

Le point de vue de l'Assemblée des départements de France

Les départements sont fortement impliqués dans le maintien d'une couverture médicale suffisante car celle-ci est un élément essentiel pour l'attractivité du territoire.

Jean-Pierre Hardy

Chef du service « Politiques sociales et société » de l'Assemblée des départements de France (ADF)

La répartition géographique des professionnels de santé fait apparaître de très grandes inégalités territoriales : la densité des professionnels de santé est forte en Île-de-France et dans le sud de la France, et beaucoup plus faible ailleurs. Ainsi, ce n'est pas le nombre des professionnels de santé qui pose aujourd'hui le plus de problèmes, mais leur très inégale répartition géographique. Le niveau régional n'est pas le plus pertinent pour analyser la couverture médicale : en effet, des écarts infra régionaux peuvent être très importants, selon que l'on compare les grandes métropoles et leur périphérie proche ou lointaine, plus ou moins enclavée. Les cantons ruraux ou à dominante ouvrière dans les secteurs périurbains connaissent des situations particulièrement difficiles, comme en témoigne la Seine-Saint-Denis, qui aux abords de Paris regrette l'insuffisance de la réponse hospitalière sur l'ensemble du département et la disparition de la médecine ambulatoire notamment dans les quartiers en difficulté où le coût financier de l'accès aux soins constitue un handicap supplémentaire.

De nombreux territoires ruraux se trouvent pénalisés et cumulent l'absence, voire la fermeture d'hôpitaux de proximité, un vieillissement particulièrement important des professionnels de santé et leur faible renouvellement. L'accès aux soins devient donc de plus en plus difficile dans des territoires peu denses, enclavés et éloignés des centres urbains, qui concentrent les services.

Les nouvelles attentes des jeunes médecins influent fortement sur leur localisation. Le corps médical connaît des évolutions qualitatives et culturelles qui influent fortement sur

la répartition géographique et les pratiques professionnelles. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé en 2007 une enquête auprès d'étudiants et de jeunes médecins. Trois attentes apparaissent prioritaires :

- l'épanouissement personnel et familial (pour 81 %) à mettre en lien avec un développement de la féminisation de la profession,
- la compatibilité entre le lieu d'installation et la profession ou les attentes du conjoint (58 %),
- la possibilité d'exercer le mieux possible la discipline choisie (55 %). L'existence d'un plateau technique complet (radiologie, infirmiers...) est mise en avant.

Sur ces trois critères principaux d'installation, de nombreux territoires ruraux s'avèrent malheureusement peu attractifs. Les étudiants ou jeunes médecins estiment en effet que ces territoires sont souvent incompatibles avec leurs attentes : manque de services et de loisirs, problèmes professionnels pour le conjoint, charge surdimensionnée de travail, et notamment obligation de lourdes permanences de soins, présence insuffisante de professionnels de santé...

On observe également une désaffection pour la médecine libérale. En 2011, 46 % exercent en libéral, 42,5 % comme salariés et 11,5 % pratiquent une activité mixte. Cependant, pour la même année, 70 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins avaient fait le choix d'exercer leur activité en tant que salarié. Ce statut offre en effet l'avantage de revenus réguliers, d'un temps de travail plus encadré et prévisible, la possibilité de temps partiels éventuels, une meilleur



leure protection sociale, la possibilité d'un transfert vers l'établissement employeur de la responsabilité en cas d'accident thérapeutique, l'allègement des charges financières et administratives liées à la gestion d'un cabinet.

l'arrivée dans le paysage institutionnel des agences régionales de santé (ARS)

Les ARS sont des établissements publics nationaux de l'État qui ont été constitués le 1^{er} avril 2010 et qui ont dans leurs compétences la médecine ambulatoire.

Après avoir élaboré, au cours de l'année 2011, les plans stratégiques régionaux de santé, elles doivent élaborer les schémas régionaux de l'organisation des soins qui ont deux volets : un volet relatif aux établissements de santé et un volet relatif à la médecine ambulatoire.

L'articulation de ces deux volets autour du « parcours de santé » sera essentielle : organisation des soins en réseaux, expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux...

La commission de coordination des politiques publiques de santé, qui est placée sous l'autorité de chaque ARS, devrait traiter de sujets communs avec les départements comme la réduction des durées d'hospitalisation en obstétrique et leurs conséquences sur la médecine pédiatrique libérale, et la protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux.

Les ARS doivent aussi élaborer des schémas régionaux de prévention. La commission de coordination des politiques publiques de santé devra traiter des articulations avec la médecine scolaire, la médecine du travail et la PMI.

Les centres de santé à gestion municipale et associative sont sous le contrôle, en matière de fonctionnement, des ARS qui devront définir leur place dans ces différents schémas régionaux relatifs à l'ambulatoire et la prévention.

Outre avec les ARS, l'État est aussi présent en matière de santé publique par la médecine scolaire qui n'a pas été décentralisée par les actes I (1986) et II (2004) de la décentralisation et est restée sous la coupole de l'Éducation nationale.

L'implication des départements

Garantir une couverture médicale suffisante n'est pas qu'un objectif de santé publique, c'est également un enjeu stratégique d'aménagement du territoire. En effet, la présence médicale est un élément essentiel pour l'attrac-

tivité du territoire et elle constitue un facteur déterminant de maintien des populations.

C'est pourquoi les collectivités locales ont lancé de multiples initiatives pour lutter contre la désertification médicale. Parmi elles, les départements sont particulièrement concernés. Ils sont en effet en charge :

- d'un volet important du secteur médico-social (gestion des minima sociaux, Protection maternelle et infantile, maintien à domicile des personnes âgées...);

- du financement des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui sont souvent chargés des premiers soins, et de fait des transports vers les hôpitaux. Les SDIS pallient ainsi la disparition des hôpitaux locaux et à la fermeture des services d'urgences hospitalières qui, avec le non-remplacement des médecins libéraux concourent à la désertification médicale;

- ils sont enfin, plus généralement, chargés de la solidarité sociale et territoriale. Or, les territoires les plus concernés par la sous médicalisation sont souvent dotés d'un faible potentiel fiscal, qui limite leur capacité d'intervention. L'aide des conseils généraux est donc déterminante.

Les départements sont impliqués dans de nombreuses actions visant à maintenir la couverture médicale des territoires

Des aides financières : ce dispositif a été mis en place dans de très nombreux départements (Allier, Sarthe, Saône-et-Loire, Marne, Manche...). Ces aides sont attribuées aux étudiants en médecine, niveau troisième cycle, à condition qu'ils s'engagent à rester pendant au moins cinq ans dans le département, une fois leurs études terminées. Dans certains départements, le montant des bourses peut atteindre 700 euros par mois pour l'année universitaire.

Des aides complémentaires peuvent aussi être accordées par les élus départementaux pour faciliter l'installation de professionnels de santé. Des indemnités de logement ou de transports sont accordées aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires.

Par le passé, d'autres mesures ont été également décidées pour favoriser le maintien des professionnels de santé exerçant en zone de revitalisation rurale (ZRR). Elles ont pris la forme d'une exonération de la taxe professionnelle concernant soit la taxe foncière sur les propriétés bâties, soit la TP, soit les deux taxes.

En parallèle de ces mesures strictement financières, les conseils généraux ont cherché à établir une meilleure coordination des aides des collectivités avec les organismes d'assurance maladie pour favoriser l'exercice de professions médicales en cabinets de groupe et la constitution de pôles de soins.

La création des maisons médicales pluridisciplinaires

Elles peuvent être créées et financées par le conseil général (ex : Lozère). Dans d'autres départements, l'initiative de la construction d'une maison médicale appartient plutôt aux communes ou à leurs groupements. Dans ce cas, les conseils généraux viennent en appui de ces initiatives en versant aux communes des aides à l'investissement. C'est notamment le cas du département de la Meurthe-et-Moselle.

Les maisons de santé regroupent les praticiens de diverses disciplines : généraliste, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste, pharmacien facilitant la prise en charge globale et concertée du patient. Elles permettent de rompre l'isolement des médecins, de faciliter l'organisation des gardes, de mutualiser les charges de fonctionnement. Cependant, les maisons de santé ne suffisent pas à elles seules à résoudre le problème de la désertification médicale.

En effet, des élus locaux regrettent que certaines maisons de santé restent vides malgré des investissements importants.

La mise en réseau des professionnels de santé avec la création d'un portail sur Internet

D'autres initiatives se font jour afin de rapprocher les médecins entre eux et de la population. Ainsi, le département de la Manche a créé, en 2004, un portail Internet en partenariat avec la CPAM, l'Ordre des médecins, l'ARS, les chirurgiens-dentistes et, par exemple, le syndicat mixte Manche numérique.

Ce dispositif sur Internet doit permettre d'une part aux professionnels de santé et aux organismes publics d'effectuer des échanges, mais aussi aux habitants du département d'avoir accès à des éléments grand public (notamment l'organisation des gardes).

Des questions qui restent posées

Au niveau local, d'autres mesures pourraient être testées plus largement :

- La mise en commun de moyens administratifs et techniques (création d'une fonction d'assistant de santé qui pourrait prendre en charge des tâches administratives).

– La délégation de certaines tâches médicales aux pharmaciens.

– Le développement de la télé-médecine (téléconsultation, téléexpertise – demande de l'avis d'un confrère –, télésurveillance, régulation médicale – les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel). Le développement de ces nouvelles pratiques nécessite une reconnaissance par l'Assurance maladie.

– Le renforcement de la médecine préventive et notamment la médecine scolaire, en grande difficulté. Les départements chargés d'un rôle social important ne peuvent qu'être attentifs à cette question.

Malgré la mobilisation exemplaire des élus, beaucoup considèrent que la seule action des collectivités territoriales ne suffira pas, à elle seule, à corriger l'inégalité territoriale observée dans le domaine de la santé.

Ces problématiques sont désormais clairement dans le champ de compétences des nouvelles ARS.

Des conseils généraux observent d'ailleurs que, à l'issue de la publication de la loi relative au développement des territoires, ils font l'objet de démarchages de la part des étudiants de médecine qui, ayant parfaitement intégré

le dispositif existant, veulent se vendre aux plus offrants.

Les élus craignent qu'à terme ce système ne révèle toute son ambiguïté par une surenchère financière entre les territoires. D'autres regrettent la disparition des hôpitaux de proximité ou unités de soins, soumis à des contraintes budgétaires lourdes. Bien souvent, ils constatent les pressions exercées par les agences régionales (ARH hier et ARS aujourd'hui) pour supprimer lits et services en dépit des besoins grandissants.

Considérant que cette évolution remet clairement en cause la notion de service public, ils proposent le retour des politiques régaliennes de l'État et suggèrent dans cette perspective plusieurs propositions. Certaines peuvent être incitatives :

– poursuivre l'augmentation progressive du *numerus clausus* en concertation avec les facultés de médecine ;

– revaloriser les études de médecine générale grâce à une meilleure information des grands champs disciplinaires et de leurs enjeux ;

– revoir les compétences réciproques entre médecins, infirmiers et autres professions paramédicales, voire créer de nouvelles professions intermédiaires ;

– relancer la politique de l'aménagement du territoire et présenter aux élus une carto-

graphie des zones déficitaires ainsi que les mesures envisagées pour y remédier ;

– développer des réseaux de coopération médecine de ville-hôpital.

Cependant, la question de mesures plus directives doit être posée :

– Celle concernant la liberté d'installation des professionnels de santé (ex. : que les médecins qui décident de s'installer en zone excédentaire ne puissent bénéficier au mieux que d'un conventionnement en secteur 1 – mesure préconisée par la Fédération hospitalière de France –, ou l'obligation d'exercer dans une zone déficitaire pendant un temps à définir à la sortie des études).

– La possible autorisation donnée aux établissements publics de santé d'organiser au sein du territoire le maintien de l'offre ambulatoire en cas de carence constatée (le financement de cette mesure étant assuré par un prélèvement sur l'enveloppe ville destinée à financer les médecins libéraux).

– Enfin, il convient de garder en mémoire que la proximité géographique d'une offre de soins ne suffit pas à en assurer l'accès, puisque le coût de la santé constitue un frein important pour les ménages à faibles ressources, ce qui compromet au passage le développement d'une médecine préventive moins chère et plus efficace que la médecine curative. ✚