



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

médecins

Question écrite n° 101901

Texte de la question

Mme Marie-Line Reynaud attire l'attention de Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sur l'apparition de déserts médicaux en Charente. En effet, il y a des territoires entiers sans médecins, l'attente est de plus en plus longue pour la consultation de spécialistes et des hôpitaux de proximité sont privés de services vitaux ou de maternité. La région Poitou-Charentes est sous représentée en médecins, infirmières et spécialistes. Dans le Cognaçais, la moyenne d'âge du corps médical est de 54 ans et demi et la succession de nombreux professionnels de santé n'est pas assurée. Les incitations financières instaurées par la loi HPST de 2009 ne suffisent pas et une refonte de notre système de santé est nécessaire, en réformant la formation des professionnels de la santé et en modernisant en profondeur leurs missions, leurs rémunérations et leurs conditions d'exercice. La liberté d'installation absolue ne peut plus être érigée en dogme car elle ne permet pas de lutter contre la menace des déserts médicaux. S'il ne saurait être question de pratiquer une coercition brutale, il paraît nécessaire de réguler les installations pour mieux prendre en compte l'intérêt général. Les collectivités locales ne peuvent pas à elles seules apporter une réponse satisfaisante contre l'apparition des déserts médicaux. En conséquence, elle lui demande donc de lui indiquer quelles mesures concrètes et précises le Gouvernement entend mettre en oeuvre pour résoudre le problème de l'installation des professionnels de santé, et en particulier des médecins, sur l'ensemble du territoire et en particulier dans les zones rurales.

Texte de la réponse

L'apparition de zones déficitaires constitue un défi pour notre système de santé. La préoccupation du Gouvernement de garantir à tous l'accès aux soins, aussi bien géographique que financier, s'est traduite, notamment, par la mise en place de plusieurs mesures visant à assurer une meilleure répartition de l'offre de soins ambulatoires sur l'ensemble du territoire. Les dispositifs tels que la répartition quinquennale des postes d'internes par spécialité et par région, les quotas paramédicaux ou encore le rééquilibrage des *numerus clausus* permettent une régulation territoriale des flux de formation médicale des professionnels de santé. À eux seuls, ces dispositifs ne permettent pas d'obtenir une répartition équilibrée des professionnels de santé du fait, notamment, de la liberté d'installation. Toutefois, conjugués à des mesures incitatives, ils contribuent à un pilotage renforcé de la démographie des professionnels de santé. Ainsi, l'article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a instauré un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement. En contrepartie d'une allocation mensuelle versée jusqu'à la fin de leurs études, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale à celle correspondant au versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans. À ce jour, 200 étudiants et internes ont été sélectionnés pour bénéficier de ce contrat. Par ailleurs, un certain nombre de mesures incitatives, pour encourager l'installation des médecins dans les zones déficitaires en offre de soins, ont été instaurées. Dans les zones rurales et les zones franches urbaines

(ZFU), le contrat de bonne pratique ouvre droit pour le médecin à une indemnité de remplacement de 300 euros par jour dans la limite de 10 jours maximum par an dans les zones rurales et de 18 jours maximum dans les ZFU, à laquelle s'ajoute le versement d'une indemnité de 240 euros par vacation d'une demi-journée de prévention, d'éducation à la santé et de coordination médico-sociale. Les maisons de santé représentent également une des réponses les plus intéressantes au maintien d'une offre de soins ambulatoires sur les territoires en cause. C'est pourquoi, dès 2008, une aide financière a été accordée par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour la création de 100 maisons de santé pluriprofessionnelles par an à hauteur de 50 000 euros maximum par projet ou 100 000 euros dans les 215 quartiers de la « dynamique espoir banlieues ». Cette mesure a été reconduite en 2010. Pour renforcer ce dispositif, et conformément à l'engagement pris par le Président de la République, le 9 février 2010 lors de la clôture des assises des territoires ruraux, le comité interministériel pour l'aménagement et le développement du territoire (CIADT) du 10 mai 2010 a décidé de lancer un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluri-professionnelles sur la période 2010-2013. Dans ce cadre, des financements d'État, complémentaires de ceux accordés par le FIQCS, pourront être octroyés aux maisons de santé pluridisciplinaires retenues par un comité de sélection sous la responsabilité conjointe de l'agence régionale de santé et du préfet et, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels de santé. Il s'agit essentiellement de la dotation globale d'équipement, de la dotation de développement rural et du Fonds national d'aménagement et de développement du territoire. De plus, les médecins exerçant dans ces territoires perçoivent des honoraires de 20 % supérieurs à ceux de leurs collègues. Cette disposition favorable a été reconduite par le règlement arbitral, qui régit les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. La loi du 21 juillet 2009 propose d'autres mesures destinées à améliorer l'accessibilité des soins : la création du volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins (SROS), volet indicatif non opposable, destiné à structurer l'offre de soins en niveaux de recours dont un niveau de premier recours en proximité, autour du médecin généraliste de premier recours ; l'assouplissement des modalités d'exercice médical : cabinet secondaire, concours d'un médecin collaborateur libéral ou d'un étudiant en médecine, généralisation des coopérations entre professionnels de santé, sur la base du volontariat ; le développement professionnel continu (DPC) contribue à rompre l'isolement par le développement d'échanges entre professionnels ; l'assouplissement des règles de gestion, d'organisation et de financement de la permanence des soins ambulatoires, en fonction des spécificités locales ; le déploiement de la télémédecine, qui contribue à lutter contre l'isolement des professionnels et à améliorer l'accès aux soins en proximité. Une proposition de loi, déposée par M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur des Hauts-de-Seine, et adoptée en première lecture au Sénat le 11 mars 2011, prévoit notamment la création d'une nouvelle structure, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, destinée à faciliter l'exercice groupé et pluridisciplinaire des professions de santé ainsi qu'une nouvelle définition des maisons de santé. Cette proposition de loi est actuellement en discussion auprès de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Données clés

Auteur : [Mme Marie-Line Reynaud](#)

Circonscription : Charente (2^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 101901

Rubrique : Professions de santé

Ministère interrogé : Santé

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 8 mars 2011, page 2187

Réponse publiée le : 17 mai 2011, page 5223