

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain

- Audition, ouverte à la presse, de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Mme Cécile Courrèges, directrice générale, Dr Michel Varroud-Vial, conseiller soins primaires et professionnels libéraux, M. Thomas Deroche, adjoint à la sous-direction de la performance en offre de soins, M. François Lemoine, conseiller médical recherche et enseignement supérieur, et Mme Eve Robert, membre de l'inspection générale des affaires sociales 2
- Présence en réunions 28

Jeudi
21 juin 2018
Séance de 8 heures 30

Compte rendu n° 26

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence de
M. Alexandre Freschi,
Président,**



Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain

Jeudi 21 juin 2018

La séance est ouverte à huit heures trente.

(Présidence de M. Alexandre Freschi, président de la commission d'enquête)

La commission d'enquête procède à l'audition de Mme Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), du Dr Michel Varroud-Vial, conseiller soins primaires et professionnels libéraux, de M. Thomas Deroche, adjoint à la sous-direction de la performance en offre de soins, de M. François Lemoine, conseiller médical recherche et enseignement supérieur, et de Mme Eve Robert, membre de l'inspection générale des affaires sociales.

M. le président Alexandre Freschi. Mes chers collègues, nous débutons aujourd'hui nos travaux par une audition de la direction générale de l'offre de soins.

Mesdames, messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Je vous informe que nous avons décidé de rendre publiques nos auditions, et que par conséquent, celles-ci sont ouvertes à la presse et rediffusées en direct sur le canal de télévision interne, puis consultables en vidéo sur le site internet de l'Assemblée nationale.

Je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite à lever la main droite et à dire « Je le jure ».

Mme Cécile Courrèges, M. Michel Varroud-Vial, M. Thomas Deroche, M. François Lemoine et Mme Eve Robert prêtent successivement serment.

Mme Cécile Courrèges, directrice générale de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Le sujet de la démographie médicale, qui concerne directement l'ensemble des citoyens, est complexe et le restera au moins dans les cinq ou dix prochaines années. En raison de la durée des études médicales et de l'existence d'un *numerus clausus*, on a en effet une vision assez claire du nombre de professionnels qui exerceront dans cette période. Par ailleurs, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a fait une projection démographique à 2040, et je pense que son directeur, que vous avez auditionné, vous en a fait part.

La situation, qui recouvre des réalités différentes selon les territoires, les concerne quasiment tous, ce qui a conduit les différents gouvernements à intervenir : le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé ont ainsi annoncé un plan d'accès aux soins le 13 octobre dernier.

Dès le départ, on a pris le parti de dire très clairement, ce qui n'est pas toujours facile à porter politiquement – mais le Premier ministre a choisi un discours de vérité – qu'il n'y avait pas de mesure unique, pas de mesure miracle qui permettrait de résoudre une telle situation partout. Nous devons donc mobiliser un ensemble de dispositions qui seront déclinées de façon différente. Car on a pris également le parti de dire que le travail ne pouvait

se faire que dans les territoires, ce qui a amené à un repositionnement clair de l'action ministérielle : le ministère n'a pas à jouer un rôle de prescripteur, comme il a pu l'être très souvent – et sans doute trop longtemps – mais plutôt de facilitateur et d'accompagnateur, non seulement dans le cadre de l'impulsion donnée, mais aussi et surtout de tous les dispositifs qu'il peut promouvoir au niveau national, soit pour donner de nouveaux leviers aux acteurs, soit pour lever les freins qui existent.

Nous nous sommes donc installés dans cette dynamique, nourrie par les délégués de l'accès aux soins qui ont été désignés dans le cadre de ce plan : le député Thomas Mesnier, la sénatrice Élisabeth Doineau, et le docteur Sophie Augros. Dans les derniers mois, ceux-ci ont multiplié les déplacements sur le terrain, précisément pour aller constater concrètement les besoins et les difficultés des acteurs concernés. Leur rapport, qui nous sera remis au mois de septembre, devrait donner lieu à une nouvelle version d'un plan qui n'est pas conçu comme rigide, établi une fois pour toutes pour les cinq prochaines années, mais évolutif, alimenté au fur et à mesure des itérations qu'on souhaite promouvoir entre les territoires et le niveau national.

Pour autant, tout ceci ne peut reposer que sur l'engagement de l'ensemble des parties prenantes, parce que l'État, et même le ministère de la santé, ne peut pas faire tout et tout seul sur un tel sujet.

J'en veux pour preuve l'intéressante étude du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), qui a démontré que, contrairement aux idées reçues, les éléments de rémunération sont loin d'être les seuls à prendre en compte dans les motifs d'installation des jeunes professionnels de santé. Ce qui motive l'installation, c'est aussi le cadre d'exercice et d'organisation. Les jeunes professionnels n'ont plus envie de s'installer seuls, dans un cadre isolé ; ils veulent travailler avec leurs pairs et avec d'autres professionnels de santé, et pouvoir concilier vie personnelle et professionnelle ; ils veulent que leur conjoint puisse exercer sa profession ; ils veulent une école pour leurs enfants, une vie sociale, culturelle, et tout ce qui va avec. On voit bien que la satisfaction de leurs attentes ne relève plus seulement du ministère de la santé, mais de bien d'autres logiques, de l'aménagement du territoire, mais surtout de l'action des collectivités territoriales.

Ainsi, le succès de notre démarche repose sur une triple alliance entre les pouvoirs publics dans toutes leurs composantes – principalement l'État et l'assurance maladie ; les professionnels de santé car tout projet doit passer par eux si on ne veut pas revivre les expériences que l'on a pu connaître sur certains territoires, par exemple, avec des maisons de santé vides ; et les collectivités territoriales, chacun intervenant dans le cadre de ses compétences et de ses responsabilités.

J'y reviens, la ressource médicale est connue pour les années qui viennent. Donc, si on ne travaille que sur la ressource et l'installation, on ne pourra pas répondre à l'ensemble des besoins de santé des territoires. Il faut sortir de cette logique dominante des plans précédents, pour élargir le sujet à l'ensemble des professions de santé.

On peut ainsi travailler sur la présence soignante, et faire monter en compétences et en responsabilité les autres professions de santé dans le cadre des équipes de soins qui se mettent déjà en place et qu'on doit promouvoir. C'est notamment la philosophie de la création des infirmières de pratique avancée (IPA). Un texte paraîtra dans les toutes prochaines semaines – j'étais mardi à la section sociale du Conseil d'État – et les premières formations d'IPA ouvriront en septembre.

On peut aussi travailler à la « projection » de ressources médicales sur une journée, par vacations : consultations avancées, plutôt avec des personnels de statut hospitalier ; partage d'exercice – cabinets mixtes, cabinets secondaires ; et plus largement, tout ce qui permet un exercice multi-sites et des exercices mixtes.

Dernier point : puisque l'on est dans un monde qui bouge, on peut utiliser les ressources du numérique.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Vous l'avez dit, les prochaines années vont être terribles : dans la mesure où la ressource médicale n'est pas extensible, on va donc gérer la pénurie. D'où ma première question : pourquoi en est-on arrivé là ? Pourquoi, depuis vingt ans, il n'y a pas eu une prise de conscience collective, alors même que vous gérez les cursus, et que les évolutions de pratiques vous sont connues ? Le constat est accablant pour l'offre de santé.

Ma deuxième question portera sur votre vision du *numerus clausus*. Faut-il le supprimer, comme certains le disent ? Si on choisit plutôt de l'augmenter, quelle est notre capacité de formation ? Enfin, faut-il le régionaliser ?

Ma troisième question porte sur les infirmières de pratique avancée, que vous venez d'évoquer. Comment faire en sorte de résoudre les difficultés qui se posent, et qui sont liées à des questions de délégation et de répartition de tâches ? Êtes-vous prêts à établir une liste très précise d'actes que l'on pourrait répartir entre les professionnels de santé, l'infirmier ou l'infirmière de pratique avancée devenant, en quelque sorte, la tour de contrôle du système ?

Ma quatrième question porte sur les fameux contrats d'engagement de service public (CESP). Pourquoi sont-ils aussi peu nombreux ? Pourquoi tant de renoncements, d'abandons en cours, ou de rachats à terme ? La généralisation des CESP pendant quelques années, comme cela se fait dans d'autres grands corps de l'État, ne permettrait-elle pas de fidéliser les professionnels de santé, d'améliorer l'attractivité de la profession, et de pallier le plus rapidement possible ce déficit ?

M. le président Alexandre Freschi. Je souhaite compléter la première question posée par M. le rapporteur : est-il important de relever, ou pas, de conserver, ou pas, ce *numerus clausus*, quand on sait que l'on manque de médecins et que les diplômés sont reconnus au niveau européen ? Quelle est votre position ?

Mme Cécile Courrèges. Pourquoi en est-on arrivé là ? Il est difficile de parler pour mes prédécesseurs, ou plutôt pour nos prédécesseurs, dans la mesure où cela relève d'une responsabilité politique beaucoup plus large. Le cadre de l'exercice médical est un cadre légal, qui a donc été posé à la fois par le Gouvernement et par le Parlement dans les vingt ou trente dernières années – il faut en effet se reporter vingt ou trente ans en arrière pour comprendre pourquoi on en est arrivé là aujourd'hui.

On peut tous constater qu'il y a eu un défaut d'anticipation et de projection. Je me rappelle que lorsque je faisais mes études, on nous parlait du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA), un dispositif de retraite anticipée qui reposait sur l'idée que l'offre créait la demande, en particulier dans le champ médical, et que la dépense de santé était en hausse.

Il est vrai qu'on ne peut que s'interroger sur la façon dont les décisions ont pu être prises, d'autant plus qu'un certain nombre de représentants des médecins – qui sont les premiers à battre leur coulpe – avaient poussé à l'adoption de dispositifs de ce type. À l'époque, il y avait donc un certain consensus. D'ailleurs, quand vous parlez aujourd'hui avec des médecins qui se sont installés dans les années soixante-dix – j'en ai eu dans mes équipes à l'Agence nationale de santé, et j'en vois au quotidien – ils vous racontent qu'il n'y avait pas assez de patientèle, et qu'ils rencontraient plutôt un problème de concurrence. N'oubliez pas qu'alors, les médecins vendaient leur patientèle au moment où ils partaient à la retraite : c'était leur capital-retraite. On en est loin aujourd'hui !

Pour autant, on hérite de cette situation et des décisions qui ont été prises à l'époque, qui ont notamment abouti à faire descendre le *numerus clausus* en dessous de 4 000, avec un effet retard de six à dix ans – la médecine générale n'était pas encore une spécialité. Aujourd'hui, toutes les décisions que l'on prend sur le *numerus clausus* ont un effet retard de dix ans.

Il a tout de même été fortement augmenté puisque l'on est repassé au-dessus de 8 000. Hier, 8 800 étudiants – dont les étudiants étrangers qui réintègrent le système français à ce niveau – passaient les épreuves classantes nationales (ECN). Certes, il ne s'agit plus d'étudiants en cours de formation. Mais ce sont ces professionnels qui, avec le décalage de temps que l'on vient d'évoquer, alimenteront demain le système de santé. Ils devraient nous permettre de nous rapprocher du nombre de médecins souhaitable, au regard des besoins de la population.

Depuis, grâce à des dispositifs d'observation beaucoup plus importants, notamment l'Observatoire de la démographie des professionnels de santé et ses observatoires régionaux, nous disposons d'éléments supplémentaires de projection pour anticiper nos besoins, à la fois par territoire et par spécialité. On doit en effet avoir ce double regard dans les choix de régulation que l'on peut être amené à faire dans l'orientation des professions médicales.

Je redis par ailleurs qu'on doit sortir de la seule logique médicale, et faire participer beaucoup plus à la prise en charge des patients l'ensemble des personnels de santé, en particulier les professions paramédicales – ce qui rejoint votre question sur les IPA. Leur intégration à l'université, avec une formation interdisciplinaire, sinon conjointe, pour les professions médicales et paramédicales, devrait nous aider à avancer en ce sens.

M. Michel Varroud-Vial, conseiller « soins primaires » et « professionnels libéraux ». J'ai eu la chance d'être médecin généraliste entre 1976 et 1986, avant que la spécialité qui était la mienne, la diabétologie, n'ait été créée. Je ne peux que mesurer – c'est un avantage douteux lié à l'âge – les changements majeurs qui sont intervenus depuis cette époque en termes de besoins de soins, qui n'ont pas forcément été anticipés.

Vous le savez, ces besoins sont liés au poids désormais énorme des maladies et des polyopathologies chroniques, et des pathologies liées à l'âge. La gériatrie – pas en tant que spécialité, mais en tant que soins aux personnes âgées – qui était tout à fait marginale lors de nos études est ainsi devenue une composante essentielle des soins primaires.

L'augmentation et la modification des besoins en soins vont perdurer. Face à cela, nous ne pouvons que constater un certain retard dans l'adaptation des soins de ville. Jusqu'à ces derniers temps, le modèle prédominant était celui du petit cabinet libéral, avec peu de ressources médicales, peu de supports professionnels pour aider les médecins à travailler, peu

de supports numériques pour partager et donner des avis à distance. Mais la situation est en train de changer en profondeur.

Nous observons, depuis deux à trois ans, l'émergence d'une nouvelle structuration des soins de ville : le modèle éprouvé de la maison de santé pluri-professionnelle ou des centres de santé subsiste, mais une nouvelle organisation se dessine au niveau territorial autour des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qu'on appelait antérieurement « pôles de santé ambulatoires » dans certaines régions. Ces CPTS sont issues d'un mouvement professionnel qui existait avant la loi de 2016, mais celle-ci l'a renforcé.

Cela permet réellement d'adapter l'offre de soins aux besoins, et aux modifications que je vous signalais. Bien sûr, il faut que les mesures gouvernementales suivent. Et elles suivent : par exemple, nous avons appris hier que le Conseil national de l'Ordre des médecins avait voté la transformation de l'autorisation d'exercice multi-sites, qui pouvait parfois poser quelques problèmes, en déclaration simple, et exclu, dans les causes de refus, la clause de concurrence qui pouvait être utilisée de façon quelquefois abusive, en ne retenant que les clauses de qualité et de sécurité des soins. On constate donc un effort de la part à la fois du Gouvernement et des partenaires professionnels avec lesquels nous travaillons.

Mme Cécile Courrèges. Je vais laisser François Lemoine intervenir à propos du *numerus clausus*. Toutefois, je tiens à préciser qu'il nous sera difficile de nous prononcer sur sa suppression ou pas, puisque cela fait partie des questions qui sont étudiées à l'heure actuelle dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé sur laquelle le Président de la République doit s'exprimer dans les prochaines semaines. Nous ne saurions préjuger de ses annonces, mais nous allons pouvoir revenir sur la mécanique *du numerus clausus*.

M. François Lemoine, conseiller médical « recherche et enseignement supérieur ». Le *numerus clausus* a été instauré au début des années soixante-dix. Différents resserrages ont été opérés dans les années quatre-vingt, mais depuis une dizaine d'années, on a rouvert les vannes. Telle est la stratégie qui a été adoptée par nos prédécesseurs.

Sur le fond, le *numerus clausus* n'est pas adapté à la qualité de formation des médecins. Il crée d'énormes disparités entre les étudiants et provoque des drames familiaux, tout le monde le sait. La question de sa suppression est à l'étude. Dans ce cadre, différentes expérimentations ont été lancées et seront prolongées au moins jusqu'en 2020, précisément pour tenter de trouver des solutions. On peut citer le parcours PluriPASS, système d'orientation progressive qui est expérimenté à Angers. L'objectif est d'orienter progressivement les étudiants, d'éviter ce qui constitue un échec un peu violent pour certains, puis de mieux les canaliser et de mieux les former.

Tel qu'il est, ce mode de sélection est absurde. Il ne permet pas de sélectionner les étudiants pour qu'ils deviennent des professionnels de qualité, dans la mesure où les critères de sélection, qui sont appliqués au bout d'un an d'études, ne sont pas ceux qui seront demandés pour pouvoir devenir médecin en fin de cursus.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Que pensez-vous de la modification du concours de première année ?

M. François Lemoine. Le problème est de pouvoir orienter progressivement les étudiants ; c'est le sens des expérimentations qui ont été lancées. Et en fin de compte, la

question qui se pose est de savoir quelle est la qualité de la formation que nous voulons dispenser aux étudiants.

Prenons l'hypothèse où on laisse les vannes complètement ouvertes. On n'aura pas la capacité de former tous les étudiants, et de toutes les façons, ce n'est la bonne solution. Cela ne résoudra pas non plus le problème des déserts médicaux. Dans certaines régions, il y a beaucoup d'enseignants, y compris des maîtres de stage en ambulatoire, qui pourront prendre en charge les étudiants. Dans d'autres régions plus désertifiées, cette capacité de formation n'existe pas. Donc, on ne peut pas travailler sur la régionalisation.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Vous avez dû vous pencher sur l'éventualité d'une modification en première année, et sur notre capacité de formation. J'imagine qu'en étant en lien avec la conférence des doyens des facultés de médecine, vous avez obtenu des éléments ?

M. François Lemoine. On a étudié le ratio des enseignants chercheurs, des hospitaliers capables d'enseigner. On cherche par ailleurs à renforcer la formation en ambulatoire avec des maîtres de stage...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Les Centres hospitaliers universitaires (CHU) ont-ils été tous interrogés pour savoir quelle est exactement notre capacité de formation ?

M. François Lemoine. Oui. Le quota est établi dans le cadre d'une réflexion menée avec nos services et avec les doyens.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce n'est pas ma question, que je reformule : a-t-on, oui ou non, envoyé une lettre aux patrons des CHU en leur demandant combien d'étudiants supplémentaires ils pourraient former en deuxième année ? Et est-ce que l'on a fait la somme de toutes les possibilités offertes par les CHU de France ?

Mme Cécile Courrèges. À ce stade, il n'y a pas obligatoirement de travail de réalisé avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR). Les doyens se penchent sur la suppression du *numerus clausus* et sur la suppression des ECN puisque c'est le deuxième sujet sur la table – il avait été ouvert par le rapport de Jean-Luc Dubois-Randé et Yanis Mérad sur la réforme du second cycle.

Une réflexion a été lancée, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) qui est portée par trois pilotes, dont le député Thomas Mesnier qui fait partie de votre commission, et par les trois responsables du chantier de la formation professionnelle de la STSS, dont la députée Stéphanie Rist, également membre de votre commission, le MESR et nous.

La conférence des doyens commence donc à examiner quelles seraient les implications, les conséquences et les conditions d'une suppression du *numerus clausus* et, dans un second temps, d'une suppression éventuelle des ECN. Mais cela oblige, au-delà, à ré-envisager tout le dispositif du premier cycle et du second cycle ainsi, bien sûr, que la capacité de formation.

Il y a une capacité de formation un peu supérieure à celle d'aujourd'hui, mais elle n'est pas illimitée.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Tel n'était pas mon propos : si je l'ai précisé, c'est bien parce que cette capacité n'est pas illimitée. Mais dans chaque faculté, on sait de quelle capacité on dispose. La question est simple : qu'est-ce que les CHU peuvent faire ?

On ne peut pas envisager de supprimer le *numerus clausus* dans la mesure où, quoi qu'il arrive, il y aura toujours un mode de sélection. On ne pourra que modifier le contenu du passage de première en deuxième année. D'ailleurs, il faudra se mettre d'accord sur les mots : si vous parlez de suppression, les étudiants vont penser que tout le monde peut y arriver. Il faut se mettre dans la peau de ceux qui sont en première année.

Mme Cécile Courrèges. D'autres motifs peuvent pousser à repenser la question. L'enjeu n'est pas de répondre à la problématique des déserts médicaux : il est d'abord lié à l'inadaptation du mode de sélection au regard de ce qui est attendu d'un futur professionnel de santé. Ce n'est pas grâce à des questionnaires à choix multiples que l'on peut évaluer si quelqu'un peut devenir médecin. L'autre enjeu est de revenir sur un mécanisme qui conduit à l'échec de jeunes plutôt brillants, à qui tout avait réussi jusque-là. Le gâchis humain est extrêmement important. D'où des réflexions sur les passerelles, les réorientations et la création d'études plus communes au cours des premières années, afin de permettre de devenir, sinon un médecin, du moins un professionnel de santé.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Que pouvez-vous nous dire du bilan des contrats d'engagement de service public (CESP), et de la question de leur extension ou de leur généralisation ?

Mme Cécile Courrèges. En tant qu'ancienne directrice générale d'ARS, je considère que c'est un bon outil. À ce jour, 2 800 CESP ont été signés dans l'ensemble de la France, et le dispositif monte en puissance : il y a plus de 500 CESP supplémentaires chaque année. Cela signifie que 2 800 professionnels de santé vont s'installer dans des territoires sous-denses. C'est un motif de satisfaction, même si l'on peut toujours estimer qu'il pourrait y avoir encore davantage de CESP. J'ai vu comment cela fonctionne sur le terrain – j'ai d'ailleurs été régulièrement saisie de demandes d'installations dérogatoires en dehors des zones sous-denses, de la part de jeunes ayant conclu un CESP, à qui j'ai systématiquement répondu négativement – et je considère que c'est un dispositif attractif et intéressant. J'ai vu des exemples concrets d'installations réussies de jeunes professionnels grâce à des CESP. Ils ne se seraient sans doute pas lancés sans le soutien financier apporté pendant leurs études et, d'une certaine façon, sans la garantie que l'on va faciliter et accompagner leur installation – car il n'y a pas que le volet financier, c'est-à-dire la bourse. Cela lève l'angoisse de l'installation, qui est un phénomène assez important – cela explique que beaucoup commencent plutôt par faire des remplacements que par s'installer.

Je le dis d'autant plus que je ne ferais pas le même bilan positif d'un autre dispositif, qui a été adopté dans le cadre du pacte territoire santé : celui des contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG), qui a surtout eu un effet d'aubaine. Dans ma région, ce dispositif bénéficiait notamment à des jeunes femmes qui avaient des projets de maternité, car il offre une couverture sociale. La montée en puissance des CESP et des PTMG est d'ailleurs très différente. J'ajoute que les avantages qui ont pu conduire certains médecins à signer un contrat de PTMG ont été étendus à tous.

M. Thomas Deroche. À peu près 6 % des promotions s'engagent dans des CESP. Ce chiffre pourrait certes être supérieur, mais il est déjà significatif et l'on constate une

augmentation importante chaque année : de 13 % en 2018. Parmi les 2 800 CESP conclus, très peu ont été rompus *in fine* – cela concerne moins de 70 contrats.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Et qu'en est-il d'une éventuelle généralisation pour les zones sous-dotées, à titre temporaire ?

Mme Cécile Courrèges. Ce serait une autre logique. Celle qui prévaut aujourd'hui est incitative, au moyen d'un accompagnement particulier pour les jeunes désireux de s'inscrire dans ce dispositif. Une généralisation impliquerait une coercition, une contrainte exercée sur tous les professionnels, qui devraient commencer à exercer dans une zone sous-dense, si je comprends bien ce que vous suggérez.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Non. Je pense à l'exemple, déjà très ancien, des Instituts de préparation aux enseignements de second degré (IPES) : on pouvait se préparer à devenir enseignant tout en étant rémunéré par l'État, en contrepartie d'un engagement de dix ans. Ce dispositif a très bien fonctionné à une époque où l'on cherchait des enseignants. Nous avons d'ailleurs la même problématique à l'heure actuelle, comme Jean-Michel Blanquer l'a souligné hier.

Le CESP permet d'échapper aux ECN : selon son classement, on n'obtient pas nécessairement la formation et la région que l'on souhaitait, alors que le CESP apporte la garantie de rester à la maison, dans la région où l'on est formé. Même si je suis bien conscient qu'il ne s'agit pas d'une mesure de court terme, mais de moyen ou de long terme, à l'issue des formations, ne faudrait-il pas généraliser les CESP dans les régions les plus sous-dotées, pendant une phase transitoire de rattrapage ? Ne serait-ce pas un facteur complémentaire d'attractivité ? Tout le monde n'a pas accès aux études médicales, contrairement à ce que l'on peut croire. Quand on est loin d'une ville de fac, il y a des difficultés matérielles. J'ai une certaine expérience de cette question dans ma région.

Nous rencontrons un problème politique majeur, qui est l'accès aux soins, dont vous avez la responsabilité. Comme vous l'avez très bien dit tout à l'heure, les pouvoirs publics peuvent s'appuyer sur trois pieds : l'assurance maladie et l'État, les professionnels de santé, que l'on ne peut pas écarter du système, enfin les collectivités territoriales. En ce qui concerne ces derniers acteurs, il faut quand même souligner que la loi leur a conféré peu de responsabilités – sauf lorsque la loi de 2004 a confié la formation paramédicale aux régions. Sinon, les collectivités agissent par défaut. Aucune compétence particulière ne leur a ainsi été donnée par la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite loi NOTRe.

Mme Cécile Courrèges. Nous sommes prêts à soutenir le développement des CESP sans limite : un nombre est fixé chaque année, mais je suis prête à l'augmenter. C'est un dispositif que j'estime positif pour beaucoup de raisons. Il n'y a pas de logique de contingentement et nous répondrons tout à fait positivement si des régions ou des territoires souhaitent s'investir encore plus dans cet outil, dans la limite des zones sous-denses. Il faut résister, en effet, à la pression visant à remettre en cause le lien avec le zonage. J'ai fait l'objet de nombreuses interventions lorsque je dirigeais une ARS : on me demandait de faire des efforts au motif que l'on se trouvait juste à côté d'une zone sous-dense et que le jeune concerné risquait, sinon, de quitter la région... Si l'on commence à revenir sur les critères, il y aura toujours des zones plus attractives que d'autres.

Mon inquiétude est liée à un autre sujet : je pense que si l'on généralise les CESP, comme vous le suggérez, cela conduira beaucoup plus de jeunes à ne pas choisir la médecine

générale, afin d'échapper à une installation dans des territoires où ils ne souhaitent pas exercer, et les études de médecine risquent aussi de perdre en attractivité. Certains jeunes ne voudront peut-être pas s'inscrire dans un dispositif qui, à terme, ne leur permettra de s'installer que dans certaines zones ou certains territoires, lesquels ne sont pas nécessairement ceux où ils ont envie d'aller. Il faut bien mesurer cette difficulté.

M. le président Alexandre Freschi. Combien d'étudiants passent-ils le concours de fin de première année ?

M. François Lemoine. Il y a environ 54 000 étudiants inscrits en première année de médecine et nous en sélectionnons à peu près 8 800.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Pouvez-vous revenir sur les infirmières en pratique avancée et les délégations de tâches ?

Mme Cécile Courrèges. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer sur la question des infirmières en pratique avancée, qui nous tient particulièrement à cœur à la DGOS. Cela me permettra aussi de rectifier un certain nombre de propos que l'on a pu lire dans la presse professionnelle.

Il s'agit pour nous d'une des réformes les plus structurantes pour l'avenir. Le Dr Varroud-Vial a fort justement rappelé tout à l'heure qu'il y a une évolution extrêmement importante des prises en charge, compte tenu du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques et des polyopathologies. Cette évolution légitime de moins en moins le système français, qui a été largement construit sur le curatif et l'aigu : cela conduit davantage à des prises en charge et des suivis au long cours, qui peuvent être beaucoup plus facilement partagés entre différentes professions de santé, avec un rôle plus important pour les professions paramédicales.

Le développement des infirmières en pratique avancée s'inscrit totalement dans cet esprit, tout en permettant de combler un trou qui existait jusque-là dans notre système par rapport à celui d'autres pays – nous sommes très clairement en retard dans ce domaine. Notre système a été conçu selon deux niveaux : il y a les professions médicales, nécessitant dix ans d'études, et les professions paramédicales, qui en demandent trois ou quatre, sans que rien n'existe entre les deux. Nous allons désormais avoir une profession intermédiaire, de niveau master, soit cinq années d'études, dont la particularité sera certes d'être une profession infirmière, mais de donner aussi une capacité d'exercice médical. On parle en effet d'un certain nombre d'actes qui relèvent aujourd'hui de la compétence médicale. Cette « compétence élargie » va au-delà de la délégation de tâches telle qu'on a pu la connaître jusqu'à présent : cela devient un rôle propre. Il y a notamment la possibilité de renouveler des prescriptions et même de prescrire un certain nombre d'exams. C'est une révolution !

M. Philippe Vigier, rapporteur. Pourquoi le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) a-t-il donc refusé le décret ?

Mme Cécile Courrèges. Il est fréquent que le HCPP émette des avis défavorables. Au-delà de cet aspect, il existe deux visions totalement antinomiques de ce sujet. Certains représentants du monde médical ont vu l'arrivée des infirmières en pratique avancée comme une concurrence éventuelle, qui pourrait leur retirer les tâches ou les consultations les plus faciles, ce qui alourdirait finalement leur travail quotidien – je caricature, mais c'est un peu ce qui imprègne certains propos. D'un autre côté, certaines organisations infirmières avaient

d'autres formes de revendications, qui étaient un exercice totalement autonome où l'on pourrait décider soi-même quels patients on prend en charge et quelle est la thérapeutique associée. Or, ce n'est pas ce qui figure dans la loi. Selon le modèle promu dans notre pays, une infirmière en pratique avancée prend place dans une équipe, à l'hôpital ou en ville, qui est coordonnée par un médecin.

Notre responsabilité est de ne pas reproduire les erreurs du passé. Parmi celles-ci, il y a notamment le fait de laisser des professionnels se mettre en concurrence les uns avec les autres. On doit promouvoir des organisations conformes à ce que l'on veut pour l'avenir, c'est-à-dire des équipes de soins, des professionnels qui travaillent ensemble de manière coordonnée, et non pas concurrentielle ou autonome. L'infirmière en pratique avancée est à mi-chemin entre ce que certains représentants de la profession infirmière auraient souhaité, dans le cadre de leurs revendications pour leur profession, assez légitimes et que l'on peut entendre, et les positions d'autres professions, qui avaient d'autres craintes à l'égard du modèle proposé.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Combien de personnes seront-elles formées en septembre prochain ?

Mme Cécile Courrèges. Quelques centaines.

M. Michel Varroud-Vial. Compte tenu des capacités de formation et de l'engagement des acteurs concernés, on devrait former entre 500 et 600 personnes d'ici à deux ans. Les capacités de formation vont s'accroître avec le temps.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Pouvez-vous nous dire aussi un mot des délégations de tâches ?

M. Michel Varroud-Vial. C'est un facteur majeur pour l'adaptation du système de santé. Le bilan n'est pas extrêmement positif à l'heure actuelle, puisqu'il n'y a que trois modèles de coopérations entrés dans le domaine public. Il y a notamment les infirmières dites « Asalée » – action de santé libérale en équipe –, qui sont plusieurs centaines. Ce dispositif, que le plan pour l'égal accès aux soins sur le territoire vient de renforcer, fait l'objet d'un *satisfecit* général au sein de la profession, même si les compétences exercées restent très en deçà de la « pratique avancée » que nous sommes en train de promouvoir. Il y a aussi la filière usuelle. Nous souhaitons donner la priorité aux coopérations les plus utiles du point de vue de l'offre de soins. Je pense notamment à la prise en charge, en première ligne, des urgences liées à des petites pathologies par les auxiliaires médicaux ou les pharmaciens, avec le soutien d'équipes coordonnées. Nous sommes en train d'y travailler, car nous pensons que c'est un facteur de libération du temps médical et de réponse aux besoins des usagers.

M. le président Alexandre Freschi. Nous en venons aux questions des autres membres de la commission d'enquête.

Mme Jacqueline Dubois. Je vous remercie, monsieur le président. Merci également à notre honorable rapporteur de bien vouloir nous laisser la parole...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je crois avoir été extrêmement concis dans chacune de mes interventions. Il faut seulement que chacun le soit – certaines réponses ont été un peu larges. J'ajoute que nous avons encore une heure devant nous...

Mme Jacqueline Dubois. Je n'ajouterai rien...

Ma question porte sur le rôle des ARS dans l'organisation des soins médicaux dans le territoire, en lien avec les différents praticiens. La fiche qui nous a été remise met en avant des coopérations entre les ARS et les universités pour les formations, entre les ARS et les Unions régionales des professionnelles de santé (URPS) pour l'exercice pluriprofessionnel et coordonné, entre les ARS et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour la télémédecine, entre les ARS et les collectivités pour la « projection de temps médical », notamment les cabinets éphémères.

Mme Cécile Courrèges. Ayant été deux fois directrice générale d'ARS, ma conviction, que j'espère partagée dans cette salle, est que les choses ne doivent pas se mettre en place depuis Paris : elles se jouent dans les territoires, dans les régions. Les ARS représentent le ministère de la santé au niveau régional, et tous les dispositifs que l'on peut être amené à promouvoir leur sont confiés à des fins d'animation, d'impulsion ou d'accompagnement, en partenariat et en collaboration avec tous les autres acteurs de la région, selon leurs responsabilités. Pour la formation, on travaille ainsi très étroitement avec les doyens et les départements de médecine générale. De même, les actions en faveur de l'installation ont lieu avec les URPS, les ordres et les représentants des différentes professions de santé.

La logique est celle de l'accompagnement, ce qui représente une forme de transformation. Je l'ai dit tout à l'heure : nous sommes appelés, au ministère, à changer de posture, et il en va de même en région. Il s'agit d'être moins dans la logique qui a pu être, traditionnellement, celle de l'action de l'État, très régalienne, très prescriptive, voire planificatrice, que dans un accompagnement, ce qui implique un changement de posture et de culture. Tous les directeurs généraux d'ARS sont convaincus par cette évolution, qui est indispensable. Ce ne sont pas les ARS qui vont monter les projets dans les territoires, mais des professionnels de santé, avec le soutien des collectivités territoriales, bien souvent, même si ces acteurs vont aussi avoir besoin d'un soutien.

Quand on veut créer une maison de santé pluriprofessionnelle, par exemple, on sait qu'il s'écoule souvent trois ans entre le moment où le projet est lancé et celui où la maison ouvre. Cela représente du temps et de la disponibilité pour les professionnels de santé qui travaillent au projet. Les ARS participent souvent financièrement, via les fonds d'intervention régionaux (FIR), afin d'aider les professionnels de santé à porter le projet. L'assurance maladie, quant à elle, n'intervient qu'une fois que la MSP est ouverte, dans le cadre de l'accord conventionnel.

Le pacte territoire santé avait demandé qu'il y ait un référent « installation » dans chaque ARS, mais cela ne suffit pas : on a besoin d'une logique beaucoup plus large. D'où l'idée du « guichet unique », au sein duquel on essaie de réunir dans un premier temps l'assurance maladie et l'ARS, car chacun peut apporter une contribution, puis les Urssaf, car il y a beaucoup de sujets autour de l'installation qui concernent les cotisations, le régime social et fiscal, ainsi que les professionnels qui voudront s'inscrire dans cette démarche, notamment les URPS, les représentants régionaux des fédérations de maisons de santé et les collectivités territoriales. Le but est de simplifier, de faciliter et d'accompagner. C'est une autre culture, qui est absolument indispensable.

Mme Jacqueline Dubois. Avez-vous le sentiment que ça se met bien en place dans chaque région ? On entend dire des choses diverses... Je précise que je n'ai rien contre les ARS et que je suis bien dotée dans ma circonscription.

Mme Cécile Courrèges. Il y a des réalités différentes, bien sûr : nous sommes tous différents, et je dirais que c'est vrai pour toutes les structures et toutes les instances. Par ailleurs, on part de stades différents. Le changement est plus ou moins facile selon les personnes et les structures. Néanmoins, je crois que la conviction est partagée dans tous les cas, que ce soit au niveau des directeurs d'ARS ou des interlocuteurs que nous avons dans le cadre de l'équipe projet qui a été constituée au plan national pour accompagner le plan d'accès aux soins, ce qui nous vaut d'ailleurs la participation à cette réunion d'Eve Robert, au titre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) : elle est en mission d'appui auprès de nous. La conviction est partagée, mais cela demande un peu de temps et peut-être, en partie, un renouvellement des personnes. Cela demande aussi de faire évoluer les attentes et les formations des professionnels qui vont investir les ARS dans les années à venir.

Mme Jacqueline Dubois. Quand vous dites que l'on est en train de passer d'une logique de prescription à une logique d'accompagnement, cela signifie-t-il également que les ARS seront mieux capables d'entendre les demandes qui viennent des territoires, par exemple en termes de places de soins médicalisés dans les foyers pour personnes handicapées ?

Mme Cécile Courrèges. On attend des ARS qu'elles s'inscrivent dans un dialogue avec l'ensemble des acteurs, dans la limite de ce qu'elles peuvent faire. Je ne sais pas précisément à quoi vous faites référence, mais il y a des sujets pour lesquels les ARS n'ont pas de ressources financières permettant d'accompagner les transformations. Je le répète : on attend des ARS qu'elles soient dans un échange, un dialogue, une tentative de compréhension.

Notre responsabilité est aussi de leur donner les moyens d'y arriver. Jusqu'à présent, il faut reconnaître que l'on disposait de systèmes de financement en tuyaux d'orgue, même pour les ARS. Elles sont destinataires de crédits médico-sociaux, hospitaliers ou relevant de dispositifs pour la ville. Dans le cadre du plan précédent, tous les dispositifs d'accompagnement pour la ville, comme le CESP et le PTMG, avaient leurs propres tuyaux et leurs propres boîtes – il y avait un nombre donné de CESP et de PTMG, chacun restant dans sa ligne. Notre responsabilité est de permettre qu'il y ait des discussions en région, avec une évolution et une transformation de l'offre – il ne s'agit pas toujours de moyens nouveaux, mais simplement d'un peu de reconversion ou de réallocation, au sein d'une même région, des moyens et de l'offre. Il faut le permettre, et c'est notre responsabilité de le faire.

Le FIR offre déjà un moyen d'avancer, je rappelle qu'il représentait 1,5 % des dépenses de santé dans la région Pays de la Loire, lorsque j'y étais en poste, soit 170 millions d'euros. Le FIR est un outil extraordinaire. J'ai connu les ARS avec le FIR et sans lui : il y a un effet de levier majeur, mais cela ne représente que 1,5 % des dépenses de santé d'une région, ce qui ne permet pas, en soi, de porter toutes les évolutions requises.

Cela renvoie à un autre sujet, qui est celui de la fongibilité – excusez-moi d'utiliser un terme un peu jargonnant. Il s'agit de permettre que les ARS disposent d'une enveloppe de crédits à leur main, quelle que soit leur nature à l'origine – c'est-à-dire qu'ils soient hospitaliers, médico-sociaux ou « ville » – et qu'elles puissent les réallouer en fonction des besoins et des projets, en sortant de la logique selon laquelle des crédits hospitaliers abondent les crédits hospitaliers, des crédits médico-sociaux les crédits médico-sociaux, etc. C'est cela que l'on doit être en mesure de promouvoir, ce qui suppose que nous fassions nous-mêmes bouger les lignes. Sur ces sujets, le blocage ne se trouve pas au niveau régional, mais national.

M. Marc Delatte. Il ne faut pas tomber dans la sinistrose et élaborer des plans en utilisant seulement le rétroviseur : on ne peut pas conduire de cette manière. Mais vous avez

raison de dire qu'il ne faut pas répéter les erreurs du passé. Je pense que l'on n'a pas accompagné les changements profonds de notre société, en particulier le vieillissement et l'émergence des maladies chroniques. Je l'ai vécu en tant que médecin généraliste : j'ai ouvert un cabinet et j'ai créé deux maisons médicales. Le problème était qu'il y avait certes des infirmières et des dentistes, mais que j'étais le seul médecin.

Vous avez dit que 8 800 étudiants vont passer les ECN. Quel pourcentage y aura-t-il de médecins généralistes ? On ne va pas pourvoir tous les postes, c'est certain. Pourquoi cette profession n'a-t-elle pas d'attractivité ? Il faudrait un accompagnement. On a un réservoir de professionnels de santé, notamment les infirmières, qui doivent monter en compétences. Je crois qu'il y aura, en septembre, un master pour les infirmières, mais j'irais plus loin, pour ma part : beaucoup d'infirmières ont passé le concours de médecine, mais ne l'ont pas eu à cause d'un problème de mathématiques. Ne pourrait-on pas créer des passerelles leur permettant d'intégrer la médecine ? Elles ont développé une pratique dans leur territoire, elles sont très attachées à leurs patients, elles ont une vocation – je ne veux pas dire, loin de là, que les médecins ne l'ont pas. Il faudrait peut-être voir ce que l'on pourrait faire à ce niveau-là : il y a un vrai réservoir.

J'ai vu qu'il y avait beaucoup d'exemples innovants dans la note de la DGOS qui nous a été remise, ce qui est réjouissant. Les mentalités évoluent et vous accompagnez avec beaucoup d'efficacité les initiatives locales. Je suis notamment intéressé par le dispositif « passerelle » dans la région Grand-Est. Il faut aller voir non pas les doyens des facultés, même s'ils ont toute leur raison d'être, mais les jeunes, les internes et les représentants des syndicats d'internes pour leur montrer le travail relatif aux soins de premier recours. Je pense qu'il faut vraiment revaloriser cette fonction.

J'aimerais aussi évoquer l'articulation, qui me semble très intéressante, entre les ARS et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les ARS étant davantage dans la régulation. Que prévoyez-vous dans ce domaine ?

Dans le système « passerelle », il faut raisonner par bassins de vie. À Soissons, les étudiants vont à Reims ou à Paris, mais pas à Amiens, qui est à une heure quarante-cinq de route. Comment peut-on faire évoluer le dispositif « passerelle » dans ce cas ? Je plaide *pro domo*, mais la question se pose dans beaucoup de bassins de vie. Comment mieux articuler les choses et éviter cette séquence administrative : « Soissons, c'est Amiens, donc Picardie et Hauts-de-France ».

M. Michel Varroud-Vial. Je vous remercie d'avoir mis l'accent sur le dispositif « passerelle ». Cet accompagnement des étudiants en médecine au niveau du troisième cycle, qui vise à faciliter leur insertion directe dans l'offre de soins, en médecine de ville, est en effet un élément tout à fait important. Nous avons été absolument convaincus par la visite que nous avons faite à Nancy, où le dispositif est mis en œuvre dans la faculté, sur le lieu de formation, avec le concours du conseil départemental de l'ordre des médecins et de l'ARS. C'est un dispositif partenarial qui a l'air de marcher très bien – il y a une personnalisation du suivi. Les étudiants que nous avons rencontrés avaient l'air particulièrement convaincus.

Vous avez tout à fait raison en ce qui concerne la simplification des frontières. Vous avez évoqué le problème qui se pose entre Soissons et Reims, et nous savons qu'il y en a d'autres, par exemple entre Poitiers et Nantes – c'est un cas que nous avons récemment eu à traiter. Nous sommes tout à fait conscients de la situation et nous sommes en train de la faire évoluer.

Pour la médecine générale, c'est une spécialité récente, je pense que vous en êtes conscients. La discipline de médecine générale a en effet été créée en 2004 et s'est constituée progressivement dans sa composante d'exercice et dans sa composante universitaire avec le soutien des différents gouvernements. Je pense que l'attractivité de la médecine générale s'est singulièrement accrue ; elle n'est plus choisie par défaut par de nombreux professionnels grâce, en particulier, à de nouveaux dispositifs comme la possibilité d'encadrer les étudiants en ville. Il ne s'agit pas seulement d'offrir la possibilité de s'installer là où on a fait son stage, mais de revaloriser le métier pour l'encadrant qui maintient ainsi un lien avec l'université. Nous entendons également développer l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital, je pense à des dispositifs comme « assistant partagé » que nous sommes en train de promouvoir.

Actuellement, près de 40 % des postes sont attribués à la médecine générale, taux que nous souhaitons augmenter.

Il reste certes des progrès à réaliser en matière d'attractivité pour la médecine générale et pas seulement en ce qui concerne les rémunérations mais les conditions d'exercice. L'avenir, c'est vraiment l'exercice de la médecine générale non pas isolément mais au sein d'équipes où les médecins généralistes disposent de fonctions support pour organiser avec leurs collègues paramédicaux les parcours de soins au sein des territoires, pour dialoguer avec les hôpitaux, trouver des solutions aux problèmes médico-sociaux et aux problèmes sociaux de leurs patients.

M. François Lemoine. Je reviens sur ce qu'on appelle les passerelles entrantes. Ce procédé a déjà été mis en place il y a quelques années non à l'intention de professionnels paramédicaux mais des étudiants issus des écoles d'ingénieurs. Puis il a profité à des étudiants provenant d'autres horizons – biologistes, professionnels paramédicaux... Reste que les quotas de passerelles entrantes sont relativement faibles et le nombre de candidats utilisant ce processus n'est pas très important du fait probablement d'une forme d'autocensure de la part des étudiants – d'autant plus qu'un jury vérifie la possession d'un minimum de prérequis. Aussi veillons-nous, avec les doyens, à augmenter les passerelles entrantes. La proportion visée est de 25 % de personnes utilisant les passerelles entrantes et de 75 % de personnes sélectionnées empruntant le parcours standard.

Mme Cécile Courrèges. Nous misons beaucoup sur les CPTS pour l'organisation des soins dans les territoires. Quelque 180 projets ont été recensés et nous en espérons beaucoup plus. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estime à mille le nombre nécessaire de CPTS pour couvrir le territoire national. Certaines régions ont déjà bien avancé, comme la région Centre-Val de Loire puisque l'Union régionale de professionnels de santé (URPS)-médecins a engagé une démarche en ce sens avec un soutien financier substantiel de l'ARS. Mais il faut aller plus loin : si l'on ne structure pas mieux les soins de ville, toutes les évolutions que nous appelons de nos vœux n'auront aucun effet. Ainsi l'évolution de la médecine ambulatoire avec ce que cela peut impliquer pour l'hôpital – dont j'ai aussi la responsabilité – atteint vite ses limites dès lors qu'on ne trouve pas, si je puis dire, de réponse en ville. Et cette réponse, ce n'est pas seulement la médecine généraliste qui peut l'apporter, c'est aussi une prise en charge du patient dans toutes ses dimensions, y compris l'aide à domicile.

Or, jusqu'à présent il n'y avait pas d'espaces communs pour permettre ce travail et cette structuration entre des professionnels de ville, en lien avec l'hôpital et avec le secteur médico-social. C'est ce que doit apporter la CPTS demain : on change avec elle de dimension, l'objectif étant que, pour un territoire donné, une population donnée, on construise une

responsabilité, si je puis dire, de l'ensemble des professions amenées à répondre aux besoins d'une personne et à répondre à l'évolution de ces besoins. Nous sommes ici dans une logique de réseau de proximité d'emblée pluri-professionnel, communicant entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Au-delà des initiatives prises spontanément – j'y ai fait allusion –, il faut donner vie à ce projet d'autant que les professionnels de santé y sont favorables, même au niveau national – je le précise car ceux qui connaissent un peu l'histoire doivent se rappeler que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ont été en partie faites, au début, contre l'avis de certains syndicats nationaux de médecins. Or, l'ensemble des organisations syndicales de médecins et des autres professions de santé adhèrent au modèle des CPTS. Il faut donc désormais, je le répète, changer de dimension, que nous rendions ces projets intéressants et souhaitables pour les professionnels eux-mêmes. L'IGAS est investie d'une mission d'appui auprès de la DGOS pour définir ce que pourrait être un cadre de déploiement beaucoup plus fort des CPTS ; l'Inspection devrait terminer ses travaux au cours de l'été. Nous travaillons d'ores et déjà avec la CNAMTS car nous avons la conviction profonde qu'il ne faut pas rester dans un cadre expérimental trop longtemps – alors que ce fut le cas pendant sept ans avec les MSP. Nous devons en effet définir très vite un cadre pérenne si nous voulons que les professionnels s'impliquent, qu'ils aient la certitude que leurs efforts se poursuivent dans la durée. C'est une condition pour apporter une réponse concernant notamment les soins non programmés.

M. Marc Delatte. L'un d'entre vous a estimé qu'il fallait trois ans pour construire une MSP, or c'est trop long pour les patients et il faut vraiment que nous trouvions le moyen de réduire les délais.

Mme Cécile Courrèges et M. Michel Varroud-Vial. Nous sommes d'accord !

M. Christophe Lejeune. On parle beaucoup de mesures incitatives, coercitives, or, pour découvrir un territoire, pour donner envie à un futur médecin généraliste de s'installer dans un territoire sous-doté, le passage dans un cabinet existant est une approche qu'il faut absolument encourager. Il faudrait même rendre obligatoire l'accueil de leurs futurs confrères par les médecins généralistes exerçant dans des zones sous-dotées, afin d'assurer le maillage territorial.

Pensez-vous qu'interdire à un étudiant d'aller faire son stage dans un cabinet de ville où il n'y a pas de problème d'offre médicale, pour l'obliger à se rendre dans un territoire sous-doté, pourrait faire partie de son cursus, avec, *in fine*, je l'espère, la ruine de certains clichés, la découverte d'un territoire ? Si vous deviez retenir cette hypothèse, il faut affiner la notion de territoire sous-doté. En effet, raisonner à la seule échelle du département me paraît une erreur, un département rural comme la Haute-Saône, par exemple, étant certes très largement sous-doté mais à proximité pour une part de Besançon et, pour l'autre, de Belfort et Montbéliard.

M. Michel Varroud-Vial. Nous sommes particulièrement attentifs à ce que les stages ambulatoires en médecine générale mais aussi dans les autres spécialités utiles en soins de premiers recours, se développent également à distance des villes pourvues d'une faculté, dans les zones considérées comme les moins attractives par les étudiants, pour des raisons d'éloignement, de logement... De ce point de vue, nous en sommes encore au stade de l'incitation – forte – avec une prime de 200 euros mensuels pour les transports et éventuellement un logement à temps partiel. Nous faisons un effort particulier pour recruter

les maîtres de stage, comme vous le proposez. Nous nous rejoignons d'ailleurs souvent, en la matière, avec les représentants des collectivités locales qui souhaitent maintenir l'attractivité de leurs territoires. Nous avons demain une réunion avec tous les acteurs professionnels – y compris les représentants du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation – pour définir des stratégies encore plus ambitieuses.

M. Thomas Mesnier. Vous connaissez mon attrait pour le soin coordonné, pour les bassins de vie, les bassins de santé.

Vous avez évoqué le rapport du HCAAM qui estime que mille CPTS seront nécessaires pour ouvrir le territoire national alors que j'étais pour ma part parti de 2 000 bassins de vie recensés par l'INSEE, donc 2 000 CPTS. À quelle échéance, pour peu qu'on fasse preuve de volontarisme, pensez-vous qu'on pourrait atteindre au moins ces mille CPTS ? Car on voit bien qu'on a besoin de solutions de court et moyen termes pour répondre aux difficultés.

Pour ce qui est de l'attractivité, vous avez mentionné la rémunération – qui n'est certes pas l'élément incitatif majeur mais qui reste important – qui, composée à 100 % d'actes pourrait être davantage forfaitaire. Une rémunération au parcours est une piste très intéressante sans compter les fonctions support.

Voilà qui m'amène au métier nouveau de coordinateur de santé : on en a rencontré au cours de nos visites sur le terrain ; j'y crois beaucoup, ce peut être une vraie aide pour les professionnels de santé, au sens large, dans un bassin de vie. Une formation est en train de se créer avec l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Qu'en pensez-vous ? Comment développer ce dispositif ?

Mme Cécile Courrèges. Pour déployer une CPTS, il faut en effet en moyenne trois à cinq ans. Nous allons faire en sorte d'aller plus vite, ce qui suppose une volonté très forte. Encore une fois, l'avantage est que le sujet fait consensus. La première étape – pour laquelle la mission de l'IGAS nous aide – consiste à bien se mettre d'accord sur ce qu'est une CPTS et sur le fait de savoir quelles sont ses missions premières. On ne pourra en effet se déclarer soi-même CPTS : on devra rendre un minimum de services à la population – ce qui justifiera ensuite le financement public. Ainsi, dans les semaines qui viennent, une stratégie très claire va être définie en la matière.

Il est vrai que nous n'avons pas évoqué l'évolution des rémunérations – sujet clef sur lequel il faut évoluer. Tant qu'on reste à des financements strictement liés à l'acte ou à l'activité on ne réussira pas à faire avancer les choses puisque, chaque fois qu'un acteur développe une activité déjà développée par un autre acteur dans le même territoire, il y perd financièrement. Dans cette logique, chacun va examiner ses gains et ses pertes. Il faut donc établir une forme de solidarité financière : soit par l'intégration financière, c'est l'expérimentation qui vient d'être lancée dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, soit par le développement d'une part forfaitaire, la rémunération étant moins directement dépendante de la seule activité et des actes – ce qu'on souhaite pour les IPA : qu'elles perçoivent une rémunération forfaitaire fonction du nombre de personnes suivies. C'est un des éléments clefs pour déverrouiller les logiques de coopération.

Mme Jacqueline Dubois. L'idée d'utiliser un forfait pour les IPA est une bonne idée mais de quelle manière prendre en compte le grand nombre de kilomètres qu'elles parcourent dans un territoire rural pour, notamment, suivre les malades chroniques ?

Mme Cécile Courrèges. L'intérêt du forfait est qu'il couvre le coût de l'activité. Je n'entre pas dans les détails car ce projet va être soumis à une négociation conventionnelle dont je ne peux anticiper le résultat. Reste que l'idée est bien qu'on prenne en compte le coût de l'activité dans toutes ses dimensions.

Nous soutenons très fortement, par ailleurs, la création des coordonnateurs de santé puisque nous sommes également partie prenante à leur formation assurée par l'EHESP. Nous sommes convaincus qu'il faut que les médecins puissent se recentrer sur leur activité médicale. En effet, les activités de coordination vont se renforcer au fur et à mesure qu'il y aura des professionnels au sein de ces équipes – la coordination tend donc à devenir en soi une profession. C'est déjà le cas pour les maisons de santé les plus importantes comme en Mayenne où certains pôles de santé, qui comptent soixante professionnels, ont des coordonnateurs. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les maisons et pour les centres de santé doit prévoir la couverture, en plus de l'activité à l'acte, de ces charges de coordination. La création des coordonnateurs de santé doit selon nous être accélérée.

M. Michel Varroud-Vial. Je vous remercie d'avoir cité cette formation mise en place par l'EHESP, la Haute autorité de santé (HAS) et soutenue par le ministère des solidarités et de la santé. C'est en effet l'exemple même d'une formation-action qui aide les professionnels à mieux travailler, à mieux se situer par rapport aux autres fonctions des équipes de soins – il y avait jusqu'à présent une légère confusion entre coordination et *leadership*. Ainsi, nous pourrions avancer sensiblement en termes d'efficacité et d'ergonomie des équipes.

M. le président Alexandre Freschi. Nous nous rendons compte qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France pour un temps médical moindre – temps médical qui est vraiment l'objet de notre enquête. Ce phénomène, au-delà des capacités de formation, est-il pris en compte dans la détermination du *numerus clausus* puisqu'on sait que les pratiques médicales seront différentes dans les années à venir et qu'il y aura encore moins de temps médical par médecin formé. Si je force le trait, pour avoir l'équivalent du temps médical consacré par un médecin à ce qu'il était il y a dix ans, il faudrait former deux médecins.

Mme Cécile Courrèges. Le *numerus clausus* est un équilibre entre les besoins de santé...

M. le président Alexandre Freschi. Qui vont croître.

Mme Cécile Courrèges....qui, en effet, vont croître, le temps médical qui évolue différemment en fonction des pratiques médicales et les capacités de formation. C'est bien cet équilibre qui justifie le *numerus clausus*. Aussi le phénomène que vous évoquez est-il pris en compte mais n'est-il pas le seul.

M. Philippe Vigier, rapporteur. J'ai quelques questions *flash* à vous poser et si nous pouvions avoir également des réponses *flash*, cela nous fera gagner du temps.

Dans le questionnaire que nous vous avons adressé, nous vous demandions où en était le recensement exhaustif, demandé par la Cour des comptes et par plusieurs rapports sénatoriaux, des aides des collectivités territoriales. Il peut y avoir en effet des situations de concurrence.

Deuxième question rapide : les fameux professionnels de santé non-titulaires d'un diplôme de formation médicale qui ne sont pas inscrits au conseil de l'ordre sont de plus en plus nombreux et interviennent dans les hôpitaux. Êtes-vous favorables à leur inscription au conseil de l'ordre ? Êtes-vous favorables à ce qu'ils puissent exercer sous réserve de validation de leurs diplômes ?

Et la troisième question *flash* concerne les statuts des personnels dans les facultés. Qu'en est-il du statut de praticien libéral universitaire – très demandé par les médecins – qui permet d'avoir une activité libérale et de bénéficier du statut d'enseignant à la faculté ?

Mme Cécile Courrèges. Je parle sous le contrôle de François Lemoine mais le statut que vous venez d'évoquer existe déjà. Dans la filière de médecine générale, les universitaires exercent également une activité libérale clinique.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Les chefs de clinique assistants, certes, mais un praticien universitaire et libéral dans une filière autre que la médecine générale...

M. François Lemoine. Les départements de médecine générale sont constitués de professeurs et de maîtres de conférences, universitaires qui par ailleurs n'exercent pas à l'hôpital mais dans un cabinet libéral. Ce statut existe déjà, en effet.

M. Michel Varroud-Vial. Chaque année, en Île-de-France, il y a environ soixante-quinze assistants universitaires qui partagent leur activité entre un cabinet libéral et l'hôpital.

Mme Cécile Courrèges. Pour répondre à vos deux autres questions, monsieur le rapporteur, nous ne sommes pas capables d'obtenir le recensement exhaustif des aides des collectivités territoriales.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Pourquoi ?

Mme Cécile Courrèges. D'abord nous ne sommes pas compétents vis-à-vis des collectivités territoriales...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Vous le leur avez demandé ? Écoutez, il suffit d'avoir accès aux délibérations des conseils départementaux et des conseils régionaux. Je rappelle que la loi oblige chaque année départements et régions à faire le bilan de toutes les aides économiques apportées, de toutes les aides aux associations. Ce bilan est annexé aux comptes administratifs.

Mme Ève Robert, membre de l'inspection générale des affaires sociales. Il n'est pas très difficile d'identifier ces délibérations qui sont bien connues et des étudiants et des ARS. La mise en place du guichet unique les rendra encore plus visibles. En revanche, les communes interviennent au titre de la clause générale de compétence et il y a donc 36 000 délibérations adoptées et régulièrement revues. Leur examen demanderait un travail colossal pour une plus-value sans doute limitée, l'essentiel étant que les étudiants en médecine bénéficient de ces aides. Ce travail sera mené au niveau infra-régional et, encore une fois, nous ne sommes pas certains de l'intérêt de le faire à l'échelon national.

En revanche, en ce qui concerne la concurrence qui peut naître entre les différents niveaux de collectivités ou entre une collectivité et une autre, on sait bien que certains départements vont offrir une prime de stage d'un montant supérieur à celui de la prime offerte

par le département voisin. Il faut donc trouver une solution respectueuse de la libre administration des collectivités territoriales.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Et qu'en est-il de ma question sur les professionnels de santé non-titulaires, non-inscrits au conseil de l'ordre ? Combien sont-ils ?

Mme Cécile Courrèges. Nous ne le savons pas exactement puisque cet exercice est pour partie illégal. Aussi...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Dans chaque hôpital, vous ne pouvez pas recueillir la liste des personnels concernés ?

Mme Cécile Courrèges. Non. Nous n'avons pas cette liste et les hôpitaux ne vont pas nous la donner puisque, je le répète, cette pratique est illégale.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ils sont pourtant déclarés ne serait-ce que parce qu'ils sont payés !

Mme Cécile Courrèges. Non, ce n'est pas ainsi que le système d'information de la direction générale des finances publiques (DGFIP) fonctionne – il n'identifie pas la nationalité de la personne, par exemple – et je vous invite donc à poser votre question aux services de la DGFIP.

Nous avons une connaissance précise de ceux qui ont un statut relevant des différents cadres conçus pour les médecins pourvus d'un diplôme étranger, qui ont une possibilité d'intégration en France : un concours est organisé pour les praticiens extracommunautaires, dans le cadre des plateformes d'accueil diversifiées et d'urgence (PADU). Nous souhaitons conserver ce système car la France a vocation à accueillir des médecins et des professionnels étrangers tout en garantissant à la population la compétence, la qualification de ces professionnels. Il existe par ailleurs tout un système d'équivalences avec les autres pays membres de l'Union européenne, d'où proviennent la plupart des professionnels en question.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Les hôpitaux doivent remplir une déclaration annuelle de données sociales (DADS) avec recension nominative du personnel rémunéré...

Mme Cécile Courrèges. Vous demanderez à la DGFIP de vous renseigner.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je fais confiance à ceux qui ont pu être, à un moment ou à un autre, chargés du comité de surveillance des hôpitaux et qui ont pu avoir accès à ces données...

Quelle est votre vision des choses sur les médecins adjoints ? Une expérimentation a été lancée qui a provoqué tout un débat sur la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les honoraires, problème enfin réglé depuis quelques jours. Et il y a tous ces médecins remplaçants, qui sont dans la nature, et dont on évalue le nombre à 45 000 ou 47 000. Un nouveau statut vous paraît-il envisageable ?

M. Michel Varroud-Vial. Leur nombre augmente mais ils sont plutôt autour de 10 000 ou 11 000, chiffre déjà important et qui montre qu'il y a un certain délai à l'installation. Nous sommes tout à fait en phase avec vous sur l'intérêt que présente le dispositif de médecin adjoint. Il s'agit de médecins « non thésés » qui vont remplacer un médecin de façon permanente. Jusqu'à présent, ce dispositif était soumis à une autorisation

préfecturale un peu compliquée. Nous souhaitons par conséquent que l'autorisation préfectorale soit remplacée par une simple information de l'Ordre. De même, nous souhaitons la suppression d'une disposition selon laquelle il faut renouveler cette autorisation tous les trois mois, ce qui est complètement dissuasif. Il faudra pour cela modifier la loi en vigueur.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Vous pensez donc qu'on pourrait établir un nouveau statut pour les médecins adjoints non « thésés » voire les remplaçants puisque vous savez qu'il y a des problèmes de rétrocession, considérés par eux comme un obstacle ?

Mme Cécile Courrèges. Pour les médecins adjoints, plusieurs pistes sont envisagées et il s'agit vraiment du genre de sujet que nous souhaitons prendre en main dans la logique du plan d'accès aux soins. Nous tâchons de lever les freins et cela dans un cadre interministériel car souvent nous abordons des thèmes fiscaux ou sociaux sur lesquels le ministère des solidarités et de la santé n'a pas la main – et sur lesquels nous avons déjà saisi le ministère des finances pour faire évoluer des dispositions comme l'application de la cotisation foncière des entreprises, la CFE.

M. le président Alexandre Freschi. Je reviens au statut des médecins remplaçants, qu'envisagez-vous ? On se rend compte en effet qu'il faut compter une dizaine d'années en moyenne entre la fin des études et l'installation.

M. Michel Varroud-Vial. Faciliter la vie des remplaçants est dans notre viseur, si je puis dire. Si certaines mesures devraient être prises à cette fin, nous ne sommes pas certains qu'il faille instaurer un statut du médecin remplaçant. Le délai entre la fin d'études et l'installation est plutôt de quatre à cinq ans, ce qui est certes déjà important puisqu'auparavant on s'installait sitôt sa thèse soutenue. On pourrait agir par exemple sur les cotisations sociales, des médecins remplaçants n'exerçant qu'à temps très partiel. Il faut donc trouver des équilibres : quand vous commencez votre vie professionnelle pendant quatre ou cinq ans avec des exonérations de charges sociales, c'est très agréable ; ce l'est beaucoup moins en fin de carrière. Depuis l'année dernière, les médecins remplaçants ont la possibilité d'adhérer au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), ce qui renforce leur protection sociale.

Mme Jacqueline Dubois. Je vous remercie pour ces informations nombreuses. On constate qu'une dynamique est lancée. Nous avons largement évoqué les médecins et les équipes pluriprofessionnelles, mais je souhaiterais que les « petites mains » – les aides-soignantes travaillant aux fins fonds de nos territoires –, qui sont très utiles et interviennent auprès des personnes dépendantes maintenues à domicile, ne soient pas oubliées.

J'ai récemment été interpellée au sujet de la création d'un statut de l'aide-soignante indépendante ; cela serait-il envisageable et favorable à leurs intérêts ?

Mme Cécile Courrèges. Je ne suis pas en mesure de vous répondre, car nous n'avons pas été saisis de cette question. En revanche, je m'interroge, car l'aide-soignante travaille toujours au sein d'une équipe et dépend d'autres professionnels de santé. Les interventions de cette profession sont donc toujours coordonnées ou prescrites.

Notre philosophie consiste à ne pas laisser des systèmes se construire sur des logiques concurrentes ou autonomes, je ne suis pas sûre que cela favorise les prises en charge coordonnées susceptibles d'être prescrites.

M. Thomas Deroche. Nous venons d'autoriser l'intervention conjointe de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont les aides-soignantes font partie, afin de laisser la complémentarité jouer entre la HAD et les aides-soignantes qui sont connues des patients, et permettre une gestion complémentaire mais pas concurrente.

Mme Jacqueline Dubois. Il serait possible d'imaginer que ces aides-soignantes fassent partie d'une équipe pluriprofessionnelle, qu'elles soient installées en libéral, et travaillent en coordination avec les infirmiers et les médecins. Il se trouve peut-être des endroits où il n'existe pas de couverture satisfaisante du territoire ; ce pourrait être une façon de valoriser ce métier.

M. Varroud-Vial. Le sujet que vous évoquez est effectivement très important. La valorisation du métier d'aide-soignante doit être poursuivie, particulièrement en augmentant leurs compétences dans des domaines triviaux comme pratiquer une glycémie capillaire à une personne diabétique âgée, ce qui n'est pas actuellement le cas, mais constitue un rôle infirmier prescrit.

Avec leur accord, nous travaillons à transférer un certain nombre de compétences aux aides-soignantes. Toutefois, l'exercice du métier d'aide-soignante n'existe pratiquement pas en ville en dehors des équipes médico-sociales, ce qui est un véritable « trou dans la raquette ». Je ne suis pas certain – mais ce débat n'a pas encore eu lieu – que le modèle libéral soit le plus simple, même s'il peut être attirant, car il emporte des contraintes de tarification dont la mise en place est complexe.

En revanche, l'intégration d'aides-soignantes au sein de l'équipe de soins infirmiers constitue peut-être une voie à envisager parce que nous avons à relever l'immense défi du maintien à domicile des personnes âgées relativement peu dépendantes, mais qui éprouvent des difficultés à se déplacer pour recevoir des soins. Cela passe par une force d'intervention composée de médecins, d'infirmiers et d'aides-soignantes, qu'il va falloir bâtir dans les territoires C'est une de nos préoccupations et probablement un objectif important pour les CPTS.

M. Marc Delatte. Le vieillissement et le maintien des personnes âgées à domicile constituent un enjeu important pour la société : lorsque l'on est vieux, on veut rester et mourir chez soi ; c'est pourquoi il faut faire évoluer le modèle de l'EHPAD. La France compte 1,5 million de personnes âgées de plus de 85 ans, mais ils devraient être 4,8 millions d'ici 2048, ce qui posera aussi la question du financement de leur prise en charge.

Je souhaite par ailleurs m'exprimer au nom des aides à domicile, que je connais pour les avoir rencontrées. Elles font un métier difficile, peu reconnu et sous-payé, elles souffrent d'un manque de formation, et sont en demande. Ne pourrait-il pas être fait appel aux écoles d'infirmières pour pallier ce manque et garantir une vraie reconnaissance aux intéressées, qui précisément concourent au maintien des personnes âgées à domicile, et partant, à une vie meilleure ?

Mme Cécile Courrèges. Dans la mesure où cette question relève du champ de compétence de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) au nom de laquelle je ne puis m'exprimer, je préfère m'abstenir de répondre. Nous atteignons là les limites de nos attributions respectives.

M. Marc Delatte. D'où l'intérêt de ne pas travailler en silo...

Mme Cécile Courrèges. Nous travaillons actuellement ensemble à la feuille de route portant sur la prise en charge des personnes âgées annoncée par la ministre, qui comporte un volet important sur les diverses professions, qu'elles relèvent du domaine sanitaire et dépendent de la DGOS, ou plutôt du domaine social et relèvent de la DGCS. Un travail sur leur formation et la coordination de leurs interventions est engagé sous la direction de la DGCS, auquel la DGOS est pleinement associée.

C'est dans ce cadre que nous serons probablement conduits à évoquer la question de la formation et du statut des aides-soignantes.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Dans l'offre de soins, on distingue les soins dispensés à l'hôpital de ceux dispensés en ville : que pensez-vous de ce cloisonnement qui existe depuis tant d'années ? Demain, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) deviendraient des structures regroupant les offres publiques et privées présentes dans les territoires.

Pourriez-vous nous livrer votre perception de la télémédecine car des initiatives différentes, parfois concurrentielles et pas toujours convergentes, ont été prises ?

Vous avez assez largement abordé la question des CPTS, mais qu'en est-il de leur animation au quotidien ? Nous avons entendu des médecins qui nous ont fait part de leur désarroi au sujet de leurs capacités à créer de telles structures et, surtout, à les faire vivre.

Dans le cadre des missions qui leur sont confiées depuis de longues années, mais aussi dans le cadre du plan d'égal accès aux soins dans les territoires lancé au mois d'octobre dernier, vous avez évoqué les consultations avancées dans les territoires. Quel bilan pouvez-vous en établir alors que des médecins hospitaliers, au regard de leur statut, refusent absolument de les pratiquer ?

Mme Cécile Courrèges. Il ne faut pas se méprendre sur l'objet des groupements hospitaliers de territoires, qui est avant tout de renforcer la coopération entre les hôpitaux publics ; c'est la base sur laquelle ils ont été créés. Vous êtes en effet, monsieur le rapporteur, bien placé pour savoir que ce n'est pas parce que vous avez le même statut que vous coopérez de façon naturelle, même si les missions et les attentes sont partagées, alors que vous le faites parfois beaucoup plus facilement avec une clinique.

Le renforcement de cette coopération constitue un réel enjeu, de même que le partage et l'intégration de certaines fonctions entre les GHT, alors que cette logique ne sera pas nécessairement partagée par l'ensemble des cliniques et hôpitaux privés. J'ai pour ma part connu des territoires où existaient des pôles de santé privés, mais on observe aussi des logiques très concurrentielles, opposant hôpitaux publics et privés, l'intégration devant être promue par les GHT ne pourra donc pas être systématiquement partagée par les établissements privés.

L'autre objet des groupements hospitaliers territoriaux est le projet médical partagé (PMP), pour lequel il s'agit d'organiser des filières de prise en charge. Jusqu'à présent, ce PMP a concerné les hôpitaux publics qui avaient besoin de définir ensemble ce qui relève de la proximité ou de la spécialisation. Nous venons de loin, car les GHT n'ont été créés qu'en 2016 et le PMP en 2017, le niveau d'ambition étant très variable selon les régions, car les

situations y sont différentes. Il n'en faut pas moins continuer à déterminer un cadre pour les hôpitaux publics afin de conduire cette dynamique à son terme.

Nous devons maintenant passer à une autre étape : celle de l'ouverture de groupements hospitaliers régionaux sur leurs territoires. Il était indispensable que, pendant deux ans, les GHT travaillent beaucoup entre eux parce qu'ils avaient des choses à régler. Mais l'hôpital public ne peut pas se concevoir seul, isolé de ce qui l'entoure. L'enjeu est donc aujourd'hui celui de l'ouverture à d'autres acteurs présents dans le territoire ; à cette fin, les différents intervenants gagneront à s'organiser eux-mêmes, ce qui renvoie à la question de la structuration des soins de ville et des CPTS notamment.

Il sera en effet difficile pour un hôpital de se trouver face à une centaine de professionnels libéraux dispersés, isolés et non organisés. C'est pourquoi nous nous investissons beaucoup dans l'enjeu des CPTS et des GHT car, s'ils ne progressent pas, leur indispensable dialogue sera rendu moins aisé. Je rappelle enfin, comme à chaque fois que la confusion est faite, que le projet médical partagé n'est pas un projet médical de territoire : ce n'est pas à l'hôpital qu'il revient d'organiser l'ensemble des professionnels de santé de son ressort.

Nous souhaitons donc accentuer la démarche vers le projet médical de territoire, qui doit obligatoirement être coconstruit avec l'ensemble des acteurs.

Je n'ai guère abordé la question de la télémédecine, car il me semblait que vous l'aviez évoquée avec le directeur général de la CNAMTS, qui est en train de terminer la négociation conventionnelle devant lui conférer un statut de droit commun, évolution cruciale à mes yeux.

J'ai connu localement le développement de la télémédecine, qui est impliquée dans nombre de projets, dont beaucoup en dehors des expérimentations conduites par le ministère dans le cadre du programme Étapes (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé), sans statut pérenne et chacun travaillant de façon isolée. Cette situation ne peut plus durer : soit on recourt à la télémédecine, soit on y renonce.

Si on croit en elle, on estime qu'elle peut devenir un espace de soins équivalent à la consultation physique, auquel cas il faut se lancer, entrer dans le droit commun et mettre un terme à la situation précédente dans laquelle, par crainte d'une dérive inflationniste, avait été pris un luxe inutile de précautions. Pour ma part, je souhaiterais pouvoir constater une augmentation significative des actes de télémédecine, car dans le cadre expérimental que nous avons connu jusqu'à présent leur nombre était extrêmement limité.

De fait, elle se développait beaucoup plus en dehors du programme Étapes. L'ARS des Pays de la Loire y a ainsi investi 800 000 euros par an dans le cadre d'un appel à projets spécifique. Beaucoup plus d'actes étaient ainsi réalisés sans aucun statut pérenne, et en dehors de ce que nous avons mis en place.

La télémédecine est donc une très bonne chose sans pour autant constituer l'alpha et l'oméga. Dans tous les cas elle requiert la présence d'un médecin ; en outre, des activités lui échappent, comme certaines consultations ; par ailleurs, tous les patients n'y ont pas accès. Mais il faut croire en cette pratique, ce qui implique d'accompagner les territoires dans son organisation. Car ce serait donner un coup d'épée dans l'eau que de ne pas aider les maisons

de santé, les EHPAD et les hôpitaux de proximité à s'organiser et à s'équiper afin de pouvoir offrir ce service à la population.

S'agissant du financement des CPTS, vous avez raison, monsieur le rapporteur : c'est l'enjeu. C'est à juste titre que leurs représentants vous disent qu'ils sont insuffisamment accompagnés.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Qui finance l'animation et le maillage ?

Mme Cécile Courrèges. Les CPTS n'ont pas fait l'objet d'un cadre conventionnel, ils dépendent du FIR, ce qui n'a pas conduit à définir une politique claire. En effet le choix – que nous assumons – qui a été opéré pour les CPTS au moment de la construction de la loi a été de ne pas prendre un texte d'application afin de laisser la place aux initiatives. Cela présente l'avantage de laisser les mains libres aux territoires, mais aboutit à ce que les professionnels ne se sentent pas suffisamment sécurisés dans leur pratique. Il nous est en outre difficile de déterminer le modèle économique d'accompagnement de ces projets.

Nous savons désormais qu'il faut passer à une autre étape en conférant un modèle économique aux CPTS, ce qui implique que nous sachions les définir en déterminant leurs missions de base ainsi que d'autres, plus optionnelles, pour ceux ayant atteint une certaine maturité, et que nous assurions les financements correspondants.

M. Marc Delatte. Il ne faut pas voir dans la télémédecine, téléconsultation et télé-expertise, une panacée et l'ultime solution ; le meilleur service demeurant de l'humain à l'humain, car il ne faut pas perdre son âme.

S'agissant de la consultation avancée, il m'est revenu que les hôpitaux publics craignaient que l'on déshabille Pierre pour habiller Paul, car ils n'ont pas à constituer une réserve pour les soins de ville. Les médecins hospitaliers sont très peu nombreux à refuser les consultations avancées, le problème est qu'ils n'ont pas le temps de les faire.

C'est pourquoi les CPTS constituent à mes yeux la meilleure solution.

Mme Cécile Courrèges. Je considère effectivement que l'hôpital n'a pas vocation à se substituer à la médecine de ville, que nous souhaitons renforcer. Pour autant, dans certains territoires et pour certaines spécialités, les difficultés d'accès sont bien réelles, car la médecine générale n'est pas la seule concernée et il faut aussi prendre en compte la démographie des spécialistes.

C'est à ce titre que les consultations hospitalières avancées apportent une valeur ajoutée, et il ne s'agit que de consultations de spécialités. En revanche, si la démographie médicale en ville est souvent évoquée, celle de la démographie en milieu hospitalier peut aussi poser problème. Et si certains établissements hospitaliers éprouvent des difficultés à développer les consultations avancées, c'est parce qu'ils connaissent des difficultés démographiques dans certaines spécialités.

C'est pourquoi nous devons beaucoup plus nous tourner vers des projets médicaux partagés de territoire afin de pouvoir faire appel à l'ensemble des ressources médicales disponibles.

M. Philippe Vigier, rapporteur. En ce qui concerne les GHT, je pense comme vous qu'il faut optimiser les parcours de soins des patients.

Dans mon département une concurrence s'exerce entre les IRM et les scanners, des autorisations sont attribuées et des appareils fonctionnent à 40 %, d'autres à 85 %. Au-delà des dépenses qui sont parfois insupportables – nous sommes en pleine loi de règlement dans le cadre du « printemps de l'évaluation » –, un pilotage de l'ensemble de l'offre publique et privée de soins ne constituerait-il pas une bonne solution pour savoir qui fait quoi, comment, dans quelles conditions ? Et pourquoi pas un encadrement des dépassements d'honoraires et autres ?

Comment faire sans une telle volonté de pilotage ?

Par ailleurs, certains plans régionaux de santé ont été refusés à l'unanimité par les conseils régionaux ; cela interroge car ces plans ont été élaborés par les ARS.

Mme Cécile Courrèges. Ma réponse à votre première question ne va pas vous plaire : le pilote répartiteur de l'offre en région est l'agence régionale de santé, toutes les activités étant soumises à régulation, c'est elle qui doit s'assurer de la complémentarité de l'offre sur le territoire.

Il n'en est pas moins vrai que la situation que vous évoquez au sujet de l'imagerie médicale est assez révélatrice de ces préoccupations, la concurrence étant parfois très vive. Nous avons toutefois les moyens de réguler. Ainsi, dans la région Pays de la Loire, je ne décernais pas d'autorisation d'IRM qui n'était pas portée par un GIE (groupement d'intérêt économique) de coopération entre les secteurs public et privé. Cela afin de faire en sorte que l'offre soit toujours commune : c'est pourquoi j'ai refusé à des hôpitaux comme à des cliniques des autorisations d'IRM au motif qu'elles ne remplissaient pas ces critères.

Ce sont là des choses susceptibles d'être inscrites dans le projet régional de santé.

Nous avons engagé la réforme du régime des autorisations dans le cadre de laquelle nous réfléchissons à une meilleure prise en compte de ces dimensions de territoire. Car, vous l'avez souligné, ces autorisations sont actuellement déposées offre par offre, et lorsqu'il y a des projets concurrents, la commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS) doit trancher. En dernier ressort, le juge est l'ARS, dans un cadre juridique qui lui permet de refuser ou non l'autorisation, et les affaires aboutissent souvent au contentieux, le juge demeurant le régulateur final.

C'est pourquoi nous souhaitons prendre plus en compte l'offre de territoire au détriment de l'offre porteur par porteur. Ce n'est pas gagné, car les premières discussions que nous avons avec les diverses fédérations, qu'elles soient publiques ou privées, montrent qu'il leur est difficile d'entrer dans cette logique, l'esprit de concurrence et la suspicion étant encore très présents.

S'agissant des projets régionaux de santé, ce sont des avis qui sont rendus, la démarche doit être la plus participative possible, mais des décisions doivent être prises. Pour avoir exercé dans plusieurs régions, j'ai constaté que les cultures sont très différentes : dans certaines l'atmosphère est sereine, la légitimité de l'État est reconnue, et les PRS recueillent des avis très favorables, dans d'autres ce n'est pas le cas.

Il faut par ailleurs accepter qu'organiser l'offre dans un territoire signifie la recomposer, ce qui implique de faire bouger des activités, et ne fait pas toujours consensus, car chacun représente légitimement ses intérêts, particulièrement lorsque l'on est amené à

mettre un terme à certaines activités. Il faut toutefois conserver à l'esprit que, pour des raisons historiques, culturelles ou d'action publique, le niveau de l'offre varie beaucoup d'une région à l'autre. Dans certaines, l'organisation de l'offre est stabilisée et il n'y a guère lieu de réorganiser l'offre au sein des PRS, ce qui était le cas dans les Pays de la Loire. Dans d'autres régions, ces réorganisations n'ont pas été faites, et il faut y procéder aujourd'hui dans un contexte moins propice parce que les conditions financières d'accompagnement ne sont plus les mêmes. Il est donc très difficile d'obtenir un avis favorable à un projet régional de santé qui prévoit la fermeture d'activités, même s'il est nécessaire dans ces situations.

M. le président, Alexandre Freschi. Merci beaucoup, mesdames et messieurs pour vos propos.

L'audition se termine à dix heures trente.

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain

Réunion du jeudi 21 juin 2018 à 8 h 30

Présents. – M. Didier Baichère, M. Marc Delatte, Mme Jacqueline Dubois, M. Alexandre Freschi, M. Christophe Lejeune, M. Thomas Mesnier, M. Philippe Vigier

Excusés. - M. Jean-Pierre Cubertafon, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Monica Michel, Mme Stéphanie Rist, M. Vincent Rolland, Mme Nicole Trisse