



Paris, le 24/06/2020

Département Action Sociale, Éducative, Sportive et Culturelle  
N/Réf:– Note n°45  
*Dossier suivi par Nelly JACQUEMOT et Sarah REILLY*

## **Contribution de l'Association des Maires de France et des présidents d'intercommunalité pour une refonte du système de santé**

**Sécur de la santé - juin 2020**

La crise sanitaire due à l'épidémie de COVID-19 a plus que jamais mis en avant le nécessaire et indispensable rôle de proximité et de coordination joué au quotidien par les maires et présidents d'intercommunalité.

Face à la vision hospitalo-centrée des ARS et au cloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital, entre l'hôpital et le médico-social, mis en évidence pendant la crise sanitaire, les maires ont joué le rôle de pont entre les acteurs.

Elle a également mis l'accent sur un constat régulièrement fait par l'AMF : le mode de gouvernance actuelle de nos politiques de santé est trop rigide et trop éloigné des territoires.

Il est nécessaire de le rendre plus opérationnel, plus agile et de redonner de la souplesse ainsi que des moyens d'action à l'échelon de proximité qui a aujourd'hui le sentiment de voir s'imposer à lui des décisions prises par de grandes structures éloignées de lui et dont il est, de plus, actuellement exclu.

L'un des préalables de cette gouvernance renouvelée est la redéfinition des missions de chacun des acteurs existants mais également des moyens qui leurs sont confiés pour remplir leurs missions. Sans être prépondérantes sur celle des acteurs de santé, la place et l'influence des élus locaux et des territoires qu'ils représentent devront impérativement être renforcées.

## Pour une gouvernance des politiques de santé davantage territorialisée :

- ➔ Placer les Agences régionales de santé (ARS) sous la responsabilité du Préfet de région et de département tout en renforçant l'échelon départemental qui est l'interlocuteur direct des élus locaux.
- ➔ Redistribuer les moyens financiers des ARS aujourd'hui trop concentrés dans les grandes agglomérations et insuffisamment répartis dans l'ensemble des territoires.
- ➔ Renforcer la place des élus locaux au sein de la gouvernance des hôpitaux, en restaurant les conseils d'administration en lieu et place des conseils de surveillance dont l'influence est plus limitée dans la gouvernance hospitalière.
- ➔ Favoriser des groupements hospitaliers de territoires (GHT) à taille humaine et rompre avec les logiques systématiques de mutualisation qui augmentent bien souvent les coûts, ont un effet centripète en termes d'offre de soins et coupent les établissements des autres acteurs du territoire (impossibilité par exemple de recourir à l'approvisionnement de proximité)
- ➔ Replacer les élus locaux au cœur des différents outils locaux d'élaboration et/ou de déclinaison des politiques de santé tels que les projets territoriaux de santé (PTS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Conseils Locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) mais également les groupements hospitaliers de territoires (GHT)....
- ➔ Favoriser le déploiement des Contrats Locaux de santé (CLS) en prévoyant un meilleur accompagnement de cet outil, notamment financier, et élargir leur périmètre d'intervention à des mesures favorisant l'accès aux soins.
- ➔ Faire des CPTS un réel outil de coordination des acteurs à condition que leur mise en place s'appuie sur les CLS, lorsqu'ils existent, et inclut l'ensemble des acteurs de santé, qu'il s'agisse de la médecine de ville, du médico-social, de la médecine hospitalière publique et privée et des élus locaux.
- ➔ Réactiver des instances de concertations telles que les comités départementaux de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins (CODAMUPS) qui, sous l'autorité du Préfet, réunissent l'ensemble des instances politiques et des professionnels de santé du département et soumettre à leur appréciation une partie des orientations financières des ARS.

## Pour une offre de santé et une offre médico-sociale de proximité, de qualité, accessible et décloisonnée au service de la population :

- Structurer la médecine de ville avec les collectivités locales et leur donner davantage la possibilité d'investir en matière d'immobilier et de salarier des professionnels de santé.
- A l'heure de l'ambulatoire, reconnaître l'importance des soins à domicile en s'appuyant sur les professionnels de santé et en revalorisant les actes de santé faits à domicile ainsi qu'en simplifiant les procédures administratives (en particulier pour les soins infirmiers).
- Limiter le recours à l'hôpital et lutter contre les inégalités sociales et territoriales en donnant davantage aux communes les moyens de développer des politiques de prévention en santé en lien avec la médecine de ville.
- Afin de favoriser l'installation et le maintien de professionnels de santé au sein des territoires, promouvoir le développement de stages des étudiants en santé davantage tournés vers la médecine de ville et augmenter le nombre de maîtres de stages.
- Reconnaître l'importance des hôpitaux locaux dans l'organisation territoriale de l'offre de soins.
- Favoriser la mise en place d'un parcours de soins cohérent et de proximité pour les patients, notamment afin de désengorger les urgences et prévoir des articulations entre la médecine de ville et les services d'urgence.
- Stopper toute fermeture de service hospitalier public afin de favoriser un aménagement équilibré du territoire et une offre de soins de qualité et de proximité et lorsque ces fermetures ont déjà eu lieu les remplacer systématiquement par la mise en place de consultations avancées.
- Encadrer la télémédecine qui ne peut rester qu'un outil complémentaire et la territorialiser afin de limiter ses possibles dérives commerciales et assurer un suivi des patients.
- Actualiser plus régulièrement les cartes de zonage et de démographie médicale et élargir la liste des critères actuellement pris en compte (ex : temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical).
- Davantage penser la répartition des médecins en lien avec l'installation des autres professionnels de soins tels que les infirmiers, les pharmaciens...

## Pour une politique ambitieuse en faveur du grand âge et de la dépendance :

- Conforter le rôle des EHPAD et en particulier des petits établissements
- Repenser le mode de fonctionnement des EHPAD afin qu'ils soient davantage ouverts sur le territoire, plus en lien avec les SAAD et les autres structures existantes qu'elles relèvent de la santé, du social ou du médico-social.
- Favoriser un maillage fin et étroit des EHPAD, refuser les critères de nombre de lits édictés par les ARS.
- Favoriser le rapprochement de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées (sanitaire, social, médico-social...), qui agissent souvent en silo, afin d'apporter des réponses globales aux personnes concernées.
- Revaloriser les métiers du grand âge et leur rémunération, afin de répondre à la pénurie de professionnels et d'être en mesure de proposer un accompagnement de qualité aux personnes âgées, en particulier aux plus vulnérables d'entre elles.
- Favoriser la représentation des EHPAD au sein des instances de concertation et d'élaboration des politiques de santé à l'échelle d'un territoire.
- Améliorer l'accessibilité financière des établissements et des services d'aides à la personne et diminuer le reste à charge, notamment pour les familles les plus modestes.
- S'appuyer sur des financements dédiés, et non sur les budgets communaux, aujourd'hui plus que jamais contraints, pour construire une réelle politique à destination des personnes âgées.