

14ème législature

Question N° : 685	De M. Frédéric Roig (Socialiste, républicain et citoyen - Hérault)	Question orale sans débat
Ministère interrogé > Affaires sociales		Ministère attributaire > Affaires sociales
Rubrique > santé	Tête d'analyse > politique de la santé	Analyse > contrats locaux de santé. mise en oeuvre.
Question publiée au JO le : 03/06/2014 Réponse publiée au JO le : 11/06/2014 page : 3957		

Texte de la question

M. Frédéric Roig interroge Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les conditions de mise en oeuvre de la politique sanitaire territoriale, notamment dans les contrats locaux de santé en milieu rural. En effet, la présence de certains services est indispensable pour l'équité et l'égalité de nos concitoyens. En milieu rural ou périurbain, les problématiques de déplacements, d'internet haut débit et de santé font partie des priorités dans les stratégies locales de développement. Le maintien de la présence d'une offre suffisante et de qualité, notamment en ce qui concerne les hôpitaux, les pharmacies ou les cliniques dans des petites villes de moins de 10 000 habitants, impose d'innover et de faire tomber certaines barrières culturelles ou certaines habitudes au sein de l'administration de la santé. De plus, les moyens offerts par la télémédecine ou l'imagerie médicale à distance permettent aussi d'optimiser la qualité des soins. Il est nécessaire d'assurer un maillage minimal en scanners et services d'urgences, en maisons de santé pluridisciplinaires ou en maisons médicales de garde. La volonté du Gouvernement est de lutter contre les déserts médicaux. Force est de constater, que les contrats locaux de santé actuels ne recouvrent encore que trop partiellement le champ complet de la problématique sanitaire. Par ailleurs, les CPER 2014-2020 vont prochainement être formalisés, notamment pour le volet territorial des espaces ruraux. Par conséquent, dans le cadre programmatique 2014-2020, tant au niveau du CPER que des fonds européens, il souhaite lui demander si l'État pourrait inciter au développement de contrats locaux de santé à un champ d'actions plus large, à enveloppe constante, mais par un redéploiement des méthodes de distribution. Ne serait-il pas possible d'envisager, à partir de 2015 ou 2016, l'expérimentation de contrats locaux d'une nouvelle génération, c'est-à-dire de développement sanitaire mais aussi médico-social ? Enfin, pour éviter un émiettement local au niveau opérationnel, il souhaite lui demander s'il est prévu de favoriser la réalisation de ces contrats à l'échelle des bassins de vie de type pays ou PETR, ce qui en limiterait le nombre à 300 en France pour l'ensemble des zones rurales.

Texte de la réponse

MISE EN ŒUVRE DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ EN MILIEU RURAL

Mme la présidente. La parole est à M. Frédéric Roig, pour exposer sa question, n° 685, relative à la mise en œuvre des contrats locaux de santé en milieu rural.

M. Frédéric Roig. Madame la secrétaire d'État, ma question concerne les conditions de mise en œuvre de la politique sanitaire territoriale, notamment dans les contrats locaux de santé en milieu rural.



En effet, la présence de certains services est indispensable pour assurer l'équité et garantir l'égalité de nos concitoyens devant la santé. En milieu rural ou périurbain, les problématiques de déplacements, d'internet haut débit et de santé font partie des priorités dans les stratégies locales de développement.

Le maintien de la présence d'une offre suffisante et de qualité, notamment en ce qui concerne les hôpitaux, les pharmacies ou les cliniques dans des petites villes de moins de 10 000 habitants – comme celles de Lodève, de Ganges ou du Caylar dans ma circonscription – impose d'innover, de faire tomber certaines barrières culturelles et d'abandonner certaines habitudes au sein de l'administration de la santé.

En effet, certains critères d'évaluation financière me paraissent parfois inadaptés, voire trop cloisonnés. Ils entraînent parfois des erreurs, par exemple, en ne tenant pas compte d'une analyse globale des coûts réels qui peut favoriser la réalisation de mauvaises économies d'un côté et, de l'autre, créer *de facto* des frais déplacés.

Il me paraît important que de nombreuses prises en charge soient moins coûteuses et qu'elles soient le fait d'établissements dans de grandes villes si on intègre à celles-ci, parfois, les coûts d'acheminement par ambulance.

De plus, les moyens offerts par la télémédecine ou l'imagerie médicale à distance permettent aussi d'optimiser la qualité des soins. Il est nécessaire d'assurer un maillage minimal en scanners et services d'urgences, en maisons de santé pluridisciplinaires ou en maisons médicales de garde comme celle, notamment, du pays Cœur d'Hérault, qui rencontre depuis deux ans un vrai succès.

La généralisation de ces organisations à l'ensemble du monde rural me paraît très pertinente.

La volonté du Gouvernement est de lutter contre les déserts médicaux mais l'offre est insuffisante ou inexistante et la carence de l'offre de santé patente. Force est de constater que les contrats locaux de santé actuels ne recouvrent encore que trop partiellement le champ complet de la problématique sanitaire. La politique de l'État est encore trop verticale ou trop sectorielle alors qu'une approche territoriale nécessite bien souvent des appréhensions plus globales.

Par ailleurs, les contrats de plan État-région – les CPER – 2014-2020 seront prochainement formalisés, notamment pour le volet territorial des espaces ruraux. Par conséquent, dans le cadre programmatique 2014-2020, tant au niveau du CPER que des fonds européens, l'État pourrait-il inciter au développement de contrats locaux de santé à un champ d'action plus large, à enveloppe constante, mais par un redéploiement des méthodes de distribution ?

Ne serait-il pas possible d'envisager, à partir de 2015 ou 2016, l'organisation de territoires pilotes permettant d'expérimenter ces contrats de nouvelle génération, c'est-à-dire de développement sanitaire mais aussi médico-social ?

Enfin, pour éviter un émiettement local au niveau opérationnel, comptez-vous favoriser la réalisation de ces contrats à l'échelle des bassins de vie de type pays ou pôles d'équilibres territoriaux ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie.

Mme Laurence Rossignol, *secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie*. Je vous renouvelle les excuses de Mme Touraine, monsieur le député, qui, comme elle l'a exposé dans le cadre de la stratégie nationale de santé, souhaite redire son attachement à l'offre de soins de proximité et à l'équilibre de nos territoires, dans le respect de leurs singularités.



Dans ce domaine, les contrats locaux de santé représentent un vecteur pertinent de la mise en œuvre du projet régional de santé. Conclues par l'Agence régionale de santé, l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Ils constituent un instrument de contractualisation souple et novateur ainsi qu'un levier à la main des agences régionales de santé pour la territorialisation de leur stratégie régionale dans le cadre d'un partenariat équilibré avec les collectivités.

Ainsi le champ d'un contrat local est potentiellement large et son territoire d'intervention adaptable par les partenaires, notamment dans un objectif de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Marisol Touraine souhaite conserver à cet outil la souplesse qui lui permet de s'adapter aux réalités et priorités des territoires. En milieu rural, le territoire de l'intercommunalité est souvent celui qui est pertinent pour engager des partenariats dans le domaine de la santé, au sens le plus large, entre l'État et les collectivités.

Cet outil pourra venir en appui des autres dispositifs visant à territorialiser la politique de santé, notamment le service territorial de santé en cours de construction, qui permettra de garantir une organisation structurée des structures et professionnels au bénéfice des parcours de santé de la population.

Certes, ces outils ou dispositifs devront trouver leur cohérence et leur complémentarité en termes de maille territoriale, de champ d'intervention ou d'association des partenaires pertinents sur le plan local.

La réflexion sur le territoire pertinent pour la mise en œuvre des composantes de la politique de santé et leur articulation avec les autres politiques ou maillages territoriaux est en cours. Marisol Touraine y travaille dans le cadre du projet de loi de santé.