur développement - eu égard à la polémique récente sur l'investissement éventuel de fonds privés dans ces structures -, la répartition territoriale de ces nouvelles MSP - notamment le nombre de projets prévus en Loire-Atlantique - et, d'autre part, si le fonctionnement des MSP et leur capacité à répondre aux besoins réels des populations concernées ont été évalués. En effet ces MSP, bien qu'aidées financièrement parlant, restent une charge conséquente pour les communes qui font le choix de s'en doter et sont un pari sur l'avenir. Devenues nécessaires, les MSP seront-elles suffisantes ? Il lui demande si le risque n'est pas de conduire les communes à une nouvelle surenchère. Il pourrait être pertinent que la Haute autorité de santé s'empare de ce sujet.

### Texte de la réponse

Depuis 2012 et le lancement du premier Pacte territoire santé par la ministre de la santé et des affaires sociales, un certain nombre de mesures incitatives sont mises en œuvre afin de favoriser l'installation des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes, dans les territoires fragiles en offre de soins. Le soutien aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est l'une de ces mesures. Le deuxième Pacte territoire santé lancé fin 2015 et les trois Comités interministériels aux ruralités de 2015 et 2016 s'inscrivent dans cette logique. Concernant l'investissement, la Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DETR) augmentée de 200 M€ en 2015 et en 2016, les contrats de plan État région, le Fonds de soutien à l'investissement local (FSIL), les Fonds européens structurels et d'investissement peuvent être mobilisés, tout comme les financements des conseils régionaux et départementaux. A cela, s'ajoutent l'autofinancement des médecins ainsi que les prêts bancaires. Un bilan du plan

300 maisons de santé en milieu rural (2010-2013) piloté par le CGET a été réalisé en 2015 et mis en ligne à l'automne 2016 (<http://www.cget.gouv.fr/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-milieu-rural>). Il fait apparaître qu'au premier semestre 2015, la plupart des 303 MSP financées étaient ouvertes (214) et 49 étaient en construction. En septembre 2016, 830 MSP étaient en fonctionnement, ce qui représente une progression rapide. Les MSP du plan sont implantées dans les espaces moins dotés ou fragiles en offre de soins, illustrant une logique de maintien ou de rééquilibrage de l'offre en particulier de ces territoires ruraux. Il existe indéniablement un effet levier du plan d'équipement, l'analyse des co-financements consacrés qui a pu être réalisée montre que l'enveloppe d'investissement dite du plan représente 15 % de l'ensemble des financements publics, qui se répartissent au total entre l'État (44%), les conseils régionaux (22%), les Fonds structurels et d'investissements européens (15%) et les conseils départementaux (15%). Enfin, le bilan a mis en exergue le nécessaire engagement des professionnels de santé très en amont du projet. Si la construction d'une maison de santé ne garantit pas l'arrivée de nouveaux médecins, il est observé, sur un échantillon de 95 maisons de santé du plan ouvertes, 39 premières installations de jeunes médecins généralistes. Ces chiffres confirment les hypothèses quant à l'impact de ces structures sur la démographie médicale. Néanmoins, la question de l'offre de soins dans les territoires ne trouve pas de réponse unique. Les projets sont longs à aboutir et il est essentiel que les communes confrontées à la problématique de la désertification médicale soient accompagnées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les acteurs tels que la fédération des maisons de santé, afin de ne pas se mettre en difficulté à plus ou moins long terme. Les MSP sont des structures encore récentes et la charge pour les communes est très variable selon les montages et les réalités locales. Malgré un bon maillage territorial, elles ne peuvent seules constituer une réponse pertinente aux besoins de tous les territoires, notamment les plus petites communes. Les MSP sont utilement complétées par plusieurs dispositifs de nature à garantir une distribution plus équilibrée de l'offre de soin sur les territoires, en particulier les plus fragilisés : proposer des contrats d'engagement de service public pour faciliter l'installation de jeunes médecins dans les territoires ruraux, former 500 médecins correspondants du SAMU dans le but de rapprocher les Français des soins d'urgence dans les territoires les moins bien dotés, accorder des exonérations fiscales ou des réductions de charge aux praticiens s'installant dans les zones en tension, etc. Par ailleurs il est utile de rappeler que des engagements pris lors des Comité interministériels aux ruralités (CIR) améliorent et amélioreront les conditions dans lesquelles prend effet la relation entre patients et praticiens : la résorption des zones blanches en matière de téléphonie mobile et le développement des infrastructures, connexions et usages du numérique, le développement de la télémédecine et du télétravail pour le secrétariat notamment, ou encore la mise en place de plateformes de mobilité en milieu rural ont une incidence positive sur les conditions d'accès du patient et de l'habitant au médecin. Ils sont également, entre autres, des facteurs qui améliorent l'attractivité des territoires pour favoriser l'implantation de médecins. En Loire-Atlantique, au 10 mai 2016, la Direction générale de l'offre de soins qui compile dans l'Observatoire des maisons de santé l'ensemble des structures et projets de maisons de santé, validés par les ARS, recensait 10 maisons de santé ouvertes et 8 projets. Pour ce qui est du risque encouru par les communes aux moyens les plus contraints, on rappellera que les ARS privilégient les porteurs de projet intercommunaux. Il y a essentiellement deux raisons : eu égard au périmètre de patientèle d'un projet de santé, la maille intercommunale paraît en effet généralement, plus pertinente. D'autre part, un projet porté par un EPCI présente des garanties financières ou budgétaires a priori supérieures. Par ailleurs les conditions à réunir pour qu'un projet soit éligible à la labellisation MSP sont nombreuses, donc de nature à écarter les projets les moins bien construits. Le fonctionnement ainsi que la capacité des MSP à répondre aux besoins des usagers n'ont pas encore été évalués à grande échelle. Cependant, chaque projet de MSP intègre un diagnostic des besoins de santé du territoire. Eu égard aux besoins ainsi identifiés, il doit faire la démonstration de sa pertinence (une ARS fait d'ailleurs de cet élément un facteur discriminant dans son choix de retenir ou non les projets qui lui sont soumis). Par ailleurs, une ARS évalue par ailleurs tout projet financé. Cette évaluation a lieu l'année suivant celle du versement du financement et s'effectue dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens ; s'agissant des besoins des habitants, ils font l'objet d'un diagnostic précis au sein des conférences de territoire pilotées par une ARS. Les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public intègrent également un volet diagnostique où doivent apparaître les besoins des territoires et des habitants en matière de santé.