

N° 600

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 14 juin 2011

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation (1),
sur les **territoires et la santé**,*

Par Mme Marie-Thérèse BRUGUIÈRE,

Sénateur.

La délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation est composée de :
M. Claude Belot, *président* ; MM. Dominique Braye, Philippe Dallier, Yves Krattinger, Hervé Maurey, Jacques Mézard, Jean-Claude Peyronnet, Bruno Sido, Jean-François Voguet, *vice-présidents* ; MM. François-Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, *secrétaires* ; M. Jean-Michel Baylet, Mme Marie-France Beaufils, MM. Claude Bérit-Débat, Pierre Bernard-Reymond, Mme Marie-Thérèse Bruguière, MM. Gérard Collomb, Jean-Patrick Courtois, Yves Daudigny, Yves Détraigne, Éric Doligé, Mme Jacqueline Gourault, MM. Charles Guené, Didier Guillaume, Pierre Hérisson, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Claude Jeannerot, Antoine Lefèvre, Roland du Luart, Jean-Jacques Mirassou, Rémy Pointereau, François Rebsamen, Bruno Retailleau, René Vestri, Mme Dominique Voynet.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. SANTÉ ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES LIENS INDISCUTABLES MAIS DE NATURE DIFFÉRENTE SELON LES APPROCHES CONCEPTUELLES	7
A. LA SANTÉ EN TANT QUE COMPÉTENCE	7
1. <i>L'exercice de la compétence santé : un rôle résiduel pour les collectivités territoriales</i>	7
2. <i>...mais une association effective des collectivités territoriales à la gouvernance du système de santé</i>	8
a) Les collectivités territoriales dans l'architecture institutionnelle des ARS	8
b) Les ARS ont été conçues pour être des partenaires des collectivités territoriales	10
B. LA SANTÉ EN TANT QU'OBJECTIF D'INTÉRÊT GÉNÉRAL : LA NÉCESSAIRE IMPLICATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	11
1. <i>La santé se présente comme une compétence transversale</i>	11
2. <i>...impliquant des actions qui relèvent des différents niveaux de collectivités territoriales</i>	12
C. LA SANTÉ EN TANT QUE PRÉOCCUPATION D'ORDRE PRIVÉ : UN PARAMÈTRE ESSENTIEL À PRENDRE EN CONSIDÉRATION PAR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	13
a) La santé, facteur essentiel de l'attractivité d'un territoire.....	13
b) La santé, source d'attentes d'initiatives locales pour les citoyens	13
II. LES PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ : UN DÉFI POUR LES POUVOIRS PUBLICS ET DONC POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	13
A. DES PERSPECTIVES D'ENSEMBLE FORT PRÉOCCUPANTES	14
1. <i>Le scénario annoncé d'une baisse de la densité médicale</i>	14
2. <i>...aggravée par la diminution du « temps médical disponible »</i>	15
a) Une diminution du temps de travail global.....	15
b) Une diminution, au sein même du temps de travail global, de la part consacrée aux soins stricto sensu	16
B. VERS DE GRAVES DÉSÉQUILIBRES SECTORIELS	17
C. L'AGGRAVATION DE LA FRACTURE MÉDICALE : LA FORMATION DE DÉSERTS MÉDICAUX	17
1. <i>Les inégalités entre régions et entre départements</i>	17
2. <i>Les inégalités intrarégionales et intradépartementales</i>	18
D. UNE HAUSSE CONTINUE DE LA DEMANDE DE SOINS	19

III. QUELLES PISTES POUR UNE MEILLEURE COUVERTURE MÉDICALE DES TERRITOIRES ?	20
A. ENDIGUER LE DÉPEUPELLEMENT MÉDICAL DANS LES ZONES FRAGILES	21
1. <i>Impliquer les futurs professionnels de santé dans l'exercice de la médecine en milieu rural</i>	21
a) Prévoir une année de formation pratique en zone sous-médicalisée	22
b) Supprimer les obstacles à la mobilité des étudiants.....	23
(1) Les obstacles juridiques	23
(2) Les obstacles pratiques	24
c) Sensibiliser précocement les étudiants aux spécificités de l'exercice de la médecine	25
2. <i>Favoriser l'installation des professionnels en exercice</i>	26
a) Sur le plan administratif : faciliter la conduite des projets	26
b) Sur le plan juridique : assouplir et simplifier les dispositifs.....	27
c) Sur le plan matériel : aider aux investissements	28
d) Sur le plan du cadre de vie.....	30
B. OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL	31
1. <i>Alléger le travail administratif des professionnels de santé</i>	31
2. <i>Renforcer les coopérations entre professionnels de santé et leur complémentarité</i>	32
a) Redistribuer les tâches entre les différents intervenants de la chaîne médicale.....	32
b) Inciter à la spécialisation des professionnels paramédicaux	33
3. <i>Développer la télémédecine</i>	33
a) Mettre en place des plates-formes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé.....	34
b) Clarifier le droit applicable à la télémédecine.....	35
c) Assurer des conditions de rémunération incitant les professionnels à recourir à la télémédecine.....	36
4. <i>Reconnaître la profession d'assistant de santé</i>	38
ANNEXES	41
• Annexe 1 : Examen du rapport par la Délégation, le 7 juin 2011	42
• Annexe 2 : Propositions de la Délégation	62
• Annexe 3 : Extraits de l'audition de M. Emmanuel Berthier, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), le 3 mai 2011	65
• Annexe 4 : Audition du Docteur Élisabeth Hubert, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), le 17 mai 2011	73
• Annexe 5 : Liste des auditions	81

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

La santé fait partie de ces notions marquées du sceau de la perfection. A l'instar de la paix, de la solidarité ou de l'amitié, elle s'inscrit parfaitement dans le très court catalogue des valeurs exemptes de toute connotation négative.

Pour chaque être humain, la santé est un trésor des plus précieux (à défaut d'être toujours des mieux surveillés...) ; elle est un idéal.

Pour les pouvoirs publics, sa protection est un devoir.

Pour l'assumer, notre pays peut légitimement s'honorer d'avoir mis en place l'un des systèmes les plus perfectionnés du monde, solidement assis sur trois piliers :

- Une panoplie juridique à la hauteur de l'enjeu. L'inscription, dès 1946, de la protection de la santé parmi les « *principes particulièrement nécessaires à notre temps* » lui confère aujourd'hui une valeur constitutionnelle. De l'interdiction de toute discrimination à la couverture médicale universelle, notre République a été délivrée en droit des barrières invisibles (liées aux ressources, à l'orientation sexuelle, à la race...) susceptibles de se dresser devant nos idéaux d'égalité et de fraternité, qu'elles concernent directement l'accès aux soins ou les autres dimensions de la protection de la santé (droit à un habitat salubre, par exemple) ;
- Un système de protection sociale considéré comme un modèle sur tous les continents ;
- Une formation scientifique qui confère à nos praticiens et à nos chercheurs une réputation mondiale. La douzaine de prix Nobel de médecine décernés à des Français en est sans doute la traduction la plus évidente ; elle ne saurait néanmoins occulter le fait que c'est l'ensemble de notre secteur médical et paramédical qui peut s'enorgueillir de disposer de professionnels parmi les plus performants du monde.

Et pourtant... les citoyens, les praticiens, les élus lancent, depuis déjà plusieurs années, des cris d'alarme qui résonnent comme autant de symptômes : notre système de santé est grippé.

Urbanisation, travail des femmes, aspiration aux loisirs... les évolutions de la société dessinent peu à peu un monde différent de celui pour lequel il a été conçu. Sur ce terrain mouvant, fort de ses solides fondations, il résiste, mais se fissure.

Excédentaire ici, déficitaire ailleurs, l'offre de soins, dans nombre de nos territoires, n'est plus au diapason de la demande. Les génies du marché ont rendu les armes, si tant est qu'ils aient jamais régulé un secteur aussi particulier que celui de la santé.

Face à l'impuissance de la main invisible, la nécessité de l'action des pouvoirs publics, garants de l'intérêt général, s'est imposée comme une évidence : des bourses d'études aux aides à l'installation, en passant par les maisons pluridisciplinaires de santé, ils ont abattu les atouts.

Mais la partie leur échappe toujours : notre système de santé reste malade ; la crise de foi des professionnels, des citoyens et des élus à son égard grandit.

Alors que faire ?

Bien des voix, éminemment autorisées, se sont fait entendre ces dernières années pour proposer de nouvelles solutions.

En s'emparant, à son tour, de cette question, votre Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation a simplement souhaité l'aborder sous un regard différent : non pas celui des experts, non pas celui des professionnels, mais celui des élus locaux. Partant du constat que ceux-ci étaient désormais, eux aussi, parties prenantes à la poursuite de l'intérêt général, elle a estimé qu'une politique de protection de la santé ne pouvait aujourd'hui se concevoir sans une réflexion sur leur rôle et leurs attentes en la matière.

Le présent rapport apporte sa pierre à cette indispensable réflexion.

I. SANTÉ ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES LIENS INDISPUTABLES MAIS DE NATURE DIFFÉRENTE SELON LES APPROCHES CONCEPTUELLES

La dialectique santé/collectivités territoriales se pose dans des termes différents selon l'approche retenue du concept de « santé ». Celui-ci peut en effet se concevoir à trois niveaux :

- sur le plan juridique, c'est-à-dire en tant que compétence. La santé relève alors d'abord, mais non exclusivement, de l'État ;
- en tant qu'objectif d'intérêt général. L'État et les collectivités territoriales ont alors une responsabilité partagée en matière de santé, à la protection de laquelle leurs compétences respectives leur confèrent le devoir de participer ;
- en tant que préoccupation d'ordre privé, propre à chaque individu, les collectivités territoriales se doivent d'agir en matière de santé à la fois pour essayer de répondre aux attentes de leurs citoyens et au nom de l'attractivité de leur territoire.

A. LA SANTÉ EN TANT QUE COMPÉTENCE

1. L'exercice de la compétence santé : un rôle résiduel pour les collectivités territoriales...

La santé, en tant que compétence, ne relève pas des collectivités territoriales :

- l'organisation du système de santé reste centralisée. C'est l'État (ou des organismes qui en dépendent) qui en assure le financement et perçoit à cette fin les cotisations nécessaires ; c'est lui qui procède aux remboursements, dans des conditions qu'il définit... Cette situation fait l'objet d'un consensus et une décentralisation du système de santé n'est donc pas à l'ordre du jour ;

- la conduite de la politique de santé est également, dans une très large mesure, centralisée... ou recentralisée, puisque l'Acte I de la décentralisation avait prévu un partage de compétence (attribuant par exemple aux départements la lutte contre les fléaux sociaux) sur lequel est largement revenu l'Acte II, dans un souci de clarification. La santé est d'ailleurs, à ce jour, le seul domaine ayant formellement fait l'objet d'une recentralisation.

Le département a cependant conservé la responsabilité de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L. 1423-1 du Code de la santé publique).

Pour le reste, le législateur a expressément prévu d'associer les collectivités territoriales, par la voie de conventions conclues avec l'État, à

certains domaines relevant de la santé. C'est ainsi que le département peut participer à la mise en œuvre des programmes de santé, notamment pour le dépistage des cancers (article L. 1423-2 du Code de la santé publique) ; de même, les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination ou de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le SIDA ou les infections sexuellement transmissibles.

En définitive, le rôle des collectivités territoriales en matière de santé, envisagée en tant que compétence, peut être qualifié de résiduel. Cela ne signifie pas qu'il soit négligeable, bien au contraire : comme l'a démontré la dernière campagne de vaccination contre la grippe H1NI, pour laquelle l'État les a formellement mises à contribution, une véritable action de proximité ne peut être menée sans la collaboration des collectivités territoriales.

2. ...mais une association effective des collectivités territoriales à la gouvernance du système de santé

Bien que la santé soit une compétence de l'État, les collectivités territoriales ne sont pas exclues de la gouvernance de cette politique publique. Le dispositif actuel, issu de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009, leur réserve en effet une place à un double titre : au sein des agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées et dans le cadre de partenariats avec celles-ci.

a) Les collectivités territoriales dans l'architecture institutionnelle des ARS

Au moment de la discussion de la loi HPST, les collectivités territoriales disposaient déjà d'une place dans les instances de gouvernance constituées par les agences régionales d'hospitalisation (au sein desquelles étaient représentées les régions) et les groupements régionaux de santé publique (GIP aux actions desquels pouvaient participer les régions, départements et communes qui le souhaitaient). La question de la place des collectivités territoriales au sein des futures agences régionales de santé s'est donc posée, avec d'autant plus de légitimité que, nonobstant la compétence de l'État, leur présence se justifiait à plus d'un titre :

- le rôle des ARS est de territorialiser l'action publique en matière sanitaire. Dans cette perspective, il aurait été curieux de se priver de l'expertise des élus locaux et de leur connaissance de la gestion de proximité ;

- de nombreuses collectivités territoriales ont développé des initiatives sanitaires en direction de leurs citoyens. Une vision complète des politiques conduites en matière de santé sur un territoire, condition nécessaire à l'efficacité des ARS, imposait donc la prise en compte des actions des collectivités et, par voie de conséquence, l'association de leurs représentants ;

- le souci du législateur de renforcer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social rendait incontournable la présence des conseils généraux au sein des instances des ARS.

Au final, les collectivités territoriales disposent au sein des ARS d'une représentation qui, sans être essentielle, n'en est pas pour autant négligeable.

Le conseil de surveillance de l'ARS

Le conseil de surveillance de l'ARS approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le plan stratégique régional de santé ainsi que sur les résultats de l'action de l'agence. Chaque conseil de surveillance est composé de 25 membres disposant d'une voix délibérative, dont 4 représentants des collectivités territoriales, soit autant que les représentants de l'État, à savoir :

- 1 conseiller régional désigné par le président du conseil régional ;
- 2 conseillers généraux désignés par l'ADF ;
- le maire d'une commune ou le président d'un groupement de communes désigné par l'AMF.

Les commissions de coordination des politiques publiques

Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé sont constituées auprès de chaque ARS. Elles associent les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Elles sont consultées lors de l'élaboration du schéma régional de prévention et du schéma régional d'organisation médico-sociale. Les collectivités territoriales y sont représentées comme suit :

- 2 conseillers régionaux élus par l'assemblée délibérante ;
- le président du conseil général, ou son représentant, de chacun des départements situés dans le ressort territorial de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- 4 représentants, au plus, des communes et des groupements de communes, désignés par l'association des maires de France.

Les conférences de territoires

La composition des conférences de territoire doit permettre une très large association des différentes collectivités territoriales intéressées aux politiques de santé mises en place au niveau des territoires.

Les collectivités territoriales et leurs groupements y compteront au plus 7 représentants (sur 50 membres, dont 20 représentants des établissements de santé) :

- 1 conseiller régional ;
- au plus 2 représentants des EPCI à fiscalité propre regroupant des communes situées dans le ressort du territoire de santé, désignés par l'assemblée des communautés de France ;
- au plus 2 représentants des communes désignés par l'AMF ;
- au plus 2 représentants des conseils généraux.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Elle est composée de 100 membres au plus, répartis en 8 collèges. Le collège des collectivités territoriales comprend :

- 3 conseillers généraux désignés par le président du conseil régional ;
- le président du conseil général ou son représentant ;
- 3 représentants des groupements de communes désignés par l'AdCF ;
- 3 représentants des communes désignés par l'AMF.

b) Les ARS ont été conçues pour être des partenaires des collectivités territoriales

Dans la nouvelle organisation définie par la loi HPST, les agences régionales de santé seront les partenaires des collectivités territoriales.

Ces partenariats pourront s'organiser sur une base territoriale plus proche de l'organisation administrative des collectivités territoriales. En effet, chaque ARS est chargée de définir des territoires de santé, c'est-à-dire d'élaborer un maillage plus fin pour la territorialisation de son action.

Alors que les agences régionales d'hospitalisation avaient retenu des territoires de santé qui correspondaient peu ou prou aux bassins de vie qui entouraient les établissements de santé, les ARS ont fait des choix différents, n'hésitant pas à définir comme territoires de santé les départements qui composent la région.

La définition des territoires de santé par les ARS

Le nombre de territoires de santé est passé de 159 (SROS III élaborés par les ARH) à 108, soit une diminution d'environ 32 %. La population moyenne des territoires passe de 374 000 à 605 000 habitants.

Pour le découpage des territoires de santé, 3 cas de figure peuvent être distingués :

- 11 ARS (dont celle de Guyane) ont défini des territoires de santé identiques au périmètre des départements qui composent la région ;
- 9 ARS ont choisi un maillage plus fin qui ne tient pas toujours compte des frontières départementales (par exemple, la région Nord-Pas-de-Calais qui est composée de 2 départements a été divisée en 4 territoires de santé) ;
- 5 ARS ont effectué un découpage supradépartemental, dont 3 qui ont choisi de faire de la région un seul territoire de santé (Corse, Franche-Comté, Limousin).

Au sein de ces territoires de santé, les ARS définiront des bassins de santé de proximité. A titre d'exemple, la région Auvergne compte 4 territoires de santé et 132 bassins de santé de proximité.

Ces partenariats auront pour objet la mise en œuvre des différentes facettes du plan régional de santé élaboré par chaque ARS. Par exemple, le projet de plan stratégique régional soumis à la concertation dans la région

Languedoc-Roussillon prévoit des partenariats dans des domaines variés. Sont notamment évoqués des partenariats dans les domaines du dépistage organisé des cancers, de la couverture vaccinale ou de la prévention de l'obésité infantile. Ces exemples font ressortir diverses facettes des partenariats envisageables. Dans le cas du dépistage du cancer, les collectivités territoriales sont susceptibles de jouer un rôle d'opérateur, dans le cadre de conventions avec l'État (cf. *supra*). L'exemple de l'obésité est, quant à lui, significatif du rôle que les collectivités territoriales peuvent jouer sans disposer de compétences sanitaires. Dans le dernier cas évoqué, c'est à travers la gestion de la restauration scolaire que les collectivités territoriales peuvent contribuer à promouvoir des comportements favorables à la santé.

Le partenariat avec les collectivités territoriales est également envisagé pour réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux comme, par exemple, la lutte contre l'habitat indigne.

Les modalités de ces partenariats restent à définir. La loi HPST évoque la conclusion d'un contrat local de santé sans en définir précisément le contenu. Cette absence de définition précise est volontaire ; les partenaires conventionnels sont ainsi laissés libres de définir les modalités et la portée de ces contrats. Si l'objet de ces contrats pourra être différent d'une collectivité territoriale à l'autre, il est fort probable que l'État souhaitera que leur exécution bénéficie de financements croisés et donc, *a minima*, d'un apport financier de la collectivité signataire.

B. LA SANTÉ EN TANT QU'OBJECTIF D'INTÉRÊT GÉNÉRAL : LA NÉCESSAIRE IMPLICATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

1. La santé se présente comme une compétence transversale...

La protection de la santé constitue, pour reprendre les termes du préambule de la Constitution de 1946, un principe particulièrement nécessaire à notre temps. La Nation la garantit à tous.

La réalisation de cet objectif d'intérêt général passe par des actions diverses et complémentaires (prévention, soins, diagnostics,...) dont la conduite implique l'activation de multiples leviers relevant de la compétence des collectivités territoriales. Parmi ces leviers, citons, entre autres :

- la formation, à commencer par celle des professionnels de santé ;
- l'environnement, via par exemple la lutte contre la pollution de l'air, la gestion de l'eau ou l'assainissement ;
- l'enseignement, qu'il s'agisse du volet éducatif *stricto sensu* (informations sur la nutrition, sur les comportements à risque...) ou des actions parascolaires (restauration,...) ;
- le sport, que la loi du 16 décembre 2010 intègre dans le champ des compétences partagées, dont la contribution à la santé n'est plus à démontrer ;

- les transports, notamment en ce que la mobilité (du médecin vers le patient ou inversement) contribue directement à l'amélioration de l'offre de soins...

Juridiquement, les collectivités territoriales exercent donc des compétences dans des domaines indispensables à une politique de santé efficace.

2. ...impliquant des actions qui relèvent des différents niveaux de collectivités territoriales

Quelques exemples suffiront, s'il en était besoin, à démontrer que, indépendamment du rôle (résiduel) conféré aux collectivités dans la politique de santé *stricto sensu*, chaque niveau est appelé à contribuer, et contribue effectivement, à l'objectif d'intérêt général de protection de la santé publique :

- les communes et leurs groupements ont notamment un rôle essentiel en matière de prévention. Le maire, au titre de son pouvoir de police, est expressément chargé d'assurer « *la salubrité publique* ». Les communes ou leurs groupements peuvent mettre en place des services municipaux de désinfection et des services communaux d'hygiène et de santé ; ces derniers sont alors chargés de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique relevant de l'autorité municipale (qualité de l'eau, lutte contre le bruit, salubrité des habitations...). Les différents plans et documents prospectifs auxquels peuvent être astreintes les communes ou intercommunalités (plans locaux d'urbanisme, programmes locaux de l'habitat, plans éducatifs locaux, plans de déplacements urbains,...) comportent des volets directement liés à la protection de la santé (lutte contre l'habitat indigne, contre la pollution,...). La restauration scolaire (en maternelle et en primaire) associe directement le bloc communal à la prévention, via la promotion d'une alimentation saine. L'action des communes ou des EPCI s'appuie souvent sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS, CIAS) qui ont depuis longtemps fait la preuve de leur grande utilité en ce domaine ;

- les départements sont en charge de politiques (handicap, personnes âgées,...) qui présentent des liens évidents avec la santé. Ils interviennent, eux aussi, dans la restauration scolaire, en l'occurrence au niveau des collèges. Ils sont en outre parties prenantes à des politiques qui, à l'instar de l'insertion (via notamment les programmes départementaux d'insertion), participent à la protection de la santé publique ;

- les régions sont impliquées du fait de leur rôle en matière de recherche (qui les conduit à participer à l'innovation en matière de santé), d'aménagement du territoire (développement des transports...), de formation (en particulier, via les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales), d'éducation (restauration dans les lycées),...

C. LA SANTÉ EN TANT QUE PRÉOCCUPATION D'ORDRE PRIVÉ : UN PARAMÈTRE ESSENTIEL À PRENDRE EN CONSIDÉRATION PAR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

a) La santé, facteur essentiel de l'attractivité d'un territoire

Les conditions sanitaires entendues au sens large (qualité de l'air, nutrition, offre de soins,...) constituent un facteur d'attractivité d'une collectivité.

Il est certes difficile d'en prendre la juste mesure, d'autant que celle-ci peut varier notablement d'une personne à l'autre, selon son âge, ses éventuelles affections, ses capacités de déplacement...

Il n'est cependant pas contestable que des initiatives locales en matière de santé peuvent utilement compléter les actions conduites par les collectivités territoriales dans l'exercice de leurs compétences, tout particulièrement en matière d'aménagement du territoire.

b) La santé, source d'attentes d'initiatives locales pour les citoyens

Lorsqu'ils se trouvent confrontés à des problèmes d'accès aux soins, les citoyens ont généralement le réflexe de transmettre leurs doléances aux élus locaux. Sur un sujet aussi fondamental, ceux-ci peuvent difficilement se retrancher derrière les règles relatives à la répartition des compétences ; ils ne le font d'ailleurs pas, animés par le souci de toujours servir au mieux l'intérêt général. Votre rapporteur considère même que, souvent, leurs interventions ont été rendues nécessaires par la carence des autorités juridiquement investies de la « compétence santé » : les collectivités territoriales ont dû, dans une large mesure, pallier l'absence de politique spécifique de l'État ou de l'assurance maladie. Ce volontarisme bienvenu a été le fait de nombre d'entre elles ; lors de son audition par votre rapporteur, notre collègue Jacques Blanc est par exemple revenu sur les (heureuses) initiatives prises par le conseil général de la Lozère qu'il avait mentionnées dans le cadre du débat sur la désertification médicale, tenu par le Sénat le 13 janvier dernier.

II. LES PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ : UN DÉFI POUR LES POUVOIRS PUBLICS ET DONC POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Les pouvoirs publics se trouvent aujourd'hui confrontés à la nécessité d'assurer le maintien d'une offre de soins à la hauteur de la demande des citoyens.

Le nombre de professionnels de santé en France n'a pourtant jamais été aussi élevé. En 2009, notre pays comptait en effet 216 000 médecins, contre 50 000 au début des années 60 et 140 000 au début des années 80. Qui plus est, en termes de densité médicale (nombre de médecins rapporté au

nombre d'habitants), il n'a rien à envier aux autres pays développés : la densité moyenne nationale, de 290 médecins pour 100 000 habitants, y est deux fois plus importante qu'aux États-Unis et la France devance sur ce point la plupart des États membres de l'Union européenne.

En réalité, notre pays est sous la menace d'une crise de l'offre de soins qui, loin d'être purement arithmétique, doit s'apprécier dans au moins trois dimensions :

- dans le temps, puisque, sur le plan purement statistique, la situation d'aujourd'hui, apparemment satisfaisante, porte en elle les germes d'une évolution préoccupante ;

- par discipline, puisque, au-delà des données globales, plusieurs branches souffrent ou souffriront bientôt d'une pénurie de professionnels ;

- par territoire, puisque la répartition géographique des professionnels conduit à la formation de véritables déserts médicaux.

A ces éléments, relatifs à l'offre de soins, s'ajoute une évolution à la hausse de la demande qui ne peut qu'amplifier le creusement du « déficit médical ».

A. DES PERSPECTIVES D'ENSEMBLE FORT PRÉOCCUPANTES

1. Le scénario annoncé d'une baisse de la densité médicale...

L'année 2010 a vu pour la première fois baisser (de 2 %) le nombre de médecins en activité régulière.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), **le nombre de médecins en activité devrait diminuer de 10 % au cours des quinze prochaines années.** Compte tenu, de surcroît, de l'augmentation de la population française, **la densité médicale retrouverait ainsi un niveau proche de celui du milieu des années 80.**

La décision des pouvoirs publics de relever à 8 000, à compter de 2011, le *numerus clausus* des étudiants en médecine (soit un niveau jamais atteint depuis la fin des années 70), ne modifiera pas de sitôt cette tendance : du fait de la durée des études, une telle décision ne produira d'effets que dans une dizaine d'années.

Le fait est que le monde médical connaît un phénomène de vieillissement : 42 % des médecins libéraux avaient plus de 55 ans en 2010, si bien que les départs à la retraite seront, dans les prochaines années, plus nombreux que les entrées dans la profession.

2. ...aggravée par la diminution du « temps médical disponible »

Les médecins consacrent en moyenne de moins en moins de temps à des tâches de santé, du fait d'une double évolution.

a) Une diminution du temps de travail global

Elle peut notamment s'expliquer par trois facteurs :

- un « effet générationnel » : les nouvelles générations semblent désireuses de se consacrer davantage que leurs « anciens » à la vie familiale ou aux loisirs. M. Jacques Blanc a notamment, lors de son audition par votre rapporteur, mis l'accent sur le fait que, en France, nombre de médecins exercent dans à temps partiel ;

- la forte féminisation des effectifs : représentant désormais 39 % des effectifs inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, les femmes devraient en constituer 50 % en 2020 et 53,9 % en 2030. Or, dans un rapport rédigé à la demande du Président de la République sur la « *définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », le Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, notait en 2010 que les femmes « *produisent 30 % de soins de moins que les hommes¹, vraisemblablement en raison de leurs contraintes familiales* » ;

- une crise du modèle traditionnel de la médecine libérale tel que nous le connaissons depuis la Seconde Guerre mondiale. De plus en plus de jeunes médecins optent pour l'exercice de leur profession dans un cadre salarial : des hôpitaux aux dispensaires, en passant par les maisons de retraite, les offres d'emplois ne manquent pas ; en outre, dans un contexte marqué par une très forte « *judiciarisation* » des relations médecin-patient, le statut de salarié offre une relative protection en transférant vers l'employeur la responsabilité civile en cas d'accident thérapeutique. On observe également un attrait de plus en plus grand de l'exercice de la médecine sous le statut de remplaçant, plus rémunérateur et plus intéressant en termes de gestion du temps que l'exercice en cabinet. Alors que, pendant longtemps, environ la moitié des jeunes diplômés se destinaient immédiatement à l'exercice de leur profession sous forme libérale, ils n'étaient plus que 8,5 % en 2010 ; deux tiers d'entre eux avaient opté pour le statut de salarié et un quart pour celui de remplaçant. A ce phénomène s'ajoute le fait que de nombreux médecins confirmés (5 000 en 2010) « *dévièrent leur plaque* » pour faire des choix identiques à la fin leur carrière professionnelle. Or, les médecins libéraux déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, soit des durées nettement supérieures à celles effectuées par leurs collègues salariés et par des remplaçants.

¹ Reprenant une estimation donnée par le président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, M. le professeur Yvon Berland, entendu le 3 octobre 2007 par la commission des Affaires sociales du Sénat.

On notera que ces différents facteurs agissent les uns sur les autres, s'entretenant mutuellement : l'attrait croissant du salariat, par exemple, s'explique aussi par le souci des jeunes générations de se ménager du temps libre et par la féminisation des effectifs (puisqu, comme le note le Dr Michel Legmann, « *cette féminisation s'accommode assez mal du niveau médiocre de protection sociale dont bénéficient les professions libérales, notamment en cas de congés de maternité* »).

Cette « soif de temps libre », au demeurant bien compréhensible, touche certes l'ensemble des métiers, et notamment les secteurs d'activité traditionnellement organisés sur un mode libéral (architectes, notaires, avocats, experts comptables...). Elle résonne cependant d'un écho particulier dans le secteur de la santé, où le praticien a affaire non pas à un client, mais à un patient ; la relation qui unit le premier au second est humaine avant d'être professionnelle ; le temps que le médecin choisit de ne plus consacrer à son métier ne retentit pas simplement, comme dans la plupart des autres professions libérales, sur le niveau de ses revenus, mais sur sa relation avec le patient qui peut mal vivre -*a fortiori* s'il souffre de sa maladie- cet arbitrage entre temps libre et temps de soins en faveur du premier. Le professeur François-Bernard Michel, membre de l'Académie nationale de médecine, développant une thèse d'un ancien président de celle-ci, le professeur Denys Pellerin, a récemment consacré de très remarquables écrits à cette évolution de l'humanisme médical, qui a longtemps caractérisé la médecine en France, vers le consumérisme médical : à la relation médecin-patient s'est substituée une relation prestataire de service-client.

b) Une diminution, au sein même du temps de travail global, de la part consacrée aux soins stricto sensu

On estime ainsi qu'un généraliste exerçant en libéral consacre 20 % de son temps de travail à des activités annexes : tâches administratives (comptabilité, télétransmission des actes, gestion des bénéficiaires de la CMU...), formation continue, réception de visiteurs médicaux ou délégués de l'assurance maladie, rédaction de certificats médicaux... Comme l'écrit le professeur François-Bernard Michel, « *l'agenda quotidien du médecin hospitalier n'a plus rien de commun aujourd'hui avec ce qu'il était voilà une vingtaine d'années. Au temps médical de soins, d'enseignement et de recherche, s'est superposé un temps de tâches administratives, obligatoire et prégnant, et qui obère de plus en plus ses journées au détriment du temps consacré aux malades* ».

Cette forme de « bureaucratization du métier », pour reprendre l'expression du Dr Michel Legmann, est en outre, sous certains de ses aspects (contrôle plus ou moins tatillon des organismes de protection sociale, par exemple), mal vécue par certains professionnels, ce qui n'encourage guère l'éclosion des vocations.

B. VERS DE GRAVES DÉSÉQUILIBRES SECTORIELS

Lors de son audition par votre rapporteur, le professeur Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français, a fort opportunément pointé du doigt ce point, souvent occulté par les déséquilibres géographiques (cf. *infra*) : selon lui, la France est aujourd'hui sous la menace sérieuse d'une grave pénurie de praticiens dans certaines disciplines : obstétrique, anesthésie...

Dans son rapport précité, le Dr Michel Legmann souligne que « *Certaines spécialités ne comptent plus ou peu d'inscriptions nouvelles : gynécologie-obstétrique, psychiatrie, ophtalmologie, dermatologie, radiodiagnostic et radiothérapie, radiodiagnostic et imagerie médicale* ». Il précise que « *Les baisses les plus fortes d'ici 2015 se produiront en médecine du travail (- 35,9 %), rééducation et réadaptation fonctionnelle (- 23,3 %), ophtalmologie (- 19,2 %), médecine interne (- 18,1 %) et psychiatrie (- 16,9 %)* ».

Parallèlement, d'autres secteurs devraient, eux, connaître une croissance forte et quasi continue : neurologie, endocrinologie...

Or, sans équilibre entre ses différentes branches, une politique de la santé ne peut qu'être boiteuse.

C. L'AGGRAVATION DE LA FRACTURE MÉDICALE : LA FORMATION DE DÉSERTS MÉDICAUX

1. Les inégalités entre régions et entre départements

De l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à la Cour des comptes, en passant par les travaux parlementaires (dont ceux rapportés par notre collègue Jean-Marc Juilhard²), de nombreuses études ont mis en exergue la formation de déserts médicaux. **En effet, non seulement l'évolution du nombre de médecins s'annonce globalement préoccupante, mais la répartition de ceux-ci sur le territoire s'effectue dans des conditions qui entraînent de fortes inégalités géographiques, contribuant à la formation de véritables déserts médicaux.**

La densité médicale moyenne en France, soit 290,3 médecins pour 100 000 habitants, résulte de situations très disparates selon les territoires puisque, dans la seule métropole, le rapport varie presque du simple au double, entre la région la plus dépourvue, la Picardie (238/100 000), et la région la mieux dotée, PACA (375/100 000). L'attention doit également être portée sur la situation en outre-mer : dans les Antilles et en Guyane, la densité moyenne

² « *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* », rapport d'information fait par M. Jean-Marc Juilhard au nom de la commission des Affaires sociales (Sénat, 2007-2008, n° 14).

était de seulement 219/100 000 et des projections envisagent une chute à 196/100 000 d'ici à 2030.

Les différences sont encore plus frappantes au niveau départemental, allant de 172 médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure à 741 pour Paris (et 414 pour le second département, les Bouches-du-Rhône), soit plus du quadruple.

4 % de la population seraient d'ores et déjà concernés par des difficultés d'accès aux soins de premier recours et, sans mesures de correction rapides, cette proportion pourrait connaître une augmentation continue.

Un constat analogue, quoique différent selon les branches, peut être dressé pour les spécialistes : pour les dentistes, la densité varie dans un rapport de 1 à 7 ; pour les kinésithérapeutes, le rapport est de 1 à 4.

2. Les inégalités intrarégionales et intradépartementales

Une analyse géographique plus fine montre que, dans une même région ou dans un même département, des inégalités de répartition criantes peuvent exister. C'est le cas entre les différents départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les départements du littoral étant beaucoup mieux pourvus que les départements alpestres (situation d'autant plus grave que l'activité médicale doit faire face à des difficultés particulières en zone de montagne, si bien qu'à densité égale, l'offre de soins y est forcément moindre que dans d'autres zones). A l'intérieur même des départements du littoral, des inégalités peuvent être constatées entre la frange littorale elle-même et l'arrière-pays, comme c'est le cas dans les Alpes-Maritimes.

L'un des facteurs essentiels de ces différences tient à la présence ou non d'un CHU dans le bassin de vie envisagé : en 2006, selon la DREES, 54 % des effectifs médicaux étaient installés au sein d'un pôle urbain situé dans la zone d'activité d'un CHU. Pour ces zones, l'évolution de la démographie médicale devrait être positive. Dans les zones autres que les pôles urbains avec CHU, le nombre de médecins en activité devrait se réduire par rapport à la situation actuelle. Enfin, **les zones rurales, qui regroupaient 8 % des médecins, devraient être confrontées à une diminution de 25 % du nombre de médecins en activité.**

Par ailleurs, pour beaucoup de praticiens, en particulier des spécialistes, l'exercice en zone urbaine est préféré à l'exercice en zone rurale pour des raisons :

- de choix de vie : à titre privé, ces professionnels préfèrent généralement vivre en ville pour un meilleur accès aux loisirs, la scolarisation des enfants... ;

- d'emploi du conjoint : le temps n'est plus où le médecin était le seul à travailler dans son couple. Les conjoints des médecins souhaitent travailler et la quête d'un emploi est évidemment plus aisée en ville qu'en zone rurale ;

- de rentabilité, pour ceux qui optent pour un exercice à titre libéral. Le plateau technique nécessaire à l'exercice de certaines professions (dentiste, cardiologues...) correspond à un investissement dont l'amortissement est bien plus aisé dans les villes. Ce phénomène est lié à une autre tendance, également observée : celle des médecins à se regrouper, ne serait-ce que pour réaliser des économies d'échelle dans les investissements ou par la mutualisation des assistants.

Circonstance aggravante, **cette évolution touche également les établissements de santé.** L'ONDPS a mis en exergue de nombreuses vacances de postes hospitaliers : **les petits hôpitaux ont de plus en plus de mal à pourvoir les postes, ce qui affecte durablement le fonctionnement de certains services.**

Pour autant, **il serait erroné de réduire le champ de la fracture médicale à une opposition entre les zones urbaines et les zones rurales.** Toutes les zones rurales, heureusement, ne sont pas menacées de désertification. Inversement, de nombreux secteurs, situés dans des zones urbaines, subissent, en raison notamment d'un climat d'insécurité, un exode de professionnels conduisant à les considérer comme des zones déjà sous-médicalisées ou en passe de l'être.

D. UNE HAUSSE CONTINUE DE LA DEMANDE DE SOINS

Les difficultés relatives à l'offre de soins auxquelles se trouve confronté notre pays sont d'autant plus aiguës que la demande connaît une évolution à la hausse appelée à se poursuivre sur le long terme.

Cette augmentation tient d'abord à la donne démographique : d'une part, la population française, et donc le nombre de patients potentiels, devrait croître de 10 % entre 2006 et 2030 ; d'autre part, elle va connaître un vieillissement qui, toutes choses égales par ailleurs, ne peut que pousser à la hausse de la demande de soins.

Ensuite, nos concitoyens se montrent de plus en plus exigeants, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, dans leurs comportements d'accès aux soins. Alors que, pendant longtemps, ils s'adressaient à un professionnel à des fins de diagnostic et de thérapie, ils portent une plus grande attention à la prévention ainsi qu'à des considérations para-sanitaires telles que le bien-être ou l'esthétique (orthodontie,...). L'évolution des techniques les conduit à demander des prestations plus complexes (par exemple, la pose d'une prothèse autoportée plutôt que d'une prothèse amovible).

III. QUELLES PISTES POUR UNE MEILLEURE COUVERTURE MÉDICALE DES TERRITOIRES ?

Les pouvoirs publics ont désormais pris conscience de l'ampleur du défi à relever pour assurer une couverture médicale du territoire à la hauteur des attentes des citoyens. Des initiatives ont d'ores et déjà été prises :

- par l'État, comme l'a notamment rappelé M. Emmanuel Berthier, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), entendu par votre Délégation le 3 mai dernier³ : identification des territoires « en tension » en matière d'offre de soins de premier recours et cartographie des besoins ; financement de 250 maisons de santé à l'horizon de l'année 2013 ; contrats de service public pour le milieu rural (consistant à accorder une bourse aux étudiants en médecine en contrepartie de leur engagement à s'installer en zone fragile)...

- par les collectivités territoriales : soutien à la création de maisons de santé pluridisciplinaires, octroi (en particulier de la part des régions) de bourses d'études médicales ou paramédicales, conseils aux professionnels (par exemple pour l'exercice regroupé)...

L'ensemble des acteurs publics (État, collectivités territoriales, assurance maladie) ont également prévu des mécanismes d'incitations financières à l'installation des professionnels de santé en zone sous-médicalisée ou menacée de l'être : exonération de taxe professionnelle, versement d'une prime à l'installation,... Ces mécanismes, pour diverses raisons (méconnaissance de leur existence, mauvaise articulation entre eux...), n'ont d'ailleurs pas, loin de là, donné des résultats à la hauteur des attentes.

Ce constat tend à démontrer que l'aspect financier, même s'il ne faut pas le négliger, n'est pas le seul paramètre qui intervient dans le choix de leur lieu d'exercice par les professionnels. D'ailleurs, s'il en était ainsi, la désertification médicale se résorberait quasiment d'elle-même puisque la perspective d'une clientèle abondante (du fait d'une demande de soins largement excédentaire par rapport à l'offre) suffirait alors à convaincre les intéressés de s'installer en zone sous-médicalisée.

C'est pourquoi votre Délégation a exclu de faire reposer sur un pilier financier ses propositions pour renforcer la lutte contre la désertification médicale. Ses recommandations ont été dictées par un triple souci :

- essayer d'apporter des réponses aux aspirations qui sont aujourd'hui celles des professionnels (temps libre, emploi du conjoint, rentabilité...) ;

- prendre en considération les évolutions (technologiques, sociologiques, économiques...) du contexte dans lequel s'exercent aujourd'hui les professions médicales pour s'efforcer d'en maximiser les effets positifs ;

³ Le compte rendu de cette audition figure en annexe au présent rapport.

- refuser la logique des frontières strictes entre les acteurs : frontières territoriales, puisqu'il serait aberrant de considérer que la protection de la santé d'un citoyen puisse être moins bien assurée dans une collectivité que dans une autre ; frontières sectorielles, aussi, puisque, comme on l'a vu, la santé est l'affaire de tous et constitue un objectif d'intérêt général incompatible avec la logique des « domaines réservés ».

Dans cette optique, votre Délégation considère que la lutte contre la désertification médicale passe par le respect de deux impératifs : partenariat et complémentarité. Plutôt que d'opposer vainement le rôle de l'État et celui des collectivités territoriales, il y a lieu de réfléchir, à la fois, aux initiatives que pourrait prendre l'État pour aider les collectivités territoriales à disposer d'une offre de soins adaptée à la demande et aux initiatives que pourraient prendre les collectivités territoriales pour accompagner les actions impulsées par l'État. Le binôme État/collectivités territoriales, en effet, ne saurait agir « en sens unique » : le premier trouve souvent auprès des secondes un complément des plus utiles dans la conduite de sa politique de santé et il n'hésite d'ailleurs pas à les solliciter formellement, comme on l'a mentionné à propos de la campagne de vaccination de la grippe H1N1 ; inversement, les collectivités territoriales doivent, en matière de santé comme dans d'autres domaines, pouvoir s'appuyer sur l'État et trouver auprès de lui des soutiens qui ne sont pas forcément d'ordre financier.

Quant aux solutions de fond que propose votre Délégation pour lutter contre la désertification médicale, elles sont de deux ordres : les unes tendent à augmenter le nombre de professionnels exerçant dans les zones fragiles ; les autres tendent à faire en sorte que le temps médical, en particulier dans les zones fragiles, soit utilisé au mieux afin qu'un même professionnel dispense demain davantage de soins qu'aujourd'hui (et à une qualité évidemment au moins identique).

A. ENDIGUER LE DÉPEUPLEMENT MÉDICAL DANS LES ZONES FRAGILES

1. Impliquer les futurs professionnels de santé dans l'exercice de la médecine en milieu rural

Dans un remarquable rapport remis au Président de la République, en novembre dernier, sur la médecine de proximité, comme lors de son audition par votre Délégation, le Dr Élisabeth Hubert a mis l'accent, pour le déplorer, sur le fait que la formation pratique des étudiants en médecine soit assurée quasi-exclusivement en CHU. Cette situation, d'autant plus critiquable que seulement 1 % des intéressés sont appelés à travailler plus tard en CHU, empêche les futurs professionnels de prendre toute la mesure de la diversité du monde médical, notamment de découvrir l'intérêt d'exercer en milieu rural et de se départir de certaines idées reçues sur la vie quotidienne dans les zones concernées ; la part grandissante des étudiants en médecine issus de milieux

urbains rend plus que jamais nécessaire de leur permettre de visualiser la réalité des choses sur le maillage de ces zones en termes de services tels que les écoles, les bureaux de poste...

Par ailleurs, développer les formations pratiques en milieu rural, et plus généralement dans les zones sous-médicalisées ou menacées de le devenir, présenterait l'avantage d'y renforcer la présence médicale : les services que peuvent rendre à la population des stagiaires forts de quelques années d'études, et disposant donc de bases solides, ne sont plus à démontrer.

Pour impliquer ainsi les futurs professionnels de la santé dans l'exercice de la médecine en milieu rural, votre Délégation propose deux séries de pistes de réflexion.

a) Prévoir une année de formation pratique en zone sous-médicalisée

Votre Délégation s'est montrée sensible à l'appel du Dr Élisabeth Hubert à la création d'une année de formation en zone sous-médicalisée, formulée en ces termes dans son rapport au Président de la République :

« Afin de parfaire la formation des médecins généralistes et de les préparer à l'exercice en cabinet libéral, il serait créé une séniorisation d'un an après le troisième cycle.

Cette année, qui aboutirait à porter à quatre ans la durée du DES de médecine générale, se ferait sous la forme d'un exercice à temps plein, en totale autonomie au sein de la région de rattachement de l'ex-interne, sous le tutorat d'un médecin généraliste de référence, en des territoires identifiés comme sous densifiés en médecins ou en voie de sous densification.

A l'instar d'un collaborateur libéral, ce senior serait installé dans un cabinet dont il n'aurait pas à assurer l'installation et la gestion. Mais ces charges seraient portées non par un médecin déjà installé mais par les collectivités territoriales (municipalité, communauté de communes, département). Il bénéficierait des revenus des actes effectués, sous couvert d'une rémunération minimale garantie, dont le montant devra être attractif afin de lever chez ce jeune médecin tout sentiment d'insécurité et toute réticence vis-à-vis de ce mode d'exercice. »

Votre Délégation approuve une telle proposition dans son principe, estimant que les détails doivent en être définis en étroite concertation avec les professionnels (concertation qui, pour avoir déjà été largement conduite dans le cadre de la mission du Dr Élisabeth Hubert, devrait pouvoir être rapidement menée à son terme par le Gouvernement, déjà saisi depuis plus de six mois de cette proposition). Il en va notamment ainsi pour le choix du stade des études auquel se déroulerait cette année de formation : la perspective de la fixer après le troisième cycle doit être regardée non comme un objectif ferme, mais comme une option (au demeurant fort recevable, car l'efficacité d'une telle mesure suppose que la formation intervienne à un stade avancé des études).

Par ailleurs, comme l'a d'ailleurs souligné le Dr Elisabeth Hubert lors de son audition, il est souhaitable d'éviter un allongement de la durée totale des études de médecine, déjà suffisamment longues pour assurer une excellente formation scientifique. Aussi l'institution d'une année d'exercice en milieu sous-médicalisé devrait-elle être envisagée dans une perspective d'ensemble de réorganisation du cursus universitaire.

Proposition : définir, en concertation avec les professionnels et sans allonger la durée totale des études, les modalités d'une année de formation pratique des étudiants en médecine dans des zones fragiles.

Il va sans dire que cette proposition suppose que soit déterminée avec précision et sur des critères objectifs la notion de « zones fragiles ».

b) Supprimer les obstacles à la mobilité des étudiants

Ces obstacles sont à la fois d'ordre juridique et pratique.

(1) Les obstacles juridiques

Au cours de l'audition de M. Emmanuel Berthier, le Président Claude Belot a apporté son témoignage sur ce que l'on pourrait appeler un « mur de verre » faisant obstacle à la mobilité des étudiants et donc, dans une certaine mesure, à leur éloignement de leur ville universitaire : la régionalisation des études est à l'origine d'un cloisonnement qui empêche les internes d'accomplir leurs stages en dehors de leur région universitaire de rattachement. C'est ainsi, pour reprendre l'exemple de M. Belot, que les étudiants inscrits à Bordeaux ne viennent plus à Jonzac (qui ne se trouve pourtant qu'à une heure de route), dont le centre hospitalier est formellement rattaché à la région Poitou-Charentes... mais ceux qui sont inscrits à Poitiers n'y viennent pas pour autant, Jonzac en étant éloigné d'environ 200 km.

Votre Délégation estime nécessaire de remédier à cette situation, pour le moins curieuse, et qui touche directement les hôpitaux de proximité (les grandes structures hospitalières n'ayant pas de difficultés pour recruter des internes). A cette fin, elle propose de permettre aux étudiants d'accomplir leurs formations pratiques en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire..

Proposition : permettre aux étudiants en médecine d'accomplir leurs formations pratiques en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire.

Cette proposition ne sera cependant d'une véritable efficacité que si les étudiants en médecine ont la possibilité de bénéficier d'une bourse d'une collectivité située en dehors de leur région universitaire (par exemple que la région Poitou-Charentes puisse accorder une bourse à un étudiant inscrit à Bordeaux). Il faut donc non seulement que l'étudiant concerné puisse, juridiquement, « frapper à une autre porte », mais également qu'il soit informé de ce droit.

Proposition : prévoir l'obligation d'informer tout étudiant en médecine, au moment de son inscription, de son droit de solliciter une bourse auprès de toute collectivité territoriale, y compris auprès de celles situées en dehors du territoire de sa région universitaire.

(2) Les obstacles pratiques

Les étudiants désireux d'accomplir un stage en dehors de leur zone universitaire, et donc ceux tentés par une formation en milieu rural, peuvent se heurter à plusieurs obstacles pratiques, deux en particulier : les difficultés de transport et l'accès au logement sur place.

Les collectivités territoriales ont donc à l'évidence un rôle important à jouer en la matière. C'est bien entendu à chacune d'entre elles qu'il appartient de juger de l'opportunité, de la forme et de l'intensité des mesures qu'elle souhaite prendre pour lever ces obstacles. Néanmoins, pour donner les meilleurs résultats, ces mesures ne sauraient être prises et appliquées isolément :

- elles doivent être intégrées dans une perspective d'ensemble. Les collectivités tentées par une politique volontariste d'accueil des étudiants en médecine doivent, pour « viser juste », disposer d'informations dont elles ne disposent pas forcément : le nombre de bénéficiaires potentiels de leurs décisions, les initiatives prises par les collectivités voisines... Il serait par exemple regrettable que le total des logements pour étudiants prévus dans un territoire soit disproportionné au regard du nombre de bénéficiaires potentiels ;

- ces mesures supposent d'être relayées auprès des bénéficiaires potentiels, les étudiants. Les universités ont à cet égard un rôle essentiel à tenir ;

- elles s'inscrivent dans un objectif national (rappelé encore récemment par le ministère de la Santé dans la perspective de l'élaboration des nouveaux SROS) de mobilisation d'outils pour les zones fragiles : incitations financières, contrats d'engagement de service public... Un minimum de coordination est indispensable à une mise en œuvre cohérente de ces outils.

Au final, une politique d'« attractivité estudiantine » en milieu rural implique de fédérer les énergies des différentes parties prenantes, à savoir, au minimum, les collectivités territoriales candidates, l'université, la région et l'ARS. Conformément à la règle de conduite qui a toujours été la sienne, votre

Délégation s'en remet pour cela à l'intelligence territoriale et recommande donc de privilégier les dispositifs de coopération (conventions, échanges d'informations...) plutôt que les mesures réglementaires.

Proposition : mettre en place des dispositifs, de nature informative ou conventionnelle, assurant la cohérence des aides à la mobilité des étudiants en médecine ; associer au minimum, au sein de tout dispositif applicable à un territoire, la région, l'ARS, la faculté de médecine et les collectivités infrarégionales impliquées dans ces aides.

c) Sensibiliser précocement les étudiants aux spécificités de l'exercice de la médecine

Comme votre rapporteur l'a déjà soulevé, la relation médecin-patient ne peut être considérée comme synonyme de la relation prestataire-client. C'est un point sur lequel il convient de sensibiliser très tôt les candidats au métier de médecin, ce qui n'est pourtant pas le cas aujourd'hui. Comme le résume parfaitement le professeur François-Bernard Michel, « *Nul ne questionne les étudiants(es), candidats(es) au concours d'accès aux études du doctorat en médecine, pour savoir s'ils ont vraiment le désir de soigner l'être humain souffrant et s'ils seront disponibles pour la personne malade avec toute la générosité nécessaire ? Certains se posent cette question bien tard, lorsqu'ils sont confrontés au malade et parfois abandonnent ou choisissent des filières qui les soustraient à une relation étroite avec le malade* ». Au final, « *vingt pour cent des étudiants engagés dans la filière déplorent, semble-t-il après coup, ne pas se sentir disposés à exercer la médecine* ».

Cette situation est un véritable gâchis : pour l'étudiant lui-même, qui aura consacré des années de formation (avec les frais qui leur sont liés) à un métier qui ne lui correspond pas ; pour la société, qui aura engagé des frais inutiles et qui, surtout, aura « perdu » un médecin puisque, du fait du *numerus clausus*, l'admission à la faculté de l'intéressé se sera faite au préjudice d'un candidat (le mieux placé des non-admis) qui, lui, avait peut-être véritablement « la fibre » du médecin. C'est au regard de cette dernière considération que la question de la sensibilisation précoce des étudiants aux spécificités de l'exercice de la médecine, même si elle n'est pas propre aux zones fragiles, rejoint directement la question de la désertification médicale.

Cette sensibilisation pourrait notamment prendre la forme d'entretiens de motivation à des stades d'études à déterminer, mais précoces (peut-être dès le concours d'accès aux études ou en fin de première année) et affectés de coefficients suffisamment forts pour que le candidat éprouve le besoin de se renseigner parfaitement sur les conditions d'exercice du métier auquel il postule.

Proposition : prévoir, dans les épreuves applicables aux études de médecine, des entretiens de motivation affectés de coefficients élevés.

2. Favoriser l'installation des professionnels en exercice

a) Sur le plan administratif : faciliter la conduite des projets

Qu'il s'agisse d'ouvrir un cabinet personnel, de s'associer au sein d'une société ou de créer une maison de santé, la conduite d'un projet n'est jamais chose aisée.

Elle suppose de s'y retrouver dans les dédales administratifs, les maquis financiers et la jungle des normes de notre pays.

Elle suppose également de disposer du temps nécessaire et exige souvent de s'y consacrer à temps plein pour un aboutissement dans des délais raisonnables.

Elle suppose, enfin, des connaissances multiples (comptables, économiques, juridiques...), permettant d'apprécier la viabilité d'un projet (mesuré en termes de rentabilité pour un projet d'origine privé et en termes d'utilité au regard de l'intérêt général pour une initiative publique). En matière de santé, la conduite de projet implique notamment une analyse des besoins de la population et une vision globale, sur un territoire, de l'offre de soins.

Dans ces conditions, laisser les professionnels de santé mener eux-mêmes un projet, de A à Z, est la garantie d'un taux de découragement avant terme proche des 100 %... Ce constat, valable pour tout le territoire national, est encore plus aigu en zone rurale, du fait de difficultés supplémentaires auxquelles se heurte le porteur de projet : déplacements chronophages dès lors que les interlocuteurs (ARS, collectivités territoriales...) ne sont pas concentrés dans une même ville ; recherche de partenaires (associés potentiels, par hypothèse difficiles à trouver dans les zones sous-médicalisées)...

C'est la raison pour laquelle votre Délégation souhaite :

- d'une part, la mise en place, dans chaque région, d'un guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires à un candidat à l'installation (situation de l'offre et de la demande de soins, organisation du maillage sanitaire sur un territoire donné, rôles des différents intervenants tels que l'ARS et les collectivités territoriales, projets en cours...). La question reste ouverte de savoir si ce guichet unique doit être placé sous la responsabilité de l'ARS, comme le préconise le Dr Élisabeth Hubert, ou sous celle du Conseil régional de l'Ordre des médecins, comme le recommande le Dr Michel Legmann : l'essentiel est que ce guichet unique assure une centralisation efficace des informations, accessible notamment par un portail internet, et entretienne des liens étroits avec l'Université (garantissant sa visibilité par les étudiants et jeunes diplômés). Votre Délégation opte plutôt pour la première solution ;

- d'autre part, la mise en place, également dans chaque région, d'un mécanisme d'ingénierie de projet permettant de conduire à terme, et dans un délai raisonnable, toute initiative tendant à assurer l'installation de médecins, qu'elle soit le fait de particuliers ou de collectivités territoriales. Cette

ingénierie doit être confiée à un véritable professionnel de la conduite de projet.

Votre rapporteur insiste sur le fait que le guichet unique et l'ingénierie de projet doivent effectivement être ouverts aux collectivités territoriales afin que celles-ci disposent d'une vision d'ensemble et d'un appui technique leur permettant d'apprécier :

- l'opportunité du principe même d'une initiative tendant à faire venir des médecins. Seront ainsi évitées des situations dans lesquelles sont construites des maisons de santé sans professionnel pour s'y installer ou sans véritable besoin pour la population ;

- la forme de cette initiative qui, comme on le verra à propos des plates-formes de télésanté, ne nécessite pas forcément de recourir au dispositif le plus onéreux des maisons de santé.

Proposition : créer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque Conseil régional de l'Ordre des Médecins, un guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires aux candidats à l'installation.

Proposition : nommer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque Conseil régional de l'Ordre des Médecins, un professionnel de l'ingénierie de projet chargé d'accompagner les particuliers et les collectivités territoriales porteurs d'un projet de santé.

b) Sur le plan juridique : assouplir et simplifier les dispositifs

La source de découragement des candidats à l'installation que représentent la lourdeur et la complexité des dispositifs sera bien sûr considérablement atténuée par la mise en place d'un guichet unique et d'une ingénierie de projet telle que préconisée ci-dessus.

Il n'en demeure pas moins que des efforts devront être faits pour « éradiquer le mal à la racine » et assurer, sinon une illusoire simplicité, du moins une cohérence des dispositifs.

Ainsi, lors de l'audition de M. Emmanuel Berthier, DATAR, notre collègue Charles Guéné a mis en avant la situation paradoxale résultant des règles de rémunération de certains médecins généralistes conventionnés⁴ en zone sous-médicalisée : le bonus de rémunération (20 % du tarif de la consultation) ne peut leur être accordé, selon l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, que s'ils justifient d'une activité réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée. Ne peuvent donc y prétendre les médecins qui consentent à s'éloigner de leur cabinet pour, occasionnellement, apporter un

⁴ Ceux exerçant en groupe ou ayant adhéré à l'option de coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés prévue par la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

renfort apprécié dans ces zones... alors que le médecin qui est sur place, lui, perçoit ce bonus (d'ailleurs tout à fait légitimement, puisque ce supplément fait partie de l'arsenal financier d'incitation à s'installer en zone sous-médicalisée).

Votre Délégation estime que ce seuil des deux tiers est de nature à décourager les « bonnes volontés ». Dans ce contexte, votre rapporteur s'est interrogé sur la possibilité d'appliquer le bonus dès la première consultation en zone déficitaire, quelle que soit la part d'activité qu'y consacre le praticien. Pour autant, subordonner le déclenchement du bonus à un seuil minimum d'exercice en zone fragile présente l'avantage d'inciter les médecins à y effectuer des consultations avec une certaine régularité.

Aussi votre Délégation a-t-elle opté pour un assouplissement du dispositif actuel plutôt que pour sa suppression pure et simple. Sa proposition consiste donc à ramener de deux à un tiers le taux d'activité en zone fragile permettant à un médecin de bénéficier d'une consultation à tarif majoré.

Cette proposition ne lui semble pas de nature à grever exagérément le budget de l'assurance maladie : d'abord, parce qu'une politique active de lutte contre la désertification médicale, à laquelle le Gouvernement a manifesté son intention de s'atteler, devrait à terme réduire le nombre de zones déficitaires (et donc le nombre des bénéficiaires potentiels de ce bonus) ; ensuite, parce que, comme en a témoigné M. Guéné, cette incohérence, mal vécue par les intéressés, décourage peu à peu les médecins venant en renfort, si bien que les consultations occasionnelles qu'ils effectuaient sont peu à peu remplacées par des consultations de médecins « locaux » qui, elles, donnent lieu à ce bonus.

Proposition : ramener de deux à un tiers le taux d'activité en zone sous-médicalisée, permettant à certains médecins généralistes de bénéficier d'une majoration du tarif de la consultation.

c) Sur le plan matériel : aider aux investissements

L'ouverture d'un cabinet médical nécessite la mobilisation de fonds qui peuvent se révéler particulièrement importants.

Outre les « murs », c'est souvent tout un plateau technique qu'il convient de financer. L'opération se révèle particulièrement coûteuse pour des spécialistes (cardiologues, dentistes, radiologues...), dont le matériel est parfois soumis à une obsolescence rapide du fait des progrès scientifiques.

La rentabilité de l'investissement total suppose ainsi la garantie d'un minimum de clientèle, ce que les professionnels ont tendance à considérer comme loin d'être acquise dans les zones rurales.

Ce sentiment n'est d'ailleurs pas toujours fondé, tout au moins pour les zones déficitaires, puisque, par définition, celles-ci se caractérisent par une demande de soins trop élevée au regard de l'offre (cette considération constitue un élément supplémentaire en faveur de la création du guichet

unique proposé ci-dessus). Il n'en est pas moins réel et de nature à dissuader les candidats à l'installation.

Les pouvoirs publics, et notamment les collectivités territoriales, peuvent contribuer à y remédier :

- tout d'abord, par des mesures tendant à diminuer, dans les zones déficitaires, le coût total de l'investissement nécessaire à l'installation : prêts à taux réduit (voire à taux zéro), location ou vente de locaux à des tarifs incitatifs (moyennant, bien entendu, certains engagements de la part des bénéficiaires, notamment, en cas de vente, sur un minimum de durée de maintien dans les lieux)... Sur ce point comme sur d'autres, les collectivités territoriales doivent bien entendu demeurer libres de la forme et de l'intensité de leurs initiatives. Celles-ci ne donneront cependant leurs meilleurs résultats que si elles font l'objet d'une diffusion suffisante pour les porter à la connaissance de leurs bénéficiaires potentiels, mais aussi des divers responsables publics de territoires voisins. Ces derniers pourraient en effet, par méconnaissance de leurs initiatives respectives, se livrer involontairement à une concurrence qui ouvrirait la porte à des surenchères pour le moins éloignées tant du serment d'Hippocrate que de l'intérêt général : la tentation serait grande, pour les destinataires des aides, de comparer les différentes offres avant de s'installer non pas sur le territoire qui aurait le plus besoin de leurs services, mais sur celui qui présenterait le plus d'avantages. La remontée des informations relatives aux aides des collectivités territoriales, par un système de guichet unique tel que proposé ci-dessus, permettrait à l'autorité gestionnaire de celui-ci d'alerter les parties prenantes sur des initiatives potentiellement concurrentes, les invitant ainsi à se rapprocher pour articuler au mieux leurs interventions ;

- ensuite, par la mise en place d'un dispositif d'« assurance investissement » qui pourrait s'inspirer d'une proposition formulée devant votre Délégation par le Dr Élisabeth Hubert dans les termes suivants : « *une forme de portage, consistant à garantir les investissements consacrés à un regroupement, sous réserve de rester en place un minimum de temps (cinq ans pour les plus jeunes et jusqu'à l'âge de la retraite pour les plus anciens) : ou bien, lors de son départ, l'intéressé trouve un successeur et le problème est réglé ; ou bien il n'en trouve pas, et un "fonds-tampon" prend à sa charge la recherche du professionnel susceptible de lui succéder. Cet accompagnement dans le risque serait un véritable accélérateur d'initiatives* ». Ce fonds de garantie à l'investissement doit bien entendu être destiné aux seules zones touchées par la désertification, ou menacées de l'être ; cet impératif, allié à la nécessité d'une large mutualisation des crédits, plaide pour un fonds national, comme le recommande le Dr Élisabeth Hubert (qui suggère d'en confier la gestion à la Caisse des Dépôts et Consignations).

Proposition : coordonner les aides publiques locales à l'installation des médecins par un dispositif assurant l'information des collectivités territoriales sur leurs initiatives respectives.

Proposition : mettre en place un dispositif national d'« assurance investissement » au profit des candidats à l'installation en zone sous-médicalisée ou en zone fragile.

d) Sur le plan du cadre de vie

Comme l'écrivait notre collègue sénateur Jean-Marc Juilhard dans son rapport, déjà mentionné, rédigé en 2007 au nom de la commission des Affaires sociales, « *le milieu rural est perçu comme une zone de fortes contraintes* ».

Le fait est qu'il pâtit de certaines impressions de nature à décourager des candidatures à l'installation : le sentiment d'un déficit de loisirs par rapport à la ville, la crainte de ne pouvoir y trouver de travail pour le conjoint, des inquiétudes quant à la desserte en services au public (écoles, commerces, transports, bureaux de poste...)...

La lutte contre ce handicap d'image en ce qui concerne le cadre de vie relève de problématiques bien plus larges que celle du présent rapport : aménagement du territoire, emploi, économie... Elle relève largement des collectivités territoriales et la démonstration a depuis longtemps été faite que les élus locaux ne ménagent pas leurs efforts. De l'accueil des enfants en milieu rural (qui a notamment donné lieu, en juillet 2009, à un excellent rapport de votre commission des Affaires sociales, sous la plume de M. Jean-Marc Juilhard) à la politique des transports (qui donnera prochainement lieu à un rapport de notre collègue Yves Krattinger devant votre Délégation), le Sénat se fait régulièrement l'écho de leurs initiatives.

Une communication plus ciblée, à l'intention spécifique des professionnels ou futurs professionnels de la santé, assurerait cependant une meilleure visibilité des réalités locales aux candidats potentiels à une installation ; elle permettrait, dans une certaine mesure, de revenir sur certaines impressions négatives, dont beaucoup relèvent du domaine des préjugés, du fait d'une méconnaissance des conditions de vie en zone rurale.

Les supports d'une telle communication peuvent prendre des formes diverses. Votre Délégation a notamment trouvé convaincante la proposition, formulée par M. Jean-Marc Juilhard dans son rapport sur l'offre de soins, d'organiser dans chaque région une journée d'information qui pourrait servir aussi bien, comme le recommande notre collègue, à « *présenter les besoins régionaux en matière d'offres de soins* » qu'à sensibiliser les professionnels et futurs professionnels aux conditions de vie qui seraient les leurs en cas d'installation dans tel ou tel territoire.

Proposition : organiser, chaque année et dans chaque région, une journée de sensibilisation des professionnels et futurs professionnels sur les conditions d'exercice dans les différents territoires, tant sur le plan professionnel que sur celui du cadre de vie.

B. OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL

1. Alléger le travail administratif des professionnels de santé

Comme on l'a vu, les professionnels de santé, et en particulier les médecins, sont confrontés à des tâches administratives ou pseudo-médicales (certificats multiples), souvent lourdes, qui grèvent exagérément le temps médical effectif, peuvent décourager certaines vocations et représentent un coût sérieux pour l'assurance maladie (dès lors que, par exemple, un certificat implique une consultation).

Les pouvoirs publics, en l'occurrence les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, se sont opportunément engagés dans une démarche de simplification qu'il convient de parfaire, notamment sur deux points :

- par la reconnaissance des « certificats multi-usages », c'est-à-dire des certificats médicaux dont un seul exemplaire suffit pour frapper à plusieurs portes. Comme se le demande le Dr Élisabeth Hubert, est-il nécessaire, lorsqu'une famille s'adresse à plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (pratique fréquente du fait des listes d'attente) de demander à un médecin de remplir un formulaire pour chacun d'eux ? Cette interrogation peut se décliner sur différents registres : au lieu d'exiger trois certificats pour permettre à un enfant de suivre les cours d'éducation physique et de s'inscrire en natation et au ping-pong, ne peut-on se contenter d'un seul certificat, valable pour une certaine durée (un an, par exemple), garantissant l'aptitude de cet enfant (le cas échéant accompagné de réserves) ?

- par une campagne d'information auprès des administrations et organismes sur les simplifications opérées. Le Dr Élisabeth Hubert émet ainsi des doutes sur l'application par des établissements scolaires de l'application de la consigne du ministère de l'Éducation nationale après la suppression de l'exigence de certains certificats. Il va sans dire qu'une telle inertie, qui s'explique sans doute par un manque d'information, ne peut que réduire sensiblement la portée effective des décisions prises en la matière.

Proposition : reconnaître les certificats médicaux « multi-usages » afin d'éviter la multiplication des demandes de certificat à des fins identiques.

Proposition : assurer une information rapide et complète des administrations et organismes concernés sur toutes les décisions prises pour simplifier les formalités administratives des professionnels de santé.

2. Renforcer les coopérations entre professionnels de santé et leur complémentarité

La coopération entre les professionnels est un point si fondamental que notre droit l'a érigée, sous divers aspects, en obligation juridique. Le code de déontologie médicale impose ainsi au médecin de consulter un confrère lorsque les circonstances l'exigent et, s'il y a lieu, de recourir à des « concours appropriés » pour élaborer son diagnostic. Mais, au-delà de sa dimension juridique, cette coopération est tout simplement, comme l'a fort justement écrit le Dr Élisabeth Hubert, « une chance » pour notre système de santé.

a) Redistribuer les tâches entre les différents intervenants de la chaîne médicale

La France se caractérise par le fait que les médecins accomplissent souvent des tâches purement administratives ou qui, dans d'autres pays, relèvent de professionnels du secteur paramédical. Il en résulte à la fois une diminution du temps médical disponible et, dans une certaine mesure, un sentiment de dévalorisation peu propice aux vocations.

Tous les acteurs de la chaîne médicale et paramédicale sont d'ailleurs concernés et l'on ne peut que partager le sentiment de gâchis exprimé devant votre Délégation par le Dr Élisabeth Hubert en constatant la fréquente utilisation des compétences, pourtant grandes, de nos infirmières à des tâches telles que la toilette de malades.

Une redistribution s'impose afin de dégager du temps médical. Votre rapporteur considère que, sur le terrain, les professionnels y sont plus que disposés : ils l'attendent. Pour ne prendre qu'un exemple, il n'est guère douteux que les médecins, dans leur grande majorité, accepteront, sur des problèmes de plaies, de douleurs ou de soins palliatifs, de s'en remettre à des infirmières qu'ils savent parfaitement formées et d'autant plus performantes qu'elles y consacrent l'essentiel de leur activité quotidienne.

Les idées, en la matière, ne manquent pas : confier à des professionnels non médecins « des gestes simples mais répétitifs » tels que des opérations de la cataracte ou des poses de prothèses simples (Dr Élisabeth Hubert) ; transférer à des assistants des actes dentaires tels que le détartrage ou la prise d'empreintes... Dans certains pays, des examens tels que les échographies ou radios sont réalisés par des auxiliaires (mais interprétés par les médecins spécialistes), les anesthésies sont pratiquées par des infirmières spécialisées...

Votre Délégation estime cependant que la nouvelle répartition des tâches qu'elle appelle de ses vœux relève avant tout des acteurs de la chaîne

médicale eux-mêmes. C'est à eux qu'il appartient de définir les règles du jeu, à la lumière notamment des exemples étrangers et des nombreuses propositions formulées ces dernières années sur les différents volets de la santé (prévention, éducation thérapeutique, diagnostic, soins...).

Proposition : charger sans tarder une structure représentative de l'ensemble des professions médicales et paramédicales de proposer une nouvelle répartition des tâches entre les différents acteurs adaptée aux niveaux de qualification.

b) Inciter à la spécialisation des professionnels paramédicaux

La redistribution des tâches entre les différents acteurs de la chaîne médicale gagnerait grandement à être accompagnée d'un développement des spécialisations paramédicales. Il va sans dire, par exemple, que le choix de s'appuyer sur des infirmiers pour la réalisation d'anesthésies, s'il devait être fait, serait d'autant plus aisé à mettre en œuvre que notre pays disposerait d'un vivier d'infirmiers spécialisés en ce domaine. La même remarque peut être formulée pour toutes les tâches aujourd'hui assumées par des médecins et susceptibles d'être déléguées à d'autres professionnels. L'inventaire de ces tâches relève, lui aussi, des intéressés. Il n'en demeure pas moins du devoir des pouvoirs publics de se tenir prêts à les accompagner dans leurs choix en mettant en œuvre des formations adaptées.

Proposition : prévoir des formations complémentaires pour assurer la spécialisation des professionnels paramédicaux susceptibles d'assumer des tâches accomplies aujourd'hui par des médecins.

3. Développer la télémédecine

Officiellement consacrée dans notre corpus législatif par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la télémédecine fait désormais l'objet d'une définition officielle, issue de la loi HPST et codifiée à l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique :

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

Ainsi définis, les avantages de la télémédecine ne sont plus à démontrer. Ceux-ci s'apprécient en premier lieu, de manière évidente, en termes de santé : pour les patients, la télémédecine permet un meilleur accès aux soins, accélère le diagnostic, facilite le suivi thérapeutique, favorise une prise en charge pluridisciplinaire... Pour les professionnels, elle favorise le travail en commun (et donc les coopérations), assure des gains de temps (moins de déplacements, une gestion administrative plus rapide,...)... Pour le système de santé dans son ensemble, elle permet par exemple de réduire la durée du séjour en hôpital (dans la mesure où le patient peut être, avec les mêmes garanties de sécurité, suivi à domicile), facilite la permanence des soins et peut, dans une mesure qui reste à déterminer, contribuer à limiter le recours aux urgences.

Mais la télémédecine est aussi, plus généralement, un véritable « atout pour notre bien-être », selon la très juste expression de notre collègue Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, dans un rapport remis en octobre 2009 à Mme le ministre de la Santé. Atout au service de notre environnement et de l'aménagement du territoire (par le maintien ou le retour de compétences qu'elle peut assurer dans des zones médicales fragiles), elle a aussi un impact économique largement positif : le rapport de M. Pierre Lasbordes évalue à 25 € le coût d'une téléconsultation (y compris les frais de structure), qu'il compare aux 80 € de coût moyen d'une consultation médicale « classique », tout compris (rémunération du professionnel, transport, structure...). L'enjeu serait donc une économie potentielle de 55 € par téléconsultation non suivie d'une consultation « classique ».

Il résulte de ce dernier constat que la contrainte financière n'est pas opposable au développement de la télémédecine puisque, loin de coûter au contribuable, elle lui assure un système de santé de meilleure qualité à des coûts nettement moindres.

Pour inciter à ce développement, votre Délégation s'est prononcée en faveur de trois séries d'initiatives.

a) Mettre en place des plates-formes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé

Comme l'a souligné le Dr Elisabeth Hubert lors de son audition par votre Délégation, la logique du chiffre qui préside à la création de maisons de santé n'a pas de pertinence. Le choix d'engager une telle entreprise n'est pas une question d'arithmétique, mais de besoins. Il suppose l'examen approfondi d'un projet : ou bien cet examen conclut à une véritable utilité pour un territoire donné et une maison de santé peut, et même doit, être mise en place ; ou bien, il en conclut autrement, et il est aberrant de consacrer des ressources

financières et de l'énergie à une entreprise uniquement pour respecter des objectifs chiffrés définis sans prise en compte des réalités du terrain.

Cette appréciation de l'utilité d'une maison de la santé (qui pourrait relever de l'ingénierie de projet dont la mise en place est recommandée ci-dessus) doit prendre en considération la solution intermédiaire que peut constituer une plate-forme de télésanté. Un examen attentif des réalités locales pourra, ça et là, conclure à la nécessité d'une intervention soutenue par les pouvoirs publics, et notamment les collectivités territoriales, moins lourde et moins coûteuse qu'une maison de santé. Dans une telle hypothèse, le déploiement d'une plate-forme de télésanté (dotée d'instruments de télétransmission de données et d'images, de visioconférence, etc.), dès lors qu'il se révélerait suffisant, devrait être privilégié.

Les plates-formes de télésanté s'inscrivent ainsi pleinement dans une logique de pôle de santé, sans doute bien adaptée, par sa souplesse, à la lutte contre la désertification médicale.

Proposition : développer les plates-formes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé.

b) Clarifier le droit applicable à la télémédecine

La place encore réduite de la télémédecine est d'autant plus regrettable que la quasi-totalité des établissements de soins (publics ou privés) sont aujourd'hui dotés d'équipements de communication à distance. Malheureusement, les différents systèmes restent largement cloisonnés. Cela tient d'abord à une « culture » de l'usage du matériel informatique : pour beaucoup de professionnels, celui-ci est destiné à la gestion administrative des dossiers et des établissements, plus qu'à l'exploitation médicale de données ; cela tient également à l'absence d'interopérabilité entre les systèmes des différents acteurs.

Votre Délégation prend acte, et se réjouit, des initiatives récemment prises pour remédier à cette situation, en particulier sous les auspices de l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP) de santé. Ces initiatives annoncent à court et moyen termes des avancées significatives de nature à lever des obstacles auxquels se heurte encore aujourd'hui la télémédecine, et notamment à l'absence d'interopérabilité entre les logiciels des différents acteurs (hôpitaux, cabinets libéraux individuels, maisons de santé...) : pour ne prendre que deux exemples, l'entrée en application du DMP (dossier médical personnel) et la mise en place d'une « Messagerie de Santé Sécurisée Unifiée » (MSSU) devraient, dans des délais raisonnables, faciliter l'échange d'informations médicales dématérialisé entre professionnels.

De ce fait, votre Délégation n'a pas jugé nécessaire de formuler de propositions pour s'engager dans ces voies d'ores et déjà explorées, tout en se réservant la possibilité d'y revenir si les réalisations annoncées devaient tarder

à prendre corps. Elle insiste en revanche sur la nécessité, pour que les nouveaux supports soient pleinement opérationnels, de compléter ces initiatives par un dispositif législatif et réglementaire clair. Il est en effet inconcevable de penser que la télémédecine puisse se développer sur un terrain juridique mouvant.

Ce point avait déjà été soulevé par le rapport de M. Pierre Lasbordes, à l'automne 2009. Ses recommandations ont été en partie suivies d'effet avec le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, mais certains points restent à éclaircir : selon quelles modalités recueillir le consentement du patient ? Pendant combien de temps seront archivées les données ? Qui sera responsable de cet archivage ? Comment s'articuleront les responsabilités respectives de chaque partie prenante (dès lors que la télémédecine est appelée à faire intervenir plusieurs professionnels sur un même dossier), en particulier entre le médecin sollicitant et le médecin sollicité ?

Proposition : clarifier le droit relatif à la télémédecine : articulation des responsabilités respectives des différents intervenants ; modalités d'archivage des données ; modalité d'expression du consentement du patient à la communication des données le concernant...

c) Assurer des conditions de rémunération incitant les professionnels à recourir à la télémédecine

Selon l'article 15 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), « *la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique* ». Il résulte de cette définition qu'il n'y pas de consultation ouvrant droit à rémunération prise en charge par l'assurance maladie sans examen clinique et donc sans un contact direct (palpation, prise de tension, observation stéthoscopique...) entre le médecin et le patient.

Dans son rapport précité, le député Pierre Lasbordes avait souligné le caractère trop restrictif de cette notion de « consultation ». Deux ans après, et malgré le souhait des pouvoirs publics de développer la télémédecine, l'article 15 de la NGAP n'a toujours pas été modifié.

Une modernisation de notre droit sur ce point paraît d'autant plus nécessaire qu'elle engage le bon fonctionnement des plates-formes de télésanté, dont la mise en place est recommandée plus haut par votre Délégation : il est évident que les patients accepteront d'autant mieux d'y recourir qu'ils auront la garantie d'être pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions qu'en cas de consultation « classique ».

Par ailleurs, la question du remboursement des téléconsultations pose celle de la rémunération des médecins intervenant à ce titre, lorsqu'ils sont plusieurs à participer à une opération de télémédecine : lorsque, par exemple, un spécialiste sollicite un confrère de la même spécialité, ne faut-il pas prévoir une rémunération pour chacun d'eux ?

La complexité de ce problème n'a pas échappé à votre Délégation.

D'un côté, on peut considérer qu'il n'y a pas lieu de payer deux fois une même consultation, sous prétexte qu'elle est le fait de deux médecins différents.

D'un autre côté, il y aurait une certaine contradiction à vouloir développer la coopération entre médecins et à n'accepter une rémunération que pour un seul des intervenants. En outre, l'explosion des connaissances médicales peut justifier, et justifiera sans doute de plus en plus, l'appel d'un spécialiste à un confrère de la même spécialité. Enfin, même si ces procédés sont désormais encadrés, les patients peuvent s'adresser successivement à différents médecins dans le cadre de consultations « classiques » et en obtenir, dans certaines limites, la prise en charge par l'assurance maladie ; pourquoi refuser, par principe, qu'il en soit de même en cas de téléconsultation ?

En tout état de cause, la question doit être tranchée, et l'on ne saurait concevoir qu'elle le soit en dehors de toute concertation avec les professionnels.

Proposition : modifier l'article 15 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels afin d'intégrer clairement, dans la définition de la notion de consultation ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance maladie, les actes de téléconsultation (en particulier ceux accomplis dans le cadre des plates-formes de télésanté.) ; clarifier, en concertation avec les intéressés, les conditions d'une rémunération individualisée du médecin sollicité par un confrère dans le cadre d'une téléconsultation.

En outre, à partir du moment où la notion de téléconsultation serait clairement définie et reconnue comme prise en charge par l'assurance maladie, la question se poserait logiquement de la possibilité d'appliquer le tiers-payant à ce type de consultation. Votre Délégation a estimé que l'extension du tiers-payant aux téléconsultations présenterait plusieurs avantages :

- encourager les patients dans l'utilisation de cette forme de consultation ;
- inciter, par voie de conséquence, les médecins à investir dans la télésanté (dans la mesure où le champ de leur clientèle en serait augmenté) ;
- contribuer à désengorger les urgences, puisqu'il n'est pas douteux que le dispositif du tiers-payant qui leur est applicable explique en partie la tendance de certains patients d'y recourir quasi-systématiquement.

Proposition : généraliser le dispositif du tiers-payant aux actes de téléconsultation.

Enfin, un autre point à trancher reste celui du montant des honoraires pris en charge par l'assurance maladie en cas de téléconsultation. Dans son rapport précité, M. Pierre Lasbordes mettait en avant les coûts liés à la mise en œuvre d'un système de télé-expertise : investissements en matériels et en personnels, prise en compte des impératifs de sécurité informatique, frais de maintenance, archivage... Notre collègue estimait que ces coûts ne peuvent être supportés par les professionnels sans compensation financière. Ce sentiment est également celui de votre Délégation.

Pour autant, point n'est besoin de longs développements pour démontrer que l'état de nos finances publiques limite considérablement les leviers dont peut disposer notre pays en la matière. Certes, la téléconsultation coûte globalement moins cher, et de loin, que la consultation « classique ». Cependant, les marges de manœuvre ainsi dégagées seront en partie absorbées, dans une mesure qui reste à déterminer, par les propositions ci-dessus, notamment par l'appel à une rémunération du médecin sollicité comme du médecin sollicitant. Il en résulte que, si un bonus de rémunération peut, et sans doute doit, être envisagé pour les professionnels qui recourent à la télémédecine, son niveau doit être fixé avec modération.

Un bonus de 20 % pourrait, à première vue, constituer une bonne base de départ puisque, comme on l'a vu, ce taux correspond au bonus accordé aux médecins intervenant en zone fragile ; dès lors que le patient est situé dans une telle zone, l'octroi d'un tel bonus serait neutre pour l'assurance maladie : la majoration de 20 % de la téléconsultation serait compensée par la suppression d'une consultation en cabinet qui aurait donné lieu à la même majoration. De plus, s'il l'on veut que les généralistes travaillant en zone fragile franchissent le cap de la télémédecine, il convient, à tout le moins, de leur garantir une rémunération en cas de téléconsultation qui soit au moins du même niveau que leur rémunération en cas de consultation « de visu ».

Votre Délégation n'a cependant pas opté pour un niveau de majoration précis : elle estime que d'autres facteurs doivent être pris en considération (notamment le fait que le bonus en question peut difficilement être réservé aux seules téléconsultations de patients situés en zone fragile, les frais étant a priori, pour les professionnels, les mêmes quel que soit le lieu de résidence de leur patientèle).

Proposition : conférer, en concertation avec les représentants du secteur médical, un bonus de rémunération aux professionnels recourant à la télémédecine.

4. Reconnaître la profession d'assistant de santé

Le recentrage de l'activité des médecins sur leur « cœur de métier » peut également passer par la reconnaissance d'une nouvelle profession que

l'on pourrait dénommer, pour reprendre une suggestion du rapport du Dr Michel Legmann, « assistant de santé ».

Ces assistants déchargeraient d'abord le médecin des tâches purement administratives (prises de rendez-vous, comptabilité,...). Ils seraient aussi appelés à accomplir des tâches paramédicales et médicosociales (questionnaires, éducation du patient, relations avec le secteur social, avec les hôpitaux...). Dans la perspective d'un développement de la télémédecine, ils pourraient assurer des prestations telles que la saisine de données, leur transmission...

Le rapport du Dr Michel Legmann indique que, chez les médecins qui s'en sont dotés, une telle assistance a non seulement permis de dégager du temps pour leur cœur de métier, mais a également conduit à un moindre recours aux hospitalisations.

Le champ des missions de ces assistants de santé excèderait celui d'un secrétariat « classique » et ferait appel à des connaissances à la fois de gestion, informatiques et médicales. C'est donc un nouveau métier qu'il faudrait consacrer avec, pour conséquence, la mise en place d'une filière d'études adaptée.

<p>Proposition : consacrer le métier d'assistant de santé et mettre en place une filière d'études adaptée associant connaissances médicales, connaissances de gestion et connaissances informatiques.</p>
--

ANNEXES

Annexe 1 :

Examen du rapport par la Délégation, le 7 juin 2011

La délégation procède à l'examen du rapport de **Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur**, sur la **politique territoriale de la santé**.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Pour préparer ce rapport, j'ai procédé à de nombreuses auditions : médecins, syndicats de praticiens et des personnalités d'origines diverses, mais toutes grandes connaisseuses de la question, parmi lesquelles je citerai le professeur François-Bernard Michel, notre collègue Jacques Blanc ou encore le docteur Élisabeth Hubert. Nous avons également réalisé des déplacements : à l'Agence régionale de santé (ARS) de Lille ou à celle de Montpellier par exemple.

Nous sommes tous conscients du fait que notre système de santé est, si j'ose dire, grippé. Ce n'est pas une question de qualité, car notre pays peut s'enorgueillir de jouer les premiers rôles dans le monde sur bien des terrains : ceux de la compétence des praticiens, de la qualité des produits, des performances de la recherche ou de la protection sociale, même si, l'actualité nous le rappelle parfois cruellement, tout n'est pas toujours parfait.

Je pense donc que la crise de foi que ressentent nombre de nos concitoyens, et que relaient les élus et les professionnels, réside surtout dans une inadaptation quantitative de l'offre de soins à la demande. Certes, la France n'a jamais compté autant de professionnels de santé qu'actuellement. Mais aujourd'hui, elle a un triple défi à relever :

Le premier est de répondre à la tendance de long terme de devoir faire beaucoup plus avec beaucoup moins. La demande de soins est en effet appelée à croître au cours des prochaines décennies sous l'effet de l'augmentation de la population, de son vieillissement et de ses nouvelles attentes : nos concitoyens n'attendent plus seulement de la médecine qu'elle les soigne ; ils réclament, et c'est bien légitime, de la prévention sous ses formes diverses (vaccination, dépistage précoce...) ; ils demandent aussi, et de plus en plus, une médecine de confort : orthodontie, kinésithérapie, chirurgie esthétique. Parallèlement, l'offre globale de soins est, elle, appelée à diminuer, du fait d'une double évolution :

– premièrement, la baisse annoncée du nombre de praticiens. Nous avons déjà connu en 2010, et pour la première fois, une diminution du nombre de médecins en activité de 2 % ; la baisse devrait être de 10 % au cours des quinze prochaines années, si bien que, la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, retrouverait vers 2025 un niveau proche de celui du milieu des années 1980 ;

– deuxièmement, la diminution du « temps médical disponible ». Je veux dire par là que les médecins consacrent en moyenne de moins en moins de temps à des tâches de santé. D’abord, parce que les nouvelles générations sont désireuses de se consacrer davantage que leurs « aînés » à la vie familiale ou aux loisirs, volonté qui n’est d’ailleurs pas propre aux professionnels de santé ; la forte féminisation des effectifs renforce cette tendance générale. Ensuite, le temps médical disponible diminue parce que les professionnels consacrent de plus en plus de leur temps de travail à des activités annexes, en particulier à des tâches administratives (comptabilité, rédaction de certificats médicaux...).

Le deuxième défi est de surmonter les graves déséquilibres sectoriels. C’est un point que l’on oublie parfois quand on évoque la désertification médicale : la situation varie considérablement selon les spécialités. D’ici à 2015, on s’attend à une diminution de plus d’un tiers du nombre de médecins du travail et de près d’un quart de spécialistes en rééducation. Je pourrais vous citer, hélas, bien d’autres exemples de disciplines en situation de grande fragilité, de l’anesthésie à l’obstétrique, en passant par la dermatologie.

Le troisième défi, bien connu, est l’aggravation de la fracture médicale. Non seulement l’évolution du nombre de médecins s’annonce globalement préoccupante, mais leur répartition sur le territoire s’effectue dans des conditions qui entraînent de fortes inégalités géographiques, contribuant à la formation de véritables déserts médicaux.

La densité médicale nationale est d’environ 290 médecins pour 100 000 habitants. Mais, au niveau départemental, elle va de 172 dans l’Eure, à 741 pour Paris, soit du simple à plus du quadruple. Dans un même département, on observe parfois des inégalités de répartition criantes. C’est par exemple le cas dans les Alpes-Maritimes, entre le littoral, très bien couvert, et l’arrière-pays, en situation très fragile. Pour beaucoup de praticiens, en particulier des spécialistes, l’exercice en zone urbaine est préféré à l’exercice en zone rurale pour des raisons diverses. J’en évoquerai rapidement trois :

– des raisons de choix de vie, d’abord : à titre privé, les professionnels de santé préfèrent généralement vivre en ville pour un meilleur accès aux loisirs, à la scolarisation des enfants... ;

– des raisons tenant au métier du conjoint, ensuite : le temps n’est plus où le médecin était le seul à travailler dans son couple. Les conjoints des médecins souhaitent travailler et la quête d’un emploi est jugée plus aisée en ville qu’en zone rurale ;

– des raisons de rentabilité, enfin, pour les professionnels qui optent pour un exercice à titre libéral. Le plateau technique nécessaire à l’exercice de certaines professions (dentistes, cardiologues...) correspond à un investissement dont l’amortissement est bien plus aisé dans les villes.

Pour autant, il serait erroné de réduire le champ de la fracture médicale à une opposition entre les zones urbaines et les zones rurales. Toutes les zones rurales, heureusement, ne sont pas menacées de désertification. Inversement, de nombreux secteurs, situés dans des zones urbaines, subissent, en raison notamment d'un climat d'insécurité, un exode de professionnels conduisant à les considérer comme des zones déjà sous-médicalisées ou en passe de l'être.

Le constat dressé, une question se pose : que faire ? Répondre à cette question dans le cadre d'un rapport sur la politique territoriale de la santé suppose préalablement de s'interroger : les collectivités territoriales ont-elles un rôle à jouer en matière de santé ?

Pour moi, la réponse est clairement oui, mais c'est un « oui » plus ou moins catégorique, ou plus ou moins nuancé, selon l'angle sous lequel on envisage le concept de santé.

La première manière d'aborder le concept de santé est sous l'angle juridique, autrement dit en tant que compétence. La responsabilité première et essentielle revient alors à l'État. C'est l'État (ou des organismes qui en dépendent) qui en assure le financement et perçoit à cette fin les cotisations nécessaires ; c'est lui qui procède aux remboursements, dans des conditions qu'il définit. Cette situation fait l'objet d'un consensus et une décentralisation du système de santé n'est pas, selon moi, à l'ordre du jour.

Le rôle des collectivités territoriales, alors, n'est pas nul, mais il est résiduel :

- il porte sur les volets de la santé que l'État leur a transférés, tels que la protection sanitaire de l'enfance pour les départements ;

- les collectivités peuvent aussi intervenir en appui de l'action de l'État, par la voie de conventions prévues par la loi, comme il en va, par exemple, pour le dépistage du cancer, pour les campagnes de vaccination ou pour la lutte contre le SIDA ;

- enfin, la compétence de principe de l'État n'exclut pas que les collectivités territoriales soient associées à la gouvernance de notre système de santé, en particulier par leurs représentants au sein des ARS.

J'insiste sur le fait que si le rôle des collectivités territoriales en matière d'exercice de la compétence santé est résiduel, cela ne signifie pas qu'il soit négligeable. Bien au contraire : comme l'a démontré la dernière campagne de vaccination contre la grippe H1N1, pour laquelle l'État les a formellement mises à contribution, une véritable action de proximité ne peut être menée sans la collaboration des collectivités territoriales.

La deuxième manière d'aborder la santé est en tant qu'objectif d'intérêt général. La protection de la santé constitue, pour reprendre les termes du préambule

de la Constitution de 1946, un principe particulièrement nécessaire à notre temps, donc de valeur constitutionnelle. La réalisation de cet objectif d'intérêt général passe par des actions diverses et complémentaires (prévention, soins, diagnostics...) dont la conduite implique l'activation de multiples leviers relevant de la compétence des collectivités territoriales.

Parmi ces leviers, citons, entre autres : la formation, à commencer par celle des professionnels de santé ; l'environnement, via par exemple la lutte contre la pollution de l'air, la gestion de l'eau ou l'assainissement ; l'enseignement, qu'il s'agisse du volet éducatif stricto sensu (informations sur la nutrition, sur les comportements à risque...) ou des actions parascolaires (restauration scolaire...) ; le sport, dont la contribution à la santé n'est plus à démontrer ; les transports, notamment en ce que la mobilité (du médecin vers le patient ou inversement) contribue directement à l'amélioration de l'offre de soins.

Juridiquement, les collectivités territoriales exercent donc des compétences dans des domaines indispensables à une politique de santé efficace. Ainsi, lorsque l'on envisage la santé en tant qu'objectif d'intérêt général, l'État et les collectivités territoriales ont une responsabilité partagée qui découle de leurs compétences respectives.

La troisième manière d'aborder la santé est sous l'angle de la préoccupation d'ordre privé. Nous sommes tous attachés à notre santé. Il en résulte d'abord que la santé (offre de soins, qualité de l'air...) est un facteur essentiel d'attractivité d'un territoire et que, à ce titre, les collectivités territoriales doivent absolument le prendre en compte.

Il résulte également de l'attention que nous portons à notre santé une tendance à nous adresser aux élus locaux lorsque nous nous trouvons confrontés à des problèmes d'accès aux soins. Les élus, sur un sujet aussi fondamental pour les citoyens, peuvent difficilement se retrancher derrière les règles relatives à la répartition des compétences. Ils ne le font d'ailleurs pas, et les exemples ne manquent pas d'interventions locales – à commencer par la mise en place de maisons de santé – rendues nécessaires par la carence des autorités, juridiquement investies de la « compétence santé ».

En définitive, je pense donc, d'une part, que les collectivités ont un véritable rôle à jouer en matière de santé : un rôle complémentaire, d'appui, d'accompagnement de celui de l'État ; d'autre part, que la politique de la santé doit revêtir une forte dimension territoriale pour relever les défis auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés. Pour cela, je vous sou mets une vingtaine de propositions : les unes, la moitié, tendent à augmenter le nombre de professionnels exerçant dans les zones fragiles ; les autres tendent à faire en sorte que le temps médical, en particulier dans les zones fragiles, soit utilisé au mieux afin qu'un même professionnel dispense demain davantage de soins qu'aujourd'hui (et à une qualité évidemment au moins identique).

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, Monsieur le Président, je vous les présenterai une à une, peut-être après que les membres de notre délégation auront à leur tour fait valoir leurs points de vue sur les questions que je viens de présenter : les défis que nous devons relever et la place des collectivités dans la politique de santé.

M. Claude Belot, président. – Nos collègues ont en effet sûrement des questions relatives au diagnostic que vous formulez.

M. Yves Détraigne. – Ce rapport traite d'un thème très important pour nos territoires. Le constat est, hélas, partagé et les prévisions ont malheureusement des chances d'être vérifiées dans le sens d'un accroissement de la fracture territoriale.

Je suis personnellement frappé de constater que les professions médicales sont des professions dont les études sont essentiellement financées par des fonds publics, tout comme les prescriptions qui découlent ensuite de l'exercice de ces professions. Je suis ancien élève de l'École nationale d'administration, qui est financée par l'État, et, à ce titre, je me suis engagé à servir la collectivité publique pendant dix ans au moins. Dès lors, pourquoi s'interdire de réfléchir à la possibilité d'instaurer une quelconque obligation envers les médecins en contrepartie des efforts que la collectivité publique leur concède ?

Les collectivités territoriales jouent aujourd'hui en matière de santé un rôle incontestable, et ce sur de nombreux plans : prévention, organisation de la médecine scolaire, maisons de santé pluridisciplinaires, etc. Mais elles ne pourront pas, à elles seules, régler les problèmes sans une implication poussée de la part des professions médicales. J'exprime ici un point de vue personnel, qui ne préjuge en rien des propositions que nous allons examiner dans le cadre de ce rapport, et il s'agit, à mon avis, d'un point essentiel, car le règlement des problèmes rencontrés n'est pas seulement l'affaire des pouvoirs publics (État et collectivités territoriales) mais également de toute la profession médicale.

M. Charles Guéné. – Je crois qu'il faut préciser que l'exercice auquel nous nous livrons reste dans le cadre de la médecine libérale telle que nous la connaissons et telle que nous souhaitons la conserver. Ce sont les limites de l'exercice.

Le rapport de notre collègue part de l'hypothèse selon laquelle les médecins ou les futurs médecins éviteraient les zones rurales parce qu'ils ne les connaîtraient pas suffisamment, et conclue qu'il faudrait les leur faire découvrir. Il propose donc des résolutions en ce sens, notamment l'instauration d'une année obligatoire de formation pratique des étudiants en médecine dans des zones fragiles.

Peut-être pourrions-nous cependant souligner que le rapport que nous nous apprêtons à présenter sera certainement l'un des derniers s'inscrivant dans une logique de sensibilisation de la profession et que, si nous ne parvenons pas à nos fins avec ces mesures, les pouvoirs publics pourraient s'engager dans une démarche réellement contraignante.

M. Antoine Lefèvre. – Il y a effectivement un problème de prise de conscience et nous pouvons peut-être voir dans ce rapport une dernière alerte avant de grosses difficultés. Nous le ressentons sur nos territoires, avec la multiplication des maisons médicales et d'initiatives locales, souvent intercommunales, intéressantes mais qui, parfois, ne répondent pas véritablement à un souci de cohérence territoriale.

Le problème, selon moi, c'est que la médecine libérale est composée de médecins désireux de conserver un système essentiellement libéral sans accepter un certain nombre de contraintes. Nous le voyons avec les systèmes de gardes, puisque, aujourd'hui, même dans les villes moyennes où il n'existe pas encore de difficultés de démographie médicale, la maison médicale financée par les pouvoirs publics est mise en avant pour retirer des contraintes aux médecins libéraux, ce qui n'est pas de nature à les responsabiliser et à les inciter à s'impliquer davantage. Les gardes des pharmacies sont, quant à elles, désormais réparties dans les agglomérations dans un périmètre le plus large possible, ce qui oblige parfois, comme dans ma ville, autrement dit même en zone urbaine, à faire vingt à trente kilomètres pour trouver une officine.

Dans le rapport, également, il est naturellement beaucoup question des ARS. S'il est difficile de dresser le bilan de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), dont l'application est très récente, une difficulté est perceptible au sujet du dialogue entre ARS, acteurs de santé et collectivités territoriales. Un message devra être adressé en ce sens.

M. Claude Belot, président. – J'ai un point de vue qui va peut-être être iconoclaste. J'agis dans le domaine de l'action publique depuis un demi-siècle. J'ai donc connu deux périodes : la période où les médecins étaient nombreux et ravis de travailler, y compris en zone rurale ; la période actuelle, où les médecins libéraux ne veulent plus travailler comme ils le faisaient et souhaitent avoir des journées libres dans la semaine, ce qui correspond à un phénomène de société au demeurant bien compréhensible.

Je suis personnellement convaincu que nous n'obtiendrons strictement rien par le seul dialogue avec les médecins. Il en est de même pour les pharmaciens, qui considèrent, par exemple, comme anormal le fait qu'un pharmacien soit de garde un dimanche tous les quatre mois. Il y a donc un fossé entre leurs préoccupations et les nôtres puisque, en ce qui nous concerne, nous trouvons sans doute tous scandaleux que, dans une ville-centre, l'on soit obligé de faire vingt-cinq kilomètres pour trouver une pharmacie.

A mon sens, le développement d'une offre complémentaire, alternative, constitue une possibilité de réponse à développer. Au niveau local, l'établissement d'une parapharmacie au sein d'une grande surface ouverte le dimanche matin permet, par exemple, d'assurer la vente de proximité de certains produits, qui ne sont certes pas des médicaments, mais ont une véritable utilité, et peut inciter les pharmaciens à repenser leur politique de garde lorsqu'il est impossible d'y parvenir autrement.

Je pense également à l'installation de médecins formés à l'étranger, par exemple en Roumanie, pour prendre le cas d'un pays que je connais bien. Ces médecins bénéficient d'une excellente formation, d'ailleurs mise en place en collaboration avec des Faculté françaises, également suivie par des Français souhaitant échapper au *numerus clausus*. L'installation de ces médecins en France se passe très bien et ils sont très appréciés de leurs patients.

En ce qui concerne les maisons de santé, enfin, j'ai vu des expériences contre-productives. Les murs seuls ne résolvent pas le problème, et leur octroi à certaines catégories d'acteurs de santé peut entraîner de nouvelles exigences de la part des autres catégories.

Je vous propose désormais de passer à l'examen de la première proposition.

Proposition 1 : « Définir, en concertation avec les professionnels et sans allonger la durée totale des études, les modalités d'une année de formation pratique des étudiants en médecine dans des zones fragiles ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Cette proposition, comme les trois suivantes, vise à impliquer les futurs professionnels de santé dans l'exercice de la médecine en milieu rural. Mme Élisabeth Hubert, que nous avons reçue le mois dernier, a insisté sur le fait que la formation dispensée aux futurs médecins, qui s'effectue à 100 % en faculté et en CHU, ne leur permettait pas de connaître les conditions d'exercice du métier en milieu rural.

Pour remédier à cela, je vous propose donc de prévoir qu'une année de formation qualifiante des futurs médecins s'effectue en zone fragile. Comme je ne crois pas utile d'allonger la durée totale des études, déjà suffisamment longues, je préconise que cette proposition soit concrétisée dans le cadre d'une redéfinition de l'ensemble du cursus, à décider en concertation avec les professionnels.

M. Claude Belot, président. – Proposition 2 : « Permettre aux étudiants en médecine d'accomplir leurs formations pratiques en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire ; prévoir la nullité de toute clause subordonnant l'octroi d'une bourse à l'obligation d'accomplir les formations qualifiantes sur le territoire de la région qui l'accorde ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – C'est une proposition qui m'a été inspirée par votre témoignage, M. Belot. Lorsque nous avons auditionné le DATAR, vous avez fait remarquer que la régionalisation des études de médecine empêchait de fait les internes d'accomplir leurs stages en dehors de leur région universitaire de rattachement. C'est ainsi, pour reprendre votre exemple, que les étudiants inscrits à Bordeaux ne viennent plus à Jonzac, qui ne se trouve pourtant qu'à une heure de route...

M. Claude Belot, président. – Même moins.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – ... dont le centre hospitalier est formellement rattaché à la région Poitou-Charentes. Mais ceux qui sont inscrits à Poitiers n’y viennent pas pour autant, Jonzac en étant éloigné d’environ 200 kilomètres.

Pour remédier à cette situation, je vous propose de permettre aux étudiants d’accomplir leurs formations qualifiantes en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire. Pour éviter que cette possibilité ne soit qu’une « coquille vide », il y a lieu d’interdire de subordonner l’octroi d’une bourse d’étudiant en médecine à l’obligation d’accomplir les stages pratiques sur le territoire régional.

M. Yves Détraigne. – Cette proposition présente une difficulté. En effet, les collectivités territoriales accordent ces bourses afin d’attirer des étudiants sur leur territoire. Or, cette proposition pourrait, au final, les priver d’un étudiant en médecine qui choisirait d’effectuer son stage ailleurs.

M. Claude Belot, président. – En effet... Je vous propose donc d’amender cette rédaction en recommandant clairement que les étudiants en médecine pourront accomplir leurs formations pratiques en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire.

Proposition 3 : « Prévoir l’obligation d’informer tout étudiant en médecine, au moment de son inscription, de son droit de solliciter une bourse auprès de toute collectivité territoriale, y compris auprès de celles situées en dehors du territoire de sa région universitaire ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Cette proposition vient renforcer la précédente : la possibilité pour un étudiant d’effectuer un stage sur tout endroit du territoire national ne sera vraiment efficace que si les étudiants en médecine ont la possibilité de bénéficier d’une bourse d’une collectivité située en dehors de leur région universitaire. Il faut donc non seulement que l’étudiant concerné puisse, juridiquement, « frapper à une autre porte », mais également qu’il soit informé de ce droit.

M. Claude Belot, président. – C’est en effet le corollaire de la proposition précédente.

Proposition 4 : « Mettre en place des dispositifs, de nature informative ou conventionnelle, assurant la cohérence des aides à la mobilité des étudiants en médecine ; associer au minimum, au sein de tout dispositif applicable à un territoire, la région, l’ARS, la faculté de médecine et les collectivités infrarégionales impliquées dans ces aides ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Les étudiants désireux d’accomplir un stage en dehors de leur zone universitaire, et donc ceux tentés par une formation en milieu rural, peuvent se heurter à plusieurs obstacles pratiques, par exemple pour le transport et le logement sur place.

Les collectivités territoriales ont donc à l'évidence un rôle important à jouer en la matière.

Néanmoins, pour donner les meilleurs résultats, leurs initiatives ne sauraient être prises isolément et aveuglément. Les collectivités tentées par une politique volontariste d'accueil des étudiants doivent, pour « viser juste », disposer d'informations dont elles ne sont pas forcément à la source : le nombre de bénéficiaires potentiels de leurs décisions, les initiatives prises par les collectivités voisines (pour éviter une concurrence stérile)... En outre, les initiatives des collectivités doivent être relayées auprès des bénéficiaires potentiels, les étudiants. Au final, une politique d'« attractivité estudiantine » en milieu rural implique de fédérer les énergies des différentes parties prenantes, à savoir, au minimum, les collectivités territoriales candidates, l'université, la région et l'ARS. La proposition 4 s'en remet à l'intelligence territoriale et recommande donc de privilégier les dispositifs de coopération plutôt que les mesures réglementaires.

M. Claude Belot, président. – Proposition 5 : « Prévoir, dans les épreuves applicables aux études de médecine, des entretiens de motivation affectés de coefficients élevés ».

M. Antoine Lefèvre. – C'est novateur.

Mme Marie-Thérèse Brugière, rapporteur. – C'est ce que j'expliquais précédemment. J'ai été frappée, au cours de mes auditions, d'apprendre la proportion d'étudiants qui, à un stade avancé, réalisaient ne pas être faits pour la médecine et y renonçaient : 20 %. Cette situation est un véritable gâchis : en premier lieu, pour l'étudiant, qui aura consacré des années de formation (avec les frais qui leur sont liés) à un métier qui ne lui correspond pas ; en second lieu, pour la société, qui aura engagé des frais inutiles et qui, surtout, aura « perdu » un médecin puisque, du fait du *numerus clausus*, l'admission à la faculté de l'intéressé se sera faite au préjudice d'un candidat (le mieux placé des non-admis) qui, lui, avait peut-être véritablement « la fibre » du médecin.

Cette proposition vise à sensibiliser précocement les étudiants aux spécificités de l'exercice de la médecine, et notamment au fait que la relation patient-médecin n'est pas, comme beaucoup le croient, une forme de relation professionnel-client : la dimension humaine, pour des raisons évidentes, y est essentielle ; elle suppose de la part du médecin un savoir-être, un savoir-faire, un savoir-parler spécifiques dont il faut avoir conscience quand on s'engage dans cette voie, et pas seulement sept, huit ou neuf ans après. Aller annoncer à une famille que leur femme, leurs enfants sont en train de vivre leurs dernières heures n'est pas donné à tout le monde. Il faut passer du temps avec les patients et la famille. Il faut des personnes qui soient formées ou aient le tempérament pour cela. Cette sensibilisation à cet aspect du travail d'un médecin pourrait notamment prendre la forme d'entretiens de motivation à des stades d'études à déterminer, mais précoces (peut-être dès le concours d'accès aux études ou en fin de première année) et affectés de coefficients suffisamment forts pour que le candidat éprouve le besoin de se renseigner parfaitement sur les conditions d'exercice du métier auquel il postule.

M. Antoine Lefèvre. – Je me pose la question de savoir si l'on peut, dès le début des études, déceler telle ou telle aptitude. Il y a parfois d'excellents chirurgiens qui n'ont pas cette habilité. Faut-il pour autant se priver de médecins pointus en chirurgie ou en cardiologie ?

M. Claude Belot, président. – La compétence et l'humanité ne sont pas incompatibles en médecine.

M. Antoine Lefèvre. – Mais faut-il en faire une règle absolue pour cette profession ?

M. Claude Belot, président. – L'examen d'entrée en médecine est fondé aujourd'hui pour 80 % sur des compétences mathématiques. Est-ce le critère idéal pour devenir médecin ? Le facteur humain est aussi important. C'est dès l'entrée en études de médecine qu'il faut évaluer ce critère.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Dans ma carrière à l'hôpital, j'ai connu des médecins faisant preuve d'une immense empathie. Mais d'autres médecins n'avaient aucune considération, ou se montraient souvent maladroits, envers les patients et la douleur des familles.

M. Claude Belot, président. – Je pense que nous sommes tous d'accord sur le principe.

Proposition 6 : « Créer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque conseil régional de l'Ordre des médecins, un guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires aux candidats à l'installation ».

Elle peut être, me semble-t-il, examinée en même temps que la proposition 7.

Proposition 7 : « Nommer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque conseil régional de l'Ordre des médecins, un professionnel de l'ingénierie de projet chargé d'accompagner les particuliers et les collectivités territoriales porteurs d'un projet de santé ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Qu'il s'agisse d'ouvrir un cabinet personnel, de s'associer au sein d'une société ou de créer une maison de santé, la conduite d'un projet n'est jamais chose aisée. Elle suppose de s'y retrouver dans les dédales administratifs, les maquis financiers et la jungle des normes de notre pays. Elle suppose également de disposer du temps nécessaire et exige souvent de s'y consacrer à temps plein pour un aboutissement dans des délais raisonnables. Elle suppose, enfin, des connaissances multiples (comptables, économiques, juridiques...), permettant d'apprécier la viabilité d'un projet. En matière de santé, la conduite de projet implique notamment une analyse des besoins de la population et une vision globale, sur un territoire, de l'offre de soins.

Dans ces conditions, laisser les professionnels de santé mener eux-mêmes un projet, de A à Z, est la garantie d'un taux de découragement avant terme proche des 100 %...

Ce constat, valable pour tout le territoire national, est encore plus aigu en zone rurale, du fait de difficultés supplémentaires auxquelles se heurte le porteur de projet : déplacements chronophages dès lors que les interlocuteurs (ARS, collectivités territoriales...) ne sont pas concentrés dans une même ville ; recherche de partenaires (associés potentiels, par hypothèse difficiles à trouver dans les zones sous-médicalisées)...

C'est la raison pour laquelle je vous soumets deux propositions :

– la proposition 6 préconise de mettre en place, dans chaque région, un guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires à un candidat à l'installation. La question reste ouverte de savoir si ce guichet unique doit être placé sous la responsabilité de l'ARS ou sous celle du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, puisque des suggestions ont été faites dans ces deux sens : l'essentiel est qu'il y ait un guichet unique assurant une centralisation efficace des informations ;

– la proposition 7 recommande la mise en place, également dans chaque région, d'un mécanisme d'ingénierie de projet permettant de conduire à terme, et dans un délai raisonnable, toute initiative tendant à assurer l'installation de médecins, qu'elle soit le fait de particuliers ou de collectivités territoriales. Cette ingénierie doit être confiée à un véritable professionnel de la conduite de projet.

M. Claude Belot, président. – Proposition 8 : « Supprimer, pour l'octroi de la majoration du tarif de la consultation de certains médecins généralistes exerçant en zone sous-médicalisée, l'obligation d'y consacrer au moins les deux tiers de leur activité ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Cette proposition m'a été inspirée par les interventions de notre collègue Charles Guené lors des auditions du DATAR et de Mme Hubert. M. Guené avait alors mis en avant la situation paradoxale résultant des règles de rémunération de certains médecins généralistes conventionnés en zone sous-médicalisée : le bonus de rémunération (20 % du tarif de la consultation) ne peut leur être accordé que s'ils justifient d'une activité réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant en zone sous-médicalisée. Les médecins situés hors de ces zones mais qui consentent à s'éloigner de leur cabinet pour, occasionnellement, y apporter un renfort apprécié ne peuvent donc prétendre à ce bonus... alors que le médecin qui est sur place, lui, le perçoit. Comme M. Guené, j'y vois là une incohérence et je vous propose donc que le bonus soit appliqué à toute consultation en zone déficitaire.

M. Charles Guéné. – Je suis très sensible à la reprise de cette proposition, mais je me demande si cette possibilité de majoration dès la première consultation en zone sous-médicalisée ne va pas trop loin. Certes, à l'heure actuelle, exiger que les deux tiers des actes soient accomplis dans une zone sous-médicalisée est une contrainte trop importante, car elle suppose que le médecin renonce à sa clientèle habituelle. Mais peut-être n'est-il pas nécessaire de supprimer purement et simplement toute obligation ? C'est pourquoi, je propose de réduire à de deux un tiers l'exigence du taux d'activité en zone sous-médicalisée.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Je n'y vois pas d'objection.

M. Claude Belot, président. – Nous amendons donc la proposition 8 en ce sens.

Proposition 9 : « Coordonner les aides publiques locales à l'installation des médecins par un dispositif assurant l'information des collectivités territoriales sur leurs initiatives respectives ».

M. Antoine Lefèvre. – Cette proposition rejoint l'idée du guichet unique.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Tout comme la proposition 10, qui suit, il s'agit d'inciter les professionnels à investir en zone fragile. L'ouverture d'un cabinet médical nécessite, en effet, la mobilisation de fonds qui peuvent se révéler particulièrement importants. Outre les « murs », c'est souvent tout un plateau technique qu'il convient de financer. L'opération se révèle particulièrement coûteuse pour des spécialistes (cardiologues, dentistes, radiologues...), dont le matériel est parfois soumis à une obsolescence rapide du fait des progrès scientifiques... ou des changements de normes. La rentabilité de l'investissement total suppose ainsi la garantie d'un minimum de clientèle, ce que les professionnels ont tendance à considérer comme loin d'être acquise dans les zones rurales. Les collectivités territoriales peuvent les inciter à franchir le pas par des mesures diverses : prêts à taux réduit (voire à taux zéro), location ou vente de locaux à des tarifs incitatifs, etc. C'est à chaque collectivité qu'il appartient de décider si elle prend de telles mesures et, si oui, lesquelles. Mais je crois que, avant de prendre une décision, chacune trouverait grand intérêt à savoir ce que font les collectivités voisines. La méconnaissance de leurs initiatives respectives pourrait les conduire à se livrer involontairement à une concurrence qui rendrait certaines mesures totalement inefficaces. Ma proposition 9 appelle donc à un dispositif invitant les collectivités à se rapprocher pour articuler au mieux leurs interventions.

M. Claude Belot, président. – Proposition 10 : « Mettre en place un dispositif national d'"assurance investissement" au profit des candidats à l'installation en zone sous-médicalisée ou en zone fragile ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Cette proposition reprend une recommandation formulée par Mme Élisabeth Hubert : la mise en place de ce que j'appelle un dispositif d'«assurance investissement ».

Il s'agit de rassurer un candidat à l'installation en zone fragile en lui garantissant qu'il récupérera sa mise de départ, sous réserve qu'il s'engage à rester en place un minimum de temps (par exemple cinq ans). Pour cela, on assurerait à l'intéressé, s'il ne trouve pas d'acheteur pour son cabinet au moment de sa cessation d'activité, un « fonds-tampon » qui prendrait à sa charge la recherche du professionnel susceptible de lui succéder.

M. Charles Guené. – La question de l'assurance investissement en zone sous-médicalisée me semble un faux problème. Le médecin, s'il reste, est sûr de gagner sa vie. Le problème, c'est s'il s'en va. Un médecin en zone rurale gagne sa vie confortablement, c'est une question de choix.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – A Paris, il y a 741 médecins. Dans ma commune de 3 050 habitants, Saint-Aunès, on compte 5 médecins (généralistes, ostéopathe, etc.).

M. Claude Belot, président. – Mais les médecins sortent des frontières de la commune.

M. Charles Guené. – Pour qu'un ostéopathe s'installe, il faut un bassin de vie d'au moins 15 000 habitants.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Pour un généraliste, un bassin de vie de 3 000 habitants est correct.

M. Antoine Lefèvre. – Mais il n'est pas uniquement question de la rémunération, il faut également tenir compte des conditions de vie.

M. Charles Guené. – Nous rencontrons deux problèmes dans les zones fragiles. Premièrement, nous avons des espaces de 3 000 ou 4 000 habitants qui se retrouvent sans médecin. Et deuxièmement, autrefois, un médecin qui exerçait dans un bassin de 3 000 habitants travaillait toute l'année, samedi et dimanche compris. Il y avait toujours quelqu'un. Aujourd'hui, pendant le week-end, il n'y a personne, il faut se rendre au chef-lieu d'arrondissement.

M. Claude Belot, président. – Même à Paris, il n'est pas simple de trouver un médecin le week-end : vous devez passer par des structures d'urgence telles que « SOS Médecins » et c'est coûteux. Nous parlons des zones rurales, mais le problème existe ailleurs.

Proposition 11 : « Organiser, chaque année et dans chaque région, une journée de sensibilisation des professionnels et futurs professionnels sur les conditions d'exercice dans les différents territoires, tant sur le plan professionnel que sur celui du cadre de vie ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – C'est ce que j'appellerai la « recommandation-promotion ».

Elle part du constat que le milieu rural souffre d'un déficit d'image de nature à décourager des candidatures à l'installation : les professionnels ont souvent le sentiment qu'ils n'y trouveraient pas assez de loisirs, pas de travail pour leur conjoint, pas de services au public (écoles, commerces, transports, haut débit, poste...)...

Cela correspond souvent à une erreur d'appréciation, due à la méconnaissance des réalités locales.

D'où ma proposition 11, dont je n'exagère pas la portée mais qui me semble de nature à permettre, dans une certaine mesure, de revenir sur certaines impressions négatives, dont beaucoup relèvent du domaine des préjugés.

M. Claude Belot, président. – Proposition 12 : « Reconnaître les certificats médicaux "multi-usages" afin d'éviter la multiplication des demandes de certificat à des fins identiques ».

Proposition 13 : « Assurer une information rapide et complète des administrations et organismes concernés sur toutes les décisions prises pour simplifier les formalités administratives des professionnels de santé ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. - Nous abordons ici les propositions qui tendent à optimiser le temps médical, autrement dit à faire en sorte qu'une heure de travail d'un professionnel permette de réaliser le maximum de soins (sans nuire à leur qualité, bien entendu).

Comme nous l'avons vu, les professionnels de santé, et en particulier les médecins, sont confrontés à des tâches pseudo-médicales souvent lourdes, qui grèvent exagérément le temps médical effectif. Je pense notamment au temps passé à délivrer des certificats médicaux, et aux consultations qui vont avec.

Par exemple, lorsqu'une famille s'adresse à plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (pratique fréquente du fait des listes d'attente), elle doit demander à un médecin de remplir un formulaire pour chacun d'eux.

Un enfant qui veut s'inscrire en natation en septembre et au ping-pong en octobre a besoin de deux certificats, sans parler de celui qu'il aura dû fournir, à la même période, pour le cours d'éducation physique.

Ma proposition 12 vise à reconnaître ce que j'appelle les « certificats multi-usages », c'est-à-dire des certificats médicaux dont un seul exemplaire suffit pour frapper à plusieurs portes.

L'idée est la suivante : au lieu de cumuler les certificats, les familles pourraient présenter un certificat valable pour une certaine durée (six mois, un an, je laisse aux experts le soin de trancher).

Pour reprendre mon exemple d'inscription dans une maison de retraite, le même certificat pourrait servir à toutes les demandes (par hypothèse, identiques) que la famille présenterait pendant la période de validité du certificat.

Il pourrait en aller de même pour les activités sportives avec la délivrance d'un certificat garantissant, de manière générale, l'aptitude d'un enfant (quitte à ce que le médecin accompagne un certificat de réserves du genre : « apte à toute activité sportive hors sports de raquette »).

La proposition 13 vise simplement à assurer que les administrations et établissements ne fassent pas de zèle inconsidéré : il a par exemple été constaté que, par méconnaissance, certains établissements scolaires continuaient à réclamer des certificats dont le ministère de l'Éducation nationale avait pourtant supprimé l'exigence.

M. Claude Belot, président. – Proposition 14 : « Charger sans tarder une structure représentative de l'ensemble des professions médicales et paramédicales de proposer une nouvelle répartition des tâches entre les différents acteurs adaptée aux niveaux de qualification ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. - La France se caractérise par le fait que les médecins accomplissent souvent des tâches purement administratives ou qui, dans d'autres pays, relèvent de professionnels du secteur paramédical : ils soignent des plaies qui peuvent parfaitement l'être par des infirmières ; les dentistes effectuent des prises d'empreinte qui peuvent parfaitement relever d'un assistant ; les spécialistes effectuent souvent eux-mêmes les radios, alors que leur rôle est de les interpréter...

Tous les acteurs de la chaîne médicale et paramédicale sont d'ailleurs concernés : je partage, par exemple, le sentiment de gâchis exprimé ici par Mme Élisabeth Hubert en constatant que nos infirmières ultra-performantes consacrent leur temps à des tâches telles que la toilette de malades.

Comme cette nouvelle répartition des tâches relève avant tout des acteurs de la chaîne médicale eux-mêmes, ma proposition 14 ne dit pas qui doit faire quoi, mais en appelle à une réflexion concertée, et urgente, sur ce point.

Les infirmières sont performantes, et sont condamnées à faire des soins, des toilettes, etc. Elles deviennent des aides-soignantes. Nous manquons d'infirmières sur le terrain. Nous pourrions essayer d'avoir des auxiliaires avec les infirmières. Cela créerait des emplois.

Une redistribution s'impose pour dégager du temps médical.

M. Claude Belot, président. – J’ai vu vivre ce système au Canada. Les infirmiers sont ceux qui font toutes les choses urgentes. Ils sont en relation avec un CHU qui leur dit ce qu’il faut faire. C’est une question d’organisation.

Proposition 15 : « Prévoir des formations complémentaires pour assurer la spécialisation des professionnels paramédicaux susceptibles d’assumer des tâches accomplies aujourd’hui par des médecins ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Nous venons, avec la proposition 14, de recommander une redistribution des tâches entre les différents acteurs de la chaîne médicale.

Si l’on veut aller jusqu’au bout de cette logique, pour en tirer tous les bénéfices, il faut développer les spécialisations paramédicales.

Par exemple, si l’on veut que des infirmiers soient chargés de réaliser des anesthésies, il faut que nous disposions d’un vivier d’infirmiers spécialisés en ce domaine.

D’où ma proposition 15 qui recommande le développement de formations de spécialisations à l’intention des professionnels paramédicaux.

M. Claude Belot, président. – Proposition 16 : « Développer les plateformes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – A partir de cette proposition, et jusqu’à l’avant-dernière, il s’agit de développer le recours à la télémédecine, cette forme de pratique médicale à distance dont parlait le président de notre délégation lorsqu’il nous a fait part de ce qui se faisait au Québec le jour où nous avons auditionné le DATAR.

Les avantages de la télémédecine ne sont plus à démontrer.

– pour les patients, la télémédecine permet un meilleur accès aux soins, accélère le diagnostic, facilite le suivi thérapeutique, favorise une prise en charge pluridisciplinaire...

– pour les professionnels, elle favorise le travail en commun, assure des gains de temps (moins de déplacements, une gestion administrative plus rapide,...)...

– pour le système de santé dans son ensemble, elle facilite la permanence des soins, elle réduit la durée du séjour en hôpital (dans la mesure où le patient peut être suivi à domicile, avec les mêmes garanties de sécurité), elle limite le recours aux urgences, etc.

Les plateformes de télésanté (dotées d’instruments de télétransmission de données et d’images, de visioconférence, etc.) permettraient de tirer partie de ces avantages.

Elles s'inscriraient en outre pleinement dans une logique de pôle de santé bien adaptée à la lutte contre la désertification médicale.

J'ajoute que les avantages de la télémédecine dépassent le strict champ de la santé : ses apports au développement durable sont par exemple évidents.

Mais elle a également un intérêt économique : on a évalué à 25 € le coût d'une téléconsultation (y compris les frais de structure), contre 80 € pour une consultation médicale « classique », tout compris (rémunération du professionnel, transport, structure...).

C'est pourquoi je pense que la question du financement n'est pas un obstacle au développement des plates-formes de télésanté.

Une plate-forme de télésanté est en tout état de cause moins onéreuse qu'une maison de santé. On pourrait donc faire aussi bien (voire mieux) à un moindre coût en recourant, à certains endroits, à ces plates-formes plutôt qu'à des maisons de santé dont la création a été décidée sans considération des réalités du terrain.

Ma proposition n° 16 recommande donc le développement des plates-formes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé.

M. Claude Belot, président. – Proposition 17 : « Clarifier le droit relatif à la télémédecine : articulation des responsabilités respectives des différents intervenants ; modalités d'archivage des données ; modalité d'expression du consentement du patient à la communication des données le concernant... ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Il est inconcevable de penser que la télémédecine pourra se développer sur un terrain juridique mouvant.

Or, nombre de points restent à éclaircir :

- selon quelles modalités recueillir le consentement du patient ?
- pendant combien de temps seront archivées les données ?
- qui sera responsable de cet archivage ?
- comment s'articuleront les responsabilités respectives de chaque partie prenante (dès lors que la télémédecine est appelée à faire intervenir plusieurs professionnels sur un même dossier), en particulier entre le médecin sollicitant et le médecin sollicité ?

Le détail de cette clarification ne m'a pas paru relever d'un rapport général sur le thème « santé et territoires ».

En revanche, je pense qu'il est du devoir de notre Délégation de soulever la question pour qu'elle soit traitée dans les meilleurs délais. D'où ma proposition 17.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – La proposition 18 tend à modifier l'article 15 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), afin d'intégrer clairement, dans la définition de la notion de consultation ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance maladie, les actes de téléconsultation.

En effet, selon l'article 15 de la NGAP, « *la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique* ». Il résulte de cette définition qu'il n'y a pas de consultation ouvrant droit à rémunération prise en charge par l'assurance maladie, sans examen clinique et donc sans un contact direct (palpation, prise de tension, observation stéthoscopique...) entre le médecin et le patient. Cette définition est évidemment incompatible avec le souhait de développer la télémédecine. Ma proposition n° 18 appelle donc à la modifier en conséquence.

M. Claude Belot, président. – Les médecins fonctionnent déjà en réseau, quelle serait alors l'utilité d'une telle proposition ?

M. Yves Détraigne. – La question est bien celle, avec le diagnostic à distance, de la consultation à distance qui, à ce jour, contrairement à la consultation traditionnelle au contact du malade, n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Il est en effet nécessaire de permettre le remboursement de la consultation à distance.

M. Claude Belot, président. – Je comprends l'esprit de cette proposition, mais il serait utile de la préciser pour éviter d'éventuelles dérives. Notre souci est de faire en sorte que les conditions de remboursements des actes de téléconsultation ne vident pas de leurs efficacité les mesures que nous préconisons pour développer la télémédecine, notamment que les patients ne soient pas dissuadés de recourir aux plates-formes de télésanté. Précisons-le dans cette proposition en la reliant expressément à ce souci.

Proposition 19 : « Généraliser le dispositif du tiers-payant aux actes de téléconsultation ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Je pense que l'extension du tiers-payant aux téléconsultations présenterait plusieurs avantages : elle encouragerait les patients dans l'utilisation de cette forme de consultation ; elle inciterait ensuite, par voie de conséquence, les médecins à investir dans la télésanté ; elle contribuerait, enfin, à désengorger les urgences : selon moi, le dispositif du tiers-payant qui leur est applicable explique en partie la tendance de certains patients d'y recourir quasi-systématiquement.

M. Claude Belot, président. – Proposition 20 : « Clarifier, en concertation avec les intéressés, les conditions d'une rémunération individualisée du médecin sollicité par un confrère dans le cadre d'une téléconsultation ».

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – J'aborde ici la question des conditions de rémunération des différents médecins participant à une opération de télémédecine : lorsque, par exemple, un spécialiste sollicite un confrère de la même spécialité, ne faut-il pas prévoir une rémunération pour chacun d'eux ? C'est un problème d'une grande complexité. D'un côté, on peut considérer qu'il n'y a pas lieu de payer deux fois une même consultation, sous prétexte qu'elle est le fait de deux médecins différents. D'un autre côté, il y aurait une certaine contradiction à vouloir développer la coopération entre médecins et à n'accepter une rémunération que pour un seul des intervenants. En outre, l'explosion des connaissances médicales peut justifier, et justifiera sans doute de plus en plus, l'appel d'un spécialiste à un confrère de la même spécialité.

Enfin, même si ces procédés sont désormais encadrés, les patients peuvent s'adresser successivement à différents médecins dans le cadre de consultations « classiques » et en obtenir, dans certaines limites, la prise en charge par l'assurance-maladie ; pourquoi refuser, par principe, qu'il en soit de même en cas de téléconsultation ? Ces éléments, ajoutés au fait que la téléconsultation, même doublonnée (ce qui ne sera quand même pas systématique), est globalement moins onéreuse que la consultation sur place, me conduisent à plaider pour une rémunération individualisée du médecin sollicité par un confrère.

En tout état de cause, la question doit être tranchée, et l'on ne saurait concevoir qu'elle le soit en dehors de toute concertation avec les professionnels. C'est à cela qu'appelle ma proposition n° 20.

M. Claude Belot, président. – Prenons tout de même garde à ne pas aller plus loin que ce que l'on souhaite. Ce que nous souhaitons, c'est que les conditions de rémunération en cas de téléconsultation soient comparables à ce qu'elles sont en cas de consultation classique. C'est un problème qui est le pendant de celui du remboursement pour le patient, que nous avons vu avec la proposition 18. Je pense donc qu'il serait utile de joindre cette proposition 20 à celle qui porte le n°18. Cela contribuerait à faciliter une lecture attentive de nos travaux de la part des pouvoirs publics.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Absolument d'accord.

M. Claude Belot, président. – Proposition 21 : « Conférer, en concertation avec les représentants du secteur médical, un bonus de rémunération aux professionnels recourant à la télémédecine. »

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – La question se pose du montant des honoraires pris en charge par l'assurance maladie en cas de téléconsultation. On sait que la mise en place d'un système de télé-expertise génère des coûts particuliers pour le professionnel : elle suppose des investissements en

matériels et en personnels, elle implique de prendre en compte des impératifs de sécurité informatique, elle entraîne des frais de maintenance, d'archivage, etc. Certes, le professionnel qui se lance dans la télémedecine peut espérer une augmentation de sa « patientèle ». Mais est-ce suffisant pour le convaincre de franchir ce pas ? Personnellement, j'en doute fort et je pense qu'un bonus (modéré) par rapport au tarif de la consultation « classique » serait un véritable encouragement à tenter l'aventure. J'ajoute que, comme on l'a vu tout à l'heure, les généralistes travaillant en zone fragile perçoivent un bonus de 20 %. Il serait absurde qu'ils ne le perçoivent pas (et a fortiori qu'ils le perdent) dès lors qu'ils auraient fait l'effort de passer à la télémedecine. Je ne vous propose cependant pas un montant précis pour le « bonus télémedecine », car son calcul doit s'effectuer au regard de différents paramètres, en particulier de la marge de manœuvre que le développement de la téléconsultation ouvrira à nos finances sociales.

M. Yves Détraigne. – Cette proposition tend à encourager le développement de la télémedecine, à défaut de persuader les jeunes medecins de s'installer en zones fragiles. Il faut cependant faire attention à ce qu'il n'y ait pas de détournement.

M. Claude Belot, président. – Proposition 22 : « Consacrer le métier d'assistant de santé et mettre en place une filière d'études adaptée associant connaissances de gestion, connaissances informatiques et connaissances médicales. »

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Je dois cette proposition au docteur Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des medecins. L'idée qui la sous-tend est la suivante : si l'on veut recentrer l'activité des medecins sur leur cœur de métier, il faut reconnaître la profession d'« *assistant de santé* ». Ces assistants déchargeraient d'abord le medecin des tâches purement administratives (prises de rendez-vous, comptabilité...). Ils seraient aussi appelés à accomplir des tâches paramédicales et medicosociales (questionnaires, éducation du patient, relations avec le secteur social, avec les hôpitaux...). Dans la perspective d'un développement de la télémedecine, ils pourraient assurer des prestations telles que la saisine de données, leur transmission... Le champ des missions des ces assistants de santé excéderait donc celui d'un secrétariat « classique » et ferait appel à des connaissances à la fois de gestion, informatiques et médicales. C'est donc un nouveau métier qu'il faudrait consacrer avec, pour conséquence, la mise en place d'une filière d'études adaptée.

M. Yves Détraigne. – Il s'agirait en quelque sorte d'un auxiliaire médical généraliste.

M. Claude Belot, président. – Ce serait très utile, en effet. Je propose juste une petite correction, destinée à montrer l'importance des connaissances médicales pour ce type de métier : nous mentionnerions cet élément en premier dans notre énumération.

Mme Marie-Thérèse Bruguière, rapporteur. – Tout à fait d'accord.

Annexe 2 :

Propositions de la Délégation

- Proposition 1 Définir, en concertation avec les professionnels et sans allonger la durée totale des études, les modalités d'une année de formation pratique des étudiants en médecine dans des zones fragiles.
- Proposition 2 Permettre aux étudiants en médecine d'accomplir leurs formations pratiques en tout endroit du territoire national, y compris en dehors de leur région universitaire.
- Proposition 3 Prévoir l'obligation d'informer tout étudiant en médecine, au moment de son inscription, de son droit de solliciter une bourse auprès de toute collectivité territoriale, y compris auprès de celles situées en dehors du territoire de sa région universitaire.
- Proposition 4 Mettre en place des dispositifs, de nature informative ou conventionnelle, assurant la cohérence des aides à la mobilité des étudiants en médecine ; associer au minimum, au sein de tout dispositif applicable à un territoire, la région, l'ARS, la faculté de médecine et les collectivités infrarégionales impliquées dans ces aides.
- Proposition 5 Prévoir, dans les épreuves applicables aux études de médecine, des entretiens de motivation affectés de coefficients élevés.
- Proposition 6 Créer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque Conseil régional de l'Ordre des Médecins, un guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires aux candidats à l'installation.
- Proposition 7 Nommer, au sein de chaque ARS, ou éventuellement de chaque Conseil régional de l'Ordre des Médecins, un professionnel de l'ingénierie de projet chargé d'accompagner les particuliers et les collectivités territoriales porteurs d'un projet de santé.
- Proposition 8 Ramener de deux à un tiers le taux d'activité en zone sous-médicalisée, permettant à certains médecins généralistes de bénéficier d'une majoration du tarif de la consultation.

- Proposition 9 Coordonner les aides publiques locales à l'installation des médecins par un dispositif assurant l'information des collectivités territoriales sur leurs initiatives respectives.
- Proposition 10 Mettre en place un dispositif national d'« assurance investissement » au profit des candidats à l'installation en zone sous-médicalisée ou en zone fragile.
- Proposition 11 Organiser, chaque année et dans chaque région, une journée de sensibilisation des professionnels et futurs professionnels sur les conditions d'exercice dans les différents territoires, tant sur le plan professionnel que sur celui du cadre de vie.
- Proposition 12 Reconnaître les certificats médicaux « multi-usages » afin d'éviter la multiplication des demandes de certificat à des fins identiques.
- Proposition 13 Assurer une information rapide et complète des administrations et organismes concernés sur toutes les décisions prises pour simplifier les formalités administratives des professionnels de santé.
- Proposition 14 Charger sans tarder une structure représentative de l'ensemble des professions médicales et paramédicales de proposer une nouvelle répartition des tâches entre les différents acteurs adaptée aux niveaux de qualification.
- Proposition 15 Prévoir des formations complémentaires pour assurer la spécialisation des professionnels paramédicaux susceptibles d'assumer des tâches accomplies aujourd'hui par des médecins.
- Proposition 16 Développer les plates-formes de télésanté, le cas échéant en lieu et place de maisons de santé.
- Proposition 17 Clarifier le droit relatif à la télémédecine : articulation des responsabilités respectives des différents intervenants ; modalités d'archivage des données ; modalité d'expression du consentement du patient à la communication des données le concernant...
- Proposition 18 Modifier l'article 15 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels afin d'intégrer clairement, dans la définition de la notion de consultation ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance maladie, les actes de téléconsultation (en particulier ceux accomplis dans le cadre de plates-formes de télésanté) ; clarifier, en concertation avec les intéressés, les conditions d'une rémunération individualisée du médecin sollicité par un confrère dans le cadre d'une téléconsultation.

- Proposition 19 Généraliser le dispositif du tiers-payant aux actes de téléconsultation.
- Proposition 20 Conférer, en concertation avec les représentants du secteur médical, un bonus de rémunération aux professionnels recourant à la télémedecine.
- Proposition 21 Consacrer le métier d'assistant de santé et mettre en place une filière d'études adaptée associant connaissances médicales, connaissances de gestion et connaissances informatiques.

Annexe 3 :

Extraits de l'audition de M. Emmanuel Berthier, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR),
le 3 mai 2011⁵

La **délégation** procède à l'audition de **M. Emmanuel Berthier**, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR).

M. Claude Belot, président. - Nous sommes très heureux de pouvoir accueillir le délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale car le débat sur l'aménagement du territoire est permanent dans notre pays. J'ai demandé à M. Berthier de mettre l'accent sur les questions en matière de santé, de transport et d'aménagement numérique, qui soulèvent aujourd'hui de nombreuses interrogations dans les collectivités.

M. Emmanuel Berthier, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale. - J'ai pris mes fonctions le 3 janvier dernier et, afin de répondre à vos questions, je me propose de traiter successivement chacun de ces sujets.

En ce qui concerne le domaine de la santé, la DATAR veille aux côtés du ministre de la santé à ce que la dimension territoriale soit prise en compte dans le cadre des politiques mises en œuvre par ce ministère. Cela s'est traduit notamment par un certain nombre de décisions prises lors du dernier comité interministériel pour l'aménagement et le développement du territoire (CIADT) du 11 mai 2010. La loi fondatrice en ce domaine est la loi « hôpital, patients, santé et territoires », dite « HPST », votée en 2009 ; celle-ci crée les agences régionales de santé (ARS) et prévoit la mise en œuvre de réflexions qui se traduisent ensuite par des schémas d'organisation pilotés par un(e) directeur(trice) régional(e). Dans le cadre de cette loi, nous mettons en œuvre, avec le ministère de la santé, un certain nombre de processus qui visent à diminuer les inégalités territoriales en matière de santé, par exemple concernant le nombre de médecins installés dans chacun de nos départements.

Les ARS mènent un certain nombre de travaux sur l'analyse de la situation sanitaire, médicale, médico-sociale. Il s'agit à la fois de projets globaux et de projections programmatiques ; ces travaux seront terminés à la fin de l'année 2011, notamment la cartographie des schémas médico-sociaux qui seront déterminants pour l'offre de soins.

⁵ Le compte rendu intégral de cette audition est disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20110502/colter.html#toc2>

Avec le ministère de la santé, l'assurance-maladie et les associations d'élus, nous nous employons à analyser les territoires « en tension » en matière d'offre de soins de premier recours. Nous avons engagé une étude dont les conclusions devraient être rendues en juillet prochain, à la fois pour identifier ces territoires en tension et cartographier les besoins. Nous mettons ces éléments à la disposition des acteurs locaux (les ARS, les préfets de région, les élus et les observatoires de régions de la santé) afin de dégager des pistes d'action spécifiques qui pourront être proposées à chacun des territoires.

Nous participons également à la mise en œuvre des décisions qui ont été prises lors du CIADT du 11 mai 2010 qui comprenait deux parties : une partie sur l'aménagement numérique et du territoire et l'avenir des pôles de compétitivité ; une partie portant 70 mesures pour le milieu rural. Ce CIADT venait clore la séquence des assises des territoires ruraux avec, parmi ces 70 mesures, certaines portant spécifiquement sur l'accès aux soins en milieu rural. Il y avait notamment un programme de création de maisons de santé pluriprofessionnelles et des actions spécifiques sur le contrat de service public pour le milieu rural consistant à aider les étudiants en médecine - sous forme d'une bourse - en contrepartie d'un engagement à s'installer en zone fragile. Ce CIADT comporte un objectif de 400 contrats d'engagement en milieu rural à horizon fin 2013 ; 159 ont été réalisés à ce jour. Par conséquent, cette mesure fonctionne.

Par ailleurs, un dispositif d'accès aux stages en milieu rural a été mis en œuvre à l'occasion du CIADT pour les étudiants qui, notamment, prennent l'engagement de venir travailler dans des maisons pluriprofessionnelles de santé. La mesure phare du CIADT en matière de santé était donc la mise en œuvre d'un programme dynamique de développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Suite à ce CIADT du 11 mai 2010, une circulaire interministérielle de juillet 2010 a fixé le cahier des charges de ces maisons de santé pluriprofessionnelles avec un financement qui commence dans le cadre des pôles d'excellence rurale. A ce titre, nous avons financé :

- 21 dossiers correspondant à 37 maisons de santé, qui sont venus s'ajouter aux 8 dossiers de la première génération ;

- un programme finançant 250 maisons de santé dans le cadre du CIADT à un horizon 2013, avec des financements particuliers de l'Etat qui prennent deux formes : la mobilisation de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) et une enveloppe spécifique du fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) gérée sur le plan central. Trois fois 25 millions d'euros sur trois exercices successifs, 15 millions d'euros de DETR chaque année et 10 millions d'euros de FNADT.

On comptait 140 maisons de santé au 31 décembre 2010. Selon les prévisions, ce chiffre devrait être porté à 205 en 2011 et à 242 en 2012. Dans le cadre des enveloppes qui nous ont été allouées par le CIADT, nous avons les moyens de financer les projets qui vont prendre corps dans les prochaines années. Je suis actuellement en train d'écrire aux préfets de région afin de mettre en œuvre les conditions pratiques de mobilisation du FNADT (section centrale) pour que la dynamique des maisons de santé - qui a très bien fonctionné dans le cadre des deux vagues des pôles d'excellence rurale - se poursuive. La maison de santé

est en effet l'un des dispositifs à la disposition des partenaires régionaux pour traiter une partie de la problématique liée à l'inégalité constatée en termes d'accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire la présence des médecins généralistes en zone rurale. A l'analyse des cartes précisant la situation actuelle, on constate une très grande inégalité dans la couverture avec des âges très différents en moyenne et des perspectives de départs à la retraite qui vont venir renforcer, si l'on n'y prend pas garde, les inégalités actuelles.

Une maison de santé est une structure qui peut être cofinancée, si nécessaire, par les collectivités publiques et qui permet de regrouper plusieurs professionnels de santé venant de champs différents, notamment un certain nombre de médecins qui, en se regroupant, bénéficient de services communs et peuvent alors organiser de façon collective la permanence de soins et la garde.

M. Yves Détraigne. - Je suis l' élu d'un département, la Marne, qui n'est pas le plus mal loti en matière de présence médicale du fait de son rattachement au Bassin parisien. Néanmoins, dans ce département, on observe que, plus on s'éloigne des agglomérations comme Reims ou Châlons-en-Champagne, plus les médecins partant en retraite ont tendance à ne pas être remplacés.

On constate que les efforts des élus locaux pour mettre en place des maisons de santé pluridisciplinaires ne sont suivis par les ARS que si l'on a déjà, au moment du montage du dossier, les médecins auprès de soi ; or, cela n'est pas du tout évident lorsque l'on se trouve dans une situation d'entre deux, où les médecins en place sont sur le départ et sans que des médecins jeunes ne soient encore arrivés. Il existe donc des secteurs où il y a le potentiel en termes d'habitants, la volonté des élus mais où les projets ne sont pas suivis de la part de l'Etat parce qu'il n'y a pas encore les médecins associés. Je crains par conséquent que les maisons pluridisciplinaires ne règlent pas les problèmes de la faible densité médicale d'une part, et du départ des derniers médecins dans les secteurs qui en ont le plus cruellement besoin, d'autre part.

M. Yves Daudigny. - Au titre de la présidence d'une communauté de communes, je suis porteur d'un dossier d'une maison pluridisciplinaire de santé. Nous attendions une décision de financement pour le début de l'année. Deux possibilités nous avaient été présentées : soit le financement par la procédure de pôle d'excellence, soit le financement classique de maisons pluridisciplinaires. Or, nous sommes désormais au mois de mai. Ce retard manifeste dans la prise de décision a-t-il quelque raison ? Par ailleurs, les financements par la procédure des pôles d'excellence rurale sont-ils abandonnés pour les nouveaux dossiers ?

M. Jacques Mézard. - Pour ma part, j'ai une question pratique concernant un projet de pôle pluridisciplinaire de santé. Bien qu'il soit complet, que nous disposions du nombre de médecins suffisants, d'un permis prêt à être déposé, le dossier n'a pas été retenu dans le cadre des pôles d'excellence rurale. Dès lors, comment peut-on trouver les enveloppes nécessaires afin de réaliser ce projet ?

Mme Marie-Thérèse Bruguière. - Dans le cadre de la préparation de mon rapport au nom de la délégation, j'ai rencontré successivement l'ARS de Lille, celui de Montpellier et quelques médecins. Il faut en effet s'interroger sur cette désertification médicale qui est liée non seulement à la volonté des jeunes

médecins de ne pas s'installer dans des zones rurales éloignées mais également des médecins qui atteignent l'âge de 55 ans et souhaitent alors abandonner le cabinet médical afin de faire des remplacements pour obtenir plus de congés. Or, ce phénomène va s'amplifier. Il est par conséquent nécessaire de prendre des dispositions. Par ailleurs, la féminisation accrue de la profession conduit à des difficultés d'installation liées au fait que les conjoints des femmes médecins ont des difficultés à trouver des emplois dans ces zones territoriales.

M. Claude Belot, président. - On constate que la DATAR est donc bien au cœur d'un vaste dispositif tendant à la lutte contre les inégalités territoriales. Pour ma part, je souhaiterais que vous puissiez nous donner votre sentiment sur deux points.

D'abord, est-ce qu'en France, selon vous, nous avons exploité au maximum les possibilités offertes par les nouvelles technologies en matière de médecine dans les territoires ? Je pose cette question car je remarque qu'aujourd'hui notre approche territoriale est plutôt simple : elle repose sur la présence d'un médecin capable d'intervenir en quelques minutes dans chaque domicile et sur celle d'un hôpital à faible distance des lieux d'habitation disposant de tous les instruments nécessaires pour traiter un patient. Or, j'ai eu l'occasion d'assister, lors d'un déplacement dans la municipalité québécoise de l'Isle-aux-Coudres, pourtant dépourvue de médecin, au déploiement d'un système particulièrement efficace : par télétransmission, un simple infirmier a pu apporter les premiers secours à un patient victime d'un infarctus, puis se mettre en relation avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, lequel a pu réaliser un premier diagnostic et donner les instructions nécessaires d'urgence à distance.

Malheureusement, nous ne sommes pas encore en mesure de réaliser de telles performances en France alors même que notre niveau technologique n'est pas éloigné de celui du Canada. Pire : rien n'indique que nous nous engageons dans cette voie. Nous raisonnons encore trop en termes de présence matérielle sur le terrain alors même que cela ne résout pas forcément les difficultés.

Ensuite, je remarque, à la lumière de mon expérience en tant que maire, qu'en matière d'aménagement du territoire dans le domaine de la santé, nous sommes confrontés à de véritables dysfonctionnements administratifs.

En effet, pendant des années j'ai pu constater que le centre hospitalier de Jonzac, commune dont j'ai l'honneur d'être le maire, accueillait sans difficulté des médecins en internat formés à Bordeaux, c'est-à-dire dans la région limitrophe de la nôtre. Or, la logique de régionalisation a cloisonné les choses : les internes formés en Aquitaine doivent accomplir leurs stages dans cette région ; ils ne viennent donc plus à Jonzac, dont le CHU est désormais formellement rattaché à la région Poitou-Charentes ; le problème, c'est que les étudiants formés à Poitiers ne viennent pas pour autant à Jonzac, qui se trouve à plus de 200 kilomètres. Aujourd'hui, cette situation n'est plus possible et je milite activement pour que les bourses d'études attribuées par une région soient allouées également sur la base de critères d'éligibilité géographiques susceptibles d'inciter les internes à sortir du cadre de leur région. Les quatre cinquièmes des médecins actuellement en exercice au centre hospitalier de Jonzac ont suivi leur cursus d'études à

Bordeaux ; dès lors que les étudiants de Bordeaux ne peuvent plus venir à Jonzac, cela va inéluctablement poser un gros problème à terme.

En définitive, je suis convaincu que la solution en matière d'aménagement du territoire dans le domaine de la santé ne réside pas dans la multiplication des implantations de maisons de santé, mais dans la capacité retrouvée pour les territoires de faire prévaloir la liberté qui existait antérieurement à la logique de régionalisation des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

M. Emmanuel Berthier. - Je commencerai par répondre à vos questions, Monsieur le Président. Ce que vous décrivez correspond effectivement à une modification de l'internat qui a eu lieu en 1984 : disparition de l'internat régional, alors que des générations de médecins avaient été formés dans des régions où, très souvent, ils trouvaient à s'installer. Ce lien avec l'hôpital régional a disparu au moment de la réforme de cet internat. Faut-il revenir à une nouvelle organisation de l'internat ? C'est un point qui est tout à fait ouvert et je vous suis lorsque vous pensez que le système de bourse ne suffit pas forcément à contrebalancer un phénomène de connaissance du milieu pendant des années d'études, qui était celui de l'internat modèle 1984.

Sachez que le Québec nous sert de référence pour l'approche des politiques publiques en milieu rural, avec des réflexions qui sont, en général, très innovantes. En matière de possibilités technologiques, vous avez raison d'indiquer que la télémédecine devrait nous permettre d'ouvrir de nouveaux champs. C'est d'ailleurs pourquoi elle fait l'objet de chapitres importants dans le cadre de la loi HPST ; et la DATAR est bien évidemment aux côtés du ministère en charge de la santé pour mettre en œuvre ces dispositions en matière de télémédecine. La DATAR participe d'ailleurs aux actions qui sont conduites par le Commissariat général aux investissements d'avenir pour mettre en œuvre un certain nombre d'expérimentations en matière de télémédecine. Le grand emprunt a prévu un appel à projet « e-santé », considérant que la télémédecine permet, d'une part, d'apporter une médecine de qualité dans les territoires enclavés et, d'autre part, de garantir dans de meilleures conditions le maintien à domicile.

Mme Bruguière souligne que les comportements des jeunes médecins sont tout à fait différents de ceux des anciennes générations. Il faut évidemment prendre ce point en compte. Effectivement, les médecins, et pas seulement les femmes, souhaitent exercer leur métier tout en se ménageant des temps de repos importants, ce qui n'était pas le cas pour les générations de médecins de campagne qui se sont succédé depuis 150 ans. Vous avez parfaitement raison de souligner qu'il faut anticiper, dans toute la mesure du possible, les évolutions à trois ou cinq ans, parce qu'il s'agit de choses qui se préparent.

C'est d'ailleurs ce qu'indique M. Détraigne, qui a un peu de mal à convaincre son ARS ou son préfet de région. Mais la dimension prospective et prévention des difficultés à venir figurent pourtant dans les orientations qui ont été données aux ARS par le gouvernement.

Cela étant, la maison de santé ce n'est pas la panacée. On ne va pas en ouvrir partout parce que c'est, en général, un investissement public, et il faut que cet investissement public ait un usage garanti pendant un certain nombre

d'années. Le modèle qui a été développé part de l'existence d'un projet médical. Pour qu'il y ait projet médical, il faut au moins un certain nombre de médecins (mais cela peut être des médecins qui prévoient leur remplacement à terme). Ensuite, il faut que l'investissement collectif soit pertinent, c'est-à-dire qu'on ne peut pas imaginer un investissement à 100 % par des subventions publiques ; ce serait d'ailleurs contreproductif par rapport à l'objectif qui est de vérifier que le modèle est pérenne. Ce que nous préconisons, avec le ministère de la santé, c'est un financement qui soit autour de 50 % au moins par les professionnels qui s'installent dans les maisons pluriprofessionnelles.

Pour répondre à la question sur les pôles d'excellence rurale, je dirai que, dans le cadre de la dernière vague, nous avons accueilli 21 dossiers qui correspondent à 37 maisons de santé. Pourquoi en avons-nous retenu 37 ? Parce que c'était ceux qui étaient les plus exemplaires pour traiter des questions dans les territoires très enclavés, ou qui, par exemple, étaient tout à fait porteurs en matière d'utilisation de la télémédecine. Nous avons eu des critères supplémentaires qui ont permis de distinguer ces projets, sachant que ceux qui n'ont pas pu être retenus au titre des pôles d'excellence rurale seront, je l'espère, retenus au titre de l'appel à projet, dit classique, avec une capacité pour le préfet de région de moduler la subvention.

A propos de la question évoquant un retard dans une prise de décision, je dirai que, pour prendre une décision, il nous faut un projet de santé ainsi qu'un avis favorable de l'ARS (à savoir, à ce stade, une inscription dans le cadre du schéma régional médico-social) ; nous avons prévu un dispositif en matière de subventions, qui va être signifié aux préfets de région dans les prochains jours, et qui va permettre, je l'espère, de combler ce que vous qualifiez de retard dans la prise de décision.

M. Pierre-Yves Collombat. - Si j'ai bien suivi votre raisonnement, il s'agirait d'anticiper ce que souhaitent les médecins. Ce qu'ils souhaitent, on le sait : c'est gagner bien leur vie, en travaillant le moins possible, dans un environnement culturel agréable, avec des établissements d'enseignement pour leurs enfants situés à proximité. Bref, même s'il y a toujours des exceptions, ils souhaitent tout ce que ne peut pas offrir le milieu rural. Dans ces conditions, je ne vois pas pourquoi ces médecins viendraient financer à 50 % des maisons médicales alors qu'ils peuvent vivre leur vie grâce à la socialisation des dépenses de santé en ville. Il est évident que l'on ne pourra pas régler le problème de la désertification médicale en restant dans ce schéma.

M. Charles Guené. - Je voulais poser une question qui repose sur une expérience personnelle. Je trouve que les ARS fonctionnent de manière trop rigide et non décentralisée. Par exemple, je suis sur un canton déficitaire et à côté, il y a un canton quasi désertique (14 habitants au km²), mais qui n'est pas en zone déficitaire. Un médecin de ce canton désertique est venu en renfort du médecin situé en zone déficitaire. Bien entendu, il ne travaille qu'un tiers du temps dans le canton déficitaire, parce qu'il est en charge du canton désertique qui l'occupe aux deux tiers. Le médecin qui est dans mon territoire, en zone déficitaire, perçoit les 4 euros supplémentaires sur ses consultations, alors que celui qui vient en renfort, comme il ne fait pas deux tiers au moins de travaux dans le canton déficitaire en

question, ne perçoit rien sur ses visites. J'essaie d'expliquer à l'ARS que cela ne me paraît pas équitable et que cela ne durera pas très longtemps. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen de reconsidérer, de temps en temps, les limites géographiques des cantons, les systèmes d'organisation et le fonctionnement de ces règles pour que cela soit efficace sur le terrain ?

M. Pierre Jarlier. - Je voudrais intervenir également sur les modalités d'élaboration des zones déficitaires. On a vu des résultats assez surprenants. A l'intérieur de zones de revitalisation rurale, dans lesquelles il y a déjà beaucoup de difficultés pour accueillir des médecins, on a vu effectivement zonés des secteurs déficitaires, qui sont des secteurs où il n'y a déjà plus de médecin. En revanche, à l'intérieur même de ces zones de revitalisation rurale, on a exclu les chefs-lieux de canton dans lesquels il reste par exemple un ou deux médecins, ce qui fait que l'on arrive à une situation aberrante : on n'a pas de mesures incitatives dans ces secteurs, pour aider à conserver des médecins, et on pourrait en avoir dans les secteurs où il n'y a déjà plus de médecins car plus d'habitants. Le fait que des communes de 50 ou 100 habitants soient zonées et pas le chef-lieu de canton concerné montre bien qu'il y a urgence à revoir la carte des zones déficitaires ; il faut le faire en tenant compte des bassins de vie et des points de résistance qui permettent au médecin de s'installer, précisément, dans les maisons de santé dans les chefs-lieux de canton. Il y a donc un vrai travail à faire pour mettre en cohérence les secteurs de revitalisation rurale et les zones déficitaires pour donner une chance aux pôles de résistance de s'organiser avec notamment les nouveaux outils que sont les maisons de santé.

M. Emmanuel Berthier. - Le parti qui a été pris dans la loi « hôpital, patients, santé et territoires » est effectivement un parti d'incitations positives à l'installation de professionnels de santé dans les zones difficiles. On est en train de regarder si cela fonctionne ou pas, pour répondre à l'observation de M. Collombat. Notamment, on est en train de capitaliser les expériences de territorialisation, qui sont conduites par les ARS. Monsieur Guené, j'ai noté avec beaucoup de scrupules toutes vos idées et toutes les indications que vous nous donnez, et je les ferai partager au ministère de la santé.

M. Yves Détraigne. - Je voudrais insister sur le point soulevé par notre collègue Pierre Jarlier. L'époque est passée où, dans chacune des 36 000 communes de France, on pouvait bénéficier de tous les services au public (épicerie, école, médecin...). On ne peut faire de l'aménagement du territoire et conserver un milieu rural vivant, que si l'on conforte les bourgs-centres, qui, parfois, n'ont que 1 500 ou 5 000 habitants, en anticipant le départ du médecin et en préparant de meilleures conditions d'accueil pour son successeur, permettant ainsi de maintenir la médecine sur le territoire.

M. Emmanuel Berthier. - Je n'ai pas répondu de façon précise sur l'exemple du Cantal, où les chefs-lieux de canton ne font pas l'objet d'une priorité, contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions françaises.

M. Claude Belot, président. - Qui décide ?

M. Emmanuel Berthier. - C'est l'ARS, *in fine*, qui arrête des schémas, dont le schéma médico-social. Mais elle le fait après avoir, dans le cadre des territoires de santé qui ont été définis dans chacune des régions, discuté et arrêté

un programme de territoire. Tout ce que vous portez comme objectif et comme volonté est tout à fait central, et est en train d'être capitalisé par les ARS dans un dispositif qui est fort loin du Gosplan.

Mme Marie-Thérèse Bruguière. - Dans des grandes villes, aussi, il y a absence de médecins. C'est un réel problème.

M. Yves Daudigny. - Est-ce que la décision d'avis favorable sur le dossier des maisons de santé appartient à l'ARS puis, après la subvention, au préfet de région ?

M. Emmanuel Berthier. - Il convient de distinguer deux périodes. La carte des régions de santé sera progressivement appliquée à partir de 2012. Auparavant, en l'absence de schéma couvrant l'ensemble des régions, des commissions régionales ont été constituées par les préfets et les ARS afin d'émettre des avis au sujet des maisons de santé. Les dossiers avec avis favorable peuvent recevoir diverses sources de financement : la dotation spécifique dont dispose le préfet de région au titre du FNADT central, les dotations d'équipement des territoires ruraux (DETR), les fonds européens, dans certaines circonstances, mais aussi, dans certains cas, les contrats de redynamisation des sites de défense ou les crédits des contrats de projet lorsque le financement des maisons de santé pluridisciplinaires y est inscrit. En outre, les préfets devraient être autorisés d'ici peu à moduler de manière significative le financement des maisons de santé en fonction des contraintes portées par chacun des territoires, autour d'une somme moyenne qui pourrait être de 100 000 euros. Nous essayons donc, Monsieur le Président, d'être le plus souple possible dans le cadre de la planification.

Annexe 4 :

Audition du Docteur Élisabeth Hubert, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), le 17 mai 2011

La **délégation** procède à l'audition du **Docteur Élisabeth Hubert**, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).

Dr Élisabeth Hubert, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. - Le rapport que j'ai remis au Président de la République il y a quelques mois a abordé nombre de questions relatives à la santé, dont plusieurs sont directement liées à la réflexion que vous avez engagée sur le rôle des collectivités territoriales en la matière.

Vous êtes tous parfaitement informés des données du problème de la démographie médicale et, s'il y avait un doute, votre décision de vous emparer de ce sujet suffirait à le lever. Aussi ne vais-je pas m'attarder sur le constat que vous avez déjà fait vous-mêmes. Je me limiterai simplement à rappeler, car ceci a des incidences sur les mesures à prendre, l'appétence déclinante des jeunes médecins pour l'exercice de leur métier sous la forme libérale et, plus largement, pour s'installer en dehors des grands centres urbains, sous quelque forme d'exercice que ce soit.

J'ai volontairement inscrit ma réflexion dans une échelle de temps qui n'était pas celle de l'immédiat. J'ai fait le choix de me placer dans la durée : la formation d'un médecin demande une dizaine d'années et c'est donc cette durée qu'il faut prévoir pour que les mesures que nous prendrions donnent leur pleine efficacité. J'ai donc conçu mon rapport en distinguant les solutions perceptibles à long terme (mais bien entendu à prendre maintenant), à moyen terme (c'est-à-dire dont les effets se feraient pleinement sentir dans les trois à cinq ans) et à court terme.

Je voudrais, aujourd'hui, insister surtout sur les mesures à long et à moyen termes.

Les premières portent, d'une part, sur la formation et, d'autre part, sur l'utilisation des systèmes d'information et de ce que nous appelons la télésanté.

Le message le plus important que je veux faire passer concernant la formation est le suivant : il faut aujourd'hui cesser de former les étudiants en médecine uniquement dans les CHU. Nous devons leur faire prendre la mesure de toute la richesse de l'exercice médical, sa très grande diversité. C'est donc une grave erreur que d'orienter 100 % des étudiants vers des stages uniquement en CHU alors que 99 % d'entre eux sont appelés à exercer leur métier en dehors d'un CHU. Malheureusement, cette erreur n'est pas encore en voie de correction. Entendons-nous bien : je ne préconise pas l'abandon de toute formation en CHU ;

je considère que les futurs médecins doivent avoir un double regard et que, à cette fin, il est essentiel de développer, durant le deuxième cycle, les stages de proximité.

Je précise que mon analyse s'applique à tout le monde médical : à toutes les spécialités, au libéral comme à l'hospitalier dans ses différents volets, à la médecine du travail, à la médecine scolaire, à la recherche... La médecine doit être montrée dans toute sa diversité aux étudiants en médecine.

Sur ce premier point, je crois qu'il y a un véritable rôle à jouer pour les collectivités territoriales. Je le vois comme un rôle d'accompagnement, plus que de conception, consistant à aider à surmonter les obstacles qui empêchent les étudiants d'effectuer leurs stages en dehors de la zone, par hypothèse urbaine, où ils suivent leurs études : la distance, le logement sur place... tous ces problèmes pratiques qui font que, par exemple, un étudiant à Dijon choisira généralement d'effectuer ses stages dans cette ville plutôt qu'en Haute-Marne. Cet accompagnement par les collectivités territoriales peut prendre des formes diverses et complémentaires : aide au transport depuis la ville universitaire, aide à l'hébergement...

Cela me paraît d'autant plus nécessaire qu'il y a aujourd'hui bien moins de mixité sociale parmi les étudiants en médecine qu'il n'y en avait dans les générations précédentes : leurs aînés étaient issus de filières plus diverses (et pas exclusivement scientifiques), ils provenaient bien plus souvent qu'aujourd'hui de milieux ruraux et reflétaient davantage la diversité sociale. Il y a là une situation qui me conduit d'ailleurs à une certaine réserve à l'égard du système des bourses ; je ne suis pas pour leur suppression, mais je considère qu'il faut se méfier des effets d'aubaine, consistant à inciter financièrement à des choix qui auraient de toute manière été faits, et qu'il faut s'assurer que les bénéficiaires confirment, des années après et alors que bien des modifications auront pu se produire dans leur vie, leur engagement dans la voie médicale.

J'ajoute, même si cela ne relève pas des collectivités territoriales elles-mêmes, que l'amélioration de la formation des étudiants, en particulier au niveau de l'internat, est un moyen de limiter le choix pour l'exercice de leur métier sous forme de remplacements : s'ils sont de plus en plus nombreux à faire ce choix, en partie aux dépens de l'ouverture d'un cabinet, c'est parce que beaucoup voient dans les remplacements un moyen d'achever une formation qu'ils estiment incomplète.

Je pense qu'il pourrait y avoir une véritable utilité à créer une quatrième année d'internat, qui s'effectuerait en large autonomie dans des lieux désertifiés, sous le tutorat d'un médecin qui serait peut-être à quelques dizaines de kilomètres, et qui se rapprocherait d'une forme de remplacement. Cette piste suppose bien entendu des conditions de rémunération suffisamment attractives, davantage que celles de l'internat, et devrait s'inscrire dans une réflexion d'ensemble sur les études de médecine, dont je ne suis pas partisane d'allonger la durée globale. Outre qu'elle apporterait un complément de formation fort utile, cette quatrième année d'internat familiariserait les jeunes médecins avec le milieu rural ; cela leur permettrait de s'en faire une juste idée et de lever les craintes

qu'ils émettent souvent, faute de visualiser la réalité des choses, sur le maillage de ces zones en termes de services tels que les écoles, les bureaux de poste...

Le second point sur les solutions à long terme que je préconise porte sur le système d'information et la télésanté. En ces domaines, les collectivités territoriales ont également un rôle à jouer.

A propos des systèmes d'information, il est faux de croire que l'on peut accéder partout en France à des moyens de communication permettant par exemple une relation à distance entre un patient et un médecin. Nous nous heurtons en outre à un problème d'interopérabilité entre les différents systèmes, qu'il s'agisse de ceux existant entre les professionnels libéraux ou de ceux existant entre le monde hospitalier et le monde libéral ; il y a là un vrai handicap pour le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et je regrette que notre pays ne se soit pas engagé dans une véritable politique volontariste sur ce point.

Quant à la télésanté, qui est bien sûr liée à la question du développement des systèmes d'information, elle change profondément la manière dont on doit aborder la question de la désertification médicale. Il est évident que la perspective de pouvoir faire un diagnostic à distance, avec la possibilité de transmettre des images, des tracés cardiologiques ou autres supports, conduit à relativiser l'affirmation selon laquelle la médecine libérale doit pouvoir s'appuyer physiquement sur un plateau technique impliquant diverses spécialités (radiologie, cardiologie...). La télésanté permet par exemple que l'interprétation des radios soit faite à distance. Nous sommes ainsi à la veille d'un bouleversement technologique et il ne tient pas à grand-chose d'en faire bénéficier notre pays : cela tient notamment à des normes, qui devraient permettre de faire en sorte que tout le monde « parle la même langue », et à un minimum de volontarisme et donc de moyens financiers. C'est un cap que nous devons franchir, car nous ne pouvons en rester à des systèmes, tels que ceux que l'on rencontre le plus souvent dans les maisons de santé, où, faute d'interopérabilité, les données ne sont accessibles qu'aux médecins et ne le sont pas à d'autres professionnels tels que les infirmières, les kinésithérapeutes... Cette situation est un obstacle essentiel à la réussite, que nous espérons tous, du DMP (dossier médical personnel).

Je considère que les collectivités territoriales ont un véritable rôle d'impulsion à jouer dans ce domaine de la télésanté. Certaines, en particulier des régions, se sont fort opportunément engagées dans une politique volontariste en la matière. Ces initiatives doivent cependant trouver un soutien du côté de l'Etat, car on ne saurait concevoir que des progrès s'arrêtent à la frontière d'une région.

J'en viens maintenant aux mesures qui se feraient ressentir à moyen terme. Elles doivent, selon moi, former un ensemble inséparable constitué de trois éléments. Ce « trépied » est constitué de la coopération entre les professionnels de santé, des regroupements et des rémunérations. J'insiste sur le fait que ces trois points sont inséparables : ne travailler que sur les rémunérations, comme il me semble qu'on a tendance à le faire, serait une solution boiteuse ; ne chercher qu'à développer les regroupements ne servirait à rien... Les trois enjeux doivent être liés et avancer en même temps.

Paradoxalement, en ce qui concerne les coopérations, la démographie médicale peut être une chance. Elle peut, en effet, amener les uns et les autres à se concentrer sur ce qui constitue véritablement leur valeur ajoutée et à moins se disperser dans leurs tâches qui, chez certains professionnels, ne sont pas à la hauteur de leur formation, de leur rémunération et de ce que l'on attend d'eux. Quand un médecin passe un tiers de son temps à faire de l'administratif, je considère que c'est du gâchis ; quand une infirmière consacre son activité à dispenser des toilettes, c'est du gâchis.

Nous avons, en France, bon nombre de médecins spécialistes qui accomplissent des tâches qu'ils ne font pas ou plus ailleurs. Il en résulte le sentiment d'un manque de spécialistes, mais c'est un sentiment erroné : quand on dit que l'on manque d'ophtalmologistes, ce n'est pas vrai ; le problème ne vient pas de l'insuffisance quantitative, même si leur répartition sur le territoire n'est pas optimale, mais du fait qu'ils consacrent une part trop importante de leur temps à des activités qui ne devraient pas être accomplies par eux. On a trop transféré aux spécialistes des tâches sans lien avec la fonction d'expertise qui est la leur. Cette situation se fait d'autant plus ressentir que nous sommes le seul pays au monde, avec les États-Unis (qu'on peut difficilement considérer comme un modèle en matière de santé), où le nombre de spécialistes est supérieur au nombre de généralistes.

Au final, c'est l'ensemble des acteurs de la chaîne médicale qui accomplissent des tâches ne correspondant pas à leur niveau. C'est en ce sens que je dis que la situation démographique dans laquelle nous nous trouvons peut, paradoxalement, être une chance : elle peut amener à un développement bienvenu de la coopération. D'ailleurs, on le voit bien sur le terrain, les médecins sont prêts à jouer le jeu de la coopération : par exemple, sur des problèmes de plaies, de douleurs ou de soins palliatifs, ils acceptent volontiers de s'en remettre à des infirmières qu'ils savent parfaitement formées et d'autant plus performantes qu'elles y consacrent l'essentiel de leur activité quotidienne.

Sans ces coopérations entre professionnels, nous n'aurons pas de regroupements. Nous aurons simplement, dans les maisons de santé ou dans les pôles de santé, une coexistence de professionnels ; nous n'aurons pas ce partage optimal des tâches et donc cette économie du temps médical qu'il nous faudra pourtant bien trouver.

Quant à la forme des regroupements, je crois beaucoup en la souplesse des pôles de santé. Je n'ai bien sûr rien contre le principe des maisons de santé, mais à condition qu'elles soient mises en place sur la base d'un projet mûr. Or, il faut plusieurs années, je dirais quatre à six pour que mûrisse vraiment un projet : les professionnels qui s'y consacrent ne peuvent généralement y travailler que le soir, en dehors de leurs heures de consultation ; le montage d'un projet n'est jamais simple et correspond d'ailleurs à un véritable métier en lui-même ; la définition du contenu du projet et la recherche des financements nécessitent de frapper à bien des portes et à s'y retrouver dans les nombreux arcanes et papiers administratifs... C'est pour cette raison que je plaide pour la mise en place, au sein de chaque ARS (agence régionale de santé), d'un spécialiste de l'ingénierie de projet.

J'ai été très étonnée, au cours de ma mission, de constater à quel point les professionnels, y compris ceux de plus de cinquante ans, étaient prêts à se regrouper. Ils le sont beaucoup plus que ce qu'on ne le dit. D'où ma question : pourquoi ne le font-ils pas ? Il y a bien sûr la complexité des dossiers. Mais il y a aussi le fait que les regroupements nécessitent des investissements ; c'est un point auquel sont particulièrement sensibles les plus âgés qui, à leurs débuts, ont dû racheter une clientèle, laquelle, aujourd'hui, n'est plus revendable : avec la pénurie de médecins, il suffit de s'installer pour avoir immédiatement des clients, sans avoir à racheter une clientèle. Les médecins relativement proches de la retraite ne veulent donc pas se lancer dans une entreprise de regroupement car ils ne sont pas sûrs de récupérer leur investissement.

Partant de ce constat, j'ai proposé une forme de portage, consistant à garantir les investissements consacrés à un regroupement, sous réserve de rester en place un minimum de temps (cinq ans pour les plus jeunes et jusqu'à l'âge de la retraite pour les plus anciens) : ou bien, lors de son départ, l'intéressé trouve un successeur et le problème est réglé ; ou bien il n'en trouve pas, et un « fonds-tampon » prend à sa charge la recherche du professionnel susceptible de lui succéder. Cet accompagnement dans le risque serait un véritable accélérateur d'initiatives.

Par ailleurs, il faut être précis sur ce que l'on entend par « maison de santé ». Il ne suffit pas d'avoir deux médecins et une infirmière pour mériter cette appellation. Une maison de santé, cela doit être véritablement pluri professionnel, cela doit avoir de véritables obligations de continuité des soins, cela doit être capable d'accueillir des stagiaires pour une bonne formation...

En ce qui concerne les rémunérations, j'estime qu'elles vont continuer à reposer, dans une très large mesure, sur le système actuel de paiement à l'acte, ne serait-ce que parce que nous n'avons pas vraiment les moyens de passer à la forfaitisation de la médecine : les pouvoirs publics ne peuvent pas assurer aux médecins salariés, sur la base de 35 heures par semaine, une rémunération analogue à celle des médecins libéraux. Néanmoins, le forfait doit être envisagé pour développer les soins coordonnés, ce qui est nécessaire pour un partage optimal des compétences notamment dans des domaines tels que l'accueil de personnes âgées ou la prise en charge de femmes à la sortie de la maternité.

En ce qui concerne les mesures à court terme que je préconise, je vous renvoie à mon rapport écrit.

Mme Marie-Thérèse Bruguière. - Il est incontestable que nous sommes à une période charnière et qu'il nous faut prendre des mesures sans tarder. C'est devenu extrêmement urgent, mais je crois que l'on peut y parvenir.

Un point auquel nous devons nous atteler porte sur l'installation du conjoint ou de la conjointe du médecin, qu'il faut aussi chercher à faciliter. Nous ne sommes plus à l'époque où le conjoint du médecin ne travaillait pas ou travaillait dans le cabinet de son mari, notamment à des tâches de secrétariat. Nous aurons toujours le plus grand mal à attirer des médecins si nous n'offrons pas, sur place, du travail à leurs conjoints. A cet égard, les territoires ne sont pas à égalité car, y compris au sein d'une même région, certaines zones sont mieux

placées que d'autres : il est évident que l'agglomération de Montpellier rencontre moins de difficultés que le département de la Lozère.

Dr Élisabeth Hubert. - En effet... néanmoins, à ce jour, la Lozère n'est pas encore frappée par la désertification. C'est plus tard qu'elle le sera, si rien n'est fait, alors que d'autres départements sont d'ores et déjà touchés.

Mme Marie-Thérèse Bruguière. - Tout à fait, mais je me plaçais dans le futur et, sous cet angle, il n'est pas douteux que les perspectives sont moins inquiétantes pour Montpellier que pour la Lozère. Je suis en plein accord avec vous dès lors que l'on observe la situation actuelle : certaines zones souffrent bel et bien déjà d'une pénurie de médecins. Il me semble d'ailleurs qu'il y a une véritable fracture entre le nord et le sud : à Lille, où je me suis rendue dans le cadre de mon rapport, il faut compter au minimum six mois pour avoir un rendez-vous avec un ophtalmologiste, contre seulement (si j'ose dire car c'est déjà beaucoup) trois mois à Montpellier.

Il faut indiscutablement accompagner les médecins, en particulier les jeunes diplômés, dans leur installation et je trouve très intéressantes les propositions que vous formulez à cette fin, en particulier sur les stages des étudiants auprès des médecins libéraux (qui doivent être formés à cet accueil).

Il y a une évolution qui m'a frappée concernant la relation du patient avec le médecin. Les clients sont de plus en plus impatients : ils veulent qu'il leur prescrive le remède qui guérira leur mal de gorge en 24 heures, ils attendent qu'il soit nuit et jour disponible pour les recevoir, ils se plaignent s'ils n'arrivent pas à le joindre... Il en résulte chez beaucoup de médecins un sentiment de dévalorisation, l'impression de ne plus être respectés autant que l'étaient leurs anciens.

En ce qui concerne les maisons de santé, elles doivent en effet être pluridisciplinaires. Je pense qu'elles doivent aussi comprendre un professeur de médecine.

Dr Élisabeth Hubert. - Tout à fait, et c'est une politique que certaines maisons de santé ont déjà mise en application.

M. Charles Guené. - Je souscris, Madame le Ministre, à tout ce que vous avez dit. Je voudrais faire observer que, sur le terrain, nous nous heurtons à certains paradoxes. J'en citerai deux.

Je suis maire d'un village de 700 habitants, voisin d'un bourg de 500 habitants, et nous avons seize professionnels de santé, qui plus est dans des domaines variés : généraliste, ophtalmologiste, sage-femme, gynécologue, infirmières, dentiste... Cela est dû à une politique volontariste de notre part. Mais nous avons, non loin de nous, des zones désertifiées où les élus prennent à leur tour des initiatives qui, si elles attireraient chez eux certains de ces professionnels, pourraient (c'est mon premier paradoxe) remettre en question l'équilibre auquel nous sommes parvenus. La solution serait que nous travaillions ensemble, que nous nous associions, mais cela suppose que les professionnels y soient disposés, ce qui n'est pas évident puisque, pour plusieurs d'entre eux, cela impliquerait des déplacements sur une zone géographique beaucoup plus large.

Mon second exemple porte sur la rémunération. Le canton voisin du mien est quasi désertique. La toubib qui y est installée vient régulièrement en renfort dans notre canton, situé en zone déficitaire. Mais, comme elle ne y consacre qu'un tiers de son temps, elle ne peut pas prétendre à la majoration sur ses consultations, qui suppose de consacrer deux tiers au moins de son activité à un canton déficitaire. C'est un peu paradoxal car le médecin du canton, lui, perçoit cette majoration alors qu'il n'a pas à effectuer les mêmes déplacements. L'ARS, à qui j'ai signalé cette situation curieuse, m'a opposé la réglementation nationale pour me dire qu'elle ne pouvait rien y faire.

Je pense donc qu'il faut prendre garde aux règles que nous édictons, qu'il conviendrait de leur conférer une certaine souplesse et qu'il faudrait une cohérence d'ensemble des initiatives car celles qui sont prises d'un côté peuvent désarticuler un système qui marche bien ailleurs. C'est toute la complexité du problème de la démographie médicale.

M. Yves Krattinger, président. - Les initiatives locales ont connu des destins divers. Les unes ont très bien réussi, d'autres beaucoup moins. Désormais, nous avons les ARS et l'heure est peut-être venue de s'appuyer sur elles pour mettre de l'ordre dans tout cela. Nous pourrions planifier les choses : on sait comment vont évoluer la démographie médicale et les populations des différents territoires ; les tendances sont bien identifiées et elles ne vont pas s'inverser du jour au lendemain. Dans la mesure où, comme vous l'avez dit, il faut du temps pour donner de l'effet aux mesures qui seront prises, n'est-il pas urgent de clarifier les choses pour une bonne planification ?

M. Charles Guené. - Une planification qui doit porter aussi sur la qualité des projets et pas seulement sur leur nombre. J'ai été frappé d'entendre le délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), que nous recevions ici-même il y a deux semaines, nous présenter ses objectifs en termes de nombre de maisons de santé à construire sur une période donnée.

M. Yves Krattinger, président. - Le DATAR est en effet tenu à des objectifs chiffrés : il doit obtenir la construction d'un certain nombre de maisons de santé. Or, ce n'est pas les chiffres qui comptent, mais la cohérence de l'ensemble.

Dr Élisabeth Hubert. - Vous avez, Monsieur Guené et Monsieur Krattinger, parfaitement raison.

C'est précisément pour ne pas conduire à des déséquilibres que je prends soin de ne pas raisonner qu'en termes de maisons de santé, mais aussi en termes de pôles de santé. Il faut que les regroupements que j'appelle de mes vœux ne consistent pas en des déplacements d'un lieu à un autre qui ne feraient qu'accentuer la désertification. Le problème, que vous soulignez à juste titre, c'est qu'il y a des objectifs chiffrés pour la construction de maisons de santé qui finissent par devenir le seul but à atteindre. Il est aberrant de raisonner ainsi, de dire que l'on fera tant de maisons de santé par an dans une région. Cela peut d'ailleurs conduire à stériliser des initiatives, dans la mesure où l'on refuserait d'aller au-delà du chiffre fixé dans des régions où cela serait nécessaire... sans parler des effets d'aubaine, puisque l'argent risque d'aller aux plus malins plutôt qu'à ceux qui en ont le plus besoin.

Votre observation sur la rémunération en zone déficitaire, Monsieur Guéné, renvoie à l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. La Caisse nationale d'assurance maladie a eu tellement peur de ses conséquences financières qu'elle n'a eu de cesse d'en réduire la portée, si bien qu'aujourd'hui nous n'avons que quelques dizaines de médecins qui touchent la majoration prévue. J'ai moi-même rencontré une situation analogue à celle que vous décrivez et je connais d'autres exemples, qui ont donné lieu d'ailleurs à des solutions différentes selon les endroits. Tout cela, en effet, n'a pas beaucoup de sens. Si l'on mettait en place des dispositifs plus simples, plus lisibles, on aurait très certainement une déperdition beaucoup moins forte des aides.

Nous sommes à la veille d'une étape d'une particulière importance avec l'adoption des schémas régionaux d'organisation des soins, les SROS. C'est une occasion à ne pas manquer de mixer les secteurs hospitalier, libéral et médico-social. Je suis loin d'être une planificatrice, mais j'estime, comme vous, Monsieur Krattinger, qu'il faut avoir une claire vision des choses. J'ai vu bien des initiatives de maisons de santé dans des endroits où, pourtant, il n'y avait pas de fragilité le justifiant. On ne peut pas se permettre de financer de telles initiatives ; il faut vraiment cibler les zones fragiles. Comme on ne sème pas sur du sable, il est inutile de chercher à faire quoi que ce soit dans les zones où il n'y a plus rien du tout. Nos efforts doivent d'abord porter sur les zones menacées et je vous rejoins, Madame Bruguière, sur la Lozère qui, bien que n'ayant pas de problèmes aujourd'hui, est menacée d'en avoir d'ici quelques années ; c'est pour cela que je pense que nous avons intérêt à accompagner la Lozère, comme d'autres territoires, dans leur politique en matière de maisons de santé.

En ce qui concerne les ARS, je fais partie de ceux qui défendent leur action. Je pense néanmoins qu'elles n'ont pas assez de marge de manœuvre et qu'elles manquent de moyens pour faire certaines choses qu'elles pourraient pourtant faire très bien. On ferait mieux d'utiliser au renforcement de leurs moyens l'argent que l'on consacre, en application de la convention nationale, à des questions d'organisation ou de rémunération. Inversement, je trouve aberrant que les ARS soient censées donner les financements pour les actes de télésanté ou de télémedecine car, pour le coup, il s'agit là de points qui devraient relever de la convention.

Quant au zonage, nous sommes incapables de le faire de manière efficace : nous n'avons aucun outil nous permettant de définir une zone fragile de façon identique d'une région à une autre. Nous devons à l'évidence nous doter d'un outil qui, sur la base de critères simples, fournisse une grille de lecture identique aux différentes ARS.

M. Yves Krattinger, président. - Je voudrais appuyer vos propos sur la nécessité d'une ingénierie de projet qui fait cruellement défaut aujourd'hui. Il faut absolument que les moyens en soient donnés aux ARS.

Mme Mugnette Dini. - Les ARS ont reçu, depuis leur création, en moyenne une directive par jour. Elles ont donc aujourd'hui plus de quatre cents directives à mettre en œuvre. Dans ces conditions, on peut se demander comment elles peuvent continuer sur ce rythme avec les moyens qui sont les leurs.

Annexe 5 :

Liste des auditions

1 ^{er} février 2011	<p>M. Philippe Dallier, sénateur de la Seine-Saint-Denis</p> <p>M. Jean-Pierre Hardy, chef du service des politiques sociales de l'Assemblée des départements de France (ADF)</p>
2 mars 2011	<p>M. Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)</p> <p>M. Alain Milon, sénateur du Vaucluse</p> <p>Dr Patrick Romestaing, président de la section santé publique du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)</p> <p>Mme Isabelle Maincion, maire de la Ville-aux-Clercs, et M. Jean-Pierre Bouquet, maire de Vitry-le-François, représentant l'Association des maires de France (AMF)</p>
30 mars 2011	<p>M. le Professeur François-Bernard Michel</p> <p>M. Jacques Blanc, sénateur de la Lozère</p>
3 mai 2011	<p>M. Emmanuel Berthier, délégué interministériel à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR)</p>
17 mai 2011	<p>Dr Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)</p>
<i>Déplacements en régions</i>	
4 mars 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon : Mme Martine Aoustin, directrice générale
9 mars 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais : M. Daniel Lenoir, directeur général 4 délégués territoriaux : Mme Marie-Reine Mutel (Lille Métropole-Flandre Intérieure) M. François Leclercq (Littoral) M. Gwen Marqué (Hainaut) M. Didier Michel (Artois) • Mairie de Lille : Mme Anne Urbanovsky, chargée de mission affaires sociales et santé Mme Marielle Rengot, adjointe en charge des questions de santé