



15ème législature

Question N° : 2121	De M. Grégory Besson-Moreau (La République en Marche - Aube)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > professions de santé	Tête d'analyse > Déserts médicaux - accès aux soins	Analyse > Déserts médicaux - accès aux soins.
Question publiée au JO le : 17/10/2017 Réponse publiée au JO le : 23/01/2018 page : 626		

Texte de la question

M. Grégory Besson-Moreau alerte Mme la ministre des solidarités et de la santé sur le problème récurrent des déserts médicaux. Sur les territoires ruraux, les médecins partent un par un et ne sont pas remplacés pour la plupart. Une des conditions principales au bon fonctionnement des territoires ruraux et à leur attractivité réside dans la présence plus que nécessaire de médecins. Les solutions proposées - le maintien la liberté d'installation des médecins et les primes à l'installation - risquent fort de ne produire que peu d'effet. Pour autant, il en existe d'autres. Les déserts médicaux sont particulièrement subis dans les départements ruraux comme l'Aube qui voient leur population décliner de décennie en décennie. Ils se manifestent alors qu'un habitant doit prendre rendez-vous avec un médecin, soit pour une visite de contrôle, soit pour un examen par un spécialiste. S'il reste des spécialistes, le rendez-vous qui pourra être fixé le sera à une date très éloignée (jusqu'à un an pour un ophtalmologiste ou dermatologue) ou bien à une date plus proche à condition de parcourir une cinquantaine de kilomètres et consulter dans un département voisin. Le phénomène s'explique par trois séries de raisons. Tout d'abord, les médecins prenant leur retraite éprouvent les plus grandes difficultés à se trouver un successeur. Les jeunes médecins souhaitant s'installer tendent à privilégier des régions dynamiques, à l'instar de l'Île-de-France, Rhône-Alpes (plus que sa moitié auvergnate) ou encore PACA. Ensuite, la déconcentration de la politique de santé au niveau des agences régionales de santé et l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) se traduisent mécaniquement par des fermetures d'hôpitaux réputés coûteux ou peu performants au profit de grands établissements de santé en milieu urbain. La logique sous-jacente consistant à promouvoir une offre de soins de grande qualité et à coûts maîtrisés révèle que ces hôpitaux ruraux n'ont pas la masse critique leur permettant d'être viables. Enfin, même à supposer que certains petits hôpitaux demeurent, nombre de départements ruraux ne comptent pas de CHU, n'offrant ainsi pas la possibilité à de jeunes médecins de faire leur internat en milieu rural. Bien souvent, ces hôpitaux ne figurent même pas sur les listes de choix proposés aux étudiants en médecine par les grands CHU régionaux. Au final, les jeunes internes se trouvent ignorer les réels besoins médicaux de ces départements frappés par l'aridité du désert médical. Les déserts médicaux représentent un sujet lancinant. Il lui demande quelles mesures sont prévues pour lutter contre ce phénomène qui touche les territoires ruraux.

Texte de la réponse

Le Gouvernement s'est saisi très rapidement des difficultés d'accès aux soins auxquels sont confrontés certains territoires. Un plan d'égal accès aux soins a été présenté le 13 octobre 2017 par la ministre des solidarités et de la santé. Ce plan, structuré autour de 4 priorités, propose un panel de solutions adaptables à chaque territoire : - La première priorité porte sur le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients, avec



notamment le déploiement des aides individuelles à l'installation dans les territoires en tension, négociées dans le cadre conventionnel, des mesures visant à faciliter le cumul-emploi retraite, et d'autres pour développer l'exercice en zone sous-dense même sans installation (ex : les consultations avancées) ainsi que les coopérations entre professionnels de santé. Sans oublier les actions en faveur des stages en cabinet de ville, maisons ou centres de santé pour les futurs professionnels en formation : l'indemnité des maîtres de stage implantés dans les zones en tension sera revalorisée de 50% (soit 300 euros) ; des dispositions sont aussi prévues pour développer l'accueil des stagiaires (aides, amélioration des conditions d'hébergement et de transport). - La seconde priorité est centrée sur la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances, avec en particulier un appui fort au développement de la télémedecine (téléconsultation et télé expertise), qui sera inscrite dans le droit commun dès 2018 ; il est aussi prévu d'équiper d'ici 2020 tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et toutes les zones sous-denses d'un matériel permettant la téléconsultation. - La troisième priorité vise une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue via, entre autres, le développement des structures d'exercice coordonné et l'assurance d'une réponse aux demandes de consultations non programmées de médecine générale pour les patients. Le Gouvernement a ainsi pour ambition de doubler le nombre des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS) d'ici à 5 ans. Des investissements sont prévus dans le cadre du grand plan d'investissement pour soutenir cet objectif. Au-delà des MSP et des CDS, toutes les formes d'exercice coordonné seront encouragées en fonction des territoires : équipes de soins primaires (ESP) associant médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, ou encore communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) rassemblant plus largement les acteurs de santé d'un territoire autour d'un projet commun, font également partie des leviers à mobiliser. - La quatrième priorité concerne quant à elle la méthode, inédite : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale. Le rôle de l'Etat, des agences régionales de santé et de l'assurance maladie est d'accompagner et d'encourager ces initiatives locales. La ministre suivra personnellement les avancées de ce plan : elle présidera chaque semestre le comité national de suivi et d'évaluation qui va être mis en place. Elle a nommé 3 délégués à l'accès aux soins (un médecin généraliste, un député et un sénateur), chargés de porter le plan auprès de l'ensemble des acteurs, ils ont pour mission de faire remonter les expériences réussies mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Ils seront force de proposition auprès du comité pour adapter ou compléter les mesures du plan.