

MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ACCÈS AUX SOINS : PROMOUVOIR L'INNOVATION EN SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

Sur la question de l'accès géographique aux soins, prégnante dans les préoccupations de nombre de nos concitoyens et d'élus, le rapport dresse un **bilan concret des nombreux dispositifs mis en place** par les pouvoirs publics et les acteurs de terrain et formule **19 propositions pour agir plus efficacement**, en mêlant souplesse, pragmatisme et innovation.

Un défi de court terme pour le système de santé, des enjeux plus larges d'attractivité des territoires

■ *Les professionnels de santé sont nombreux mais inégalement répartis*

Les professionnels de santé sont nombreux et leurs effectifs ont augmenté à un rythme plus élevé que celui de la population au cours des 40 dernières années.

Toutefois, leur répartition sur le territoire révèle des **disparités persistantes** : les écarts de densité entre départements vont de 1 à 2 pour la médecine générale et de 1 à 7 pour les infirmiers ; ils se creusent plus encore à des échelons plus fins.

Ces inégalités sont le **reflet de fractures territoriales qui dépassent le seul champ de la politique de santé** : l'attractivité des territoires, l'environnement socio-économique et la qualité de vie sont des déterminants forts des choix d'installation des professionnels libéraux. Le secteur sanitaire ne peut répondre seul à ces enjeux, même s'il doit y contribuer : une politique globale en faveur des zones fragiles de notre pays est nécessaire.

■ *Les tensions sur l'offre de soins vont s'accroître*

Plusieurs phénomènes se conjuguent :

- le vieillissement de la population médicale, reflet des fortes variations passées du *numerus clausus*, va affecter principalement la médecine libérale et induire, d'après la Drees, une **baisse « marquée et durable » des effectifs jusqu'en 2027** ;

- la médecine générale, point d'entrée des soins de premier recours, sera marquée par cette « crise » démographique ;

- l'évolution des manières de travailler des jeunes praticiens joue sur le temps médical disponible : pour certains, il faut aujourd'hui au moins 1,5 médecin pour remplacer un départ en retraite ;

- rapportée à la croissance prévisible de la demande de soins, en raison du vieillissement de la population, la tension sur l'offre devrait ainsi s'accroître.

Après des initiatives foisonnantes lancées en ordre dispersé, créer les conditions d'une dynamique de territoire

De nombreuses initiatives ont été mises en place depuis plus de dix ans par les collectivités territoriales, l'assurance maladie et l'État. S'agissant de ce dernier, le « Pacte Territoire Santé » a tenté de structurer un plan d'actions global en faveur des zones sous-dotées.

Ces initiatives répondent à des ambitions louables, mais souffrent de plusieurs carences : mises en place **sans réelle stratégie globale**, leur **articulation est imparfaite** et elles se sont superposées **sans évaluation** intermédiaire.

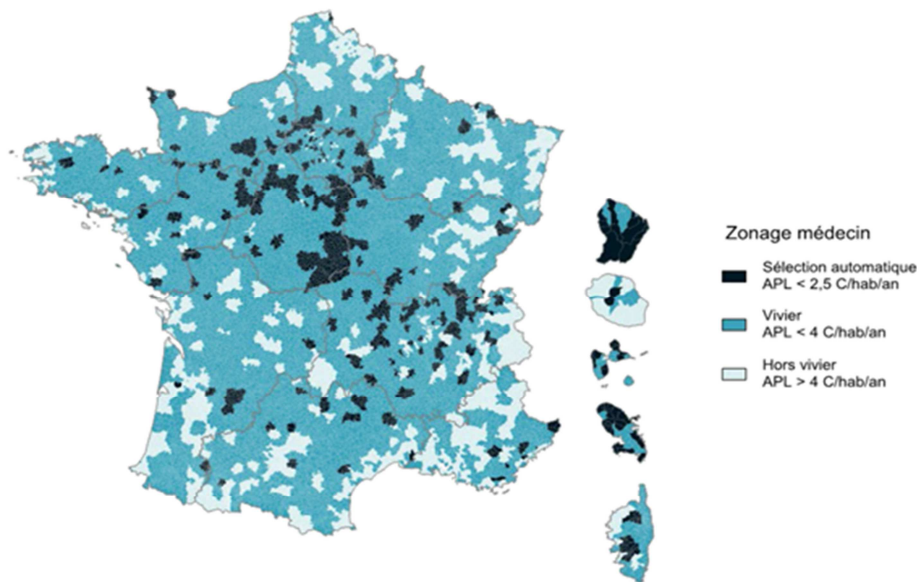
Elles forment un paysage devenu peu lisible. Le chevauchement de **zonages aux contours fluctuants**, la concurrence entre dispositifs ou territoires peuvent susciter l'incompréhension.

Ces constats soulignent le besoin de **bâtir un cadre de travail concerté avec les acteurs de terrain – professionnels de santé et élus – au niveau des territoires de proximité**, à partir d'un diagnostic partagé, en valorisant les initiatives de terrain et les complémentarités entre elles.

La révision en cours des zonages par les agences régionales de santé (ARS), sur la base de critères plus objectifs (l'APL, fondée notamment sur le

nombre de consultations disponibles par habitant) doit être saisie comme une opportunité.

Cartographie des zones fragiles selon l'indicateur d'accessibilité potentielle (APL)



Source : Drees

Proposition 1 : Confier aux ARS la mission de recenser l'ensemble des dispositifs existants au niveau des territoires de proximité ; associer les professionnels de santé et les élus locaux au suivi régulier et à l'évaluation des initiatives mises en place

Proposition 2 : Renforcer les moyens d'action des ARS par une plus forte modulation des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) en tenant compte des besoins des territoires déficitaires en offre de soins

Quels leviers d'action ?

Pas de « solution miracle », mais une palette d'outils à mobiliser plus efficacement

Si certains leviers sont plus porteurs que d'autres, il ne semble pas exister de « solution miracle » ou voie d'action univoque : nombre de personnes entendues ont mis en avant **l'intérêt de mobiliser une diversité d'outils.**

■ *Accompagner les professionnels de santé et consolider l'attractivité de l'exercice libéral*

Les **aides financières individuelles** visant à inciter l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones fragiles sont nombreuses : elles recouvrent les aides de l'assurance maladie (46 millions d'euros), des mesures fiscales (31 millions d'euros), les contrats offrant une garantie de revenu aux jeunes praticiens (PTMG...) et les aides des collectivités territoriales dont il n'existe pas de recensement exhaustif.

Les propositions sont guidées par la volonté de **faire des territoires un « laboratoire » d'innovations** pour répondre au mieux aux besoins des patients et aux aspirations des jeunes professionnels de santé.

Leur **bilan est plutôt modeste** car le levier financier n'est pas décisif dans les décisions d'installation ; mais leur légitimité demeure.

En parallèle, d'autres évolutions sont nécessaires : **faire connaître ces aides ; favoriser des modes d'exercice plus souples et diversifiés susceptibles d'aider les jeunes médecins à « franchir le pas » de l'installation ; améliorer la protection sociale des libéraux.**

Proposition 3 : Généraliser de véritables « guichets uniques » auprès des ARS, pour informer les professionnels sur toutes les aides et les accompagner dans l'ensemble des démarches

Proposition 4 : Simplifier et valoriser le recours aux statuts intermédiaires comme celui d'adjoint ou de collaborateur, susceptibles de favoriser l'accès progressif à l'installation libérale

Proposition 5 : Donner une reconnaissance conventionnelle au médecin remplaçant

Proposition 6 : Développer l'exercice mixte en allégeant les charges sociales sur l'activité libérale des médecins salariés

Proposition 7 : Rendre plus attractif le cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées par la suppression de la cotisation de retraite

Proposition 8 : Poursuivre les réflexions sur l'amélioration de la protection sociale des professionnels libéraux, notamment pour abaisser le délai de carence en cas de maladie

■ **Soutenir le développement des structures d'exercice regroupé et les mutations de notre système de soins**

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou centres de santé offrent des **conditions d'exercice susceptibles de répondre aux aspirations des jeunes praticiens** (travail en équipe, mutualisation de moyens...).

Le nombre de MSP est passé **de 20 en 2008 à 910 en 2017**, en bénéficiant de nombreux financements publics, notamment des investissements des collectivités territoriales.

Les projets sont toutefois lourds à monter, leur succès repose sur la rencontre entre l'engagement d'un praticien et celui d'un élu ; alors que les coûts de fonctionnement sont élevés, seule la moitié des MSP est éligible aux aides de l'assurance maladie.

Ces structures sont à accompagner mais elles ne peuvent constituer une réponse unique : **d'autres modes d'exercice en réseau permettent de prendre en compte, de façon souple, les besoins des patients, les aspirations des professionnels et la nécessité d'un maillage du territoire.** Ils doivent être également soutenus.

Proposition 9 : Créer des « cellules d'appui à l'ingénierie de projet » au sein des ARS pour assister les porteurs de projet en vue de réduire sensiblement les délais de réalisation

Proposition 10 : Accompagner la structuration des maisons de santé encore non éligibles aux financements de l'assurance maladie (appui juridique, soutien à l'acquisition d'un système d'information partagé, aide à la coordination du travail en équipe...)

Proposition 11 : Aider à la structuration de réseaux de professionnels de santé

Proposition 12 : Favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé par la définition, dans un cadre interprofessionnel, d'un régime de financement incitatif

Maison de santé de Rozoy-sur-Serre (02)



Plateforme de téléconsultation présentée à La Bussière (45)



■ **La télémédecine : un potentiel à exploiter**

Sans constituer une réponse unique, la télémédecine, reconnue comme une pratique médicale à part entière, offre des **solutions nouvelles** pour améliorer l'accès aux soins.

Or, son déploiement est actuellement bridé par un cadre expérimental inadapté, notamment pour les conditions de financement des actes. Une action plus volontariste s'impose.

Proposition 13 : Inscrire le financement des actes de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise) dans le cadre tarifaire de droit commun de l'assurance maladie

Proposition 14 : Évaluer l'impact économique et thérapeutique du recours à la télémédecine dans les parcours de soins, notamment en termes d'amélioration de l'accès à des soins de qualité dans les zones sous-dotées

Proposition 15 : Former les professionnels de santé à l'usage de la télémédecine et les accompagner dans l'équipement en matériel et logiciels adaptés

■ **Créer l'ancrage géographique des professionnels de santé dès le stade décisif de la formation**

Les études sont un moment clé pour **tisser le lien entre les futurs praticiens et les territoires** : les bourses d'étude (telles que le contrat d'engagement de service public -CESP- créé par la loi HPST de 2009 ou celles des collectivités territoriales) répondent à cet objectif.

Les étudiants et internes qui bénéficient du CESP (de l'ordre de 500 contrats proposés chaque année en médecine et odontologie) doivent faire l'objet d'un accompagnement individuel par les ARS.

En outre, le développement des **stages en ambulatoire** pour les futurs médecins dans les zones sous-dotées est un levier prioritaire à mobiliser.

Proposition 16 : Engager une campagne de recrutement de maîtres de stage dans les zones sous dotées et revaloriser le montant de l'indemnité compensatrice

Proposition 17 : Généraliser le stage ambulatoire de médecine générale au cours de l'externat et en allonger la durée

Proposition 18 : Introduire dans la formation initiale une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville

Proposition 19 : Assouplir les conditions d'agrément des lieux de stage hors de la subdivision de rattachement, pour répondre aux besoins de territoires situés dans des zones « frontières »



Rapporteur
Jean-Noël Cardoux
 Sénateur (Les Républicains)
 Loiret (Centre-Val de Loire)



Rapporteur
Yves Daudigny
 Sénateur (Socialiste et Républicain)
 Aisne (Hauts-de-France)