

15ème législature

| | | |
|---|--|--|
| Question N° : 1897 | De M. Pierre Dharréville (Gauche démocrate et républicaine - Bouches-du-Rhône) | Question écrite |
| Ministère interrogé > Solidarités et santé | | Ministère attributaire > Solidarités et santé |
| Rubrique > professions de santé | Tête d'analyse >Détermination des territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes | Analyse > Détermination des territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes. |
| Question publiée au JO le : 10/10/2017 Réponse publiée au JO le : 10/07/2018 page : 6116 Date de signalement : 03/07/2018 | | |

Texte de la question

M. Pierre Dharréville appelle l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les modalités de détermination des territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes. Le zonage national, établi pour identifier les territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes, ne prend pas en compte les inégalités sociales de santé (ISS) : les territoires les plus défavorisés sont ainsi exclus des aides conventionnelles destinées à leur installation et à leur maintien. Un nouvel indicateur, Accessibilité potentielle localisée (APL), est utilisé pour déterminer les territoires fragiles ou « déserts médicaux ». Cet indicateur, exprimé en nombre de consultations par habitant et par an, prend en compte d'une façon déterminante la distance entre le domicile et le médecin généraliste, calculée à partir d'un temps de trajet en voiture. Ce mode de calcul ne tient pas compte des modalités de déplacement en zones très urbanisées (transport en commun, à pied), ni du fait que les Français les plus modestes ne disposent pas de voiture, en zones urbaines comme en zones rurales. Par ailleurs, cet indicateur ne prend pas en compte l'activité des spécialistes d'accès direct comme les gynécologues, les pédiatres et les psychiatres, pratiquement absents des territoires défavorisés et dont l'activité incombe intégralement aux médecins généralistes. Le rapport de la Drees, qui avec l'Irdes a élaboré cet indicateur, le dit lui-même : « L'APL ne tient pas compte non plus ici des différences de niveau socio-économique de la population ». Cet indicateur, non pondéré par des indicateurs sociaux, exclut de fait des territoires où les inégalités sociales de santé ne sont plus à démontrer. Pourtant, un décret relatif au zonage, précise bien que les caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population doivent être prises en compte, ce que font seulement certaines ARS, et de manière partielle, en intégrant les quartiers prioritaires de la Politique de la ville, exclus du zonage national. Pour une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), l'Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) s'inquiètent de l'utilisation uniforme de l'indicateur APL et demandent, d'une part, la révision des modalités d'accès aux aides conventionnelles en pondérant l'APL par la prise en compte d'un indicateur socio-économique (revenu médian ou l'indice de développement humain régional) et les quartiers inscrits dans les dispositifs de la politique de la ville ; et d'autre part, que soit laissée à la concertation des partenaires locaux la détermination totale du zonage prioritaire. Il lui demande de l'informer des intentions du Gouvernement notamment s'il compte procéder aux révisions que la FNCS et l'Uniopss appellent de leurs vœux.

Texte de la réponse

Un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) de mieux identifier, sur la base d'un socle commun de critères complétés par des critères régionaux, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, où sont mobilisées les aides à l'installation et au maintien des médecins. Cette révision était nécessaire pour être au plus près de la réalité des territoires. La nouvelle méthodologie, fruit d'une large concertation, a été traduite dans un arrêté du 13 novembre 2017. Cette méthodologie doit être mise en œuvre par les ARS dans leur région après la réalisation de consultations au niveau régional. Ainsi, avec cette nouvelle méthodologie, plus de 18 % de la population nationale vit dans des zones éligibles à toutes les aides, contre 7 % précédemment. L'indicateur socle pour la détermination de ces zones est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin. Il s'agit de la moyenne, pondérée par la population résidente de chaque commune, des indicateurs d'APL des communes composant chaque territoire de vie-santé. Indicateur composite donc riche, il prend en compte le nombre de médecins généralistes présents sur le territoire, ainsi que l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au praticien (là où un calcul de la simple densité ne le permet pas) et le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins différenciés. L'APL mesure donc l'offre médicale disponible sur un territoire pour répondre à un enjeu d'accès territorial à un médecin et la rendre la plus égalitaire possible. A partir des résultats APL de chaque territoire de vie-santé, les ARS déterminent les zones d'intervention prioritaires éligibles à toutes les aides, dont les aides de l'assurance maladie, ainsi que les zones d'action complémentaire éligibles aux aides régionales et aux aides des collectivités territoriales. Afin de tenir compte des enjeux locaux, l'arrêté du 13 novembre 2017 ouvre la possibilité pour les ARS de prendre en compte des indicateurs complémentaires à l'APL pour la sélection des zones, comme notamment la dimension sociale des territoires ou encore la présence d'autres professions de santé à proximité du lieu d'exercice. De même, les dispositions spécifiques de l'arrêté national relatives aux quartiers prioritaires de la ville témoignent du souhait d'accorder une attention particulière à ces quartiers définis en fonction du niveau de vie de leurs habitants. Ainsi, cette nouvelle méthodologie permet de concentrer les aides au maintien et à l'installation des médecins sur les territoires les plus en difficulté en termes de démographie médicale tout en préservant des leviers d'intervention pour l'ARS dans l'ensemble du territoire régional. Elle permet ainsi de concilier l'expression de priorités nationales et régionales, au service de l'objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins. Celui-ci est une priorité du Gouvernement, inscrite dans le plan présenté le 13 octobre 2017 et qui a été rappelé par le Premier ministre le 13 février 2018. Il prévoit notamment la définition d'une méthodologie de zonage propre à certaines spécialités médicales autres que les médecins généralistes, et promeut la mise en place de solutions innovantes et adaptables aux territoires.