

**Xavier ABBALLE***Médecin de santé publique, CHIC Marmande/Tonneins***Clémence TRESCA***Coordinatrice du CLIC,  
directrice du projet Réseau santé rural (RSR)***David CHEVILLOT***Médecin généraliste, président du service de continuité  
des soins médicaux (SCSM)***BERNARD GAY***Professeur de médecine générale, université Bordeaux II***MOTS-CLÉS**  
**santé globale**  
**territoire rural**  
**soins primaires**  
**MIG**  
**T2A**  
**gouvernance**  
**santé publique**

# Quelles attentes du financement MIG ?

## Analyse dans deux territoires de proximité aquitains

***Certains aspects de la réforme Hôpital 2007 laissent penser que, dans leur mission de service public, les établissements de santé pourront mieux adapter leur offre de soin ou de santé aux besoins de la population environnante. Sur deux territoires ruraux du sud-ouest de la France, le diagnostic de santé retient le vieillissement, les accidents de voie publique et des déterminants sociaux en augmentation comme la précarité et l'isolement. Sur l'un de ces territoires, une réorganisation de santé primaire<sup>1</sup> est en marche avec, comme fil conducteur, une approche globale de la santé, une écoute attentive du professionnel et de l'utilisateur. Les outils de santé publique de proximité sont par ailleurs sous-utilisés en lien avec des politiques locales de santé insuffisamment intégrées. Pourquoi ne pas financer par la MIG<sup>2</sup> un pôle de santé publique de l'hôpital « hors les murs » par territoire, et qui aurait une représentation effective au sein du comité exécutif paritaire de la gouvernance ?***

**N**otre analyse porte sur deux territoires ruraux situés sur la Garonne à 70 km de Bordeaux. Le territoire de l'hôpital de La Réole dans la partie est de la Gironde, organisé autour du pays du haut Entre-deux-Mers (30 km sur 10 km), comprend 40 000 habitants. Le territoire de Marmande/Tonneins/Casteljaloux dans la partie ouest du Lot-et-Garonne, organisé autour des pays Val de Garonne et Coteaux Lande de Gascogne (50 km sur 20 km) comprend 80 000 habitants. La typologie de ces cantons indique un caractère polarisé ou isolé, avec une démographie moyenne inférieure à la région, des distances importantes à couvrir en termes d'accès aux services, une économie basée en grande partie sur une agriculture polyvalente et la viticulture. L'étude des besoins de santé sur ces deux territoires s'appuie sur une carte (page suivante) produite en 2004 par

1. Ce projet est financé par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville Aquitaine.

2. Le financement hospitalier Mission d'intérêt général (MIG) complète le financement à l'activité par séjour dans le cadre de la T2A.



Quelles attentes du financement MIG ?  
Analyse dans deux territoires de proximité aquitains

Offres  
d'emploi

En librairie

International

Cultures  
et cité

Tribune libre

Réflexions  
hospitalières

Sur le web

Droit et  
jurisprudence

Dossier

Actualité

la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)<sup>3</sup>. Cette carte permet une comparaison de l'ensemble des 3 706 cantons français par la méthode d'analyse en composante principale sur 35 indicateurs. Trois points ressortent de l'analyse. Sur ces deux territoires, un canton sur cinq comprend une population surtout âgée mais bien dotée en professionnels de santé libéraux. La part de ces cantons va diminuer par l'effet de la démographie médicale rurale en baisse (classe 4 de la FNORS : cantons en jaune sur la carte. Une proportion plus importante (un tiers) de cantons comprenant surtout des agriculteurs et des ouvriers, une population âgée, une sous-mortalité mais cependant une offre de soins réduite (classe 5 de la FNORS : cantons en vert foncé). Éloignés des axes de communication, au nord et au sud des territoires, un tiers des cantons comprend principalement des agriculteurs et des personnes âgées,

socialement peu favorisés, mais marqués par une sous-mortalité générale et éloignés des services d'urgence et des maternités (classe 6 de la FNORS : cantons en vert clair). Le diagnostic de santé retient en priorité le vieillissement (un tiers de personnes âgées sur le territoire de La Réole), les accidents de voie publique et des déterminants sociaux en augmentation comme la précarité et l'isolement. Des contrastes sociaux périurbains ou urbains ressortent. Malgré

ces aspects défavorables, les indicateurs ne montrent pas de surmortalité générale ou prématurée (classes 7 et 8 de la FNORS) comme dans le nord de la France<sup>4</sup>. Ceci est probablement lié à la consommation de produits alimentaires riches en résidus et antioxydants (fruits, légumes ou vins), mais également à la présence d'un lien social protecteur, qu'incarne le profil familial des villages<sup>5</sup> et probablement la richesse du tissu associatif.

## Offre de santé sur le haut Entre-deux-Mers (La Réole)

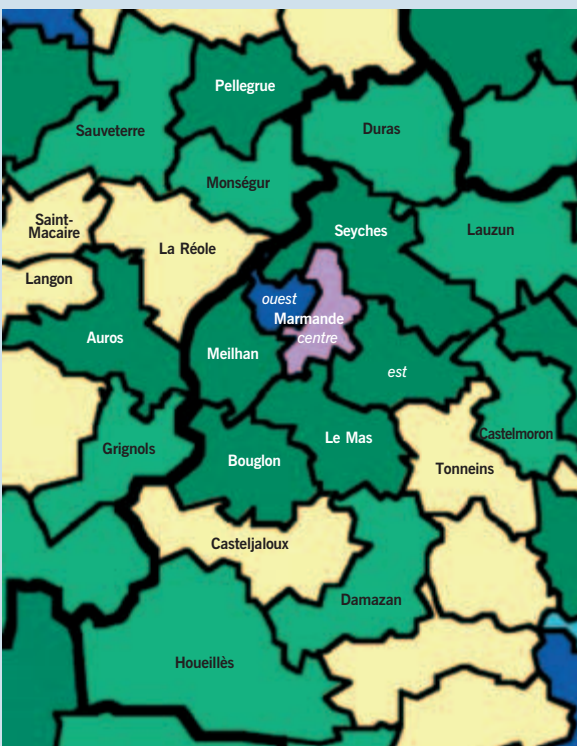
### Constats et perspectives en offre de santé primaire globale

Les points faibles sont la diminution de l'offre hospitalière médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), avec la disparition de la maternité en 2002 et de la chirurgie en 2003, auxquelles se substituent un centre de périnatalité, des lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) (financement DAF) et un service d'anesthésie ambulatoire (financement par les groupes homogènes de séjour, GHS). Les urgences sont menacées depuis plusieurs années, avec un urgentiste 24 h/24 en 2003, puis seulement en journée en 2004. La nuit est couverte par les médecins libéraux sur le centre d'accueil des premiers soins (CAPS). La démographie médicale est de quarante médecins libéraux en 2005. Dix d'entre eux auront plus de soixante ans en 2012, et onze auront atteint l'âge de la retraite. Le point fort de l'offre de soin est la mise en œuvre d'un programme de réorganisation sanitaire et sociale du soin primaire sur le territoire de proximité (cf. schéma page suivante) dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 3. Ce programme associe médecins libéraux, hôpital, secteur médico-social et collectivités territoriales, dans une approche globale de santé permettant une écoute du professionnel de terrain et la promo-

tion de la parole de l'utilisateur. L'attractivité pour de jeunes médecins repose sur une approche collective des pratiques de santé assurant qualité d'exercice, qualité de vie et formation précoce dans le cursus sur les lieux d'exercice, en lien avec l'université régionale Bordeaux II. Sa faiblesse repose d'abord sur les risques démographiques. Sur un plan médical, la fréquence des gardes des médecins généralistes augmente, détériorant les conditions de travail et mettant en jeu la sécurité sanitaire. La conséquence de ce risque est perçue comme une perte de chance par l'utilisateur, à laquelle s'ajoute la raréfaction des médecins spécialistes. Ceci risque à moyen terme d'obérer l'attractivité du territoire pour de nouveaux habitants potentiels. Ces deux faits démographiques conduisent à une disparition de l'offre de soins à terme. Elle s'appuie ensuite sur les risques liés au marché : l'émergence possible de dispensaires privés, de sociétés d'économie libérale à actionnariat privé à hauteur de 25 %, laisse présager la disparition d'un service médical rendu (SMR) équitable, d'une médecine sociale et d'une santé publique enviée par de nombreux pays. Une alternative positive serait un financement hospitalier de type « MIG » qui

### >> Caractérisation des cantons

Caractérisation des cantons du haut Entre-deux-Mers et du territoire de proximité SROS 3 par la méthode d'analyse en composantes principales (ACP) en 8 classes (FNORS)



Source: FNORS 2004

assureraient la qualité d'exercice pour le praticien. L'hôpital représente une « base » logistique et statutaire. La MIG protège de la course à la productivité, inopérante ici, ce qui n'est pas en contradiction avec la recherche d'efficacité ou de qualité par les autres leviers connus. Sur ces territoires, le financement MIG permettrait aussi une offre de santé plus égalitaire, avec la possibilité de prestations de professionnels spécialisés à temps partiel sous forme de consultations avancées (ophtalmologiste, gynécologue, cancérologue) ou encore le maintien de trois praticiens urgentistes. Ce financement ouvrirait des perspectives en termes de régulation du système de santé primaire ou de « management par la santé publique » de proximité en appui des relais sanitaires et sociaux institutionnels permanents (DDASS) tout en évitant un échelon administratif supplémentaire. Par des approches territoriales spécifiques, la question des politiques de santé de proximité en lien avec des logiques de démocratie sanitaire gagnerait en lisibilité. Elle prendrait du sens au regard de tous les acteurs, en particulier professionnels, dans le contexte actuel (réformes multiples, crises identitaires).

## Offre de santé sur les pays du marmandais <sup>6</sup>

### Constats et perspectives en santé publique de proximité

Un constat national, qui se répercute sur des bassins de notre taille, est la non-priorisation nationale de la filière de santé publique avec la formation prévue de 70 postes en 2005 pour les médecins spécialistes de santé publique. Pourquoi ne pas financer par la MIG des départements de santé publique hospitaliers « hors les murs » par territoire ?

Les outils de santé publique de proximité gagnent en pertinence mais sont mal exploités en lien avec des politiques locales de santé insuffisamment intégrées : SROS <sup>3</sup>, programme d'action des professionnels libéraux de santé (PAPLS) <sup>7</sup>, projet d'établis-

sement, projet de pays et projet médical de territoire. Pour différentes raisons, les systèmes d'information hospitaliers et les schémas directeurs qui les encadrent produisent des bases de données non orientées vers un objectif de santé globale car se résumant souvent au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), la statistique annuelle des établissements et les données d'assurance maladie. Les données pertinentes complémentaires ne sont pas facilement accessibles ou encore non financées. Dans ce cadre, le financement des systèmes d'information locaux et leur management, adaptés aux priorités de santé est clairement posé.

3. Les inégalités cantonales de santé en France. Cédérom FNORS 2004. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. [www.sante.gouv.fr/html/dossiers/inegalites\\_cantonales/inegalcanto-plaq.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/inegalites_cantonales/inegalcanto-plaq.pdf).

4. Colloque Hôpital 2010 et

R.Évolution Santé 2010 : Les missions d'intérêt général, nouveau socle du service, nouveau socle du service public de santé à l'hôpital? Palais du Luxembourg, 23 mars 2005. Communication de René Vandierendonck, maire de Roubaix.

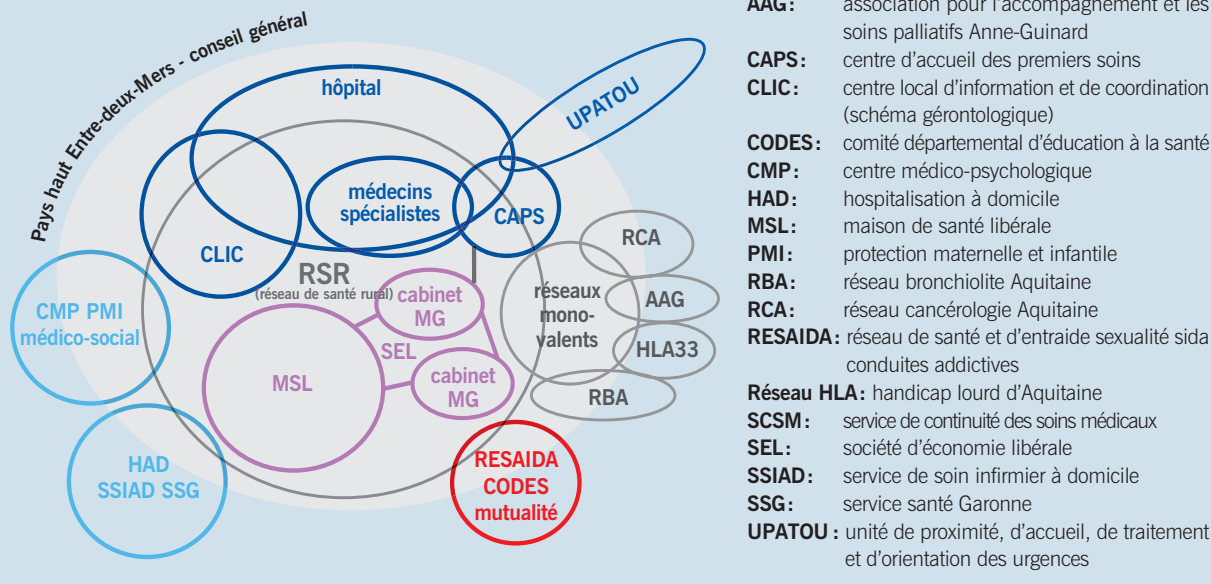
5. *Idem*, communication de Pierre Guillaume, historien de la santé, université de Bordeaux III.

6. Pays du Val de Garonne/Coteaux Landes de Gascogne.

7. Voir l'URMLA Aquitaine : [www.urmla.org/public.php](http://www.urmla.org/public.php).

## Reorganisation du système de santé local

Reorganisation du système de santé local sur le territoire de proximité de La Réole : pays du haut Entre-deux-Mers (Gironde, 33) Ce schéma préfigure l'organisation territoriale en cours de construction autour du réseau de santé rural et illustre les liens entre structures.



Quelle place est donnée de manière systématique à la santé dans la décision collective? Le texte sur la gouvernance à l'hôpital n'est pas explicite concernant la place des établissements de santé dans les démarches de santé publique et de prévention locale. La T2A ne prend pas suffisamment en compte le financement des actions éducatives et préventives locales. La question du financement d'un système reste en suspend alors que l'intégration des politiques locales de santé générerait de l'efficacité, des économies et améliorerait les indicateurs de territoire. En termes de T2A « pure », nous pressentons que l'optimisation des politiques locales est un facteur externe de gain de productivité sur le groupe homogène de séjour (GHS) interne. L'amélioration du seul segment hospitalier ne garantit pas les résultats attendus en termes de performances globales. La mission sociale et les moyens consacrés sont sous-organisés et sous-utilisés du fait même du cloisonnement des processus et des cultures entre l'hôpital, le monde libéral, les collectivités territoriales et les différentes organisations impliquées. Un pilotage par le groupement de coopération sanitaire (GCS) est à étudier. Les critères prioritaires de mise en œuvre sont la coordination des ressources du territoire, l'opportunité du maintien/retour à domicile depuis les institutions et la modification par les acteurs des représentations sur notre système de santé de proximité, en particulier les professionnels du soin et les usagers.

Nous observons localement une volonté forte de dynamiser la santé publique de proximité, tant au niveau des hommes avec les différents responsables que dans l'utilisation des outils. La création d'organisations de pilotage ou de coordination comme un pôle de santé publique de l'hôpital, qui deviendrait le relais institutionnel médicalisé tant des actions ascendantes du territoire que des actions descendantes prévues par l'État, des agences, des caisses, des organismes de recherches

ou autres. Ce relais se ferait en lien avec les institutions locales dites « intermédiaires » comme les centres locaux d'information et de coordination, la cellule d'hygiène publique des mairies, les structures intercommunales ou les pays. Les agents de territoire de santé issus des collectivités territoriales et que nous voyons émerger dans certains départements ne peuvent suffire à conduire et pérenniser de tels projets sur les aspects techniques et expertisés en particulier dans le domaine de l'évaluation continue de proximité.

Le pôle de santé publique hospitalier « hors les murs » est à envisager significativement dans les prochains textes organisant l'hôpital pour construire

de la santé publique permettrait de positionner le processus de décision hospitalier dans ces perspectives, ouvrant la voie à une couverture des besoins de santé globale et de demandes des usagers. L'hôpital ne serait plus considéré par la population, les professionnels territoriaux et ses acteurs eux-mêmes comme la pierre angulaire de la trajectoire de santé mais comme un service, une ressource comme une autre, ouverte sur le processus de prise en charge, utilisée de manière la plus pertinente et mise à disposition du projet sanitaire et social du territoire.

Les territoires fragilisés voient naturellement se compléter les mondes publics et privés, libéraux et hospita-

## Pourquoi ne pas financer par la MIG des pôles de santé publique hospitaliers « hors les murs » par territoire et inscrits juridiquement dans le processus de la gouvernance ?

depuis l'établissement et avec les partenaires environnementaux, prévus dans la loi, le projet médical de territoire. Afin de rester pragmatique, cette participation devrait être effective au sein du comité exécutif paritaire<sup>8</sup> comme garant de l'évolution des représentations concernant les besoins de santé et la manière d'y répondre dans l'esprit de la communauté hospitalière, et comme préalable aux décisions basées à chaque étape sur les faits issus de l'observation et de l'évaluation. Proposer un nouveau management, un management par la santé publique au sein duquel chacun apprendrait à gérer, adopterait une approche de population, une vision de système en incitant au décloisonnement et à la négociation. Un siège de droit au comité exécutif des établissements de santé inscrit dans le code

liens au service de l'intérêt général et de la santé des populations aux dépens des logiques concurrentielles. Par la mission d'intérêt général hospitalier, la tarification à l'activité doit soutenir et pérenniser les motivations collectives de proximité pour des projets de santé innovants alliant sécurité, qualité, efficacité, pérennité et performance globale de santé.

L'évolution du regard des acteurs sur leur système de santé local (représentations) et les faits objectivés (indicateurs) garantiront une gouvernance hospitalière plus autonome mais éclairée et responsable, orientant son action locale en priorité vers les besoins de santé de la population au sein du groupement de coordination sanitaire du territoire et en respect des objectifs formalisés par le projet médical de territoire. ■

8. Code de la santé publique - Partie législative - 6<sup>e</sup> partie : Établissements et services de santé - Livre 1<sup>er</sup> : Établissements de santé - Titre IV : Établissements publics de santé - Chapitre III : Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif - Article L. 6143-6-1.