

Inégalités territoriales de santé, « déserts médicaux » et quelques propositions pour y remédier

Avril 2022

Document 1

Par Jean-Claude Henrard

Introduction

La pandémie de covid 19 a mis l'accent sur la **« crise » de l'hôpital public, amorcée bien avant la pandémie et sur la nécessité d'un service public fort et déterminé** pour faire face à cette crise sanitaire. Ceci ne doit pas masquer les carences en matière de prévention et de promotion de la santé, les manques de médecins généralistes et de certains spécialistes, de professionnels médico-sociaux dans le soutien à domicile et les établissements de soins de longue durée (notamment dans les EHPAD). A cela s'ajoutent des défauts dans l'organisation des soins de première ligne et les manques de coordination avec les secteurs hospitaliers et médico-sociaux.

Ces difficultés et limites renvoient à des dysfonctionnements dans la gouvernance, tant en ce qui concerne la prise en charge individuelle et le parcours de soins des patients ou des personnes handicapées qu'au niveau territorial où les inégalités sanitaires entre territoires s'accroissent. Corriger ces inégalités territoriales est ainsi devenu un enjeu majeur pour la politique de santé d'autant qu'elles recourent les inégalités sociales face à la santé.

Préambule : recours et accessibilité aux services de santé

Les groupes sociaux les moins favorisés cumulent un moins bon état de santé et **de moindres recours aux services de santé** que les autres groupes sociaux. Or c'est pour eux que ces services ont l'impact le plus fort car ils peuvent être le seul moyen de protéger leur « capital santé » alors que les autres groupes sociaux ont la possibilité d'accéder à des ressources sociales et environnementales rendant la contribution des services de santé plus marginale. Il en résulte une perte de chance du fait d'un défaut d'utilisation en temps utile de ces services permettant d'atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.

Les **moindres recours aux services** peuvent ainsi être liés à des **caractéristiques sociales** comme le faible niveau d'éducation ou certaines activités professionnelles (travailleurs de force) qui prédisposent à des non-recours (prévention) avant l'apparition d'un épisode morbide ou à des **caractéristiques démographiques** (âge, sexe). Le **moindre recours aux soins à visée curative** est lié à des facteurs individuels (niveau de revenus, degré de couverture sociale et existence d'une source de soins habituelle) et à **l'accessibilité des services de soins** c'est-à-dire à la possibilité d'y accéder, liée à la disponibilité de l'offre de soins.

Cette notion d'accessibilité se traduit par la plus ou moins forte densité de services de santé rapportée aux caractéristiques démographiques (poids de la population âgée) du territoire qui peut donner lieu à **des inégalités territoriales de l'offre** et plus particulièrement de médecins généralistes.

Les inégalités sociales et territoriales et sociales sont étroitement liées par différents mécanismes : effet proprement **géographique** (rareté des services sanitaires, niveau élevé d'expositions environnementales) ou effet de **composition de la population** (du fait de la concentration des populations défavorisées, la santé est mauvaise dans le territoire). Des interactions apparaissent entre les deux types d'inégalités, certains groupes de population étant plus sensibles à un environnement délétère que d'autres groupes plus favorisés.

Avant de remédier à un manque d'équipement dans un territoire, il faut s'interroger sur **l'usage de ces structures**. Le rapport au territoire dépasse en outre le lieu de résidence. Les trajets domicile-travail sont en quelque sorte une extension de l'espace et du territoire vécus et perçus.

Evolution générale de la demande, de l'accessibilité aux professionnels et des recours aux établissements publics de santé

La demande de soins n'a cessé d'augmenter durant ces deux dernières décennies du fait, de **l'accroissement démographique** (plus de 11 %), en particulier des générations les plus âgées¹ (augmentation de près de 80 %), les plus atteintes de maladies chroniques. Les progrès thérapeutiques et technologiques ont eu pour conséquences des gains d'espérance de vie mais nécessitant un suivi et des traitements au long cours.

Ces dynamiques démographiques contribuent à **dégrader l'écart entre l'offre et la demande** de soins plus marqués dans certaines parties du territoire.

De 2010 à 2020, le nombre de médecins généralistes (MG) a baissé de près de 9 % (4 % si l'on ne prend en compte que ceux exerçant en libéral) alors qu'ils constituent la principale porte d'entrée dans le système de soins.

Les médecins spécialistes quant à eux ont augmenté de 6 %² *mais très inégalement selon les spécialités et les territoires*.

De 1997 à 2018, les effectifs d'infirmiers ont doublé, ceux des aides-soignants ont augmenté de plus de 50 %³. Si la majorité des infirmiers continue de travailler dans les établissements de santé (où la réduction du temps de travail hebdomadaire a nécessité une augmentation des effectifs pour assurer une même quantité de travail), ils se tournent de plus en plus vers l'exercice libéral d'autant que l'augmentation des personnes du grand âge, grandes consommatrices de soins infirmiers, provoque une forte hausse de leurs besoins.⁴

Dans le **secteur hospitalier public**, on assiste à une profonde évolution des pratiques marquée par la diminution du nombre des séjours en hospitalisation remplacés pour partie par des activités en hospitalisation de jour. Si les effectifs en personnels soignants ont augmenté,

¹ De 2000 à 2020, la population française a augmenté de 6,56 millions et celle âgée de 85 ans ou plus de 1 million pour atteindre 2,3 millions.

² En 2020, on recense **307 000** médecins, les MG n'en représentent que 45 % et les MG en exercice libéral seulement 30 %. *Conseil national de l'Ordre des médecins, Service Études et Recherches Statistique, commission des études statistiques et de l'Atlas*.

³ Passant respectivement de 351 000 à 701 000 pour les premiers et de de 287 000 à 416 000 pour les seconds. *Datadress. Professions de santé et du social : la démographie des professions de santé*. La densité des infirmiers est passée de 6,4 en 2000, à 10,5 pour 1 000 habitants en 2017. Source OCDE.

⁴ Il faut alors utiliser la densité standardisée, qui rapporte le nombre d'infirmiers à une population dont le poids de chaque tranche d'âge est proportionnel à sa consommation de soins infirmiers. Le taux a ainsi progressé un peu moins vite.

l'activité s'est également accrue dans son ensemble du fait d'un plus grand recours aux innovations technologiques, du raccourcissement des durées de séjour, de la part croissante des activités à la journée. En outre, la conception de « l'hôpital-entreprise » vise à améliorer la productivité⁵ mais le mode de financement à l'activité pousse à développer des volumes d'actes, quelle que soit leur pertinence, et à la concurrence entre établissements au lieu de la coopération. Il s'ensuit une gestion reposant sur le quantitatif aux dépens de la qualité portant plus sur le respect de procédures que sur des résultats.

L'ensemble fait peser sur le personnel médical et soignant des contraintes de plus en plus lourdes qui vont générer leur résistance et leur frustration, d'où des départs et des difficultés de recrutement dans certaines disciplines médicales (*dans toute la gamme des hôpitaux y compris dans les CHU*) et de soignants, notamment d'aides-soignants.

Les **recours aux urgences ont doublé** en 20 ans (atteignant 22 millions de passages en 2019) sans que les effectifs en personnel suivent⁶. Cette augmentation est très inégalement répartie générant un engorgement dans certains établissements : un quart des structures enregistrent 40 000 passages annuels et traitent près de 50 % des passages. Les structures d'urgence accueillent notamment des soins non programmés ne relevant pas de leur mission, soulevant la question de leur pertinence par rapport aux soins de première ligne dont la permanence n'est plus assurée sur de nombreux territoires. Des sorties d'hospitalisation insuffisamment préparées avec les services de soutien à domicile et la médecine de ville conduisent à des ré-hospitalisations précoces non programmées.

Dans le **secteur médico-social**, la montée des générations les plus âgées s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques, notamment celles qui nécessitent une aide dans les activités de la vie quotidienne (dépendance) générant des besoins pour lesquels l'essentiel de l'aide à domicile est souvent fourni par les aidants familiaux. Les professionnels soignants tant au domicile qu'en établissement sont insuffisants en nombre et pour la majorité d'entre eux dépourvus d'encadrement et de formation adaptée à une approche globale de la santé. Plus d'un tiers des établissements hébergeant des personnes du grand âge dépendantes rencontrent des difficultés de recrutement, depuis plusieurs années⁷. Ces difficultés sont liées en grande partie au manque d'attractivité de ces métiers sous-payés, souvent peu formés pour faire face aux problèmes de leurs résidents, sans déroulement de carrière.

Dans le **secteur préventif**, les services de protection maternelle et infantile (PMI) des départements, avec leurs 5 100 points fixes de consultations, assurent des missions sanitaires et médico-sociales de proximité, à destination des mères, des futures mères et des enfants de moins de 6 ans. Ils interviennent aussi dans le cadre de séances de planification et d'éducation familiale. Les actions en faveur des enfants, au cœur de l'activité des services de PMI, ont diminué de 45 % sur les 20 dernières années⁸. Les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont été presque divisées par 2. Les visites à domicile maternel par des sages-femmes de PMI ont également baissé de 30 %.

⁵ Par exemple par une meilleure utilisation des appareillages, tels les équipements d'imagerie la nuit, et la multiplication des actes d'anesthésie par blocs opératoires (500 actes en 2005, 740 en 2019).

⁶ La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des 700 structures en 2019, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif.

⁷ En 2015, la proportion de postes d'aides-soignantes non pourvus depuis plus de 6 mois était de 9 % et ceux de médecins coordonnateurs de 10 %.

⁸ De 1996 à 2017, le nombre d'enfants vus en consultation a baissé de 900 000 à 550 000. Les visites à domicile infantile sont passées de 1 million à 580 000 et celles maternelles de 264 000 à 188 000.

L'éducation nationale, en matière de santé, a pour mission de prévenir et repérer des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages des douze millions d'élèves et d'entreprendre des actions collectives d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Si les dépistages obligatoires demeurent des moments-clés du parcours de santé de l'élève, le taux de réalisation de la visite de la 6^e année de l'enfant par les médecins scolaires (1 médecin pour 12 500 élèves), déterminante au début des apprentissages scolaires, a chuté à 18 % alors qu'elle est en principe universelle. Le bilan infirmier (1 pour 1 300 élèves) de la 12^e année n'est réalisé que pour 62 % de l'ensemble des élèves.

Ces baisses d'activité sont lourdes de conséquences pour les populations défavorisées et contribuent au maintien des inégalités sociales de santé.

Les actions structurées de prévention et la promotion de la santé sont peu organisées, peu financées et reposent le plus souvent sur des initiatives individuelles prises par le tissu associatif qu'il soit généraliste, thématique (addictions, infections sexuellement transmissibles, nutrition, etc.) ou populationnel (missions locales, réseaux d'éducation populaire, etc.). Ce paysage très diversifié varie d'une région à l'autre. Les offreurs de soins ne consacrent qu'une faible part de leur activité et de leurs moyens à ce champ pourtant stratégique en termes de santé des populations.

Distribution des professions de santé

La moindre implantation en zone rurale, le plus grand attrait pour les grandes agglomérations et l'héliotropisme sont des traits communs à l'ensemble des professions de santé mais plus ou moins marqués selon les professions. Font exception les pharmaciens du fait d'un maillage contraint sur l'ensemble du territoire et les infirmiers.

Il en résulte des inégalités territoriales notamment dans la **répartition des médecins**. Selon les régions elle varie, allant, au 1^{er} janvier 2020 de 3,4 pour 1000 habitants en Provence-Alpes Côte d'Azur ; 3,3 en Ile de France ; 3,0 en Occitanie pour les 3 régions les mieux pourvues à 2,5 en Normandie ; 2,3 en Centre-val de Loire ; 2,1 en Guyane pour les 3 régions les moins bien pourvues. Au sein même de régions bien dotées en médecins généralistes ou spécialistes, il existe des différences très fortes entre départements. **La baisse des MG** s'étend comme « une tache d'huile » concernant 83 départements dont 54 ont plus de 10 % de baisse et, parmi eux, 15 plus de 20 %. Les plus fortes baisses sont recensées dans l'Yonne (-28,6 %), l'Aisne (-26 %) et l'Indre (-25,7 %). Inversement une minorité de départements ont vu une augmentation dont la Loire Atlantique (+12,1 %), la Savoie (+8,5 %) et l'Ille-et-Vilaine (+6,2 %). Au sein même des départements, on trouve des disparités **entre bassins de vie**. Cet échelon territorial mesure au plus près l'accès de la population aux équipements les plus courants comme la santé, les commerces ou l'enseignement.

Les territoires à faible densité médicale⁹

Les problèmes d'accessibilité aux soins se trouvent **avant tout** dans des **territoires où une offre est présente, mais s'avère insuffisante** pour répondre à la demande. Cela entraîne des difficultés à obtenir un rendez-vous, une charge de travail excessive pour les professionnels, des délais d'attente pour les patients. Si la moyenne, en 2020, est de 1,40 MG pour 1 000 habitants à l'échelle de la France entière,

⁹ L'approche retenue pour repérer les territoires à faible densité médicale consiste à considérer un indicateur d'accessibilité potentielle localisée tenant compte de l'activité de chaque médecin, de la composition démographique locale et des temps d'accès (par rapport à 20 minutes), entre commune de résidence du consultant et commune d'exercice du médecin. Il se lit comme une « densité » médicale par habitant au niveau communal. Cet indicateur tenant compte de la disponibilité de l'offre médicale, des besoins de soins de la population et de ses déplacements, donne une vision précise de l'accès géographique aux soins médicaux.

elle n'est que de 0,97 pour les MG en exercice libéral. Les écarts pour les libéraux vont, pour les 3 départements les mieux pourvus, de 1,4 MG pour 1 000 habitants dans les Hautes-Alpes ; 1,26 dans les Bouches-du-Rhône ; 1,24 dans les Alpes-Maritimes mais se limitent à 0,59 en Eure-et-Loir et en Seine-Saint-Denis ; 0,62 dans la Sarthe et 0,45 en Guyane¹⁰.

En 2016, l'accessibilité moyenne aux MG s'élève à 4,1 consultations par an et par habitant. En prenant en compte le seuil de 2,5 consultations par habitant et par an, 8,6 % de la population (près de 5,7 millions de personnes) résident dans une commune sous-dense en médecins généralistes (soit 9 142 communes).

Les disparités d'accès aux MG sont liées à des différences marquées selon le type d'espace. C'est dans les **communes rurales** des périphéries des grands pôles urbains et dans celles hors influence de ces pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux MG est la plus grande. Les 10 % des habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus élevée que les 10 % des habitants des communes les moins bien dotées et des délais d'attente pour un rendez-vous de 0 contre 11 jours.

L'accès aux spécialistes est encore plus disparate, avec des délais d'attente de 0 contre 64 jours pour les pédiatres, 4 contre 189 jours pour les ophtalmologistes par exemple.

En psychiatrie, les inégalités territoriales sont flagrantes, tant en public qu'en privé¹¹. Certains départements n'ont plus de psychiatres à ce jour. Les temps d'attente varient de 1 à 110 jours. Ces inégalités sont le fruit d'un défaut de politique quant à la construction d'une psychiatrie de secteur intégrée dans la cité, ce qui nécessite de remettre en cause l'organisation hospitalière.

Les deux secteurs publics et privés sont concurrentiels : l'attractivité financière et une pratique moins administrative ont fait basculer un nombre important de psychiatres vers le privé. Il y a eu un passage du sanitaire au médico-social en ce qui concerne le financement et le statut des personnes ayant des troubles psychiques au long cours, reconnues en situation de handicap psychique, plaçant ainsi les parcours des personnes handicapées à la main des départements. Enfin, alors qu'un quart des consultants en médecine générale présentent un trouble psychique et qu'elle est la porte d'accès la moins stigmatisante aux soins en santé mentale, les liens entre médecine générale et secteurs de psychiatrie sont quasiment inexistantes dans la plupart des territoires.

La moindre accessibilité s'explique principalement par la **baisse du temps médical disponible**, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des *numerus clausus* appliqués au cours de ces dernières décennies.

Tant la démographie des médecins¹² que les aspirations des jeunes générations¹³ concourent à une diminution probable des effectifs libéraux dans les prochaines années, ce qui fait craindre un accroissement des sous-densités territoriales car de nouveaux territoires sont concernés, notamment du centre de la France vers le nord-ouest. En ne tenant pas compte de l'offre accessible offerte par les

¹⁰ Source Observatoire des territoires, services de santé.

¹¹ Les taux pour 100 000 habitants varient de 1,1 (Haute Marne) à 64,4 (Paris) entre les départements pour les psychiatres privés, de 1 à 5 pour les secteurs de psychiatrie publics, les taux de personnels paramédicaux varient de 1 à 3, ceux de psychologues de 0 à 50.

¹² En 2017, plus de 45 % des médecins en France avaient 55 ans ou plus et 13 % plus de 65 ans ou plus.

¹³ Elles recherchent plus d'équilibre entre vie privée (possibilités de travail pour le conjoint, établissement scolaire, voire universitaire, offre culturelle etc.) et vie professionnelle (possibilité de travail en équipe élargie, offrant moins de contraintes, diversité des modes d'exercice).

médecins de plus de 65 ans qui vont probablement cesser leur activité, c'est **12,4 % de la population** qui fait face à une situation de faible accessibilité actuelle ou prévisible¹⁴.

Les déserts médicaux

Si le MG est considéré comme la principale porte d'entrée du système de soins, son absence sur un territoire peut être moins problématique si **d'autres services de santé** sont disponibles ou si **l'organisation de la prise en charge** est telle qu'elle permet de contourner et de pallier ce manque. Par conséquent, ce n'est pas tant la seule difficulté d'accès aux MG qui devrait qualifier une zone de « désert médical » qu'un cumul de mauvaises accessibilités à différents services qui peuvent lui être, au moins en partie et sous réserve d'une organisation ad hoc, substituables.

L'accessibilité **aux soins urgents** et **l'accès aux pharmacies** jouent également un rôle de porte d'entrée dans le système de santé. Envisager ensemble ces trois principaux points d'entrée permet d'appréhender de façon plus complète les difficultés qui touchent **le premier contact au système de santé**, ce qui correspond mieux à la notion de « désert médical¹⁵ ».

Les difficultés d'accès aux services touchaient, en 2016, plus de 6 % de la population soit près de 4 millions de personnes, résidant à plus de 30 minutes d'un service d'urgences ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ; 46 % des habitants des espaces ruraux isolés de l'influence des pôles urbains étaient concernés.

S'agissant **des pharmacies**, le maillage étant très important notamment du fait d'une **réglementation des installations d'officine** élaborée avec un objectif d'aménagement du territoire, 2,5 % de la population soit environ 1,6 million de personnes réside à plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche.

Les difficultés d'accès aux MG et aux services d'urgence ne se cumulent que dans 1,4 % de la population. Environ 0,5 % de la population (soit environ 300 000 personnes) cumule des difficultés d'accès aux trois portes d'entrée. Cette situation est particulièrement visible dans les territoires ruraux et montagneux.

Les autres professions médicales et paramédicales sont en moyenne mieux réparties sur le territoire national. Tel est notamment le cas des sages-femmes, des infirmiers et des kinésithérapeutes du fait notamment de la mise en oeuvre de mesures de régulation des installations en libéral pour ces professions qui permettent aux zones sous-dotées de capter une partie importante de la croissance des effectifs.

Les difficultés d'accès aux structures hospitalières de proximité s'ajoutent aux faibles densités de professionnels de santé. Le cas des maternités est particulièrement sensible. L'absence d'hôpitaux à proximité constituant une difficulté supplémentaire de l'exercice de la médecine libérale décourage les jeunes médecins à s'installer dans ces territoires.

Territorialisation du système de santé et parcours coordonné

Depuis 2009, plusieurs lois¹⁶ ont pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système

¹⁴ A titre d'exemple pour le département de l'Eure, la densité de médecins généralistes est passée de 1,01 médecins pour 1 000 habitants en 2011 à 0,96 en 2018.

¹⁵ Vergier N, Chaput H, collaboration Lefebvre-Hoang I (2017). *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* Les dossiers de la DRESS, mai.

¹⁶ Loi n°2009-879, 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Loi n° 2016-41, 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, Loi n° 2019-774, 24 juillet 2019,

de santé portant sur l'hôpital, la répartition des médecins et l'accès aux soins de ville, les mesures de santé publique et à la prévention, confiant aux Agences régionales de santé (ARS) la charge de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé.

Parallèlement ont été définies des stratégies nationales de santé¹⁷ qui priorisent la prévention et inscrivent la territorialisation du système de santé et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé sur l'agenda politique. Ces intentions répétées sont toujours envisagées sous la forme quasi exclusive d'une réduction des inégalités de soins. Le rôle majeur des déterminants sociaux sur la genèse de ces inégalités, y compris celles d'accès aux soins, continue d'être sous-évalué et largement ignoré.

Les principales mesures ont donné lieu :

- à la possibilité du **cumul emploi retraite** pour les médecins salariés et libéraux, sans des conditions favorables qu'il faudrait protéger ;
- à la création de nombreux dispositifs visant par des mesures incitatives financées par l'État, notamment dans le cadre du périmètre des « *zones d'action complémentaire* » (ZAC), à **favoriser l'installation de médecins** dans les zones sous-denses ;
- au soutien à l'**exercice coordonné** proposant de créer successivement :
 - o des équipes de soins primaires¹⁸, limitant ainsi l'isolement des praticiens, pouvant prendre la forme d'un centre de ou d'une maison de santé¹⁹ ;
 - o puis des **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), lors de la refonte de l'organisation territoriale des soins ;
 - o enfin, un véritable **projet territorial de santé** qui associe tous les professionnels de santé, hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux pour garantir l'accès à un médecin traitant, organiser une réponse aux demandes de soins non programmés, proposer plus d'actions de prévention, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques²⁰.

Des **hôpitaux de proximité** sont labellisés constituant le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers pour assurer des missions communes avec d'autres acteurs de leurs territoires. La **téléexpertise** permet d'avoir un avis de spécialistes à distance à partir d'informations médicales. Quatre cents postes de **médecins généralistes à exercice partagé** entre la ville et l'hôpital seront installés dans les territoires prioritaires, salariés par l'hôpital de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations.

- o Parallèlement, des contrats locaux de santé ont pu être signés avec les ARS pour faciliter la mise en œuvre du projet régional de santé par les collectivités du bloc communal portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et

relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Loi n° 2021-502, 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

¹⁷ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 23 sept. 2013. Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, 2017.

¹⁸ Ensemble de professionnels de santé constitué autour de MG de premier recours, assurant leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.

¹⁹ Au nombre de 1 268 en 2019.

²⁰ Rapport « Ma santé 2022 », préparant la loi de 2019.

l'accompagnement médico-social. En santé mentale des **conseils locaux de santé mentale** (CLSM) sont mis en place pour une planification des parcours de soins.

- à la libération du temps médical ; dans ce but :
 - une nouvelle fonction **d'assistant médical** est créée afin de réaliser un certain nombre de tâches médico-administratives ;
 - plusieurs **transferts de compétences** ont été étendues par voie législative : pour les sages-femmes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, pharmaciens (la possibilité est donnée aux officinaux de délivrer certains médicaments par un renforcement du statut de pharmacien correspondant...) ;
 - un régime général définit les **pratiques avancées**, permettant à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et des compétences plus étendues, jusque-là dévolues aux seuls médecins.
- à faciliter l'accès aux soins et leur suivi par la télémédecine qui permet consultations à distance, régulation médicale (premier diagnostic par téléphone assuré par le SAMU/centre 15 en amont d'une prise en charge aux urgences), par le dossier médical personnel et par des plateformes de transports sanitaires.

Mettre en oeuvre un plan national prioritaire visant à réduire les inégalités territoriales de santé

Si l'ensemble des mesures proposées, qui offrent un cadre juridique et un type d'organisation des professionnels de santé en lien avec les établissements hospitaliers et le secteur médico-social, permettent d'aller plus loin, **leur mise en oeuvre reste très parcellaire et souvent mal comprise par les professionnels. Aux mesures incitatives constamment retenues, insuffisantes et inadaptées face à l'ampleur du problème**²¹ il semble plus pertinent de mettre en oeuvre durant le prochain quinquennat un **plan national prioritaire** ayant pour objectif de réduire les inégalités territoriales de santé en assurant un minimum d'accès aux soins (non programmés) et à la prévention dans tous les territoires.

Sa mise en oeuvre rend nécessaire la définition des responsabilités aux différents niveaux territoriaux et de la place des différents types d'acteurs aux différentes étapes de son déroulement.

Au niveau national il s'agit de confier aux ARS, **en leur offrant une plus grande autonomie**, la responsabilité de la mise en oeuvre et de s'assurer que la convention nationale obtienne des médecins libéraux, pour les territoires surdotés, un conventionnement sélectif limité dans le temps et pour les territoires sous-dotés leur contribution à leur résorption progressive²².

Au niveau régional, les ARS doivent établir les **types de territoire** : ceux surdotés, ceux ayant une dotation proche de la moyenne, ceux sous-dotés, qu'il y ait un manque d'offre de médecins sur l'ensemble du territoire ou que celui-ci soit limité à des communes ou des quartiers du territoire.

L'identification par l'ARS des territoires surdotés et sous-dotés doit être confirmée (lorsque cela a été défini antérieurement) ou établie à partir de diagnostics partagés par les différents acteurs du territoire de santé (élus du bloc communal ou inter communal, représentants des professionnels de

²¹ Maurey H. Longeo J-F. *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable* par le groupe de travail sur les déserts médicaux, Sénat, n°282, 29 janvier 2020.

²² 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. *Rapport Maurey*.

santé et médico-sociaux et des usagers) regroupés éventuellement en un **conseil local de santé**. C'est au niveau de ces territoires que doivent se développer des politiques différenciées. La déclinaison du plan peut prendre la forme de **contrats locaux de santé** incluant les actions de prévention et de promotion de la santé en particulier auprès des populations qui n'y ont habituellement pas recours. L'intégration de contrats locaux de santé dans le plan peut faciliter ces actions mais peut nécessiter d'élargir les compétences du bloc communal pour lui permettre de gérer santé scolaire et PMI.

Une plus forte participation des régions peut impliquer de leur offrir une place prééminente dans l'administration des ARS. Des contrats plan santé Etat-région doivent pouvoir être signés ce qui conforte leur implication dans ce plan et peut permettre des financements relevant de leurs compétences.

Au niveau des territoires la mise en œuvre est différenciée.

Dans les territoires surdotés, parmi les options possibles, le **conventionnement sélectif** semble la solution la plus à même d'être acceptable par les syndicats de médecins libéraux.

Dans les territoires sous-dotés, il s'agit de garantir un service médical à la population et une permanence des soins dans les territoires en facilitant la pratique médicale, suivant plusieurs modalités.

- Soit sur place par des mesures d'aide à l'installation : procurer un logement et un local professionnel, surcoter les actes ; limiter dans le temps la présence sur place (par exemple une année d'internat supplémentaire) ; offrir un meilleur environnement de travail (CPST, et présence d'un hôpital de proximité, accès aux urgences), *libérant du temps médical* (pratiques avancées et délégation de tâches, avec des rémunérations appropriées, à des professions paramédicales et aux pharmaciens, recours à la télémédecine).
- Soit par un exercice itinérant dans des points fixes : cabinet de consultation avec télémédecine **installé dans la maison au service du public** avec des demi-journées fixées dans la semaine avec présence régulière d'assistant médical, infirmier de pratique avancée, médecin généraliste, autres para médicaux ou **itinérant** avec autobus aménagé. Des plateformes de transport peuvent également être utiles. Cet exercice peut être facilité par une activité mixte (hospitalière et libérale) et le recours à la télémédecine.
- Avec obligation quel que soit le mode d'exercice (libéral ou salarié) de participer à une permanence des soins.

La population en situation de handicap dont celle du grand âge en perte d'autonomie physique ou mentale nécessite de déployer un accompagnement médicosocial assurant une réponse graduée de l'aide apportée pour satisfaire les besoins de base (autonomie du quotidien, soins d'hygiène, se nourrir, se déplacer etc.) où l'importance du relationnel doit prendre toute sa place en lien avec les interventions médicales techniques nécessaires.

En matière de prévention et de promotion de la santé il s'agit de définir clairement les différents niveaux territoriaux de décision, d'organisation et d'action à mettre en place afin de développer la prévention dans les territoires, à la fois en s'appuyant sur les contrats locaux de santé, les services dédiés (PMI, santé scolaire) et le rôle des associations mais aussi sur l'exercice des professionnels libéraux et hospitaliers. Cela suppose

- un projet de santé partagé sur le territoire s'inscrivant dans les priorités du Plan régional de santé et les projets locaux de santé,
- une rémunération forfaitisée spécifique pour les professionnels,

- enfin des modalités différentes de service à la population type bus de prévention (ex pour des mammographies, du bucco-dentaire etc.).

Il est souhaitable de confier la santé scolaire aux collectivités locales : communes, départements, régions pour les écoles, les collèges et les lycées, voire également aux régions pour les universités, en définissant en commun les priorités de santé (vision, audition, nutrition, contraception et MST, addictions, santé mentale...) et les âges-clés pour intervenir.

La multiplicité des niveaux politico-administratifs rend difficilement lisible le partage des compétences rendant nécessaire l'éclaircissement des responsabilités notamment entre les ARS et les collectivités locales. Ainsi, sur le plan institutionnel le plan nécessite d'envisager de donner davantage de compétences (au sens constitutionnel et législatif) aux collectivités locales.

- Pour le bloc communal et intercommunal, faire le lien avec les compétences en matière d'espace public, de déplacements, d'environnement et d'habitudes de vie, bref à tous les déterminants dont la commune maîtrise l'essentiel (logement, urbanisme, alimentation scolaire et collective, qualité de l'air, de l'eau, accès aux services, à l'activité physique, aux sports, à la culture), donc essentiellement pour la prévention, l'intégration sociale et la lutte contre l'isolement (jeunes, personnes âgées, habitants des quartiers de la politique de la ville).
- Pour les Régions, leur donner la possibilité de soutenir les investissements structurants et innovants dans les établissements de santé (secteur public et participant au service public) et de mobiliser des crédits européens sur ce sujet et également sur l'enseignement supérieur et la recherche.

Ce plan pour réussir doit clairement lever les obstacles à ces objectifs et intégrer les acteurs locaux dans les différentes étapes de la mise en oeuvre. Le principal obstacle est l'opposition des syndicats de médecins libéraux à toute modification de la liberté d'installation²³.

La non prise en compte par l'administration étatique des résultats des expériences innovantes provenant des territoires, dans lesquelles les différents acteurs locaux se sont mobilisés et ont intégré dans leurs objectifs la question de la réduction des inégalités sociales de santé et de l'accessibilité aux services de santé, interdit leur extension dans le temps, ne permet pas de faire avancer la résolution du problème et conduit trop souvent à repartir à zéro.

Il faut donc appuyer les actions à entreprendre sur les outils et les stratégies qui ont montré leur efficacité lors d'actions innovantes locales pour atteindre ces objectifs.

²³ L'article 9 de la loi du 24 juillet 2019 crée une obligation pour les conventions médicales entre l'Assurance maladie et les médecins de « déterminer les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ».