



MANIFESTE DE LA FÉDÉRATION
DES VILLES MOYENNES



**Tous les territoires
ont droit à la santé**

14 novembre 2012



→ Tous les territoires ont droit à la santé

Un « scénario de l'inacceptable » ?

Presque 50 ans après la création de la DATAR en 1963, le « scénario de l'inacceptable » est-il en train de se reproduire, dans le domaine de la santé cette fois-ci ? La tendance à la concentration de l'offre de soins est forte d'autant qu'elle est en partie justifiée, au titre de la qualité. Mais où nous conduit-elle ? Une distance excessive conduit à renoncer aux soins. La concentration ne va t'elle pas ainsi contre la qualité recherchée ?

Aujourd'hui, les Français sont situés en moyenne à 17 minutes par la route d'un service de chirurgie public ou privé et seuls 1,4 million d'entre eux sont situés à plus de 45 minutes. Plus de 500 villes animent ce réseau territorial de prise en charge des besoins. Si la tendance à la concentration se poursuivait au rythme des vingt dernières années, on peut imaginer que dans vingt ou trente ans, il n'y ait plus de chirurgie que dans les villes les plus importantes, en gros la centaine de villes-centres de plus de 50 000 habitants. Même s'il l'on maintenait au moins un hôpital complet par département, y compris dans des villes de moins de 50 000 habitants, l'offre chirurgicale serait concentrée dans moins de 175 villes. Ainsi, les Français seraient désormais situés en moyenne à 29 minutes tandis que 12,3 millions d'entre eux, en maintenant la répartition géographique d'aujourd'hui, seraient à plus de 45 minutes d'un tel service. A terme, si la concentration se poursuivait dans les seules plus grandes villes-centres de plus de 80 000 habitants, soit une soixantaine seulement, comme certains tenants d'une concentration encore accrue le souhaitent, la distance moyenne serait de 52 minutes et plus de la moitié des Français seraient à plus de 45 minutes d'un service de chirurgie. 13 % d'entre eux habiteraient même à plus d'une heure et demi de trajet. Et que dire de la tendance des jeunes médecins à s'installer dans les plus grandes villes et à désertifier les villes petites et moyennes ? Désormais, cette situation ne concerne plus seulement quelques territoires isolés mais bien des départements entiers et même des régions entières.

Quelles sont les solutions qui s'offriraient alors aux habitants ? Rester où ils sont et renoncer ainsi à une santé de qualité ? Ou bien, partir et renforcer la métropolisation du pays et participer ainsi, bien malgré eux, à la désertification des territoires ?

Bien sûr, ce que nous devons à nos concitoyens ce n'est pas de tout partout – la technicité et la spécialisation de la médecine s'y opposent – mais l'assurance de l'accès au juste soin, où il le faut, quand il le faut. La trame des villes moyennes et de leurs intercommunalités est essentielle à une prise en charge de tous en tout point du territoire. Les villes moyennes constituent 47 % des pôles d'offre présents sur le territoire français. Elles regroupent 40 % des centres hospitaliers et 45 % des cliniques privées de France. Et pourtant, ce rôle essentiel

est menacé par les tendances lourdes qui sont à l'œuvre dans le domaine de la santé.

Des tendances lourdes sont à l'œuvre dans le domaine de la santé

Elles sont nombreuses, à l'œuvre depuis longtemps et ne sont guère positives pour la plupart d'entre elles :

→ Les inégalités territoriales de santé se creusent.

Le progrès d'ensemble a masqué le maintien d'inégalités profondes entre les territoires sur le plan de la santé de leurs habitants. Depuis le début des années 2000, ces inégalités se creusent à nouveau. L'écart à la moyenne de la situation de 61 % des cantons français s'est dégradé entre les décennies 90 et 2000. A l'ordonnement de ces inégalités en grands ensembles suprarégionaux de sur et de sous-mortalité s'est surimposée une fragmentation entre les centres et les périphéries.

→ Les inégalités socio-économiques entre territoires se creusent de manière plus globale encore et handicapent lourdement certains d'entre eux.

Les villes moyennes concentrent les difficultés économiques et sociales. 60 % d'entre elles, regroupant 60 % de leur population appartiennent aux « territoires en difficultés » socio-économiques que nous avons reconnus alors, qu'en moyenne, de tels territoires représentent le quart de la population française.

→ **La concentration de l'offre de soins, hospitalière comme ambulatoire, est réelle** tandis que le développement des alternatives à l'hospitalisation comme l'Hospitalisation à Domicile ou les Services de Soins Infirmiers à Domicile et du médico-social est encore insuffisant malgré les efforts entrepris ici ou là, et souffrent encore de manque de coordination.

→ **Des besoins nouveaux** naissent du développement des maladies chroniques, du vieillissement, de la précarité.

→ **Des techniques nouvelles, comme la télémédecine, se développent trop lentement.** Elles permettent pourtant de s'affranchir, en partie au moins, des distances, mais elles butent sur des problèmes d'équipement numérique du territoire et sur des habitudes solidement ancrées.

→ **Les établissements publics de santé connaissent de graves difficultés financières.** Leur déficit cumulé dépasse 3 milliards d'euros. Leur encours de dette dépasse 24 milliards d'euros. Le ratio rapportant la dette à la capacité d'autofinancement, dit durée apparente de la dette, a doublé en 10 ans. Le poids budgétaire de la dette atteint 35 %⁶. Les établissements privés non lucratifs qui allient les missions de service public hospitalier aux impératifs comptables du secteur privé sont dans une situation très tendue. **De son côté la rentabilité des cliniques privées lucratives s'est fortement dégradée.**

Elle se situe en 2010 à 1,9 % contre 3,1 % en 2005. Dans le secteur de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) classique, 33 % des cliniques sont en déficit.

→ **Les difficultés de financement du système de santé sont très graves.** Depuis 1999, année où l'on a frôlé l'équilibre, le déficit s'aggrave et notamment depuis 2008. Il s'est établi en 2011 à 8,6 milliards d'euros Les perspectives pour 2012 et 2013 avec un déficit de 5,5 Md d'euros ne sont pas bonnes en dépit de l'effort programmé : avec 90 Md de déficit cumulé depuis 2002, l'idée qu'« il n'y a plus d'argent » bloque les initiatives et l'imagination.

Ces tendances lourdes impliquent pourtant un effort d'imagination collectif pour réformer un système en péril.

Les enjeux de la santé pour les villes moyennes

Face à l'étendue et à la gravité des problèmes, les enjeux sont multiples. Ils peuvent cependant être regroupés en quatre grands ensembles.

- **La réponse qu'il convient d'apporter aux nouveaux besoins qui sont autant de soins que d'accompagnement est le premier de ces enjeux.** Notre système de santé, fondé sur le traitement des maladies aiguës est mal préparé à ce changement de paradigme que représentent les maux liés au vieillissement, aux maladies chroniques et dégénératives ainsi qu'à la précarité grandissante. Les villes moyennes, moins contraintes que d'autres par le foncier, moins socialement anonymes peut-être aussi, disposent ici d'atouts pour le développement des réseaux, l'organisation des parcours de soins et de santé ou celle des services à domicile.

- **Le maintien de la présence des médecins et autres paramédicaux en de nombreux points du territoire est le second de ces enjeux.** Il n'est pas mince et l'on manque de leviers d'action. La bonne échelle d'action ne saurait être supérieure ici au bassin d'emploi. Les efforts consentis par telle ou telle collectivité locale s'exercent de fait au détriment des autres. Une réponse collective s'impose conforme à la solidarité. La Loi HPST et les engagements de l'actuel gouvernement tentent d'apporter des réponses : 400 contrats d'engagements de service public prévus en entre 2010 et 2012, mais seulement 150 signés ; le nouveau gouvernement projette d'y ajouter 200 postes par an de « praticien local de médecine générale », ce qui présente l'avantage de répondre à l'appétence pour le salariat des jeunes diplômés. Mais ces effectifs prévisionnels sont, à l'évidence, insuffisants.

- **La question hospitalière est un enjeu considérable.** Les Centres hospitaliers et les cliniques des villes moyennes sont non seulement des lieux de soins et de guérison mais ils sont aussi autant de portes d'entrée vers les pôles hautement spécialisés des grandes villes, des relais nécessaires entre les métropoles et les arrière-pays. Beaucoup d'entre eux ne pourront subsis-

ter et sortir de leurs difficultés qu'au moyen d'un renforcement des coopérations. On a beaucoup vanté les coopérations public-privé ; on doit aussi organiser de manière plus hardie les Communautés Hospitalières de Territoire entre Etablissements publics. S'adosser aux établissements les plus importants, se projeter dans toutes les parties du territoire à desservir, en s'appuyant sur les établissements plus petits et les hôpitaux locaux, tel doit être l'objectif. Il permet d'assurer la mission d'accès de tous à des soins de qualité mais aussi de surmonter les difficultés financières ou organisationnelles nées des seuils d'activité et de rentabilité. Un effort particulier doit être apporté à la santé mentale, trop déficiente dans les territoires des villes moyennes ainsi qu'au développement des services à domicile. Par ailleurs, les centres hospitaliers de petite et moyenne taille, ceux des Villes Moyennes, connaissent une très forte décélération de la croissance de leurs produits d'activité, signe de l'incapacité de la TZA à tarifier correctement leurs missions. De même, ils connaissent une envolée de leurs charges de personnel que ne connaissent pas autant les grands établissements et leurs capacités d'auto-financement sont les plus réduites.

- **Le dernier de ces enjeux est celui de la gouvernance.** La Loi HPST a introduit une rupture spectaculaire en déposant les élus locaux de leur rôle administratif. Les nouveaux territoires de santé arrêtés par les ARS correspondent, dans la plupart des cas, aux départements (11) voire aux régions (5). Ces territoires sont trop vastes pour assurer une réponse de qualité aux besoins et placent de trop nombreuses villes moyennes en position de sujétion, ce qui ne permet guère un engagement actif au service de la santé. La Loi HPST a certes prévu des Contrats Locaux de Santé entre, au moins, l'ARS et une Collectivité Locale. Ils marquent la reconnaissance du niveau local comme l'échelon opérationnel des politiques de santé mais trois ans après le vote de la Loi, seuls 70 CLS ont été signés, dont 80 % en Ile-de-France.

Pour en savoir plus :

Bouinot Cl. - Note de conjoncture Finances Hospitalières, Résultats 2010 et grandes tendances 2011. Paris, DEXIA, avril 2012.

Haas S. et Vigneron E. - Les Villes Moyennes et la Santé. Paris, la Documentation Française/ FMVM/ Caisse des Dépôts, 2008, 126p.

Le Gall S. , Des débuts encourageants pour les contrats locaux de santé. La Gazette des Communes du 26/06/2012.

Thuaud E. - L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2009 et 2010. Études et résultats n° 798, mars 2012. DRESS, Ministère de la Santé.

Vigneron E. - Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès. Paris, Elsevier/Masson, 2011.

Vigneron E et Haas S. - La France des fragilités et des dynamismes territoriaux. La Gazette des Communes. Cahier Détaché n° 2 14/2024 - 5 avril 2010

Vigneron E. et Haas S. - La démographie médicale et paramédicale. La Gazette des Communes. Cahier Détaché n° 2 37/2047 - 4 octobre 2010,

Vigneron E et Haas S. - Solidarités et Territoires, Atlas santé social de la France. FEHAP/ Territorial Editions, 2010.

Vigneron E et Haas S. - Les services à domicile médico-sociaux et sanitaires. Paris, FEHAP, janvier 2012. Collection de 26 guides régionaux. 26*132 p.



CONSCIENTES DE L'IMPORTANCE DE LA SANTÉ POUR TOUS, MAIS AUSSI SOUHAITANT PROMOUVOIR LE DYNAMISME DES TERRITOIRES DONT ELLES SONT L'UN DES ANIMATEURS, LES VILLES MOYENNES AFFIRMENT LEUR RESPONSABILITÉ DANS LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR MIEUX L'ADAPTER À LA GÉOGRAPHIE CONTEMPORAINE, DANS UNE PERSPECTIVE HUMANISTE ET RÉPUBLICAINE D'ENCOURAGER LES SERVICES PUBLICS.

ELLES PROPOSENT DE PARTAGER LES OBJECTIFS SUIVANTS :



Accompagner la mutation « du système de soins » vers « un système de santé » pour répondre aux nouveaux besoins de la population :

- **Développer les actions de prévention en tout point des territoires** par la projection des moyens, notamment de médecine mobile, au plus près des lieux de vie des habitants.
- **Promouvoir le développement des Contrats Locaux de Santé** adaptés aux bassins de vie des villes moyennes.
- **Assurer le rôle fédérateur des communes et intercommunalités** dans la coordination des acteurs de la santé et des soins.
- **Animer des territoires de projet** à une échelle en adéquation avec le vécu des populations et des professionnels de santé.
- **Renforcer le maillage des Centres Médico-Psychologiques (CMP)** notamment pour en faciliter l'accès aux adolescents.



Favoriser une présence médicale et paramédicale accessible à tous dans tous les bassins de vie :

- Instaurer un système de **bonus-malus** à l'installation en fonction de la densité médicale relative des différents territoires.
- Instaurer l'**internat de proximité** dans les centres hospitaliers des villes moyennes.
- Ouvrir **significativement des postes supplémentaires au concours de fin de première année** des études médicales, en contrepartie de la signature par les bénéficiaires d'un contrat d'installation salariée dans des zones démunies.
- Avancer sur la **requalification des tâches** des professionnels médicaux et paramédicaux dans le nouveau cadre Licence-Master-Doctorat (LMD).
- Garantir le maintien d'une **offre « de ville » en secteur 1** à l'échelle des zones d'emploi, en développant des conventionnements à plusieurs échelles (nationales, régionales, locales).
- Développer les infrastructures et les formations pratiques à la **télémédecine**.



Pérenniser la place des centres hospitaliers généraux dans un dispositif de soins accessible à tous :

- Favoriser l'**exercice multi-sites des professionnels médicaux** en particulier entre les Centres Hospitaliers et les CHR&U dans le souci d'offrir un exercice attractif.
- **Calibrer les équipements spécialisés** au volume d'activité prévisible et, en contrepartie, assurer aux professionnels l'accès aux équipements plus lourds auprès d'établissements partenaires.
- **Mutualiser les expériences positives des établissements de villes moyennes** ayant réussi leur plan de redressement et leur repositionnement stratégique.
- Réformer les outils de la **tarification à l'activité et du financement des établissements** pour tenir compte des charges des missions de service public qui incombent aux établissements des Villes Moyennes.



Donner aux villes moyennes un rôle pivot au sein des territoires de santé :

- Définir un « **panier de soins obligatoires** » offerts dans un rayon géographique défini correspondant aux aires d'attraction des villes moyennes. Dans ce but, fixer des objectifs de temps d'accès maximum aux services publics ou privés.
- Fixer la répartition des **moyens techniques et matériels** correspondante.
- **Organiser par les transports sanitaires**, l'accès aux soins des patients.
- Assurer une représentation des territoires de chaque ville moyenne au sein des instances de concertation des Agences Régionales de Santé.
- Définir le **principe d'exception territoriale** là où les établissements ont une activité insuffisante à leur équilibre financier et les financer à due proportion au titre de l'intérêt général.

Présentation de la FVM

La FVM est une association qui regroupe les maires des villes moyennes centres dont la population est comprise entre 20 000 et 100 000 habitants ainsi que les présidents des structures intercommunales à fiscalité propre (communautés de communes, communautés d'agglomération, communautés urbaines, syndicats d'agglomération nouvelle) qui intègrent une ville moyenne.

Les villes moyennes et leur EPCI représentent 26 % de la population française.

La FVM a été créée en 1988 en vue de faire reconnaître les spécificités des villes moyennes et de leurs intercommunalités, afin de renforcer leur rôle, d'affirmer leurs potentialités en faveur du développement économique, social et culturel, et de promouvoir leur image.

La FVM a pour président **Christian PIERRET**, ancien ministre, maire de Saint-Dié-des-Vosges.

Un partenaire incontesté du débat démocratique

Le pluralisme politique de ses instances et la répartition géographique de ses adhérents garantissent la représentativité de la FVM qui, conjuguée à son expérience, en font un interlocuteur sollicité régulièrement par les pouvoirs publics.

La FVM contribue régulièrement à faire évoluer les projets et les réformes qui concernent les villes moyennes et leurs communautés.

Cette reconnaissance est un gage d'efficacité pour les villes moyennes et leurs intercommunalités.

Un lieu d'échange, de réflexion et de concertation

La FVM constitue un réseau de partage d'informations et de mise en commun des savoir-faire et des expériences grâce auquel les adhérents disposent d'éléments d'aide à la décision et à la gestion locale.

Une force de propositions

Les débats et analyses, les réunions de travail, les colloques thématiques, le travail d'une équipe permanente et l'apport de spécialistes confèrent à la FVM un niveau d'expertise qui lui vaut d'être reconnue par les élus locaux, les cadres territoriaux, les pouvoirs publics, les entreprises publiques et privées, et la presse qui fait régulièrement écho des travaux et propositions de la FVM.

La FVM constitue un réseau consulté prioritairement lors de tous les grands débats qui intéressent les collectivités locales et l'aménagement du Territoire.

En outre, la FVM est le porte-parole de ses adhérents dans les instances nationales de concertation.

Ses réseaux, qu'ils soient politiques ou associatifs, traversent les frontières : relations avec les instances européennes et les organismes de coopération décentralisée.

La FVM compte aujourd'hui près de 200 adhérents.

200

VILLES MOYENNES ET
INTERCOMMUNALITÉS

16,4

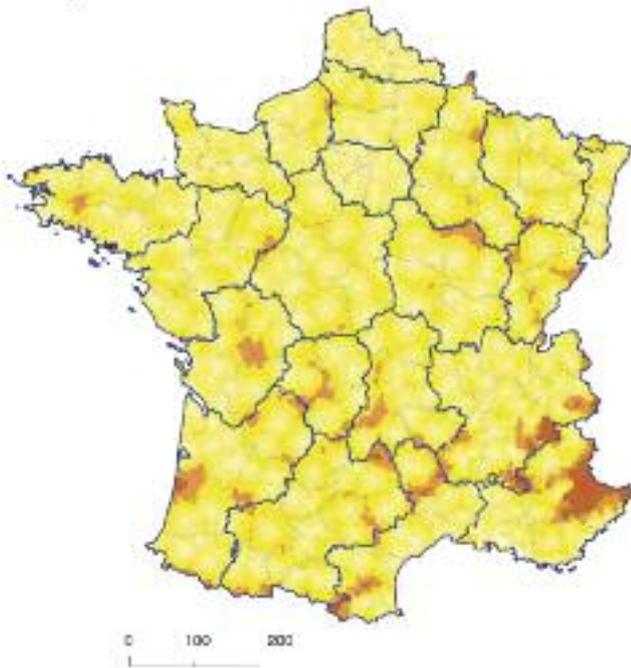
MILLIONS D'HABITANTS



DE 20 000 À 100 000 HABITANTS

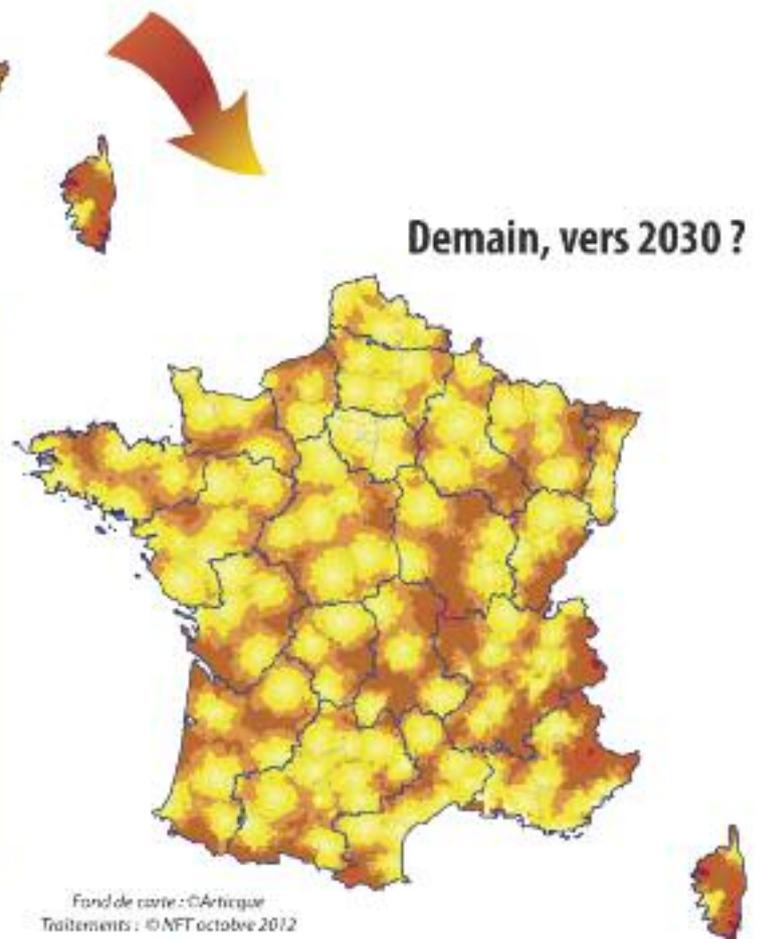
1/4 de la population française

Aujourd'hui



L'offre chirurgicale demain en France : un nouveau "scénario de l'inacceptable" ?

Demain, vers 2030 ?



Les chiffres du scénario de l'inacceptable

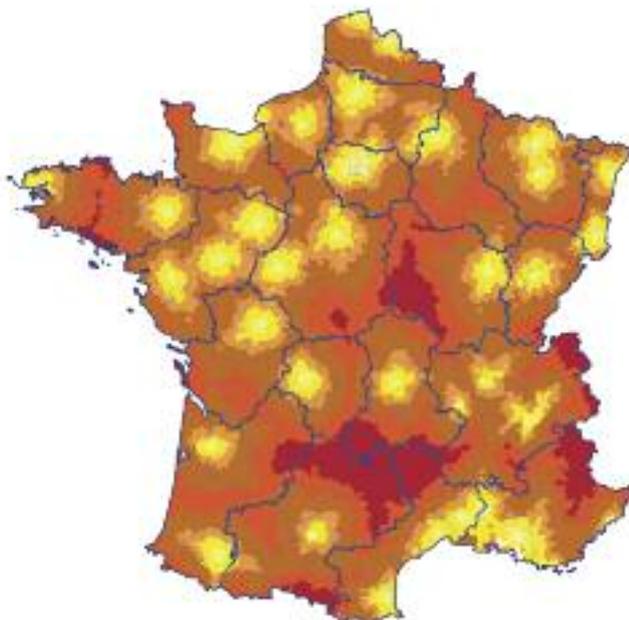
Aujourd'hui, 340 villes assurent une couverture efficace du territoire même si 1,4 million d'habitants sont tout de même à plus de 45 minutes d'un service de chirurgie, temps de trajet qui constitue un seuil de renoncement aux soins.

Si demain, cette présence chirurgicale n'était plus assurée que dans les villes de plus de 50 000 habitants, seuil qui paraît très bas à de nombreux tenants de la concentration, et même en y ajoutant au moins un pôle par département, soit environ 120 pôles d'offre, ils seraient 12,3 millions à plus de 45 minutes.

Et si, après demain, l'offre était concentrée dans un souci affiché de qualité dans la seule quarantaine de villes de 100 000 habitants et plus, plus de la moitié des Français vivraient à plus de 45 minutes d'un service de chirurgie et plus de deux millions d'entre eux en seraient même situés à plus de deux heures.

Fond de carte : ©Artique
Traitements : ©NFT octobre 2012

Après-demain, vers 2050 ?



Temps d'accès routier
dans des conditions normales



* Distances calculées par le logiciel
ODOMATRIX, INRA UMR 1041 CESAER
d'après IGN Route500®, BD Alt 500®, RGC®
(temps de trajet: aux heures pleines)



Document rédigé avec le concours de :
Emmanuel VIGNERON,
professeur d'aménagement sanitaire à
l'Université de Montpellier

Sandrine HAAS,
directrice de la Nouvelle Fabrique
des territoires

FVM
94 rue de Sèvres
75007 Paris - France

Tél. : +33 1 45 44 99 61

Fax : +33 1 45 44 24 50

courriel : fvm@villemoyennes.asso.fr

www.villemoyennes.asso.fr

