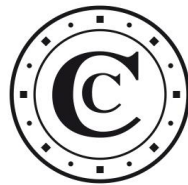


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Cahier territorial du Castelbriantais

Rapport public thématique

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Introduction.....	13
Chapitre I Un besoin de soins important mais une offre de soins insuffisante.....	15
I - Une situation sanitaire dégradée dans le contexte de la région Pays-de-la-Loire	15
II - L'offre de soins médicaux s'est dégradée jusqu'en 2021	16
Chapitre II Un levier d'actions prioritaires : le développement de l'exercice coordonné.....	19
I - La stratégie régionale de santé a identifié les problèmes et les leviers d'action.....	19
II - Des modalités d'aides aux structures très hétérogènes de la part des communes.....	20
A - Une diversité de sites.....	20
B - Une grande diversité dans les modes d'intervention.....	21
C - Un manque de rigueur dans la mise en œuvre des aides.....	22
D - Une réflexion globale en matière de santé est amorcée au niveau communautaire	24
III - Les interventions de la région, de l'ARS et de la Cnam	24
A - Les aides de la région	24
B - Les aides de l'ARS	25
C - Les aides de la Cnam	26
IV - Une coordination entre acteurs renforcée depuis la création d'une CPTS.....	27
A - La communauté professionnelle territoriale de santé.....	27
B - La coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière s'est renforcée.....	28
C - Une logique partenariale prônée par l'ARS et la Cnam	29
Chapitre III Des progrès récents, à confirmer	31
I - Divers facteurs font obstacle à une appréciation synthétique des résultats.....	31
II - Un bilan qualitatif positif, au travers des entretiens avec les professionnels de santé	33

III - Des inflexions positives dans l'offre de soins non programmés et dans l'accès au médecin traitant.....	35
A - Les urgences hospitalières sur le territoire sont saturées mais la part de passages en CCMU1 diminue.....	35
B - Une amélioration de l'accès à un médecin traitant en 2022.....	36
IV - Des initiatives récentes exemplaires.....	37
A - La CPTS a mis en place un relais du SAS.....	37
B - Deux dispositifs mis en place par le Centre hospitalier Châteaubriant Nozay Pouancé.....	38
Conclusion générale	41
Liste des abréviations	43
Annexes	45

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

L'enquête a été pilotée par la formation interjuridictions (FIJ) relative à « l'organisation territoriale des soins de premier recours ». Elle a associé la sixième chambre de la Cour des comptes et onze chambres régionales et territoriales des comptes : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Nouvelle-Calédonie, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Des monographies territoriales, complémentaires des analyses nationales, ont été établies sur le périmètre de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteaubriant, en Loire-Atlantique, sur le département de l'Aveyron et sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Dans chacun de ces cas, les observations provisoires ont été soumises à la contradiction des responsables des politiques analysées.

Le présent cahier territorial a été délibéré en même temps que le cahier national, le 19 janvier 2024, par la formation interjuridictions présidée par Mme Hamayon, présidente de la sixième chambre, et composée de M. Colcombet, conseiller maître, Mme Daussin-Charpantier, Mme Bonnafoux, présidentes de chambre régionale des comptes, MM. La Marle, Pagès et Landais, présidents de section de chambre régionale des comptes, Mme Jagot, première conseillère de chambre régionale des comptes, ainsi que de M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, Mme Mazuir, première conseillère de chambre régionale des comptes, rapporteure générale adjointe, et en tant que contre-rapporteur, M. Colcombet, conseiller maître.

Il a été examiné le 27 février 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, Mme Démier, M. Bertucci, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre, M. Soubeyran, M. Glimet et M. Machard, présidents de section représentant les présidentes et président des première, quatrième et sixième chambres, conseillers maîtres, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

La chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire a participé à une enquête pilotée par une formation commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours. Les territoires des communautés de communes de Châteaubriant-Derval et de la Région de Nozay, au nord du département de Loire-Atlantique, qui constituent l'essentiel du territoire de la communauté professionnelle territoriale de santé Atlantique-Nord Loire, la première créée dans le département, ont été retenus pour illustrer l'approche globale de l'enquête qui vise :

- à mettre en rapport les évolutions respectives sur ce territoire de la demande et de l'offre de soins de premier recours, pour expliquer les tensions ressenties par les patients dans l'accès à ces soins ;
- à identifier les principales interventions publiques réalisées ou engagées, dans ces territoires, en faveur de l'accès aux soins de premier recours, en l'occurrence celles qui visent à soutenir le développement de l'exercice coordonné ;
- à apprécier l'effet des aides publiques accordées et à repérer les pistes d'évolution les plus prometteuses, pour une action publique mieux ciblée et plus efficace.

L'écart entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins de premier recours

Ce territoire présente des caractéristiques médico-sociales très dégradées : avec une population en croissance et qui cumule de nombreuses difficultés sociales et sanitaires, le besoin de soins de premier recours est important. Or, si l'effectif de certaines professions de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) augmente, ce n'est pas le cas des professions médicales, surtout des médecins généralistes : leur nombre diminue. En conséquence, l'accessibilité à un médecin généraliste, en particulier à un médecin traitant, se dégrade.

La situation est hétérogène et changeante au sein du territoire retenu. En 2017, la partie la plus au nord a été classée par l'agence régionale de santé dans les zones sous-dotées devant bénéficier d'une

intervention prioritaire, tandis que la partie sud est considérée comme proposant une offre de soins satisfaisante. La situation était exactement inverse en 2012.

Des interventions visant essentiellement l'installation de médecins généralistes

Les collectivités publiques du territoire sont intervenues au cours des années récentes en faveur de la création de structures de soins de premier recours, surtout pour l'accueil de médecins généralistes. Sept structures d'exercice libéral de soins de premier recours ont bénéficié d'un soutien public, toutes proposant le regroupement de professionnels de santé, mais deux seulement selon des modalités qui impliquent à la fois la définition d'un projet de santé et une aide récurrente au fonctionnement de l'assurance maladie (pour les maisons de santé pluridisciplinaires - MSP - et les centres de santé qui adhèrent à un accord national).

À l'exception de la maison de santé pluridisciplinaire de Nozay, ouverte en 2015 et portée par la communauté de communes de la Région de Nozay elle-même, toutes les autres structures ont été ouvertes très récemment, en 2021 ou 2022, et ont fait l'objet d'un portage communal. La quasi-totalité vise à favoriser en priorité l'installation de médecins généralistes mais d'autres professions de santé peuvent être considérées localement comme prioritaires.

L'intervention publique a pris essentiellement la forme d'une aide à l'investissement initial. Le montant des loyers consentis par les propriétaires aux occupants des locaux fait apparaître des stratégies différentes quant au retour sur investissement du projet : sa durée peut être courte, se traduisant par un loyer élevé lorsqu'une logique économique domine, mais elle peut être aussi très longue lorsqu'un loyer faible est fixé, dans une logique de politique d'aménagement du territoire et d'attractivité.

On relève dans ces interventions un certain manque de rigueur : ainsi, les conditions légales encadrant l'attribution, par une communauté de communes ou une commune, d'aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé, ne sont pas respectées. En outre, les charges d'amortissement sont rarement comptabilisées (contrairement à la réglementation¹, dans le cas de communes de plus de 3 500 habitants) et les charges de fonctionnement induites sont peu suivies.

Dans ce territoire, ni les EPCI ni le département de la Loire-Atlantique n'ont subventionné les porteurs de projet. Pour autant, les aides financières

¹ Conformément à l'article R. 2321-1 du code général des collectivités territoriales.

dont les acteurs à l'initiative des structures peuvent bénéficier, sont nombreuses, puisque la région, l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) subventionnent l'installation des professionnels de santé dans les territoires les plus en difficultés.

Des interventions dont l'effet positif est à confirmer

Le rôle de chacune des parties prenantes de la politique des soins de premier recours manifeste une différence d'approche assez marquée : tandis que les élus, relais sur ce point des attentes des patients-citoyens, se préoccupent en premier lieu de la présence même de professionnels de santé, surtout de médecins généralistes, sur leur territoire, les services de l'État insistent sur les conditions de réussite des projets. Parmi ces conditions, l'acquisition d'une culture de l'exercice pluriprofessionnel apparaît comme la plus déterminante. Les communautés de communes ont commencé à fixer, dans des documents stratégiques, des objectifs d'une politique plus globale.

L'organisation des soins non programmés sur le territoire, notamment par le centre hospitalier de Châteaubriant-Nozay-Pouancé, d'une part, par la communauté professionnelle territoriale de santé Atlantique-Nord Loire, d'autre part, a permis d'instaurer une gradation de la prise en charge qui, si elle ne parvient pas à réduire la pression sur le service des urgences du centre hospitalier, a contribué à faire diminuer le nombre des passages aux urgences les moins pertinents.

En outre, l'effet de ces mesures de soutien à l'implantation de structures de soins sur le territoire a été d'améliorer, à compter du premier semestre 2022, l'accès à un médecin traitant. Même si elle doit être confirmée, l'efficacité des différentes interventions réalisées sur le territoire est donc avérée.

Introduction

Dans le cadre de l'enquête des juridictions financières relative à l'organisation des soins de premier recours, la chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire a cherché à mesurer l'effet de ces interventions au niveau local, sur un territoire déterminé : celui de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Atlantique-Nord Loire (ANL), constitué par le territoire des communautés de communes de Châteaubriant-Derval² et de Nozay³, qui regroupe plus de 60 000 habitants⁴.

Le territoire ainsi délimité est caractérisé par une situation sanitaire très préoccupante au regard des indicateurs régionaux, notamment parce qu'il souffre d'un déficit de médecins généralistes (Chapitre I). Sur ce territoire, la chambre a examiné tous les lieux et structures qui répondaient aux trois conditions cumulatives suivantes : offrir des soins de premier recours ; ne pas se limiter à un seul professionnel de santé (donc hors cabinets médicaux mono-professionnels⁵) ; avoir fait l'objet d'une aide financière publique, sous quelque forme que ce soit (Chapitre II).

Sur le fondement de nombreux entretiens avec les acteurs locaux qui sont intervenus au bénéfice de l'ouverture de ces structures, ou qui interviennent régulièrement en matière de santé sur le territoire, a été conduite une analyse de l'effet de ces interventions (Chapitre III).

² 44 500 habitants, la plus vaste du département de Loire-Atlantique et celle avec le plus grand nombre de communes-membres. La ville de Châteaubriant, qui en est le siège, est le pôle urbain le plus peuplé (12 000 habitants) du territoire retenu (chiffres Insee 2020).

³ 16 000 habitants, l'une des plus petites du département. Son siège, Nozay, compte 4 216 habitants (chiffres Insee 2020).

⁴ Ce territoire se trouve à équidistance des grandes villes de la région : Nantes au sud, Angers au sud-est, Laval au nord-est, Rennes au nord et Redon à l'ouest, chacune à environ 60 km. Le nord du territoire (Rougé, Sion-les-Mines) se trouve donc plus près de Rennes tandis que le sud (Nozay, Abbaretz) subit plutôt l'attraction de Nantes. Il est traversé sur sa limite ouest par la voie rapide Rennes-Nantes et, au centre, depuis 2014, par la ligne de Tram-Train Nantes-Châteaubriant.

⁵ Ce qui a conduit à écarter le cabinet médical de Puceul dont les locaux sont loués à la commune par un médecin généraliste.

Chapitre I

Un besoin de soins important mais une offre de soins insuffisante

Le territoire constitué par les deux communautés de communes de Châteaubriant-Derval et de la région de Nozay forme un ensemble, marqué par des indicateurs défavorables de point de vue de la santé publique (I). Alors même que les besoins en soins sont avérés, l'offre de de premier recours a connu une évolution défavorable, de 2017 à 2021 (II).

I - Une situation sanitaire dégradée dans le contexte de la région Pays-de-la-Loire

L'état de santé de la population des deux communautés de communes Châteaubriant-Derval (CCCD) et Région de Nozay (CCN), qui constituent ensemble l'un des 28 territoires d'animation de l'ARS Pays-de-la-Loire, présente de nombreux paramètres défavorables : certains indices comme les taux de personnes de tous âges, admises en affection de longue durée (ALD), prises en charge pour maladie cardio-neuro-vasculaire ou hospitalisées en court séjour pour lésion traumatique, sont les plus forts de la région Pays-de-la-Loire. La mortalité prématurée évitable, la mortalité par suicide, les pathologies liées à la consommation d'alcool et les prises en charge pour troubles mentaux et du comportement sont également élevées par rapport à la moyenne régionale.

Les principaux problèmes de santé sont les maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux et du comportement, les

problèmes directement liés à la consommation d'alcool (plus fort indice régional des personnes hospitalisées en court séjour pour pathologie liée à l'alcool) ayant comme conséquence des accidents (plus fort indice régional des personnes hospitalisées en court séjour pour lésion traumatique et indice de mortalité par accident de la circulation parmi les plus forts). Les problèmes de cancer (hormis le cancer de la prostate), de diabète et de maladies de l'appareil respiratoire sont en revanche à un niveau inférieur à la moyenne nationale et parfois à la moyenne régionale (cancer du poumon, diabète), ce qui pourrait toutefois traduire un sous-diagnostic.

II - L'offre de soins médicaux s'est dégradée jusqu'en 2021

L'évolution du nombre de professionnels de santé sur le territoire entre 2017 et 2021 est contrastée selon les professions de santé : le nombre diminue pour les médecins généralistes (- 9 %), est relativement stable pour les dentistes et augmente pour les professions non médicales. Les infirmiers et kinésithérapeutes augmentent de quatre professionnels, soit + 13 % pour les kinésithérapeutes et + 9 % pour les infirmiers, légèrement moins vite toutefois que la dynamique départementale (respectivement, + 17 % et + 14 %).

Au 31 décembre 2019, on comptait dans la CPTS ANL 42 médecins généralistes, d'une moyenne d'âge de 53 ans et ayant en moyenne une patientèle en tant que médecin traitant (MT) de 1 217 personnes, pour une "file active" moyenne de 1 795 personnes⁶.

En ce qui concerne l'âge des médecins généralistes, le territoire de vie-santé (TVS)⁷ de Châteaubriant est comparable aux territoires mayennais ou sarthois, alors que la situation moyenne de la Loire-

⁶ Pour le nombre de patients, on distingue la « patientèle médecin traitant » (PMT), qui est l'ensemble des patients ayant désigné un médecin généraliste comme leur médecin traitant, et la « patientèle file active » (PFA), qui désigne tous les patients ayant consulté le MG au moins une fois dans l'année, qu'ils l'aient ou non désigné comme leur médecin traitant.

⁷ Le « territoire de vie-santé » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants (voir notamment la méthodologie dans le n°1144 d'Études et résultats, de février 2020 « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population »).

Atlantique est relativement bonne comparée à celle des autres départements de la région Pays-de-la-Loire. Selon une prospective réalisée en novembre 2020 par la Cpam, le nombre de départs à l'horizon de cinq ans, estimé à cette date, était de 18 médecins généralistes totalisant 24 340 patients qui, donc, ont dû ou devront trouver un autre médecin traitant.

L'accessibilité potentielle localisée ou « APL moyen pondéré », exprimé en nombre de consultations accessibles par an et par habitant « standardisé », diminue entre 2017 et 2021 dans ces trois territoires, que ce soit pour l'accès à tous les médecins généralistes ou à ceux âgés de moins de 65 ans. Le phénomène de la désertification médicale est donc marqué sur le territoire : ses habitants ont vu leur possibilité d'accéder à un médecin généraliste se dégrader.

La traduction de cette évolution est moins lisible : avant 2018, le territoire de Nozay était qualifié de zone fragile (ancienne terminologie). Depuis 2018, les territoires de Derval et Châteaubriant sont classés en zones d'intervention prioritaires (ZIP) ; le territoire de Nozay ne figure plus dans le zonage.

Chapitre II

Un levier d'actions prioritaires : le développement de l'exercice coordonné

Des actions correctives ont été engagées, dans le cadre d'une stratégie régionale fondée sur le partenariat avec les collectivités territoriales (I), qui a été déclinée de manière diversifiée par celles-ci, parfois de manière insuffisamment cadrée (II). Mais les actions conjointes de la région, de l'agence régionale de santé (ARS) et de la Cnam ont fait apparaître des axes plus structurants (III), désormais relayés et concrétisés sur le territoire par les interventions de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), créée en 2019 (IV).

I - La stratégie régionale de santé a identifié les problèmes et les leviers d'action

Le projet régional de santé (PRS) des Pays-de-la-Loire pour les années 2018 à 2022 a relevé l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire ligérien et les difficultés à accéder, notamment, à un médecin généraliste, à un kinésithérapeute, ou à un chirurgien-dentiste. À cet égard, il constate « *l'évolution des aspirations des jeunes professionnels* » : « *s'installer dans un territoire qui offre un cadre de vie attractif* » et avoir « *un exercice collectif, si possible pluriprofessionnel, qui leur garantisse un équilibre entre leur vie familiale et leur vie professionnelle et qui offre des parcours professionnels diversifiés* ».

Il insiste donc sur « *l'organisation des soins de santé primaires* » à améliorer et souligne ce qui a déjà été réalisé, notamment le fort

développement des structures d'exercice coordonné. Un objectif de réduction « *du nombre de territoires identifiés comme fragiles* » est affirmé⁸, même si sa concrétisation (qui suppose l'identification préalable de ces territoires prioritaires et l'affectation ciblée des aides mobilisables) est renvoyée vers les comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours (CATS), créés dans chaque département. Parmi les « leviers d'action » identifiés pour atteindre ce résultat, le « partenariat avec les collectivités locales » est explicitement mentionné.

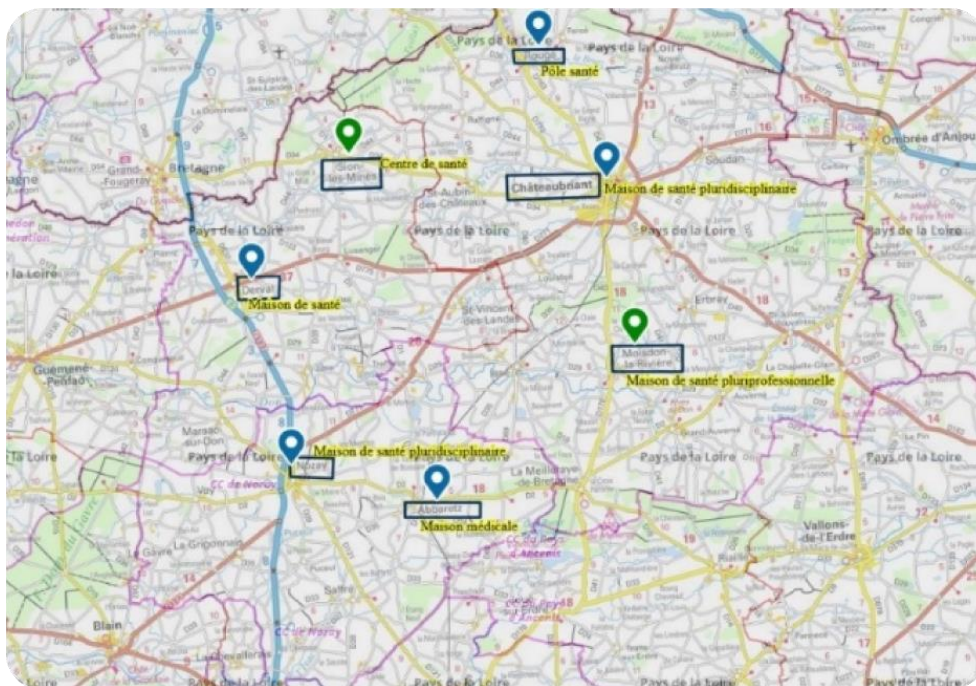
II - Des modalités d'aides aux structures très hétérogènes de la part des communes

A - Une diversité de sites

Plusieurs sites ont fait l'objet d'un aménagement afin de permettre un exercice pluriprofessionnel. Sept lieux, dont le plus ancien a été créé en 2015 mais qui l'ont surtout été depuis 2021, relèvent de deux catégories différentes : l'exercice simplement regroupé, lorsque les professionnels de santé exercent leur art dans les mêmes locaux, sans mise en place d'une coordination formelle de l'offre de soins au sens du code de la santé publique ; l'exercice coordonné proprement dit, au sens de ce code. L'annexe n° 2 détaille les conditions de fonctionnement et le coût pour les collectivités de l'aménagement, dans l'ordre chronologique de leur ouverture à la patientèle.

⁸ Voir le livret « accès aux soins de proximité » (p. 4 à 9) du projet régional de santé.

Carte n° 1 : localisation des structures d'exercice des soins de premier recours sur le territoire



Source : Géoportail / carte IGN échelle 1 : 400 000* (en bleu : les structures d'exercice regroupé ; en vert : les structures d'exercice coordonné)

Des projets de construction de maison médicale, plus ou moins avancés, étaient également en cours d'expertise, notamment dans les communes de Saffré et d'Issé.

B - Une grande diversité dans les modes d'intervention

Comme le montre l'analyse des coûts par mètre carré supportés par les collectivités territoriales (ou de la durée théorique de remboursement des avances accordées), présentée aussi en annexe n°2, les logiques sont très diverses. Au regard de la rentabilité du projet, le montant des loyers consentis aux professionnels de santé permet de révéler quatre stratégies :

- la stratégie d'équilibre financier des professionnels immobiliers (le constructeur spécialisé ou la ville de Châteaubriant), lorsque ce sont eux les bailleurs, qui vise à rembourser l'investissement en 10 à 20

ans ; cela contraint ainsi la commune de Châteaubriant à fixer un montant de sous-loyer assez élevé ;

- la stratégie de Derval, à mi-chemin entre l'équilibre financier et l'attractivité ;
- la stratégie d'Abbaretz et de Nozay qui privilégient l'attractivité, ce qui conduit à une durée de rentabilité plus longue mais sans perdre de vue le besoin d'équilibre financier ;
- la stratégie de Sion-les-Mines et de Rougé, lesquelles ont adopté une politique de bailleur sanitaire social privilégiant l'attractivité.

Cette diversité serait encore accrue si l'on intégrait les aides au fonctionnement des structures. Les charges de fonctionnement des locaux loués aux professionnels de santé sont régulièrement un « angle mort » des aides publiques à leur installation. Par ailleurs, les charges de gestion administrative, qui constituent pourtant une prestation de service qui pourrait être, sinon facturée du moins identifiée en comptabilité analytique, ne sont jamais prises en compte dans les structures examinées.

C - Un manque de rigueur dans la mise en œuvre des aides

1 - L'absence de suivi des amortissements

Autre point relevé, les charges d'amortissement ne sont pas identifiées, même lorsque la réglementation en fait obligation aux collectivités (au-delà de 3 500 habitants). Les juridictions financières recommandent donc à la communauté de communes de la région de Nozay et à la commune de Derval d'enregistrer les dotations aux amortissements des surfaces de maison de santé mises en location, conformément à l'article R. 2321-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

2 - Les conditions de légalité des aides publiques aux professionnels de santé ne sont pas respectées

L'article L. 1511-8 du CGCT dispose, notamment, que « *les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. À cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide et les professionnels de*

santé intéressés. Les conventions signées sont transmises par les collectivités et groupements concernés aux agences régionales de santé ». Les articles R. 1511-44 à R. 1511-46 du CGCT précisent les types d'aides possibles, le contenu de la convention de subventionnement obligatoire et la procédure de sa conclusion.

Ces dispositions ne sont pas respectées en pratique : des aides, sous la forme d'avantages économiques non facturés (prix de location inférieurs au marché ou coûts de fonctionnement non pris en compte), sont attribuées hors zonage autorisé, ou dans le zonage mais sans convention.

3 - La compétence juridique en matière de santé ne fait pas l'objet d'une analyse

On trouve peu de traces d'une analyse préalable portant sur l'existence d'une compétence en matière de santé et sur son étendue. Les délibérations des communes, quel que soit leur objet, ne comportent aucune mention permettant d'identifier un fondement ou un cadre juridique spécifique au thème de la santé, pour les opérations objets de ces délibérations. Les communautés de communes, en revanche, ont modifié leurs statuts pour y intégrer la compétence « santé ».

La clause de compétence générale est parfois invoquée. Le plus souvent, l'intervention publique est justifiée d'une manière beaucoup plus prosaïque : le besoin pressant d'accès de la population communale à un professionnel de santé, surtout à un médecin généraliste, et la pression ou l'inquiétude forte des habitants sur ce sujet lors d'échanges avec les élus, justifient à leurs yeux la nécessité d'investir ce champ de l'action publique.

Enfin, la question du respect des libertés économiques est postérieure à celle de l'existence d'une compétence pour intervenir mais conditionne en principe tout autant la légalité de l'intervention publique. (CE Ass., 31 mai 2006, *Ordre des avocats au barreau de Paris*). Or, que ce soit au niveau intercommunal ou au niveau communal, cette question n'est jamais posée avant les décisions. La carence de l'initiative privée pourrait certes paraître évidente, au regard des difficultés à attirer des médecins. Toutefois, le sujet mériterait d'être évoqué dans l'exposé des motifs des délibérations, notamment dans les communes-centres où il existe des cabinets libéraux n'ayant pas bénéficié d'aides publiques, lesquelles ne sont pas octroyées seulement en investissement mais parfois aussi en fonctionnement.

D - Une réflexion globale en matière de santé est amorcée au niveau communautaire

À la communauté de communes Région de Nozay (CCN), le projet de territoire 2017-2030 mentionne que « *les élus seront attentifs au respect du maillage de l'offre médicale du territoire qui sera abordé dans le projet de santé qui doit être élaboré par les professionnels sous l'égide de l'ARS* ». La communauté de communes a conscience du besoin d'inscrire son intervention dans un cadre plus approfondi, réfléchi prioritairement par les professionnels de santé eux-mêmes. Intégrée dans une partie relative à l'offre de service public, l'offre médicale tend presque à revêtir cette qualification. Toutefois, les voies et moyens de la coopération ne sont que peu analysés.

La communauté de communes Châteaubriant-Derval (CCCD) a décidé en 2021 d'élaborer un contrat local de santé (CLS) conclu avec l'ARS. Après l'accord de principe de l'ARS, la CCCD a modifié ses statuts puis a recruté un coordinateur, cofinancé par l'ARS. Cependant, initialement prévue mi-2022, puis fin 2022, la signature du CLS n'a pas eu lieu avant la fin de 2023. L'établissement public intercommunal dispose en outre d'un conseil de développement qui avait déjà engagé depuis 2012 des réflexions et des actions sur la démographie médicale puis sur la politique de santé, et qui a élaboré en janvier 2019 un rapport sur la santé, faisant une large place aux besoins de prévention, de coordination et de participation de tous.

III - Les interventions de la région, de l'ARS et de la Cnam

Face au risque de dispersion des efforts, les interventions cumulées de la région (A), de l'ARS (B) et de la Cnam (C) ont permis de dégager des axes plus structurants.

A - Les aides de la région

La région Pays-de-la-Loire a progressivement investi le domaine de la santé à partir de 2007. Elle a construit un régime d'aides aux collectivités en matière de santé, en partenariat avec l'agence régionale de santé (ARS), qui est intégré à son dispositif général d'aide aux communes et intercommunalités. À l'origine exclusivement ciblées sur les maisons santé

pluridisciplinaires (MSP), les aides régionales se sont diversifiées entre 2016 et 2021, au regard des modèles alternatifs qui se sont développés : centres de santé, équipes de soins primaires, téléconsultation, délégation de tâches. Elles peuvent aussi être octroyées exceptionnellement pour l'ouverture d'un cabinet médical, sous certaines conditions, notamment d'urgence. Un fonds régional d'urgence a en effet été doté pour octroyer des aides de 50 000 € aux petites communes qui s'engagent dans le lancement d'un projet territorial de santé (contrat local de santé ou, au moins, un plan) ou quand un projet déjà avancé a pour objet le maintien d'un médecin et qu'une équipe de soins primaires peut être constituée. Un outil de suivi et de contrôle des aides a été mis en place en janvier 2023.

La région Pays-de-la-Loire a inscrit ces dispositifs d'aide dans une réflexion plus globale sur la stratégie en matière de santé, en élaborant un Projet régional d'accès à la santé 2017-2020 (PRAS), auquel a succédé un Plan Région Santé 2022-2028. Elle est consciente de l'importance d'agir sur les déterminants de santé (environnement, mobilités, etc.), dans un objectif de prévention.

En revanche, ni les EPCI (hors création d'une structure d'exercice de soins directement portée par l'EPCI, ce qui est la situation de la communauté de communes Région de Nozay – CCN - pour la MSP de Nozay) ni le département de Loire-Atlantique n'accorde d'aide, à la seule exception d'une subvention de 2011 du département à la construction de la MSP de Nozay dans le cadre du contrat de territoire départemental.

B - Les aides de l'ARS

L'ARS Pays-de-la-Loire a créé un portail d'information et d'assistance en ligne aux professionnels de santé (PAPS), recensant tous les dispositifs d'aide et les procédures administratives les concernant.

Sur le territoire, le premier type d'aide est le fonds d'intervention régional (FIR). L'élaboration du projet de santé de la MSP de Moisdon-la-Rivière a, par exemple, donné lieu à l'attribution, dans le cadre du FIR, d'un montant forfaitaire initial de 16 000 € puis d'un montant de 1 500 €/mois sur 10 mois, et d'une aide forfaitaire de 4 000 € lors de la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Cette aide permet de financer les réunions de concertation des professionnels de santé ou le travail du coordinateur de la structure. L'acquisition, par le centre de santé (CdS) de Sion-les-Mines, d'un logiciel interprofessionnel a de son côté donné lieu à une aide du FIR de 18 000 €.

Le CdS de Sion-les-Mines a fait l'objet d'un deuxième type d'aide : une participation du dispositif « 400 MG », pour « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires », créé par l'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 6 février 2019. Ce dispositif se divise en deux volets : un premier pour le recrutement de jeunes médecins généralistes exerçant de façon mixte, à mi-temps à l'hôpital et à mi-temps en ambulatoire en médecine de ville, et un second pour des postes de médecins généralistes salariés en ZIP ou en ZAC. Le CdS répond à ces deux critères. L'aide 400 MG a ainsi permis de combler l'écart entre les charges et les produits, à hauteur de presque 36 000 €, entre septembre 2021 et septembre 2022.

Un troisième type d'aide est le financement des postes de coordinateur. L'embauche de la coordinatrice de la CPTS Atlantique Nord Loire (ANL) a ainsi fait l'objet d'une aide de l'ARS sous la forme de dotations aux frais de fonctionnement.

C - Les aides de la Cpm

La Cpm gère également différents types d'aide, souvent conjointement avec l'ARS, comme le contrat d'aide à l'installation de médecin (CAIM). Sur le territoire, on peut signaler en outre les aides apportées au CdS de Sion-les-Mines, par le contrat d'aide à l'installation d'un centre de santé en zone sous-dotée (CAI) puis par le contrat d'aide à l'embauche d'un assistant médical. Le CAI impose deux obligations au centre de santé : que les médecins exercent pendant cinq ans et qu'ils participent à la permanence des soins ambulatoires. En contrepartie, la Cpm verse une aide forfaitaire unique à l'installation, de 30 000 € pour le premier médecin généraliste salarié, puis de 25 000 € pour le deuxième et le troisième.

Les aides de la Cpm prennent surtout la forme d'un financement annuel à une structure, en contrepartie d'objectifs. En 2022, l'exercice coordonné pluriprofessionnel des soins, qui n'était auparavant qu'une condition optionnelle de ces aides, est devenu obligatoire. La structure n'est comprise que d'un point de vue fonctionnel : il s'agit d'un regroupement coordonné de professionnels de santé et non de locaux. Les collectivités qui se bornent à investir dans la construction d'un pôle santé ou d'une maison médicale ne bénéficient d'aucune aide, y compris de la région qui a repris ce critère d'exercice coordonné.

IV - Une coordination entre acteurs renforcée depuis la création d'une CPTS

On note plusieurs évolutions récentes (parallèlement à la multiplication des projets de création des structures d'exercice coordonné) : la mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (A) et le développement d'actions de soutien de la part du centre hospitalier (B), destinées à mieux prendre en compte les attentes des territoires (mission nouvelle reconnue depuis 2019 aux hôpitaux de proximité). On note aussi en ce sens une réorganisation de l'action des services des délégations départementales des ARS, ainsi que des Cpm (C).

A - La communauté professionnelle territoriale de santé

La CPTS Atlantique-Nord Loire (ANL) a été créée par 35 professionnels de santé en 2019, après approbation de son projet de santé articulé selon quatre axes stratégiques : renforcer la coordination et l'organisation entre la ville et les établissements de santé pour améliorer la continuité des parcours de soins de la population ; organiser la réponse à la demande de soins non programmés ; favoriser l'accès à un médecin traitant pour la population du territoire de la CPTS ; améliorer la coordination et la communication pluriprofessionnelle intra et extra-CPTS entre les acteurs de santé ; mettre en place des actions locales de prévention en relation avec les programmes et les plans nationaux, régionaux et départementaux. Ces axes font l'objet d'une fiche qui les traduit en actions concrètes avec des objectifs, des exemples, des coordinateurs désignés, un calendrier prévisionnel et des critères d'évaluation.

La crise sanitaire de 2020 a été un accélérateur de développement pour la CPTS : elle a été un vecteur de communication, a passé commande de matériel de protection et créé des consultations pour la covid.

La CPTS a adhéré en novembre 2020 à l'accord conventionnel interprofessionnel de 2019 relatif au déploiement des CPTS et a signé une convention tripartite avec l'ARS et la Cnam qui prévoit les moyens de financement de la CPTS et ses objectifs, avec des indicateurs quantifiés. Elle a bénéficié d'une aide de 60 000 € au démarrage, aide renouvelée chaque année pour son fonctionnement. Trois dialogues de gestion sont prévus annuellement. Les indicateurs de financement variables sont ceux liés à l'accès aux soins : progression de la patientèle avec médecin traitant, taux décroissant de passage aux urgences, taux croissant d'admission directe en hospitalisation par un médecin traitant.

Tous les acteurs du territoire ont eu contact, à un moment ou à un autre, avec la CPTS Atlantique Nord Loire (ANL). Elle est devenue un acteur incontournable de la coordination des projets et intervenants sur le territoire et certaines de ses actions (mise à disposition d'une messagerie instantanée protégée, création d'un service d'accès aux soins, relations entre la médecine de ville à Châteaubriant et le centre hospitalier) ont amélioré très concrètement l'activité des professionnels de santé.

B - La coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière s'est renforcée

Le CH Châteaubriant Nozay Pouancé (CNP) a développé des relations avec la médecine de ville par divers moyens. Il a développé, à partir de 2015, un partenariat avec un groupe appelé « Acteurs santé » issu de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) des Pays-de-la-Loire et réunissant, sur le territoire, divers acteurs locaux, de toutes professions, concernés par la santé, aussi bien dans les domaines médicaux que médico-sociaux. Des réunions et colloques en commun ont été organisés, notamment dans le but de préparer un contrat local de santé.

Le centre hospitalier a ensuite intégré cette problématique d'accès aux soins dans son projet d'établissement 2018-2022, au sein de ses axes stratégiques n° 1 « *Réduire sur notre territoire les inégalités d'accès aux soins et de prise en charge* » et n° 3 « *Mettre en avant le rôle des équipes du CH-CNP dans la coordination sur le territoire* ».

Puis, dès la création de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) à l'été 2019, des réunions entre ses membres et le centre hospitalier ont été tenues. La CPTS a permis de structurer les relations entre l'hôpital et les professionnels libéraux, selon son directeur. La présidente

de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier en fait partie et un rythme d'une réunion mensuelle avec le président et la coordinatrice de la CPTS s'est installé, en plus des réunions thématiques entre praticiens du centre hospitalier et professionnels de santé du territoire. Fin 2019, ces réunions ont permis de faire connaître la difficulté pour les patients des médecins généralistes de Châteaubriant d'accéder à une consultation en cardiologie, puis de mettre en place un contact direct des médecins avec le centre hospitalier pour les semi-urgences grâce à des créneaux réservés. Une réflexion similaire est en cours pour la gériatrie. Ces relations permettent donc de transformer des soins non programmés en soins programmés, à l'entrée du parcours de soins.

Les relations mensuelles avec la CPTS se sont maintenues pendant la crise de la covid 19 et ont permis une bonne communication entre le centre hospitalier et les libéraux, notamment quant aux mesures de prévention à prendre.

C - Une logique partenariale prônée par l'ARS et la Cpm

Les élus interrogés ont exprimé des sentiments contrastés sur les échanges noués avec l'ARS et la Cpm et sur leur efficacité. Certains expriment des critiques, quand d'autres soulignent la qualité de l'écoute et de l'accompagnement qui leur a été prodigué. La grande majorité observe très favorablement la mise en place de relais chargés spécifiquement d'assurer l'articulation entre les collectivités locales et les services de l'État : une animatrice territoriale de santé, à l'ARS, et, plus récemment, un animateur territorial, à la Cpm.

Les professionnels de santé ont également été interrogés : ceux qui ont bénéficié d'un soutien en vue de créer une structure de soins de premier recours expriment une grande satisfaction à propos de cette assistance et de la proximité à leur égard de ces interlocuteurs de terrain.

Ces « ressentis » confirment, du côté des destinataires et interlocuteurs des services de l'État, la transformation en cours d'une logique prescriptive à une logique partenariale. Cette logique prend donc la forme d'une démarche incitative, utilisant largement l'instrument conventionnel, où le financement est conditionné par l'atteinte de résultats. Le déploiement d'agents sur le terrain pour faciliter les interactions est l'autre instrument privilégié. La Cpm a ainsi déployé en Loire-Atlantique cinq équipes territoriales sur cinq territoires, placées sous la responsabilité d'un animateur territorial et comprenant, chacune, un chargé de prévention, un délégué de l'assurance-maladie, un conseiller de l'assurance-maladie et un délégué numérique de la santé.

Chapitre III

Des progrès récents à confirmer

Il est difficile d'objectiver l'impact des actions menées, pour mieux organiser les soins de premier recours dans le territoire de la CTPS (I). Mais les « retours » des professionnels de santé sont positifs (II). On note une inflexion dans les indicateurs synthétiques disponibles (III) et plusieurs initiatives structurantes, pour le développement ultérieur des coopérations entre professionnels de santé ont été engagées (IV).

I - Divers facteurs font obstacle à une appréciation synthétique des résultats

Lorsqu'on tente d'apprécier de manière synthétique les diverses interventions en matière de soins de premier recours, un premier facteur de difficulté réside dans la diversité des périmètres géographiques. Aux périmètres administratifs classiques, correspondant aux territoires des collectivités publiques, s'ajoutent plusieurs types de zones géographiques propres au champ de la santé : le territoire d'animation de l'agence régionale de santé (ARS) qui sert pour le zonage des indicateurs de l'observatoire régional de la santé, ne correspond pas au territoire de vie-santé, défini quant à lui par la Drees (ministère chargé de la santé), les deux étant différents du territoire couvert par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). La simple comparaison des indicateurs existants est rendue moins fiable en raison de ces divergences.

Deuxième élément de confusion, la terminologie des lieux d'exercice médical est parfois trompeuse. Même si le code de la santé publique donne une définition des « maisons de santé » (à son article

L6323-3), précisant en particulier (au 2^{ème} alinéa de l'article) qu'un « projet médical » doit être établi, les appellations utilisées en pratique sont moins rigoureuses. Les dénominations peuvent varier, y compris pour la même structure : « maison médicale », « maison de santé », « pôle santé », « centre de santé », « maison pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire », etc. Certaines structures dénommées « maisons de santé » peuvent ne pas avoir établi de projet médical. Elles ne sont pas dès lors éligibles à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et aux aides prévues dans ce cadre. Les élus témoignent du fait que seuls ceux s'étant investis sur le sujet ont acquis la connaissance de la différence entre la maison de santé agréée par l'ARS et celle ne constituant qu'un exercice regroupé. En outre, le fait que la maison de santé pluriprofessionnelle prévue par le code de la santé publique (CSP) ne soit pas un bâtiment, un local, mais d'abord une « construction » professionnelle, fonctionnelle, qui peut ne pas être localisée dans un bâtiment (maison de santé « hors les murs », telle qu'elle existe pour le moment à Moisdon-la-Rivière), n'est pas toujours perçu, alors que les professionnels de santé insistent pour rappeler que l'identité d'une structure comme une MSP réside, non dans un bâtiment, mais dans la qualité de leurs relations pluriprofessionnelles.

Une appréciation de l'effet précis du développement de l'exercice coordonné est rendue difficile enfin par l'absence d'indicateurs sur le sujet, corrélés à l'activité des structures. Le temps passé dans les réunions d'exercice coordonné n'est pas pertinent.

Or, les structures aidées sont très diverses et d'un niveau d'intégration hétérogène. Il est difficile dès lors de distinguer l'effet spécifique ou différentiel de chacune de ces formules ou de ces réalisations. Sur le territoire retenu, il n'existe aucune équipe de soins primaires : l'exercice coordonné tel que prévu par le CSP, c'est-à-dire sur le fondement d'un projet de santé approuvé par l'ARS, n'existe que dans une maison de santé pluriprofessionnelle et un centre de santé. Un projet important de création de MSP a échoué en raison des divergences d'appréciation de la part des médecins généralistes sur la répartition de la charge financière entre eux-mêmes, les autres professionnels de santé et la personne publique. Cette difficulté a été repérée par tous les acteurs (associations, constructeurs) travaillant auprès des professionnels de santé.

II - Un bilan qualitatif positif au travers des entretiens avec les professionnels de santé

Les entretiens directs réalisés avec les professionnels de santé permettent d'apprécier plus concrètement les améliorations intervenues. Le partage d'une messagerie professionnelle instantanée y compris entre professions médicales et non-médicales, sont systématiquement soulignés comme permettant une circulation très fluide des informations et un ajustement au mieux à la situation médicale et sociale des patients. La recherche d'indicateurs de qualité, par les autorités attribuant des aides, apparaît ainsi comme une priorité.

Méthodologie retenue dans le cadre de l'enquête

L'analyse des conséquences de l'exercice coordonné des soins et de sa prise en compte, ou non, par les acteurs du soin a été effectuée au moyen de plusieurs entretiens, collectifs ou individuels, avec ces acteurs. Ont été interrogés non seulement les professionnels de santé, de différentes professions, mais encore le personnel administratif qui les aide, les membres d'une association spécialisée dans l'aide à la création de projets de santé et de structures de soins et les dirigeants de deux entreprises spécialisées dans la construction de maisons de santé. De multiples exemples concrets ont été recueillis pour contextualiser ces entretiens.

Il en ressort que l'exercice coordonné est un levier utile pour la qualité des soins mais exige l'acquisition d'une culture de l'exercice pluriprofessionnel.

Les entreprises spécialisées de même que les associations ont insisté sur l'importance d'une assistance, différente selon les intérêts de chacun mais dont les logiques générales se rejoignent. Elles ont souligné que la plupart des échecs de projets provenaient de deux problèmes majeurs : du côté des élus, la croyance que la construction de locaux suffisait par elle-même pour attirer des professionnels de santé, surtout des médecins généralistes, ou pour regrouper les professionnels résidant déjà sur le territoire et éviter leur départ ; du côté des professionnels de santé, la difficulté à concilier leurs intérêts et à s'engager dans un projet technico-administratif complexe. Cela concerne particulièrement la catégorie des médecins généralistes.

La méthode mise en place a pour but de créer une culture commune entre les professionnels de santé membres de la future structure et de les aider à formaliser leur projet, fondé sur un diagnostic partagé. Si cette méthode est suivie, on constate que l'exercice coordonné des soins de

premier recours devient, pour tous les professionnels de santé qui y participent, une source de gratification personnelle, en raison de l'amélioration notable de l'efficacité et de la qualité des soins apportés aux patients, qu'ils constatent tous.

La différence générationnelle souvent observée chez les médecins généralistes en matière de charge de travail n'est pas observée en ce qui concerne l'appréciation de l'exercice coordonné. L'acquisition d'une culture de la coordination, qui va au-delà du regroupement, c'est-à-dire de la coopération ponctuelle entre médecins exerçant sur le même lieu, divise les médecins généralistes, mais ce, quel que soit leur âge. La coordination fait l'objet de certains présupposés critiques, alors que ceux qui s'y investissent soulignent son intérêt pour l'exercice de leur propre profession.

Le temps de coordination, généralement limité, n'est jamais perçu comme une perte de temps médical mais, au contraire, comme un gain très net de qualité des soins rendus. Le retour des autres professionnels de santé sur les prescriptions réalisées le confirme : les professionnels de santé constatent un grand respect des compétences de chacun, au profit de la qualité des soins de la patientèle commune. L'exercice coordonné, en revanche, n'est jamais une cause de gain de temps médical en lui-même : les objectifs de lutte contre la désertification médicale et celui d'amélioration de la qualité des soins ne sont pas sur le même plan.

Ces objectifs, quantitatifs et qualitatifs, sont liés mais de manière indirecte. La création de lieux d'exercice coordonné est attractive en vue de nouvelles installations et le financement public des ARS, conditionné par cette création, la rend attractive pour les collectivités du bloc communal. La plus grande facilité de la mise en place de délégations de tâches au sein de structures d'exercice coordonné peut avoir un effet sur le temps médical. L'exercice coordonné apparaît en effet comme un facteur facilitateur de la délégation de tâches, qu'il s'agisse d'infirmière en pratique avancée (par exemple à la MSP de Moisdon-la-Rivière) ou d'infirmière « Asalée » (par exemple au centre de santé de Sion-les-Mines). Pour les professionnels de santé, l'enjeu est d'abord d'apporter les soins de premier recours au bon niveau avec le bon professionnel.

III - Des inflexions positives dans l'offre de soins non programmés et dans l'accès au médecin traitant

La réponse à la demande de soins non programmés est un enjeu majeur des soins de premier recours, dans son organisation propre et dans sa coordination avec les services spécialisés. Les soins non programmés sont les demandes de soins ressenties par les patients comme urgents et nécessitant la consultation d'un médecin, mais qui ne sont pas vitales et ne relèvent pas médicalement de l'urgence.

A - Les urgences hospitalières sur le territoire sont saturées mais la part de passages en CCMU1 diminue

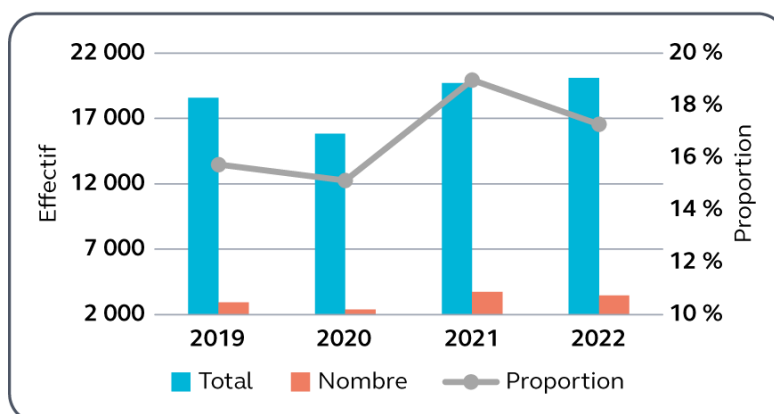
Sur le territoire, le CH Châteaubriant Nozay Pouancé (CNP) est le seul titulaire d'une autorisation pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Les urgences du CH CNP sont fréquemment en grande tension, notamment en raison du manque de personnel, de la fermeture de services d'urgence à proximité pour des durées plus ou moins longues, ou pour la nuit (Ancenis, Redon, Vitré), et de l'incidence de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Les passages aux urgences font l'objet d'une catégorisation, la classification clinique des malades des urgences (CCMU), comprenant cinq niveaux de gravité. En l'absence d'autre indicateur pertinent, la CCMU1 qui s'apparente par certains aspects à une simple consultation médicale, peut être considérée comme relevant de la permanence de soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire que le patient n'aurait pas dû être pris en charge aux urgences, comme l'a confirmé le chef du service des urgences.

Le nombre de passages aux urgences du CH CNP s'est accru fortement en 2021-2022 par rapport en 2019 (+ 10,2 %), si l'on écarte l'année 2020 marquée par les confinements dus à la crise de la covid 19. En revanche, alors que le nombre de passages en CCMU1 s'est aussi accru fortement de 2019 à 2021 (+ 27,8 %), il a diminué de 2021 à 2022 (- 7 %), d'où une proportion dans le nombre total de passages aux urgences qui diminue aussi puisque ces passages ont continué, quant à eux, à augmenter.

Une telle évolution, sur un an, doit être nuancée : il faut attendre une vérification sur une période un peu plus longue pour qu'elle soit significative, d'autant plus qu'en valeur absolue, le nombre des passages aux urgences en CCMU1 en 2022 est encore significativement supérieur à celui de 2019 (+ 549).

**Graphique n° 1 : passages aux urgences du CH CNP
Nombre total et en CCMU1**

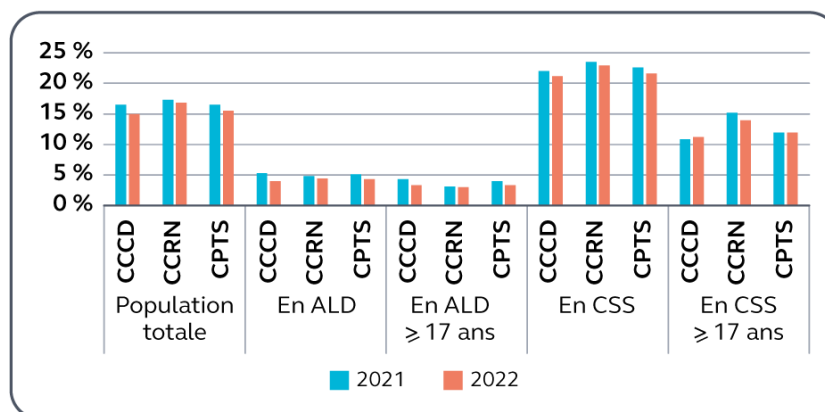


Source : Système (national) de recueil d'informations des urgences (Syrius) - note de lecture : les valeurs exprimées en pourcentage sont égales au rapport entre le nombre de passages en CCMU1 et le nombre total de passages aux urgences, dans l'année.

B - Une amélioration de l'accès à un médecin traitant en 2022

Les données récentes des indicateurs de suivi de la démographie médicale sont encourageantes : elles montrent un progrès dans l'accès à un médecin traitant sur le territoire. Ces données, qui portent uniquement sur le premier semestre 2022 et sur le taux de non-accès à un médecin traitant dans la population considérée, montrent dans chaque catégorie une amélioration des indicateurs (qui se confirmerait en 2023 grâce aux installations de médecins généralistes intervenues à la fin de l'année 2022 et courant 2023).

**Graphique n° 2 : évolution, de 2021 (année) à 2022 (1^{er} semestre),
du taux de patients sans médecin traitant
(en part de la population totale considérée)**



Source : caisse primaire d'assurance maladie

IV - Des initiatives récentes exemplaires

Aussi bien la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) que le centre hospitalier de Châteaubriant ont déployé au cours des mois récents des initiatives aux effets positifs.

A - La CPTS a mis en place un relais du SAS

Le service d'accès aux soins (SAS) est fondé, au niveau départemental, sur un partenariat étroit entre la médecine de ville et le Samu : l'accès est obligatoirement régulé et a pour but d'orienter le patient vers le type de recours adapté à sa situation, relevant en principe de consultation de médecine générale à ce stade. La CPTS Atlantique-Nord Loire a mis en place un relais du SAS en décembre 2022. Elle a joué le rôle de coordinateur, notamment avec la régulation téléphonique (création d'un numéro local), et fournit un système de messagerie instantanée. Elle a financé un équivalent temps-plein de régulateur affecté aux soins non programmés.

Les deux structures d'exercice coordonné du territoire ont elles-mêmes mis en place un double système de réponse aux soins non programmés. D'une part, comme y incite l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), des créneaux sont réservés chaque jour dans leur

organisation pour répondre aux urgences de leur propre patientèle. Ainsi, la MSP de Moisdon-la-Rivière organise trois consultations par heure pour les soins programmés et une par heure pour les soins non programmés de sa patientèle. La maison regroupe en outre deux cabinets médicaux, disposant chacun d'une secrétaire médicale qui travaillent ensemble pour se répartir les urgences entre les cabinets, si nécessaire.

D'autre part, dans le cadre du SAS local mis en place par la CPTS, les deux structures prévoient des créneaux de consultation pour les soins non programmés des patients du territoire, et non plus de leur patientèle. Le centre de santé de Sion-les-Mines réserve sept ou huit consultations par semaine, avec un volume qui augmente en période épidémique prononcée. La MSP de Moisdon-la-Rivière ouvre quant à elle une à deux consultations par semaine.

B - Deux dispositifs mis en place par le centre hospitalier Châteaubriant Nozay Pouancé

Dans le cadre de la permanence de soins ambulatoires (PDSA), en premier lieu, les infirmiers des urgences peuvent réorienter les patients lors de la prise en charge initiale, vers le centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS) situé juste à côté, si le médecin de garde et le patient sont tous deux d'accord. En pratique, le chef du service des urgences a indiqué que les patients ne refusaient jamais cette orientation, au regard du délai d'attente aux urgences.

Un groupe de travail « paramédical » entre le centre hospitalier et la CPTS a été récemment mis en place pour mieux gérer le parcours de soins en sortie d'hospitalisation. Il s'agit de permettre, d'une part, une meilleure coordination entre les sorties du centre hospitalier et les disponibilités des infirmières pour les soins de suite à domicile, en anticipant les sorties, d'autre part, un retour d'expérience des infirmières et des pharmaciens sur les prescriptions, visant à améliorer celles-ci. Des axes d'amélioration ont été présentés en commission médicale d'établissement (CME) le 17 novembre 2022 et de nouveaux modèles d'ordonnance ont été formalisés au centre hospitalier. Ces réunions font l'objet de comptes-rendus formalisés.

Au titre de la continuité des soins, en second lieu, c'est-à-dire en journée, le centre hospitalier a mis en place un service « d'urgences debout » : il s'agit d'une filière propre aux urgences reprenant une pratique venue de Vendée, selon le chef du service des urgences. Ces consultations non programmées, qui ne relèvent pas des urgences, sont assurées par trois

jeunes médecins généralistes, anciens internes du CH Châteaubriant Nozay Pouancé (CNP) et faisant des remplacements dans le secteur, attirés par la proximité du plateau technique. Ils ont été recrutés à mi-temps, directement par le centre hospitalier, comme praticiens hospitaliers contractuels. Ce service, accueilli dans les locaux du CAPS et qui ne fonctionne, depuis décembre 2020, que les lundi, mardi et vendredi, satisfait tous les acteurs (patients, urgences, médecins de garde).

Conclusion générale

Le territoire des communautés de communes de Châteaubriant-Derval et de la Région de Nozay, au nord de la Loire-Atlantique, illustre l'engagement croissant des pouvoirs publics, tant décentralisés (communes, EPCI, région) que déconcentrés (ARS, Cnam), en matière d'offre de soins de premier recours.

L'activité particulièrement significative de la communauté professionnelle territoriale de santé Atlantique-Nord Loire, l'intégration du centre hospitalier de Châteaubriant dans son territoire, la mobilisation des professionnels de santé et des élus, le soutien ponctuel apporté par des entreprises spécialisées, ou pérenne par des associations d'aide à la création de structures d'exercice coordonné des soins, forment un environnement local des soins de premier recours qui s'est développé très récemment mais semble déjà montrer des effets bénéfiques.

Les résultats obtenus sont cependant encore fragiles, ce qui incite à rechercher une coordination plus institutionnalisée, facteur de pérennité et de poursuite des progrès attendus par les patients dans l'accès aux soins.

Liste des abréviations

ACI.....	Accord conventionnel interprofessionnel
ADOPS	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS.....	Agence régionale de santé
CC	Communauté de communes
CCD	Communauté de communes de Châteaubriant-Derval
CCN	Communauté de communes de la région de Nozay
CLS	Contrat local de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CPTS ANL...	CPTS Atlantique-Nord Loire
EPCI.....	Établissement public de coopération intercommunale
FIR	Fonds d'intervention régional
GPSRN	Groupement des professionnels de santé de la région de Nozay
LAD-SELA ..	Loire-Atlantique Développement – Société d'équipement de Loire-Atlantique
MMP	Maison médicale pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire
MSP.....	Maison de santé pluriprofessionnelle
MT.....	Médecin traitant
ORS	Observatoire régionale de la santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PFA	Patientèle file active
PMT	Patientèle médecin traitant
PRS	Projet régional de santé
ROSP.....	Rémunération sur objectifs de santé publique
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNP	Soins non programmés
SRS	Schéma régional de santé
ZIP.....	Zones d'intervention prioritaires

Annexes

Annexe n° 1 : description des structures d'exercice regroupé aidées	46
---	----

Annexe n° 1 : description des structures d'exercice regroupé aidées

Cinq structures pluriprofessionnelles de statuts divers ont été successivement créées, avec l'aide des collectivités territoriales (A), et deux structures d'exercice coordonné conformes aux règles de fonctionnement prévues dans les accords nationaux interprofessionnels, sur les MSP et les centres de santé (B).

A. Les diverses structures de regroupement pluriprofessionnel

La maison de santé pluridisciplinaire de Nozay

La communauté de communes de la région de Nozay a fait construire une maison de santé pluridisciplinaire, ouverte en avril 2015. Le bâtiment abrite, d'un côté, un pôle médico-social, géré par le département de Loire Atlantique et toujours propriété du constructeur LAD-SELA et, de l'autre, une maison médicale, appartenant à et gérée par la CCN, accueillant notamment quatre médecins généralistes, trois dentistes, des infirmières et des kinésithérapeutes. Les études préparatoires, qui ont commencé au début des années 2000, illustrent le temps nécessaire avant d'ouvrir une telle structure.

Ces études ont été conduites en coopération étroite avec les professionnels de santé implantés sur le territoire, qui ont constitué en 2010 une association, le groupement des professionnels de santé de la région de Nozay (GPSRN). Son objet social était à l'origine de « *créer une maison de santé pluridisciplinaire, telle que définie par la loi dite « HPST » de juillet 2009* » mais les montants des loyers et la répartition des charges ont créé des difficultés, qui ont conduit à l'abandon du projet d'exercice coordonné selon les modalités prévues dans ce cadre (création d'une Sisa, notamment).

Le coût total de la maison s'est élevé à 7 119 491,99 € pour une surface de plancher totale de 2 566 m², soit un prix de 2 774,55 €/m². La CCRN a obtenu cinq subventions (du département, de la région, de l'État), pour un montant total de 1 140 810,07 €. L'investissement net de la CCRN a donc été de 2 784 645 €. La CCRN perçoit les loyers qui s'élevaient à 84 447 € en 2019. Les charges liées aux parties communes sont assumées en partie par la CCRN, pour environ 58 € en moyenne par professionnel, soit un total de 14 784 € en 2019.

Aucun amortissement ne figure à l'état de l'actif. Or, en vertu des articles L. 2321-2, 27°, L. 2321-3 et R. 2321-1, 2°, du code général des

collectivités territoriales (CGCT), les dotations aux amortissements des immobilisations relevant des « *biens immeubles productifs de revenus [...] non affectés directement ou indirectement à l'usage du public ou à un service public administratif* » constituent une dépense obligatoire pour les groupements de communes de plus de 3 500 habitants, la CCRN en ayant plus de 16 000.

Le produit total permet de compenser, en 46 ans et demi, le coût de l'investissement initial brut et, en 33 ans, l'investissement net des aides octroyées, soit une durée relativement longue.

La maison de santé de Derval

La maison de santé de Derval, d'une superficie de 394 m², a été construite par un promoteur immobilier en 2020-2021. La commune avait cédé l'assiette foncière au promoteur qui a vendu ensuite à la commune deux cellules comprenant trois cabinets, laquelle les loue à deux dentistes et à un podologue. Les autres cellules ont été vendues ou louées directement par le promoteur à un laboratoire de biologie médicale et à deux ostéopathes. D'autres cellules sont destinées à être occupées par des spécialistes mis à disposition par un groupe privé de santé.

Le partage entre la vente à la commune ou la location directe est lié au risque de ne pas trouver preneur. Si ce risque est trop élevé, les entreprises spécialisées dans la construction de maison de santé estiment qu'il relève d'une politique publique d'aménagement du territoire devant être assumé par la collectivité à l'initiative du projet. La maison médicale a été achetée en novembre 2020 au moyen d'un contrat de vente en l'état futur d'achèvement (VEFA). Les conditions de légalité d'une VEFA conduisent, en l'espèce, à un risque de requalification en marché public de travaux.

Les dépenses d'investissement consenties par la commune s'élèvent à 418 804 € TTC, financées sans subvention. Les baux professionnels sont conclus pour six ans et pour un montant annuel de 17 427,96 €. Le coût net d'investissement pour la commune exige ainsi, pour être compensé intégralement et en l'absence de vacance des locaux, la perception des loyers (hors charges et indexation) durant 24 ans.

Les comptes de la commune n'enregistrent aucune dotation aux amortissements, ce qui constitue une irrégularité. En effet, en vertu des articles L. 2321-2, 27°, L. 2321-3 et R. 2321-1, 2°, du code général des collectivités territoriales (CGCT), les dotations aux amortissements des immobilisations relevant des « *biens immeubles productifs de revenus [...] non affectés directement ou indirectement à l'usage du public ou à un service public administratif* » constituent une dépense obligatoire, pour les

seules communes dont la population est égale ou supérieure à 3 500 habitants. Or, d'une part, selon l'INSEE, Derval a dépassé ce seuil en 2019 et, d'autre part, les cellules de la maison médicale dont la commune est devenue propriétaire sont productives de revenus puisqu'elles sont louées pour un usage privatif.

Le pôle santé de Rougé

La commune de Rougé a acheté puis viabilisé un terrain de 4 800 m² afin d'y installer deux structures modulaires, en vue d'y établir une maison de santé pluriprofessionnelle. Toutefois, si elles sont occupées en partie, depuis septembre 2022, par des infirmières, aucun médecin n'y est pour le moment installé.

Le projet a coûté 1 196 596,17 € TTC. Il a bénéficié de 70 000 € d'aides de l'État et de 115 000 € d'aides de la région. L'occupation des locaux donne lieu au versement d'un loyer de 5 €/m² par les professionnels de santé. À raison de 150 m² chacun, les deux modulaires peuvent donc engendrer potentiellement un revenu annuel d'environ 18 000 €, permettant de compenser le coût de l'investissement initial net, 594 656 € TTC, en 33 ans et 10 mois, compte non tenu des charges de ménage, soit une durée de rentabilité très longue.

La maison de santé pluridisciplinaire de Châteaubriant

La maison de santé de Châteaubriant, ouverte en septembre 2022 à l'entrée du Pôle de santé Choisel qui regroupe un centre hospitalier (CH CNP) avec ses urgences, une clinique chirurgicale et un laboratoire de biologie médicale, accueille quatre médecins généralistes libéraux, un ophtalmologue, deux podologues, une consultation de sages-femmes du CH et un centre de dialyse. L'installation d'autres professionnels (infirmières, dentiste) et d'une pharmacie est envisagée à moyen terme. Un bureau est enfin réservé aux internes en médecine qui seront accueillis en stage par les médecins libéraux.

L'association ECHO avait, pour ses besoins propres, envisagé l'implantation d'un centre de dialyse. Le maire de la commune avait alors proposé à l'association d'inclure ce projet dans un ensemble plus vaste. L'objectif était que la Ville et le CH se partagent à égalité les locaux de l'étage, le centre de dialyse étant situé au rez-de-chaussée.

Le coût total s'élève à 7 241 902,82 € TTC pour une surface des locaux loués de 2 202,96 m². Le financement, à la charge d'une société filiale d'ECHO, propriétaire, repose essentiellement sur un prêt bancaire d'une durée de 20 ans. Cette société a ensuite loué les différentes parties du bâtiment à quatre preneurs :

- l'association ECHO elle-même : 1 165,43 m² destinés à un centre de dialyse géré par l'association, pour un loyer de 189,23 € HT/m²/an (15,77 € HT/m²/mois) soit 220 534,32 € HT/an ;
- le CH CNP : neuf bureaux constituant 500,99 m², pour un loyer de 174,79 € HT/m²/an (14,57 € HT/m²/mois) soit 87 568,04 € HT/an ;
- la Ville de Châteaubriant : sept bureaux constituant 297,74 m², pour un loyer de 173,28 € HT/m²/an (14,44 € HT/m²/mois) soit 51 592,39 € HT/an ;
- un pharmacien : 238,80 m² de locaux affectés à cette activité pour un loyer de 164,92 € HT/m²/an (13,74 € HT/m²/mois) soit 46 804,29 € HT/an.

Le coût de la maintenance est pour partie à la charge de la ville. Elle sous-loue les locaux dont elle dispose dans le cadre de baux à usage professionnel d'une durée de 11 années et pour un loyer de 696,50 €/mois TTC, à des professionnels de santé, dont cinq médecins généralistes à ce jour. Au regard de ce qu'elle a engagé (61 910,87 € TTC/an, en fonctionnement), la ville de Châteaubriant supporte en réalité une partie des charges communes.

La récupération intégrale de la charge du loyer est aussi un sujet pour le CH CNP. Seule la perception de sous-loyers auprès de professionnels libéraux permet cette récupération. En outre, le montant du loyer se traduit par des sous-loyers élevés. L'utilisation des locaux loués par le CH CNP pour ses propres services (consultations de sages-femmes) n'assure pas cet objectif mais est rendue nécessaire par les problèmes de disponibilités de locaux au CH.

Les médecins libéraux de la ville ont, par ailleurs, demandé la possibilité d'utiliser un bureau pour un stagiaire interne, qui pourrait être mis à disposition gratuitement, ce qui est encore susceptible d'augmenter les dépenses de fonctionnement restant à la charge de la ville et du CH.

La maison médicale d'Abbaretz

La commune d'Abbaretz a ouvert en novembre 2022 une maison médicale d'une surface utile d'environ 200 m² au cœur du bourg et à proximité de la gare, accueillant un dentiste et une assistante dentaire ainsi qu'un masseur-kinésithérapeute. Depuis septembre 2023, un second dentiste est installé avec une assistante dentaire. Une extension permettant d'accueillir deux médecins généralistes, un infirmier et un second kinésithérapeute a déjà été décidée par le conseil municipal en février 2023 en raison de demandes d'installation.

Le coût comprend l'achat des locaux (120 000 € TTC) et leur rénovation (349 616,30 € TTC). La commune a bénéficié de subventions de l'Etat (129 000 € HT) et de la région (50 000 € HT), soit un investissement net de 290 616 € TTC, qui serait compensé en fonction des loyers perçus pendant 19 ans. Productive de revenus, la maison médicale est en principe amortissable mais la commune a une population (2 056 habitants) inférieure au seuil d'amortissement obligatoire de 3 500 habitants.

B. Les structures d'exercice coordonné conformes aux accords nationaux

Le centre de santé de Sion-les-Mines est situé sur le TVS de Derval et la maison de santé de Moisdon-la-Rivière est située dans le TVS de Châteaubriant, tous deux classés en zone d'intervention prioritaire.

Le centre de santé de Sion-les-Mines

Le centre de soins infirmiers de Sion-les-Mines, créé en 1973, a ouvert en septembre 2021 un centre de santé dans ses locaux (de 222 m²), réaménagés par la commune à la demande de celle-ci. Le centre de santé, géré par les infirmières du CSI, salarie trois médecins généralistes (une à temps plein, une à 90 % et une à mi-temps). Le salariat répond à une demande de la part des médecins généralistes elles-mêmes. Le projet de santé du centre a aussi été un élément d'attractivité : il fait largement place à l'éducation thérapeutique et aux actions de prévention.

Le CSI ne bénéficie d'aucune subvention des collectivités mais perçoit des aides de la CPAM et de l'ARS, notamment les aides dites « démographiques » versées pendant deux ans pour la prise en charge d'une partie des salaires des médecins salariés. Elle a par ailleurs bénéficié d'une aide du fonds européen LEADER de 44 000 € pour l'acquisition de mobiliers et de matériel médical, de matériel téléphonique et informatique et d'une voiture de service.

Le modèle économique du centre de santé reste fragile. Le nombre de patients n'est pas en cause mais le salariat des MG est une charge importante. L'exercice 2021 s'est terminé sur un déficit de 21 000 €, alors même que le centre bénéficiait des aides de l'ARS (qui ne durent que deux ans) et d'une aide exceptionnelle de la commune (qui a consenti à la progressivité du loyer au regard des résultats financiers).

Les travaux ont coûté 218 350,08 € TTC à la commune, qui a bénéficié d'une aide de la région de 40 646 € TTC, soit un investissement net de 177 704 € TTC. La commune comptant moins de 3 500 habitants, l'amortissement n'est pas obligatoire. Sur la base du loyer du CSI de

950 €/mois, il faudrait 15 ans et 7 mois pour couvrir le coût net des travaux. Le maire avait indiqué au conseil municipal que « *le calcul [du loyer] repose sur un coût au mètre carré et que la rentabilité n'a pas été étudiée car il s'agit avant tout de mettre des services à la disposition de la population* ».

La maison de santé pluriprofessionnelle de Moisdon-la-Rivière

Pour l'instant située « hors les murs », une maison de santé, au sens du CSP, regroupe à Moisdon-la-Rivière 13 professionnels de santé dont quatre médecins généralistes, deux pharmaciens, une infirmière en pratique avancée (IPA) et trois infirmières libérales, dont une « Asalée »⁹. La commune s'est engagée à construire des locaux, qui devraient ouvrir en septembre 2025 et comprendront des cabines de télé médecine pour des téléconsultations avec des spécialistes du CH CNP. En attendant, elle met gratuitement à disposition des salles et du matériel.

L'initiative est venue, en novembre 2019, des MG eux-mêmes. Ils ont tenu une réunion en mairie avec tous les professionnels de santé du territoire puis ont constitué ensemble en 2021 une association. Les professionnels ont élaboré un projet de santé, en relation avec l'ARS (qui l'a approuvé en 2022) et la CPTS, et avec l'aide de l'association pour le développement de l'exercice coordonné en MSP dans les Pays-de-la-Loire (APMSL). La maison bénéficie d'un assistant médical qui réalise des préconsultations.

La MSP est toutefois déjà saturée. Le nombre de consultations programmées par jour est compris entre 25 pour un MG et jusqu'à 40 pour un autre mais les quatre MG ont ensemble environ 6 400 patients en file active. Il faut 48 heures pour obtenir un créneau de consultation d'urgence. Il n'y a pas de remplacement durant les vacances mais une coordination est réalisée entre les MG pour assurer le maximum de permanences : pendant l'été 2022, il n'y a eu que deux jours sans consultation. Les professionnels disposent d'une application sécurisée de messagerie instantanée (Globule) pour fluidifier leur exercice coordonné.

La construction de la MSP devrait coûter 2,9 M € TTC en investissement, avec une partie d'aides publiques et le reste financé par la commune.

⁹ Action de Santé Libérale en Équipe : Asalée est le nom d'une association comprenant des médecins généralistes et des infirmières, travaillant ensemble en équipe de soins, dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé prévue par les articles L. 4011-1 et suivants CSP. L'infirmière Asalée bénéficie d'une « délégation de tâches » de la part d'un médecin généraliste référent, dans le cadre d'un protocole de coopération type.