CONCOURS ATTACHÉ TERRITORIAL

EXTERNE

SESSION 2024

RÉDACTION D'UNE NOTE

SPÉCIALITÉ : GESTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction d'une note ayant pour objet de vérifier l'aptitude à l'analyse d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale.

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

Recto

Ne retourner que suite au signal du responsable de salle.

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez écrire uniquement à l'aide d'un stylo à encre foncée, non effaçable sur votre/vos copies(s) et vous pouvez utiliser du blanc correcteur.
- Un seul sujet est donné au candidat. Aucun autre exemplaire du sujet ne pourra lui être fourni.
- Hormis sur le cartouche d'identification, vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif (ni votre prénom, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de candidat, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe, découpage et collage des copies entre elles, brouillons même vierges remis avec la/les copies…) dans votre/vos copie(s) et/ou annexe(s) le cas échéant (intercalaires, papier millimétré, feuille blanche). Sera considéré comme signe distinctif tout élément permettant de différencier et repérer particulièrement la ou les copies et non requis pour répondre à la commande du sujet.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 39 pages

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.

S'il est incomplet, en avertir un surveillant.

F10-36-03 v4

Vous êtes attaché territorial, chargé de mission auprès du directeur de la solidarité territoriale au conseil départemental d'Admidep. De nombreux territoires de ce département rural pâtissent d'une offre médicale insuffisante, en déclin depuis quelques années.

Les élus souhaitent engager une politique pour enrayer cette dynamique, et redonner ainsi de l'attractivité au département.

Dans cette perspective, le directeur de la solidarité territoriale vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur les déserts médicaux.

Liste des documents :

Document 1 : « Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action » - *Sénat* - octobre 2021 - 4 pages

Document 2 : « Déserts médicaux : un enjeu global d'attractivité pour les territoires » - Caroline Megglé - *Localtis* - 28 juin 2022 - 2 pages

Document 3 : « Face aux déserts médicaux, le gouvernement déploie quatre mesures concrètes dans les territoires » - *Maire-info* - 17 juillet 2023 - 2 pages

Document 4 : « Lutter contre les déserts médicaux » - *Ministère des Solidarités et de la Santé* - 2022 - 1 page

Document 5 : « Déserts médicaux : état des lieux et solutions » - Dr Jean-Pascal Del Bano - *Le Guide Santé* - 5 novembre 2020 - 5 pages

Document 6 : « Accès aux soins : le retour en grâce des centres de santé municipaux » - *L'Inspiration Politique* - 22 mai 2023 - 3 pages

Document 7 : « Trois façons de jouer collectif grâce aux maisons et aux pôles de santé » - Catherine Maisonneuve, Isabelle Raynaud - *lagazette.fr* - 12 mai 2016 - 4 pages

Document 8 : « Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? » - *Vie publique* - 24 avril 2023 - 5 pages

Document 9 : « Les déserts médicaux » - Matthieu Frélaut - *Ecole des dirigeants de la protection sociale* - Regards n°53 - juillet 2018 - 5 pages

Document 10 : « Comment les collectivités peuvent recruter et salarier un médecin » - Agathe Delescluse - *Le courrier des maires et des élus locaux* - 21 avril 2022 - 4 pages

Document 11 : « Déserts médicaux : l'ordonnance sévère de la Cour des comptes » - Géraldine Langlois - *lagazette.fr* - 14 mai 2024 – 2 pages

Dans un souci environnemental, les impressions en noir et blanc sont privilégiées. Les détails non perceptibles du fait de ce choix reprographique ne sont pas nécessaires à la compréhension du sujet, et n'empêchent pas son traitement.

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

...le rapport d'information

LES COLLECTIVITÉS À L'ÉPREUVE DES DÉSERTS MÉDICAUX : l'innovation territoriale en action

De M. Philippe MOUILLER, Sénateur des Deux-Sèvres (*Les Républicains*) et Mme Patricia SCHILLINGER, Vice-Présidente de la Délégation aux collectivités territoriales et Sénatrice du Haut-Rhin (RDPI).

Cristallisée autour de la formule choc des « ***déserts médicaux*** », la question de **l'accès géographique aux soins** est de plus en plus prégnante dans le débat public. Ces zones blanches médicales concernent souvent des espaces ruraux mais aussi certaines **villes moyennes ou des zones périurbaines,** de sorte que les difficultés d'accès aux soins constituent une part significative des **interpellations** adressées aux élus locaux. En effet, trop de Français ont déjà **renoncé ou reporté des soins**, en raison notamment de délais d'attente trop longs ou de distances trop importantes à parcourir.

Face à cette situation, qui se dégrade d'année en année, les élus sont **inquiets**, voire **en colère**.

Pourquoi l'État, à qui incombe, selon les textes, la **responsabilité exclusive** de la politique de la santé, éprouve-t-il autant de difficultés à **réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins** ? Les agences régionales de santé, créées en 2009, ont-elles permis d'agir plus efficacement dans ce domaine ? Quel rôle les élus locaux peuvent-il jouer pour contribuer à améliorer l'offre de soins sur leurs territoires ? En ont-ils les moyens juridiques, techniques et financiers ? Quelles sont les bonnes pratiques ? Les élus sont-ils **aidés** par l'État ou, au contraire, **entravés** dans leurs initiatives ? Quels sont les freins à lever afin de permettre aux élus de porter des **projets innovants** au service des populations ? Quel est le bon échelon local pour agir efficacement, en application du principe de **subsidiarité** ?

C'est pour répondre à l'ensemble de ces interrogations que notre délégation a confié à M. Philippe MOUILLER et Mme Patricia SCHILLINGER un rapport sur les **initiatives des collectivités territoriales en matière d'accès aux soins**. Identifier les **bonnes pratiques locales** constitue en effet l' « ADN » de la délégation aux collectivités territoriales et lui permet de formuler des **recommandations** propres à encourager ces initiatives et à supprimer ou limiter d'éventuelles entraves à leur expression.

LE CADRE JURIDIQUE D'INTERVENTION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ : DES MOYENS D'ACTION LIMITÉS

La compétence de la **commune** en matière de santé se fonde essentiellement sur ses pouvoirs de **police administrative générale** en vertu desquels le maire est habilité à prendre toute mesure pour assurer la ***« salubrité publique »,*** composante de l'ordre public. Le maire peut aussi s'appuyer sur la clause de compétence générale qui lui permet, par exemple, de créer des centres de santé ou de verser des aides dans le but de lutter contre les déserts médicaux.

Quant au département, il constitue l'échelon essentiel du **dispositif relatif à l'action sociale et médico-sociale**. Le département dispose ainsi de la compétence en matière de protection maternelle et infantile (PMI), du handicap et de la dépendance. Il peut également attribuer des aides afin de favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé.

Enfin, la **région** dispose, au même titre que la commune et le département, de la possibilité **d'attribuer des aides** destinées à favoriser l'installation ou le maintien de **professionnels de santé dans certaines zones sous-denses.** Elle **subventionne** ainsi des maisons de santé et participent financièrement à la construction des locaux. **De la même façon, la région peut soutenir financièrement des actions de promotion de la santé.** La région instruit, par délégation de la commission européenne, les dossiers éligibles au **FEDER**, lequel peut être affecté au financement de projets locaux de constructions de maisons de santé. Enfin, la région qui est l'interlocuteur naturel de l'ARS, est associée au stade de la mise en œuvre du projet régional de santé en qualité essentiellement de partenaire financier. C'est pourquoi le rapport insiste sur la nécessité pour la région de développer des **synergies fructueuses avec les départements** et de **veiller à une coordination efficace** entre ces derniers.

Les bonnes pratiques locales

Les **élus locaux** cherchent, de longue date, **à se mobiliser** face aux difficultés de l'État, en dépit de la modestie des moyens juridiques, techniques et financiers dont ils disposent pour améliorer l'accès aux soins ; en effet, les élus de terrain sont régulièrement interpellés par les habitants sur cette question majeure.

Historiquement ce sont les **communes et leurs groupements** qui, face à la carence de l'État, ont créé des **centres de santé** afin de **remédier aux déserts médicaux** et de **limiter l'isolement** des professionnels de santé par le développement de leur « exercice coordonné ». Si cette pratique est développée par un nombre croissant de communes et d'intercommunalités, elle est limitée par une demande de médecins pour le salariat inférieure à l'offre des centres de santé.

Les solutions pour lutter contre les déserts médicaux peuvent également passer par la création de **maisons de santé pluri-professionnelles** (MSP). **Nombreux sont les élus** qui mettent en place de telles structures, afin de développer des activités de soins sans hébergement au plus près des territoires. S'il n'est pas possible de citer toutes les **initiatives locales** en matière de MSP, les auditions ont permis de mettre en exergue quelques pratiques exemplaires. Citons, en particulier, la **MSP à Fontainebleau** : lors de son audition, M. Frédéric Valletoux a expliqué avoir créé, dans sa commune de Fontainebleau, une maison dotée du **label universitaire.**

Par ailleurs, certaines collectivités créent des centres de santé pour répondre aux difficultés d'accès aux soins. Autrefois dénommés « dispensaires », les centres de santé sont des structures sanitaires **publiques** chargées de **pratiquer principalement des soins de premier recours**. Ces centres **emploient** des médecins **salariés** et se distinguent ainsi des MSP, qui sont, elles, des **structures privées au sein desquelles les médecins exercent une activité libérale.** Si les communes et leurs groupements ont été historiquement les **premières** à créer des centres de santé dans les zones déficitaires, certains départements prennent, depuis quelques années, d'**opportunes initiatives en la matière.** Tel est le cas du département de **Saône-et-Loire**, souvent cité en exemple dans la mesure où il a créé, en 2017, le premier centre de santé départemental en France.

La création des centres de santé s'accompagne parfois de solutions visant à **développer la médecine ambulante.** En effet, de nombreux élus développent cette modalité particulière d'exercice de la médecine afin de **rapprocher l'offre de soins** des patients situés en zones sous-denses ; matériellement cela peut prendre la forme d'un bus. Les dispositifs de santé itinérante fonctionnent souvent avec l'aide précieuse de praticiens **retraités**.

Certaines collectivités ont fait le choix, plutôt que de financer des structures de soins fixes ou itinérantes, de **mener des actions proactives** afin de **favoriser l'installation des médecins** (logement, aides à l'emploi du conjoint, cadre de vie…). Citons en particulier le conseil départemental de l'Aveyron et celui des Deux-Sèvres.

Les initiatives réussies des collectivités territoriales en matière d'accès aux soins peuvent également porter sur des **actions préventives** (par exemple le programme « J'agis pour ma santé » lancé par

lancé par la métropole de Montpellier en 2017). Une des pistes évoquées lors des auditions pour favoriser l'accès aux soins concerne également la mise en place des mutuelles **communales.**

Le rapport traite également de la **télémédecine**. En effet, nombre de personnes entendues dans le cadre du rapport ont fait valoir que les habitants de zones médicalement sinistrées sont **en détresse depuis des années** et n'ont aucun espoir de voir la couverture médicale s'améliorer à court comme à moyen terme par le recours aux solutions « conventionnelles ». Ces personnes affirment également que la crise sanitaire devrait jouer un rôle **d'accélérateur** du déploiement des **télécabines** ou des **cabinets** de télémédecine. En effet, en 2020, le nombre de consultations médicales virtuelles a été multiplié par trois. La crise du Covid a donc fortement participé à la démocratisation de la téléconsultation, à la fois du côté des médecins mais également des patients.

Les 12 recommandations

7 recommandations à destination des élus locaux

1. Bâtir des **centres ou maisons de santé « partenariaux »,** c'est-à-dire en **étroite concertation** entre les élus locaux et les professionnels de santé (organes représentatifs, conseil départemental de l'ordre…), et ce le plus en amont possible. Cette synergie est essentielle pour garantir le succès de l'opération. En effet, nombreuses sont les maisons de santé dont les murs existent mais qui n'accueillent ni patients ni médecins. Ces projets, certes lancés avec beaucoup de sérieux, n'étaient pas partenariaux ou de territoire.

2. Renforcer les liens entre les collectivités territoriales et les **facultés de médecine** (antennes universitaires dans chaque département, label universitaire dans les maisons de santé), comme le prouve l'exemple précité de Fontainebleau.

3. Favoriser l'installation des médecins dans les **zones sous-denses par des dispositifs incitatifs** (des bourses financières jusqu'au salariat).

4. Attirer les médecins par une **aide personnalisée** apportée à eux-mêmes ainsi qu'à leur famille afin de favoriser leur installation dans les territoires (par exemple aides au logement ou actions permettant au conjoint du médecin de trouver du travail localement).

5. Rechercher l'échelon local pertinent pour la mise en œuvre des projets de santé. Deux critères méritent d'être pris en compte pour apprécier le **niveau pertinent d'intervention** : la soutenabilité financière et la technicité du projet.

6. Généraliser les **contrats locaux de santé** (CLS) sur l'ensemble du territoire. En effet, ces contrats, portés conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, sont l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. **Il appartient donc aux élus, d'une part, de généraliser** les CLS sur l'ensemble du territoire, d'autre part, de favoriser la généralisation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

7. Encourager le recours à des projets de **télémédecine** lorsqu'**aucune solution alternative ne paraît envisageable.** En effet, la télémédecine ne doit pas se développer au détriment de la venue de médecins dans les territoires sous-dotés.

5 recommandations à destination de l'état

8. Associer les élus locaux à la **stratégie nationale** de réduction des inégalités territoriales. Cette stratégie nécessite l'établissement d'un bilan des installations et des départs des professionnels de santé ainsi qu'une cartographie précise de l'offre de soin. En effet, les outils de pilotage font actuellement défaut (données centralisées et agrégées).

9. Lancer, sans tabou, un débat national sur la **formation et la liberté d'installation** des médecins. Jusqu'à présent, les tentatives d'ajustement de la répartition des médecins se sont heurtées à de fortes oppositions. Or, le principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général. Le rapport souligne donc l'importance de cette question, soulevée régulièrement lors des auditions. En conséquence, il s'interroge sur l'opportunité de renforcer les dispositifs **d'incitation**, voire d'adopter des mesures **coercitives** aménageant le principe de liberté d'installation

10. Lancer une réflexion commune État-collectivités territoriales sur les **risques de compétition** entre les territoires. En effet, le rapport pointe le risque **de concurrences,** voire de **surenchères entre territoires**, dans un contexte marqué par un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande de soins dans certains territoires.

11. Renforcer le **rôle facilitateur des ARS** : confier aux délégations départementales un rôle d'interface de proximité avec les élus ou doter les ARS d'une direction opérationnelle dédiée aux relations avec les élus. Cette évolution est d'autant plus nécessaire que la crise sanitaire a montré que les **délégations départementales**, censée rapprocher la gestion des ARS du terrain, ne jouent pas suffisamment le rôle **de proximité** escompté. Ce sentiment est plus marqué dans les **grandes régions**, au sein desquelles l'échelon régional peut paraitre particulièrement lointain.

12. Mieux **associer les collectivités territoriales à la politique menée par l'ARS** dans la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette recommandation suppose, dans le cadre du projet de loi dit « 3DS » :

- de renforcer le poids des élus locaux au sein du conseil de surveillance de l'ARS ;
- d'élargir les attributions du conseil de surveillance des ARS ;
- d'associer les collectivités locales à la détermination des « déserts médicaux ».

DOCUMENT 2

Déserts médicaux : un enjeu global d'attractivité pour les territoires

Publié le 28 juin 2022 par Caroline Megglé pour Localtis

Pour attirer des professionnels de santé sur un territoire, les incitations financières ne suffisent pas. Les collectivités ont intérêt à mettre en place des stratégies globales de territoire pour mobiliser les acteurs de santé et aborder tous les aspects de l'attractivité du territoire – conditions d'exercice, mais aussi ressources du territoire, accueil et accompagnement des étudiants et des médecins… Autour d'une étude qu'il vient de publier, le Cner, qui fédère les agences d'attractivité, organisait le 21 juin 2022 un webinaire sur ce sujet.

"Attraction des professionnels de santé : comment lutter efficacement contre les déserts médicaux ?" C'est le nom d'une étude réalisée par le Cner, fédération des agences d'attractivité, de développement et d'innovation, avec le soutien de la Caisse des Dépôts, et publiée le 21 juin 2022. La France ayant choisi de préserver la liberté d'installation pour la plupart des professionnels de santé – pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers sont toutefois soumis à des règles –, l'attractivité territoriale est un enjeu déterminant pour des collectivités soucieuses de permettre l'installation et le maintien de professionnels sur leur territoire. A partir de retours d'expérience issus notamment de son réseau d'agences d'attractivité, le Cner détaille dans son étude trois leviers d'action pour les territoires : la promotion du territoire auprès des professionnels de santé et l'accompagnement à l'installation, l'attribution d'aides financières à l'installation et au maintien et enfin le développement de conditions d'exercice attractives.

"Pour attirer des personnels soignants sur un territoire, il faut créer des conditions d'attractivité" dans tous les domaines de la vie – éducation pour les enfants, opportunités d'emploi pour le conjoint, culture… –, a résumé Emmanuel Lacroix, directeur de projet santé à la Caisse des Dépôts, lors d'un webinaire organisé par le Cner ce 21 juin 2022. Pour ce dernier, les programmes de redynamisation des territoires (Action cœur de ville, Petites villes de demain) offrent l'opportunité de "penser la santé dans une stratégie territoriale". La Caisse des Dépôts propose en outre sur ce sujet différents appuis aux territoires, dont des moyens d'ingénierie stratégique et des prêts et investissements dans les projets de structures. Le critère pour estimer si le projet est "solide", c'est "l'implication des acteurs" – médecins, élus, agence régionale de santé… –, selon Christel Sanguinède, directrice de projets à la Caisse des Dépôts. Un constat simple que nombre de territoires ont pu vérifier ces dernières années.

Analyser les besoins et travailler en réseau pour éviter la "déperdition d'énergie"

Le département du Loiret a ainsi souhaité redéfinir sa politique d'accès aux soins en 2016, après avoir observé que nombre de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) montées sur les territoires restaient vides. "On sait aujourd'hui que ces projets sont montés à l'envers : d'abord on travaille avec les professionnels de santé et ce qui va terminer le projet c'est le bâtiment", met en avant Sarah Benayad, chargée de mission au département du Loiret. La région Centre-Val de Loire est la moins dense de France métropolitaine en termes de professionnels de santé et, au sein de cette région, presque trois quarts du Loiret sont classés en "territoires sous-dotés". Face au manque de professionnels, en particulier de médecins généralistes, ni les MSP ni des bourses au montant conséquent n'avaient d'impact. Le département s'est donc livré à un diagnostic fin des

besoins des professionnels et à un réseautage actif avec les autres acteurs de territoire – agence régionale de santé, région, Caisse primaire d'assurance maladie… – pour "créer un cercle vertueux" et éviter la "déperdition d'énergie", explique Sarah Benayad.

Désormais la politique de démographie médicale porte sur trois axes : les étudiants, les professionnels de santé et l'attractivité des territoires. Le département se positionne sur les actions jugées les plus efficaces, par exemple le logement pour des étudiants en médecine qui changent très régulièrement de terrain de stage. "On a trouvé une solution qui est de travailler en partenariat avec les collèges", témoigne Sarah Benayad. Des logements de fonction vacants sont mis à disposition et réaménagés par le département pour accueillir des collocations d'étudiants en médecine. "On fait vraiment du cousu main, tous les six mois, cela demande du temps mais on un beau résultat avec déjà près de 80 internes accueillis", souligne Sarah Benayad.

Un accompagnement "cousu main" pour que le territoire dévoile tous ses atouts

Ce "cousu main" visant à "accompagner des gens", à les "fidéliser" – malgré le "pari" que cela représente pour les étudiants – se retrouve dans d'autres actions mises en œuvre, dont les bourses pour les étudiants et les aides à l'installation pour les professionnels – attribuées en contrepartie de cinq ans de travail sur le territoire. Le département intervient en "zone complémentaire" sur ces aides, pour s'inscrire en complémentarité avec l'ARS qui fournit déjà des moyens financiers aux zones sous-dotées. Sur le volet "attractivité des territoires", un appel à initiatives vise à faire émerger des projets locaux d'accès aux soins autour de la e-santé, de la solidarité territoriale et de la prévention et de l'accompagnement des mutations professionnelles. Le département s'appuie aussi sur l'offre Docpack, qu'il met à disposition des collectivités pour accueillir de façon très personnalisée les professionnels de santé – via une box de découverte du territoire et des échanges téléphoniques avec un "welcomer" (un chargé d'accueil/réceptionniste).

Dans le département de la Manche, l'agence d'attractivité "Attitude Manche" entreprend des démarches similaires pour faciliter l'installation des internes, des professionnels de santé et de leur famille, allant jusqu'à organiser des séjours de découverte du territoire. "On parle beaucoup d'exercice, mais la motivation qu'ils ont pour le territoire est importante pour leur installation", met en avant Valérie Le Dentu, chargée de l'attractivité médicale à l'agence Attitude Manche. Cela passe par des rendez-vous individualisés avec des internes qui sont auprès de praticiens pour mieux connaître leurs besoins "quels qu'ils soient", leur permettre de découvrir encore plus les ressources – sportives, culturelles… – du territoire et "les accompagner dans leur projet de vie".

Un risque de surenchère ?

Le département a également investi dans la communication et le marketing, avec le mini-site "What's up doc ?" (Quoi de neuf doc ?) présentant des témoignages de professionnels de santé heureux d'avoir choisi la Manche. Comme le Loiret, le département normand valorise la "dynamique collective" qui permet aux différents partenaires d'être efficaces sur le territoire. Toutes les structures de santé publiques et privées sont ainsi adhérentes à l'agence d'attractivité, ce qui permet par exemple à l'agence d'accueillir dans les centres hospitaliers les nouveaux étudiants et d'organiser par la suite des moments de convivialité. Le renforcement du partenariat passe aussi par la mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Qui dit quête d'attractivité dit aussi concurrence entre les territoires, le Cner recommandant de "privilégier les échelons supra (intercommunal ou départemental)" dans l'attribution d'aides financières pour éviter "un risque de surenchère entre communes limitrophes". Mais la concurrence se joue également entre départements, tant sur les aides financières que sur l'ensemble des mesures destinées à accueillir des médecins. Le Cner insiste sur le fait que les incitations isolées n'ont que peu d'impact ; c'est la diversité des mesures mises en place, la qualité du partenariat local et l'accompagnement humain qui vont permettre d'obtenir des résultats.

DOCUMENT 3

MAIRE info
Le quotidien d'information des élus locaux
Edition du lundi 17 juillet 2023

Face aux déserts médicaux, le gouvernement déploie quatre mesures concrètes dans les territoires

La ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des professions de santé, Agnès Firmin-Le Bodo, a présenté la semaine dernière un plan d'action qui doit « permettre à plus de 2 millions de Français supplémentaires d'avoir accès à un médecin sur l'ensemble du territoire métropolitain et d'outre-mer ».

L'accès aux soins est une préoccupation majeure pour les citoyens comme pour les maires. *« C'est le quotidien de 6 millions de nos concitoyens qui n'ont pas de médecin traitant »* , a expliqué jeudi 13 juillet Agnès Firmin-Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des professions de santé, au micro de *Public Sénat.*

Après les différentes réunions qui ont eu lieu dans le cadre du Conseil national de la refondation en santé avec les professionnels et acteurs des territoires, un plan a été annoncé par la ministre. Ce dernier *« se décline aujourd'hui avec une série de mesures très concrètes pour permettre aux professionnels de santé de retrouver du temps de soins, d'améliorer leurs pratiques et,* in fine*, d'accroître l'offre de soins disponible pour les patients ».*

Le plan repose sur quatre mesures : recruter des assistants médicaux, déployer des « médicobus », déployer des maisons de santé pluriprofessionnelles et généraliser les CPTS.

10 000 assistants médicaux

D'ici fin 2024, le gouvernement se fixe pour objectif de passer de 4 000 à 10 000 assistants médicaux. Le but : *« redonner du temps médical aux professionnels de santé et donc libérer des consultations pour les patients »* . Actuellement, 4 384 contrats d'assistants médicaux sont déjà signés (juin 2023).
Pour parvenir à cette augmentation substantielle en un peu plus d'une année, trois efforts vont être engagés par le gouvernement. D'abord, par le biais d'une campagne de sensibilisation, le gouvernement souhaite *« faire connaitre le métier aux médecins et aux publics cibles ».* Ensuite, 65 millions d'euros seront alloués en 2023 et 2024 *« pour soutenir l'emploi de 10 000 assistants médicaux en déployant les nouvelles aides conventionnelles simplifiées permises par le règlement arbitral de la convention médicale ».*

Il est également indiqué dans le dossier de presse que *« la possibilité sera donnée aux médecins en exercice regroupé d'embaucher un assistant médical au titre de la structure et non à titre individuel et un appui aux médecins libéraux dans l'aménagement et/ou l'agrandissement de leurs locaux pour permettre l'accueil d'un assistant médical sera proposé ».*

Enfin, pour atteindre les 10 000 assistants en 2024, la formation va être adaptée. *« Ces ajustements consisteront en la diminution du nombre d'heures de formation, la mise en œuvre effective des dispenses d'ores et déjà disponibles, le développement de la formation à distance et la modularité de la formation, ainsi que le développement de la formation avant embauche ».*

100 médicobus

Comme l'avait annoncé Élisabeth Borne le 15 juin dernier lors du lancement de France Ruralités, *« une offre nouvelle va être proposée en lien avec les collectivités territoriales »* , les « médicobus », qui seront lancés d'ici à la fin 2024 pour *« apporter une offre de soins de proximité dans les territoires les plus touchés par la raréfaction médicale ».*

Les mesures pour y parvenir ont été détaillées par Agnès Firmin-Le Bodo. Un panel des solutions existantes va être construit et un appel à projets va être lancé à la rentrée *« en lien avec l'Agence nationale de la cohésion des territoires et l'Assurance Maladie et en partenariat avec les collectivités territoriales ». « Les professionnels de santé des territoires organisés en CPTS en partenariat avec les collectivités territoriales »* vont être incités à répondre à cet appel à projet. Près de 10 millions d'euros vont subventionner ces projets sur l'ensemble du territoire et la première vague de déploiement est attendue pour le premier trimestre 2024.

Ce système de médicobus a notamment été développé en Normandie. Ce véhicule est *« équipé pour la consultation médicale »* et *« effectue ses tournées 5 jours par semaine selon un planning hebdomadaire défini à l'avance, mais adaptable en fonction de la fréquentation. Il circule ainsi, par demi-journées ou journées complètes, sur 7 communes du territoire identifiées comme les plus déficitaires en offre de soins par la CPAM. De leur côté, les municipalités mettent à disposition une salle d'attente pour les patients et un bureau pour les assistantes médicales ».*

4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles

En juin dernier, la Première ministre confirmait *« le doublement du nombre de maisons de santé »* d'ici 2027, avec l'objectif d'arriver au nombre de 4 000. Afin d' *« accompagner financièrement les projets immobiliers des maisons de santé »* le programme sera financé à hauteur de 45 millions d'euros sur 3 ans.

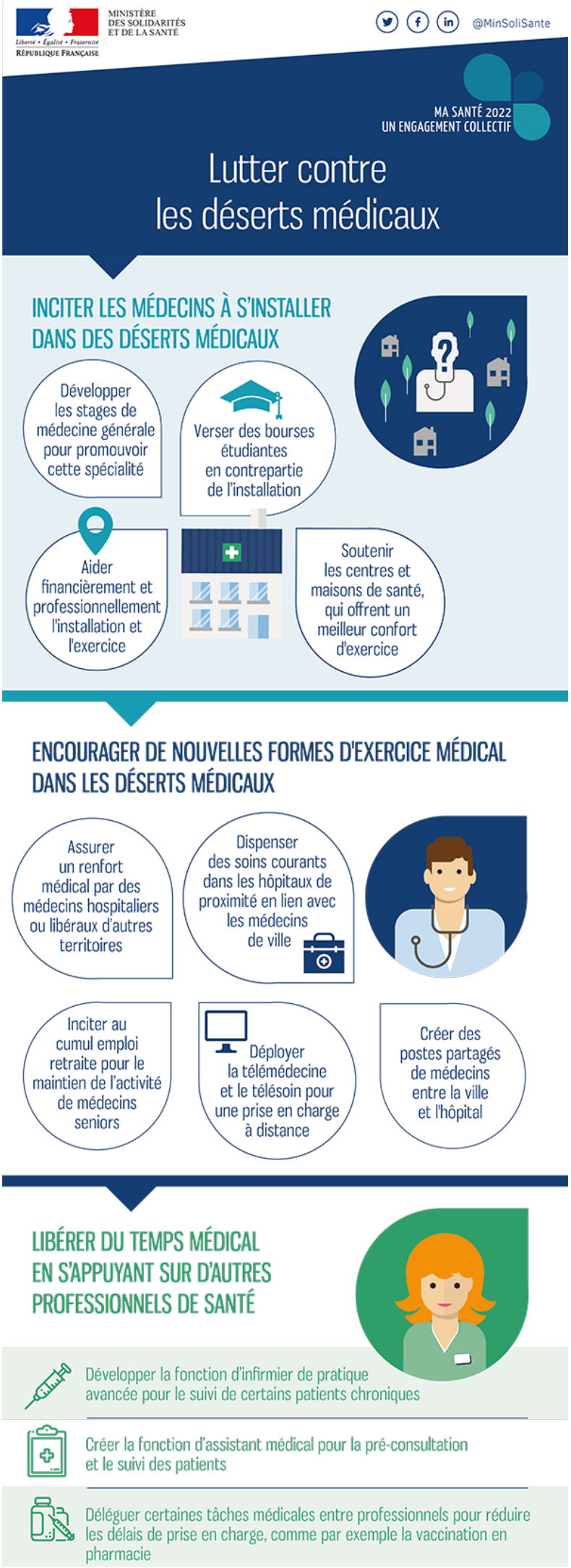
En la matière, le gouvernement s'engage aussi à *« accompagner et soutenir de façon personnalisée les porteurs de projets de maisons de santé pluriprofessionnelles »,* qui sont le plus souvent les municipalités. Le plan doit également servir à *« prévenir les risques et soutenir les maisons de santé en difficulté ».*

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

« Maillons essentiels de l'organisation des soins primaires, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à être généralisées sur l'ensemble du territoire d'ici la fin de l'année 2023 », peut-on lire dans le dossier de presse. Les CPTS, constituées de l'ensemble des acteurs de santé rappelons-le, sont chargées d'initier, avec l'établissement ou service de santé, social ou médico-social un projet territorial de santé (PTS).

Pour parvenir à couvrir 100 % des zones blanches, des task-forces (ARS/CPAM) seront déployées d'ici fin 2023 afin d'établir un diagnostic et un plan d'action pour créer une CPTS. *« Le financement précoce d'un coordonnateur permettra de faciliter la création de la CPTS, de soulager les professionnels de santé et d'assurer une continuité du projet »*, selon le gouvernement. Aussi, ces CPTS *« seront appuyées par une animation territoriale dédiée »* avec un système de collaboration renforcé grâce à la mutualisation des ressources et à la création d'un poste de « référent-parcours » dédié au lien ville-hôpital.

DOCUMENT 4


MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
@MinSoliSante
MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF
Lutter contre les déserts médicaux
INCITER LES MÉDECINS À S'INSTALLER DANS DES DÉSERTS MÉDICAUX
Développer les stages de médecine générale pour promouvoir cette spécialité
Verser des bourses étudiantes en contrepartie de l'installation
Aider financièrement et professionnellement l'installation et l'exercice
Soutenir les centres et maisons de santé, qui offrent un meilleur confort d'exercice
ENCOURAGER DE NOUVELLES FORMES D'EXERCICE MÉDICAL DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX
Assurer un renfort médical par des médecins hospitaliers ou libéraux d'autres territoires
Dispenser des soins courants dans les hôpitaux de proximité en lien avec les médecins de ville
Inciter au cumul emploi retraite pour le maintien de l'activité de médecins seniors
Déployer la télémédecine et le télésoin pour une prise en charge à distance
Créer des postes partagés de médecins entre la ville et l'hôpital
LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL EN S'APPUYANT SUR D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
Développer la fonction d'infirmier de pratique avancée pour le suivi de certains patients chroniques
Créer la fonction d'assistant médical pour la pré-consultation et le suivi des patients
Déléguer certaines tâches médicales entre professionnels pour réduire les délais de prise en charge, comme par exemple la vaccination en pharmacie

Déserts médicaux : état des lieux et solutions

PAR DR JEAN-PASCAL DEL BANO - 05 NOV. 2020

En Mai 2017, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), service sous l'autorité de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, publiait un dossier sur les difficultés d'accès aux soins et les déserts médicaux, expression avant tout médiatique, ne reposant sur aucune définition précise ou consensuelle.

Méthodologie

L'ensemble de ces résultats proviennent d'une analyse de données statistiques publiques (Open Data) réalisée par l'équipe du Dr Stéphane Bach. Les indicateurs utilisés sont ceux de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et de C@rtoSanté [4] afin de définir un désert médical où sont situés les territoires de vie-santé les plus fragiles. Est un désert médical, une zone qui cumule les trois difficultés suivantes : l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieur à 2,5 (consultations / an / habitant), la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de trajet motorisé et le premier établissement de soins d'urgence est situé à plus de 30 minutes de trajet motorisé.

Qu'est-ce qu'un désert médical ?

Un désert médical peut désigner un territoire où les patients doivent parcourir plus d'une dizaine de kilomètres avant de trouver un médecin généraliste. Il est aussi défini par le délai d'attente pour un rendez-vous médical : plus d'une semaine pour un médecin généraliste à plusieurs mois pour certains spécialistes comme nous l'avons précédemment démontré dans nos enquêtes sur la dermatologie et l'ophtalmologie.

Le document de la DREES proposait l'étude conjointe de trois dimensions d'accès au premier contact au système de santé : environ 0,5 % de la population cumulait des difficultés d'accès aux trois principaux points d'entrée du système de santé à savoir les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences.

Le choix de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

La DREES introduisait en 2017 un nouvel indicateur d'accessibilité aux soins, l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), plus fin et plus satisfaisant que les indicateurs traditionnels (densité médicale par bassin de vie…). L'APL tient compte conjointement de l'accessibilité et de la disponibilité des médecins de soin primaire mais également de l'âge de la population et de l'activité des médecins.

Dans notre étude, 11,6 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2.5 consultations par an et par habitant.

Cette faible accessibilité touche des espaces ruraux comme urbains : un quart de cette population réside en particulier dans un pôle urbain.

Dans la perspective de progresser vers une définition partagée de « désert médical », nous avons proposé de conserver ces trois indicateurs et de définir un désert médical comme une zone géographique (commune, territoire de vie-santé…) qui cumule les trois difficultés suivantes : le nombre de consultations en médecine générale par an et par habitant est inférieur à 2.5, la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de route et le premier effecteur de médecine d'urgence est situé à plus de 30 minutes de transport.

Ainsi, la seule difficulté d'accès aux médecins généralistes ne permet pas de qualifier une zone de « désert médical » mais c'est le cumul de mauvaises accessibilités à différents services de deux autres services de santé, l'accès aux soins urgents et l'accès aux pharmacies.

La répartition spatiale des médecins spécialistes est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes !

Par ailleurs, la notion de « désert médical » ne doit pas se limiter aux seuls soins de premier recours mais doit englober la notion de l'accès aux médecins spécialistes (ophtalmologues, gynécologues, pédiatres…) et à d'autres professionnels de santé (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes…).

Ces professionnels feront l'objet d'un prochain dossier sur les inégalités d'accès aux soins et déserts médicaux.

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes sont à l'heure actuelle moins marquées pour l'accès aux soins primaires.

Conclusion de l'état des lieux

Ont été analysées les données de 35013 communes soit 66 361 587 habitants sur 18 régions

17.94 % de la population française connaît au moins une difficulté d'accès et 0.55 % de la population française (un peu plus de 360 000 personnes réparties sur 1883 communes) cumule les trois et vit dans un désert médical avec une accessibilité faible aux médecins généralistes, un éloignement aux services d'urgence et une absence de pharmacie à proximité. Les communes concernées sont de très petite taille, situées dans des espaces à dominante rurale et dans des régions montagneuses.

Toutefois, la majeure partie de la population française soit 82,06%, vit sur un territoire sans difficulté majeure d'accès aux médecins généralistes, aux urgences ou aux pharmacies.

Les personnes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes ont dans la plupart des cas 8.44%) un accès non critique aux urgences autant qu'aux pharmacies.

Enfin, dans les territoires avec une accessibilité aux médecins généralistes et un accès non critique aux urgences, la difficulté de ne pas disposer d'une pharmacie à proximité (moins de 10 minutes de trajet par la route) ne concerne que 1,39% de la population (927 000 habitants).

Quelles sont les solutions afin de lutter contre les déserts médicaux ?

Notre étude s'inscrit dans le droit fil du rapport de la DREES (2017) et permet d'alimenter le débat public sur les solutions à mettre en place : exercice regroupé-coordonné, infirmières de pratique avancée, télémédecine, etc.

L'exercice regroupé-coordonné

Cette solution fait appel à une redistribution des rôles et des activités au sein des équipes. Pour les professionnels et singulièrement les médecins, l'évolution principale de cette réorganisation est l'avènement d'un mode d'exercice « regroupé-coordonné » sinon en équipe constituée.

Il existe deux grands types d'équipes coordonnées pluriprofessionnelles en santé :

- les Equipes de soins primaires (ESP),

- les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), réseau de structures, d'équipes et de professionnels divers (établissements de santé publics et privés, établissements médico-sociaux, réseaux, professionnels de santé de ville, etc.).

Ces équipes peuvent être épaulées par des Plateformes territoriales d'appui (PTA), structures d'aide pour les professionnels de santé confrontés à des situations complexes chez certains patients.

Plusieurs modalités d'équipes de soins primaires sont possibles :

- les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui regroupent des professionnels de santé libéraux,

- les Centres de santé, qui regroupent des professionnels de santé salariés.

Déployer des infirmières de pratique avancée sur tout le territoire

Pour pallier le manque de professionnels de santé, le déploiement des infirmières de pratiques de santé dans les zones sous dotées ou dans certaines banlieues de grandes métropoles reste encore trop timide.

Etat des lieux avec le Pr Guy Vallancien, membre de l'Académie nationale de médecine et président de CHAM.

Quelles sont les principales mesures pour lutter contre les zones sous-dotées ?

Les déserts médicaux ont été construits de toutes pièces. Personne ne parviendra jamais à forcer un médecin à s'installer sur des territoires dans lesquels personne ne vit. Un désert n'est pas que médical mais global. La seule solution consisterait à recourir davantage aux infirmières de pratique avancée (IPA), aussi appelées de « première ligne », en contact avec les patients qui les appelleraient en cas de besoin. Au domicile du malade, ces soignantes trouveraient, probablement une fois sur deux la solution par elles-mêmes, et enverraient, sans doute une fois sur quatre le patient dans un cabinet de généraliste ou aux urgences.

Comme au Canada, la France n'a cependant pas d'autre solution que de déployer sur le terrain des milliers de ces infirmières de première ligne, en les dotant de moyens de télétransmission, à l'instar d'un smartphone professionnel payé sur l'Assurance Maladie, afin qu'elles prennent une photo de plaie par exemple, qu'elles enverront ensuite au médecin traitant ou au spécialiste, sans pour autant dévoiler l'identité du patient.

Nous disposons de tous les moyens de résoudre cette difficulté de manque d'offre de soins en France dans les zones rurales sous dotées mais aussi dans certaines banlieues où plus aucun médecin ne souhaite exercer. Il est possible de mettre en œuvre ces solutions pragmatiques et simples. Nous disposons de tous les outils ainsi que des hommes et des femmes pour y arriver.

Professeur Vallancien, vous avez toujours défendu l'idée de proposer aux infirmières libérales et à celles des urgences hospitalières publiques ou privées, ces vacations salariées de premier recours. Comment pousser davantage cette évolution malgré l'inertie administrative ?

Les infirmières libérales et hospitalières pourraient devenir pour quelques jours par mois des IPA. (NDLR : infirmières de pratique avancée). Certes, les libérales travaillent déjà beaucoup, en assurant des plages horaires très élevées, mais, en moyenne, pendant 14 à 15 jour par mois. Quant aux hospitalières, elles pourraient travailler en heures supplémentaires. Au lieu d'envoyer le SAMU ou les pompiers pour des soins de premier recours, il reviendrait aux infirmières de se déplacer au domicile du patient. Pour les inciter à assurer ces vacations de premier recours, un salaire attractif, de 300 euros par jour par exemple, leur serait proposé dans une plage horaire de 8 h à 20 h le jour ou de 20 h à 8h la nuit. Il leur serait possible de moduler la fréquence de ces missions, sur la base du volontariat. Pour assurer leurs visites auprès des patients, ces infirmières disposeraient aussi d'un véhicule de fonction, payé en partie par la communauté de communes ainsi que du matériel de premier recours : quelques médicaments, des pansements, des atèles, voire de l'oxygène. En outre, ces IPA pourraient être épaulées dans leurs visites par une aide-soignante ou un infirmier. Mieux vaut être deux pour relever un patient tombé dans les escaliers de sa cave ou dans sa salle de bains, de même que pour se répartir les tâches et limiter le risque d'agression.

Quel calendrier vous semble raisonnable car à ce jour seule une petite cinquantaine d'IPA (NDLR : infirmières de pratique avancée) sont sur le terrain ? Comment aussi trouver les financements à la revalorisation promise à ces soignantes ?

Les médecins généralistes sont vent debout contre ce déploiement des IPA. Ils se sentent attaqués sur leur pré carré. Et ce, alors même qu'ils sont aujourd'hui débordés. Dans le même temps, les autorités de tutelle restent particulièrement frileuses. Tout le monde se lie pour que ce dispositif ne rencontre pas le succès escompté. La bonne politique serait de ne plus payer les médecins à l'acte, ce qui permettrait, selon certaines estimations, de réduire de 20 à 25 % la consommation d'actes médicaux. Avec le recours à l'Intelligence artificielle et aux infirmiers de pratique avancée, nous n'aurions pas besoin d'autant de médecins qu'aujourd'hui. Inversement, mieux payés, les praticiens en exercice ne seraient pas perdants. Bien au contraire!

Déjà, nous poussons aujourd'hui les feux en Ile de France pour que les infirmières de SAMU de Pontoise démarrent comme IPA dans quelques mois. Déjà, quelques infirmières d'urgence seraient prêtes à se lancer sur le terrain, épaulées par quelques libérales qu'il faudra cependant encore former. Ces IPA seraient rémunérées par les communes.

Le chemin à accomplir reste long. S'il faudrait 50 000 à 60 000 infirmières de 1ere ligne en France, pour l'instant, seule une petite cinquantaine ont obtenu leur statut d'IPA. Or, les infirmières devraient monter en puissance et en reconnaissance pour assurer ces soins de premiers recours. Et ce, partout en France et pas seulement dans les déserts médicaux. A la place d'un médecin pour soigner un petit bobo, l'infirmière déminerait les soins au domicile et enverrait, si besoin, le patient voir le médecin.

La télémédecine, solution pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins

Face à la crise sanitaire, la télémédecine s'est considérablement développée, pour assurer la continuité des soins en respectant la distanciation. Elle peut encore aller plus loin pour réduire les inégalités et les délais d'accès aux professionnels de santé. Le point avec le Dr Robin OHANNESSIAN, médecin de santé publique, co-fondateur et directeur du cabinet de conseil « Télémédecine 360 », spécialisé en télémédecine et santé numérique, membre du Conseil d'administration de la Société Française de santé digitale (SFSD) ainsi que chercheur en télémédecine à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté. Ce médecin chercheur a notamment été l'un des premiers à publier dès 2015 un modèle conceptuel d'utilisation de la télémédecine en période épidémique, mis à jour par une nouvelle publication adaptée au contexte de la pandémie de Covid-19 en 2020.

Quelles sont vos définitions de désert médical et de désert numérique. Tous deux sont-ils intimement liés ?

La définition de désert médical donnés par la DREES me paraît la meilleure car elle englobe de multiples critères. En effet, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques a accompli le travail le plus abouti et précis sur le plan scientifique. Je rajouterais cependant comme critère : le temps d'accès au professionnel de santé. Car le temps en distance n'est pas synonyme de temps en disponibilité et en accessibilité au médecin. Et de la même façon, ce n'est pas parce qu'une personne vit près d'un cabinet médical, qu'elle disposera d'une réponse totalement adaptée à ses besoins de soins.

S'agissant du désert numérique, la définition pourrait être l'absence d'infrastructures dans certains territoires, avec des poches de résistances subsistant sur notre territoire en raison d'un réseau insuffisant qui permettrait un accès numérique et une connectivité de qualité. S'agissant du frein lié à l'âge, la majorité des études en télémédecine montre que même si les utilisateurs sont globalement plus jeunes, les personnes plus âgées ne sont majoritairement pas réfractaires à l'usage de la technologie. Et pour les personnes en situation de handicap et/ou qui ne sont familières avec les accès, des aidants ou du personnel paramédical pourraient les assister dans cette activité numérique.

Comment motiver l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées ?

Peu importe la stratégie suivie, il est aujourd'hui dérisoire de fonder une stratégie d'amélioration de l'accès aux soins et à la santé en zone mal desservie uniquement en s'intéressant à l'offre et en essayer de motiver ou forcer les médecins à s'installer dans les zones désertées. Avec l'accélération du développement de la télémédecine dans ce contexte de crise sanitaire, le critère géographique devrait de plus en plus s'estomper au profit de l'accessibilité selon un critère de temps et de réactivité par rapport au besoin exprimé, à condition que le système de santé apporte une réponse de qualité et puisse organiser une intervention médicale « physique » rapidement si nécessaire.

Collectivement, en termes de système de santé, nous devons penser non seulement à l'offre géographique mais aussi à sa qualité dans un laps de temps donné, avec l'accès à la bonne expertise de façon efficace et efficiente. En ce sens, en sus de la téléconsultation, il est absolument essentiel d'encourager le déploiement organisé et généralisé de la télé-expertise en France pour l'ensemble de la population.

Le système de santé devrait pouvoir répondre aux besoins en adoptant une réelle approche de services, dans un contexte où le citoyen/patient pourrait devenir de plus en plus un consommateur de santé qui attend une expérience utilisateur similaire à celle qui peut être vécue en ligne pour d'autres activités du quotidien. Peu importe comment l'offre sera organisée à partir du moment où elle répondra aux besoins de soins. En cela, il faut s'attendre à une réorganisation et restructuration de l'offre dans les prochaines années.

Que peut apporter la télémédecine dans les déserts médicaux ?

Son déploiement est très important pour pallier les difficultés d'accès aux soins et apporter une réponse médicale ou paramédicale à un besoin sans nécessiter le déplacement du patient. La télémédecine constitue une aide afin d'éviter d'aller aux urgences, de se déplacer dans le cabinet médical du médecin traitant, en assurant un suivi à distance entre deux consultations à l'hôpital le plus proche, en lien avec l'équipe de soins, à tout moment à distance. A l'exception bien sûr des actes techniques qui nécessitent la présence des médecins et des patients.

Pour les personnes à risques et atteintes de maladies chroniques, la télémédecine permet un diagnostic et un suivi de manière plus rapprochée par téléconsultation, télésurveillance ou télésoins avec ou sans l'aide d'un tiers.

Le système de santé devra toutefois aussi se réorganiser pour être réactif et permettre un accès à une expertise médicale ou paramédicale le plus rapidement possible.

Aujourd'hui en France, nous sommes encore dans une logique d'établissement de santé qui traite les besoins urgents et les maladies chroniques à des moment ponctuels tout en laissant, dans la majorité des cas, l'organisation du parcours à la charge du patient ou de sa famille, et créant de ce fait des inégalités. Or, et je ne suis pas le seul à le penser, l'établissement de santé, hospitalier ou digital, devrait lui-même organiser ce suivi et l'optimiser via des outils numériques et la télémédecine, en suivant sa cohorte de patients avec l'aide de tableaux de bord pour déterminer combien de patients ont été ou non « perdus », leur envoyer des alertes si besoin, identifier lesquels ont fait leurs tests, leurs examens…. Le modèle de financement des hôpitaux n'est pas adapté à une telle prise en charge. Heureusement, certaines expérimentations sont en cours mais elles nécessiteraient d'être déployées plus rapidement sur tout l'Hexagone, à condition de lever les freins et d'introduire plus de libertés dans la réorganisation du système.

La France est tout de même assez avancée en télémédecine, et figure dans les 1ers en termes d'infrastructures, de solutions, de pratiques, sur le plan mondial, même s'il est possible de faire toujours mieux. Pour aller plus loin, nous devrions continuer à travailler sur l'organisation, sur l'examen clinique à distance et sur la formation des professionnels de santé à ces pratiques.

Comment concilier l'augmentation du nombre d'actes médicaux de consultations par la télémédecine dans les déserts numériques doublés d'un indicateur d'APL inférieur à 2,5 consultations/an/habitant ?

La DREES a fait un très bon travail qu'il faut utiliser. Reste à se tourner désormais sur le besoin ressenti, la demande, la réactivité du système et ceci pour que les patients aient accès au bon soin, au bon moment, avec le bon professionnel de santé.

Pour prendre l'exemple des accidents vasculaires cérébraux (AVC), une pathologie sur laquelle je travaille, depuis une dizaine d'années, l'usage de la télémédecine s'est grandement développé en France sous l'égide des autorités de santé et des sociétés savantes. Ce qui a permis dans certaines régions comme la Franche-Comté de démontrer une multiplication par dix de la proportion des patients diagnostiqués AVC et traités à temps grâce à la télémédecine. Avec à la clé un apport majeur en santé publique. Mais sur le plan du suivi à moyen et long-terme, l'organisation pêche encore pour prendre en compte l'ensemble des besoins.

Collectivement, les autorités de santé, les sociétés savantes, les chercheurs universitaires, les médecins de terrain, les patients devront encore poursuivre leurs efforts pour aboutir à une amélioration continue des soins et répartie sur le territoire.

D'autres initiatives sont développées dans l'article de notre partenaire egora.fr que nous invitons nos lecteurs à consulter.

DOCUMENT 6

L'INSPIRATION POLITIQUE

Accès aux soins : le retour en grâce des centres de santé municipaux

Érigés en instruments de lutte contre les déserts médicaux, les centres de santé territoriaux ont le vent en poupe.

Publié le 22 mai 2023

Il est de glorieux ancêtres dont on préfère ne pas se revendiquer. Il n'empêche, les centres publics — municipaux ou départementaux — de santé sont les héritiers directs des dispensaires des années 1930. De sinistre mémoire, ils étaient marqués du sceau de l'infamie propre à une population ouvrière qui ne pouvait accéder à la médecine, la Sécurité sociale restant à inventer. Les tuberculeux et phtisiques, qui constituaient l'essentiel de leur patientèle, ont disparu. Les temps ont changé avec l'apparition de ces déserts médicaux, qui rendent impossible l'inscription d'un patient auprès d'un médecin traitant imposée par la loi de 2004. Les refus d'inscriptions se chiffrent à 92 % dans la Sarthe, 88 % en Ardèche, 86 % en Seine-et-Marne, 81 % en Tarn-et-Garonne et 78 % en Charente. Paris et la plupart des grandes métropoles échappent au phénomène, bien que certains de leurs quartiers ou proches banlieues en déficit de médecins généralistes soient dans une situation comparable au « désert français ».

MENACE HIER, OPPORTUNITÉ AUJOURD'HUI

Les causes sont multiples. À commencer par le numerus clausus limitant l'accès aux études de médecine, instauré en 1971, afin de contenir le déficit des comptes de l'Assurance Maladie et dans le but — non avoué — de limiter la concurrence dans le monde médical. Ensuite, la désaffection des internes à l'égard d'un cursus menant à la médecine générale. Enfin, les astreintes liées à la pratique, relativement mal rémunérée à l'acte. Un mouvement est né dans les années 1980, à l'instigation de collectivités territoriales, majoritairement de gauche, ravivant le flambeau de celles qui, dans la « banlieue rouge » parisienne, avaient ouvert des dispensaires. Longtemps perçus comme une menace substantielle par le corps libéral de la médecine de ville, les considérant comme une « médecine de caisse », les centres de santé avaient mauvaise presse. Il faut attendre 1991 et un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, suivi de décrets, pour que les centres de santé soient reconnus. Et surtout, par un conventionnement avec la Sécurité sociale les faisant passer d'une dépendance des caisses locales à la caisse nationale. Ce qui a facilité leur gestion en matière de tiers payant. Les centres municipaux de santé sont nés sur les cendres refroidies des dispensaires d'autrefois. Avec pour première fonction de délester les médecins généralistes des charges administratives et financières d'une installation en cabinet privé. En les salariant par ailleurs, ce qui est devenu une aspiration de plus en plus prégnante chez cette catégorie de praticiens. S'y ajoute une pratique collégiale permettant autant le partage des tâches que des connaissances. Et au bout du compte, un patient qui retrouve un médecin traitant devenu inaccessible dans bien des régions.

TEMOIGNAGES

CHRISTIAN LAURENT, médecin généraliste.
« Je ne fais plus que du médical »

Près de 90 % des jeunes médecins généralistes rechignent à ouvrir ou reprendre un cabinet en exercice libéral. Constat que le docteur Christian Laurent mentionne au nombre des causes de la désertification médicale du territoire. Généraliste, il a connu les trois modes d'exercice : en cabinet, en maison de santé puis, désormais en retraite, dans un centre municipal de santé dont il se fait un ardent avocat. La maison de santé d'un village de 3 000 habitants du sud de l'Oise s'est délitée. La mairie qui en a repris les murs cherche en vain un généraliste libéral pour les occuper. En revanche, le centre municipal distant de quelques kilomètres qu'il a rejoint n'a eu aucun mal à recruter ses médecins. « *Si l'on ouvre de nouveaux centres de santé, on trouvera les médecins* », soutient-il. Il en est à ce point convaincu qu'il a aidé le maire d'une commune voisine de moins de 2 000 habitants à créer son propre centre. Les quatre généralistes, salariés, sont délestés de toute tâche administrative. « *Je ne vois même pas une carte Vitale et je ne fais plus que du médical* », insiste-t-il. Et de plaider pour que se retisse ce premier rideau qu'est la médecine générale, sans lequel les urgences de l'hôpital constituent le seul recours.

ANDRÉ ACCARY, président du conseil départemental de Saône-et-Loire.
« Je suis passé entre les articles de loi »

« *J'ai été hors-la-loi pendant quatre années sur cinq* », admet André Accary. En créant le premier centre départemental de santé, il s'est faufilé entre les articles de loi pour s'engouffrer dans un vide juridique. Certes, la santé n'entre pas dans les attributions des départements qui, de plus, ont perdu en 2015 la clause de compétence générale. « *Rien ne l'autorisait, mais rien ne l'interdisait non plus* », juge-t-il, avant qu'un arrêté de 2022 ne légalise une situation qui a bénéficié de la bienveillance de l'Élysée autant que de l'État. Il faut dire qu'il y avait un cas de force majeure : le département de Saône-et-Loire, sixième de France par sa superficie, ne comptait plus que 110 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec 35 % de départs à la retraite en prévision. Les aides à l'installation et à l'ouverture de maisons de santé d'exercice libéral n'ont donné que des résultats insignifiants. « *Nous avons pris la mesure des aspirations de la profession et nous nous sommes inspirés des modèles mis en place dans la banlieue rouge parisienne dans les années 1930.* » Réunis à trois dans un bureau, les élus ont établi un maillage du territoire en sept centres de santé et dix-neuf antennes. « *Nous avons recruté 70 médecins, mais il en faudrait 250 pour couvrir les besoins* », admet-il.

PIERRE BARROS, maire de Fosses (Val-d'Oise).
« Je me suis entendu avec le maire de la commune voisine »

La réalité s'est imposée en 2015. L'un des deux cabinets médicaux de cette ville de 10 000 habitants menaçait de fermer à cause du départ de l'un de ses praticiens vers une maison de santé voisine et une retraite programmée, et l'autre généraliste évoquait quant à lui la perspective de s'installer sous d'autres cieux. « *Nous risquions de nous retrouver sans médecin à court terme. Je me suis entendu avec le maire de Marly-la-Ville et nous avons estimé à 200 000 euros l'ouverture d'un centre de santé commun dans le cadre du réaménagement du centre-ville* », expose-t-il. Une entente d'autant plus aisée que l'unique généraliste de Marly — 6 000 habitants et sœur siamoise de Fosses — évoquait, lui aussi, sa retraite. « *En observant le fonctionnement de la maison de santé du village voisin, nous nous sommes rendu compte que cela ne ramenait pas de médecins* », soutient-il. « *De plus, je n'imaginais pas financer une structure privée.* » Démonstration de la pertinence du raisonnement : le centre de santé ouvert en 2019 n'a eu aucun mal à recruter ses quatre généralistes. Après quatre ans de fonctionnement, le modèle n'est pas encore à l'équilibre, mais s'améliore d'année en année. Et cela sans porter ombrage au cabinet libéral demeuré sur place et qui s'est agrandi depuis.

HUIT ÉTAPES POUR CRÉER UN CENTRE DE SANTÉ

1. S'informer sur la législation
L'arrêté du 27 février 2018 précise les modalités d'organisation et de fonctionnement des antennes, la composition du projet de santé, la composition du règlement de fonctionnement et l'engagement de conformité.

2. Élaborer un diagnostic territorial
Procéder à deux états des lieux : la santé des populations du territoire et l'offre de soins existante. Des outils créés par l'Assurance Maladie et les agences régionales de santé (ARS) permettent ces diagnostics.

3. Rédiger le projet de santé et le règlement de fonctionnement
Le projet de création à adresser à l'ARS reprend le diagnostic territorial et présente les modalités d'organisation du centre. Il faut y joindre l'engagement de conformité.

4. Élaborer un budget prévisionnel
Il doit être établi pour les trois premières années de fonctionnement. Les recettes sont constituées des remboursements par l'Assurance Maladie. Les dépenses sont constituées des rémunérations, loyer, maintenance, matériel, etc.

5. Solliciter des financements
Ces financements peuvent dépendre de la zone d'implantation, de la nature de l'aide et du niveau d'implication des entités sollicitées.

6. Procéder au recrutement des professionnels de santé et administratifs
Parmi les canaux, le site de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), la presse professionnelle, la faculté de médecine le plus proche. À noter, l'importance de la qualification du personnel administratif appelé à la gestion du planning, du tiers payant et de la consultation des droits.

7. Se doter de locaux adéquats
Ils dépendent de la composition de l'équipe. Un financement peut être sollicité auprès du conseil régional. La FNCS dispose d'une liste des matériels à pourvoir.

8. Choisir un système d'information labellisé
Ce système d'information facilite la gestion du tiers payant, de mettre en œuvre le dossier médical partagé et de fluidifier les parcours de santé.

Source : FNCS

DOSSIER : Déserts médicaux, démographie médicale : les politiques publiques impuissantes
Dossier publié à l'adresse https://www.lagazettedescommunes.com/441290/trois-facons-de-jouer-collectif-grace-aux-maisons-et-aux-poles-de-sante/

SANTÉ

Trois façons de jouer collectif grâce aux maisons et aux pôles de santé

Catherine Maisonneuve, Isabelle Raynaud | Actu expert santé social | France | Publié le 12/05/2016

On estime à 800 le nombre actuel de maisons de santé pluriprofessionnelles et de pôles de santé multisites financés ou soutenus par des communes ou, le plus souvent, par des intercommunalités.

Certaines communes, aux abois, tentent encore l'annonce sur Le Bon Coin, quitte à simuler le recrutement d'un druide guérisseur comme l'a fait (vainement) La Roche-Derrien, dans les Côtes-d'Armor. Mais, le plus souvent, la chasse au médecin isolé tourne court.

Pour l'Association des petites villes de France, l'avenir est désormais aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : « L'exercice en commun constitue un outil privilégié pour lutter contre la désertification médicale ».

Point d'ancrage

Du côté des professionnels, les MSP optimisent le travail médical, libèrent du travail administratif et facilitent la coordination autour du patient. Et, au passage, règlent la question de la mise en accessibilité. Du côté des communes et des intercommunalités, l'objectif est de renverser la vapeur et de faire venir de nouveaux professionnels de santé. Le pôle de santé de Mortagne-au-Perche (Orne) y réussit, quand Vézelay (Yonne) montre que ce n'est pas forcément si simple.

L'Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL) propose, elle, un autre modèle : l'adossement de la MSP au CHL, qui devient « un point d'ancrage pour les professionnels libéraux », à l'exemple du site de Craon.

Trois méthodes

- **Hôpital local : deux entités médicales s'ancrent ensemble dans le territoire**

Le site de Craon du centre hospitalier local du sud-ouest mayennais (CHLSOM), ouvert en septembre 2012, est un long bâtiment de deux étages bardé de bois, imbriqué avec le pôle de santé. Mais deux entrées tête-bêche et deux parkings accueillent le public séparément.En revanche, à l'intérieur, la circulation est ouverte, il suffit de pousser les portes palières…
Les médecins libéraux viennent voir leurs patients hospitalisés sans ressortir, les kinésithérapeutes (obligatoirement à exercice mixte libéral salarié) y disposent d'un plateau technique mutualisé…Versant hôpital (350 agents), le CHLSOM totalise 100 lits sanitaires avec le site de Renazé, à 10 kilomètres, et 220 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Versant pôle de santé, deux sites aussi, avec une soixantaine de professionnels médicaux et paramédicaux organisés en un groupement de coopération sanitaire dont fait partie la Mutualité française Anjou-Mayenne qui, début 2015, a ouvert un centre dentaire mutualiste.
Le pays de Craon, trois communautés de communes fusionnées, aurait-il trouvé la martingale ? L'adossement hôpital local – pôle de santé a été unanimement salué, y compris par la direction générale de l'organisation des soins, à l'occasion de son instruction du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire. « La dimension territoriale est au coeur de cette réalisation », confirme Camille Abrial, directrice de l'hôpital de Craon depuis quelques mois. Mais que d'obstacles il a fallu franchir ! Un véritable cas d'école.

Flash-back. Nous sommes en 2004, le couperet tombe, l'hôpital local de Craon (Mayenne) est frappé d'un arrêté de fermeture : il n'est plus aux normes. Il faut le reconstruire sur de nouvelles fondations.

Dans le même temps, la démographie médicale donne des signes de faiblesse, ce qui inquiète les professionnels de santé libéraux et les élus locaux. Très vite, hôpital, médecins libéraux et élus locaux ont la volonté de se mettre autour de la table, « mais il a fallu que nous nous apprivoisions et les échanges ont été parfois musclés », rappelle Patrick Gaultier, président du pays de Craon. La directrice de l'hôpital d'alors, les élus des deux anciennes communautés de communes et Pascal Gendry, médecin généraliste, conjuguent leur énergie avec un credo commun : « Un projet avant les murs. »

Un consultant, lui-même médecin, et un juriste sont appelés à la rescousse pour nouer le dialogue et dénouer l'écheveau administrativo-financier. Un projet de santé de territoire est élaboré en commun pour répondre aux besoins de la population : permanence et continuité des soins, coordination entre les acteurs de santé et médicosociaux, développement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique… L'objectif étant d'attirer de nouveaux praticiens désireux de se concentrer sur leur coeur de métier. « Nous faisons carton plein », sourit Pascal Gendry. Toujours dans une même dynamique, la communauté de communes vient, elle, de signer son deuxième contrat local de santé 2016-2018 avec l'agence régionale de santé des Pays de la Loire. En mettant la barre un peu plus haut encore.

CC du pays de Craon (Mayenne) 37 communes, 28 500 hab.

- Praticiens : 6 généralistes, 1 pharmacien, 6 infirmiers libéraux, 1 sage-femme, 2 orthophonistes, 3 kinésithérapeutes, 1 diététicienne libérale, 1 psychomotricienne libérale, 2 dentistes.

Contact: Pôle de santé site de Craon, 02.53.94.52.52

- **Pôle de santé : la règle des 3 x 15 des sites bas-normands**

Ouvert en 2015, le pôle de santé de Mortagne-au-Perche (Orne), 1 600 m2 sur deux étages, est imposant. L'alignement des 27 plaques à l'entrée, frappant ! Outre de nombreux praticiens, il abrite également le centre

d'action médicosociale précoce polyvalent et le service d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ainsi qu'un studio pour accueillir un interne.

La naissance de ce pôle consacre, comme souvent, le volontarisme d'un tandem médecin – élu local, ici Jean-Michel Gal, médecin installé à Mortagne depuis quarante ans, par ailleurs président du conseil de l'ordre des médecins de l'Orne, et Jean-Claude Lenoir, président de la CC du bassin de Mortagne et sénateur (LR) de l'Orne. « Un clocher, un médecin, c'est terminé, nous en avions conscience tous les deux », explique ce dernier. L'atout maître du projet a été l'existence, en ex-Basse-Normandie, d'un modèle de « pôle de santé libéral et ambulatoire », formalisé en 2008 entre l'union régionale des médecins libéraux et l'agence régionale de santé. Un véritable cahier des charges pour la quarantaine de pôles initialement prévus et sur lequel Mortagne s'est appuyé. Avec une règle, celle des 3 x 15 : 15 professionnels, 15 000 habitants, 15 kilomètres – 15 minutes pour l'accessibilité géographique. « Le périmètre de la communauté de communes se révèle tout à fait cohérent », commente Jean-Claude Lenoir.

La construction a coûté 2,82 millions d'euros, dont la moitié a été autofinancée par la communauté de communes, avec un apport de 300 000 euros en fonds propres et un emprunt de 1,1 million d'euros. La location a été fixée à 10 euros le mètre carré, électricité et fluides compris, avec nettoyage et maintenance par le personnel communautaire inclus. Les loyers remboursent d'ores et déjà l'emprunt.

CC du bassin de Mortagne-au-Perche (Orne) 33 communes, 14 500 hab.

- Praticiens : 7 généralistes, 1 angiologue, 1 orthopédiste, 9 infirmiers, 3 kinésithérapeutes, 2 podologues, 1 diététicien, 1 psychologue, le Camsp et le service HAD de l'ADMR.

Contact : Pôle de santé,www.polesantemortagne.f [1]r

- **Maison de santé : un équilibre à trouver entre les élus locaux et les professionnels de santé**

Un bâtiment flambant neuf, mais vide. C'est la situation dans laquelle se trouvent nombre de collectivités ayant construit une maison de santé pluridisciplinaire, mais qui ne trouvent pas de médecins pour y installer leur cabinet. Ce n'est pas le cas à Vézelay, où généralistes, dentiste, ophtalmologue, infirmières, kinésithérapeutes – tous locataires – remplissent la maison de santé appartenant à la CC Avallon – Vézelay – Morvan (CCAVM), ouverte en 2014(1) [2]) . Sur le même site, la pharmacie de la commune, propriétaire de ses locaux, s'est également transférée.

« Il y a un vrai dialogue entre les professionnels. Par exemple, les infirmières libérales qui préparent les piluliers des malades nous indiquent, à la pharmacie, les boîtes manquantes pour ne pas distribuer ce dont les personnes n'ont pas besoin. Si le kiné se rend compte qu'un patient n'a plus besoin de séances, il prévient le médecin », explique Denis Meslin, pharmacien et vice-président de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, qui regroupe les praticiens de la maison de santé.

Si la MDS n'a pas fait venir de généralistes – trois des quatre médecins de la commune l'ont rejointe -, elle a permis l'arrivée de spécialistes, se réjouit le maire (DVD), Hubert Barbieux. « Ils bénéficient de prestations en tant que locataires (entretien des locaux, chauffage, etc.) et sont venus rapidement quand ils ont pris conscience des avantages. »

Mais, au niveau de l'intercommunalité, propriétaire des locaux, l'enthousiasme est plus mesuré. Pascal Germain, son président (LR), déplore que la MDS soit « loin d'être à l'équilibre » d'un point de vue financier. « En année de croisière, le reste à charge est d'environ 60 000 euros pour la CCAVM. » Le remboursement de l'emprunt n'est en

effet pas couvert par les loyers, bien que la MDS soit au complet. « Le montant du loyer a été discuté avec les médecins avant la reprise du dossier par la CCAVM. C'est un loyer très avantageux pour eux », estime l'élu, qui espère pouvoir le renégocier en 2017, pour les trois ans du bail. Si Pascal Germain assure que la MDS n'est « pas surdimensionnée », il reconnaît que « le risque d'avoir des cabinets vides d'ici cinq à dix ans demeure ». Tous les médecins de la MDS forment des étudiants lors de stages. Mais combien voudront s'installer dans le Morvan ? « On sent bien que les stagiaires aiment le travail en équipe et sont intéressés », assure Hubert Barbieux. Pourtant, lors des dernières vacances de Pâques, le remplaçant souhaité par les généralistes n'a pas été trouvé. Et comme l'un des généralistes est proche de la retraite, la question du recrutement va se poser d'ici peu…

Selon Pascal Germain, la solution passe par la création de studios pour les stagiaires ou les médecins remplaçants. « Dans le cadre de notre contrat local de santé, nous voulons créer une structure d'accueil. Le but est de réaffecter des cabinets vides de la maison des spécialistes [cabinet médical totalement privé à Avallon] pour en faire un lieu de vie avec des studios privés et une partie commune, pour que les jeunes ne se retrouvent pas seuls quand ils viennent ici. » Des travaux qui n'ont pas commencé.

CC Avallon – Vézelay – Morvan (Yonne) 45 communes, 19 500 hab.

- Praticiens : 3 généralistes, 1 ophtalmologue, 1 dentiste, 3 kinésithérapeutes, 2 infirmières libérales. Dans un cabinet « tournant » : 1 ostéopathe, 2 pédicures podologues et 1 psychologue.

Contact : Christine Plaut, coordinatrice, coordinationmdsvezelien@orange.fr

CHIFFRES CLES

- 1 000 maisons de santé pluriprofessionnelles fonctionneront en 2017 contre 170 en 2012. Pour atteindre cet objectif, le Pacte territoire santé 2 prévoit la généralisation de la rémunération d'équipe.

Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ?

Dernière modification : 24 avril 2023
10 minutes
Par : La Rédaction

Au 1er janvier 2022, la France compte 230 000 médecins et se situe, avec 3,4 médecins pour 1000 habitants, dans la moyenne de l'OCDE. Toutefois, la densi é médicale es rès inégale sur le territoire. Dans certaines zones, la faiblesse de la densité médicale engendre des difficultés d'accès aux soins.

Démographie médicale et accès aux soins

Des effectifs de médecins en baisse

Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), le nombre de médecins généralistes en activité régulière, au 1er janvier 2022, a diminué de 11% depuis 2010 et de 0,9% au cours de la dernière année. Ils sont 84 133 enregistrés, soit une perte de 10 128 médecins en 12 ans.

Cette baisse devrait se poursuivre dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs. Le Conseil de l'ordre estime qu'en 2025 les généralistes qui exercent de façon régulière ne seront plus que 81 912. Plus d'un quart d'entre eux ont plus de 60 ans, ce qui risque d'accentuer la diminution de leur nombre dans les années à venir.

À cette tendance s'ajoute le basculement d'un mode d'exercice libéral de la médecine vers un autre, salarié ou mixte (libéral et salarié) en progression en 2021 :

- 56,2 % des médecins généralistes exercent en libéral uniquement ;
- 37,4 % sont salariés ;
- 6,4 % sont en exercice mixte.

Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Or les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Ils constituent la principale offre de soins de premier recours, et un maillon essentiel du parcours de soin des patients. Le nombre de médecins généralistes salariés devrait à terme dépasser celui des libéraux.

Des inégalités territoriales

Sur l'ensemble du territoire, la densité médicale représente le nombre de médecins par habitants. Au 1er janvier 2022, l'Atlas de démographie médicale dénombre 121 médecins généralistes en moyenne pour 100 000 habitants (141 en 2010). Les disparités entre les territoires demeurent importantes, mais elles n'opposent plus les territoires ruraux aux villes. En métropole, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 2.

Selon l'étude "Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? ", en 2021, comme en 2012, les médecins sont, davantage que la population totale, concentrés dans la moitié sud de la France ainsi qu'en Île-de-France. La densité de médecins la plus élevée est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (377 médecins pour 100 000 habitants). La région Île-de-France bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants mais avec une situation contrastée. L'Île-de-France est la région la mieux dotée en spécialistes mais la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11% à la moyenne nationale.

Les quartiers prioritaires de la ville, mais aussi des départements comme la Seine-Saint-Denis, sont particulièrement touchés par le manque de médecins (baisse de la densité médicale de 5,4% en 2022). Les spécialistes y sont en moyenne trois fois moins nombreux que dans les autres unités urbaines. 93 départements voient leurs effectifs de généralistes baisser et les mesures prises depuis 2012 pour réduire les disparités territoriales n'ont pas produit les effets escomptés. Les agences régionales de santé (ARS) définissent, par exemple, des zones déficitaires. La quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors de ces zones malgré les aides à l'installation qui y sont proposées.

Les inégalités sont avant tout infra-départementales. Les zones les moins dotées sont les zones rurales en périphérie des villes, ou celles, proches de grandes villes mais qui échappent à leur "rayonnement" économique. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle suit les contours des inégalités sociales et les accentue.

La Drees, direction statistique des ministère sociaux, considère que l'expression "désert médical" renvoie une image erronée car il n'y a pas de zone sans accès à une offre de soins. Les délais d'attente constituent, en revanche, un indicateur plus précis pour mesurer l'accessibilité des soins et la corrélation entre l'offre et la demande de soins.

En octobre 2018, la Drees a publié une étude qui mesure ces délais d'attente. Chez le médecin généraliste, un rendez-vous sur deux est obtenu en moins de deux jours. La moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes. L'obtention d'une consultation dans un délai réduit dépend donc du niveau de gravité supposé d'une maladie. Néanmoins, le délai moyen d'attente est de six jours pour un contrôle périodique.

Les délais d'attente sont plus problématiques chez certains spécialistes. La moitié des rendez-vous pris auprès d'un ophtalmologiste n'ont lieu que dans un délai de 52 jours et au-delà de 112 jours dans près d'un quart des cas. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est de 61 jours pour un dermatologue, 45 jours pour un rhumatologue et de 50 jours pour un cardiologue et 28 jours pour un chirurgien-dentiste.

L'étude démontre la corrélation entre le délai d'attente et l'accessibilité aux professionnels de santé. Le ratio varie du simple au double selon que le patient habite une zone fortement accessible ou non : "*Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans Paris, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologistes*".

Le recours aux médecins étrangers

Au 1er janvier 2021, un peu plus de 10% des médecins de moins de 70 ans en activité exercent avec un diplôme obtenu à l'étranger. En 2012, ils étaient 6,6%.
Près de deux médecins à diplôme étranger sur cinq possèdent la nationalité française. 53% de médecins diplômés hors de France ont un diplôme européen et peuvent ainsi exercer de plein droit en France après inscription au conseil national de l'Ordre : 43% d'entre eux ont obtenu leur diplôme en Roumanie, 15% en Belgique et 14% en Italie. 5% des médecins actifs de moins de 70 ans sont titulaires d'un diplôme étranger obtenu hors de l'espace économique européen : ils viennent principalement de Syrie, du Maroc et de Tunisie ; 65 % d'entre eux ont la nationalité française. Les médecins diplômés à l'étranger sont davantage représentés chez les spécialistes et ils exercent moins souvent en libéral. La procédure pour obtenir l'autorisation d'exercice pour les diplômés hors de l'espace économique européen peut expliquer au moins en partie cet écart : les trois ans d'exercice en milieu hospitalier requis avant la délivrance d'une autorisation favorisent probablement une poursuite de carrière au sein des hôpitaux (Source : Drees, 2021).

La politique d'accès aux soins

Les Pactes territoire santé

Depuis les années 2000, des mesures ont été prises pour adapter le nombre d'étudiants aux besoins et pour attirer les jeunes médecins dans des zones sous-médicalisées. Cette politique repose sur la définition préalable d'un zonage de l'offre de soins. L'indicateur utilisé est celui de "l'accessibilité potentielle localisée". Sont pris en compte :

- le nombre, la répartition géographique par classe d'âge, le niveau d'activité et les modalités d'exercice des professionnels de santé en exercice ;
- les caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population ;
- les particularités géographiques ;
- la présence de structures de soins.

En 2005, la loi relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous-médicalisées.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 crée le contrat d'engagement de service public (CESP). Les étudiants en médecine qui signent un CESP reçoivent une bourse pendant leurs études, en contrepartie, ils s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles.

En 2012, l'État définit le premier Pacte territoire santé, plan global de lutte contre les déserts médicaux. Le Pacte contient des objectifs chiffrés : 1 500 CESP d'ici 2017, 200 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (contrat qui garantit un revenu minimum et une protection sociale améliorée aux médecins qui s'installent en zone sous-médicalisée).

En 2015, un nouveau Pacte territoire santé est adopté pour la période 2015-2017. Outre une augmentation du nombre de CESP (+200 à l'horizon 2017) et un objectif de 1000 médecins installés grâce aux contrats de praticien territorial, il propose la création de 1000 maisons de santé d'ici 2017. Ces structures, qui regroupent plusieurs professionnels de santé, permettent aux médecins de mutualiser les tâches administratives et les frais de structure. Le Pacte prévoit également d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

En parallèle, le développement de la télémédecine est encouragé. Une nouvelle étape de mise en œuvre a été franchie en septembre 2018 avec la généralisation de la téléconsultation en France. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité est autorisé à la pratiquer pour toute situation qu'il jugera adaptée.

La stratégie nationale de santé "Ma santé 2022"

La stratégie nationale de santé a mis en place de nouvelles mesures pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins, notamment :

- le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national ;
- libérer du "temps médical" pour les médecins qui peuvent bénéficier d'un soutien financier pour l'emploi d'**assistants médicaux** en échange d'un engagement pour une augmentation de patientèle ou la réduction des délais de rendez-vous ;
- suppression du numerus clausus et la réforme des études de médecine (les universités doivent "adapter leurs dispositifs à leurs capacités de formation").

Dans la continuité de cette stratégie, la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 comprend de nouvelles mesures afin d'améliorer l'accès à la santé. Le texte prévoit notamment :

- la création d'une 4e année d'internat de médecine générale, consacrée à des stages en cabinet médical, en priorité dans les zones médicalement tendues ;
- l'organisation, à titre expérimental, par les agences régionales de santé (ARS) de consultations de médecins dans les déserts médicaux ;
- la possibilité jusqu'à fin 2035 pour les médecins et infirmiers de travailler jusqu'à 72 ans à l'hôpital ;
- l'exonération des cotisations vieillesse en 2023 pour les médecins retraités qui reprennent leur activité ;
- l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un désert médical.

Glossaire

accessibilité :

Mesures d'adaptation et d'aménagement de l'espace social destinées à en faciliter l'accès aux personnes handicapées ou à mobilité réduite

nationalité :

Lien juridique donnant à un individu la qualité de citoyen d'un État

service public :

Activité d'intérêt général exercée par l'adminisration (ou sous son contrôle par une personne privée) soumise aux principes d'égalité, de continuité et de mutabilité

Les déserts médicaux

Par Matthieu Frélaut, *Directeur de la CPAM de l'Orne*

Diplômé de l'EN3S, ***Matthieu Frélaut*** *a occupé différents postes à la CPAM de la Marne avant de devenir Directeur de la CPAM de l'Orne.*

La question des déserts médicaux et son impact sur l'accès aux soins de la population sont aujourd'hui au centre du débat public. Il s'agit d'abord d'un révélateur des difficultés d'accès aux soins liées aux évolutions de la répartition territoriale des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes de premier recours. C'est également devenu progressivement un concept opérationnel, cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, État et Assurance Maladie). Enfin, c'est aujourd'hui une réalité perçue par les patients en recherche d'un médecin traitant et ayant des difficultés nouvelles d'accès aux soins. La situation du département de l'ORNE, département rural et vaste est symptomatique de ces difficultés, comme en témoigne la récente mise en œuvre de la PFIDASS.

Il s'agit d'un terme médiatique et galvaudé pour rendre compte d'une partie des difficultés d'accès aux soins de la population.

L'existence de « déserts médicaux » liés essentiellement à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé appelle deux remarques liminaires[1].

Premièrement, la notion ne renvoie à aucun contenu concret, aucune définition. Elle suppose donc la définition de critères, qui par définition sont contestables et contestés.

Deuxièmement, la situation s'apprécie différemment en fonction du type de soins (soins de 1er recours, soins de spécialistes en accès direct ou en accès spécifique dit de 2nd recours).

C'est pourquoi, nous nous concentrerons sur la question de l'accès, dans sa dimension territoriale, à la médecine de 1er recours, c'est-à-dire l'accès à un médecin généraliste, laissant de côté le recours aux spécialistes, pour lesquels la problématique est encore plus marquée. De même, nous serons amenés à substituer au terme « désert médical » celui de zones fragiles ou sous dotées dès lors que nous ferons référence à des critères de définition établis.

1 Pour une définition méthodologique des concepts d'accès aux soins et de déserts médicaux et de leurs interactions, *voir* Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *les Dossiers de la DREES*, mai 2017.

I- Un enjeu fort de la démographie médicale : l'inégale répartition de l'offre médicale et son impact sur l'accès aux soins

I-1/ Une évolution dynamique de la démographie amplifiant les inégalités territoriales

Le constat est connu et partagé depuis de nombreuses années. Il se résume par un paradoxe apparent : il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé exerçant en France et jamais ils n'ont été aussi inégalement répartis sur le territoire.

En effet, l'évolution globale depuis plus de quarante ans est celle d'une croissance importante supérieure à celle de la population. Cela est vrai pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé et notamment pour les médecins[2].

Ainsi, la DREES, dans l'article cité, souligne que la France comptait au 1er janvier 2015, plus de 216 700 médecins actifs de moins de 70 ans, ce qui constitue un « maximum historique ». Pour autant, compte tenu de la politique passée de gestion du *numerus clausus*, à l'entrée de la deuxième année de la faculté de médecine, les effectifs de médecins ont amorcé une baisse qui perdurera jusqu'en 2025 avant de remonter progressivement.

À titre d'éclairage, ce constat de dynamisme est également valable pour les autres catégories de professionnels de santé. Le phénomène est amplifié si on regarde l'évolution du nombre d'infirmiers (salariés et libéraux), ceux-ci ont progressé en moyenne de plus de 4 % par an entre 2000 et 2015. Ce constat est également valable pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont le nombre a augmenté en moyenne de plus de 3 % par an sur la même période.

Pour mémoire, la croissance annuelle de la population française était en moyenne de 0,7 % sur cette même période.

Ces évolutions semblent plutôt favorables sur le long terme en matière d'accès aux soins mais elles sont contrebalancées par une accentuation des écarts entre territoires. Cet accroissement des disparités est d'autant plus fort que la maille territoriale analysée est fine.

Par exemple, pour les médecins généralistes, si les écarts de densité vont de 1 à 1.4 entre régions métropolitaines, ils passent de 1 à 2 entre départements[3]. Ces écarts sont encore plus impressionnants si on regarde les autres professions paramédicales. A titre d'exemple, la densité libérale de sages-femmes libérales par femme de 15 à 49 ans varie de 19/100 000 (Orne) à 89/100 000 (La Réunion) soit un rapport de 1 à 4.

Cette inégalité territoriale s'accroit dans la durée. Ainsi, le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé sur dix ans (2007/2017) les variations des effectifs

2 « Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats n°101*, Drees, mai 2017.

3 Atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2017, conseil national de l'Ordre des médecins

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

en activité totale des médecins généralistes (y compris les remplaçants et les temporaires). Le constat est éloquent. Il met en évidence deux France :

- Une France dont la population médicale croît, incluant essentiellement tous les départements de la façade atlantique sans exception, une large majorité de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de façon géographiquement isolée, quelques départements Hospitalo-universitaires (Nord, Somme, Haute-Garonne, Doubs, Hérault, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Vienne) ;
- Une France qui perd ses médecins, représentée largement par une diagonale de l'intérieur du territoire, du Nord-Est au Sud-Ouest de l'hexagone.

Les dynamiques démographiques accentuent ainsi les fractures territoriales en concentrant de plus en plus les professionnels de santé vers les zones attractives. Cette évolution globale est d'autant plus préoccupante qu'elle ne correspond pas aux évolutions de la démographie générale. Ce qui aggrave également les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

I-2/ Une évolution de la population médicale largement dé-corrélée de l'évolution de la population générale

En matière d'accès, l'analyse de l'évolution de la démographie médicale doit également être corrélée avec les évolutions de la population générale. Ce regard croisé permet de dessiner ainsi une carte encore plus fine des zones de fragilités.

Le constat est celui d'une dé-corrélation grandissante. Concrètement, on constate une déperdition de la médecine de premier recours non corrélée aux variations de la population générale sur la plupart des territoires.

De fait, cette situation inquiète car elle concerne également des zones où la population croît alors même que la population médicale décline. La désertification médicale ne concerne pas seulement des zones rurales, avec une décroissance démographique significative mais également des zones plus dynamiques, notamment des zones urbaines (la région parisienne par exemple).

Au niveau infra départemental, quelle que soit la maille retenue, ce sont bien des centaines voire des milliers de zone de fragilité qui existent ainsi et révèlent concrètement des problématiques d'accès aux soins.

I-3/ Un exemple symptomatique : la situation de l'Orne

L'exemple ornais est assez probant. L'Orne est un département rural et vaste dont la densité de médecins généralistes en activité régulière est une des plus faibles de France, 67,9 pour 100 000 habitants contre 80,4 en moyenne nationale.

Une analyse fine montre que les zones les plus fragiles ne sont pas forcément les zones rurales les plus isolées. Au-delà des zones identifiées et cumulant baisse de la démographie médicale et baisse de la population générale, apparaissent de nouvelles zones sous tensions (région d'Alençon par exemple).

En effet, le département se trouve confronté aux départs en retraite important de médecins ornais installés à la fin des années 70, début des années 80 non remplacés. Le vieillissement de l'âge des médecins est préoccupant : 27 % des médecins ont plus de 65 ans et 51 % plus de 60 ans. Le maillage territoriale de la médecine générale se détricote et de gros trous peuvent apparaitre quasiment du jour au lendemain, sous le coup d'un départ en retraite précipité, voire même d'un décès, mettant sous tension une zone jusque-là relativement protégée.

Les raisons de ce non renouvellement sont connues. Elles sont liées à la fin d'un modèle d'exercice libéral solitaire, qui prédominait jusqu'à lors dans les campagnes notamment Cette désaffection s'explique aussi par la féminisation de la profession et la volonté générationnelle d'une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle. À cela s'ajoute, pour l'Orne, la difficulté supplémentaire pour le conjoint (non médecin) de trouver un emploi dans un département économiquement peu attractif.

Face à ces constats, les pouvoirs publics (État, collectivités et Assurance maladie) ont progressivement mis en œuvre des politiques visant à corriger ces inégalités, en s'appuyant sur une définition de plus en plus affinée et opérationnelle de ce qu'est un « désert médical ».

II- Un cadre récent d'actions des différentes politiques publiques

Les politiques de correction des inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé se sont développées depuis le début des années 2000 avec des résultats, pour l'instant mitigés. Les acteurs publics, avec des domaines de compétences variables, sont intervenus de façon sporadique et peu coordonnée, pour aboutir aujourd'hui à la mise en œuvre de stratégies plus cohérentes mais toujours fondées sur des outils incitatifs et non coercitifs[4].

Pour agir, ces politiques se sont inscrites dans un cadre territorial, via l'émergence progressive d'une définition partagée et admise de ce qu'est une zone sous dotée.

II-1/ La définition de zones sous dotées comme critère d'intervention

Les premiers travaux de définition d'un zonage de l'offre de soins sont apparus au début des années 2000, portés d'un côté par l'Assurance Maladie et de l'autre par les Missions Régionales de Santé[5], et ont abouti à la définition de zones éligibles aux dispositifs d'aide à l'installation (voir *infra*). Ces zonages régionaux ont été depuis lors plusieurs fois actualisés et ont fait l'objet d'une harmonisation progressive des méthodes.

4 Pour une synthèse des actions mises en œuvre, voir « Accès aux soins : *promouvoir l'innovation en santé dans les territoires* », Rapport d'information de MM. Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 686 (2016-2017) – 26 juillet 2017.

5 Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 aout 2004 relatives à l'Assurance Maladie, étaient constituées par les URCAM et les ARH et avaient entre autre pour mission de travailler sur la répartition des professionnels de santé.

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

L'indicateur aujourd'hui communément admis est l'Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)[6], qui fait l'objet d'un large consensus.

Il a été développé en 2012 par la DREES et l'IRDES. Il est aujourd'hui reconnu et utilisé par l'ensemble des ARS pour l'actualisation des nouveaux zonages des zones fragiles[7].

Cet indicateur permet de tenir compte de la proximité des médecins (plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible) et de leur disponibilité (nombre de consultations/visites que peuvent offrir les médecins accessibles). Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale.

Au final, il permet de caractériser des zones sous denses, en fonction du seuil retenu d'accessibilité.

Ce dernier est de 2,5 consultations par an et par habitant. Est donc considérée comme une commune sous dense, celle dont les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an, sachant que l'accessibilité moyenne observée pour les médecins libéraux en 2015 est de 4,11 consultations.

Ainsi, 8 % de la population a une accessibilité aux médecins généralistes inférieurs à 2,5 consultations par an et par habitant.

Dans le cadre des zonages régionaux, c'est le territoire de vie (agrégat de communes) qui a été retenu pour tenir compte des mobilités avec le même seuil d'accessibilité (inférieur à 2.5 consultations par an). Par ailleurs chaque ARS possède une marge de manœuvre régionale, pour sélectionner des territoires fragiles (inférieurs à la moyenne) dont la dynamique est potentiellement défavorable à l'avenir. Au total, les nouvelles zones d'intervention prioritaire ou zones sous dotées, ne représentent pas plus de 18 % du total de la population.

Si aujourd'hui, chacun reconnait le caractère plus affiné de cette approche, le risque d'exclusion de certains territoires est avéré, d'autant que cet indicateur ne prend pas en compte les différences de niveau socio-économiques des populations. Ainsi bon nombre de zones urbaines et populaires ne relèvent pas de ce zonage, parce qu'elles dépendent de territoires plus vastes jugés non prioritaires, alors qu'elles concentrent des inégalités sociales impactant l'accès aux soins.

II-2/ Des politiques incitatives pour renforcer l'attractivité des territoires fragilisés

Les premiers acteurs à avoir tenté d'infléchir ce recul de la démographie médicale sont les acteurs de terrain : élus locaux, maires de communes rurales touchées par le départ en retraite d'un ou plusieurs médecins. Il s'agit alors de répondre aux besoins de soins d'une partie de la population, notamment vieillissante alors même que la santé n'est pas une compétence communale obligatoire.

La palette des actions lancées est à la mesure des difficultés rencontrées. De la mise à disposition de logements, à l'appel aux cabinets « chasseurs de tête » spécialisés en recrutement à prix d'or de médecins, en passant par la création de « maisons médicales », tout a été tenté avec des résultats inégaux, voire décevants.

La loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux a cependant permis de donner un cadre structuré aux interventions des collectivités territoriales[8] dans le cadre des territoires sous dotés. En effet, elle formalise la possibilité d'attribuer des aides en faveur de l'installation ou du maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Elle permet en outre le financement par les collectivités territoriales d'investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé. De même, cette loi permet également d'octroyer des indemnités (logement, déplacement) afin d'attirer des étudiants en médecine générale à exercer.

Comme le souligne le rapport sénatorial[9], « *aucun recensement exhaustifs de ces initiatives n'a pu être fourni… par le ministère en charge de la santé* ». La limite de ces dispositifs est là. On a assisté au lancement de nombreuses actions, parfois sans projet médical, non coordonnées et sans modalités d'évaluation précises.

Parallèlement, l'État a tardivement mis en œuvre des politiques volontaristes, au-delà de la simple gestion quantitative des effectifs, via la régulation du *numerus clausus*.

Le premier plan « pacte santé territoire » date seulement de 2012 avec, pour la première fois, un objectif affiché de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, relayé en 2015 par un deuxième pacte.

Ce premier pacte prévoyait un certain nombre d'aides, toutes incitatives, en zones sous denses comme par exemple, le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), garantissant une rémunération mensuelle en contrepartie d'une installation en zone sous dense ou le contrat d'engagement de service public (CESP) permettant à un étudiant en médecine de bénéficier d'un revenu garanti en contrepartie d'une installation future en zone sous dense.

Il a été prolongé et amplifié par le nouveau plan « accès aux soins dans les territoires » lancé par la ministre de la santé, Agnès Buzyn, en octobre 2017[10].

De l'avis général, il s'agit plus d'une boite à outils partant d'un double postulat : d'une part, les mesures coercitives ne sont pas la solution et d'autre part, ce sont les acteurs de terrain les mieux à même de construire des projets pour répondre au défi de l'accès aux soins dans les territoires concernés.

II-3/ La régulation conventionnelle au milieu du gué

L'Assurance maladie, à partir du milieu des années 2000, a intégré dans le cadre de la négociation conventionnelle, un certain nombre de dispositifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé, via le conventionnement sélectif dans les

6 Pour une présentation synthétique, voir Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *les Dossiers de la Drees*, mai 2017.

7 Décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, complété par l'arrêté du 13 novembre 2017, qui décrit la méthodologie d'élaboration de cet indicateur.

8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux (art. L. 1511-8 code général des collectivités territoriales).

9 J. Cardoux et Y. Daudigny, op. cit.

10 Pour une présentation générale, voir le dossier sur le site du ministère de la santé : http://solidarites-sante.gouv.fr.

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

zones sur dotées et des leviers incitatifs (contrat d'engagement en échange d'aides financières).

Concernant les médecins, le volet incitatif a été jusqu'à aujourd'hui privilégié. La convention médicale de 2016 propose ainsi quatre types de contrats, pour attirer et fidéliser les professionnels dans les zones considérées comme sous dotées[11]. *A contrario*, pour la profession des infirmières, un dispositif de conventionnement sélectif a été mis en œuvre[12]. Il permet de conditionner une nouvelle installation dans les zones considérées comme très sur-dotées, au départ. De même, l'avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes intègre que le conventionnement ne pourra être accordé dans une zone sur dotée que si un autre masseur-kinésithérapeute a préalablement mis fin à son activité dans cette même zone[13]

Il faudra établir dans les années à venir, un bilan de la mise en place de ces nouveaux contrats, sachant que le volet financier n'est pas aujourd'hui, de l'avis des professionnels eux-mêmes, l'élément décisif dans une installation même s'il reste non négligeable cependant.

II-4/ Une efficacité questionnée

Le débat sur l'efficacité de ces mesures est vif. Pour la Cour des Comptes[14], le constat est sans appel : ces « m*esures sont inefficaces* », intégrant dans ce constat également les diverses aides versées par l'État et cumulables avec celles de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales. Elle critique à la fois le faible nombre d'installations induites en zone fragile mais également le coût économique des mesures, pointant ainsi l'absence d'évaluation de l'efficacité et du rapport coût/avantage qui en résulte.

Ce constat mérite cependant d'être nuancé. En effet, les dispositifs de régulation démographiques ont produit des résultats, certes encore limités mais réels[15]. Si le rythme est lent, il prouve cependant que c'est un levier utilisable, accepté par les professions concernées. Si la situation démographique n'évolue pas dans les prochaines années et que la pression sociale et politique augmente, un cadre conventionnel de régulation plus sélectif des installations serait surement préférable à un règlement étatique coercitif….

III- Une réalité perçue par les populations qui éprouvent des difficultés à obtenir un médecin traitant dans l'Orne

La densité médicale ornaise est une des plus faibles de France (voir *supra*). Elle se caractérise par un vieillissement de la population des médecins, qui ne trouvent pas de remplaçant. Il y a 180 médecins généralistes libéraux de 1er recours installés au 1er janvier 2018, contre 195 deux ans plus tôt. Cette érosion est partiellement compensée par l'installation importante de praticiens d'origine étrangère (notamment espagnole), qui cherchent dans la campagne ornaise une qualité de vie et de travail améliorée.

11 Il s'agit des contrats d'aides à l'installation, de stabilisation et de coordination, de transition et de solidarité territoriale. Ce sont des contrats tripartites signés entre le médecin, la CPAM et l'ARS.

12 Avenants 1 et 3 à la convention des infirmiers libéraux, septembre 2008 et septembre 2011.

13 Avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, février 2018.

14 Cour des Comptes, « vingt ans de recomposition de l'offre territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015.

15 Dans ce même rapport, la Cour recense 8 773 adhérents à des contrats incitatifs à fin 2015

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

Mais la situation de la démographie médicale n'est qu'une composante d'une problématique plus large propre à de nombreux territoires ruraux, à l'écart des grands pôles urbains, en manque d'attractivité économique et démographique. Sur le plan purement sanitaire, l'offre hospitalière est également mal en point, victime d'un déficit de recrutement en praticiens et d'un phénomène de fuite important vers des pôles régionaux (Caen) ou extra régionaux (Le Mans).

De fait, la question de l'accès à des soins de proximité et de qualité prend aujourd'hui une place de plus en plus grande dans le débat public local, suscitant divers projets et initiatives portés par les collectivités territoriales et les médecins restants concernés.

Dans ce cadre, la question de la démographie médicale impacte directement l'activité de la CPAM, au travers de l'accès aux soins et interroge sur la pratique et les responsabilités d'un organisme de protection sociale confronté à une problématique (l'accès aux soins) dont une des causes (la démographie médicale) ne ressort pas de sa compétence *a priori*.

En effet, historiquement, la question de la démographie médicale est portée à travers le prisme conventionnelle de la promotion des contrats incitatifs en zone sous dotée (voir *supra*). Dès lors que l'on se retrouve en dehors de ces zones sous dotées, l'action de l'Assurance maladie est assez limitée.

Pour autant, les difficultés dans l'accès aux soins dépassent le cadre du zonage territorial. La CPAM est aujourd'hui confrontée à cette réalité à travers la question de l'accès au médecin traitant.

III-1/ L'accès au médecin traitant : un enjeu crucial

Conçu dans le cadre du parcours de soins instauré par la loi de 2004, le concept de médecin traitant, comme pivot du système de soins a pendant longtemps été une construction médico administrative sans impact directe sur la vie quotidienne des assurés.

Il a permis de formaliser le parcours de soins, en prévoyant (à la marge) des pénalités en cas de non-respect. Il a surtout été un moyen, pour les partenaires conventionnels d'asseoir une évolution des modes de rémunération des médecins, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Mais aujourd'hui avec les tensions liées à la démographie médicale qui apparaissent, l'accès au médecin traitant devient crucial.

Ce sont les conciliateurs des CPAM, qui sont saisis, dans le cadre conventionnel, des difficultés à trouver un médecin traitant ou à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin correspondant. Ce rôle a été confirmé par la convention médicale de 2016 en lien avec les Conseils de l'Ordre.

Les chiffres nationaux de saisines sur ce motif ont triplé entre 2014 et 2016[16]. Dans l'Orne, les saisines sur ce sujet ont été multipliées par deux entre 2016 et 2017. Le nombre de saisines sur le 1er trimestre laisse présager une augmentation encore

16 Assurance Maladie, Rapport d'activité Conciliation 2016, 2017.

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

plus importante pour 2018. Encore, faut-il connaitre le dispositif, ce qui par définition mésestime l'ampleur du phénomène.

Afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur, il est intéressant de regarder plus particulièrement les assurés qui avaient déclaré un médecin traitant mais qui aujourd'hui n'est plus en activité, pour la très grande majorité parce qu'il est parti en retraite. Cette analyse permet de cerner la population, pour qui l'absence d'un médecin traitant ne relève pas d'un choix mais est subie. En effet, le choix de déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire.

Dans l'Orne, le nombre d'assurés sans médecin traitant est d'environ 13,1 %, soit près de 22 000 personnes pour le régime général. Mais il y a aujourd'hui plus de personnes qui avaient un médecin traitant, n'exerçant plus que ceux qui n'en ont pas par choix (6,9 % contre 6,2 %), soit plus de 11 500 personnes pour le seul régime général. Cette évolution est sensible et traduit une situation, dans certaines zones, de plus en plus difficile à vivre pour les assurés.

Elle se matérialise par une difficulté d'accès à un médecin, voire des refus de prise de rendez-vous non par refus de soins mais par saturation des praticiens restants. Dès lors, l'absence de médecin traitant devient bien un critère d'exclusion des soins.

La mise en œuvre de la PFIDASS dans l'ORNE a d'ailleurs été un révélateur de ces difficultés.

III-2/ La PFIDASS : un outil essentiel de diagnostic et d'accompagnement

La CPAM de l'ORNE a été retenue pour faire partie de la 1ère vague de généralisation du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins, via la Plate-Forme d'Intervention Départementale en matière d'Accès aux Soins et à la Santé.

L'autodiagnostic préalable mené dans les accueils de la CPAM et chez les partenaires (service médical, service social et centre d'examens de santé) pour quantifier et qualifier le renoncement aux soins a mis en avant un taux brut de renoncement aux soins de 30,6 %[17].

Ce chiffre, parmi les plus élevés des 21 caisses ayant participé à la première vague, synthétise de façon générale la problématique des difficultés d'accès aux soins. Si on regarde, de façon plus détaillée les différentes causes de renoncement aux soins évoqués par les assurés sociaux, on remarque qu'au-delà de la question financière centrale (importance du reste à charge et de l'avance de frais), ce sont bien des causes en lien direct avec la démographie médicale locale qui apparaissent. La question des délais pour obtenir un rendez-vous est citée dans 27 % des cas (plus de dix points au-dessus de la moyenne nationale). De même, la question de l'éloignement géographique est citée dans 10,5 % des cas, soit deux fois plus que la moyenne nationale.

La question de la recherche d'un médecin traitant, pour une partie de la population (personnes âgées, personnes atteintes de maladie chronique) devient ainsi peu à peu centrale dans les politiques d'accès aux soins.

Ce contexte doit inciter les CPAM, dans une logique partenariale, à travailler sur la question de la démographie médicale, en utilisant à la fois les statistiques issues de leur système d'information, les besoins connus et remontés des assurés sociaux, notamment via la PFIDASS en voie de généralisation actuellement ainsi que les liens tissés avec les acteurs de terrain, professionnels de santé, associations et collectivités.

Les nouvelles opportunités offertes par le fond innovation, créé par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 doivent être saisies également. Il s'agit d'un levier important pour promouvoir des nouveaux modes d'exercices collectifs et apporter une réponse au défi grandissant de l'accès aux soins.

17 En réponse à la question : « avez-vous eu un ou plusieurs renoncements aux soins dans les six mois passés ? »

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | Téléchargé le 13/03/2024 sur www.cairn.info via CIG Petite Couronne (IP: 37.71.36.164)

DOCUMENT 10

LE COURRIER DES MAIRES
et des élus locaux

Comment les collectivités peuvent recruter et salarier un médecin

© Adobe stock

La création de centres de santé et le recrutement de médecins par les collectivités territoriales sont une manière de remédier à la progression des déserts médicaux, problématique de plus en plus prégnante pour les habitants des zones rurales et périurbaines et que l'Etat n'a pas encore été en mesure de juguler. Mais encore faut-il que les élus locaux maîtrisent les procédures de recrutement de ces médecins, du contrat jusqu'à leur rémunération.

Par Agathe Delescluse, avocate, cabinet Seban & associés
Publié le 21/04/2022 à 11h08

Les élus locaux de plus en plus interpellés

La définition de la politique de santé relève de la compétence de l'Etat (art. L. 1411-1 du CSP), mais celui-ci reste, pour l'heure, impuissant à stopper la progression de ces déserts médicaux. Et ce, malgré l'édiction de mesures diverses et variées : le législateur a par exemple prévu, au sein de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, parmi d'autres mesures, la suppression du numerus clausus, une obligation pour les internes en médecine générale de suivre un stage de six mois en pratique ambulatoire dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, la mise en place d'une aide à l'embauche d'assistants médicaux.

En raison de leur proximité avec les administrés, les élus locaux sont logiquement les premiers interpellés par la population sur cette problématique, et pressés d'y apporter des solutions. Dans ces conditions, les collectivités territoriales ont mis en place différents dispositifs : multiplication des incitations à l'installation de médecins libéraux, développement de la médecine ambulante ou encore de la télémédecine.

Parmi ces solutions figurent également les centres de santé. Ces derniers constituent des structures sanitaires publiques. Y sont dispensés des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours, et pratiquées à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le plus souvent, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels et des auxiliaires médicaux (art. L. 6323-1 du CSP). Il s'agira ici de présenter le cadre légal et réglementaire du recrutement et de l'emploi de médecins au sein de ces centres, dont la création par les collectivités répond elle-même à certaines règles.

La compétence des collectivités pour créer des centres de santé

Les centres de santé peuvent notamment être créés et gérés par des collectivités et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) (2). La loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite loi « 3DS ») de février 2022 a néanmoins exclu les régions du dispositif en prévoyant expressément l'intervention des seuls départements, communes ou de leurs groupements (3).

Le changement de rédaction semble avoir été justifié par la volonté du gouvernement de donner un fondement légal indiscutable aux départements pour intervenir en la matière, en raison de la perte de leur clause de compétence générale à la suite de la loi « Notre » du 7 août 2015.

Cette clarification ne semblait pas nécessaire, dès lors que l'article L. 6323-1-3 du CSP prévoyait expressément la compétence « des collectivités territoriales », ce qui constituait déjà un fondement légal incontestable pour l'intervention des départements comme d'autres collectivités territoriales.

Des régions mises hors jeu pour davantage de subsidiarité

Néanmoins, cette « clarification » pour les départements a été l'occasion de rendre le dispositif davantage cohérent du point de vue du principe de subsidiarité. En effet, les centres de santé sont un outil de maillage territorial ayant vocation à assurer une offre de santé de proximité, de sorte que l'échelon régional apparaissait moins cohérent. En outre, historiquement, ce sont davantage les communes qui ont soutenu la mise en place de ces structures (4), alors que les départements ont une compétence de principe en matière d'action sanitaire et sociale. Quant à la notion de « groupements » utilisée dans la loi « 3DS » du 21 février 2022, il semble qu'elle se rapporte aux seuls groupements de communes, soit les EPCI uniquement, et qu'aucun élargissement, notamment à des syndicats mixtes, n'a été souhaité par le législateur (5).

Le statut des médecins recrutés pour travailler dans les centres de santé et les modalités de leur recrutement répond lui aussi à un cadre réglementaire précis.

Le statut des médecins recrutés

Les médecins des centres de santé, comme tous les professionnels qui y exercent, sont salariés, selon les termes mêmes de l'article L. 6323-1-5 du CSP. A cet égard, l'emploi du terme « salariés » s'oppose ici à la possibilité pour les médecins concernés d'intervenir au sein de ces centres dans le cadre d'un exercice libéral de leur profession.

A la différence des maisons de santé pluriprofessionnelles par exemple, structures privées au sein desquelles les médecins exercent leur activité à titre libéral.

En effet, selon l'article R. 4127-95 du CSP, l'exercice salarié de la médecine se traduit par « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé ». La qualification de salarié n'est donc pas liée à l'existence d'un contrat de travail.

Dans le même sens, le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'un praticien hospitalier statutaire peut être qualifié de médecin salarié (6).

Les médecins, ces agents publics contractuels

Lorsque les centres de santé sont créés et gérés par des collectivités territoriales ou EPCI, les médecins ont le statut d'agents publics et la question est de savoir s'ils sont des fonctionnaires ou s'ils sont recrutés sur la base d'un contrat.

A cet égard, relevons qu'un cadre d'emplois des médecins territoriaux existe. Néanmoins, il ne correspond pas aux fonctions exercées par un médecin au sein d'un centre de santé.

En effet, l'article 2 du décret portant statut de ce cadre d'emplois (7) précise que les médecins territoriaux sont chargés d'élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent et des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé. Ils participent en outre à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique.

En somme, ils n'ont pas vocation à réaliser des consultations médicales au sein de centres de santé. Dans ces conditions, les médecins intervenant dans ces centres sont recrutés en tant que contractuels.

La loi « 3DS » a également apporté des compléments à l'article L. 6323-1-5 du CSP. Elle précise ainsi que « lorsque les centres de santé sont gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3, ces professionnels peuvent être des agents de ces collectivités ou de leurs groupements » (8). L'étude d'impact de la loi explique que cet apport poursuit l'objectif de renforcer la bonne mise en œuvre de leur compétence par les communes, EPCI et département, en renforçant la base légale permettant à ces derniers d'assurer le recrutement du personnel afin de l'affecter à l'exercice des missions des centres qu'elles gèrent.

Conséquences : des rémunérations hétérogènes

Le sénateur Alain Milon a regretté, dans son avis rédigé au nom de la commission des affaires sociales, l'absence de statut pour les praticiens des centres de santé (médecins et chirurgiens-dentistes) qui induit des rémunérations hétérogènes et une relative précarité : « Cette situation ne permet pas de leur proposer une carrière continue ou des passerelles avec le statut de praticien hospitalier, et ne facilite pas les possibilités d'exercice mixte. »

Dans l'attente de la création d'un statut spécifique, les médecins recrutés le sont sur le fondement du 1° de l'article 3-3 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (9), devenu l'article L. 332-8 du code général de la fonction publique, en application duquel des emplois permanents peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels lorsqu'il n'existe pas de cadre d'emplois de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes. Le décret n° 88-145 du 15 février 1988 du contrat d'engagement.

Procédure et publicité du recrutement

La procédure de recrutement est encadrée par les articles 2-2 à 2-10 du décret du 15 février 1988 et par le chapitre I du décret n° 2019-1414 du 19 décembre 2019 relatif à la procédure de recrutement pour pourvoir les emplois permanents de la fonction publique ouverts aux agents contractuels.

Un avis de création ou de vacance de l'emploi à pourvoir doit être publié, de même que les modalités de la procédure de recrutement applicable, laquelle est soumise au respect du principe d'égal accès aux emplois publics et des garanties prévues aux articles 6, 6 bis, 6 ter A, 6 ter, 6 quinquies et 6 sexies de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (10).

Une rémunération librement négociée… jusqu'à un certain point

La rémunération du médecin est négociée entre les parties. L'article 1-2 du décret du 15 février 1988 dispose que « le montant de la rémunération est fixé par l'autorité territoriale en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience ».

Les collectivités concernées ne pourront néanmoins proposer des rémunérations trop attractives, et devront, au contraire, veiller à respecter une certaine cohérence avec la rémunération attribuée à des agents titulaires exerçant des fonctions équivalentes (11). A cet égard, les grilles indiciaires des médecins territoriaux ou des praticiens hospitaliers (la seconde étant plus avantageuse) peuvent servir de référence pour déterminer le montant de la rémunération des médecins exerçant en centre de santé.

Chaque administration est libre de définir les conditions de rémunération de ses contractuels. Le juge a en effet statué qu'aucune disposition et aucun principe ne faisaient obligation de rémunérer les agents contractuels sur la base d'un indice de la fonction publique. A ainsi été jugée légale la rémunération fixée de manière globale et forfaitaire, sans référence à un indice, dès lors qu'elle pouvait être considérée comme englobant l'ensemble des éléments prévus par la loi (12).

Une durée de contrat limitée, une reconduction encadrée

Enfin, la durée du contrat est de trois ans maximum, renouvelable dans la limite de six ans. Au terme de cette durée, la reconduction ne peut avoir lieu que pour une durée indéterminée (art. L. 332-9 du code général de la fonction publique).

(1) « Les Français et l'accès aux soins », sondage BVA pour France Assos Santé, 15 novembre 2019.

(2) Ils peuvent l'être aussi par des organismes à but non lucratif - comme des associations ou mutuelles —, des établissements publics de santé, des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé à but non lucratif ou à but lucratif ou société coopérative d'intérêt collectif.

(3) Futur article 128 de la loi modifiant l'article L. 6323-1-3 du CSP.

(4) Voir notamment en ce sens l'avis n° 721 rédigé par le sénateur Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi en date du 30 juin 2021, page 31.

(5) Voir encore l'avis n° 721 précité, page 32 ; l'amendement COM-798 du 21 juin 2021 de M. Milon ainsi que le rapport n° 4721, tome I des députés Elodie Jacquier-Laforge, Bruno Questel et Maina Sage, fait au nom de la commission des lois, déposé le 25 novembre 2021, p. 487.

(6) CE, 3 septembre 2007, n° 295344.

(7) Décret n° 92-851 du 28 août 1992.

(8) Article 127 de la future loi.

(9) Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

(10) Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi « Le Pors ».

(11) Par exemple : CAA Marseille, 9 avril 2013, n°11MA00840.

(12) CAA Versailles, 19 oct. 2006, n°05VE01171.

Références

Loi n° 2022-217 « différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification », dite « 3DS », du 21 février 2022.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi « Notre » n° 2015-991 du 7 août 2015.n

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Décret n° 88-145 du 15 février 1988relatif aux agents contractuels de la FPT.

Adresse de l'article https://www.lagazettedescommunes.com/927603/deserts-medicaux-lordonnance-severe-de-la-cour-des-comptes/

DÉSERTS MÉDICAUX

Déserts médicaux : l'ordonnance sévère de la Cour des Comptes

Géraldine Langlois | France | Publié le 14/05/2024

Selon les magistrats financiers, les aides des pouvoirs publics sont « de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin ». Pour la Cour des Comptes, il est temps de passer à la culture du résultat.

Les plans, pactes et autres stratégies annoncés régulièrement en grande pompe et destinés à améliorer l'accès aux soins primaire ne portent pas leur fruits. C'est le constat sévère que la Cour des comptes formule face à la situation qui percute les usagers du système de santé : l'accès aux soins primaires se tend sous l'effet de la baisse de l'offre médicale et de la hausse des besoins de la population, il touche des territoires de plus en plus grands et se double d'inégalités de santé.

Selon les magistrats de la Cour, les mesures successives n'ont pas été coordonnées et ont été, c'est un comble, « de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin ».

En ce qui concerne les aides accordées par les collectivités, elles ont « contribué à une dynamique » mais ont été hétérogènes.

De toute façon, constate la Cour, les aides directes aux professionnels ont un faible impact et les coopérations entre professionnels de différentes métiers sont moins développées en France que dans les pays comparables. Et au final, « le contraste est important entre l'ambition des mesures annoncées et le « sentiment d'abandon » » ressenti par les habitants des territoires les plus fragilisés, observent les magistrats.

Dispositifs qui doivent être mieux ciblés…

La Cour des comptes préconise de faire de la lutte contre ces difficultés d'accès aux soins de premier recours une politique publique globale, dotée d'une gouvernance efficace, d'objectifs, de leviers et de moyens d'évaluation, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La correction des inégalités devrait, selon les magistrats, se décliner sous la forme de « schémas territoriaux départementaux », « animés par une logique de résultats » et placés sous l'égide des ARS. Ils pourraient être

pilotés par les conseils territoriaux de santé (CTS) au bureau desquels siègeraient des élus représentant les collectivités couvertes, et se décliner à l'échelle des CPTS ou, en leur absence, des bassins de vie.

La Cour des comptes estime par ailleurs que les aides existantes devraient être attribuées de manière plus sélective qu'aujourd'hui et de manière plus ciblée sur les territoires ou les patients les plus vulnérables.

Elle considère qu'il faudrait prévoir, dans le cadre des négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins et l'Assurance maladie, qu'une partie des aides à la création d'emploi d'assistants médicaux, par exemple, soit allouée sur des critères de priorités territoriales.

… et reposer sur des critères d'activité

Elle préconise aussi de conditionner l'aide apportées aux structures d'exercice coordonné (MSP, ESP…) à la signature de protocoles de coopération permettant aux médecins de déléguer certains actes à d'autres professionnels de santé.

La Cour propose par ailleurs d'« encourager » les médecins à venir exercer à temps partiel dans les secteurs les plus déficitaires, à court terme en complétant les aides des collectivités à l'équipement des cabinets secondaires et à long terme en conditionnant toute nouvelle installation dans les zones les mieux dotés à un engagement d'exercice partiel dans les zones les moins dotées.

Les magistrats suggèrent enfin de confier aux hôpitaux des zones les plus déficitaires une mission d'intérêt général consistant à y déployer des centres de santé, et d'indexer partiellement sur leur activité la rémunération des médecins qui y exercent.

CONCOURS ATTACHÉ TERRITORIAL

EXTERNE

SESSION 2024

RÉDACTION D'UNE NOTE

SPÉCIALITÉ : GESTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction d'une note ayant pour objet de vérifier l'aptitude à l'analyse d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale.

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

Verso

Ne retourner que suite au signal du responsable de salle.

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez écrire uniquement à l'aide d'un stylo à encre foncée, non effaçable sur votre/vos copies(s) et vous pouvez utiliser du blanc correcteur.
- Un seul sujet est donné au candidat. Aucun autre exemplaire du sujet ne pourra lui être fourni.
- Hormis sur le cartouche d'identification, vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif (ni votre prénom, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de candidat, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe, découpage et collage des copies entre elles, brouillons même vierges remis avec la/les copies…) dans votre/vos copie(s) et/ou annexe(s) le cas échéant (intercalaires, papier millimétré, feuille blanche). Sera considéré comme signe distinctif tout élément permettant de différencier et repérer particulièrement la ou les copies et non requis pour répondre à la commande du sujet.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 39 pages

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.

S'il est incomplet, en avertir un surveillant