



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

COMMUNE DE SISTERON

Cahier n° 1 : Enquête nationale relative à l'organisation
territoriale des soins de premier recours
(département des Alpes-de-Haute-Provence)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 5 décembre 2022.

Mis en ligne le 29/03/2023 à 10h05

REÇU EN PREFECTURE

le 28/03/2023

Application agréée E-legalite.com

99_DE-004-210402095-20230327-2023_04_01_

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	5
INTRODUCTION.....	6
1 UNE SOUS-DENSITÉ MÉDICALE LIBÉRALE QUI FREINE LA COORDINATION DES ACTEURS DES SOINS DE PREMIER RECOURS	7
1.1 Un taux de recours à un médecin généraliste plus faible que dans le reste de la région	7
1.2 Un territoire à l'offre de soins de premier recours disparate	8
1.2.1 L'offre de santé libérale sur la commune de Sisteron.....	8
1.2.2 La sous-densité médicale libérale sur le territoire de vie-santé de Sisteron	9
1.2.3 Une offre satisfaisante pour les autres acteurs libéraux de soins de premier recours.....	10
1.3 Les conséquences de la sous-densité médicale libérale : la classification du territoire en zone d'intervention prioritaire en santé.....	11
1.3.1 Le zonage : outil de repérage des territoires à forte sous-densité médicale.....	11
1.3.2 La détermination du territoire de vie-santé de Sisteron en ZIP	13
1.4 Une coopération des acteurs de soins de premier recours contrainte par les effectifs médicaux limités	13
1.4.1 Les soins de premier recours et les territoires : une politique mise en œuvre par une pluralité d'acteurs	13
1.4.2 Les modes d'exercice coordonné et la spécificité des maisons de santé pluridisciplinaires	15
1.4.3 Un exercice coordonné encore en construction sur le territoire de Sisteron.....	16
2 UNE ACTION COMMUNALE CIBLÉE SUR LA CRÉATION ET LE SOUTIEN DE LA MAISON DE SANTÉ.....	17
2.1 La création d'une MSP à l'initiative de la commune pour remédier à la raréfaction des ressources médicales libérales	17
2.2 Une stratégie communale ciblée sur la problématique immobilière.....	19
2.3 Une ouverture sans labellisation ni médecin généraliste	20
2.4 Des conditions d'installation attractive et un accroissement des effectifs qui justifie de déménager la MSP	21
2.5 Un soutien financier actif de la commune à la MSP malgré l'absence de droit de regard sur sa gestion et son fonctionnement	23
2.5.1 Le soutien aux MSP par les communes : un dispositif prévu dans le cadre de l'aide à l'installation ou au maintien des médecins sur le territoire.....	23
2.5.2 Le soutien actif de la commune de Sisteron au fonctionnement de la MSP.....	24
2.5.3 L'aide à l'investissement apportée par la commune de Sisteron lors de l'ouverture de la MSP.....	25
2.5.4 Un soutien financier et en nature qui réinterroge l'absence de droit d'information des collectivités locales sur le fonctionnement des SISA.....	26
3 LE PROJET DE DÉMÉNAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ DE SISTERON FIN 2022.....	29
3.1 La commune de Sisteron : maître d'ouvrage du chantier de déménagement de la MSP au sein du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud.....	29
3.1.1 Le bail emphytéotique : dispositif juridique à l'appui du projet mené en partenariat avec le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud.....	29

3.1.2 Un projet mobilisant des financements publics mais dont le coût a doublé pour tenir compte des demandes de la MSP	30
3.2 Les recettes attendues liées à la location des locaux.....	31
3.2.1 Un risque de vacance porté majoritairement par la commune.....	31
3.2.2 Des loyers attractifs pour les professionnels de la MSP	31
4 UNE ACTION COMMUNALE EN MATIÈRE DE SANTÉ QUI RESTE À ÉVALUER	32
ANNEXES	34

SYNTHÈSE

Commune de 7 595 habitants, Sisteron est située dans un territoire de vie-santé (TVS) sous dotée en médecins généralistes malgré la présence d'un centre de santé et d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Considérée comme une zone d'intervention prioritaire (ZIP) par l'agence régionale de santé Provence-Alpes Côte d'Azur, mais également zone de revitalisation rurale (ZRR), Sisteron offre pourtant des conditions d'installation attractives pour les médecins.

Soucieuse de maintenir les effectifs médicaux et d'attirer de nouveaux médecins généralistes libéraux pour compenser les départs à venir, la commune mène une politique active en matière d'organisation des soins de premier recours, reconnue par les acteurs locaux. En plus d'être à l'initiative dès 2015 de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), la collectivité soutient la démarche d'adhésion des acteurs des soins de premiers recours à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Mue par le souhait d'avancer rapidement, la commune a confié la réalisation du diagnostic préalable obligatoire à la Mutualité française, qui l'a effectué à titre gratuit. L'étude présentée en janvier 2016 porte uniquement sur le périmètre de la commune. Une lecture plus critique des conclusions et de la méthodologie utilisée aurait dû conduire à tempérer l'enthousiasme déclaré des médecins libéraux pour rejoindre le projet futur de MSP.

La MSP, ouverte de façon précipitée en janvier 2018, dans des locaux temporaires et sans médecins généralistes présents, a été autorisée seulement en août de cette même année par l'ARS. Depuis la labellisation de la MSP, deux médecins généralistes y exercent et la commune prévoit l'installation de deux autres médecins d'ici 2023. Ces nouvelles installations permettraient de stabiliser les effectifs médicaux libéraux au même niveau qu'en 2017.

L'augmentation constante des effectifs et la nécessité d'améliorer les conditions d'exercice professionnel ont conduit la commune à relancer l'idée de transférer la MSP dans une aile du site sisteronais du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS). Maître d'ouvrage de ce projet de travaux, la commune a conclu un bail emphytéotique de 19 ans avec l'hôpital, en mai 2021.

Les exigences régulièrement réévaluées des futurs utilisateurs ont entraîné *de facto* une hausse substantielle de l'enveloppe financière du programme, passée de près de 500 000 € HT à 874 000 € HT.

Les conditions de financement du projet font que la commune en supporte presque exclusivement le risque financier.

La chambre encourage la commune à évaluer et actualiser sa politique en matière de santé, en élaborant un diagnostic précis des besoins de santé à venir. La collectivité gagnerait à établir un état des lieux des outils réglementaires à sa disposition et à formaliser les actions entreprises, notamment en matière d'attractivité. Le pilotage des projets devra être renforcé, par la fixation d'objectifs et d'indicateurs de suivi et par une analyse exhaustive des risques juridiques.

INTRODUCTION

Inscrit au programme 2022 de la chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, le contrôle à compter de 2017 de la commune de Sisteron, s'inscrit notamment dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières consacrée à l'organisation territoriale des soins de premier recours. Les contraintes calendaires de publication de cette enquête ont conduit la chambre à scinder en deux temps son contrôle. Le présent cahier traite exclusivement de l'intervention de la commune en matière d'organisation des soins de premier recours, et notamment de ses liens avec la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) présente sur son territoire.

La commune de Sisteron, classée station de tourisme depuis 2014, est située au nord du département des Alpes-de-Haute-Provence et à l'extrémité sud du département des Hautes-Alpes dont elle est limitrophe. Sisteron est membre de la Communauté de communes du Sisteronais-Buëch (CCSB) comprenant 62 communes dont la moitié se trouve dans le département des Hautes-Alpes et trois sont situées dans la Drôme. Sisteron est la commune siège de cette intercommunalité et la seule, avec Laragne-Montéglin, dont la population dépasse 3 500 habitants. Le maire de Sisteron est président de la CCSB.

La population de la commune est de 7 595 habitants¹ et a cru de 3,7 % depuis 2008 (7 326 habitants). Sa composition est homogène par tranche d'âge, avec une proportion de personnes âgées qui s'accroît entre 2008 et 2018 : 32,7 % de la population a plus de 60 ans en 2018 soit 17,2 % de plus qu'en 2008. Le taux de chômage des 15-64 ans au sens du recensement en 2018 est de 16 % et augmente depuis 2008, en particulier, pour la tranche des 25-54 ans (10,9 % en 2008 contre 15,7 % en 2018). Ce taux est plus élevé que celui observé à l'échelle du département à savoir 14,3 %. Le taux de pauvreté se situe en 2019 à environ 19 % contre 16,6 % dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.

Par lettre recommandée du 9 mai 2022, le président de la chambre a informé M. Daniel Spagnou, seul ordonnateur sur la période concernée, de l'ouverture de la procédure et de la composition de l'équipe chargée de l'instruction. En application des normes professionnelles des juridictions financières, un premier entretien dit « de début de contrôle » a été organisé le 30 mai 2022 avec l'ordonnateur par intérim et le directeur général des services. En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle s'est tenu le 28 juin 2022.

Les observations provisoires arrêtées par la chambre, dans sa séance du 21 juillet 2022, ont été transmises dans leur intégralité, à M. Daniel Spagnou, ordonnateur en fonctions. Des extraits ont également été adressés à des personnes explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites qui lui sont parvenues, la chambre a, dans sa séance du 5 décembre 2022, arrêté ses observations et recommandations reproduites ci-après.

¹ Insee, dossier complet de la commune de Sisteron, juillet 2022.
Mis en ligne le 29/03/2023 à 10h05

1 UNE SOUS-DENSITÉ MÉDICALE LIBÉRALE QUI FREINE LA COORDINATION DES ACTEURS DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Les soins de premier recours

Les soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP) sont des soins de proximité comprenant :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Les acteurs et structures de soins chargés de dispenser ce type de soins sont : les médecins généralistes (article L. 4310-1 CSP) ; les équipes de soins primaires (article L. 1411-11-1 CSP) ; les centres de santé (article L. 6323-1 CSP) ; les maisons de santé (article L. 6323-3 CSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (article L. 1434-12 CSP).

S'ils ne font pas partie, à proprement parler, des acteurs des soins de premier recours, les hôpitaux de proximité peuvent organiser des coopérations avec eux (article L. 6111-3-2 CSP).

1.1 Un taux de recours à un médecin généraliste plus faible que dans le reste de la région

Les données de santé disponibles à fin 2021, dont certaines sont présentées à l'annexe 1, pour le territoire de Sisteron révèlent que le taux d'assurés ayant eu au moins un recours à un professionnel de santé est plus faible pour un médecin généraliste et une infirmière libérale que le reste de la région.

En revanche, pour les autres professionnels de santé libéraux, notamment pédiatres et psychiatres, le taux de recours est plus élevé. La notion de taux de recours est toutefois à prendre avec précaution car elle ne considère que le secteur libéral et n'intègre pas les sections locales mutualistes ni les soins non remboursés par l'Assurance maladie².

La mortalité toutes causes confondues à Sisteron est équivalente à celle de la région PACA, avec cependant des disparités selon les causes. Si, pour les cancers, et en particulier le cancer du poumon, les indicateurs sont plus favorables, la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire³ est significativement plus élevée.

² Comme les actes de médecine douce ou des prothèses.

³ L'appareil circulatoire comprend l'organe du cœur ainsi que l'ensemble des vaisseaux véhiculant le sang à travers

Cette situation est similaire dans le département des Alpes-de-Haute-Provence en matière de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire⁴ sur la période 2013-2017⁵.

En termes de prévention et de suivi de maladies chroniques, si les indicateurs en matière de prise en charge du diabète sont satisfaisants, des marges de progrès existent pour le dépistage du cancer du sein et de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 15 ans et plus.

1.2 Un territoire à l'offre de soins de premier recours disparate

Des graphiques relatifs à l'offre de soins de premier recours sont présentés à l'annexe 2.

1.2.1 L'offre de santé libérale sur la commune de Sisteron

La commune de Sisteron dénombre :

- 10 omnipraticiens dont deux ayant plus de 60 ans ;
- 6 spécialistes libéraux ayant tous plus de 60 ans ;
- 21 infirmiers libéraux, dont un service de soins infirmiers à domicile ;
- 14 masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- 2 orthophonistes ;
- 1 orthoptiste ;
- 4 pharmacies ;
- 1 laboratoire.

Le nombre de médecins généralistes sur la période 2017-2022⁶ s'est stabilisé, les trois départs ayant été compensés par quatre arrivées. Les perspectives à fin 2022 sont également favorables. L'ordonnateur anticipe l'arrivée de deux médecins généralistes, venant compenser le départ prochain d'un médecin généraliste libéral présent sur la commune. Ainsi, à fin 2022, le nombre de médecins généralistes présents à Sisteron serait équivalent à celui de 2012.

⁴ L'appareil respiratoire désigne l'ensemble des organes qui ont pour but d'assurer la respiration (ex : poumons).

⁵ Il s'agit de la dernière période comparative disponible.

⁶ Données transmises par la commune de Sisteron et arrêtées au 1^{er} avril 2022.

1.2.2 La sous-densité médicale libérale sur le territoire de vie-santé de Sisteron

La notion de territoire de vie-santé (TVS)

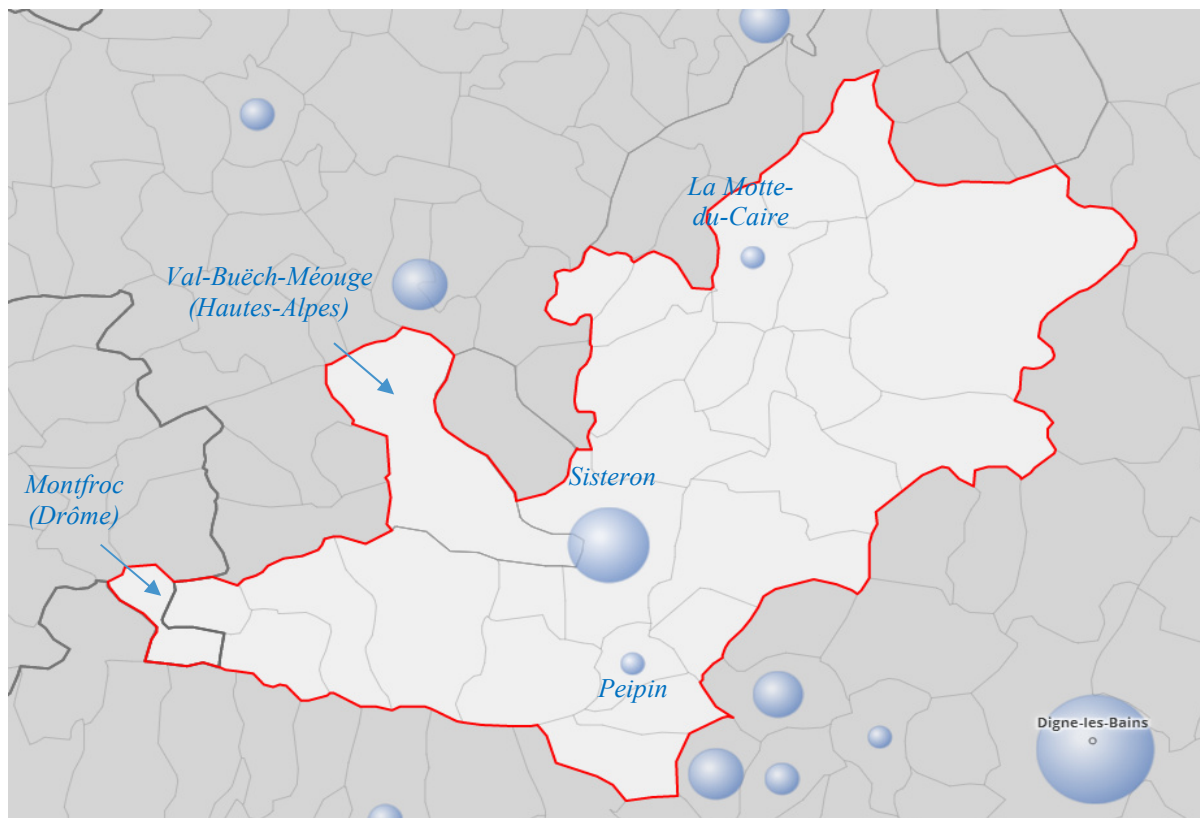
Le territoire de vie-santé ou TVS est la maille territoriale retenue par l'agence régionale de santé (ARS).

Ce découpage est construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Le TVS peut se situer sur plusieurs départements ou régions.

L'analyse de l'offre de soins de premiers recours au sein du TVS, et non de la seule commune de Sisteron, est donc le niveau le plus pertinent et retenu dans le présent rapport.

Le TVS de Sisteron est composée de 28 communes pour environ 15 000 habitants et réparties dans trois départements⁷. Il compte, en plus de ceux installés sur la commune de Sisteron, deux autres omnipraticiens libéraux, âgés de plus de 65 ans et installés à Peipin et à La Motte-du-Caire, ce qui fait un total de douze médecins généralistes libéraux sur le territoire.

Carte n° 1 : Répartition des médecins généralistes libéraux en activité au 31 décembre 2021 sur le territoire de vie-santé de Sisteron



Source : CartoSanté - AtlaSanté, 2022 et CRC.

⁷ Val-Buëch-Méouge est située dans les Hautes-Alpes et Montfroc dans la Drôme.

La densité de médecins libéraux, de 7,5 pour 10 000 habitants, est faible.

Les conséquences sont doubles : d'une part, la zone d'attractivité des médecins généralistes libéraux du TVS est large, dépassant parfois les frontières du territoire, et d'autre part, la distance séparant un habitant du médecin généraliste libéral le plus proche peut se situer entre 15 et 30 kilomètres.

À cette faible densité s'ajoute le solde négatif, des médecins généralistes libéraux lié à des départs en retraite non compensés par de nouvelles arrivées. Cette tendance à perdre des médecins se perçoit dans les territoires limitrophes au TVS de Sisteron, la seule exception concernant le territoire de Château-Arnoux-Saint-Auban.

Toutefois, la population non couverte par un médecin traitant, de 9,5 % est faible par rapport aux moyennes départementale, régionale et nationale.

1.2.3 Une offre satisfaisante pour les autres acteurs libéraux de soins de premier recours

Avec 33 infirmiers libéraux, l'offre sur le TVS de Sisteron est considérée comme « *très satisfaisante* ». Hormis dans la commune de Val Buech-Méouge, classée « *très dotée* », le reste des communes du TVS sont « *sur dotées* ».

L'offre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est satisfaisante, la commune de Sisteron en concentrant plus de la moitié (11 sur 19⁸). Il en est de même de l'offre des chirurgiens-dentistes libéraux (10⁹) ou encore des orthophonistes (19¹⁰), également considérée en zone « *intermédiaire* »¹¹.

Un centre de santé spécialisé en soins dentaires géré par la Mutualité française est implanté sur la commune.

Bien qu'aucune sage-femme ne soit installée dans le TVS de Sisteron, celui-ci est classé en zone « *intermédiaire* »¹² en raison de sa proximité avec la commune de Volonne, considérée comme « *bien dotée* ».

⁸ Au 31 décembre 2021, données CartoSanté.

⁹ Au 31 décembre 2021, données CartoSanté.

¹⁰ Au 31 décembre 2021, données CartoSanté.

¹¹ Seule la commune du Val Buech-Méouge est classée « *très sous dotée* » en offre d'orthophonistes.

¹² Exception de la commune de Val Buech-Méouge, considérée comme « *sous-dotée* ».

1.3 Les conséquences de la sous-densité médicale libérale : la classification du territoire en zone d'intervention prioritaire en santé

1.3.1 Le zonage : outil de repérage des territoires à forte sous-densité médicale

Le zonage¹³ est un outil repérant les TVS où l'offre de soins est considérée comme insuffisante et où l'accès aux soins est plus difficile. Son objectif est de favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé en activant, dans les zones sous-dotées, la mise en place de mesures destinées à maintenir ou favoriser l'installation de professionnels de santé. L'ARS est chargée d'élaborer les zonages¹⁴, au moins tous les trois ans, pour chaque catégorie de professionnels de santé libérale (médecins, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers libéraux).

Toutefois, seul le zonage concernant les médecins libéraux permet de classer un territoire de santé-vie en zones d'intervention prioritaire (ZIP)¹⁵ ou en zone d'accompagnement complémentaire (ZAC).

Pour les identifier, les ARS s'appuient sur une méthodologie nationale fixée par arrêté ministériel, et plus particulièrement sur un indicateur de référence : l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin généraliste.

L'indicateur d'APL permet de mesurer, sur un territoire, la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il prend en compte : le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite ; l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année ; le temps d'accès aux praticiens et le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

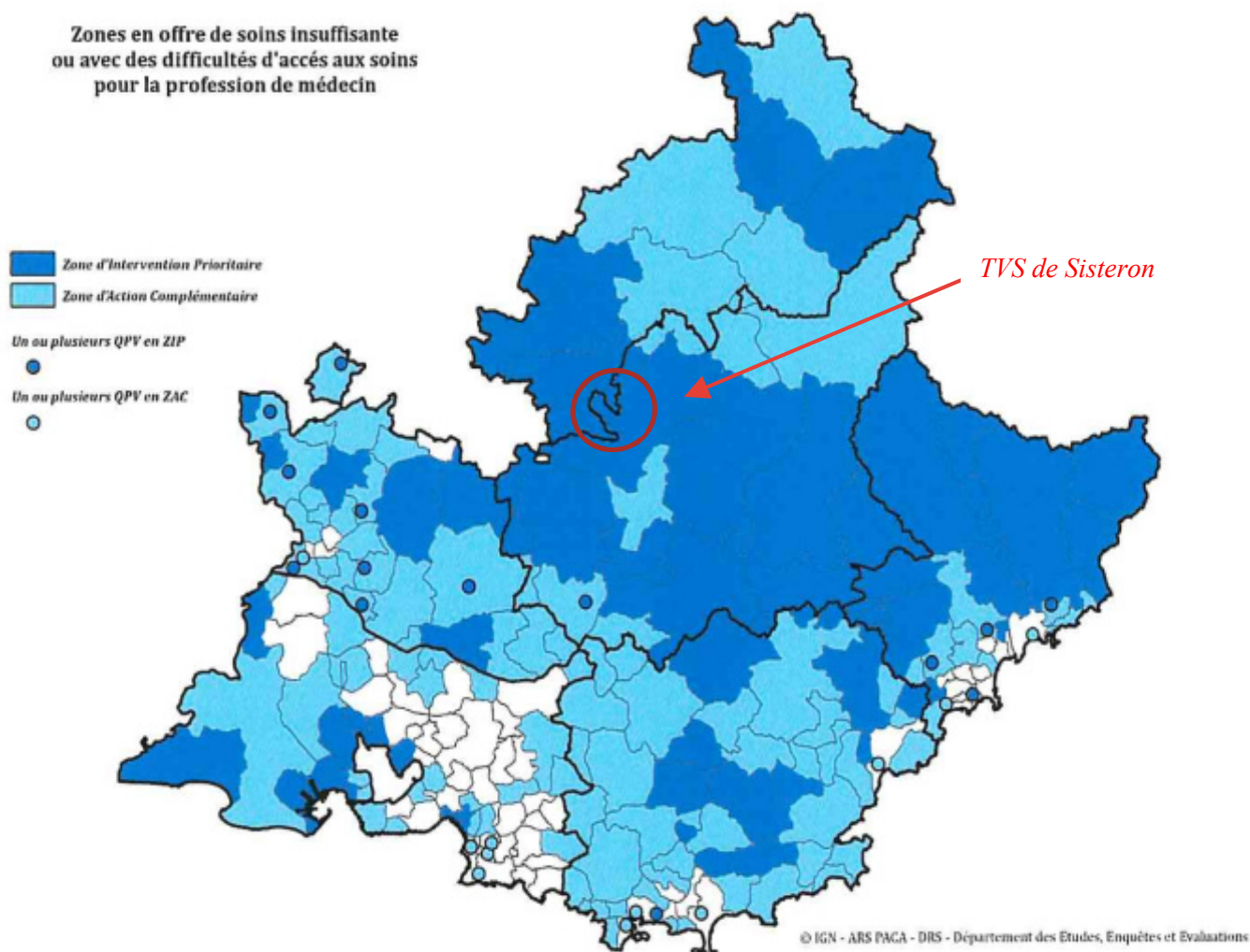
En région PACA, plus de 56 % de la population, soit environ 2 800 000 personnes, est couverte par les dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux pour une meilleure répartition de l'offre de soins, dans le zonage réalisé en février 2022.

¹³ Le zonage a été réformé dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158.

¹⁴ Décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé ; Article L. 1434-4 du CSP.

¹⁵ Jusqu'au zonage de 2022, étaient distingués les ZIP « A », à savoir les territoires automatiquement classés en ZIP au regard de leur très faible densité médicale, et les ZIP « B », à savoir des territoires fragiles et classés en ZIP sur décision de l'ARS. Cette classification, issue de l'arrêté ministériel du 13 novembre 2017, a été supprimée en 2021 pour ne plus distinguer les types de ZIP.

Carte n° 2 : Zonage pour la profession de médecins en 2022 dans la région PACA



Source : Arrêté portant détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin, ARS PACA, 2 février 2022, et CRC PACA.

Les zones d'intervention prioritaire concernent 15,9 % de la population de la région PACA (3,8 % dans l'ancien zonage de 2018). Les médecins exerçant dans ces zones peuvent prétendre à l'ensemble des dispositifs d'aide : les aides conventionnelles, les aides des collectivités territoriales, les fonds de compensation à la taxe sur la valeur ajoutée, l'exonération de la fiscalité sur la permanence des soins ambulatoires, le contrat d'engagement de service public.

Les zones d'action complémentaire concernent 40,2 % de la population (37,6 % dans l'ancien zonage). Les médecins qui exercent dans ces zones peuvent prétendre aux mêmes aides que celles des zones d'intervention prioritaire, hormis les contrats de l'Assurance Maladie et l'exonération de la fiscalisation sur la permanence des soins ambulatoires.

1.3.2 La détermination du territoire de vie-santé de Sisteron en ZIP

Dès le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2012-2016 de l'ARS PACA, le territoire de Sisteron était identifié comme « *espace de santé de proximité à risque* ». Ainsi, son exposition aux risques de désertification médicale était déjà reconnue, nécessitant des pouvoirs publics une vigilance particulière et des actions visant à améliorer l'organisation des services de proximité.

Dès le zonage de 2018, l'ARS Paca a identifié le TVS de Sisteron comme ZIP renouvelé en 2022. Elle l'a aussi classé en ZIP de type « B », distinction supprimée en 2021.

Tableau n° 1 : Distinction entre ZIP « A », ZIP « B » et ZAC lors du zonage de 2018

	APL de la zone <2,5€/an/hab.	2,5	
	Sélection nationale	Vivier	
Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (A) (sélection nationale)	Zone d'intervention prioritaire (B) (sélection additionnelle par l'agence régionale de santé)	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)

Source : Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, Légifrance.

1.4 Une coopération des acteurs de soins de premier recours contrainte par les effectifs médicaux limités

1.4.1 Les soins de premier recours et les territoires : une politique mise en œuvre par une pluralité d'acteurs

L'organisation des soins de premier recours repose sur une pluralité d'acteurs (État, collectivités territoriales, assurance maladie, organismes mutualistes et associations notamment), ainsi qu'une multitude d'aides et de dispositifs. L'annexe 4 présente de façon schématisée le rôle des collectivités territoriales en matière de soins de premiers recours.

Si ces dernières disposent de compétences limitativement énumérées en matière de santé (hygiène de l'habitat, qualité de l'eau et de l'air, formations paramédicales), l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT) leur reconnaît cependant la possibilité de soutenir l'accès aux soins de premiers recours, par l'attribution d'aides financières facultatives, dans la limite d'un zonage et d'un plafonnement des aides.

Les quatre types d'interventions sont :

- les aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans des zones médicalement sous dotées ;
- les aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins ;
- les indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones médicalement sous dotées ;
- une indemnité d'étude et de projet professionnel à tout étudiant, titulaire du concours de médecin, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste au moins cinq années dans une zone sous dotée.

Si les interventions des collectivités se superposent parfois, les communes peuvent s'appuyer sur la clause de compétence générale pour carence de l'initiative privée pour créer des centres de santé ou verser des aides dans le but de lutter contre les déserts médicaux. Les aides accordées doivent obligatoirement faire l'objet d'une convention entre la structure bénéficiaire, la collectivité attributaire et l'ARS.

Au-delà de ces aides ciblées, les collectivités interviennent de façon plus globale sur l'attractivité et la promotion de leur territoire, d'aménagement du cadre de vie et de développement économique local. Elles peuvent également coordonner les acteurs de santé sur son territoire.

Regards croisés sur les enjeux des soins de premier recours et l'implication des collectivités locales en région PACA

Rencontrée dans le cadre de l'instruction, l'union régionale des professionnels de santé - médecins libéraux PACA (URPS ML PACA) estime que les médecins libéraux sont, dans l'ensemble, dans une démarche de regroupement au sein d'exercices coordonnés. Pour autant, elle relève au sein de la région PACA des difficultés de financement qui peuvent freiner la structuration des soins de premier recours. Si l'URPS ML PACA est favorable à une implication plus importante des collectivités locales dans la gouvernance des soins de premier recours, elle insiste sur l'indépendance des médecins libéraux et la nécessité d'appuyer les politiques locales sur leur expertise. L'URPS ML PACA serait ouverte à un conventionnement entre les acteurs des soins de premiers recours et les pouvoirs publics, y compris les collectivités locales, sur des objectifs d'accessibilité des soins. En revanche, elle s'oppose à ce que les collectivités locales puissent avoir un droit de regard sur l'organisation des soins ou le volume des actes générés par les acteurs de santé.

L'antenne régionale de la fédération hospitalière de France (FHF) souligne quant à elle la nécessité de simplifier la réglementation en matière de soins de premier recours, et notamment de faciliter les initiatives et les expérimentations locales. Par ailleurs, elle souhaite soutenir l'exercice mixte des médecins (exercice en libéral et en structure hospitalière). Elle rappelle que la pénurie en médecins ne concerne pas seulement les territoires ruraux, mais également les centres urbains.

L'URPS ML PACA et la FHF PACA s'accordent sur le fait qu'avec la pénurie de médecins dans les territoires, la question de la « concurrence » entre public et privé n'a plus lieu d'être. Elles souhaitent plutôt privilégier un objectif de « couverture des soins » dans une logique de complémentarité.

Elles s'inquiètent toutes deux de l'émergence de nouvelles formes d'organisations médicales, exercées en dehors de tout conventionnement et régulation de l'ARS. Proposant des conditions de travail attractives aux médecins généralistes, elles n'offrent pas à la population une alternative aux urgences pendant la permanence des soins et ne s'inscrivent pas dans une démarche territoriale et coordonnée autour du patient. Sans régulation plus forte par les pouvoirs publics, elles pourraient fragiliser, encore plus que ce qu'ils ne sont déjà, les effectifs médicaux des hôpitaux publics et des cabinets de ville, et par conséquent ceux des maisons de santé pluridisciplinaires.

1.4.2 Les modes d'exercice coordonné et la spécificité des maisons de santé pluridisciplinaires

Pour développer l'accès aux soins et le parcours patient¹⁶ ainsi que pour améliorer la prise en charge générale de la population, les politiques publiques incitent à l'exercice coordonné des professionnels de soins de premier recours¹⁷ au travers : d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures assurent des activités de soins sans hébergement, ce qui exclut donc tout lien avec les établissements hospitaliers ou structures médico-sociales d'hébergement ou d'accueil (cf. annexe 3).

Par ailleurs, ces modes d'exercice doivent permettre d'améliorer l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé, dans une logique de continuité des parcours des patients.

Conformément à l'article L. 6323-3 du CSP, une « maison de santé » est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens libéraux.

Dans le respect d'un cahier des charges national décliné au niveau régional par les ARS, la maison de santé fédère des professionnels de santé libéraux autour d'un projet de santé au bénéfice de la population d'un territoire. Obligatoire, il s'agit d'un document formalisé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé, et permettant de distinguer la structure d'un simple cabinet de groupe pluriprofessionnel. S'appuyant sur un diagnostic préalable, il s'articule autour d'un projet professionnel (management de la structure, organisation de la pluriprofessionnalité, systèmes d'information commun) et d'un projet de soins et de prise en charge (continuité des soins, qualité de la prise en charge, coopérations et coordinations externes). Il est actualisable autant que nécessaire, pour s'adapter aux évolutions de la MSP.

La MSP reposant sur un exercice coordonné, et non un « bâtiment partagé » comme le laisserait supposer son nom, plusieurs modes d'organisation des professionnels qui la composent peuvent être choisis : monosite ; multisites ; hors les murs¹⁸. Le partage de locaux, même s'il peut faciliter la coordination, n'est donc pas obligatoire.

¹⁶ Ce parcours se définit comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux.

¹⁷ La stratégie « Ma Santé 2022 », annoncée en septembre 2018 par le président de la République, donne comme objectif que l'exercice isolé (c'est-à-dire un professionnel de santé seul dans son cabinet) doit devenir l'exception à l'horizon 2022.

¹⁸ Le professionnel libéral garde son cabinet de ville, mais participe à la mise en œuvre du projet de santé.

Pour pouvoir porter ce projet de santé auprès de l'ARS, chargée de le valider, la MSP doit au préalable se constituer en association. Ensuite, dès lors que le projet de santé est validé et la MSP signataire de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) afin de percevoir les financements de l'assurance maladie, elle doit se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

L'une des limites de la SISA est que seuls les professionnels de santé, au sens du code de la santé publique¹⁹, peuvent en être membres. Ainsi, ne peuvent être associés de la SISA les professionnels relevant de la profession de psychologue ou encore d'ostéopathe. En revanche, ces professionnels peuvent tout de même participer aux actions de la MSP s'ils sont signataires du projet de santé. Il peut donc arriver que l'association préexistant à la SISA perdure, alors même qu'il n'y a pas de flux financiers entre elles, afin que chaque professionnel partie prenante au projet puisse participer aux décisions.

Lorsqu'une SISA constituant une maison de santé conclut une convention tripartite avec l'assurance maladie et l'ARS, elle bénéficie d'une rémunération conventionnelle annuelle. Cette rémunération est modulée²⁰ en fonction de l'atteinte d'indicateurs liés à l'accès aux soins (notamment l'amplitude horaire et la prise en charge des consultations et soins non programmés), au travail en équipe et à l'utilisation d'un système informationnel partagé.

1.4.3 Un exercice coordonné encore en construction sur le territoire de Sisteron

Le territoire de vie-santé de Sisteron accueille une maison de santé pluriprofessionnelle, composée au 1^{er} juillet 2022, notamment de deux médecins généralistes, d'un cardiologue, d'un orthoptiste et d'un ostéopathe, ainsi qu'un centre de santé mutualiste spécialisé en dentaire, géré par la Mutualité française et composé de deux chirurgiens-dentistes.

Il n'est pas recensé sur le TVS de Sisteron, d'autres modes d'exercice coordonné du type, équipes de soins primaires ou communautés professionnelles territoriales de santé.

Selon l'Agence régionale de Santé (délégation des Alpes-de-Haute-Provence la création des ESP n'était pas une orientation forte du projet régional de santé²¹. Ce mode d'exercice n'incite pas au regroupement de médecins. À ce titre, il est moins contraignant et moins adapté aux enjeux d'attractivité des territoires.

La volonté de la délégation de l'ARS sur les dernières années a plutôt été de miser sur le développement de MSP fonctionnelles. Elle reconnaît que le département a pris du retard dans la mise en place des CPTS. Au 1^{er} juillet 2022, seule une CPTS a signé un contrat tripartite dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Ainsi, malgré la présence d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un centre de santé ainsi que du site hospitalier de proximité de Sisteron, la TVS de Sisteron n'est pas encore couverte par une CPTS au 1^{er} juillet 2022, même si un projet est en cours (voir *infra*).

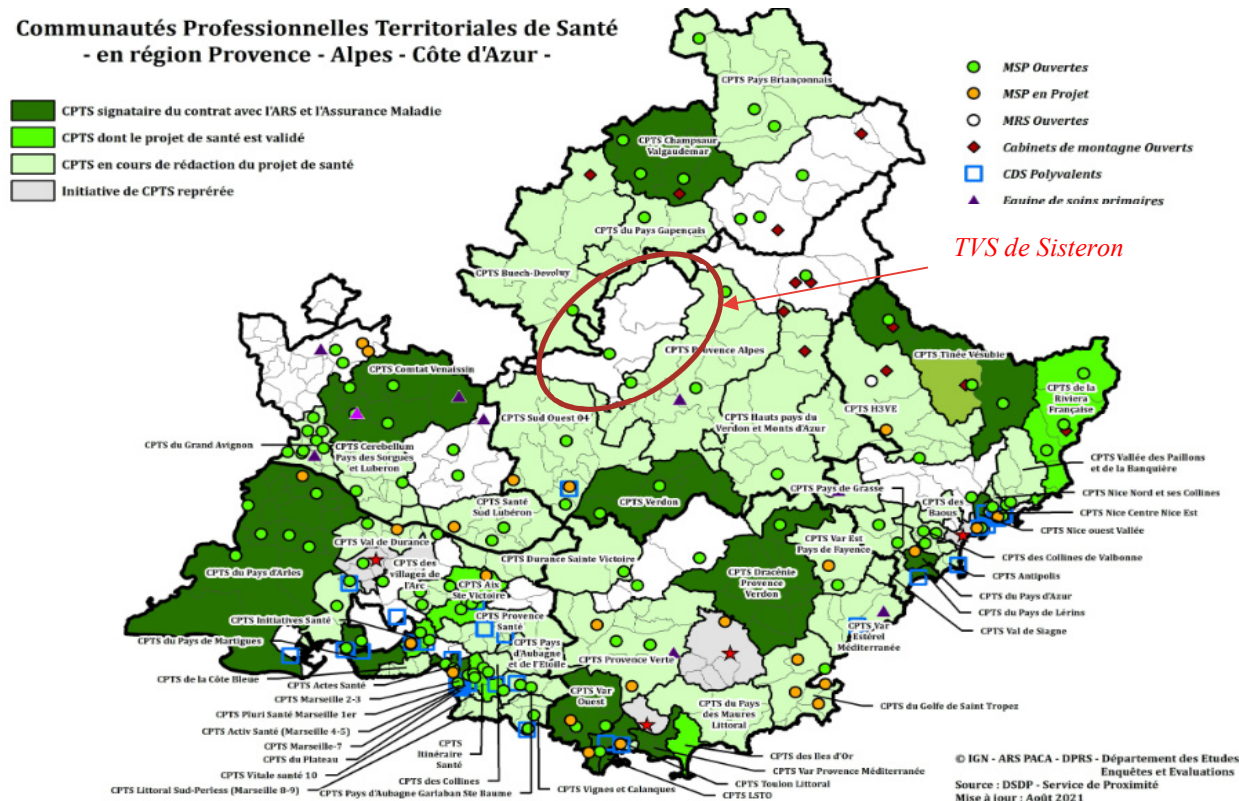
¹⁹ Cf 4^e partie du code de santé publique.

²⁰ Pour chaque indicateur est fixé un nombre de points, 1 point correspondant à 7 €. Les indicateurs de suivi sont distingués entre : « prérequis » ; « socle » et « optionnels ». La rémunération ACI peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure (la majoration est déclenchée si le taux de patients bénéficiant d'une complémentaire santé solidarité et le taux de patients bénéficiaires de l'aide médicale d'État parmi la file active de la structure est supérieur au taux national).

²¹ La seule ESP du département est située à Digne-les-Bains.

Carte n° 3 : État des lieux des CPTS dans la région PACA en août 2021

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - en région Provence - Alpes - Côte d'Azur -



Source : Agence régionale de Santé, PACA, août 2021, et CRC PACA.

2 UNE ACTION COMMUNALE CIBLÉE SUR LA CRÉATION ET LE SOUTIEN DE LA MAISON DE SANTÉ

2.1 La création d'une MSP à l'initiative de la commune pour remédier à la raréfaction des ressources médicales libérales

Suite au constat de la raréfaction de l'offre de soins dans le centre-ville de Sisteron et sa reconnaissance en « *espace de santé de proximité à risque* » dans le cadre du SROS 2012-2016, la commune a initié le projet de créer une maison de santé dès mars 2015.

Dès le départ, l'idée est d'ouvrir une MSP pour une surface minimum de 400 m², pouvant accueillir quatre à cinq médecins généralistes. L'hypothèse que la MSP intègre les locaux du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) est posée en mai 2015.

La commune était d'autant plus vigilante sur la localisation de la MSP qu'elle voulait éviter tout risque de compérage avec les pharmacies locales.

L'objectif de la commune était de se positionner dans un rôle de facilitateur pour aider les professionnels de santé à mener à bien ce projet. À cet effet, elle a organisé des réunions d'information avec les médecins libéraux. Il ressort du premier échange du 6 mai 2015 des réticences de la part des médecins, que ce soit en termes de statuts, d'impact sur l'hôpital de Sisteron ou encore de mutualisation des tâches administratives. L'exercice coordonné en MSP ne leur semblait pas familier. Par ailleurs, les médecins libéraux conditionnaient leur participation au projet en contrepartie de financements pérennes et « *significatifs* ». Ils estimaient que le regroupement coûte plus cher qu'un cabinet privé indépendant et que les MSP « *ne sont pas économiquement viables* ». Si l'ensemble des médecins présents n'étaient pas contre le projet, les incertitudes qu'ils ont exposées étaient de nature à freiner leur engagement.

Suite à l'approbation du conseil municipal dans sa séance du 29 septembre 2015 de lancer une étude d'opportunité et de faisabilité sur le sujet, une analyse du besoin en termes de spécialités médicales a été réalisée.

Cette étude d'opportunité n'étant pas financée par l'Agence régionale de Santé, la commune de Sisteron s'est tournée vers la Mutualité française, qui lui a proposé, compte tenu de sa nature d'entreprise de l'économie sociale et solidaire dans le champ sanitaire et médico-social, de la réaliser à titre gratuit. La commune y a vu une opportunité pour répondre à son « objectif d'aller vite », considérant que ce partenariat faciliterait la labellisation de la MSP alors que dans le même temps la Mutualité française souhaitait quant à elle renforcer sa présence sur le territoire et inclure des actions de prévention sanitaire et d'éducation thérapeutique dans le projet de santé de la future MSP.

L'étude qui est présentée au conseil municipal lors de sa séance du 21 janvier 2016 se borne à une analyse de l'offre de soins sur le territoire communal, qui, selon la Mutualité française correspond au périmètre de la patientèle d'une MSP. Toutefois, compte tenu de la démographie médicale en 2015, les flux de patients dépassaient déjà la seule limite de Sisteron et une analyse de l'offre et des besoins au niveau du TVS aurait été plus pertinente et aurait permis ainsi d'assurer une certaine en cohérence avec les dispositifs de zonage utilisés par l'ARS.

Selon le rapport, « *la pénurie d'offre est en train de prendre place sur ce territoire* » et il ressort d'un sondage effectué auprès d'un échantillon de 490 personnes (dont 80 % habitaient Sisteron) que ceux-ci soutiennent la création d'une maison de santé sur le territoire.

Par ailleurs, sur 21 professionnels de santé, dont six médecins (parmi lesquels trois médecins généralistes), une forte majorité (17 sur 21) estime qu'un mode d'exercice pluridisciplinaire est « *un atout pour attirer les jeunes praticiens sur le territoire* ». Les trois médecins généralistes étaient, en outre, unanimes sur le fait d'« *envisager* » de rejoindre une MSP. Toutefois, l'étude omet de préciser l'ancienneté des médecins généralistes ayant répondu, certains étant proches de l'âge de la retraite (l'un d'entre eux était même âgé de 69 ans). De plus, les questions posées aux professionnels de santé sont larges et insuffisamment précises pour analyser leur degré d'engagement et d'appropriation d'un tel projet. Une lecture plus prudente de l'étude aurait conduit à relativiser l'engouement de la communauté médicale libérale pour le projet permettant d'atteindre avec facilité le prérequis pour ouvrir une MSP à savoir la présence de deux médecins généralistes. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur de la commune indique que, depuis le début de la démarche, il savait, comme la Mutualité française que l'attractivité de la MSP pour les praticiens locaux déjà installés sur le territoire serait relative.

2.2 Une stratégie communale ciblée sur la problématique immobilière

Afin de sensibiliser les professionnels de santé libéraux au projet, l'étude leur est également présentée le 25 février 2016. Les médecins présents font de nouveau preuve de fortes réticences, mettant en avant des incertitudes importantes sur l'organisation future et des contraintes horaires, et ne s'engagent pas formellement à intégrer la future MSP. Pour autant, un projet de création de MSP sur le territoire de Sisteron est transmis à l'ARS.

Le 1^{er} juillet 2016, il reçoit un avis favorable du comité technique de la commission de coordination de l'offre de proximité. Si, à cette date, trois médecins généralistes sont alors « sûrs d'intégrer » la future MSP, le groupe de travail mené entre la commune, la Mutualité française et les professionnels de santé locaux semble s'éloigner du projet immobilier initial. Une fourchette s'instaurant entre 725 m² et 1 000 m² est avancée, estimation proposée par le référent de la Mutualité française pour tenir compte des demandes individuelles de chaque acteur pouvant participer au projet. La commune a sollicité, sur ce fondement, le CHICAS pour une surface disponible de 700 à 800 m².

Cette démarche, initiée par le référent de la Mutualité française, a prêté à confusion. Elle laissait à penser que les attentes des professionnels libéraux étaient avant tout immobilières, les réticences éventuelles ne pouvant être dépassées qu'à cette condition. De plus, elle ne tenait pas compte du fait qu'aucune surface de cette superficie n'était disponible au sein de la commune de Sisteron, ni que le CHICAS ne proposait, à l'époque, qu'une surface disponible de 300 m². Ceci a été d'autant plus dommageable que le projet immobilier de la MSP aurait été retardé de plusieurs mois en partie pour cette raison, entraînant d'autant plus de questionnements de la part des professionnels de santé libéraux tentés par le projet de regroupement.

Pour porter le projet de santé de la future MSP auprès de l'ARS, l'association MEDISIS est créée en septembre 2016²². Elle est de nouveau accompagnée par la Mutualité française dans l'animation des réunions de travail et la rédaction des documents. Le projet de santé est définitivement validé par l'ARS le 11 janvier 2017 alors même qu'à cette date, un seul médecin généraliste reste partie prenante au projet.

La question immobilière tardant à être solutionnée, la commune décide de louer en urgence, dans l'attente d'un déménagement dans un bâtiment plus adapté, des locaux d'une superficie de 182 m² et de prendre en charge le coût de l'aménagement à compter du 1^{er} août 2017. Ces locaux sont mis à disposition à titre gratuit de l'association.

En dépit de ces avancées, l'unique médecin généraliste partie prenante au projet de santé se retire en novembre 2017.

Ainsi, malgré l'implication de la commune et sa volonté d'accompagner les professionnels de santé, notamment en prenant en charge la location de locaux et leur rénovation, les réticences des médecins généralistes du territoire n'ont jamais été levées. D'une part, ils ont toujours gardé des craintes sur les contraintes liées à l'exercice coordonné ou à un exercice partagé sur l'hôpital de Sisteron. D'autre part, le projet immobilier tardant à avancer, ils n'ont pas pu se projeter sur l'impact financier qu'une adhésion au projet de MSP impliquerait.

Le retrait des médecins généralistes du projet proviendrait du fait que la création d'une MSP est peu attractive pour un médecin déjà installé. En effet, le cadre réglementaire implique

²² L'association est déclarée sous le n° W044002617 le 29 septembre 2016 à la préfecture des Alpes-de-Haute-Provence. Ses statuts sont signés le 11 décembre 2017.

qu'il ne peut bénéficier des aides à l'installation propres à une ZIP ou d'exonération fiscale. En d'autres termes, les médecins généralistes du territoire de Sisteron n'avaient pas d'incitation financière à se regrouper au sein d'une MSP. Ils estimaient s'imposer des contraintes supplémentaires sans compensation suffisante, la question immobilière n'étant pas suffisante pour entraîner leur adhésion pleine et entière.

Il ressort de l'expérience de Sisteron qu'un projet de création d'une MSP à l'initiative d'une commune et dans une logique avant tout immobilière est surtout destiné à attirer de nouveaux médecins généralistes, ceux déjà installés n'ayant aucun intérêt financier à la démarche. Une tactique, qui n'a été ni explorée ni même envisagée par la commune, aurait été de proposer aux médecins déjà installés de participer à l'élaboration du projet de santé dans une logique « *hors les murs* » et de les mobiliser sur l'intérêt commun d'accueillir, de guider ou d'accompagner de nouveaux médecins qui, eux, auraient intégré des locaux neufs. Cette approche aurait pu permettre de répondre aux inquiétudes des médecins du territoire sur l'absence de visibilité immobilière, la pérennité des aides financières et les coûts qui auraient été à leur charge, tout en activant bien plus tôt le dispositif de recrutement de nouveaux médecins (voir *infra*), si cela s'était avéré nécessaire.

2.3 Une ouverture sans labellisation ni médecin généraliste

Lorsque le bâtiment devant accueillir la maison de santé ouvre le 2 janvier 2018, et alors même que le projet de santé n'est pas encore validé, les médecins généralistes partie prenante au projet se sont tous retirés. À l'ouverture, l'offre de soin est uniquement assurée par un cardiologue, un orthoptiste et un ostéopathe.

Avec le soutien de la commune, qui a pris à sa charge les frais d'un cabinet de recrutement, un premier médecin généraliste intègre l'association MEDI-SIS en mars 2018.

Alors qu'un second médecin fait part de son intérêt pour le projet dès mars 2018, une convention de financement est signée entre MEDI-SIS et l'ARS le 29 juin 2018. Elle octroie une aide au démarrage de 20 000 € destinée à financer le système d'informations partagé, la constitution de la SISA, le financement de la coordination de la structure et celui du temps consacré par les professionnels de santé à l'écriture du projet.

Le second médecin intègre la structure en septembre 2018. Atteignant la condition minimale de deux médecins généralistes, le projet de santé est signé par anticipation par l'ARS le 23 août 2018, actant l'ouverture officielle de la structure en tant que maison de santé.

S'ensuit la signature du contrat ACI entre l'association MEDI-SIS, la CPAM des Alpes-de-Haute-Provence et la délégation territoriale de l'ARS 04 le 30 janvier 2019. Conformément à la réglementation, dans un délai de six mois, une SISA est constituée afin de pouvoir recevoir des aides conventionnelles.

Les statuts de la SISA MSP de Sisteron sont créés le 15 février 2019 et la société est immatriculée le 3 avril 2019. La création de la SISA n'a pas entraîné la dissolution de l'association MEDI-SIS. Celle-ci existe toujours afin d'associer les professionnels partageant le projet de santé de la MSP, mais ne pouvant juridiquement intégrer la SISA.

2.4 Des conditions d'installation attractive et un accroissement des effectifs qui justifie de déménager la MSP

Depuis l'ouverture des locaux en janvier 2018 et la labellisation de la MSP en août 2018, les effectifs médicaux ont augmenté et se sont diversifiés. Pour autant, le nombre de médecins généralistes est resté stable de septembre 2018 à 2021. Grâce au soutien de la commune dans la recherche de médecins, la perspective d'atteindre quatre omnipraticiens à fin 2022 est envisageable. L'arrivée de ces médecins généralistes supplémentaires permettrait de faciliter l'atteinte des indicateurs conventionnels de la MSP, notamment ceux relatifs à la rédaction de protocoles (voir *infra*).

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la gérante de la SISA confirme l'arrivée de deux médecins généralistes supplémentaires en janvier 2023, portant leur nombre, à cette date, à quatre, conformément à l'objectif du projet initial.

Tableau n° 2 : Évolution des effectifs physiques de la maison de santé de Sisteron entre 2018 et le prévisionnel de janvier 2023

Personnel	janv-18	mars-18	sept-18	avr-19 <i>Création de la SISA</i>	sept-19	janv-20	déc-20	mars-21	avr-22	perspective janvier 2023	évolution janv 18 / janv 23	évolution avril 19 / janv 23
MEDICAL	1	2	3	3	4	4	4	5	6	8	7	5
Médecin généraliste	0	1	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2
Autres professionnels médicaux	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	3	3
ORL	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Psychiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Cardiologue	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Chirurgien vasculaire	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
NON MEDICAL	2	2	3	4	4	5	8	8	10	10	8	6
Orthoptiste	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Infirmière	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1
Diététicienne	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Infirmières remplaçantes permanentes	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Ostéopathe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Psychologue	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	1
Coordinateur	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Secrétaire médicale (<i>hors personnel d'accueil mis à disposition par la commune au démarrage</i>)	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL des effectifs	3	4	6	7	8	9	12	13	16	18	15	11
Membres de la SISA				3	3	3	6	7	7	9	9	6
Non membres de la SISA				4	5	6	6	6	9	9	9	5

Source : CRC.

Note : la maison de santé est considérée au sens « large » du terme, afin d'avoir une vue d'ensemble des effectifs membres et non membres de la SISA.

Méthodologie : une personne est comptée pour un quelle que soit sa quotité de présence au sein de la MSP.

La MSP de Sisteron offre des conditions d'installation attractives, pouvant faciliter l'arrivée de nouveaux médecins.

D'une part, la MSP est située en zone d'intervention prioritaire (ZIP). Ainsi, les médecins nouvellement installés exerçant une activité libérale conventionnée en secteur 1 et exerçant en groupe peuvent adhérer au contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM). Le CAIM est une aide financière accordée une seule fois par la CPAM, répartie en deux versements : 50 % dès l'installation en zone fragile et 50 % après une année. Plafonnée à

50 000 € pour une activité de quatre jours par semaine²³, l'aide est dégressive selon l'activité. En contrepartie, le médecin doit notamment exercer une activité libérale pendant cinq ans et dans la zone au minimum 2,5 jours par semaine.

Parmi les engagements à respecter, le médecin doit participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires tel qu'organisé sur le territoire²⁴. Or, aucune ligne de garde n'est active en permanence sur le TVS de Sisteron. Ceci représenterait pourtant un intérêt puisque 41,9 % des passages aux urgences ne sont pas suivis d'une hospitalisation, contre 27,5 % dans les Alpes-de-Haute-Provence et 23 % dans la région PACA. Cet indicateur souligne que les urgences du site hospitalier de Sisteron prennent en charge des patients pouvant relever de la médecine ambulatoire.

Concernant plus précisément Sisteron, l'ensemble des médecins généralistes ayant intégré la SISA ont signé un CAIM, ainsi qu'un ORL, ayant intégré la structure en mars 2021 et exerçant « *hors les murs* »²⁵.

D'autre part, Sisteron étant située dans une ZRR, les médecins libéraux nouvellement installés ou reprenant un cabinet existant bénéficient à ce titre d'exonération d'impôt sur le revenu²⁶.

Interrogés sur le sujet, les deux médecins généralistes membres de la SISA au 1^{er} juin 2022 ont confirmé l'attrait financier de la MSP. Pour autant, d'autres critères ont joué dans leur choix de s'y installer : la situation géographique (notamment l'accessibilité de l'autoroute et des infrastructures de transport) ; le cadre de vie, avec notamment la présence de services publics et la perspective de déménagement de la MSP au sein de locaux neufs. Par ailleurs, ils soulignent la réactivité et le dynamisme de la commune à attirer et faciliter leur arrivée.

L'établissement dispose d'un secrétariat mutualisé avec accueil physique et téléphonique opérationnel de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi, et les consultations médicales sont également ouvertes le samedi matin, même pendant les vacances scolaires.

La fonction de coordonnateur a également évolué. En septembre 2019, la MSP bénéficiait d'un coordonnateur à raison d'une demi-journée par semaine (quatre heures hebdomadaires) mise à disposition par la Mutualité française²⁷. Le temps de coordination a été augmenté en janvier 2020, passant à une journée par semaine (huit heures hebdomadaires). Cette augmentation a été rendue possible par la contractualisation à l'ACI et le versement à la SISA d'aides conventionnelles.

²³ L'aide peut être portée à 60 000 € en cas de zone particulièrement déficitaire en médecins. Une majoration de 2 500 € est octroyée si le médecin exerce une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité.

²⁴ La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est un dispositif de prise en charge, des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés). Il évite que des soins non urgents et de faible sévérité viennent emboliser l'activité des urgences. Son organisation repose sur une régulation médicale des appels assurée par des médecins libéraux volontaires. Cette régulation permet d'orienter chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert et, si nécessaire, de solliciter un médecin de garde dit « effecteur ».

²⁵ Au total, quatre CAIM ont été signés depuis avril 2018.

²⁶ L'exonération est totale les cinq premières années, puis dégressive jusqu'à la neuvième année.

²⁷ Le salaire du coordonnateur a été pris en charge à hauteur de 30 % par la Mutualité française PACA SSAM entre septembre 2018 et décembre 2021 dans le cadre d'une convention de partenariat. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la MSP est autonome dans le financement de ce salarié. Pour autant, le coordonnateur reste mis à disposition par la Mutualité française PACA SSAM.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la gérante de la SISA précise avoir mis un terme à la convention de mise à disposition d'un coordinateur à sa prochaine date d'échéance soit le 31 janvier 2023. À partir du 1er février 2023, le coordinateur sera directement rémunéré par la SISA en tant que prestataire indépendant.

La convention liant la SISA à la Mutualité française prévoit également la mise à disposition d'un médecin chargé de missions de santé publique. Ce médecin, qui se trouve être le responsable hiérarchique de la coordinatrice à la Mutualité française, peut intervenir en personne support ou ressource pour l'équipe de la MSP. Il ne fait aucune consultation.

Avec l'évolution à la hausse des effectifs, les locaux, initialement temporaires, sont insuffisants pour accueillir de nouveaux professionnels, les bureaux de consultation étant partagés, avec un circuit patient peu fluide et une mauvaise insonorisation.

La perspective d'un déménagement de la MSP dans des locaux adaptés et plus grands est, au vu des conditions d'installation, pleinement justifiée.

Photo n° 1 : Locaux actuels de la maison de santé pluridisciplinaire de Sisteron



Source : CRC.

2.5 Un soutien financier actif de la commune à la MSP malgré l'absence de droit de regard sur sa gestion et son fonctionnement

2.5.1 Le soutien aux MSP par les communes : un dispositif prévu dans le cadre de l'aide à l'installation ou au maintien des médecins sur le territoire

Au regard des dispositions de l'article L. 1511-8 du CGCT, les communes peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones identifiées comme ZIP et ZAC.

Le panel des aides octroyées par les communes est large : financement de tout ou partie des investissements engagés ou des frais de fonctionnement exposés ; financement de l'extension d'un local ; acquisition d'équipements divers liés à l'activité de soins ; prise en charge d'une partie du loyer ; mise à disposition de locaux construits et aménagés par les communes.

À cette fin, des conventions sont signées entre les collectivités qui attribuent l'aide et les professionnels de santé intéressés. Les médecins exerçant en maison de santé sont concernés par ces dispositifs. Les communes peuvent d'ailleurs subordonner leurs aides à un mode d'exercice particulier, comme le recours à un exercice coordonné. De plus, les bénéficiaires de ces aides s'engagent à exercer de manière effective son activité de soins dans la zone concernée pendant un minimum de trois années.

Par ailleurs, les investissements immobiliers réalisés, par les communes et leurs groupements, dans les zones de type « ZIP » ou « ZAC », et destinés à l'installation des professionnels de santé sont éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée.

2.5.2 Le soutien actif de la commune de Sisteron au fonctionnement de la MSP

Afin de soutenir la mise en place et le développement de la MSP, la commune a multiplié les actions pour aider à son fonctionnement. Après la constitution de la MSP en SISA, la commune les a progressivement réduites à compter du 1^{er} juillet 2019, jusqu'à leur suppression totale au 31 décembre 2019.

Les aides concernent tant la mise à disposition gratuite de locaux avec prise en charge des frais de fonctionnement afférents ; l'octroi d'une subvention à l'association MEDI-SIS deux années consécutives et la mise à disposition d'un agent d'accueil.

La commune s'investit également de façon indirecte, en prenant à sa charge des frais de cabinet de recrutement médical. La charge financière liée aux actions de recrutement et de développement de l'offre médicale généraliste repose uniquement sur les finances communales et le conseil municipal a approuvé dans sa séance du 17 mars 2022 de recourir une nouvelle fois à un cabinet de recrutement en vue d'attirer deux nouveaux médecins généralistes (ce qui porterait ainsi à quatre le nombre de praticiens à la fin de 2022)²⁸.

Au total, le coût net pour les finances de la commune de Sisteron entre 2018 et 2022 est de 134 291 €, ce qui représente, selon l'ordonnateur de la commune, 17,70 € par habitant pour l'ensemble de la période.

²⁸ Le coût de la prestation est estimé à 21 000 €. Le prestataire n'est rémunéré que si les médecins généralistes sont recrutés.

Tableau n° 3 : Coût pour la commune du soutien au fonctionnement de la MSP de Sisteron, entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL PERIODE	COMMENTAIRE
Recettes	32 431,91	31 915,27	-	-	7 865,47	72 212,65	
Remboursement de la mise à disposition d'un agent d'accueil	31 894,81	31 915,27				63 810,08	
Remboursement de charges payées indûment					7 865,47	7 865,47	
Refacturation locaux au CMP de Digne (refacturation jusqu'en juin 2018)	537,10					537,10	
Dépenses	101 043,54	79 823,11	48,00	3 466,94	22 122,44	206 504,03	
Salaire de l'agent d'accueil mis à disposition	31 894,81	31 915,27				63 810,08	
Subvention annuelle pour compenser la mise à disposition d'un agent d'accueil	31 894,81	31 915,27				63 810,08	écart par rapport à la convention d'objectifs (34 000 € prévus pour 2019)
Loyer locaux + remboursement taxe foncière + charges de copro + TEOM	20 087,14	14 437,21				34 524,35	la délibération ne précisait pas les frais supplémentaires comme les frais de la location de places de parking
Recours à cabinet de recrutement	10 140,00				21 000,00	31 140,00	montant prévisionnel pour 2022 (recrutement en cours)
Prise en charge fluides et autres charges diverses (achats de feuilles de soins, entretien et petites réparations)	7 026,78	1 555,36	48,00	3 466,94	1 122,44	13 219,52	
Impact sur les finances de la commune	- 68 611,63	- 47 907,84	- 48,00	- 3 466,94	- 14 256,97	- 134 291,38	

Source : CRC.

2.5.3 L'aide à l'investissement apportée par la commune de Sisteron lors de l'ouverture de la MSP

La commune de Sisteron a pris en charge les travaux d'aménagement et l'achat d'une partie de l'équipement mobilier en vue de l'ouverture de la maison de santé. Les locaux de 180 m², loués à une personne privée et dans un état correct, ont nécessité 35 347,64 € d'investissement, répartis entre 2017 et 2018.

Souhaitant aller vite, la commune n'a pas sollicité de financements pour cet investissement et a donc assumé la totalité de la charge financière.

Tableau n° 4 : Coût des travaux d'aménagement de la maison de santé

Année	bordereau	mandat	date émission	Tiers	Objet	Compte	Montant HT	Montant TTC
2017	200	5116	06/11/2017	HEBIDI PASCAL P	201757*21.10.2017	2135	3 693,08 €	4 431,69 €
	228	5965	05/12/2017	EJS 04 ELECTRIC	201711212*26.11.2017	2135	690,00 €	828,00 €
	228	5966	05/12/2017	REYNIER PHILIPP	499*22.11.17	2135	1 671,25 €	2 005,50 €
	246	6295	27/12/2017	CLIMAX	4887*13.12.17	2135	3 321,94 €	3 986,33 €
	246	6296	27/12/2017	ALLUIS Christia	FC1672*MAIRIE 9	2135	2 238,00 €	2 685,60 €
	sous-total c/2135 travaux aménagement					2135	11 614,27 €	13 937,12 €
	80	2187	19/05/2017	MOVINGA	FR6010140*3BAECE	2184	828,33 €	994,00 €
	sous-total c/2184 équipement mobilier					2184	828,33 €	994,00 €
	TOTAL INVESTISSEMENT opération 927 - année 2017						12 442,60 €	14 931,12 €
2018	10	348	19/01/2018	ARC EN CIEL	B201712094*14.12.2017	2135	7 122,00 €	8 546,40 €
	10	349	19/01/2018	HEBIDI PASCAL P	FACTURE 201760*13.11.17	2135	890,00 €	1 068,00 €
	10	350	19/01/2018	REYNIER PHILIPP	FACTURE 500*22.11.2017	2135	558,45 €	670,14 €
	23	583	05/02/2018	SUD TELECOM	180433/TET	2135	3 303,21 €	3 963,85 €
	105	2189	14/05/2018	REYNIER PHILIPP	509*30.4.2018	2135	425,00 €	510,00 €
	sous-total c/2135 travaux aménagement					2135	12 298,66 €	14 758,39 €
	32	853	20/02/2018	WELCOME OFFICE	414136*AB131436	2184	299,70 €	359,64 €
	32	854	20/02/2018	WELCOME OFFICE	413831AB131436	2184	328,00 €	393,60 €
	208	3942	24/08/2018	SUD EST MEDICAL	000156294*30/4/2018	2184	914,39 €	1 083,82 €
	335	6088	17/12/2018	SUD EST MEDICAL	000166588*17/11/2018	2184	2 183,33 €	2 620,00 €
	sous-total c/2184 équipement mobilier					2184	3 725,42 €	4 457,06 €
	322	5747	03/12/2018	Signature	2623*8*0068003011*15.11.2018	2188	1 000,89 €	1 201,07 €
	sous-total c/2188 autre équipement					2188	1 000,89 €	1 201,07 €
	TOTAL INVESTISSEMENT opération 927 - année 2018						17 024,97 €	20 416,52 €
	TOTAL INVESTISSEMENT opération 927 - période 2017-2018						29 467,57 €	35 347,64 €

Source : commune de Sisteron.

2.5.4 Un soutien financier et en nature qui réinterroge l'absence de droit d'information des collectivités locales sur le fonctionnement des SISA

2.5.4.1 L'absence de dispositif de suivi du fonctionnement des MSP

Alors que la commune soutient financièrement la MSP et contribue aux objectifs de l'État et de l'Assurance maladie dans la lutte contre les déserts médicaux, aucun dispositif réglementaire ne prévoit de droit à l'information, de contractualisation ou encore d'implication des communes au suivi et au fonctionnement des MSP.

Dans les faits, la SISA est contractuellement liée à l'Assurance maladie et à l'ARS. Seules ces tutelles peuvent suivre l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés et verser les financements afférents.

Au regard du cas d'espèce, une reconnaissance du rôle des collectivités locales à travers une représentation au sein de la gouvernance des contrats ACI serait de nature à faciliter le pilotage et l'évaluation des politiques qu'elles initient et supportent financièrement.

2.5.4.2 Des indicateurs qualitatifs de la MSP à parfaire

Le financement de la MSP dans le cadre de l'accord conventionnel a augmenté sur la période sous l'effet d'une amélioration des indicateurs quantitatifs et qualitatifs suivis par la CPAM.

Le rapprochement de la patientèle de référence²⁹ au niveau de la file active³⁰ entre 2019 et 2021 montre, d'une part, que la MSP a répondu à la carence de médecins traitants sur le territoire et, d'autre part, que les médecins traitants de la MSP sont saturés après quatre années d'ouverture et ne vont plus pouvoir prendre de nouveaux patients sans médecin supplémentaire.

Par ailleurs, le nombre de patients par médecin généraliste est, pour la MSP, supérieur à celui des médecins du reste du TVS (1 476 patients par médecin) ainsi que de l'ensemble de ceux du département (1 358 patients par médecin)³¹.

Tableau n° 5 : Indicateurs quantitatifs suivis dans l'accord conventionnel signé par la MSP de Sisteron, de 2019 à 2021

	2019	2020	2021	Ecart 2021/2019 (en nbr)	Ecart 2021/2019 (en %)
Patientèle de référence	910	1 310	1 533	623	1
File active	1 624	1 690	1 567	- 57	- 0
Nombre de patients C2S	307	286	234	- 73	- 0
Taux de patients C2S	19%	17%	15%		-21%
Nombre de patients AME	3	-	3	-	-
Taux de patients AME	0%	0%	0%		
Majoration de sur précarité	10%	8%	6%		-40%
Taux de surprécarité	10%	8%	6%		-40%

Source : CRC.

Note : C2S = complémentaire santé solidarité (ex-couverture maladie universelle complémentaire) ; AME = aide médicale d'État.

Les trois axes qualitatifs se sont améliorés, passant d'un total de 3 305 points obtenus en 2019 à 4 911 points en 2021.

²⁹ Nombre de patients ayant déclaré les médecins de la structure comme médecin traitant.

³⁰ Nombre total de patients ayant consulté au moins une fois sur une année un médecin généraliste de la structure (déclarés médecin traitant ou non). À ne pas confondre avec le nombre total de consultations.

³¹ Outil Rezone, données 2021.

**Tableau n° 6 : Évolution des indicateurs qualitatifs et des financements de la MSP
de Sisteron entre 2019 et 2021**

	ACI 2019	ACI 2020	ACI 2021	Ecart 2021/2019 (en nbr)
TOTAL				
Nombre de points obtenus	3 305	4 599	4 911	1 606
Axe Accès aux soins				
Nombre de points obtenus	970	1 329	1 370	400
Axe Travail en équipe				
Nombre de points obtenus	1 235	1 470	1 541	306
Axe Système d'information				
Nombre de points obtenus	1 100	1 800	2 000	900

Source : CRC.

Concernant l'axe « Accès aux soins », la hausse du nombre de points est expliquée par la valorisation de la diversité des services de soins médicaux spécialisés en premier et second recours. Ces deux critères optionnels ont permis de surcompenser la diminution des horaires d'ouverture et de soins non programmés sur la période 2019 à 2021.

Concernant l'axe « travail en équipe », la MSP a respecté sur l'ensemble de la période le nombre minimal réglementaire de six réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) par an. Pour autant, aucun protocole n'a encore été validé (un protocole représente 100 points et jusque huit protocoles sont valorisables). Interrogés sur le sujet, les médecins généralistes de la MSP expliquent être en nombre insuffisant pour pouvoir dégager du temps pour participer à leur élaboration. Si la chambre peut admettre cet argument, elle rappelle que l'objectif d'une MSP étant l'exercice coordonné des professionnels de santé dans la prise en charge des patients, les protocoles sont donc un outil indispensable et complémentaires aux RCP.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la gérante de la SISA précise qu'un protocole a été présenté à la CPAM. Cette dernière ne l'ayant pas validé en l'état, l'équipe projette de finaliser un projet modifié de protocole pour fin 2022. Il n'en demeure pas moins que les protocoles de soins autour du patient sont l'un des outils majeurs du travail de coordination, considérés comme des « indicateurs socles » dans le cadre de la contractualisation.

3 LE PROJET DE DÉMÉNAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ DE SISTERON FIN 2022

3.1 La commune de Sisteron : maître d'ouvrage du chantier de déménagement de la MSP au sein du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud

Présentation de l'hôpital de proximité de Sisteron

Le centre hospitalier de Sisteron a fusionné avec le centre hospitalier de Gap en 2006 pour devenir le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS). La commune accueille toujours sur son territoire l'hôpital de Sisteron, site dépendant du CHICAS dont le siège se trouve à Gap, dans les Hautes-Alpes.

Si l'activité du site hospitalier de Sisteron est plutôt orientée en médecine polyvalente à orientation gériatrique, il accueille également un service d'urgences / service mobile d'urgence rapide (SMUR), un plateau d'imagerie (dont un scanner) et un laboratoire de biologie médicale.

En février 2022, suite à une démarche volontaire de l'établissement, le site hospitalier de Sisteron a obtenu de l'ARS PACA le label « hôpital de proximité ». À ce titre, de nouvelles missions lui sont confiées, notamment de venir en appui aux professionnels de soins du premier recours et de proposer, en co-responsabilité avec la médecine de ville, une réponse médicale aux patients.

3.1.1 Le bail emphytéotique : dispositif juridique à l'appui du projet mené en partenariat avec le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud

Après de timides avancées, le projet de déménagement de la MSP au sein des locaux du CHICAS fait une avancée significative en 2019, avec le soutien de l'ARS.

Suite à la reprise des travaux, la commune, porteuse du projet d'investissement, et le CHICAS, décident de contracter un bail emphytéotique. Ce dispositif juridique permet à la commune de disposer de droits réels sur le bien immobilier pendant toute la durée du bail, c'est-à-dire qu'elle disposera des droits et obligations du propriétaire. Le bail, conclu pour 19 ans et signé devant notaire le 31 mai 2021, prévoit le versement par la commune d'une redevance annuelle de 16 200 €. Celle-ci est prélevée dans un délai de six mois à la réception des travaux, prévue pour fin 2022. Le bail prévoit également que l'affectation des lieux loués par la commune est uniquement destinée à la maison de santé ou à un projet en lien avec le domaine de la santé et conciliable avec le reste de l'immeuble.

Sur ce projet de réaménagement et de rénovation des locaux destinés à accueillir la MSP, la commune assure une nouvelle fois le rôle de maître d'ouvrage et supporte donc seule les risques financier et technique.

Des réunions de suivis de chantiers sont réalisés régulièrement avec les services techniques du CHICAS. Par ailleurs, la commune est l'interlocuteur privilégié de la SISA pour le suivi des travaux et l'adaptation du projet aux besoins.

3.1.2 Un projet mobilisant des financements publics mais dont le coût a doublé pour tenir compte des demandes de la MSP

Le projet initial de création de MSP s'étendait sur une surface totale de 316 m². Les locaux désaffectés du CHICAS correspondaient aux besoins et ne nécessitaient pas d'importants travaux de structure. Il était prévu de conserver les locaux existants et de les adapter à la réglementation d'accessibilité aux personnes handicapées. Les premiers chiffrages estimaient le montant prévisionnel des travaux à 460 000 € HT, hors coût de maîtrise d'œuvre.

Suite à la présentation de l'esquisse aux professionnels de la MSP par la commune en août 2020, la MSP a demandé à la commune de pouvoir porter la surface du projet à 421 m² afin de tenir compte de l'augmentation anticipée d'effectifs. Pour pouvoir rester au sein des locaux du CHICAS, la commune a dû prévoir des extensions sur les terrasses extérieures et sur la toiture terrasse attenant aux locaux.

Les travaux touchant désormais à la structure des locaux, l'estimation de leurs coûts a été réévalué à hauteur de 740 000 € HT, soit une hausse de 60 %. Cette réévaluation a nécessité la signature de deux avenants au marché de maîtrise d'œuvre. S'en sont suivis la passation de marchés avec les prestataires de travaux pour un montant total de 748 558 €.

Les travaux ont démarré en septembre 2021, pour une mise en service des nouveaux locaux prévue fin 2022.

Photo n° 2 : Chantier de la future maison de santé de Sisteron



Source : CRC.

Au total, le coût global prévisionnel du projet, intégrant, en plus du coût des travaux, les frais de maîtrise d'œuvre, le contrôle technique, la coordination de sécurité, l'achat du mobilier

et des frais divers, devrait s'établir à hauteur de 874 000 € HT³², contre 500 000 € HT initialement. La commune a obtenu 644 555 € d'aides, respectivement 474 555 € via la dotation de soutien à l'investissement local du Plan de Relance de l'État et 170 000 € par la Région PACA. Les aides publiques représentent 75 % du montant prévisionnel hors taxe des travaux.

L'accord de la commune quant à la modification significative du programme demandée par la MSP montre la difficulté à s'inscrire dans une démarche partenariale équilibrée s'agissant d'un projet qui reste avant tout une initiative communale.

3.2 Les recettes attendues liées à la location des locaux

3.2.1 Un risque de vacance porté majoritairement par la commune

Dans le cadre du projet de déménagement de la MSP, il est prévu que chaque professionnel de santé soit locataire de la commune. Ainsi, la commune contractera directement avec chacun d'entre eux des baux professionnels individuels. Ni la SISA, ni l'association MEDI-SIS ne seront contractuellement engagées auprès de la commune. Par conséquent, la commune portera seule l'aléa financier en cas de vacance. Elle a toutefois pris partiellement en compte ce risque dans la simulation des loyers (voir *infra*).

La commune est confrontée à plusieurs difficultés. D'une part, elle aura un objectif d'occupation maximale des locaux. D'autre part, afin de soutenir le développement de la MSP et attirer de nouveaux professionnels de santé, elle devra s'assurer, sans pour autant disposer des prérogatives juridiques et des moyens de contrainte correspondant :

- que tout nouveau locataire dispose d'un statut et envisage un temps de travail qui lui permettent de l'intégrer³³ ;
- qu'il s'engage à participer à un exercice coordonné³⁴ ;
- que la SISA accepte l'adhésion du futur locataire à la société.

3.2.2 Des loyers attractifs pour les professionnels de la MSP

La commune a simulé les loyers des futurs locaux de la MSP afin que le projet soit financièrement équilibré. En prenant en compte le remboursement de l'emprunt de 215 000 € qu'elle a contracté en 2022, la redevance annuelle du bail emphytéotique ainsi qu'en répercutant une partie du coût de la vacance permanente d'un bureau de 20 m², la commune a estimé le loyer mensuel qu'elle souhaite proposer à chaque locataire à hauteur de 18 € par mètre carré de bureau, soit 363,30 € pour les cabinets des médecins généralistes. Ce montant prévisionnel est plus attractif que les loyers actuellement payés par les membres de la SISA, malgré des conditions d'installation *a priori* moins satisfaisantes.

³² Le chiffrage intègre, en plus du coût des travaux, les frais de maîtrise d'œuvre, le contrôle technique, la coordination de sécurité, l'achat du mobilier et des frais divers.

³³ Pour information, en cas d'une présence inférieure à une demi-journée par semaine, le professionnel ne peut intégrer l'association MEDI-SIS.

³⁴ Pour rappel, l'intégration dans la SISA repose sur une démarche volontaire.

La commune n'a pas intégré non plus dans ses charges les impôts et taxes qui lui incomberont et devra préciser dans les futurs baux qui en aura la charge.

La simulation tient compte de l'occupation du bureau d'ophtalmologie pour une surface de 32 m² et un montant de loyer de 579,60 € mensuels, alors même qu'aucun ophtalmologue n'a encore intégré la MSP.

La chambre invite l'ordonnateur à parfaire ses simulations, et notamment à distinguer dans son étude financière les recettes certaines (liées aux membres déjà installés au sein de la MSP), des locaux encore à pourvoir au moment de l'emménagement. Ceci donnerait une vue plus pertinente au conseil municipal de la charge financière réelle du projet.

Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur de la commune a transmis une simulation financière actualisée et plus réaliste tenant compte de ses remarques. En plus d'actualiser le coût des travaux et de l'emprunt, elle intègre de nouvelles charges et actualise le coût prévisionnel de l'énergie. La commune fait également preuve de plus grande prudence en répercutant dans le prix du loyer une surface plus importante de bureau vacant (35 m² contre 20 m² dans l'étude initiale). Le nouveau loyer projeté, présenté et accepté, selon la commune, par les praticiens de la MSP, serait de 22,5 € par mètre carré, soit 450 € mensuels et toutes charges comprises pour le cabinet d'un médecin généraliste de 20 m².

La commune précise également avoir entrepris des démarches pour qu'un ophtalmologue et un orthoptiste s'installent dans la future maison de santé début 2023.

4 UNE ACTION COMMUNALE EN MATIÈRE DE SANTÉ QUI RESTE À ÉVALUER

L'implication et la réactivité de la commune en matière de santé sont reconnues par les acteurs concernés. En plus de soutenir le développement de la MSP, elle a développé une stratégie d'accueil des professionnels de santé intéressés pour s'installer sur son territoire. Elle dispose notamment d'un livret d'accueil présentant les services publics présents et les avantages financiers à venir s'installer, organise des visites de la ville et facilite les démarches administratives des candidats à l'installation.

Pour autant, si cette stratégie a permis de stabiliser les effectifs médicaux libéraux présents sur le territoire de la commune, la situation reste fragile notamment au regard de l'âge de certains praticiens. Par ailleurs les leviers d'action reposent presque exclusivement sur la maison de santé.

Si les décisions prises en la matière et les projets menés font sens, le pilotage pourrait être amélioré. Une meilleure anticipation des risques financiers et juridiques afin d'éviter toute prise de décisions « dans l'urgence », passe nécessairement par une prise de connaissance des enjeux au niveau du TVS. La commune pourrait disposer d'un diagnostic complet afin d'appréhender justement le rôle qu'elle entend se donner en matière de politique de santé.

La chambre encourage la commune à se doter d'un document évaluant, recensant et valorisant les actions existantes afin de les structurer et d'organiser les moyens pour les suivre. C'est notamment le cas des actions en matière d'attractivité, nombreuses mais insuffisamment formalisées. Par ailleurs, ce document permettrait d'actualiser les besoins en termes d'offre de soins et d'identifier l'opportunité de recourir à des dispositifs réglementaires existants, comme

le financement d'études à de futurs médecins en contrepartie de leur installation pour une durée déterminée (article L. 1511-8 du CGCT) ; le conditionnement d'aides à un engagement du médecin de devenir maître de stage, quitte à financer une partie des coûts de formation dudit maître de stage ; le recours à des formes alternatives de présence médicale, telle que la mobilisation de médecins retraités par le cumul emploi-retraite ou l'équipement de bus itinérants sur son territoire.

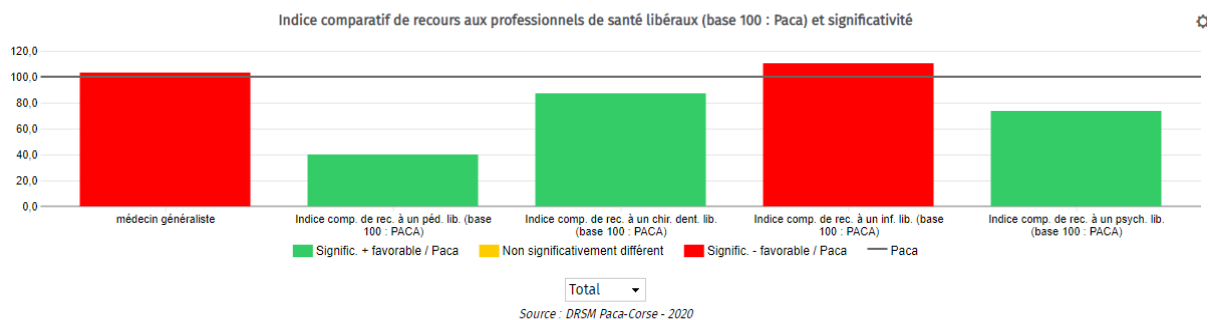
ANNEXES

Annexe n° 1. Taux de recours, mortalité et morbidité de pathologies chroniques	35
Annexe n° 2. Répartition et aire d'attraction des professionnels de santé libéraux du TVS de Sisteron	37
Annexe n° 3. Caractéristiques des structures d'exercice coordonné des professionnels de soins de premier recours	40
Annexe n° 4. L'intervention des collectivités locales auprès des professionnels de soins de premiers recours.....	41
Annexe n° 5. Glossaire	42

Annexe n° 1. Taux de recours, mortalité et morbidité de pathologies chroniques

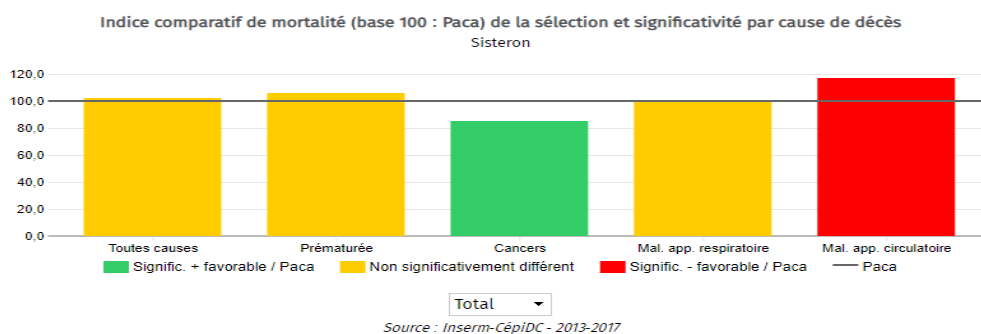
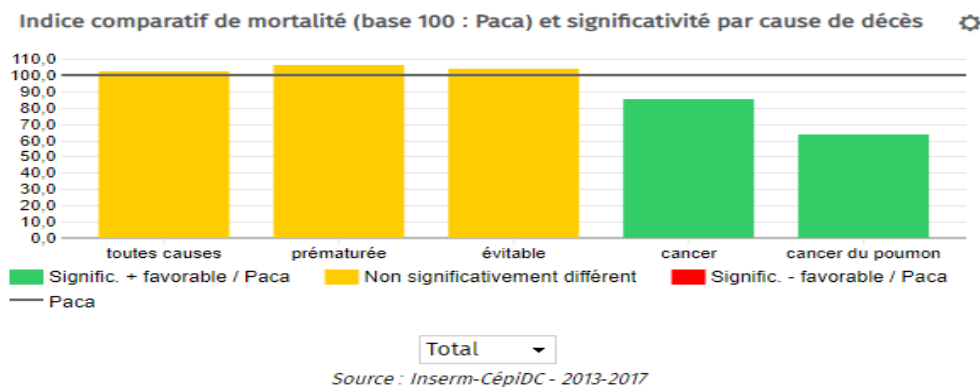
(1) Peu de données de santé propres à Sisteron sont disponibles. Les informations proviennent essentiellement de SIRSé PACA, le système d'information régional en santé de l'observatoire régional de la santé PACA. Certaines données sont agrégées au niveau du canton de Sisteron. Dans ce cas, les tableaux et graphiques précisent le niveau de territoire pris en compte dans le titre.

Graphique n° 1 : Indice comparatif de recours aux professionnels de santé libéraux entre la commune de Sisteron et la région PACA



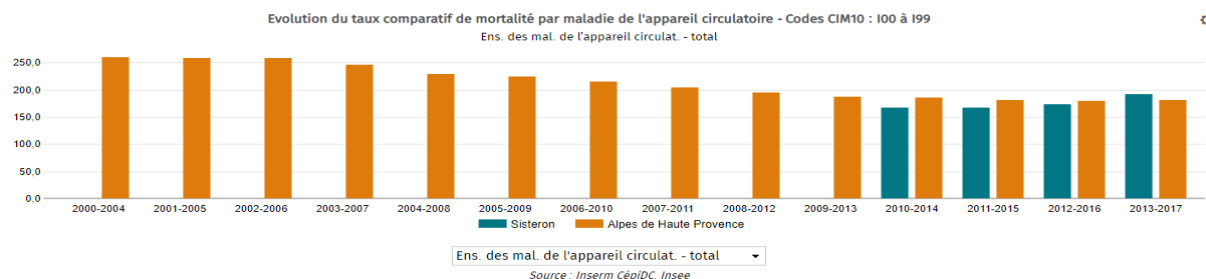
Source : SIRSé PACA, 2021.

Graphique n° 2 : Indice comparatif de mortalité toutes causes, prématurée, évitable et cancers entre le canton-ville de Sisteron et la région PACA



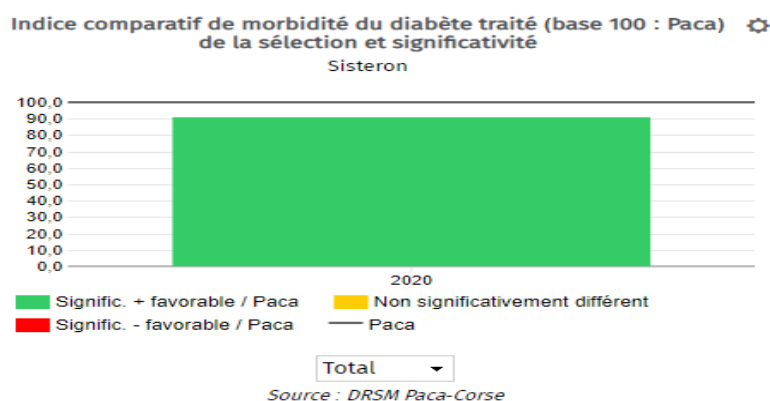
Source : SIRSé PACA, 2021.

Graphique n° 3 : Évolution du taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire entre le canton-ville de Sisteron et le département des Alpes-de-Haute-Provence



Source : SIRSé PACA, 2021.

Graphique n° 4 : Taux comparatif de morbidité du diabète traité, de dépistage organisé du cancer du sein et de prévention bucco-dentaire chez les enfants entre le canton-ville de Sisteron et la région PACA



Dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans

Taux

Indicateurs	Sisteron	Paca
3 - Dépistage organisé (%)	42,8 ▲	35,0
4 - Dépistage organisé ou mammographie bilatérale (%)	54,9 ▼	57,3

2008-2009 2009-2010 2010-2011 2012-2013 2013-2014 2014-2015 2017-2018

2018-2019

Source : ARS Paca (régime général stricto sensu) - 2018-2019

Tableau récapitulatif

Taux

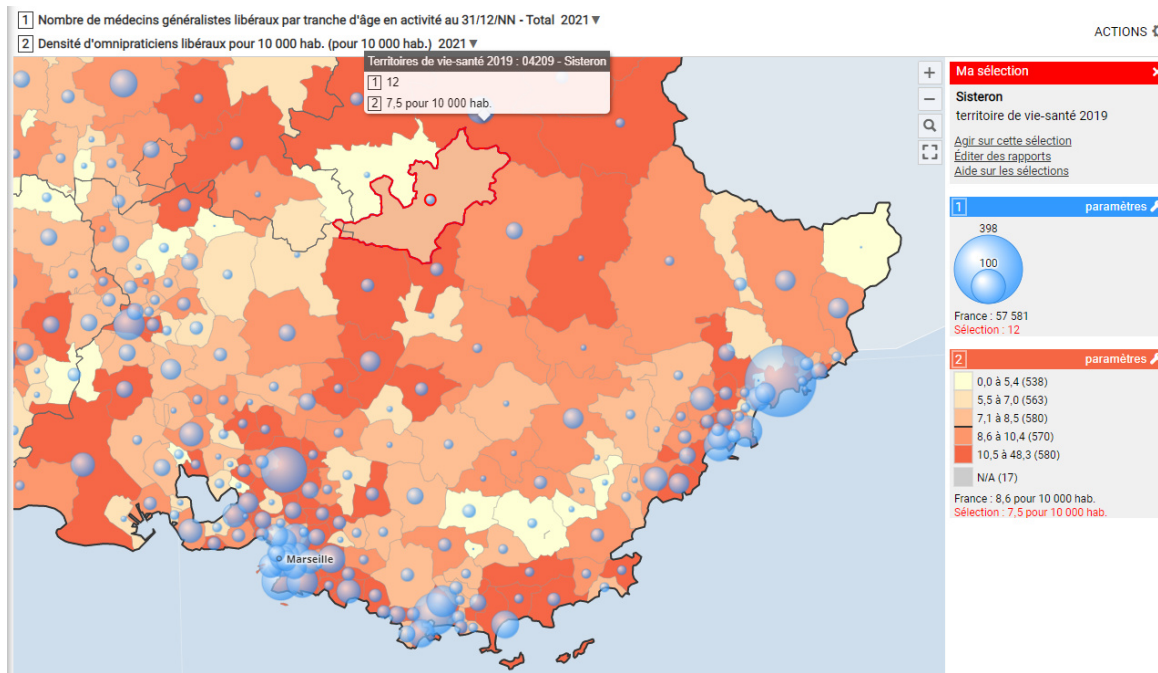
Indicateurs	Sisteron	Paca
5 - Enfants de 6 ans (%)	22,0 ▲	21,4
6 - Enfants de 9 ans (%)	18,6	18,9
7 - Enfants de 12 ans (%)	21,4 ▲	19,0
8 - Enfants de 15 ans (%)	16,8 ▼	17,8
9 - Enfants de 18 ans (%)	15,6 ▼	16,8

Source : DRSM Paca-Corse - 2019

Source : SIRSé PACA, 2021.

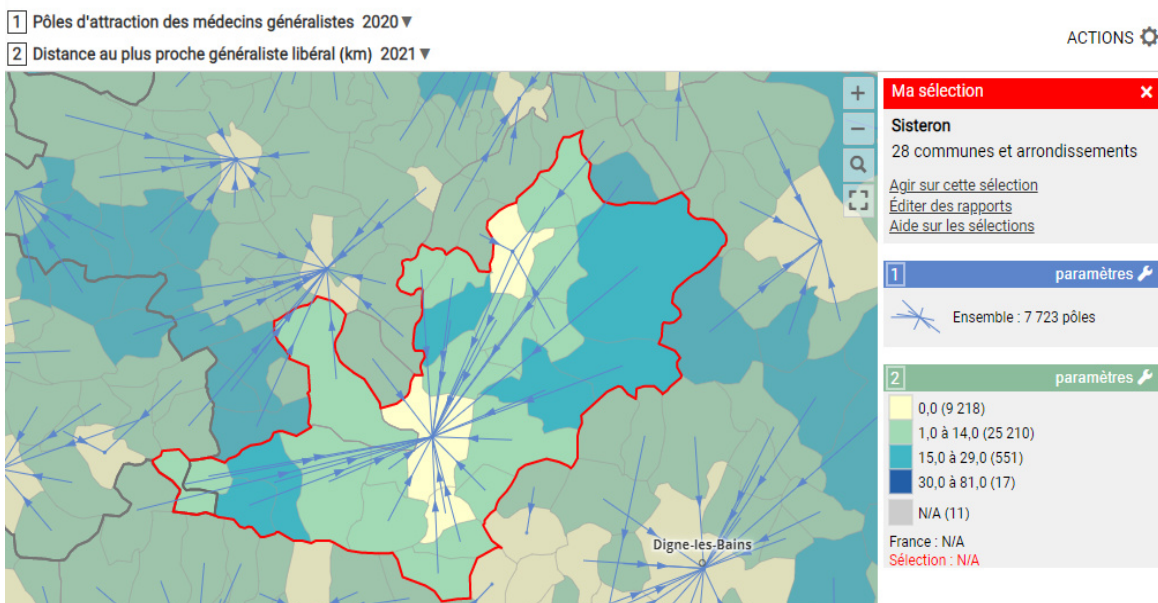
Annexe n° 2. Répartition et aire d'attraction des professionnels de santé libéraux du TVS de Sisteron

Carte n° 4 : Nombre de médecins généralistes libéraux et densité des médecins généralistes libéraux par territoire de vie-santé en 2021



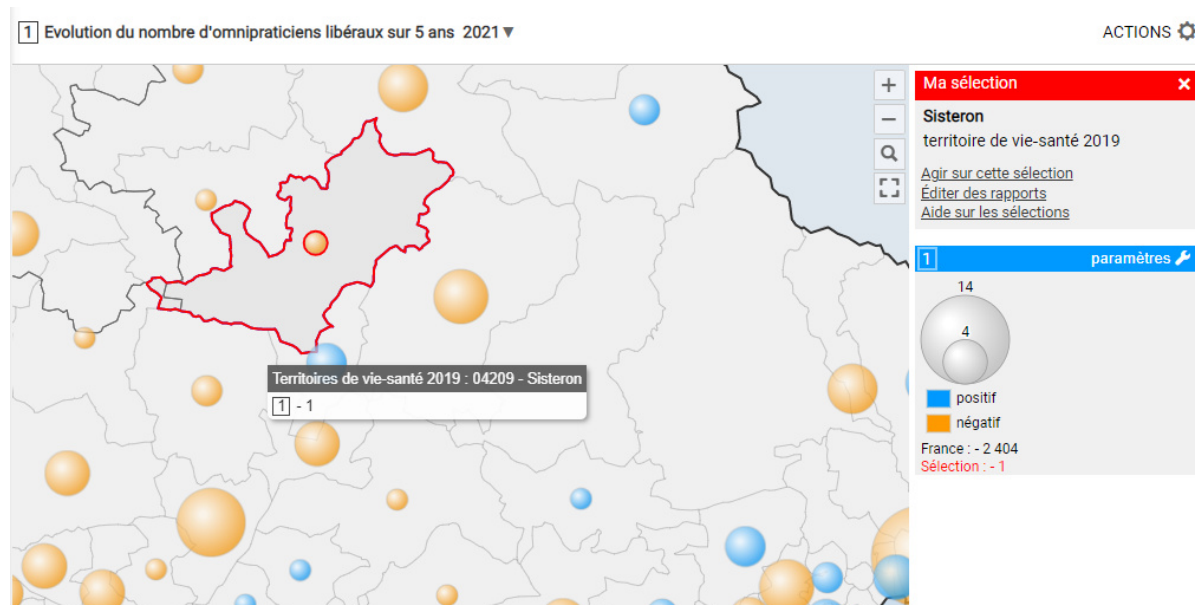
Source : CartoSanté, 2022.

Carte n° 5 : Aire d'attraction des médecins généralistes en 2020 comparée à la distance des habitants au plus proche généraliste libéral (en kilomètre) en 2021



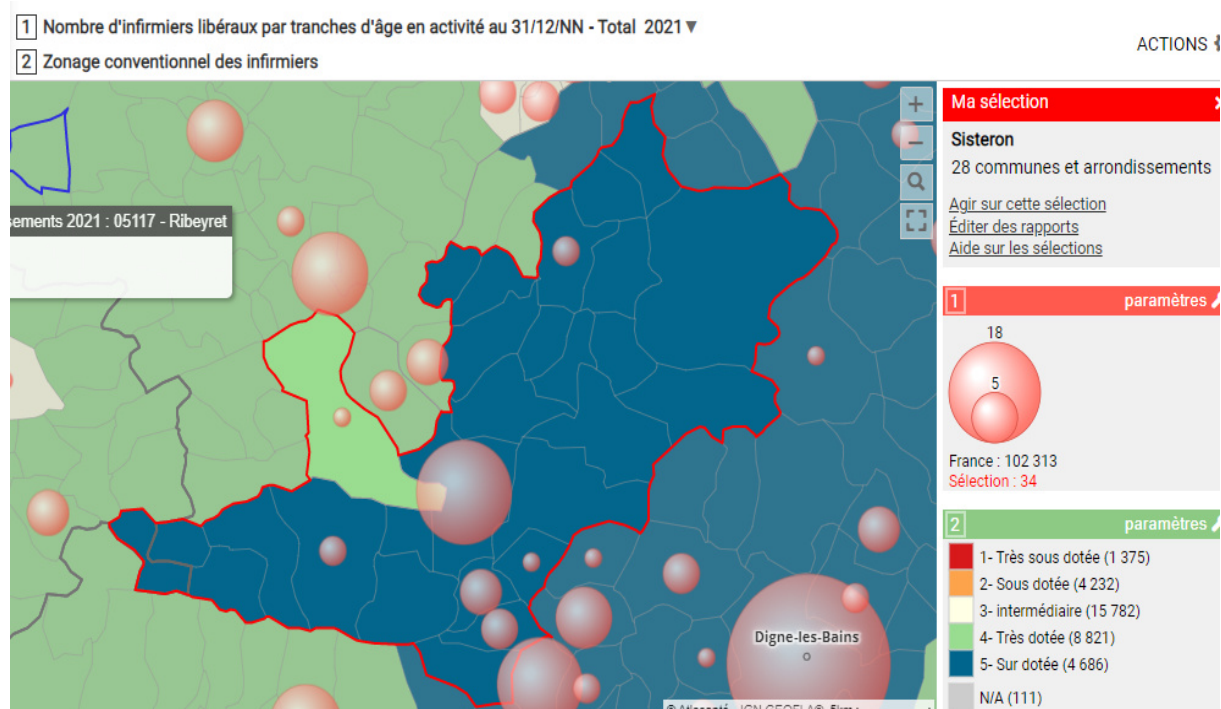
Source : CartoSanté, 2022.

Graphique n° 5 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux entre 2016 et 2021 par territoires de vie-santé



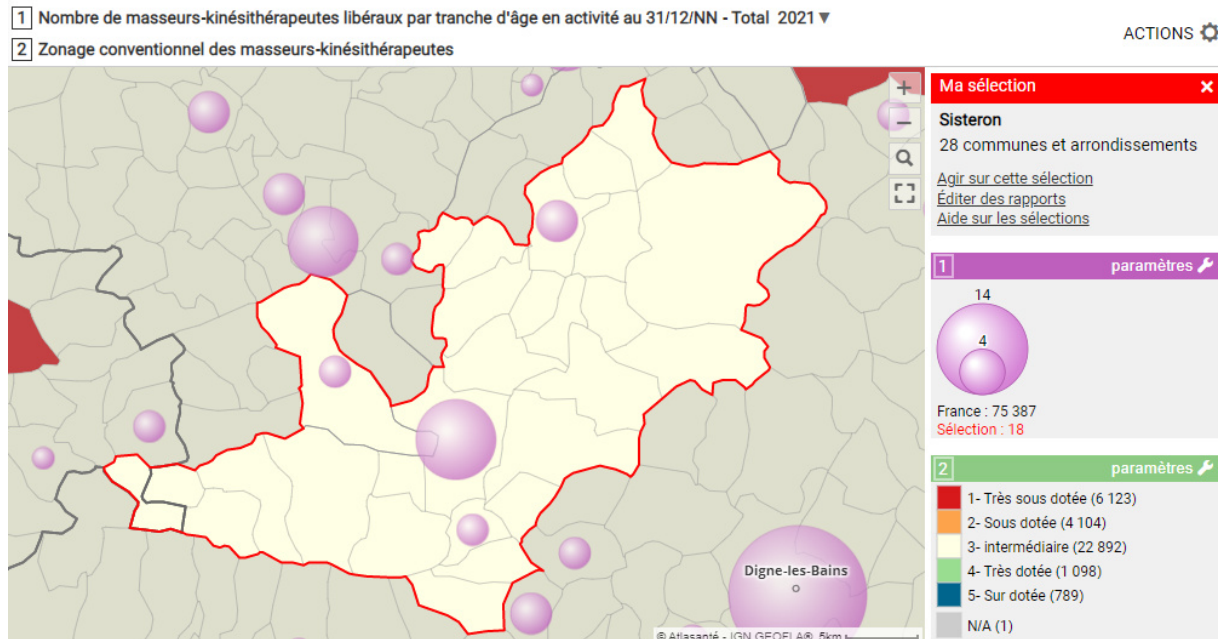
Source : CartoSanté, 2022.

Carte n° 6 : Répartition géographique des infirmiers libéraux dans le TVS de Sisteron rapportée au zonage



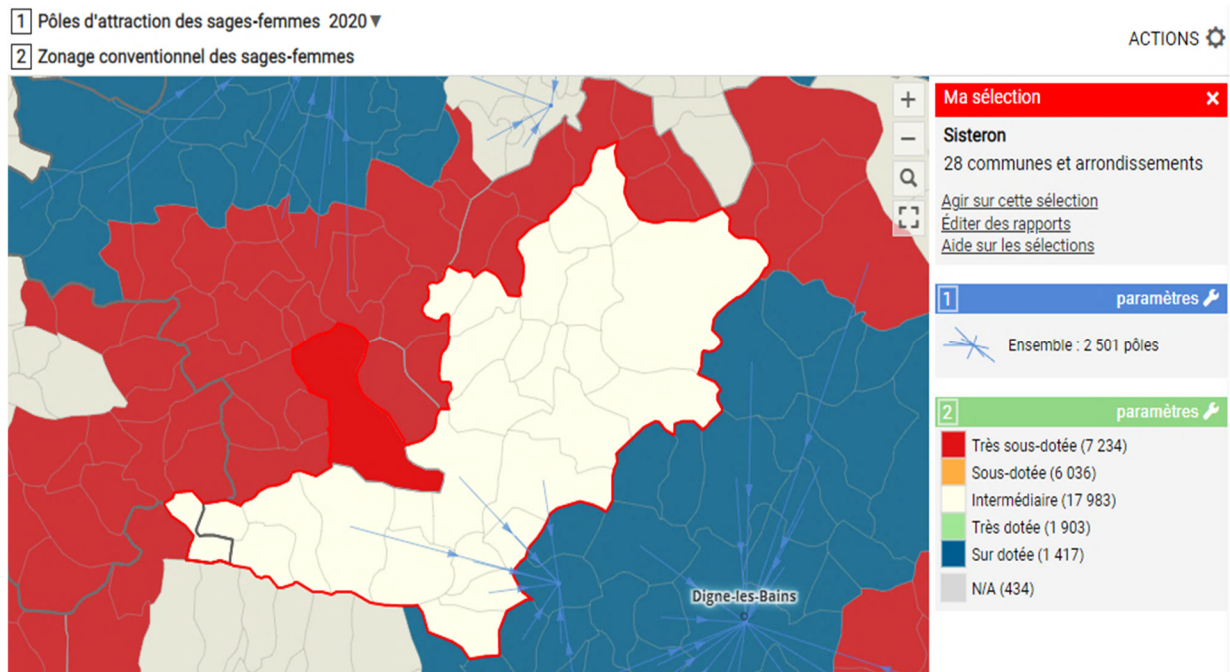
Source : CartoSanté, 2022.

Carte n° 7 : Répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes dans le TVS de Sisteron rapportée au zonage



Source : CartoSanté, 2022.

Carte n° 8 : Aire d'attraction des sages-femmes en 2020 comparée au zonage conventionnel



Source : CartoSanté, 2022.

Annexe n° 3. Caractéristiques des structures d'exercice coordonné des professionnels de soins de premier recours

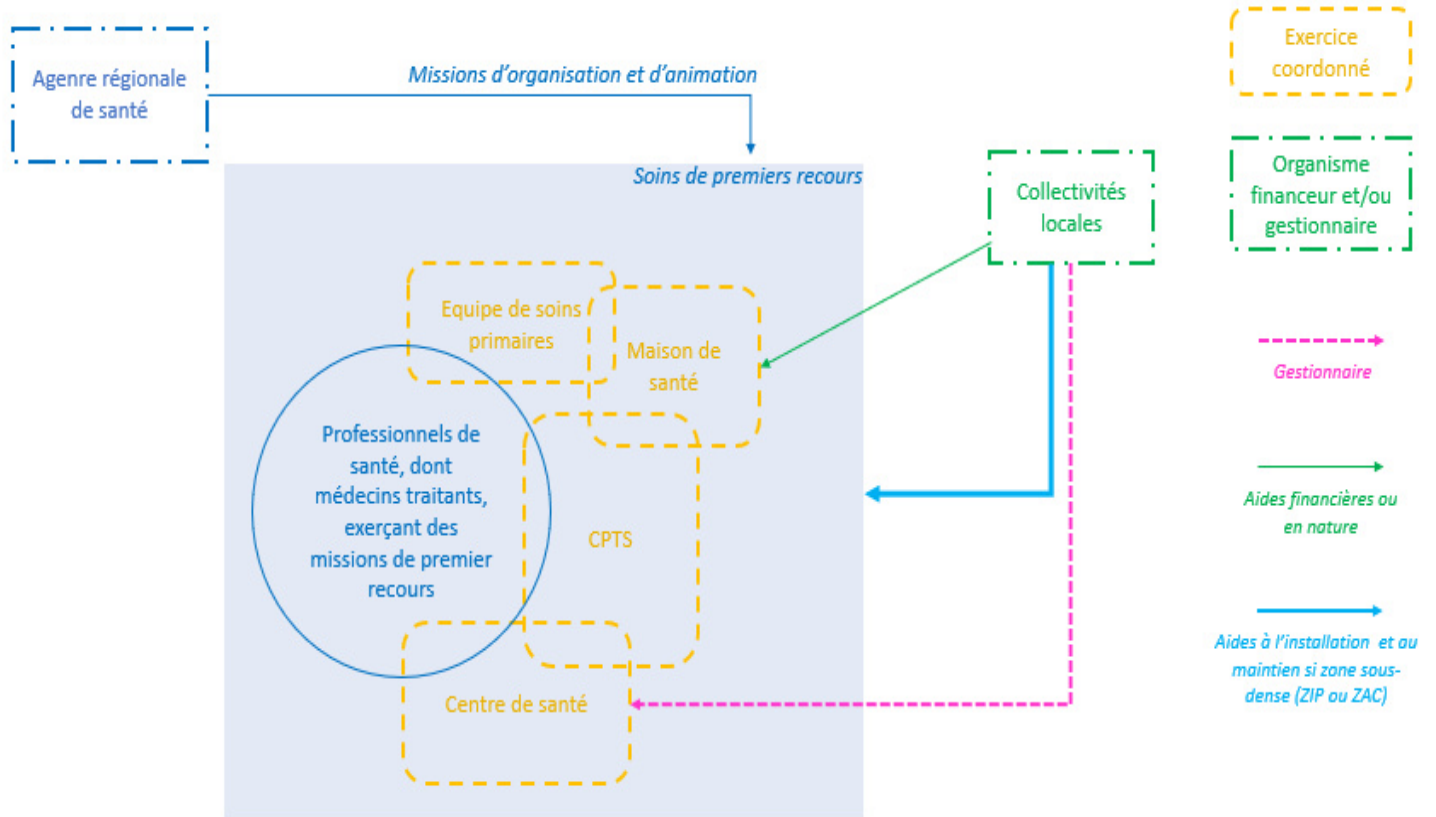
Tableau n° 7 : Les caractéristiques des structures d'exercice coordonné

	ESP	MSP	CDS	CPTS
Objet	Coordination autour d'une patientèle et de parcours de santé	Partager des objectifs de santé et des informations sur leurs patients	Partager des objectifs de santé et des informations sur leurs patients	Coordination d'acteurs qui privilégient une approche populationnelle
Acteurs concernés	Au moins 2 professionnels de santé : 1 médecin généraliste et 1 paramédical	Au moins 2 médecins généralistes et 1 paramédical	Au moins 1 médecin ³⁵ Médecins, dentistes, paramédicaux	MSP, centre hospitalier, EHPAD, pharmacie, associations...
Forme juridique		Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)	Organismes à but non lucratif (type Associations loi 1901, fondations, mutuelles) ou collectivité territoriale	Toute forme d'organisation, association comprise
Projet de santé	Obligatoire Peut couvrir des thématiques variées	Obligatoire Mentionne les caractéristiques et besoins du territoire, les modalités de travail pluriprofessionnel ainsi que les objectifs du projet d'exercice coordonné	Obligatoire Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire et organisation du fonctionnement	Obligatoire Organiser les réponses à un ou plusieurs besoins de santé afin d'améliorer les parcours de santé
Lien avec les pouvoirs publics	Contractualisation avec l'ARS pour bénéficier de financements	Contractualisation avec l'ARS et la CPAM pour bénéficier de financements	Récépissé d'engagement délivré par l'ARS	Contrat territorial de santé avec l'ARS qui fixe les engagements réciproques et notamment financiers
Spécificité	Etape transitoire vers une MSP et une CPTS	Considérée comme un établissement de santé sans hébergement Peut faire du second recours	Peut également faire du second recours	Approche populationnelle / parcours de soins
Statut des acteurs	Libéraux	Libéraux et salariés	Salariés	Libéraux, salariés et fonctionnaires

Source : CRC Provence-Alpes-Côte d'Azur.

³⁵ Avant l'ordonnance du 12 janvier 2018, il fallait au moins 2 médecins pour constituer un centre de santé.

Annexe n° 4. L'intervention des collectivités locales auprès des professionnels de soins de premiers recours



Source : CRC.

Annexe n° 5. Glossaire

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel ;
AME	Aide médicale d'État ;
APL	Accessibilité potentielle localisée ;
ARS	Agence régionale de santé ;
CAIM	Contrat d'aide à l'installation des médecins ;
CASNP	Centres d'accueil et de soins non programmées ;
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie ;
CDS	Centre de santé ;
CGCT	Code générale des collectivités territoriales ;
CHICAS	Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud ;
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé ;
CSP	Code de la santé publique ;
CS (C2S)	Complémentaire santé solidarité ;
ESP	Équipe de soins pluridisciplinaire ;
FHF	Fédération hospitalière de France ;
FCTVA	Fonds de compensation de la TVA ;
HT	Hors taxe ;
MSP	Maison de soins pluridisciplinaires ;
PACA	Provence Alpes Côte d'azur ;
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires ;
SPR	Soins de premier recours ;
SROS	Schéma régional de l'offre de soins ;
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée ;
TVS	Territoire de vie-santé ;
URPS ML	Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux ;
ZAC	Zone d'accompagnement complémentaire ;
ZIP	Zone d'intervention prioritaire ;

Mis en ligne le 29/03/2023 à 10h05

REÇU EN PREFECTURE

le 28/03/2023

Application agréée E-legalite.com

99_DE-004-210402095-20230327-2023_04_01_



Les publications de la chambre régionale des comptes
Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17, traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur