

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

- Examen d'un rapport d'information sur la prévention de l'obésité (*Mme Valérie Boyer, rapporteure*)..... 2
- Examen d'un rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire (*M. Marc Bernier, rapporteur*)..... 12

Mardi

30 septembre 2008

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 63

**2<sup>e</sup> SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007-2008**

**Présidence de  
Pierre Méhaignerie**  
*Président*



La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné un rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prévention de l'obésité, présenté par **Mme Valérie Boyer, rapporteure**.

**M. le président Pierre Méhaignerie** : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Valérie Boyer, qui va nous présenter le rapport d'information sur la prévention de l'obésité.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure de la mission d'information** : Je voudrais tout d'abord vous présenter mes excuses, le projet de rapport ayant transpiré dans la presse avant qu'il ne vous soit présenté. Certains articles, hélas, ont fait état de fausses informations que j'ai été obligée de démentir tout le week-end, et encore aujourd'hui, ne souhaitant surtout pas que notre travail soit déformé et puisse être mal interprété.

La mission d'information, après avoir dressé un état des lieux, a formulé 80 propositions dans de très nombreux domaines. L'obésité n'est en effet pas seulement un problème de santé publique : elle est aussi, et peut-être d'abord, un problème de société. C'est pourquoi, au-delà des aspects sanitaires, nous avons fait des propositions dans le domaine de l'éducation, de l'information, de l'industrie agroalimentaire, de l'action des collectivités locales, mais aussi des discriminations dont sont victimes les personnes obèses, sujet encore tabou mais qui a été fort bien décrit par l'Observatoire des discriminations, lequel révèle par exemple qu'une personne obèse a trois fois moins de chances qu'une autre d'obtenir une réponse positive à sa candidature à un emploi. La mission souhaite que la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) se mobilise sur ce thème afin de veiller au respect des droits des personnes obèses et de la diversité corporelle.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est alarmante. Un quart de la population mondiale est aujourd'hui en surcharge pondérale. En France, c'est le cas d'un adulte sur deux, tandis qu'un sur six est obèse – les femmes étant particulièrement touchées – et qu'un enfant sur cinq est déjà en surcharge pondérale. Les personnes des milieux les plus défavorisés sont les plus atteintes par cette épidémie. Le régime crétois ou le régime méditerranéen ne sont plus appliqués aujourd'hui et leur rôle protecteur contre le risque de surcharge pondérale ne joue plus.

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique, qui va jusqu'à menacer notre système de protection sociale. Le président de la Haute autorité de santé (HAS) a d'ailleurs lui-même déclaré que les pays qui ne sauraient pas maîtriser l'épidémie d'obésité mettraient en péril la pérennité de leur système de protection sociale. L'obésité infantile est un risque majeur d'obésité à l'âge adulte, laquelle, d'une manière générale, favorise l'apparition de maladies chroniques. Elle triple ainsi le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète. Les problèmes respiratoires et rhumatologiques sont également fréquents chez les personnes obèses. Un lien a également été établi entre l'obésité et certains cancers et certaines maladies du vieillissement. Le surpoids et l'obésité altèrent gravement la qualité de vie et sont responsables de nombreux décès.

L'augmentation des cas d'obésité n'est pas sans lien avec celle du nombre de personnes reconnues en affection de longue durée. Le coût annuel de l'obésité et du surpoids pour l'assurance maladie est estimé à 10 milliards d'euros, soit 7 % de l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) ; au rythme actuel de sa progression, ce coût pourrait doubler d'ici à 2020 et représenter alors 14 % de l'ONDAM. Il faut, à cet égard, souligner que le coût du surpoids est supérieur au coût de l'obésité. Et de l'avis de tous les spécialistes, l'incidence de l'obésité sur les finances sociales et l'économie est probablement sous-évaluée, les souffrances psychosociales qu'elle entraîne n'ayant pas encore été étudiées et

chiffrées. Jusqu'à présent, l'approche de l'obésité se résume en effet à celle des pathologies qu'elle induit, le phénomène n'étant pas appréhendé dans sa globalité.

Nos 80 propositions s'organisent autour de huit grands axes.

Premier axe : améliorer le dépistage précoce de l'obésité ainsi que la prise en charge des personnes obèses et en surpoids.

Le dépistage précoce de la surcharge pondérale pourrait être assuré par des mesures simples, hélas loin d'être mises en œuvre systématiquement aujourd'hui. On pourrait ainsi rendre obligatoire de mesurer le poids, la taille et l'indice de masse corporelle – l'IMC – des enfants lors de chaque visite médicale et d'inscrire ces données dans le carnet de santé où pourrait figurer une mention incitant à surveiller le rebond d'adiposité. Le poids, la taille, le tour de taille et l'IMC devraient aussi être systématiquement mesurés chez les adultes en surcharge pondérale. La protection maternelle et infantile – PMI – devrait être mobilisée sur le sujet et les parents mieux informés. La PMI ne doit plus être l'îlot sanitaire isolé qu'elle est aujourd'hui. Une coordination devrait ainsi être assurée avec la médecine scolaire et une contractualisation organisée avec les futures agences régionales de santé (ARS), notamment dans une optique de prévention ; le Président de la République a lui-même exprimé le souhait, dans son discours de Bletterans, qu'on accroisse les moyens de la prévention, notamment parce qu'il y va de l'avenir de notre protection sociale. Nous proposons donc d'instaurer une obligation de partage des données relatives au poids, à la taille et à l'IMC entre la PMI, l'école, la médecine de ville et l'hôpital.

Il faut aussi améliorer la prise en charge de l'obésité et des patients obèses. De l'avis de toutes les personnes auditionnées, celle-ci n'est pas satisfaisante aujourd'hui. Nous proposons donc de porter de neuf à trente et un le nombre de centres de référence régionaux ; de développer des unités thérapeutiques de prise en charge de l'obésité sur l'ensemble du territoire en fonction des besoins recensés ; d'organiser dans les maisons de santé de territoire, en lien avec les centres régionaux, une prise en charge pluridisciplinaire des personnes obèses par des équipes spécifiquement formées ; de doter chaque région de moyens de transport médicalisé adaptés, notamment pour les personnes présentant un IMC supérieur à 40 et de promouvoir l'éducation thérapeutique, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Il convient également d'adapter les financements à la prise en charge des personnes obèses. La tarification à l'activité instaurée à l'hôpital doit intégrer le surcoût que représente la prise en charge des personnes très fortement obèses. Nous proposons aussi que les mutuelles et assurances complémentaires étudient la possibilité de prendre en charge certaines consultations, notamment de diététique.

Il faut mobiliser la médecine scolaire, notamment en étudiant la possibilité d'un rapprochement des médecins scolaires du ministère de la santé et en instituant une contractualisation avec les ARS. La médecine scolaire doit être un relais pour la prévention et l'éducation à la santé.

La médecine du travail doit également être mobilisée. Plusieurs expériences très intéressantes ont été menées dans diverses entreprises, qu'il conviendrait de valoriser.

Deuxième axe : améliorer la qualité nutritionnelle des aliments.

Il conviendrait notamment de développer l'information nutritionnelle pendant la grossesse, à la maternité, ainsi que chez les pédiatres, à l'intention des parents de jeunes enfants et de promouvoir l'allaitement maternel : nous proposons d'y inciter dans les maternités et

d'informer les mères sur leurs droits concernant l'allaitement au travail, aujourd'hui trop souvent ignorés – en France, où l'on cherche surtout à ne pas culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas allaiter, à peine la moitié des femmes le font, et pendant une durée courte. Nous proposons que les mères puissent donner leur lait dans les crèches, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, notamment dans certaines crèches publiques, et que les assistants maternels encouragent les mamans à continuer d'allaiter leur enfant, si tel est leur souhait, bien sûr, car il ne s'agit en aucun cas d'imposer, mais d'accompagner l'allaitement.

Nous proposons également d'impliquer les cantines scolaires et la restauration collective, notamment de rendre obligatoires les recommandations nutritionnelles relatives aux marchés publics de restauration collective et d'en étendre l'application à la restauration universitaire ; de renforcer la formation en nutrition des personnels de restauration collective, aujourd'hui insuffisante ; de fixer des normes relatives à l'environnement et à la durée des repas dans les cantines scolaires – il existe une très grande disparité entre communes sur ce point. Or ce n'est pas d'abord une question de moyens, mais d'organisation.

Une autre proposition, qui a déjà fait couler beaucoup d'encre, consiste à moduler la fiscalité applicable aux aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. Contrairement à ce qui pu être dit ici ou là, nous n'avons jamais proposé d'augmenter la fiscalité sur les barres chocolatées. Nous nous sommes en revanche étonnés qu'un kilo de pommes soit taxé à 5,5 %, soit autant qu'une pâte à tartiner. Des travaux sont actuellement menés au niveau européen sur l'étiquetage nutritionnel et la taxation des produits alimentaires : le Parlement européen recommande de diminuer la taxation des produits non transformés, comme les fruits et légumes. Compte tenu du droit communautaire en vigueur, la seule solution est donc d'engager une procédure au niveau européen pour obtenir que les produits non transformés soient assujettis à un taux inférieur au taux réduit actuel de 5,5 %. Nous ne proposons aucune taxation supplémentaire sans détaxation en contrepartie, mais il nous semble légitime de réfléchir, à ressources fiscales constantes, car il faut veiller à préserver le pouvoir d'achat de nos concitoyens, notamment les plus défavorisés d'entre eux, à une modulation de la fiscalité en fonction de la valeur nutritionnelle des aliments.

Nous proposons aussi de promouvoir la consommation des fruits et légumes, de faciliter l'accès à l'eau de boisson et de garantir la qualité nutritionnelle des produits premier prix.

Troisième axe : garantir une information nutritionnelle de qualité et promouvoir l'activité physique.

En ce domaine, notre première proposition est d'accroître les moyens de l'information et de l'éducation nutritionnelles. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ne dépense aujourd'hui que 5 millions d'euros par an en publicité quand l'industrie agroalimentaire en dépense, elle, 2 milliards. Un rééquilibrage s'impose.

Nous proposons de limiter la publicité dans les programmes de télévision destinés à la jeunesse pour les produits à forte densité énergétique, certains membres de la mission ayant même exprimé le souhait de l'interdire totalement.

Nous proposons enfin de lutter contre la sédentarité et de promouvoir les activités physiques et sportives. Aujourd'hui, un enfant fait de deux à trois heures de sport par semaine alors qu'il passe cinq heures par jour devant la télévision ! Il est à cet égard choquant qu'aient pu être créées des chaînes spécifiquement destinées aux bébés, lesquelles devraient au moins être encadrées, si ce n'est davantage.

Quatrième axe : améliorer l'étiquetage nutritionnel et l'accessibilité des personnes défavorisées aux produits non transformés, dont les fruits et légumes.

Cinquième axe : agir sur l'environnement et inciter à l'activité physique.

Nous proposons d'éviter l'utilisation de produits ajoutés notoirement obésogènes, comme le bisphénol A et d'interdire les acides gras trans : cela est en passe d'être fait, mais l'effort doit être poursuivi. Nous proposons d'encourager et de faciliter la pratique d'activités physiques et sportives à l'école et au travail. À cet égard, il faudrait sans doute en finir avec le discours culpabilisant et hygiéniste qui pousse certains à soulever des kilos de fonte en salle ou à courir des kilomètres quand il suffirait d'encourager à emprunter l'escalier plutôt que l'ascenseur. L'activité physique de nos concitoyens se limite en moyenne à dix minutes par jour, alors qu'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) établit que la porter à vingt minutes permettrait déjà de réduire considérablement le taux de morbidité et de mortalité lié au surpoids et à l'obésité.

Sixième axe : renforcer l'éducation à la santé et à la nutrition.

L'éducation à la santé, notamment en matière de nutrition, devrait être rendue obligatoire durant toute la scolarité, alors que ce n'est aujourd'hui qu'une recommandation. Nous proposons également de favoriser l'apprentissage des savoirs ménagers. De l'avis de plusieurs personnes auditionnées, la perte de ces savoirs est, entre autres, l'une des causes du développement d'une alimentation de mauvaise qualité.

Nous proposons, enfin, de coordonner les actions sociales en matière de nutrition, d'aide familiale, de conseils de cuisine et de gestion du budget familial des caisses d'allocations familiales et des caisses primaires d'assurance maladie, et de faire figurer cette orientation dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), ainsi que dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses d'allocations familiales (CAF).

Septième axe : développer la formation en nutrition et définir de nouveaux métiers.

Nous proposons d'améliorer la formation en nutrition des personnels des établissements scolaires mais aussi des assistants maternels, car ils représentent un mode de garde très important dans notre pays ; d'organiser les métiers de la diététique et de la nutrition, notamment en élevant le niveau de formation des diététiciens, aujourd'hui recrutés à bac + 2, en clarifiant le statut des médecins nutritionnistes et en définissant la nomenclature de leurs actes, en renforçant la formation initiale et continue des médecins en nutrition et prise en charge de l'obésité ; de renforcer la formation en nutrition de l'encadrement sportif ; de créer un nouveau métier, celui de conseiller en savoirs ménagers-vendeur spécialisé en nutrition dans les grandes surfaces.

Huitième axe enfin : mieux respecter les droits des personnes obèses.

Nous proposons de demander à la HALDE de se mobiliser sur le thème de l'obésité et au Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) de prendre une délibération relative à la diversité corporelle. Vous l'aurez compris, la prise en charge de l'obésité ne peut être que globale. Nous ne proposons pas là des mesures-gadgets : nous proposons d'agir sur tous les leviers à même d'améliorer la lutte contre l'obésité dans notre société. Dans cette logique, nous demandons que la lutte contre l'obésité soit décrétée grande cause nationale ou fasse l'objet d'une loi-cadre.

**M. le président Pierre Méhaignerie :** Je souhaiterais qu'après cette brillante synthèse d'un rapport très complet établi à la suite de nombreuses auditions, nous nous attachions maintenant à dégager les souhaits que nous souhaiterions transformer en propositions concrètes. Je me propose, pour ma part, afin d'éviter que cette mission d'information, comme c'est, hélas, trop souvent le cas, ne mène à rien de concret, d'adresser par courrier au Premier ministre les propositions nous paraissant pouvoir être mises en œuvre progressivement. Certaines peuvent l'être assez rapidement, comme celles relatives à la publicité – on ne peut d'ailleurs à cet égard que s'inquiéter de certaines réactions corporatistes qui se sont fait jour – tandis que pour d'autres, comme celles impliquant l'industrie agroalimentaire, il convient d'en appeler d'abord à la responsabilité des acteurs avant, le cas échéant, d'envisager un texte dans quelques mois.

**M. Élie Aboud :** L'une des difficultés, apparue depuis la « fuite » du rapport dans les médias, est de ne pas tomber dans le piège imposé par le « médiatiquement correct » qui voudrait que l'on se focalise sur les seuls problèmes de taxation-détaxation. Il ne faut pas non plus que le lobby de l'agroalimentaire étouffe les bonnes intentions.

Si l'obésité est aujourd'hui mal prise en charge sur le plan médical, cela tient essentiellement à deux raisons. La première est qu'il n'existe pas de molécule efficace pour son traitement. La seconde tient à l'organisation même de notre système de soins. Après l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) et des groupes homogènes de séjour (GHS), un soignant à l'hôpital a aujourd'hui plus intérêt à réaliser un acte technique plutôt que de consacrer une heure à une consultation de prévention. Il faut donc mettre davantage l'accent sur la prévention et donner les moyens nécessaires aux soignants.

**Mme Bérengère Poletti :** Je souhaite que ce rapport d'information soit l'occasion de tirer la sonnette d'alarme sur ce problème essentiel de santé publique qu'est l'obésité. Il serait sans doute souhaitable de hiérarchiser nos propositions.

L'obésité, problème sanitaire, est également un problème de société étroitement lié à la vie familiale. Et c'est d'ailleurs pourquoi, même si les moyens financiers des familles ne sont pas sans incidence sur la façon dont elles se nourrissent, le problème est plus vaste : c'est très largement une question d'éducation. Ainsi les parents ne sont-ils pas assez informés des dangers de l'obésité infantile, alors même que la plupart des adultes obèses étaient déjà des enfants obèses ou en surcharge pondérale. L'information nutritionnelle apportée aux parents, notamment pendant la maternité et après la naissance, est donc déterminante. On fait aujourd'hui trop souvent plaisir aux enfants en leur donnant un paquet de chips devant la télévision ou en les emmenant chez Mac Do !

Je ne suis pas certaine en revanche que la modulation de la fiscalité en fonction de la valeur nutritionnelle des aliments aurait un effet positif. Je crois bien davantage, pour ma part, aux vertus de l'information et de l'éducation. Il faudrait mener sur les dangers nutritionnels de certains produits le même type de campagne que celle qui a été menée sur les dangers du tabac. Certaines communes ont engagé des actions en ce sens dans leurs écoles, le message remontant ensuite, de façon semble-t-il efficace, des enfants aux parents. Là me paraît être l'urgence.

**Mme Monique Boulestin :** Nous sommes convaincus comme la rapporteure de l'impérieuse nécessité de lutter dès le plus jeune âge contre la surcharge pondérale et l'obésité. Mais comment y parvenir quand on manque cruellement de médecins scolaires et qu'il n'est pas prévu d'en recruter davantage ?

**Mme Catherine Lemorton :** Nous serions d'accord, madame la rapporteure, avec vos propositions, concernant la baisse de la TVA sur certains produits. Nous avons d'ailleurs déposé des amendements en ce sens au projet de loi sur les revenus du travail, lesquels ont,

hélas, été écartés d'un revers de main par M. Laurent Wauquiez, secrétaire d'État chargé de l'emploi. Je crains donc que vos propositions ne restent un vœu pieux.

En matière de réglementation ou d'interdiction de la publicité sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés, il faut prendre garde à certains effets pervers. Ainsi, alors que les céréales sont un produit de mauvaise qualité nutritionnelle, les fabricants mentionnent habilement qu'elles fournissent tels et tels oligoéléments et vitamines, ce qui laisse à penser aux parents qu'ils doivent acheter le reste de compléments alimentaires en pharmacie, ce dont profite largement l'industrie pharmaceutique.

**Mme Dominique Orliac** : L'obésité n'est pas seulement le résultat d'une mauvaise alimentation, qui serait plus répandue dans certains milieux sociaux. C'est souvent une maladie, et il y a beaucoup à attendre des progrès de la recherche médicale sur la prédisposition génétique à la surcharge pondérale. Hélas, cet aspect n'est pas du tout traité dans le rapport.

**M. Gérard Bapt** : Je m'interroge sur la contractualisation entre les PMI et les ARS. Contractualisation signifie financement conjoint...

**Mme la rapporteure** : Pas nécessairement.

**M. Gérard Bapt** : Dans mon département, la Haute-Garonne, les effectifs de médecins scolaires ont été réduits d'un tiers, alors même que la population scolaire augmente. Comment dès lors développer la prévention ?

Pour ce qui est de la publicité, pourquoi tout simplement ne pas interdire les messages publicitaires pour les produits alimentaires pour les enfants et les adolescents aux heures de grande écoute, comme cela a déjà été fait dans d'autres pays ?

Pour ce qui est de la différence entre les moyens consacrés à la publicité par l'INPES et par l'industrie agroalimentaire, faut-il rappeler que nous avons, avec difficulté, obtenu l'instauration d'une taxe de 1,5 % – alors que nous demandions 5 % ! – sur les investissements médias des fabricants de certains produits alimentaires, mais que cette taxe ne rapporte quasiment rien à l'Institut car la plupart des publicités intègre systématiquement le message d'information sanitaire, ce qui permet de s'exonérer de la taxe ? Si bien que l'INPES en est aujourd'hui réduit à demander aux directions des services fiscaux que la taxe soit appliquée aux campagnes organisées par les producteurs locaux !

Pour ce qui est de la participation d'un diététicien à l'élaboration des menus de cantines scolaires et de restaurants d'entreprise, il me semblait qu'elle avait déjà été rendue obligatoire par circulaire.

**Mme la rapporteure** : Il ne s'agit que d'une recommandation.

**M. Marc Bernier** : Je regrette moi aussi que le rapport ait transpiré dans les médias avant de nous être présenté.

L'obésité est, chacun en convient, un problème de société et un marqueur social d'inégalité. Son développement et sa mauvaise prise en charge tiennent aussi à l'organisation de notre système de soins, en quoi le rapport d'information que je vais présenter à la suite de celui-ci lui est complémentaire. En effet, nous ne faisons pas assez de place à la prévention.

Le dépistage précoce de la surcharge pondérale et de l'obésité fait, selon moi, partie de la tâche des médecins de premier recours, lesquels doivent recevoir un mandat de santé

publique, comme je le propose dans mon rapport d'information sur l'offre de soins. L'éducation à la santé et, partant, à la nutrition, fait partie de leurs missions.

En matière de prévention, il ne faut pas imposer un schéma national, mais tenir compte des réalités territoriales. Les inégalités entre territoires en matière de dépistage – je l'ai pour ma part constaté en matière de dépistage du cancer du sein – sont criantes. Pour des raisons d'ailleurs très diverses, l'approche de la prévention varie fortement selon les régions.

**M. Georges Colombier** : Espérons, comme le président Méhaignerie, que ce rapport d'information ne demeure pas, hélas comme tant d'autres, lettre morte. J'ai, pour ma part, déposé il y a peu une proposition de loi tendant à rendre obligatoire la mention de la présence d'acides gras trans sur l'étiquetage des produits alimentaires, laquelle a été cosignée par une centaine de collègues. Mais on m'a invité à la prudence et fait valoir la nécessité de bien informer préalablement les industriels. J'ai bien entendu qu'il fallait laisser du temps à l'industrie agroalimentaire mais la santé de nos concitoyens ne devrait-elle pas primer ? L'éducation à la santé, à la nutrition en particulier, est primordiale pour obtenir de bons résultats dans la lutte contre l'obésité.

**M. Hervé Gaymard** : Avec la question de l'obésité, nous abordons un véritable sujet familial. Un principal de collège de ma circonscription m'indiquait ainsi que le questionnaire adressé en début d'année par les professeurs principaux aux collégiens révélait que la moitié des élèves de sixième disposait d'un poste de télévision dans leur chambre ! C'est dire que la télévision est devenue un mode de garde des enfants ! Cela nous renvoie au problème plus général des modes de garde, auquel il faut trouver une solution.

La pratique du sport à l'école est essentielle pour lutter contre la surcharge pondérale. Or, pour des raisons diverses, son organisation même fait que les élèves s'y rendent plutôt à reculons et n'aiment pas cette discipline. De nombreux témoignages qui m'ont été rapportés d'élèves, de parents d'élèves et même de professeurs d'EPS en attestent.

Enfin, l'absence de coopération entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale sur ces questions de nutrition est particulièrement dommageable. J'avais déjà eu l'occasion de le déplorer lorsque j'étais secrétaire d'État à la santé et j'avais essayé à l'époque, avec Jacques Barrot, de sensibiliser le ministère de l'éducation nationale sur le sujet, mais nous nous étions, hélas, fait éconduire. Peut-être ce qui était vrai en 1996 ne l'est-il plus aujourd'hui. Le sujet doit en tout cas être traité.

**M. Yves Bur** : Il faudrait éviter, autant que faire se peut, de médicaliser le traitement du surpoids. Une approche globale est nécessaire. Le rôle des parents est bien entendu primordial dans l'éducation à la santé et à la nutrition. Et l'on voit bien comment la perte de repères alimentaires et la désorganisation des modes de vie peuvent être un facteur de surpoids. Face à cette situation, le monde associatif, aux côtés des communes, peut jouer un rôle essentiel, sans que soit médicalisé à outrance un problème qui ne mérite pas de l'être, en tout cas pas encore.

Les nombreuses propositions du rapport, d'ailleurs peut-être un peu trop nombreuses pour être parfaitement lisibles, montrent que seule une stratégie globale permettra de parvenir à modifier les comportements alimentaires et l'hygiène de vie, mais aussi combien la tâche sera ardue.

Pour ce qui est de la publicité, il faudrait que celle pour les produits alimentaires soit carrément interdite durant les émissions télévisées destinées au jeune public. Nous en faisons en tout cas la proposition. Nous aurons l'occasion de voir lors de l'examen du projet de loi sur l'audiovisuel s'il existe une véritable volonté politique à ce sujet.



L'interdiction des distributeurs de produits alimentaires dans les écoles, mesure symbolique très forte que j'avais fait adopter, est toujours en vigueur, malgré les assauts répétés menés contre cette décision, notamment par le ministère de l'agriculture.

S'agissant de la taxation, dont il était évident que ce serait le sujet qui retiendrait l'attention des médias, il faut distinguer entre des produits aussi nocifs que le tabac ou l'alcool, qui induisent de surcroît une dépendance, et les produits alimentaires. Il faut se garder des excès, et ne pas stigmatiser de la même façon un soda et un alcool.

Tout l'intérêt de ce rapport est de montrer que seule la mobilisation de tous les acteurs permettra d'avancer efficacement.

**M. Christian Paul :** Si nous souhaitons véritablement combattre le fléau de l'obésité et que ces propositions ne restent pas lettre morte, il faut que notre système de soins, d'une manière générale, soit davantage orienté vers la prévention. Sur ce point, je rejoins Marc Bernier concernant le mandat de santé publique qui doit être donné aux médecins généralistes. Cela n'exige pas davantage de moyens, mais une autre organisation et un autre pilotage des dépenses d'assurance maladie. Notre système de soins doit accomplir une véritable mutation. Pour être efficace, il faudrait notamment plus de médecins et d'infirmières scolaires, de même que de médecins du travail. Or on manque cruellement de ces professionnels de santé et ils sont de surcroît très mal répartis sur le territoire.

**M. Patrice Debray :** Pour prévenir efficacement l'obésité, il faut distinguer entre l'obésité génétique, notamment d'origine endocrinienne, bien prise en charge par le corps médical et l'assurance maladie, et l'obésité résultant de la « malbouffe ». Dans la maison de santé pluridisciplinaire où j'exerce en tant que médecin, nous nous sommes attachés les services d'une diététicienne, dont les consultations, d'un montant de 20 euros, ne sont hélas pas remboursées par l'assurance maladie. Or, dans la mesure où cinq à six consultations sont en général nécessaires, le coût peut être un réel problème pour certaines familles. Il faudrait sans doute réfléchir à une prise en charge, éventuellement momentanée, par l'assurance maladie de ces consultations dans des cas bien précis et sur demande expresse du médecin. La mesure ne serait pas très coûteuse.

**M. Pierre Morange :** J'ai tout particulièrement apprécié l'approche à la fois horizontale et organisationnelle privilégiée par la rapporteure, ce qui nous permettra d'ailleurs de faire le lien avec le rapport d'information à venir sur l'offre de soins. À notre collègue qui a regretté que la question des prédispositions génétiques à l'obésité n'ait pas été abordée, je ferai simplement observer que c'est parce que le sujet est encore mal connu et que les marges de manœuvre thérapeutiques sont encore très limitées.

**M. le président Pierre Méhaignerie :** Je souhaite faire trois remarques avant que la rapporteure ne réponde.

Notre commission doit impérativement se saisir de ce problème car il n'en va pas seulement de la santé publique, mais aussi du bien-être physique et psychologique des personnes concernées. S'agissant du constat, une étude de l'INSERM révèle qu'on dénombre moins d'obèses dans ma ville que dans d'autres, bien que celle-ci compte 45 % de population d'origine ouvrière. Nous avons donc essayé de savoir pourquoi. Il semble que cela tienne à un nombre moindre de ruptures familiales, à une tradition de cuisine faite à la maison et à une pratique plus intense d'activités physiques. Les écoles où l'on compte le moins d'enfants en surpoids ou obèses sont d'ailleurs celles où une heure d'éducation physique obligatoire est organisée, chaque jour à midi, et encadrée par un éducateur sportif.

Il faut se garder des approches simplistes. Tout comme la taxation ne saurait constituer la panacée, servir des repas « bio » dans les cantines ne saurait non plus régler le problème.

Pour ce qui est du taux de TVA sur les fruits et légumes, la marche sera assurément longue. Pour autant, une disposition prévue dans la réforme de la politique agricole commune pourra être très utile puisqu'il est proposé que chaque pays puisse redéployer 12 % des droits à paiement unique (DPU) sous forme de soutien à une activité particulière, par exemple la filière des fruits et légumes. Sans attendre un abaissement du taux de TVA sur ces denrées, il y a là un levier pour agir efficacement et commencer d'infléchir certains comportements.

**Mme la rapporteure :** S'agissant de la PAC, force est de constater que l'Union européenne a beaucoup soutenu les filières du lait et des céréales, et fort peu celle des fruits et légumes. Je propose donc que l'on aide davantage cette dernière filière. Il y a tout à y gagner, en matière non seulement de lutte contre l'obésité, mais aussi d'emplois et d'aménagement du territoire. L'une des manières d'y parvenir serait sans doute d'abaisser la fiscalité sur ces denrées, mais je ne fais pas de cette proposition une idée fixe. Une mesure fiscale isolée, sans accompagnement particulier, ne serait d'ailleurs qu'un gadget : elle doit prendre place dans une politique globale. Nous ne gagnerons pas le combat contre l'épidémie d'obésité sans une plus grande cohérence et une meilleure coordination des initiatives, notamment en matière de communication où il faut, hélas, déplorer beaucoup de charlatanisme.

L'éducation thérapeutique est fondamentale. Pour la première fois, dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui sera examiné d'ici à la fin de l'année, la prévention sera mise au cœur du dispositif et de l'organisation territoriale. Nous ne pourrions qu'en obtenir de meilleurs résultats.

Pour ce qui est de la médecine scolaire, il ne s'agit pas nécessairement d'en augmenter les moyens, mais de faire en sorte qu'elle ne constitue plus un îlot sanitaire isolé. La contractualisation, que nous appelons de nos vœux, n'appelle pas nécessairement des financements supplémentaires. Elle doit servir à partager des informations et des objectifs communs. Nous avons la chance d'avoir un dispositif de santé publique – ce n'est pas le cas de tous les pays. Même si le Programme national nutrition santé – PNNS – n'a pas donné tous les résultats escomptés et si des progrès restent nécessaires, il est dommage qu'une partie du corps médical, rémunérée sur fonds publics, soit ainsi isolée des programmes sanitaires nationaux. Une meilleure coordination est nécessaire, également avec les moyens déployés par les collectivités locales et les associations – lesquelles, même si elles fournissent la plupart du temps un travail remarquable, gagneraient parfois à être mieux encadrées. Tout cela sera possible avec les ARS demain, et le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » ouvre à cet égard d'intéressantes perspectives.

Pour ce qui est de la publicité, on peut nourrir l'espoir qu'elle disparaisse totalement des émissions télévisées destinées à la jeunesse. C'est mon souhait, mais la tâche sera compliquée. Cela ne signifie pas qu'il ne faudra pas remettre l'ouvrage sur le métier. Soyons toutefois réalistes et visons d'abord à l'efficacité. Comme des industriels n'ont pas joué le jeu, notamment les fabricants de céréales qui continuent de prétendre que celles-ci, pourtant extrêmement sucrées, sont bonnes pour la santé – ils nous l'ont encore dit lorsque nous les avons auditionnés –, efforçons-nous d'intervenir sur l'étiquetage et les allégations nutritionnelles.

En bref, il importe de mieux communiquer sur tous les aliments. Il ne s'agit pas en effet de stigmatiser, voire d'interdire, certains aliments car on peut, telle est en tout cas ma conviction, manger de tout, à condition d'avoir une alimentation équilibrée. Mais soutenons le travail mené au niveau de l'Union européenne en matière d'étiquetage, ainsi que celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), qui doit remettre un rapport d'ici

à la fin de l'année, portant notamment sur les profils nutritionnels des produits transformés et non transformés.

Je suis moi aussi convaincue qu'il ne saurait y avoir de prise en charge efficace de l'obésité qu'individualisée. Cela relève du colloque singulier entre le patient et son médecin ou celui qui l'accompagne. Les pouvoirs publics, eux, ne sont là que pour mettre en place les politiques de santé publique nécessaires.

S'agissant de l'industrie agroalimentaire, elle ne doit pas être considérée comme une ennemie, mais comme une partenaire : il faut la faire participer, par la publicité ou d'autres actions. C'est en effet, après la mécanique, le deuxième employeur de main-d'œuvre dans notre pays, en quoi elle supporte une part importante du coût de l'obésité pour l'assurance maladie. Il est donc de son intérêt bien compris que ce coût diminue et que la santé au travail s'améliore. Il lui revient aussi, comme à chacun des membres du corps social, de veiller à la préservation de la santé publique. Elle travaille d'ailleurs en ce sens et il faut l'accompagner. Ne la diabolisons pas, nous avons besoin de travailler avec elle. Soutenons au contraire les industriels qui s'engagent au travers de chartes, contrairement à ceux qui, délibérément, ne jouent pas le jeu.

Il est vrai qu'on peut s'interroger sur le rôle de la télévision érigée en mode de garde des enfants, notamment des plus jeunes d'entre eux. Parler d'alimentation, c'est aussi parler d'organisation familiale. Or force est aujourd'hui de constater que, notamment dans les milieux les plus défavorisés, ce sont souvent des enfants isolés qui sont les premières victimes de l'épidémie d'obésité. D'où l'importance de l'éducation à la santé. L'action, déterminante, des collectivités locales doit aussi être soutenue, encadrée, professionnalisée.

L'un de nos collègues a exprimé le souhait que le traitement du surpoids ne soit pas d'emblée médicalisé. Mais tout dépend du souhait du malade. La médicalisation ne peut être exclue a priori.

En conclusion, je dirai que, pour lutter efficacement contre l'obésité, il est nécessaire d'agir de façon globale. Je ne crois pas, pour ma part, que notre rapport contienne trop de propositions. Je crains au contraire que nous n'en ayons oublié et qu'il n'en ait fallu davantage pour être encore plus efficace dans notre lutte contre le surpoids et l'obésité. L'important est qu'il y en ait dans toute une série de domaines, et que l'on agisse concrètement dans chacun d'entre eux. Car, au-delà des statistiques et des problèmes strictement médicaux, il y a derrière le surpoids et l'obésité une souffrance psychique et psychosociale, aujourd'hui sous-estimée, qui doit être mieux prise en charge.

**M. le président Pierre Méhaignerie** : Je vous propose, madame la rapporteure, de préparer un courrier à l'intention du Premier ministre pour voir le calendrier envisageable pour la mise en œuvre de ces différentes propositions, de façon que, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », nous puissions déjà en concrétiser certaines.

Je demande maintenant à la commission, en application de l'article 145 du Règlement, si elle autorise la publication de ce rapport d'information.

La commission a *autorisé*, en application de l'article 145 du règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

Puis la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné un rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par **M. Marc Bernier, rapporteur**.

**M. le président Pierre Méhaignerie** : Nous allons maintenant examiner le rapport de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

**M. Christian Paul, président de la mission d'information** : Notre mission a travaillé sous la pression des difficultés d'accès aux soins que rencontrent aujourd'hui les Français, car les très profondes inégalités sur le territoire menacent sérieusement leur droit à la santé. Les trente propositions de notre mission sont en quelque sorte une riposte au désert médical. À la fois urbain et rural, il se caractérise par des délais d'accès aux soins – en particulier en cas d'urgence obstétricale, pédiatrique, psychiatrique, gériatrique – qui ne permettent pas de prendre en charge efficacement les patients, et par une permanence des soins approximative. Le problème ne se résume donc pas au nombre de médecins généralistes, certes de moins en moins nombreux dans les territoires ruraux et dans le nord de la France. Le phénomène, beaucoup plus vaste, concerne l'ensemble de la médecine de premier recours, et les statistiques actuelles sont relativement impuissantes à le cerner.

Je me réjouis de la qualité du travail collectif qui a été mené ; il ne s'agit pas d'une mission de plus. Nous faisons des propositions concrètes, courageuses, qu'il aurait été impensable de soutenir collectivement il y a trois ou quatre ans. Mais le désert médical s'est installé et les Français ne supportent plus des inégalités excessives d'accès aux soins, qu'elles soient géographiques ou financières. Il y a urgence à agir. La liberté d'installation des médecins n'est plus un tabou, mais nous avons la conviction qu'il y a beaucoup à faire avant de s'y attaquer. Ainsi, dans le cadre d'un contrat global qui couvrira à la fois les conditions de formation, d'installation – la tendance est au regroupement des professionnels de santé – et de rémunération des praticiens, par le biais d'un « mandat de santé publique » et non plus d'un paiement exclusivement à l'acte, s'amorcera une mutation profonde du système de santé, condition nécessaire pour faire reculer le désert médical.

Les onze parlementaires qui ont participé à cette mission d'information ont adopté les conclusions du rapport à l'unanimité.

**M. Marc Bernier, rapporteur de la mission d'information** : Monsieur le président Pierre Méhaignerie, mes chers collègues, je salue moi aussi le climat de travail constructif et consensuel qui a régné tout au long des travaux de notre mission, dépassant les clivages politiques : l'égalité d'accès aux soins, ce n'est ni de gauche, ni de droite.

Au cours de ces travaux, entamés en avril dernier, nous avons procédé à près de cinquante auditions et tables rondes, ainsi qu'à trois déplacements dans des territoires très différents – dans la Nièvre, la Mayenne et la Seine-Saint-Denis. Ainsi, nous avons pu prendre la mesure de la gravité et de la diversité des difficultés d'accès aux soins auxquelles sont confrontés nos concitoyens.

Le rapport que je vous présente aujourd'hui dresse dans sa première partie un état des lieux de ces inégalités et de ces difficultés d'accès aux soins, puis expose dans sa seconde partie les trente propositions que je fais pour y remédier. Ce rapport arrive au bon moment, juste après les états généraux de l'organisation de la santé et juste avant l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Tout le monde est d'accord sur le constat suivant : il est de plus en plus difficile de trouver un médecin, un dentiste ou une infirmière en zone rurale ou en zone urbaine sensible, notamment la nuit et le week-end ; même en ville, les dépassements d'honoraires peuvent créer

des difficultés d'accès aux soins. La baisse des *numerus clausus* dans les années 1980 et 1990 va engendrer dans les années à venir une véritable pénurie de médecins et de dentistes. De près de 10 000 médecins et dentistes formés par an en France jusque dans les années 1980, on est passé brutalement à 3 500 médecins et 800 dentistes.

De ce constat ressortent deux points importants.

D'une part, les pouvoirs publics mesurent mal les difficultés d'accès aux soins. D'après les statistiques officielles, en moyenne, les Français seraient à quatre minutes d'un cabinet médical et il n'y aurait que cinq cantons où ce temps d'accès dépasserait vingt minutes. Notre expérience quotidienne, sur le terrain, permet d'en douter.

D'autre part, en attendant les agences régionales de santé (ARS), les pouvoirs publics manquent de leviers d'action pour maîtriser le niveau et la répartition des professionnels de santé. À partir de 2003, nous avons mis en place des incitations financières diverses pour attirer les médecins dans les zones qui en manquent, mais elles n'ont pas produit l'effet escompté.

Alors, que faire ? Dans la perspective de la discussion du projet de loi annoncé sur l'hôpital, les patients, la santé et les territoires, je fais trente propositions, que je formule sans tabou car il est urgent d'agir.

Avant tout, je crois indispensable de renforcer les outils de pilotage de l'offre de soins. Aujourd'hui, nos multiples aides à l'installation des professionnels de santé sont ciblées sur des zonages délimités de façon variable et souvent contestable – avec des frontières qui méconnaissent la réalité des bassins de vie. C'est pourquoi je propose d'instituer dans la loi des normes quantifiées d'accès aux soins (proposition n° 1) et de réviser sur cette base la situation de chaque bassin de vie, qui est l'unité géographique la plus pertinente pour cela (proposition n° 2). Ainsi, on fixera un cap clair aux futures ARS, ce qui, bien sûr, n'interdit pas de leur laisser des marges de manœuvre. Elles devront en effet mener un vrai travail de terrain pour renforcer le maillage territorial de l'offre de soins même en dehors des zones classées déficitaires, afin à la fois d'atténuer les effets de seuil, de frontière, voire d'aubaine inhérents au principe même du zonage (proposition n° 3) et d'anticiper les difficultés à venir, liées au départ à la retraite d'un nombre important de médecins : ainsi, en Mayenne, 40 % d'entre eux ont plus de 55 ans.

Ensuite, des aides publiques sont distribuées par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, qui ont chacun leurs propres dispositifs. Résultat : le système est incompréhensible pour les professionnels, et les collectivités territoriales se livrent à une surenchère coûteuse et inéquitable. Celles qui ont le plus de moyens à y consacrer, par exemple en investissant massivement dans l'immobilier médical, ne sont pas toujours celles qui ont le plus besoin de médecins. Comme on nous l'a souvent dit, on répond aux déserts médicaux par la loi de la jungle. C'est pourquoi je propose d'encadrer ces aides (proposition n° 5) et de les organiser autour d'un schéma et d'un guichet unique (proposition n° 4).

Pour corriger les inégalités financières dans l'accès aux soins, un encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé doit être envisagé (proposition n° 6).

Enfin, on voit bien sur le terrain que les incitations financières mises en place depuis déjà plusieurs années ne suffisent pas à attirer des professionnels de santé là où ils manquent. Aussi est-il désormais nécessaire de mettre des freins à leur installation dans les zones déjà suréquipées, dans le cadre d'une réponse graduée à ce problème. Il est proposé d'envisager, dans un premier temps, des mesures « désincitatives », comme une modulation de la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie (proposition n° 7). Dans un deuxième temps, si de telles mesures ne suffisent pas, des mesures plus contraignantes seraient

à prévoir, à l'image du dispositif de conventionnement sélectif que les infirmiers libéraux viennent d'accepter. Enfin, en cas de grave accentuation des difficultés actuelles, les pouvoirs publics ne devront pas s'interdire de prendre des mesures plus contraignantes encore, du type des règles géo-démographiques en vigueur pour les pharmaciens. Il en va de la sécurité de nos concitoyens. Ces mesures permettront un pilotage plus efficace de l'offre de soins.

Encore faut-il qu'il y ait assez de professionnels de santé et qu'ils exercent effectivement leur métier. Ce n'est pas toujours le cas. Près de 40 % des diplômés de médecine générale, soit près de 40 000 médecins, n'exercent pas la médecine générale de premier recours, préférant s'installer comme homéopathe, acupuncteur et autres, afin notamment de contourner la permanence des soins. Jusqu'en 2005, les généralistes pouvaient, sans être spécialistes, opter pour un exercice spécialisé, comme la gynécologie médicale ou l'allergologie. Désormais, les diplômés de médecine générale sont des spécialistes. Pour utiliser au mieux le temps de travail des professionnels de santé et redonner de l'attractivité à leur métier, il convient de structurer l'offre de soins de premier recours, c'est-à-dire l'ensemble des soins curatifs et préventifs du quotidien, dispensés notamment par le médecin généraliste, le dentiste, l'infirmier libéral et certains spécialistes, comme l'ophtalmologue ou le gynécologue.

Il me semble indispensable de revaloriser les soins de premier recours, en reconnaissant leur spécificité dans la loi (proposition n° 8) et en confiant aux professionnels qui les dispensent des « mandats de santé publique » (proposition n° 9) ouvrant droit à des rémunérations forfaitaires, plus adaptées que le paiement à l'acte pour valoriser leurs actions de santé publique et leur coordination. De façon inattendue, les futurs médecins semblent d'ailleurs moins attachés au paiement à l'acte que leurs prédécesseurs. Contrairement à ce qui se passe trop souvent, il ne faut pas exclure de cette démarche les centres de santé (proposition n° 10), qui peuvent utilement pallier le déficit de l'offre libérale dans bien des territoires.

Dans certains départements, la permanence des soins est encore organisée de façon coûteuse et peu fiable, compliquant l'accès aux soins la nuit et le week-end. Le rapport recommande donc de mutualiser, dans un cadre contractuel, les moyens qui y sont consacrés de façon cloisonnée (proposition n° 11) et de résorber en parallèle les « zones blanches des services mobiles d'urgence et de réanimation » (proposition n° 12). L'encombrement des urgences est la conséquence directe de la mauvaise organisation de la permanence des soins. L'expérience de la Mayenne, où 207 des 209 médecins généralistes participent à la permanence des soins, montre qu'il est possible de l'organiser de façon attractive pour les praticiens.

**M. le président Pierre Méhaignerie :** Pour que la permanence des soins soit effective, il est plus utile de susciter une dynamique parmi les médecins, comme dans le cas évoqué par le rapporteur, que de construire des maisons médicales de garde.

**M. le rapporteur :** Nos politiques sont focalisées sur l'installation des médecins en libéral, méconnaissant d'autres formes d'exercice plus adaptées aux motivations des jeunes praticiens, notamment des femmes. C'est pourquoi je recommande de favoriser l'« exercice », et non l'installation, en développant des statuts alternatifs : exercice mixte ville-hôpital, salarié en centre de santé ou en clinique, collaborateur libéral, exercice en cabinet secondaire, médecine ambulante, collaborateur salarié, cumul exercice-retraite, *etc* (proposition n° 13).

En outre, pour pallier la pénurie de médecins, qui est appelée à s'aggraver dans les années à venir, il faut économiser du temps médical, en approfondissant la coopération entre les professionnels de santé (proposition n° 14). Cela suppose de décharger les médecins de certaines tâches administratives, ce qui passe par une redéfinition des champs de compétences des différentes professions de santé, et par le développement des structures tels les réseaux de santé ou l'hospitalisation à domicile (proposition n° 15) et des outils informatiques (proposition n° 16) qui leur permettent de travailler ensemble. Nous proposons d'approfondir la coopération

entre les professionnels plutôt que les simples délégations de tâches qui reposent sur un lien de subordination très strict entre le médecin prescripteur et le professionnel paramédical délégataire.

Pour cela, on construit des « maisons de santé pluridisciplinaires », ce qui me paraît utile, pourvu qu'un véritable projet médical, porté et partagé par les professionnels, nous assure qu'il ne s'agit pas simplement d'opérations d'immobilier médical. C'est pourquoi il faut développer ce que nous appelons des « pôles de santé », qui réunissent tous les acteurs – médecins, infirmiers, hôpitaux locaux, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – autour d'un projet médical de territoire. Ces pôles présentent trois avantages principaux : d'abord, ils permettent de structurer un vrai maillage de l'offre de soins, sur un bassin de vie entier, avec une ou plusieurs maisons de santé situées de préférence autour des hôpitaux et des cabinets « satellites » dans les villages éloignés des chefs-lieux de cantons ; ensuite, ils favorisent la coopération entre les professionnels, notamment pour la permanence des soins ; enfin, ils peuvent attirer de nouveaux professionnels en offrant des statuts d'exercice variés, des possibilités de travail en équipe, et en accueillant des stagiaires (proposition n° 17).

Les structures hospitalières jouent un rôle important dans le maillage territorial de l'offre de soins de premier recours parce qu'elles constituent des points d'appui pour l'ensemble des professionnels : là où l'hôpital ferme, le médecin hésitera à s'installer. Il faut donc consolider le maillage du territoire en hôpitaux, quitte à déroger dans certains cas aux seuils d'activité appliqués par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (proposition n° 18) et à trouver des modalités de financement tenant compte de ces exceptions géographiques, par exemple par des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dédiées à la continuité territoriale (proposition n° 19).

Enfin, les cursus de formation des professionnels de santé ne sont pas organisés de façon à favoriser une bonne répartition des effectifs sur l'ensemble du territoire. En effet, 80 % des étudiants s'installent dans la région où ils ont été formés. Il faut en tenir compte dans l'organisation des formations qui devront être régionalisées (propositions n°s 20 et 21). Il me paraît aussi utile de proposer aux étudiants, dès le début de leurs études, des bourses assorties d'engagements d'exercice dans des zones sous-dotées (proposition n° 22).

On s'aperçoit aussi que les étudiants n'ont guère l'occasion de découvrir ces zones : il serait donc judicieux d'y rendre obligatoires des stages de découverte en début d'études et des stages actifs en fin de cursus (proposition n° 23), de préférence dans des maisons de santé pluridisciplinaires (proposition n° 24).

Par ailleurs, la médecine générale a été reconnue comme une spécialité, mais cette filière universitaire peine encore à se mettre en place. Les enseignants manquent et il faudrait en titulariser pour structurer la filière (proposition n° 26) et mieux calibrer le nombre de postes d'internat ouverts, afin d'éviter qu'il reste des postes non pourvus en médecine générale à l'issue des épreuves classantes nationales donnant accès à l'internat, comme c'est souvent le cas (proposition n° 27).

Dans le cadre de la réorganisation des études médicales sur le schéma « licence, master, doctorat » (LMD), il serait aussi utile d'aménager des passerelles entre les études de médecine, certains cursus paramédicaux et des filières scientifiques de l'université (proposition n° 28). De telles passerelles peuvent attirer des étudiants vraiment motivés par la médecine générale de premier recours, notamment par le dialogue avec le patient et les missions de santé publique, auxquels leur formation doit d'ailleurs mieux les préparer (proposition n° 29), tandis que les étudiants de la filière classique s'en détournent. Il faut favoriser la médecine de premier recours et donner aux généralistes les mêmes droits qu'aux spécialistes.

Enfin, il serait regrettable que la collectivité consente de tels efforts de revalorisation de la médecine générale si une large part des diplômés de cette filière, par lassitude, s'en détournent. C'est pourquoi je recommande d'organiser pour eux des évolutions de carrière attractives, par des formations complémentaires accessibles seulement après cinq ans d'exercice de la médecine générale de premier recours et non plus immédiatement après le diplôme (proposition n° 30).

Nos propositions sont audacieuses, pour répondre aux vives attentes qui se sont exprimées au cours de nos auditions. Elles font consensus et nous les exprimerons au cours de l'examen du projet de loi qui nous sera bientôt soumis.

**M. Georges Colombier** : Je remercie à mon tour le président et le rapporteur de la mission pour leur travail, auquel je souscris entièrement. Il vient à la suite de la mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales dont j'ai été rapporteur à la fin de la dernière législature. Il serait vraiment dommage qu'il reste lettre morte. Le président Pierre Méhaignerie a raison de vouloir discuter les propositions qui ont été faites dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale et de la prochaine loi sur l'organisation du système de santé, afin de sortir de l'ornière. Il ne faudrait pas que les ARS deviennent un « machin » de plus. Un remaillage intensif des territoires en offre de soins est indispensable pour interrompre les difficultés croissantes de certaines régions.

**M. Alain Marc** : Je souligne également la qualité du rapport. Nombre de propositions qu'il contient méritent d'être reprises dans le cadre de la loi, en particulier celle qui prévoit des dérogations aux seuils d'activité prévus pour les hôpitaux de proximité. Pour garantir à tous les patients un accès équitable aux soins, on ne peut pas appliquer les mêmes règles à tous les territoires. La tarification à l'activité (T2A) n'est pas toujours compatible avec la continuité de l'offre de soins.

La compétence des médecins des hôpitaux de proximité serait mieux assurée s'ils pouvaient exercer régulièrement dans des CHU de proximité, grâce à des conventionnements.

**M. Patrick Lebreton** : Je salue à mon tour la qualité du rapport de la mission d'information. Je suis maire d'une ville de 34 000 habitants, dans un bassin de vie de 50 000 habitants, à la Réunion. L'hôpital a fermé en 1998 et depuis, la prise en charge des urgences est mal organisée, du fait des contraintes qui pèsent sur l'offre de soins de ville.

Quelques pages du rapport sont consacrées aux outre-mers, qui sont multiples. Ce travail gagnerait à être complété par une mission spécifique. Les chiffres fournis pour la métropole n'ont guère de sens là-bas.

**Mme Bérengère Poletti** : Je félicite moi aussi nos collègues pour leur rapport et j'ai tenu à être présente à sa présentation, compte tenu de l'importance de l'enjeu pour la santé publique.

Nous sommes en train de payer très cher la politique, portée par tous, visant à réduire les dépenses de santé en diminuant l'offre de soins. Nous nous sommes tous trompés. En plus, certains médecins ont été incités à anticiper leur départ à la retraite et la conception du métier de médecin a changé, sans doute sous l'effet de la féminisation de la profession. De même, comme dans les couples l'homme et la femme travaillent, il leur faut trouver deux emplois là où il en fallait un seul auparavant, ce qui est plus facile dans les centres urbains que dans les zones rurales qui manquent de médecins.

Il faut en effet adapter les *numerus clausus* aux besoins des régions. La sacro-sainte liberté d'installation va être remise en question, mais il aurait bien mieux valu le faire plus tôt,



car il est difficile de changer les règles du jeu en cours de route alors que les études de médecine sont longues. La télémédecine ouvre une piste intéressante, à condition qu'il y ait une structure hospitalière à proximité, tout comme les maisons médicales car, en effet, les médecins isolés ne trouvent personne pour les remplacer, que ce soit pour leurs vacances ou au moment de leur retraite. Dans les zones sous-dotées en offre de soins, la charge de travail des généralistes est dissuasive, d'autant qu'ils sont privés de l'appui que pourraient leur procurer des spécialistes alentour. Les propositions du rapport vont dans le bon sens et elles devraient être reprises dans le texte « hôpital, patients, santé, territoires » que nous allons examiner, quitte à l'amender.

Le découpage des territoires de santé par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) est incompréhensible. Apparemment, les élus n'ont pas été consultés.

**Mme Dominique Orliac :** Bravo au président et au rapporteur de la mission d'information pour leur travail, qui est très instructif.

Dans le Lot, la présence de l'hôpital à Gourdon est indispensable au maintien des médecins alentour. Il faut à tout prix revaloriser la médecine générale, qui ne doit pas être choisie par défaut ; c'est un métier noble et passionnant, il faut éviter que les étudiants ne la fuient, notamment en repassant l'internat pour avoir un meilleur classement. Pour cela, il faut commencer par titulariser des enseignants de médecine générale.

Je m'étonne que dans le Lot la carte des zones déficitaires soit immuable alors que, sur le terrain, les choses évoluent très vite. Apparemment, les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ne sont pas assez réactives. Le nombre de secteurs de garde a été réduit, ce qui permet aux médecins d'être moins souvent de garde. Mais est-ce conforme à l'intérêt des patients qui doivent faire quarante minutes de voiture pour aller chez un médecin de garde, dont les permanences ne sont pas couplées avec celles des pharmaciens, d'où un autre trajet qui peut être long lui aussi ? Avec les maisons pluridisciplinaires, ce sont les patients qui devront se déplacer. Il faudra adapter les financements de la permanence des soins en conséquence. L'organisation des secteurs de garde selon le seul critère du nombre de médecins par habitant a conduit à augmenter le nombre de secteurs en milieu urbain, alors que le besoin n'existait pas, et à le réduire considérablement en milieu rural, ce qui n'est pas forcément positif. Les gardes continueront-elles à se faire sur la base du volontariat ?

La liberté d'installation est la règle, et elle ne doit pas changer en cours de route. Les étudiants doivent savoir à quoi s'attendre.

La télémédecine existe dans le Lot, et elle rend des services, mais elle mériterait d'être davantage institutionnalisée et organisée. Une étude du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées a montré que beaucoup de généralistes n'exerçaient pas la médecine générale et qu'ils étaient nombreux à temps partiel. C'est un problème sérieux.

**Mme Claude Greff :** Dans le rapport remarquablement constructif de Marc Bernier, plusieurs points méritent attention, en particulier la volonté de s'orienter vers la prise en charge globale du patient, au lieu de la distribution de soins. Notre système de santé ferait alors un grand pas. Il faut inciter les étudiants à faire des stages auprès des médecins ruraux qui ont une pratique beaucoup plus complète qu'en ville. Octroyer des bourses d'études pourrait favoriser l'installation de jeunes médecins en milieu rural.

La coopération entre professionnels de santé est bien préférable à la délégation de tâches car il s'agit de trouver un équilibre pour un meilleur suivi du patient. Les professions paramédicales ont un vrai travail de prévention et de traitement des maladies chroniques à mener et ces personnels en sont parfaitement capables. Ils pourraient aussi parfaitement renouveler les ordonnances de pilule.

S'agissant de la formation des infirmiers, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aurait tendance à minimiser leur rôle et envisagerait une diminution de la durée de leur formation pour parvenir à une harmonisation européenne. Leur formation risquerait, et ce serait tout à fait regrettable, de ne pas correspondre au schéma LMD.

**Mme Marie-Odile Bouillé :** La mission à laquelle j'ai eu la chance de participer s'est révélée tout à fait passionnante pour la professionnelle de santé en milieu urbain que je suis. Les propositions, extrêmement concrètes, méritent pleinement de figurer dans la prochaine loi sur la santé. Il serait vraiment dommage qu'elles n'aboutissent pas, d'autant que plusieurs d'entre elles feront consensus.

Les ARS auront demain un rôle majeur, car elles seront compétentes pour la médecine de ville. Ainsi, les territoires de santé pourront être organisés de façon plus rigoureuse et plus pertinente. Contre les déserts médicaux, c'est la loi de la jungle car, en mettant en place des dispositifs tels que des bourses ou des maisons médicales, les régions qui en ont les moyens aggravent encore le déséquilibre entre les territoires. C'est donc à la loi et à l'État qu'il revient d'organiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

La féminisation de la profession médicale n'est pas en cause. Le problème est que les jeunes générations n'ont pas envie de travailler comme les généralistes d'hier, plus de quinze heures par jour.

La liberté d'installation, qui relevait du dogme, ne permet plus au système de fonctionner. Les jeunes y sont moins attachés que leurs aînés, à condition que les règles ne changent pas au milieu de leurs études. Les choses doivent bouger et j'espère que la future loi reprendra un grand nombre des propositions faites dans le rapport.

**M. Pierre Morange :** La commission des affaires sociales loue unanimement l'excellent rapport de M. Marc Bernier et du président Christian Paul. Il a l'avantage de tomber à pic. Pour une fois que le travail de fond a été effectué – je vous renvoie aussi aux rapports de M. Yves Bur, Mme Valérie Boyer, M. Gérard Larcher –, il va être possible de revisiter le dispositif sanitaire de façon crédible et approfondie dans le sens que nous jugerons souhaitable, au besoin en déposant des amendements.

**M. Philippe Boënnec :** Je ne voudrais pas risquer de me singulariser en ne m'associant pas aux louanges générales ! Et je le fais d'autant plus sincèrement que j'ai été accueilli à bras ouverts au sein de la mission d'information pour travailler pour le compte de la délégation à l'aménagement du territoire sur la permanence des soins.

Le déficit d'offre de soins de premier recours touche non seulement le milieu rural, mais aussi les banlieues. Il faut le reconnaître, le métier de médecin généraliste est peu attractif et il est plutôt anxiogène de se retrouver seul, sans grands moyens, devant un patient.

La France forme chaque année 7 000 médecins – en pourcentage, c'est un des taux les plus élevés d'Europe – et 70 % d'entre eux sont des femmes. On doit en tenir compte. Je vous mets en garde tout de même contre l'usage de la contrainte s'agissant d'un métier déjà peu attractif. Si vous réquisitionnez le week-end quelqu'un qui travaille déjà de 60 à 70 heures par semaine, il ne tardera pas à changer de métier.

En revanche, il me semble tout à fait intéressant de vouloir rapprocher le milieu hospitalier et la médecine ambulatoire, et chacun doit faire du chemin. Il est vrai que les jeunes générations ne sont plus aussi attachées que les précédentes au paiement à l'acte. Alors, pourquoi ne pas réfléchir à des forfaits pour rémunérer la prévention et le dépistage ? De même, un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires devrait permettre de régler le

problème de la permanence des soins ambulatoires et de l'aide médicale urgente hospitalière. Il faudrait aussi autoriser la fongibilité des enveloppes pour récupérer d'un côté ce qu'on perd de l'autre.

S'agissant de la permanence des soins, une contractualisation au forfait pourrait être organisée avec les acteurs concernés. Après tout, il n'y a pas que les médecins de premier recours qui pourraient y prendre part. D'autres, comme les praticiens hospitaliers, ou même des médecins du travail ayant suivi une formation adaptée, pourraient être intéressés. Ensuite, ne faudrait-il pas distinguer la tranche horaire avant minuit de celle après minuit ? Pourquoi laisser des médecins de garde alors que l'on dénombre un acte pour 100 000 habitants après minuit ? Même si c'est impossible aujourd'hui, il suffirait de laisser une voiture à un interne d'un service d'urgence pour qu'il aille accomplir l'acte médico-administratif nécessaire. Il y a des solutions simples.

La France est le seul pays où le médecin soit à ce point le pivot du système. Sa présence n'est pourtant pas toujours nécessaire. Il faut vraiment travailler à la délégation de tâches et à la coopération avec les autres professionnels.

Nous devrions aussi éduquer les patients, qui ont plutôt une attitude de consommateur. Il faut aussi et mettre en place un observatoire de la santé, partagé par tous les acteurs.

La proposition – discutée mais adoptée à l'unanimité – de faire des soins de premier recours un passage obligé pendant cinq ans pour tous les jeunes médecins me semble une bonne idée. Cela permettrait de créer des vocations.

**Mme Monique Iborra** : Je voudrais surtout insister sur l'audace des propositions qui sont faites. Il aurait été impensable de les écrire il y a encore peu de temps. Pourront-elles être inscrites dans la loi et appliquées concrètement sur le terrain ?

Je me demande si ce qui est prévu s'agissant de la prévention, du maintien des hôpitaux de proximité et de la formation continue des médecins libéraux est compatible avec la maîtrise des coûts de la santé. Avez-vous procédé ne serait-ce qu'à une estimation ? La prévention coûte de l'argent, surtout si elle est prise en charge par les médecins libéraux.

**M. le président Pierre Méhaignerie** : Il serait bon de hiérarchiser les sept ou huit mesures d'ordre législatif, pour les transmettre à qui de droit. Par ailleurs, la prise en charge des maisons pluridisciplinaires par les collectivités territoriales atteint parfois 70 %, ce qui n'est pas sain dans la mesure où nous avons affaire à des professions libérales. Elles doivent payer une partie de leur loyer. Il faudrait donc des directives pour éviter les surenchères.

Enfin, tout le monde se retrouve sur l'adage : « On n'opère bien que ce qu'on opère souvent, et à plusieurs. » Comment le concilier avec le maintien des hôpitaux périphériques ? L'un de vous a suggéré d'affecter dans ces établissements la T2A d'un coefficient spécifique parce qu'on y procède moins souvent à des opérations. Faut-il obliger les CHU à travailler avec les établissements périphériques ? Et *quid* de la qualité des soins ? Comment assurer à la fois sécurité et proximité ?

Nous avons du pain sur la planche !

**M. le rapporteur** : Monsieur Colombier, les ARS, grâce aux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ambulatoires, devraient mieux organiser les soins, d'autant que les élus seront associés à la réflexion. On pourra parler de maillage territorial, du rôle pivot des hôpitaux, des maisons de santé pluridisciplinaires, de l'âge des médecins, et ainsi de suite.

Monsieur Lebreton, la mission d'information n'avait ni le temps ni les moyens d'étudier le cas de l'outre-mer, même s'il le mérite.

L'exception géographique nous concerne tous, plus ou moins. Pour assurer l'égalité des soins, les conventions entre les CHU et les hôpitaux de proximité sont un bon instrument.

**M. Alain Marc :** À Saint-Affrique dans l'Aveyron, on dénombre 250 accouchements par an. Pour maintenir la maternité, il faut forcément un service de chirurgie viscérale qui assure les soins ambulatoires. Les chirurgiens vont une ou deux fois par semaine à Montpellier, où ils opèrent toute la journée, pour garder leur compétence, ce qui offre un recours à la maternité. Millau étant parfois à plus d'une heure de route, certains territoires seraient en déshérence complète si l'on supprimait l'hôpital de Saint-Affrique, qui ne peut absolument pas fonctionner avec la T2A.

**M. le rapporteur :** La Mayenne revient de loin. Elle a connu des grèves de médecins dures. Puis, grâce à l'organisation mise en place pour la permanence des soins, elle a fait école. Cela étant, chaque bassin de vie a ses particularités. Le *numerus clausus* régional serait logique et cela fait longtemps qu'on en parle. Quant à la liberté d'installation, il est question non pas de coercition, mais de « désincitation », ce qui signifie qu'il faudrait, si des mesures « désincitatives » ne suffisent pas à freiner les installations de professionnels en zone sur-dotée, passer à des choses plus sérieuses. Il n'est pas question d'imposer quoi que ce soit aux internes, mais les étudiants qui n'en sont pas encore là pourront se voir appliquer ces mesures. En contrepartie, ils recevront des offres de formation. C'est du donnant-donnant. La télémedecine, c'est l'avenir de l'aménagement du territoire. Les zonages devront être revus pour tenir compte des réalités de terrain, afin d'éviter les effets de seuil tant au sein des départements qu'entre eux.

C'est vrai, Madame Orliac, il faut revaloriser la médecine générale. En 2006, 330 postes sont restés vacants et 461 en 2007, ce qui prouve bien que le métier n'est guère attractif. Le problème récurrent vient de ce que la médecine générale est devenue une spécialité, sans en avoir les avantages. S'agissant de la permanence des soins, le volontariat ne marchant pas, il faudra bien en venir à une forme d'obligation, quitte à accorder des contreparties. Paradoxalement, on n'a jamais eu autant de médecins en France et on ne cesse de parler de désert médical ! Cela va bien finir par arriver pour de bon avec les départs massifs à la retraite, y compris de certains qui ont moins de soixante ans. La féminisation n'est pas en cause, mais on observe que 10 % des diplômés de médecine générale n'exercent jamais la médecine. Ne pourrait-on pas faire quelque chose ? Il y a aussi les femmes qui arrêtent leur activité pendant une dizaine d'années et qui veulent la reprendre ensuite. Il faut les aider à mettre leur formation à jour.

Madame Greff, nous sommes d'accord sur l'importance de la prise en charge globale du patient et des stages obligatoires, au début et à la fin des études, chez les médecins ruraux. On apprend beaucoup plus auprès d'un médecin âgé, et cela l'aide à trouver un successeur – le problème est là.

Je préfère parler de coopération entre professionnels de santé, plutôt que de délégation de tâches.

Il faudra prendre contact avec la direction de l'hospitalisation et des soins à propos de la réforme LMD.

Madame Bouillé, la féminisation n'explique rien, mais c'est un constat. Les femmes réussissent mieux aux concours et, même si elles ne représentent pas encore 70 % des médecins en exercice, cela va changer très vite puisque 75 % des diplômés sont des femmes. C'est pour

cette raison qu'il faut favoriser l'exercice, et non l'installation, faciliter l'exercice à temps partiel.

J'ai été très sensible aux compliments de Pierre Morange, qui connaît admirablement le sujet. Christian Paul et moi-même nous félicitons du consensus qui entoure ce rapport. Ce n'est pas si fréquent. Nous nous réjouissons de pouvoir présenter des amendements en commun au nom de la commission des affaires sociales. Cela aurait de l'allure !

Il est difficile, j'en conviens, d'imposer la permanence des soins à des généralistes qui exercent un métier dévalorisé. Il faut agir en amont pour le rendre plus attractif, en leur donnant des mandats de santé publique. Les médecins généralistes ne veulent pas se contenter de rédiger des ordonnances toute la journée. Les contrats hospitalo-ambulatoires sont une proposition importante, tout comme la « forfaitisation », d'une part de leur rémunération au titre de leurs missions de santé publique.

Quant à la maîtrise des coûts, nous n'avons pas fait d'estimation de l'incidence financière de nos recommandations, mais la coopération entre les professions de santé devrait se traduire par un transfert vers des actes moins cotés. La prévention coûte cher, c'est vrai, mais pas l'éducation. Avec les mandats de santé publique, définis en fonction des objectifs, nous devrions obtenir des résultats, comme avec les vétérinaires qui, en cas d'épizootie, sont payés par l'État pour faire de la prophylaxie.

**Mme Monique Iborra** : Ils sont bien payés par l'État !

**M. Pierre Morange** : Il existe de vrais gisements d'économies dans la coordination, la rationalisation et le décloisonnement entre le secteur de la santé et le médico-social. Les économies générées serviront à libérer les lignes budgétaires et les moyens humains dont nous aurons besoin. Il s'agit seulement d'utiliser au mieux l'argent des Français pour ce qui leur tient le plus à cœur, c'est-à-dire leur santé.

**M. le rapporteur** : Pour répondre au président de la commission, je considère que la priorité va au mandat de santé publique. Viennent ensuite l'éducation à la santé, la prévention et l'information qui vont de pair. Il faut aussi revaloriser le métier de généraliste pour le rendre attractif. Autre élément important : la « désincitation », puisque les mesures incitatives n'ont pas donné de résultat. Elle va mettre un frein à la libre installation des médecins.

Je terminerai en soulignant l'intérêt de l'exercice groupé dans des pôles de santé, avec un projet médical en amont, de façon à assurer la permanence des soins et à éviter l'encombrement des urgences. On ne peut pas admettre que les généralistes formés ne participent pas aux gardes.

**M. le président de la mission d'information** : Pour illustrer l'ampleur et la gravité du sujet, je vous donnerai un seul chiffre : au cours des dix-huit derniers mois, 600 médecins roumains se sont installés en France. Quel pillage des ressources humaines d'un pays voisin ! Et un tiers des pédiatres qui viennent de s'inscrire à l'Ordre sont d'origine roumaine. Des cabinets de chasseurs de tête vont démarcher les médecins. Et les Roumains ne sont pas les seuls concernés. La situation est devenue intenable.

Pour opérer la migration du système de soins du curatif au préventif, ce qui prendra du temps, les politiques ont le choix entre les solutions de court terme, qui s'apparentent à du bricolage, et des mesures dont le résultat ne sera pas immédiat, mais qui est à notre portée. J'ai en tête l'audition de Philippe Séguin il y a quelques semaines, où régnait un climat d'impuissance collective face au déficit de l'assurance maladie. Si l'on continue à privilégier le court terme, on n'arrivera pas à faire disparaître ce déficit. Il y a un investissement à faire dans

tous les domaines de la prévention, qui reste le parent pauvre du système de santé. C'est le prix à payer pour réduire les déficits.

Patrick Lebreton a eu raison de saisir la perche que constituait le rapport. Pour avoir arpenté la Réunion, la Guyane et Mayotte, je peux témoigner que le désert médical existait outre-mer bien avant de toucher l'hexagone. L'Assemblée hésite parfois à organiser des missions sur place, mais une bonne partie de l'information peut être collectée par nos collègues de ces collectivités. Là-bas, certains territoires sont frappés de relégation en matière de santé, et une mission d'information se justifierait.

**M. Georges Colombier** : Pour m'être rendu à Mayotte et à la Réunion à l'occasion de l'épidémie de chikungunya, je confirme ce qui vient d'être dit. L'outre-mer, c'est aussi la France.

**M. le président de la mission d'information** : Par ailleurs, on part d'un très mauvais pied en menant une restructuration brutale, et même anarchique, des hôpitaux de proximité. Sans négociation parallèle, le risque est grand de déstabiliser gravement les territoires de santé. La fermeture d'un service d'urgence ou d'un bloc chirurgical, en détruisant l'attractivité d'un hôpital, déclenche une onde de choc : la radiologie est menacée très vite et la médecine de premier recours aussi. Le rapport a évité toute surenchère et prôné un maillage offensif du territoire en se fondant sur des normes législatives fixant des délais d'accès maximum. Tous les actes chirurgicaux ne sont pas en cause, mais, en ce qui concerne les urgences et la maternité, la proximité est une condition nécessaire, sinon suffisante, de la sécurité.

Puisque nous sommes tous obsédés par la question des moyens, j'ajoute que le nombre des hôpitaux concernés en France ne dépasse pas quelques dizaines. Ils mériteraient que nous fassions un travail sur mesure. Des dotations de continuité territoriale permettraient de passer des conventions avec les centres hospitaliers voisins – c'est le moins que l'on puisse attendre de la solidarité départementale – et de corriger les effets de la T2A, qui ne tient absolument pas compte des données géographiques.

Avant de revenir sur la liberté d'installation, nous considérons qu'il y a beaucoup de mesures à prendre pour rendre plus attractifs non seulement la médecine générale, mais aussi des territoires abandonnés des médecins. Une de nos anciennes collègues, membre du Rassemblement pour la République (RPR) à l'époque, nous a indiqué avoir mis un an à obtenir une consultation en ophtalmologie dans la Nièvre ! La médecine de premier recours doit être rendue plus attractive. Si la liberté d'installation n'est plus taboue, il faut commencer par freiner l'installation dans les zones excédentaires. Commencer par là rendrait service au pays.

**M. le rapporteur** : Je remercie le président Pierre Méhaignerie de nous avoir confié cette mission. Le président Christian Paul et moi-même avons apporté la preuve que, même si nous n'étions pas d'accord sur tout, nous pouvions coopérer pour faire des propositions constructives.

**M. Pierre Morange** : Ayant souligné combien la méthode et la chronologie étaient excellentes, je me demande si le même souci de mener un travail de fond pourrait inspirer nos travaux à venir.

**M. le président Pierre Méhaignerie** : Nous allons examiner un rapport sur la formation professionnelle et, d'ici à l'examen du PLFSS pour 2010, je voudrais que nous réfléchissions à la performance sociale. La France étant devenue le premier État providence par le montant qu'elle y consacre, il nous faut rechercher l'efficacité.

La commission a *autorisé*, en application de l'article 145 du règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.