

## La santé en campagne

### Retour sur les 15<sup>es</sup> Assises

#### Introduction des 15<sup>es</sup> Assises

Michel LEDRU  
Président de Sol et Civilisation

2-4

#### La santé en campagne

Synthèse des 15<sup>es</sup> Assises

5-12

#### Conclusion des 15<sup>es</sup> Assises

Pierre MIRABAUD  
Délégué interministériel à l'Aménagement  
et à la compétitivité des territoires

13-14

# Introduction des 15es Assises

Michel LEDRU, Président de Sol et Civilisation

**L**es assises de Sol et Civilisation ont toujours été un moment d'échanges privilégié, à l'instar de ce qu'avait été le Dimanche des Terres de France en 1991. Rappelons-nous, 300 000 ruraux étaient alors venus en ce début d'automne à la rencontre des Parisiens. Il ne s'agissait pas de venir défendre ou pleurer sur le monde rural et agricole. Il s'agissait plutôt de montrer la vitalité préservée des campagnes, de ces hommes et ces femmes et son importance qualitative pour l'équilibre de notre société. Cette journée était aussi une invitation à cheminer ensemble. Urbains et ruraux et ce, bien sûr, malgré les différences. C'était, pour reprendre l'expression de Raymond Lacombe, « une main tendue pour faire bouger la société afin qu'elle se soucie de ses territoires, de tous ses territoires, une main tendue pour bâtir un monde qui n'oublie aucun de ses hommes et agit pour les rassembler. » C'était aussi un moment pour appréhender différemment la ruralité. Un moment d'ouverture pour montrer son intérêt pour la collectivité, un temps pour regarder sans fauxsemblant ses difficultés mais aussi ses succès. Un temps, tout simplement, pour envisager ensemble d'autres évolutions possibles, d'autres équilibres, au service de tous. Cette 15<sup>e</sup> édition s'inspirera de cette ambition. Les assises de Sol et Civilisation, qui en quelque sorte, fêtent chaque année cette belle rencontre, restent ainsi un temps pour mieux comprendre, mieux connaître et se connaître, bref, un temps pour mieux partager.

Pour ouvrir cette 15<sup>e</sup> édition, je souhaiterais reprendre ces débats et nos réflexions d'alors. Le message porté par le monde rural il y a 15 ans maintenant, n'a effectivement pas perdu de sa substance. La question de la santé, que nous allons traiter tout à l'heure, l'illustre à mon sens parfaitement. Car en fait, aujourd'hui comme hier, nos interrogations restent d'actualité. Je les résumerai par trois questions qui restent ouvertes : Comment pouvons-nous être plus solidaires malgré nos différences entre les villes et les campagnes, voire aussi entre les ruraux eux-mêmes ? Comment ensuite, pouvons-nous garder des territoires ruraux vivants sans entrer dans l'assistanat ou la perfusion ? Enfin, que pouvons-nous proposer comme évolution pour nos territoires au-delà du tout-urbain ou plutôt désormais, du tout-étalement urbain ?

Aujourd'hui encore, les logiques économiques qui nous dominent nous poussent à privilégier le court terme, cela pèse sur toutes les structures, sur tous les projets, sur tous les territoires. Dans le même temps, nos modes d'action restent encore trop sectoriels, trop découpés, alors qu'il faudrait développer une même démarche, avoir une prise en compte plus large, avoir des approches plus globales, pour répondre avec plus de justesse aux problèmes posés. Dans nos relations même entre les hommes, entre les professions, nous constatons encore trop souvent des attitudes de repli, des comportements individualistes, bref des réflexes catégoriels, corporatistes, voire tout simplement égoïstes.

Face à ces tendances lourdes, les territoires ruraux connaissent des difficultés. Nous le constatons très concrètement sur la question du développement économique. Nous l'observons sur la question des services publics ou au public, nous observons enfin le recul des solidarités traditionnelles, qui même dans les campagnes, ont tendance à s'estomper. Cependant, on dit que le monde rural se porte mieux, qu'il est redevenu attractif, notent les observateurs. Il est vrai que de nombreux ménages viennent ou souhaitent effectivement venir dans les campagnes. Des jeunes retraités arrivent dans nos villages, des Européens du Nord les investissent, vacanciers ou retraités à temps partagé. Cette évolution démographique, positive à court terme, risque très vite de ne pas être suffisamment porteuse de développement et l'avenir de nombre de territoires ruraux reste encore incertain.

Ces questions, ne nous y trompons pas, ne sont pas seulement celles qui se posent à notre pays et même à l'Europe, nous les posons et nous les posons encore en terme de civilisation. Peut-on vivre uniquement dans des espaces fonctionnels, standardisés, optimisés ? N'y a-t-il pas un risque à dissocier exagérément lieu de travail, lieu de loisir, lieu de résidence ? Quelle est la place de l'homme dans tout cela ? Doit-il rester un simple consommateur, y compris d'espace ? Ne doit-il pas être plus acteur dans son lieu de vie ?

Les malaises dans les villes et dans les banlieues des villes, et le dépérissement de certains espaces, montrent à l'évidence que les évolutions

actuelles ne sont pas satisfaisantes : concentration de l'habitat, concentration des activités économiques, concentration des commerces. On habite quelque part, on travaille à un endroit, on ne vit plus au sens plein du terme dans un lieu de vie. Et dans certaines parties du monde, les évolutions sont encore plus brutales. Les villes ou plutôt à proprement parler des mégalo-poles, croissent sans retenue. Les campagnes se vident et les conséquences sont nombreuses et bien connues : les bidonvilles grossissent, des ghettos se forment, les tensions sociales s'exacerbent, la violence se développe et les problèmes environnementaux deviennent très préoccupants.

Comment pouvons-nous répondre ? Que pouvons-nous proposer ? Nous restons convaincus à Sol et Civilisation, que nos territoires ruraux, par leurs caractéristiques mêmes, leur histoire et leur capacité à réagir, ont tout un système d'expériences qui peut aider à rechercher d'autres types de développement. Dans ce monde qui évolue, un monde de plus en plus relié tout en étant de plus en plus ouvert, le territoire tend à s'effacer.

La ruralité qui se fonde, me semble-t-il, sur des relations étroites entre les hommes d'une part, et entre les hommes et les territoires d'autre part, est riche d'enseignements. Les assises de Sol et Civilisation ont toujours eu pour objectif de montrer ces façons de voir, ces façons de faire, ces façons de vivre. Quels que soient les sujets traités, l'environnement, le développement économique, la démocratie locale, nous avons tenté de montrer que les territoires ruraux agissaient et proposaient. À chaque fois, nous avons souligné qu'avec des hommes responsabilisés et acteurs sur leur territoire, qu'avec des approches davantage transversales, soucieuses de l'intérêt commun, du bien commun, il était possible de dépasser certaines difficultés et d'envisager un monde plus humain. Les territoires ruraux soumis peut-être plus que d'autres au choc de la mondialisation, au choc de la rationalisation, au choc de la fonctionnalisation, montrent souvent une voie différente et complémentaire.

Aujourd'hui, pour enrichir ces réflexions, nous allons nous pencher sur le thème de la santé dans les campagnes. Nous l'aborderons au travers de cas concrets, pour réfléchir sur le rôle du territoire et de ses acteurs, comme réponse à certaines difficultés. Le sujet de la santé, par son actualité, par l'importance des défis à relever, par la force des changements en cours, nous oblige à l'aborder de manière globale, mais aussi urgente.

Un premier constat d'abord, on ne peut plus imaginer aujourd'hui des territoires sans réelle présence médicale ou paramédicale, sans permanence des soins, sans une certaine proximité des services. Il est ainsi aujourd'hui difficile d'imaginer des territoires complètement démunis de ces fonctions essentielles. Un système de santé pauvre et déficient, et c'est tout un territoire qui dépérit. L'absence ou la disparition des services vitaux, comme la médecine, a montré à l'évidence un effet négatif, peut-être même répulsif, sur les éventuels nouveaux arrivants et provoque des départs chez les habitants. C'est une spirale négative qui s'enclenche avec des répercussions humaines et économiques. Or, depuis quelques années déjà, le ciel s'assombrit, les nuages s'amoncellent.

Des éléments concrets vont vous être donnés au cours de cette journée, mais je voudrais pour situer un peu les enjeux, évoquer avec vous quelques points de situation. Même si en la matière les disparités sont grandes, certaines zones rurales présentent pourtant des caractéristiques communes. Ainsi, en tendance, les distances d'accès aux soins sont de plus en plus importantes, de moins en moins de médecins s'installent en zone rurale, et les hôpitaux de proximité sont remis en question, nombre d'entre eux ferment ou vont fermer. Nous sommes donc là face à des changements majeurs.

En matière de démographie médicale et plus particulièrement pour les médecins généralistes, si la situation n'est pas toujours dramatique, les prévisions ne sont, quant à elles, guère optimistes. Selon un rapport publié en 2005, l'accès aux soins devrait en effet se dégrader à partir de 2008. Il est annoncé que la densité moyenne des médecins généralistes devrait diminuer de 16% à l'horizon 2025, que les disparités régionales vont s'accroître au détriment des zones rurales, notamment l'Est et le centre. Ce sont bien sûr des prévisions. La médecine en campagne attire d'ores et déjà peu les jeunes. Les horaires importants, les contraintes de garde de nuit comme de week-end, la difficulté pour le conjoint de trouver un environnement favorable, font que l'installation en ville ou dans une aire urbaine est privilégiée. Déjà, il devient très difficile de trouver un remplaçant pour les généralistes en activité.

La question de l'hôpital est, quant à elle, aussi sensible. Les soucis de coûts, les exigences de qualité, font que de nombreuses structures vont être amenées à fermer dans des délais relativement courts. Or l'hôpital, c'est souvent le premier

employeur en zone rurale, il occupe une place centrale dans le système de santé du territoire. Le problème est donc complexe et nous aurons bien sûr à y revenir tout au long de la journée.

Face à cela, et cette conjonction est préoccupante, nous savons par ailleurs que le vieillissement de la population va s'amplifier. Il modifiera inévitablement les problématiques sociosanitaires des campagnes, les rendant plus aiguës. Des questions concrètes vont ainsi de plus en plus se poser. Comment pallier demain, et certainement déjà peut-être à partir d'aujourd'hui, à l'augmentation des fragilités liées au vieillissement avec moins de professionnels ? Comment maintenir à domicile le plus tard possible les plus âgés ? Comment ces personnes qui pourront de moins en moins se déplacer, pourront-elles avoir accès aux services médicaux alors que les distances pour y accéder augmentent ? Comment répondre aux besoins des couples encore jeunes et à ceux que le rural attire, mais pour qui la réponse à leurs attentes en matière de santé sera une des conditions premières à leur venue en milieu rural ?

La santé, nous le voyons bien, soulève des questions essentielles. Il y a évidemment la question de la répartition de l'offre de soin et la qualité des soins à proximité. Il y a ensuite la question de la bonne articulation des différents acteurs de la santé dans les territoires, et il y a aussi, peut-être en deuxième niveau, la question plus globale de la cohésion du territoire et du développement local.

Il semble plus que probable que les solutions ne pourront venir de recettes classiques et ne pourront venir de macrosolutions. Certes, quelques aménagements fiscaux, quelques mesures particulières pourront desserrer utilement l'étau, mais les évolutions en cours ne pourront se retourner complètement, et c'est là que la dynamique territoriale peut être un levier efficace de changement. Tout d'abord, parce que par nature elle permet de coller au plus près des problématiques effectivement vécues. Les contextes sont rarement les mêmes, les solutions ne peuvent donc pas être universelles. Ensuite, parce que nous croyons à la force d'innovation des acteurs locaux. En libérant l'initiative, en favorisant des projets, de nombreuses solutions émergent. Nous le verrons tout à l'heure avec les maisons de santé rurales, les réseaux de gérontologie, la télémédecine. Nous le verrons aussi cet après-midi, avec notamment un pôle d'excellence rurale récemment labellisé dans la Creuse. Enfin, et peut-être surtout depuis les territoires, les

acteurs, tous les acteurs : élus, société civile, professionnels, acteurs publics, peuvent mieux se retrouver, construire des synergies et bâtir des projets qui répondent à leur problématique spécifique. Nous aurons ainsi l'occasion ce matin, comme cet après-midi, de l'approfondir. Comme vous le voyez, la santé en campagne est riche d'interrogation et d'enseignement. Les défis à relever sont nombreux et les innovations territoriales le sont tout autant.

Avant d'ouvrir les débats, je voudrais maintenant remercier l'ensemble de ceux qui vont intervenir durant toute cette journée. La diversité des réalisations présentées, la qualité des personnes seront, j'en suis sûr, le gage d'une réflexion et d'un débat constructif. Je voudrais les remercier encore une fois d'avoir bien voulu répondre présents. Mais je voudrais dès maintenant très chaleureusement remercier Jeannette Gros. Ces assises lui doivent beaucoup. Jeannette Gros nous a démontré tout son dynamisme, son sérieux et sa connaissance des dossiers. Comme présidente de la MSA au Conseil économique et social, je sais Jeannette que vous avez marqué les esprits et ces structures. Vous avez accepté de participer à la vie de Sol et Civilisation en intégrant son comité d'orientation. Nous nous en réjouissons tous et nous vous retrouverons pour la table ronde de cet après-midi et je vous en remercie. Je voudrais saluer aussi particulièrement Monsieur Portier, directeur santé à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, qui nous a apporté un très large soutien pour préparer cette journée.

Mesdames Messieurs, chers amis, je voudrais pour conclure revenir à une phrase de Raymond Lacombe : « Il n'y a pas de territoire sans avenir, il n'y a que des territoires sans projets. » Alors en conclusion, mais je me répèterai, plus que jamais nos territoires ruraux ont besoin de projets qui sortent des sentiers battus pour faire face aux défis du monde d'aujourd'hui et vous allez le voir les acteurs ruraux sont bien placés pour imaginer et trouver des solutions. Ces volontés, ces prises d'initiatives sont source de dynamisme, elles permettent de redonner du souffle à ces territoires, elles relancent la vie et nous ne pouvons que nous en féliciter. Certainement aussi, ces volontés, ces prises d'initiatives, montrent d'autres chemins. Ce sont, pour une part, des laboratoires d'innovations et pour toutes ces raisons les territoires ruraux participent activement à construire notre société de demain. C'est une richesse, c'est une force et c'est aussi notre fierté.

# La santé en campagne



## LES INTERVENANTS DES 15ES ASSISES

### **Jacques PORTIER**

Directeur santé de la Caisse centrale MSA

### **Isabelle DUVAL**

Médecin conseil MSA du Maine-et-Loire

### **Marie MAROT**

Sous-directeur MSA du Maine-et-Loire, Le réseau gérontologique de Doué-La-Fontaine

### **François DUBEAU**

Directeur général MSA de l'Aveyron, L'offre de soins- une dynamique projet au service des territoires ruraux

### **Madame GUILLAUDEAU**

Élue de Salles-Curan, Aveyron, La maison de santé rurale de Salles-Curan

### **Pierre CHABAS**

Directeur délégué de l'Association régionale des organismes MSA du Languedoc-Roussillon  
Télémédecine et hôpital local, quelle médecine demain en milieu rural ?

### **Jeanne-Marie AMAT**

Géographe, professeur à l'université PARIS XII, Val-de-Marne

### **Denis BRUGUIER**

Directeur de l'hôpital local d'Uzès, Gard

### **Pierre COSTE**

Président de MG France, syndicat de médecins généralistes

### **Christine GUILLEMY**

Élue du Pays de Chaumont, Haute-Marne

### **Éric CORREIA**

Vice-président de la communauté de communes de Guéret Saint-Vaury, pôle d'excellence rurale "Domotique et Santé"

### **Jean-Marie DEVEVEY**

Chargé de mission DIACT, Santé et Territoire

### **Pierre MIRABAUD**

Délégué Interministériel à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires

# La santé en campagne

## Synthèse des 15èmes Assises

Ces dernières années, la qualité du système de santé en milieu rural est devenue un enjeu majeur pour l'attractivité et la vitalité des campagnes. Pour maintenir une offre de santé de proximité, les défis à relever sont nombreux. Les 15es assises se sont attachées en premier lieu à dresser un état des lieux du système de santé dans les milieux ruraux et à montrer à travers des témoignages quelques innovations intéressantes.

Cette notion de santé de proximité pose la question du territoire comme nouvel espace de l'action. Cette problématique a été dans un deuxième temps le sujet d'une table-ronde.

### Les territoires ruraux sont-ils en bonne santé ?

*D'après Jacques PORTIER, directeur Santé MSA*

Trois questions majeures concernant la santé des populations en milieu rural se posent à nous :

- Toutes les zones rurales sont-elles déficitaires en offre de soins ?
- Quel est l'impact de ce déficit en terme de santé des populations concernées ?
- Quelles pistes peut-on favoriser pour améliorer la situation et faut-il toujours privilégier la proximité ?

### Le constat

Pour répondre à ces questions, quatre éléments de contexte sont à prendre en compte :

- Le vieillissement de la population va entraîner un besoin de soins plus grand que par le passé.
- L'urbanisation croissante entraîne une concentration de la population dans les centres urbains.
- La chute programmée de la démographie médicale va impliquer une baisse du nombre d'actifs dans l'ensemble des professions de santé.
- L'offre de soins est répartie de façon très inégale sur le territoire national.

Par ailleurs, selon la loi du 13 août 2004, l'État doit garantir l'égalité d'accès aux soins pour

toute la population sur l'ensemble du territoire. L'État et l'Assurance Maladie doivent ainsi mettre en œuvre des moyens pour assurer un maillage cohérent du territoire pour justement garantir l'accès aux soins de base.

En matière de santé, il n'existe pas véritablement « un milieu rural », mais un « continuum » qui va du rural isolé aux pôles périurbains. Les situations peuvent être très diverses.

### Qu'est-ce qu'une zone déficitaire ?

De manière générale, il s'agit de zones où l'accès aux soins de premier recours est difficile, notamment du fait d'une densité médicale faible. Sur la base d'un certain nombre de critères, les Pouvoirs publics ont défini 343 zones déficitaires, représentant 12% des communes et 4% de la population.

#### Critères de définition d'une zone déficitaire

##### Critères de base

- Population > 1 500 habitants
- Densité médicale < 30% de la densité nationale
- 50% des médecins ont une activité consultations-visites supérieure de 30% à la moyenne nationale

##### Critères additionnels

- Un délai d'accès au médecin > 20 minutes
- 10% de la population est âgée de 75 ans et plus
- Critère de fragilité sociale
- Zones blanches « urgences vitales »

Trois régions n'ont aucune zone déficitaire : l'Alsace, la Corse et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Le Limousin, pourtant peu peuplé, ne compte que deux zones déficitaires. En revanche, la région Rhône-Alpes, industrielle et peuplée, en compte 35. Toutes les zones rurales ne sont donc pas déficitaires et il existe des zones urbaines et périurbaines très touchées, par exemple les communes périurbaines de région parisienne. Peu de territoires, soit 86 cantons représentant 1,6% de la population, présentent des difficultés d'accès aux soins de premier recours. En revanche, la répartition des spécialités médicales et la concentration hospitalière n'obéissent pas à une logique de proximité, et montrent une répartition très inégale posant des problèmes réels d'accès aux soins.

### Les zones déficitaires sont-elles des zones défavorisées ?

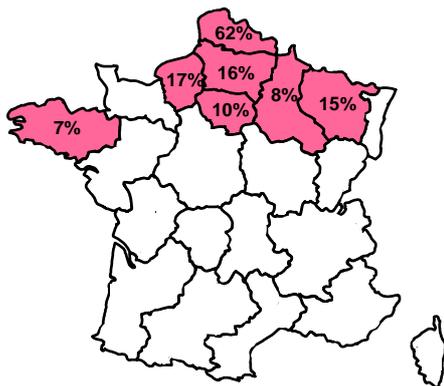
Une étude de la FNORS <sup>1</sup> de mai 2004 sur les inégalités cantonales de santé montre :

- Une forte influence des déterminants sociaux plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins.
- Des zones fragiles où des actions sont à mettre en œuvre prioritairement en les ciblant sur les populations concernées : personnes en situation de précarité et personnes âgées.
- Une opposition entre le Nord en surmortalité et le Sud en sous-mortalité.

Dans le cas des médecins généralistes, pratiquement toutes les zones du pays sont concernées par des problèmes de déficit d'implantation, à l'exception de la Corse, l'Alsace et la région PACA. La zone la plus déficitaire forme un arc partant du Nord, traversant la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, pour finir en Auvergne.

Au Nord, les cantons socialement défavorisés et présentant un mode de vie souvent isolé montrent une surmortalité très marquée et prématurée. Parmi ces régions dont la surmortalité est supérieure de 7% à la mortalité moyenne du pays, on trouve : la Bretagne, l'Île-de-France, la Lorraine, la Haute-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais. Ces surmortalités ont surtout pour origine des problèmes sociaux.

**Cantons socialement défavorisés, avec un mode de vie isolé fréquent, une surmortalité très marquée et prématurée**  
(sources : FNORS ministère de la Santé, Inégalités cantonales de santé)

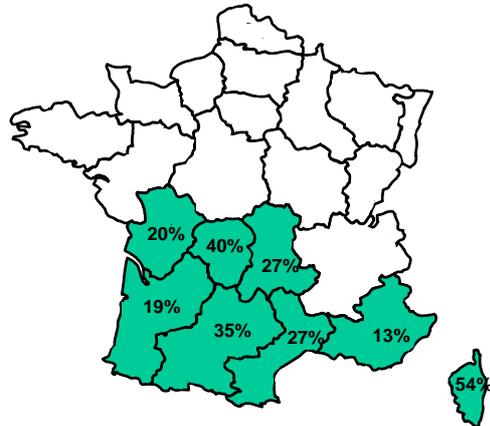


À l'inverse au Sud, les cantons avec une forte proportion d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisés présentent une sous-mortalité générale, bien que ces populations soient souvent éloignées des services d'urgence, des maternités et des hôpitaux. En Limousin et en Auvergne, la sous-

mortalité est importante alors que l'offre de soins est faible. Au contraire en région PACA, la sous-mortalité est faible alors que l'offre de soins est importante.

**Cantons avec de fortes proportions d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisés, en sous-mortalité générale, éloignés des services d'urgences et des maternités**

(Sources : FNORS Ministère de la Santé, Inégalités cantonales de santé)



### Une opposition rural-urbain...

En définitive, il existe une opposition rural-urbain prononcée :

- Les cantons ruraux sont caractérisés par un vieillissement démographique, une offre de soins réduite et une mortalité faible.
- À l'inverse, les classes sociales ou socioprofessionnelles situées en centre-ville sont caractérisées par une surmortalité prématurée, notamment pour les grands centres urbains comme la région parisienne, Lyon et Marseille.
- D'autre part, l'impact des inégalités sociales est très prononcé, notamment en raison de la précarité et du niveau social de la population, et entraîne une surmortalité générale et prématurée.

Pour conclure, il n'existe pas de lien direct entre « état de santé » et offre de soins. Les problèmes de l'offre de soins sont extrêmement complexes à analyser et des interrogations restent sans réponse à ce jour :

- Pourquoi des zones rurales agricoles déficitaires, avec une population âgée et défavorisée, éloignée des centres hospitaliers, sont-elles plutôt en bonne santé ?
- S'il existe des inégalités dans l'offre de soins, quels seront les impacts de la baisse de l'offre de premier recours alliée au vieillissement de la population ?

Un fait incontournable est qu'il va falloir faire face à une baisse de la démographie médicale.

<sup>1</sup> FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

*Face à cette baisse de la démographie médicale, faut-il maintenir, et à quel prix, une offre de proximité sur les territoires ?*

De nombreux arguments plaident en faveur de ce maintien : la population le réclame, le vieillissement rend plus difficiles voire impossibles les déplacements, et l'évolution des modes de prise en charge et le souhait d'un maintien à domicile le plus long possible, induisent un transfert vers l'ambulatoire.

Cependant, beaucoup de contraintes sont à prendre en compte :

- Les logiques de concentration prédominent (urbanisation croissante, compétences, technologies, etc.). La médecine technicienne de très haut niveau ne pourra pas être répartie et disséminée sur l'ensemble du territoire.
- La démographie des professionnels et surtout des généralistes sur certaines zones pose déjà problème.
- Les moyens modernes de communication vont favoriser les solutions de mobilité et permettront de pallier ces déficits.
- Il y a une double exigence de sécurité et qualité, supérieure à celle de la proximité.

### **Des défis à relever**

Le premier défi concerne l'accès égal aux soins sur le territoire.

Le deuxième défi, important en terme d'économie, est d'organiser l'offre de manière graduée selon une logique de subsidiarité. Celle-ci peut concerner les professionnels de santé eux-mêmes : la délégation de tâches invite à revoir les modes d'organisation et de responsabilisation actuels entre les intervenants de santé. Elle peut également s'appliquer en matière hospitalière, avec des hôpitaux spécialisés hyper équipés et des structures de dégroupement, notamment les structures existantes aujourd'hui dans les zones plus rurales, garantissant l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge des situations ne nécessitant pas la technicité des grands centres. Cette subsidiarité évite la saturation des centres plus spécialisés et leur permet de prendre en charge les patients les plus graves.

Un autre défi est le décloisonnement du sanitaire et du médico-social. Les problèmes ne sont pas seulement médicaux et ont souvent un caractère social important. Ce décloisonnement passe par une certaine coordination au niveau local.

### **Les facteurs de réussite**

Trouver des solutions nécessite une forte volonté des acteurs et un partenariat entre tous : politiques, collectivités territoriales, organismes de Sécurité sociale, professionnels de santé, structures de santé et usagers. Cela suppose une gouvernance et une ingénierie pour coordonner et fédérer les projets. En effet les professionnels de santé sont les artisans des actions, mais c'est du rôle des organismes de Sécurité sociale et de la MSA d'apporter l'ingénierie auprès des collectivités locales et des médecins.

L'autre facteur de réussite consiste en des financements appropriés, devant se combiner pour rémunérer les temps de coordination et pour favoriser la transversalité du sanitaire et du médico-social. Avec la délégation de gestion et la délégation de tâches, l'organisation des soins et la répartition des responsabilités vont se modifier. Les modes actuels de rémunération, fondée essentiellement sur la rémunération à l'acte pour les professionnels de santé libéraux, devraient évoluer.

Il faudra également rechercher des options pérennes pour favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé, par l'aménagement des conditions de travail et des avantages financiers. Les mesures incitatives fortes et ciblées existent et doivent être préservées. Il s'agit des aides conventionnelles à l'exercice regroupé et au remplacement, et des aides aux collectivités locales, pour les professionnels de santé et pour l'accueil des étudiants. Il faut cependant veiller à ce que l'intervention des collectivités territoriales ne crée pas d'effets de concurrence entre collectivités pour l'aide à l'installation des praticiens.

Au-delà de ces aides à caractère financier, les éléments relatifs à l'organisation des soins sont sans doute plus importants. La subsidiarité au profit des structures locales sanitaires et médico-sociales, et la coopération entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux doivent être favorisées et se développer. Pour inciter l'exercice regroupé, il faudra sans doute innover en matière de statuts et notamment de « collaborateur associé ». Aujourd'hui, le code de déontologie interdit à un médecin d'être salarié d'un autre médecin.

### Au final...

Les prérequis pour améliorer cette offre de proximité sont des modes d'exercices mixtes : ils favorisent la multidisciplinarité, dans un processus gradué aussi bien en amont qu'en aval, et en articulant le sanitaire et le social. D'autre part, une définition des missions est nécessaire. Le cadre réglementaire doit donc évoluer pour prendre en compte les possibilités de diversification.

Aujourd'hui des solutions existent et ont été expérimentées. Les structures d'offre de proximité comme les maisons de santé rurales et les hôpitaux de proximité sont à privilégier, tout comme l'organisation en réseau, les logiques graduées de prise en charge autour de conventions entre professionnels de santé filière, et la transversalité sanitaire et médico-social. Il n'existe pas une solution unique, c'est tout un panel de solutions mises bout à bout et ajustées entre elles qui permettraient d'améliorer l'offre de proximité pour qu'elle soit efficace et durable.

## Quelques réalisations en matière d'offre de proximité

Plusieurs réalisations innovantes nous ont été présentées au cours de cette journée.

### **Le réseau gérontologique de Doué-la-Fontaine (49)** *d'après Mmes DUVAL et MAROT*

Les réseaux gérontologiques contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Ils reposent sur une organisation du territoire et une coordination médicale et sociale.

#### **Problématique**

22,5% de la population a plus de 60 ans

#### **Objectifs**

Maintien à domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles

#### **Comment ?**

- Réflexion et travaux communs engagés à l'initiative de la MSA et des collectivités locales, entre associations, socioprofessionnels du territoire, et forte implication de l'hôpital local
- Financements nationaux pendant 4 ans en tant qu'expérimentation, puis régionaux par l'UR-CAM, l'ARH et la MSA depuis 2005 en tant que réseau de santé.

#### **Aujourd'hui**

184 patients, 68 nouvelles prises en charge par an, moyenne d'âge de 82,6 ans.  
35% sortent naturellement par décès, 45% suite à un placement en maison médicalisée.

#### **Éléments-clés**

- bassin de population d'au moins 200 personnes âgées dépendantes
- nombre de médecins adhérents supérieur à 22
- bonne répartition des niveaux de dépendances (au moins 40% peu dépendantes)
- présence d'une coordinatrice, en général une infirmière à temps plein → intervenant continuellement disponible pour les patients et leur famille
- taux de réunions de réévaluation proche de 100%
- forte implication de l'hôpital local
- le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié
- les procédures de prise en charge sont rapidement abordées et résolues
- l'évaluation est faite par un personnel neutre

#### **Questions**

- comment faciliter un nombre plus important d'entrées dans le réseau sans affecter le service apporté à ceux qui sont déjà suivis ?
- comment définir un territoire pertinent ?

#### **Réseau gérontologique du Sud-Saumurois**



**La maison de santé rurale de Salles-Curan (81)**  
d'après Mme GUILLAUDEAU

Ces structures sont un moyen de répondre à la fois aux attentes de la population en matière de soins et à celles des professionnels de santé dans leur exercice.

**Problématique**

Déplacements difficiles (milieu montagnard)

Isolement médical

15% de la population a plus de 75 ans

Beaucoup de jeunes enfants

Affluence touristique l'été avec activités accidentogènes

**Objectifs**

Pour les professionnels de santé : améliorer les conditions d'exercice, optimiser les ressources professionnelles, répondre aux exigences de qualité, faciliter la continuité des soins

Pour les habitants : accéder en un lieu unique à une offre de soins diversifiée, offrir la tenue de consultations spécialisées par le biais de la télé-médecine, éviter les déplacements vers d'autres structures hospitalières, bénéficier de campagnes de prévention et d'éducation sanitaire

**Comment ?**

- Réflexion commune, multidisciplinaire, entre municipalité, professionnels de santé et MSA

- Outils : cahier des charges national MSA, travail en groupe professionnels de santé locaux/ médecins conseil MSA Tarn-Aveyron, calages successifs local/CCMSA

→ intégration de tous les professionnels santé et social dans le projet architectural « Maison de Santé Rurale »

**Aujourd'hui**

Construction du bâtiment en cours

**Éléments-clés**

Rationaliser les pratiques, mutualiser les moyens :

- système d'information et dossier du patient partagé

- réunions de concertations formalisées

- délégation de compétences techniques (entre médecin et infirmière, entre personnel soignant et secrétariat)

- permanence des soins organisée

- formations pluridisciplinaires

- intégration au réseau régional de télémédecine

**Le réseau de télémédecine à Langogne (48)**  
d'après Pierre CHABAS

Les technologies de la communication peuvent apporter une réponse au problème de l'isolement médical et de l'éloignement des grands centres hospitaliers équipés.

**Problématique**

Faible densité médicale

**Objectifs**

- Lutte contre l'isolement médical

- Appui aux médecins en les sécurisant et en permettant un travail de meilleure qualité

**Comment ?**

- Téléimagerie radionumérisée et téléconsultations, pour un diagnostic rapide et de qualité

- Appui des compétences techniques des centres hospitaliers

**Éléments-clés**

- Accompagnement par des personnes extérieures au secteur

- Accompagnement des promoteurs par des experts en lien avec les institutions

- Appui sur les ressources existantes (professionnels, établissements, collectivités, etc.)

- Motivation des acteurs par des rencontres individuelles

- Leadership : un professionnel local

- Concertation pour une solution « sur mesure »

- Information et communication : État, élus, institutions, population, etc.

**Difficultés**

Tenant aux médecins : individualisme et indisponibilité, concentration des sollicitations sur les mêmes acteurs, importance des éléments personnels et environnementaux dans le choix d'installation du praticien

Tenant aux institutions : complexité administrative, absence de dossier et guichets uniques

## Santé et territoire, un couple d'avenir, un couple en devenir

Comme l'a souligné Madame GROS, ancienne présidente de la MSA, qui a présidé la table-ronde, les territoires ruraux « n'ont pas du tout envie de sombrer ni dans le pessimisme, ni dans la passivité. Quand ils arrivent à s'organiser, ils peuvent défier des questions difficiles telles que la démographie médicale, le vieillissement de la population [...] la première difficulté reste de trouver les voies d'une coopération efficace entre acteurs différents. »

### Des liens de plus en plus étroits

En terme de santé, depuis les années 70 avec la carte sanitaire, les politiques publiques, se sont davantage localisées. Nous sommes progressivement passés d'une approche par l'offre et d'une politique de structure à une approche centrée sur les besoins des populations. Les liens entre santé et territoire se sont faits ainsi de plus en plus étroits.

Au cours des années 90, apparaissent ainsi les SROS (Schémas régionaux d'organisation sanitaire), les URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) puis les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation).

Dans une loi de 1999, la naissance des bassins de santé montre définitivement l'intérêt des découpages géographiques pour répondre aux problèmes sanitaires.

Dans ce sillage, en 2004, la notion de « territoire de santé » apparaît. Ils sont aujourd'hui en expérimentation et l'évaluation prochaine du SROS III jugera de leur pertinence. La loi sur le « développement des territoires ruraux » de 2004 montre une étape supplémentaire en incitant les communes à avoir des projets de santé, en particulier avec le support des communautés de communes et des pays.

*« À l'évidence, il faut aujourd'hui prendre des décisions plus proches du terrain [...], il faut davantage prendre en compte les contextes locaux. » - Jeanne-Marie AMAT*

### Les hôpitaux locaux : des missions de proximité

*« Un lieu privilégié pour articuler un véritable projet territorial de santé » - Denis Bruguier*

Il y a en France 350 hôpitaux locaux, 250 ont encore des lits sanitaires, 100 n'ont plus que des lits d'hébergements.

Depuis 2003, l'hôpital local est reconnu comme le premier niveau de prise en charge sanitaire, en continuité avec la médecine de ville, les maisons de retraite et les centres hospitaliers.

Concernant la personne âgée, cette structure de proximité permet de coordonner et d'optimiser un ensemble de services : point d'ancrage pour les médecins généralistes, formation et prévention sanitaire du vieillissement, portage des repas, services de soins infirmiers à domicile...

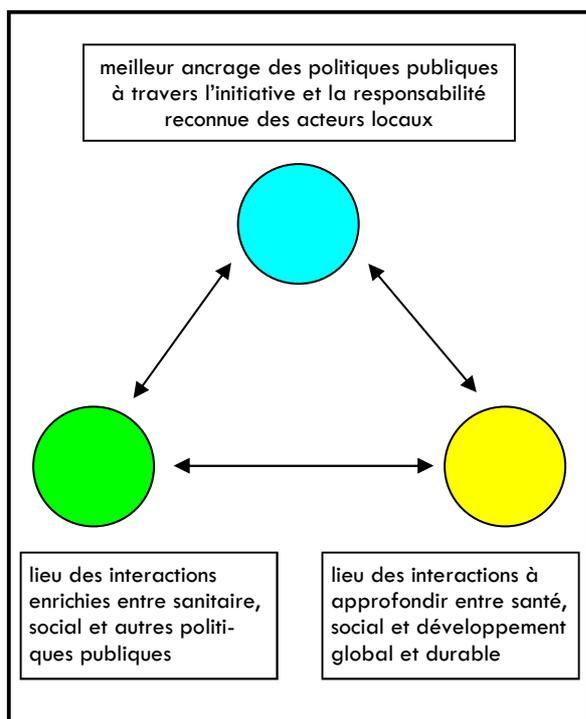
### Les avantages d'une démarche de santé territorialisée

Le territoire de proximité apparaît désormais comme le lieu de la meilleure intégration possible des actions et des politiques qui concourent à l'amélioration de la santé des personnes. La notion de santé ne se résume plus seulement à sa dimension soignante mais intègre les autres champs concourant à une qualité de vie globale.

- Meilleure connaissance des acteurs entre eux, et sortie de leur isolement (entre les acteurs sanitaires et sociaux d'une part et de ceux-ci avec les autres acteurs, élus, acteurs des autres politiques, société civile).
- Passage d'une logique de clientèle ou d'offre à une logique de besoins, de demande et de proposition. Cela modifie le regard des professionnels et l'orientent davantage vers des actions d'amont et de prévention au profit de toute la population et pas seulement des usagers « autonomes », c'est-à-dire capables d'utiliser le système de soins tel qu'il est.
- Plus grande responsabilisation de tous, du citoyen au regard de sa santé, et des professionnels et décideurs concernés au regard de la pertinence ou de l'efficacité des actions engagées.
- Plus grande capacité d'innovation, d'ajustement et d'adaptation des prestations aux besoins dans leurs particularités et spécificités.

*L'innovation est territoriale, « ce ne sont plus des expériences, ce sont des modèles [...], c'est le seul moyen de répondre [avec] des résultats probablement supérieurs en qualité. » - Pierre COSTE*

## Territoire et santé



### Vers une charte territoriale de santé

Pays de Chaumont (Haute Marne)

« Mieux vivre ensemble sur notre territoire » - Christine Guillemy

Le pays de Chaumont, territoire essentiellement rural, connaît de nombreuses difficultés, économiques comme sociales. Ces difficultés s'observent également dans le champ de la santé : gérontocroissance qui s'accélère, fort taux de suicide chez les jeunes, démographie médicale inquiétante, ...

Face à cela, les élus du pays de Chaumont ont souhaité reprendre la main, conscients que les solutions ne pourront venir exclusivement de l'extérieur et que les potentiels d'évolution positive se trouveront avant tout avec l'ensemble des acteurs du territoire.

Avec le soutien méthodologique de Sol et Civilisation, le pays de Chaumont s'est lancé en 2006 dans une démarche participative de réflexion avec les divers acteurs du système de santé chaumontais : élus, institutions médico-sociales, professionnels, habitants. Une charte territoriale de santé matérialisera prochainement cette mobilisation en précisant :

- La vision partagée des acteurs sur les problèmes et enjeux du territoire en terme de santé
- Les objectifs de qualité à atteindre
- Les modes d'action à construire
- Les actions stratégiques à développer
- Les chemins du changement à privilégier
- Les critères d'évaluations acceptés par tous

## Articuler des projets de santé et des projets de territoire

Dans ce nouveau cadre, le projet de santé peut s'intégrer dans un projet plus global de territoire. Il lui apporte une finalité autre que celle du développement économique, celle de l'amélioration du bien-être de ces habitants, et en conséquence une attractivité supplémentaire.

Nous retrouvons alors la nécessité de coordonner les projets techniques avec les projets politiques, par un enrichissement et un partenariat entre élus, associations, professionnels et citoyens pour plus de cohérence, d'adaptabilité et de qualité.

« La santé globale n'est pas corrélée à l'offre de soins mais avec autre chose. Certains disent qu'elle est corrélée avec l'éducation ; elle peut l'être aussi avec le contexte territorial. » - J.M. DEVEVEY

### Communauté de communes de Guéret Saint Vaury

« La Creuse, le laboratoire de l'Europe de demain » - Éric Correia

Le Limousin est la région la plus vieille d'Europe, la Creuse est le département le plus vieux d'Europe. Face à cela, d'importants enjeux émergent : Comment pourra-t-on répondre aux besoins grandissants liés au grand âge ? Comment pourra-t-on notamment maintenir à domicile, le plus longtemps possible, des personnes dépendantes ? Si ces défis concernent à l'évidence la Creuse et le Limousin, de nombreux territoires européens devront à l'avenir également y répondre.

La communauté de communes de Guéret Saint Vaury s'est saisie de ces problématiques et les a intégrées pour construire un projet de développement territorial. Le projet « Domotique et Santé », labellisé Pôle d'excellence rural, a été lancé en 2006.

La domotique peut se définir comme « l'ensemble des techniques et des études tendant à intégrer à l'habitat tous les automatismes en matière de sécurité, de gestion de l'énergie, de communication. ». Appliquée à la santé, la domotique permet d'apporter, par des solutions techniques innovantes, des réponses efficaces aux difficultés liées à la dépendance et au handicap : développement du maintien à domicile, amélioration de la qualité des soins, maintien du lien social avec des personnes souvent isolées. Le projet associe les collectivités locales, l'université de Limoges, plusieurs organismes et établissements médico-sociaux ainsi que les professionnels. Au-delà d'un nouveau confort de vie pour les personnes âgées et dépendantes, ce projet devrait entraîner la création de nouvelles entreprises et permettre de consolider les emplois.

Pour aller plus loin : [www.cc-gueret.fr](http://www.cc-gueret.fr)

# Conclusion des 15<sup>es</sup> Assises

Pierre MIRABAUD, Délégué interministériel à l'Aménagement et à la compétitivité des territoires

Monsieur le Président, Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, je voudrais d'abord excuser Monsieur Christian Estrosi qui a été retenu par une réunion des ministres de l'aménagement du territoire, une réunion européenne qui se tient à Lisbonne.

Quelques mots d'abord sur l'aménagement du territoire. Pour nous l'aménagement du territoire est global, qu'il s'agisse des sujets sociaux, économiques et environnementaux et donc de santé. Ce sujet de santé dans cette politique d'aménagement du territoire est depuis longtemps présent à la DIACT - la DATAR a changé de nom en début d'année, elle est devenue la Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires - et nous continuons à nous y intéresser tout particulièrement.

Je constate que le monde institutionnel en général a pris en compte de façon beaucoup plus importante ces dernières années le fait territorial et que les grandes politiques nationales, parfois un peu plaquées de façon égale sur le territoire, tendent à se diversifier. J'espère que la Maison que j'ai le plaisir de diriger maintenant y est pour quelque chose. Il s'agit à travers la prise en compte de ce fait territorial, non pas d'avoir des politiques émietées dans le dispositif national, mais bien de prendre en compte les spécificités de chaque territoire.

Quelques éléments de rappel sur ce que nous avons pu faire en matière de santé et de territoire. Sans remonter au dispositif de pharmacie et d'autorisation de pharmacie, qui pose peut-être un certain nombre de problèmes mais qui en terme d'aménagement du territoire n'a pas été inintéressant, nous pouvons citer : en 99 le développement de la télémédecine. La DATAR de l'époque s'enorgueillit d'avoir été de ceux qui ont cru les premiers à la télémédecine et qui ont poussé et financé un certain nombre d'expérimentations ; en 2002 l'expérimentation d'un volet sanitaire et social dans les projets de développement des pays ; sur le CIADT<sup>1</sup> de 2003, toute une série de mesures sur les person-

nels de santé, l'installation des personnels de santé dans les territoires, l'adaptation de la politique de la famille ; en 2004, c'est la politique de pôles de compétitivité avec huit pôles santé sur les 67, ce qui est un nombre tout à fait significatif ; en 2005 sur les coopérations métropolitaines, sur le rôle des villes moyennes, la coopération entre les CHU. Nous travaillons aussi à travers nos groupes de prospective ou nos groupes d'étude sur ces différents sujets : un travail est en cours sur les coopérations inter-CHU et va s'achever dans les prochains mois, un travail sur les inégalités de santé et d'offre de soins en milieu urbain et rural organisé avec la DATAR, un groupe de prospective piloté par Emmanuel Vigneron sur les vertus de chaque nouveau territoire en matière de santé<sup>2</sup>.

Chaque année, nous avons essayé de financer un certain nombre d'expérimentations. Nous avons travaillé sur les transports médicaux et les hélicoptères, sur les réseaux de santé, et puis je n'aurai garde d'oublier le colloque que nous avons organisé avec la Fondation des Pays au début de 2005 si je me souviens bien, à Tours, sur Santé et Territoire. Il avait été l'occasion de très fructueux échanges entre tous les acteurs concernés.

Pour autant, quels que soient les efforts que nous avons fait, force est de constater que nous sommes encore dans des situations inégales, dans l'offre de soins et dans l'état de santé des populations.

Dans l'offre de soins en prenant simplement l'exemple de la distribution des médecins : sur le territoire national les inégalités sont flagrantes. Elles sont régionales mais aussi infra-régionales et, on peut le constater dans de nombreuses régions, avec des villes plutôt bien équipées et des milieux ruraux qui deviennent difficiles. J'ai tendance à dire aux élus ruraux lorsque l'on parle de service public, que jamais la fermeture d'une trésorerie n'empêchera un habitant de rester ou de s'installer dans une région, mais la disparition du médecin généraliste reste un élément fondamental d'attractivité.

<sup>1</sup> CIADT : Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire

<sup>2</sup> Pour d'autres informations : voir l'Observatoire des Territoires sur [www.diact.fr](http://www.diact.fr)

Le problème des hôpitaux locaux est aussi un sujet extrêmement sensible. Si on ne fait rien ils fermeront, ils disparaîtront. Il faut vraiment que les partenaires locaux fassent des propositions, notamment sur la nécessité de travailler avec des réseaux inter-hospitaliers.

Il faut aussi que nous puissions mener des politiques différenciées dans les territoires en fonction des situations. Avec le constat que l'état de santé n'est pas seulement lié à l'offre de soins, ce qui est un peu perturbant en première analyse. Il faut conduire d'autres politiques, notamment de prévention. Cela veut dire que la politique de santé publique a toute sa place si on veut parvenir à réduire aussi ce qui est aujourd'hui une inégalité territoriale flagrante.

Si vous le voulez bien, je voudrais apporter quelques éléments sur ce que l'on peut faire en matière de politique de santé et de territoire. On constate que les paramètres de santé des populations et d'attractivité des territoires souvent se recoupent. La santé est peut-être un moyen de développement économique. Aujourd'hui on parle beaucoup d'économie résidentielle ; la santé participe à ce développement et doit être prise en compte comme un moyen pour revitaliser les territoires.

Nous avons lancé en 2003 le projet local de santé et d'action médico-sociale. Plus de 60 projets avaient été retenus. Aujourd'hui nous pouvons commencer à en dresser le bilan. Une des conditions pour être efficaces en la matière est d'avoir la capacité de faire connaître ce qui s'est fait. Une manifestation comme celle d'aujourd'hui participe de ce faire-savoir. Là où des collègues ont trouvé des bonnes idées, il n'est pas interdit de les copier. Nous ne sommes pas dans des systèmes de droits d'auteur, surtout si cela permet d'avancer plus vite sur l'ensemble des territoires.

Nous avons également en la matière fondé quelques espoirs sur les pôles d'excellence rurale, une politique mise en place cette année par le ministre délégué à l'Aménagement du territoire. Nous avons pu constater une vingtaine de pôles ayant traité ces sujets de santé. Dans la deuxième vague qui est en cours d'examen, j'espère que nous en aurons autant. Il y a donc là un outil qui permet de conduire sur un territoire donné des politiques de santé.

Ces politiques nécessitent une bonne coordination entre acteurs. Je pense que c'est le thème

ou la ligne générale de votre colloque aujourd'hui, si j'ai bien compris à travers les quelques exposés que j'ai pu entendre tout à l'heure. Nous ne sommes plus aujourd'hui dans des politiques parcellisées et conduites par tel ou tel dans son coin. Nous sommes bien dans l'idée de fédérer l'ensemble des acteurs : le monde de la santé publique à travers l'État, les hôpitaux, la sécurité sociale, le monde de la santé privée à travers les médecins libéraux et les professionnels de santé, les élus qui aujourd'hui ont pris conscience de l'importance de ces sujets et aujourd'hui on en a eu témoignage, et puis le monde associatif, tous ceux qui sont intéressés au développement des territoires. Alors ne parlons plus du débat du pays ou territoire pertinent, l'important est qu'il existe un territoire pertinent partout sous quelque forme que ce soit qui corresponde aux appétits des acteurs. Ces acteurs doivent bouger ensemble, en réseaux.

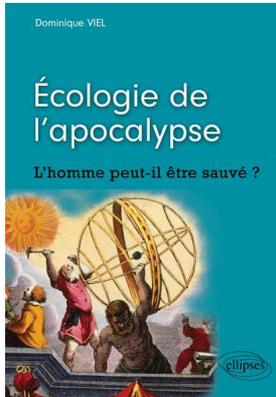
Il faut aussi que ces politiques de santé soient intégrées dans un projet plus vaste de développement. Cette articulation est absolument nécessaire.

Voilà quelques éléments que je voulais vous indiquer, nous continuons à travailler à la délégation sur ces sujets, notre participation aujourd'hui le prouve.

Pour nous, une bonne politique d'aménagement du territoire, c'est utiliser tous les moyens nationaux qui existent. Ils sont nombreux, la difficulté est d'ailleurs de bien les maîtriser, bien les connaître pour en faire le meilleur usage possible, et ainsi faire en sorte que les acteurs des territoires utilisent et maîtrisent ces outils, qu'ils le fassent au sein d'un réseau plus efficace ensemble plutôt que d'être tout seul, qu'on fasse appel à des dispositifs adaptés, qu'on ne soit pas automatiquement sur des dispositifs uniformes sur l'ensemble du territoire. Liberté d'expérimenter veut dire liberté de se planter aussi le cas échéant, l'échec n'est pas interdit. On n'échoue jamais si on ne fait rien.

## Échos du réseau

Dominique Viel, membre du comité d'orientation de Sol et Civilisation, vient de publier aux éditions Ellipses *Écologie de l'apocalypse. L'homme peut-il être sauvé ?*



Trois milliards d'hommes, soit la moitié de la population actuelle, à venir en plus sur la planète dans les cinquante ans à venir.

Et ces hommes, comme déjà ceux d'aujourd'hui, voudront plus que jamais des voitures, des protéines animales, des appareils électriques et électroniques. L'exploitation des ressources s'accélénera et le changement climatique s'emballera.

L'auteur explore sans concession le labyrinthe des voies possibles pour éviter le pire : la disparition de l'humanité, désormais une perspective plausible. La question nucléaire est abordée sans *a priori*, certains espoirs quant aux énergies renouvelables sont réévalués.

L'ultime réponse à la question posée est un appel plein de bon sens à la mobilisation générale pour l'émergence de la nouvelle « intelligence écologique » et l'invention d'un nouveau paradigme économique.

Informations complémentaires et commande sur le site des éditions Ellipses <http://www.editions-ellipses.fr>

### Recherche-action en Chartreuse

En 2006, Sol et Civilisation en collaboration avec son partenaire local « Sol et Civilisation - groupe Chartreuse » a entrepris une démarche de recherche-action sur deux cantons du massif de Chartreuse, afin d'étudier les « conditions et moyens d'une meilleure gestion de la qualité du vivant » dans un territoire rural soumis à des évolutions rapides.

La démarche de recherche-action s'est déroulée selon la méthode de « l'audit patrimonial » et a fait l'objet d'une première restitution publique le 1<sup>er</sup> février dernier à Saint-Christophe-sur-Guiers.

### Conférences-débats organisées par le groupe de Camboulazet

#### AGRICULTURE ET SOCIÉTÉ : POUR UNE RURALITÉ VIVANTE

Mardi 27 février de 9h30 à 13h **Ruralité vivante : le choix du Pays Basque**

- Témoignages de 2 acteurs
- Conséquences et enjeux pour l'agriculture et l'élevage

Intervenants : François Dascon, maire d'un petit village basque, chercheur et enseignant à l'ENFA de Toulouse, accompagné de son frère Arnaud Dascon, éleveur de brebis laitières

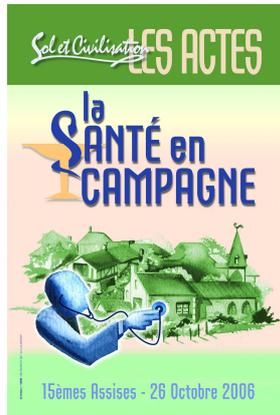
Jeudi 29 mars de 9h30 à 16h **Ruralité vivante et élevage : les options des landers allemands**

- De la diversité des territoires à la diversité des options de développement
- Accompagnements de cette diversité par les politiques régionales

Intervenants : Gérard You, ingénieur GEB (Groupe d'économie du bétail) et André Pflimlin, ingénieur chargé de mission Europe à l'Institut de l'élevage

Lieu : salle polyvalente du lycée de La Roque à Camboulazet  
Informations auprès de Jean FALIP, président, au 05 65 69 82 41

## Dernières publications de Sol et Civilisation



### La santé en campagne - Sommaire des actes

Introduction de **Michel LEDRU**, Président de Sol & Civilisation

**Jacques PORTIER**, Directeur santé de la CCMSA  
Les territoires ruraux sont-ils en bonne santé ?

**Isabelle DUVAL**, Médecin conseil à la MSA 49

**Marie MAROT**, Sous-directeur à la MSA 49  
Le réseau gérontologique de Doué-La-Fontaine

**François DUBEAU**, Directeur général à la MSA de l'Aveyron  
L'offre de soins- une dynamique projet au service des territoires ruraux

**Madame GUILLAUDEAU**, Élu de Salles-Curan, Aveyron  
La maison de santé rurale de Salles-Curan

**Pierre CHABAS**, Directeur délégué de l'AROMSA du Languedoc-Roussillon  
Télémedecine et hôpital local, quelle médecine demain en milieu rural ?

Table ronde

**Jeanne-Marie AMAT**, Géographe, professeur à l'université PARIS XII

**Denis BRUGUIER**, Directeur de l'hôpital local d'Uzès

**Pierre COSTE**, Président de MG France

**Christine GUILLEMY**, Élu du Pays de Chaumont, 52

**Éric CORREIA**, Vice-président de la communauté de communes de Guéret St-Vaury, pôle d'excellence rurale Domotique et Santé

**Jean-Marie DEVEVEY**, Chargé de mission DIACT, Santé et Territoire

Conclusion de **Pierre MIRABAUD**, Délégué Interministériel à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires

### Le premier Cahier de Sol et Civilisation vient de paraître...

#### Se réappropriier les territoires, un enjeu de civilisation

Pourquoi attacher encore de l'importance aux territoires quand les vagues de la mondialisation balaient frontières et repères, et que la mobilité des hommes est devenue un fait de plus en plus partagé ?

Aujourd'hui, en effet, les territoires semblent perdre en substance au profit des réseaux et des flux. L'explosion des mondes virtuels, le développement des échanges et des voyages, la fonctionnalisation des lieux (Travail, Loisir, Repos) font que l'homme reconnaît la proximité ou le lointain mais s'ancre de moins en moins dans un territoire. Pour beaucoup, le territoire se limite à un espace nostalgique, à une balise mentale mais perd de sa réalité concrète. Ainsi, entre la proximité du local et le champ de l'action devenu global, le territoire apparaît de moins en moins comme un espace pertinent, une notion dépassée au regard de notre modernité.

Pourtant, nous constatons que ces évolutions, finalement assez récentes même si l'origine est ancienne, ne conduisent pas qu'à des progrès. Les modes de vie modernes et l'organisation spatiale qui en découlent ont pu un temps séduire mais il est apparu assez rapidement, au niveau à la fois individuel et collectif, des malaises profonds qui remettent en question ces avancées.

L'objectif de ce cahier est donc de reprendre la question du territoire et de nous interroger sur son intérêt pour l'homme dans le monde moderne qui est le nôtre...



### Pour commander

Merci de nous adresser votre commande et votre règlement à l'ordre de Sol et Civilisation par courrier en précisant :

- vos nom, prénom et adresse
- le titre de l'ouvrage souhaité ainsi que la quantité

#### Coût des ouvrages

Les Actes des 15es Assises : 5 € - Les Cahiers n°1 : 10 € - frais de port : 2,50 €

Sol et Civilisation  
5, rue Joseph et Marie Hackin - 75116 PARIS  
Tél. 33 (0)1 44 31 16 61 - Fax 33 (0)1 44 31 16 74  
E-mail : [soletcivilisation@soletcivilisation.fr](mailto:soletcivilisation@soletcivilisation.fr)

Directeur de publication : Michel LEDRU  
Rédacteur en chef : Guillaume DHERISSARD  
Maquette : Corinne EYMOND

La lettre de Sol et Civilisation est tirée à 3 500 exemplaires.