

► notes d'information

Paris, le 15 septembre 2008



Offre de soins

La contribution des députés du Groupe SRC ()*

Notre système de santé, longtemps glorifié comme l'un des meilleurs du monde, présente aujourd'hui de redoutables symptômes : un financement fragilisé, un pilotage contesté et éclaté, et surtout, c'est l'objet de cette mission, la multiplication des inégalités d'accès aux soins.

Le système craque. Derrière l'image d'Epinal d'un système protecteur et bienveillant, il y a les réalités de la France du XXI^{ème} siècle : **les inégalités très profondes d'accès à des soins de qualité foulent aux pieds manifestement le droit à la santé**, principe reconnu par la constitution de notre République et exigence éthique essentielle.

Les progrès scientifiques et technologiques ont rendu la médecine plus fiable, mais les impasses de la prévention, de l'organisation des soins et de la démographie médicale privent un grand nombre de Français du bénéfice réel de ces performances.

Derrière la crise budgétaire bien réelle, est apparue la fracture sanitaire

Le désert médical, urbain et rural, s'est installé. Ses conséquences, encore mal mesurées, sont très diverses : territoires oubliés ou relégués, délais d'accès en cas d'urgence (obstétricales ou psychiatriques, pédiatriques ou gériatriques...) incompatibles avec l'efficacité minimale, permanence des soins approximative, et ses origines forcément complexes : médecine générale méprisée, spécialités désertées, prévention notoirement insuffisante, disparition locale du secteur I, etc.

Dans le domaine de la santé plus encore que dans d'autres en matière d'action publique, les fruits se récoltent à moyen et long terme. Ainsi, les choix politiques à faire aujourd'hui ne trouveront-ils leur plein impact que dans un délai de deux à quatre ans (par exemple pour un programme de maisons de santé ou un nouveau modèle de rémunération des missions de santé publique) ; pour beaucoup d'entre eux, à plus de 10 ans (pilotage prévisionnel des effectifs de praticiens à former par discipline). **Il est donc plus que temps de décider et d'agir.**

Trop de retards s'accumulent, qui font perdurer l'irresponsabilité, l'impuissance publique et découragent les acteurs réellement engagés sur le terrain

Après avoir obtenu la création de cette mission au sein de la commission des Affaires sociales, et pour qu'un débat parlementaire exigeant et constructif puisse s'engager sans tarder davantage, les députés du Groupe SRC ont fait le choix d'adopter ce rapport.

Ce n'est pas une mission de plus : un diagnostic partagé et sans complaisances, des propositions courageuses, improbables au Parlement il y a seulement trois ans, en font pour tous une base incontournable pour le travail législatif qui s'annonce.

Pour la première fois en effet, une mission parlementaire répond, de manière très complète, au risque majeur du désert médical, qui affecte les villes comme les

La mission constate l'insuffisance des mesures purement incitatives et financières.

campagnes dans de nombreux départements. Elle diagnostique lucidement le manque chronique de pilotage, les inégalités territoriales et sociales qui s'additionnent, les dégâts du laisser-faire qui règne pour les installations des professionnels de santé. Elle dénonce l'imprévision qui prévaut dans l'organisation des formations universitaires, coupées des besoins réels de la population française. Enfin, la mission constate sans

ambiguïté l'insuffisance des mesures purement incitatives et financières, pour réguler la démographie médicale.

Néanmoins, **les députés socialistes** membres de la mission regrettent l'imprécision de certaines propositions et souhaitent qu'un volontarisme plus affirmé préside aux décisions nécessaires. Par ailleurs, ils appellent à un changement profond dans la prise en compte des besoins sanitaires, qui passe à la fois par la refonte de l'organisation du système de soins et par la reconnaissance de nouveaux droits des malades.

1 - L'aggravation des inégalités d'accès aux soins a, depuis longtemps, dépassé les seuils tolérables. Il y a urgence, et les décisions tardent

L'accessibilité aux soins dans l'espace s'est dégradée. La distance géographique en temps de transport pour accéder à un généraliste, ou la file d'attente en semaine ou en mois pour les spécialistes se sont accentuées.

L'accessibilité aux soins dans le temps, le soir, la nuit ou le week-end a été déstabilisée en 2003 par l'abandon de l'obligation de participer à la permanence des soins, sans contrepartie ou système alternatif fiable pour les gardes.

L'accessibilité financière aux soins, malgré les progrès liés à la CMU, se heurte aux déremboursements, aux franchises, aux coûts de transports et plus encore à l'effet des dépassements d'honoraires et à l'absence, dans certains territoires, de recours possibles à un médecin du secteur I.

Les conditions brutales et souvent anarchiques dans lesquelles sont conduites depuis un an les restructurations hospitalières ont également un impact fort sur l'accès aux soins. Elles désorientent les patients, et démotivent les professionnels. La coordination des soins entre la ville et l'hôpital s'en trouve désorganisée, elle est pourtant primordiale. En effet, les hôpitaux de proximité constituent un renfort indispensable pour les médecins généralistes. Les urgences et les SMUR évitent de faire peser sur les seuls praticiens de ville ou de campagne la responsabilité des situations graves. Pour de nombreuses spécialités (gynécologie, radiologie...), l'hôpital proche est un point d'appui, qui renforce l'attractivité et la sécurité des territoires.

L'hôpital de proximité est un point d'appui qui renforce l'attractivité et la sécurité des territoires.

L'une des décisions indispensables sera de fixer des normes d'accès, pour les soins de premier recours et pour la prise en charge hospitalière d'urgence :

► En délai d'accès, en fonction de la géographie réelle ;
30 minutes pour un service d'urgence (et un SAMU ou SMUR), 45 minutes pour une maternité apparaissent des objectifs nationaux responsables pour la planification hospitalière ;

► En délais d'attente pour l'accès aux spécialistes. Il n'est pas acceptable d'opposer un délai de six mois pour la consultation psychiatrique d'un adolescent (témoignage en Seine-Saint-Denis), ou de près d'un an pour un ophtalmologiste dans la Nièvre ;

► En réduisant les obstacles financiers par le plafonnement (conventionnel et légal) des dépassements d'honoraires. L'information des patients (devis préalable...), nécessaire, n'est pas suffisante. Préserver l'accès pour tous aux praticiens du secteur I nécessite qu'une politique de quotas soit appliquée au secteur II.

Ces normes volontaristes sont dictées par les impératifs de la lutte contre le désert médical

2 - Une action volontaire contre les déserts médicaux réussira seulement si elle s'appuie sur un « deal global » avec les professionnels

La convention médicale de 2005, les mesures isolées, les vœux pieux ont fait long feu. Les augmentations d'honoraires sans contrepartie de santé publique ou de présence sur les territoires illustrent cette politique sans vision. Annoncer des mesures coercitives dans le PLFSS pour 2008 sans un « *contrat de confiance* », forcément délicat à construire, avec les professionnels relève du plus pur colbertisme sanitaire... La lutte contre les déserts médicaux réclame une méthode de concertation, mais aussi du courage :

La loi Hôpital, patients, santé et territoires, dans son avant-projet, ne paraît clairement pas à la hauteur des enjeux

Ce « *deal global* » doit privilégier une mutation en profondeur des conditions concrètes d'exercice des professions médicales.

La prévention et les missions de santé publique doivent prendre toute leur place : il est urgent de « changer le logiciel », trop exclusivement polarisé sur le curatif

L'énergie réformatrice s'est longtemps concentrée sur les maîtrises comptables... Pour l'avenir, il faut placer la santé avant les soins ! C'est en particulier le rôle du médecin traitant qui ne saurait se borner à rester un « *distributeur de soins* ».

Les regroupements qui s'opèrent entre professionnels de santé ne sont pas un effet de mode, mais une nécessité pratique et humaine. Maisons de santé (1) dotées d'un vrai projet médical, centres de santé, réseaux sont les modèles innovants de l'organisation professionnelle, dans les quartiers comme dans le monde rural, pour rompre l'isolement et partager mieux les tâches.

Cet objectif de coopération entre les professionnels doit être encouragé vigoureusement par les pouvoirs publics, comme le font depuis longtemps de nombreux pays étrangers.

Un nouveau métier, fondant un nouveau statut, doit être négocié et défini pour le médecin généraliste (et étendu à d'autres disciplines). En améliorant ainsi les conditions d'exercice cela favorisera sans nul doute l'installation. Ce statut doit comporter plusieurs volets :

⇒ Une définition de la médecine de premier recours, avec « un mandat de santé publique » au profit de la population d'un territoire, de prévention, de suivi des maladies chroniques, de permanence des soins.

⇒ Une double rémunération, distinguant une partie forfaitaire liée à ces missions et le paiement des actes, dans un cadre fiscal et social unique et simplifié, lui permettant d'être à la fois libéral, salarié, vacataire, contractuel dans plusieurs lieux s'il le souhaite.

⇒ Un transfert massif de tâches des médecins vers les autres professions de santé est nécessaire pour redonner du temps médical réel pour les praticiens, aujourd'hui en « surchauffe ». Cet appui est à trouver par du secrétariat partagé, et la délégation de tâches auprès d'autres professionnels (pharmaciens, infirmiers...), en particulier pour les maladies chroniques.

⇒ De la formation continue, obligatoire et soutenue financièrement, pour permettre l'actualisation des connaissances mais aussi l'évolution des carrières.

Nous insistons sur les améliorations - la révolution des méthodes et des mentalités - à opérer à l'université pour former autrement la future génération de médecins :

⇒ Gestion des effectifs globaux, par discipline et par régions, en fonction des besoins.

⇒ Déroulement des cursus et des stages permettant en temps utile la connaissance de la médecine générale, y compris rurale.

⇒ Ouverture réelle, pour les étudiants aux disciplines non hospitalières, l'affirmation de la filière de médecine générale, tragiquement sous-dotée en postes universitaires titulaires. Sa réhabilitation aux yeux des nouvelles générations d'étudiants est une priorité absolue.

3 - La responsabilité est collective, la liberté d'installation n'est plus un tabou

Il ne suffit pas de rappeler que les dépenses de santé sont socialisées, et que la majorité des revenus des professionnels provient de l'argent -public- de l'Assurance maladie. Il importe d'associer l'ensemble des professionnels et les organisations qui les représentent à la résorption des inégalités territoriales. Dans de nombreux départements, cette réflexion a cheminé : regroupements pluridisciplinaires, réseaux, régulation -libérale- de la permanence des soins, voire participation à l'urgence vitale.

Mais l'extrême disparité et le déséquilibre géographique des installations depuis des décennies ne sont désormais plus acceptés par la société française. C'est une cause nationale : l'Etat comme l'Assurance maladie ne sauraient laisser la réponse au désert médical à la seule initiative des professionnels les plus motivés ou à la charge des collectivités locales.

Les incitations financières doivent être évaluées, encadrées pour éviter la concurrence des territoires (« *on répond au désert par la jungle* ») et mieux ciblées (accorder des bourses d'études cofinancées par l'Assurance maladie assorties de l'engagement d'exercer cinq ans en zones sous-denses, ou bien demander leur remboursement...).

Mais devant l'insuffisante efficacité des seules incitations financières, et dans le cadre des améliorations concrètes et durables évoquées précédemment, il est devenu nécessaire de se préparer à **freiner les installations dans les zones excédentaires**.

Sans drame, les infirmier(e)s ont montré l'exemple, dans une démarche conventionnelle, en subordonnant les installations aux départs dans les zones trop denses.

Nous soutenons une démarche de « *réponse graduée, mais ferme* ». Elle conjuguera des mesures désincitatives (sur les charges sociales), un conventionnement plus sélectif (quotas d'installations nouvelles). Dans un avenir proche de 2 à 3 ans, si le déséquilibre actuel n'est pas endigué, des plafonds d'installation pour une période de dix ans pourraient être instaurés dans les zones excédentaires.

Pour mieux coller au terrain, les critères pour établir ces zonages (excédent/déficit) doivent être revus et discutés.

4 - Un remaillage offensif des territoires

Ce sera l'une des missions clés des **Agences régionales de santé**. Nous en approuvons le principe, pour une unité d'action et pour remédier à l'émiettement de l'Etat dans le domaine sanitaire. Le cloisonnement, le corporatisme, les concurrences excessives entre établissements de santé figurent également parmi les raisons du désordre actuel

Une démocratie sanitaire participative est à inventer avec les élus, les associations d'usagers et de patients. Il s'agit en premier lieu de mettre en œuvre la seconde étape de la loi du 1^{er} mars 2002 relative aux droits des malades. C'est une garantie pour que les choix répondent aux besoins, et pour prévenir les excès du centralisme, fût-il régional, qui gomme les inégalités territoriales. C'est pourquoi le **mode de gouvernance des ARS** ne saurait signifier une « *étatisation* », même rationalisée, ni se réduire à une simple redistribution des rôles entre l'Etat et les partenaires de l'Assurance maladie. La prise en compte de la géographie

concrète, l'aménagement sanitaire infrarégional, la sécurité et l'accès réel aux soins nécessitent une participation accrue des élus et des représentants des territoires.

L'offre de soins de premier recours doit être élaborée en « *pôles de santé* », où les acteurs bâtissent ensemble un « *projet médical de territoire* ».

Ce travail d'animation territoriale doit s'appliquer à la **médecine de premier recours**, pour la réhabiliter vigoureusement dans la noblesse et la diversité de ses missions.

C'est vrai également pour la **modernisation négociée du réseau hospitalier**. Il importe en effet de préserver l'autonomie des établissements au sein de « *communautés* » mutualisant les personnels et les moyens. Les ARS devront être garantes de cette coopération hospitalière, entre grands centres hospitaliers et hôpitaux de proximité, en évitant le « *cannibalisme hospitalier* ». Des « *MIGAC de continuité territoriale* » doivent permettre de gérer les quelques dizaines d'exceptions géographiques, nécessitant le maintien de services en-dessous des seuils habituels.

Les Outre-mer, en raison de l'insularité ou des distances extrêmes (Guyane, Polynésie...), mais aussi de situations de souffrances sociales de masse ont expérimenté, bien avant d'autres la désertification médicale. Beaucoup des propositions du rapport y trouveront leur plein effet. Comme le rapport le demande, nous jugeons indispensable qu'une mission d'information « *ad hoc* » permette de traiter les difficultés spécifiques des populations d'outre-mer, et surtout d'identifier les bonnes réponses, à la mesure de ces défis sanitaires dramatiques.

Ces propositions visent à construire pour la France une offre de soins de premier recours moderne, efficace et responsable, et à rappeler l'engagement urgent de l'Etat et l'Assurance maladie pour lutter contre les inégalités qui progressent

Nous soumettons cette contribution au débat public, aux citoyens et aux professionnels. Nous agirons au Parlement pour qu'elles soient discutées prochainement.

(*) *Christian PAUL, président; Marie-Odile BOUILLE et Marisol TOURAINE, membres de la mission - Le 15 septembre 2008*

(1) Nous déposerons un amendement à la loi de finances pour 2009 afin que les collectivités locales qui construisent des maisons de santé puissent bénéficier de la récupération de la TVA...