



DÉSERTS MÉDICAUX : AGIR VRAIMENT

► La commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire a autorisé à l'unanimité, mardi 5 février 2013, la publication du rapport d'information « Déserts médicaux : agir vraiment », présenté par Hervé Maurey au nom du groupe de travail « Présence médicale sur l'ensemble du territoire ».

UNE SITUATION INACCEPTABLE, QUI RISQUE D'EMPIRER

► La formation de déserts médicaux, paradoxale dans un pays comme la France qui dispose d'un nombre globalement suffisant de médecins et consacre une fraction considérable de sa richesse aux dépenses de santé, a des répercussions inacceptables au regard de la protection de la santé, pourtant garantie par la Constitution. Le problème découle des **inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins**, qui apparaît très disparate, avec des écarts sensibles entre les différents départements, et encore plus marqués au niveau infra-départemental.

► De ce fait, nos concitoyens rencontrent des **difficultés dans l'accès aux soins**, soit en raison de l'éloignement géographique, soit plus encore en raison de l'allongement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les conditions financières peuvent aggraver ces difficultés. L'ensemble de ces obstacles peut avoir des conséquences graves sur la santé même de nos concitoyens.

► Les **perspectives d'évolution sont inquiétantes** et ne laissent pas espérer d'amélioration spontanée de la situation, bien au contraire. La démographie médicale va connaître un creux dans les dix prochaines années, alors que la population française augmentera. Dans le même temps, la demande de soins tend à augmenter avec le vieillissement de la population, le temps d'exercice médical effectivement disponible se réduit, et les critères du choix d'installation des nouveaux médecins sont défavorables aux zones déjà fragilisées.

LES DISPOSITIFS EXISTANTS SONT INSUFFISANTS POUR Y REMÉDIER

► Les **mesures structurelles** mises en place ont une portée très limitée dans la lutte contre les déserts médicaux : le volet ambulatoire de la planification régionale de l'offre de soins n'est pas opposable au principe de liberté d'installation des professionnels de santé ; la nouvelle organisation de la permanence des soins n'apporte pas de réponse à la difficulté de trouver un médecin aux heures ouvrables ; les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels restent fragiles financièrement et contribuent à accélérer le mouvement de concentration des professionnels de santé ; les dispositifs de régulation à l'installation de certaines professions de santé ne concernent pas les médecins.

► Les **mesures incitatives** à l'installation en zones sous-dotées financées par l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales aboutissent à un empilement de dispositifs, qui se traduit par une absence de lisibilité et par l'impossibilité d'une évaluation globale. Toutefois, beaucoup de ces aides financières apparaissent coûteuses, sources d'effets d'aubaine, parfois redondantes, et surtout peu opérantes.

16 PROPOSITIONS

POUR AGIR VRAIMENT CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

► L'extension des déserts médicaux témoigne de l'inefficacité des politiques et des actions mises en place pour les réduire. L'évolution prévisible de ce phénomène est un véritable défi pour le système de santé français et pour nos territoires. Pour le relever, il faut désormais faire montre de volonté, de persévérance et de courage pour agir sans tabou ni *a priori*, en mettant en place un ensemble de mesures dans le seul souci de l'intérêt général.

I. Faire évoluer les études de médecine

► PROPOSITION 1.-

Mener une réflexion approfondie pour adapter les critères de sélection lors de l'accès aux études de santé, afin notamment d'élargir les origines sociales et géographiques des étudiants, peu propices à l'installation dans les zones sous dotées.

► PROPOSITION 2.-

Diversifier l'enseignement aujourd'hui centré sur la pratique hospitalière en introduisant des matières (gestion, communication, psychologie, bioéthique, économie de la santé) favorisant l'installation en ambulatoire et préparant les futurs médecins à être de véritables acteurs de santé.

► PROPOSITION 3.-

Rendre effective l'obligation des stages d'initiation en médecine générale, en conditionnant la validation du deuxième cycle des études médicales à leur réalisation, et en favorisant l'accueil des étudiants (aides au logement et au transport, équipement des maisons de santé en logements étudiants, encouragement et reconnaissance des maîtres de stages).

► PROPOSITION 4.-

Adapter les épreuves classantes nationales, qui ouvrent l'accès au troisième cycle des études médicales, aux besoins des différentes filières médicales de chaque région.

► PROPOSITION 5.-

Mettre en place une quatrième année professionnalisante en fin de troisième cycle pour les étudiants en médecine générale, accomplie de préférence dans les zones sous denses.

II. Mettre en œuvre à l'échelle des territoires une politique d'accès aux soins**► PROPOSITION 6.-**

Créer à l'échelle du département une commission de la démographie médicale qui délimitera des aires de santé et définira et organisera les moyens d'accéder aux soins sur ces territoires.

► PROPOSITION 7.-

Favoriser la coopération et les transferts d'actes entre les différentes professions de santé, pour améliorer la prise en charge des patients, en refondant les textes réglementaires définissant celles-ci sur la base de la notion de missions et non plus sur la notion d'actes.

► PROPOSITION 8.-

Favoriser l'exercice regroupé pluriprofessionnel en apportant un financement incitatif à l'installation en maisons et pôles de santé (« forfait équipe coordonnée », « forfait structure » ou « forfait secrétariat »).

► PROPOSITION 9.-

Favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins en exonérant du paiement des cotisations d'assurance vieillesse les médecins retraités reprenant ou poursuivant une activité dans les zones sous médicalisées ;

► PROPOSITION 10.-

Développer lorsque cela est nécessaire des formes de médecine salariée, en confortant les centres de santé et en mettant en place une offre de soins ambulatoire assurée par des remplaçants salariés dans les zones fragiles.

► PROPOSITION 11. –

Encourager le développement de la télémédecine en clarifiant juridiquement la responsabilité du médecin sollicité et en établissant une cotation spécifique aux actes de télé-consultation et de télé-expertise.

III. Clarifier et promouvoir les mesures incitatives existantes**► PROPOSITION 12.-**

Evaluer et réorienter les aides financières à l'installation en zones sous-dotées en fonction du rapport entre leur coût et leur impact réel.

► PROPOSITION 13.-

Faire des agences régionales de santé le point d'entrée unique des aides financières, en développant les plates-formes internet d'appui aux professionnels de santé et en dotant de moyens adéquats un « référent-installation » dans chaque agence régionale de santé.

IV. Mieux réguler l'installation des professionnels de santé

► **PROPOSITION 14.-**

Etendre aux médecins le conventionnement sélectif, qui existe déjà pour les principales autres professions de santé, en fonction de la nature des zones d'installation (zones sur-dotées ou sous-dotées).

► **PROPOSITION 15.-**

Instaurer, pour les médecins spécialistes, une obligation d'exercer pendant deux ans à la fin de leurs études, à temps plein ou partiel, dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements où le manque de spécialistes est reconnu par les agences régionales de santé.

► **PROPOSITION 16.-**

Informé dès à présent les étudiants en médecine de la possibilité d'instaurer pour les médecins généralistes une obligation de quelques années d'exercice en zone sous-dotée en début de carrière si, au terme de la présente législature, la situation des inégalités de répartition territoriales des médecins n'a pas évolué positivement.

GROUPE DE TRAVAIL

PRÉSENCE MÉDICALE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE



Jean-Luc FICHET
Président
Sénateur du Finistère
(*Socialiste*)



Hervé MAUREY
Rapporteur
Sénateur de l'Eure
(*UDI-UC*)

MEMBRES : Joël BILLARD, Sénateur d'Eure-et-Loir (*UMP*), Pierre CAMANI, Sénateur du Lot-et-Garonne (*Socialiste*), Jacques CORNANO, Sénateur de la Guadeloupe (*Socialiste*), Ronan DANTEC, Sénateur de la Loire Atlantique (*Ecologiste*), Evelyne DIDIER, Sénatrice de la Meurthe-et-Moselle (*CRC*), Alain FOUCHÉ, Sénateur de la Vienne (*UMP*), Alain HOUPERT, Sénateur de la Côte-d'Or (*UMP*), Benoît HURÉ, Sénateur des Ardennes (*UMP*), Jean-François MAYET, Sénateur de l'Indre (*UMP*), Charles REVET, Sénateur de la Seine-Maritime (*UMP*), Henri TANDONNET, Sénateur du Lot-et-Garonne (*UDI-UC*), Michel TESTON, Sénateur de l'Ardèche (*Socialiste*).

Le rapport est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html>