



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Traductions gardoises du zonage d'accès aux médecins et méthode du futur zonage

Question orale n° 578

Texte de la question

M. Olivier Gaillard interroge Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les modalités d'élaboration du futur projet de révision des zonages visant à améliorer l'accès aux médecins généralistes sur l'ensemble du territoire régional, et ses potentielles traductions dans le nord-ouest rural du département du Gard. Les critères retenus pour l'élaboration de ce zonage sont déterminants pour le maintien d'une offre de soins dans l'ensemble des territoires. M. le ministre n'est pas sans savoir en effet qu'un phénomène de désertification sévit dans les zones rurales. L'éloignement d'un certain nombre de services publics, des médecins en fin de carrières qui ne trouvent pas de successeurs, contribuent à ce cercle vicieux. Parallèlement le phénomène de métropolisation continue sa course effrénée. Ainsi, la médecine rurale est devenue une espèce en voie de disparition dans les Cévennes ; d'Alès au Vigan, jusqu'aux limites de l'Aveyron et de la Lozère, sans oublier non plus les vallées des Gardons. La méthodologie « accessibilité potentielle localisée » utilisée pour l'établissement du zonage en 2018, fixée par arrêté pris le 17 octobre 2018, a suscité, et continue de susciter de vives inquiétudes au sein de la profession et bien au-delà désormais. Maintenant que ses traductions locales se font jour, de nombreux professionnels, élus, et patients informés, s'inquiètent de voir cette méthodologie nationale perdurer, et s'appliquer à nouveau pour le futur zonage. La région Occitanie avait d'ailleurs voté contre le projet de zonage lors de la commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) du 26 septembre 2018. À l'échelle de la grande région les classements incompréhensibles sont légions. Quand on examine de plus près la méthode retenue, on comprend dès lors les incohérences du zonage avec les réalités, les spécificités locales. En effet, il s'interroge sur la pertinence de l'utilisation par la DREES de données datant de 2015 pour effectuer la sélection nationale, de même que sur la part régionale. Cette part régionale estimée à 4,5 % est manifestement insuffisante. La région Occitanie serait la mieux pourvue en médecins généralistes juste après la région Provence Alpes Côte d'Azur. Une évaluation qui s'avère en décalage complet avec les disparités territoriales au sein même de cette région. Nombreux sont les territoires qui manquent de médecins généralistes. À l'échelle de la 5e circonscription du Gard, c'est une majorité de communes, des bassins de vie conséquents, étendus géographiquement, pour lesquels les temps de trajets sont à estimer en temps et non en kilomètres. Le bassin alésien est classé de la même manière que Montpellier alors que la nature de l'offre médicale et les besoins ne sont en aucune mesure comparables. Le Pays viganais et ses environs ne sont qu'en zone complémentaire, alors que la fragilité du territoire est manifeste, à court terme. La population est vieillissante, les temps de trajets conséquents, l'offre de soins en tension avec le volume de la demande qui croît du fait du vieillissement, et l'attractivité du territoire en berne. Même constat pour le bassin de Saint-Jean-du-Gard où le nombre de médecins est passé de sept (il y a quinze ans) à trois actuellement. Or, pour ces territoires ruraux, ne pas être classé en ZIP, prive des mesures les plus incitatives et attractives pour l'installation de nouveaux médecins. Dans le même temps, d'autres territoires ruraux, et des quartiers politiques de la ville, bénéficient du classement en zone d'intervention prioritaire alors que les inégalités sociales et de santé n'y sont pas significativement supérieures. À cela s'ajoute l'avenir incertain des zones de revitalisation rurale qui ajoute aux incertitudes et inquiétudes de ces nombreux territoires ruraux. Il interroge donc le ministère sur la manière dont les élus et professionnels seront informés et associés pour l'adoption du prochain zonage. Davantage de concertation est attendue par les acteurs de terrain. Il lui demande également si le ministère se dit prêt à faire évoluer la méthodologie pour pallier les disparités territoriales incompréhensibles causées par l'actuel.

Texte de la réponse

RÉVISION DU ZONAGE D'ACCÈS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE GARD

M. le président. La parole est à M. Olivier Gaillard, pour exposer sa question, n° 578, relative à la révision du zonage des médecins libéraux dans le Gard.

M. Olivier Gaillard. Monsieur le secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, je veux vous faire part de la vive inquiétude partagée par les professionnels, les élus et les patients face à la persistance du zonage actuel visant à un meilleur accès aux médecins généralistes, et dont la méthode d'élaboration est source de préoccupation.

Ce zonage est, dans bien des cas, incompréhensible, car il ne correspond pas aux réalités observées à l'échelle du large territoire des Cévennes gardoises, où la médecine rurale est littéralement en voie de disparition, à l'instar, malheureusement, des services publics. On peut s'étonner, dans ces conditions, que l'on invoque l'obligation d'installation, tant tout semble être fait pour que ces territoires en souffrance soient mis en concurrence et voient disparaître toute activité.

Quand on se penche sur la méthode de zonage, on ne peut que s'interroger sur la pertinence de l'utilisation par l'administration de données de 2015 pour effectuer la sélection nationale, de même que pour estimer la part régionale. Dans le Piémont cévenol et les Cévennes gardoises, une majorité de communes sont exclues des classements prioritaires – et donc des mesures les plus incitatives à l'installation. Pour quel motif, par exemple, le bassin alésien est-il classé de la même manière que Montpellier, alors que la nature de l'offre médicale et les besoins n'y sont en aucune mesure comparables ? Dans le même ordre d'idées, le pays viganais ne figure qu'en zone complémentaire, alors que ce territoire connaît une grande fragilité à court terme. Sa population est vieillissante, les temps de trajets sont conséquents, l'offre de soins est en tension face à une demande qui croît du fait du vieillissement. Le même constat peut être dressé pour des secteurs tels que Saint-Jean-du-Gard ou Sauve.

Dans le même temps, d'autres territoires ruraux et des quartiers de la politique de la ville bénéficient du classement en zone d'intervention prioritaire alors que les inégalités sociales et de santé n'y sont pas supérieures. À cela s'ajoute l'avenir incertain des zones de revitalisation rurale. Les professionnels et les élus locaux, pourtant les premiers concernés, ont été placés devant le fait accompli par l'ARS – agence régionale de santé. Ils se sont vu appliquer un zonage conçu selon des critères préétablis par l'agence, sans avoir été associés au choix de la méthode. En sera-t-il autrement pour le prochain zonage ? Le ministère compte-t-il véritablement faire participer les acteurs de terrain ? Enfin, comptez-vous engager une profonde révision de cette méthodologie ? Soyez assuré que les parties prenantes l'appellent unanimement de leurs vœux et qu'elles vous soutiendront dans cette démarche.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

M. Adrien Taquet, *secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.* Monsieur Gaillard, permettez-moi de rappeler le contexte général de cette question avant d'évoquer plus précisément le territoire dont vous êtes élu. Un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé pour permettre aux agences régionales de santé de mieux identifier les zones sous-denses en offre de soins, où sont mobilisées les aides à l'installation et au maintien des médecins. Entre 2017 et 2018, chaque ARS a révisé son « zonage médecin régional » en application de cette méthodologie nationale. Cette révision était nécessaire pour être au plus près de la réalité des territoires. Avec cette nouvelle méthodologie, les zones éligibles aux aides conventionnelles représentent désormais 18 % de la population nationale, contre 7 % auparavant.

Les difficultés que vous mentionnez traduisent néanmoins une réalité et se sont posées de la même manière dans un certain nombre de régions. La nouvelle méthodologie doit ainsi concilier l'expression de priorités nationales, grâce à un indicateur socle, l'« accessibilité potentielle localisée », et des priorités régionales, pour réduire les inégalités d'accès aux soins dont vous savez qu'elles sont au cœur des réflexions de ce

gouvernement. Les zones non retenues au sein du zonage peuvent bénéficier d'autres mesures d'accompagnement au plan local, non liées cette fois au critère de fragilité de la zone. Par ailleurs, afin d'ajuster au mieux les aides en fonction du besoin, les ARS peuvent, sous certaines conditions, modifier leur arrêté régional.

Par ce dispositif, il s'agit à la fois d'agir sur les territoires en difficulté et de prévenir les situations de désertification médicale que vous signaliez.

Avec cette méthodologie, 6,2 % de la population régionale en Occitanie se trouve située en zone d'intervention prioritaire, et 36,9 % en zone d'action complémentaire. Enfin, au-delà du dispositif de zonage, le Gouvernement agit résolument pour un meilleur accès aux soins en développant un panel de solutions, adaptables à chaque contexte local, car la réponse aux difficultés démographiques n'est évidemment pas unique sur l'ensemble du territoire. La stratégie de transformation de notre système Ma santé 2022, présentée en septembre dernier, dont le projet de loi à venir est une des traductions, a pour objet de renforcer l'accès au médecin par des mesures complémentaires telles que la création de postes d'assistants médicaux, qui permettront de dégager du temps médical utile, ou la création de 400 postes supplémentaires de médecins généralistes dans les territoires identifiés comme prioritaires.

In fine, l'ensemble de ces dispositifs permettront d'augmenter la ressource en médecine générale, notamment dans les zones « sous-denses ».

M. le président. La parole est à M. Olivier Gaillard.

M. Olivier Gaillard. Mme la ministre des solidarités et de la santé avait clairement indiqué qu'elle allait mettre fin au numerus clausus, tout en reconnaissant très sincèrement qu'on n'en percevrait les résultats que d'ici une dizaine d'années. La fracture sanitaire, sociale, numérique, territoriale est une réalité. Nous payons des décennies d'absence d'aménagement du territoire. Le sentiment de vivre dans un territoire de seconde zone tend, peu à peu, à traduire une réalité. C'est pourquoi il me paraissait important de souligner ce problème, qu'il est urgent de prendre en considération.

Données clés

Auteur : [M. Olivier Gaillard](#)

Circonscription : Gard (5^e circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question orale

Numéro de la question : 578

Rubrique : Professions de santé

Ministère interrogé : Solidarités et santé

Ministère attributaire : Solidarités et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [12 février 2019](#)

Réponse publiée le : 20 février 2019, page 1526

La question a été posée au Gouvernement en séance, parue au Journal officiel du [12 février 2019](#)