

Les déserts médicaux

Sylvie Castaigne et Yann Lasnier

2017-27

NOR : CESL1100027X

Jeudi 14 décembre 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du mercredi 13 décembre 2017

LES DÉSERTS MÉDICAUX

Avis du Conseil économique, social et environnemental
présenté par

Mme Sylvie Castaigne et M. Yann Lasnier, rapporteur.e.s

au nom de la
commission temporaire

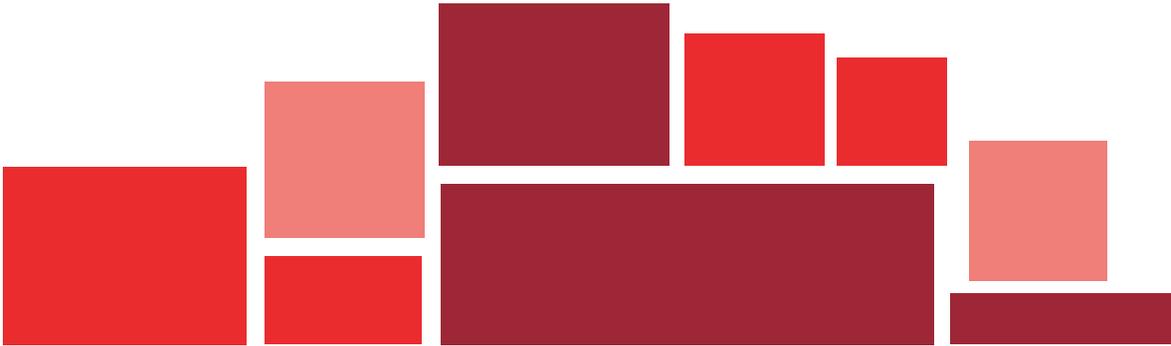
Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 6 juillet 2017 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la commission temporaire la préparation d'un avis intitulé : *Les déserts médicaux*. La commission temporaire présidée par Mme Marie-Andrée Blanc, a désigné Mme Sylvie Castaigne et M. Yann Lasnier comme rapporteur.e.s.

Sommaire

P.6 AVIS

Introduction	7
ÉTAT DES LIEUX	8
PRÉCONISATIONS	14
I. LA MÉDECINE GÉNÉRALE	14
A - Changer le regard sur la médecine générale	14
B - Diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiant.e.s en médecine pour équilibrer à terme leur répartition sur les territoires	17
C - Augmenter le nombre de terrains de stage en médecine ambulatoire (médecine générale ou autre spécialité)	19
II. L'INSTALLATION	20
A - Une liberté d'installation des médecins qui ne doit pas remettre en cause l'égalité d'accès aux soins	20
1. Mieux responsabiliser les médecins libéraux.ales et les pouvoirs publics	20
2. Dès maintenant, utiliser le levier du conventionnement sélectif	21
B - Repositionner les ARS comme échelon de pilotage opérationnel des structures regroupées	22
C - Soumettre à évaluation les aides financières à l'installation	24
D - Augmenter par des mesures immédiates le temps médical disponible	25
1. Libérer du temps médical en incitant les médecins de secteur 1 à disposer d'un.e secrétaire médical.e dans les zones sous-denses	25
2. Ajouter du temps médical en facilitant le cumul emploi-retraite dans les zones sous-denses	26

III. LA MÉDECINE DU FUTUR	27
A - Renforcer le volet prévention tout au long de la vie	27
B - Répartir différemment les tâches entre les professionnel.le.s de santé	29
C - Développer la télémédecine	31
Conclusion	34
DÉCLARATIONS DES GROUPES	36
SCRUTIN	56
ANNEXES	58
N° 1 Composition de la commission temporaire	58
N° 2 Liste des personnalités auditionnées et rencontrées	60
N° 3 Table des sigles	62



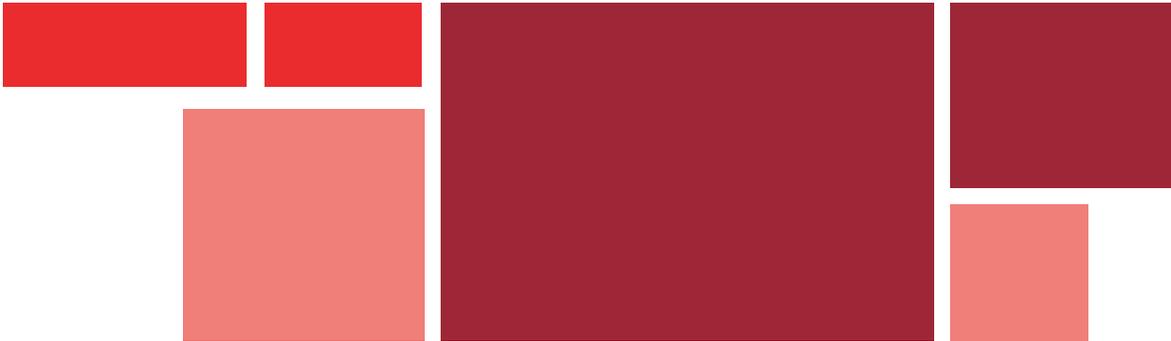
Avis

présenté au nom de la commission temporaire

**L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public
par 131 voix contre 10 et 26 abstentions.**

LES DÉSERTS MÉDICAUX

Sylvie Castaigne et Yann Lasnier



Depuis la réforme constitutionnelle de 2008, le CESE peut être saisi par voie de pétition citoyenne de toute question à caractère économique, social ou environnemental. Actuellement, ces pétitions doivent atteindre le seuil de 500 000 signatures en format papier pour être recevables par le Conseil.

Sans attendre d'atteindre ce seuil contraignant des 500 000 signatures et avant que le caractère numérique demandé par le Conseil ne soit reconnu, le Conseil a pris la décision d'instaurer une veille des pétitions qui ne lui sont pas directement adressées.

Des pétitions plus modestes peuvent en effet revêtir une certaine importance, témoigner de l'ampleur qu'un débat est en train de prendre, alerter sur un sujet émergent. Le Conseil ne se saisit pas d'une pétition en particulier mais de la problématique soulevée par les pétitions identifiées sur un sujet donné, entrant en convergence avec son champ de compétences.

Cette veille a alerté le CESE sur l'acuité grandissante de l'enjeu de l'accès aux soins. Le 14 septembre 2017, pour la première fois, 3 porteurs de pétitions en ligne ont ainsi été auditionnés par la commission.

Par cette méthodologie inédite, le Conseil amplifie sa capacité à s'ouvrir aux citoyen.ne.s, à capter des expressions individuelles afin de leur donner une traduction collective.

Introduction

La question des « déserts médicaux » est de plus en plus prégnante dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, témoignages et déclarations dans les médias et les réseaux sociaux, émanant des citoyen.ne.s, des praticien.ne.s de la santé comme des acteur.rice.s de la société civile et des responsables politiques.

Le CESE, en réalisant une veille des pétitions en ligne, avait repéré l'acuité grandissante de cet enjeu d'accès aux soins. Pour la première fois, il a souhaité saisir l'occasion de cette mobilisation citoyenne pour écouter les parties prenantes (patient.e.s, professionnel.le.s de santé, mais aussi administrations et pouvoirs publics) et présenter ses préconisations.

Le présent avis s'inscrit dans l'agenda du Gouvernement, lequel a demandé, par la voix du Premier ministre lors de sa venue au CESE le 11 juillet 2017, que celui-ci puisse nourrir le plan d'action du ministère de la santé. Le 13 octobre dernier, la ministre de la santé a présenté son plan « *Renforcer l'accès territorial aux soins* », constitué de quatre priorités. Ce plan, loin d'être conçu comme complet et définitif, comporte un volet « *Gouvernance* » selon lequel un comité de pilotage se réunira chaque semestre pour réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan et décider d'éventuelles adaptations à apporter.

C'est dans ce cadre que le CESE formule 10 recommandations qui ont vocation soit à compléter le plan ministériel par des mesures nouvelles, soit à décliner opérationnellement des mesures qui y figurent.

Un esprit de pragmatisme a présidé à leur élaboration : l'imposition d'une solution unique n'étant ni possible, ni souhaitable, c'est une diversité d'outils ajustés aux besoins évolutifs des territoires et des patient.e.s qui est ici proposée. La perspective retenue n'a pas consisté à partir, classiquement, des lacunes de l'offre de soins mais des nouveaux besoins des patient.e.s dont le parcours de soins est détérioré.

Au-delà des visions souvent catastrophistes et des mesures parfois précipitées, le CESE entend souligner que la question urgente des déserts médicaux constitue une opportunité pour repenser l'organisation des soins autour du.de la patient.e. En effet, les déserts médicaux révèlent le décalage croissant entre l'organisation des soins et les besoins de santé émergents (maladies chroniques, etc.) d'une part, les progrès technologiques d'autre part. Par là-même, ils constituent aussi le laboratoire de solutions innovantes.

État des lieux

De quoi parle-t-on ?

L'expression de « *désert médical* », qui désigne un accès aux soins très difficile selon le lieu de résidence des individus, englobe l'ensemble des professionnel.le.s de santé et pas seulement les médecins. L'expression est commode, parce que simple et percutante, mais ne doit pas laisser penser que seule la profession médicale est concernée, entendue au sens strict (médecins) ou large (médecins, sages-femmes, chirurgien.ne.s-dentistes). La mauvaise répartition des médecins généralistes et des spécialistes de premiers recours conditionne effectivement, du fait de leur pouvoir de prescription, l'installation d'autres professionnel.le.s comme, par exemple, les infirmier.ère.s libéraux.ales.

L'expression de « *désert médical* » ne s'applique pas non plus seulement à certaines zones rurales mais également à des quartiers urbains sensibles et même à des centres-villes (où est parfois impossible l'accès à un.e médecin ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires - médecin conventionné.e dit de « *secteur 1* »).

Les critères de définition d'un désert médical, qui déterminent aussi leur mesure, font nécessairement l'objet d'appréciations divergentes. Il s'agit en effet de discerner le point à partir duquel une difficulté d'accès (distance, délai de rendez-vous, montant des honoraires, etc.) doit être considérée comme un *obstacle* jugé anormal, inacceptable au regard d'un standard de système de santé. Par ailleurs, la définition *objective* d'un désert médical est souvent en décalage avec le *ressenti subjectif* des patient.e.s, qui disposent de leurs propres critères et sont sensibles aux variations temporelles (un accès aux soins satisfaisant sera jugé « *mauvais* » s'il s'est dégradé par rapport à une situation antérieure). À cet égard, la représentation du.de la médecin de famille, présent.e dans chaque village et disponible à toute heure appartient au passé et ne peut plus être érigée en modèle de référence.

Une estimation minimale est fournie par la DREES¹, selon laquelle environ 8 % de la population se situe dans un désert médical en 2017 (soit 5,3 millions d'habitant.e.s)². La DREES et l'IRDES³ ont construit un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), nombre de consultations/par habitant.e/an, qui tient compte notamment de la proximité, de la disponibilité des médecins généralistes et des besoins de la population selon l'âge. L'APL moyen en France est de 4,11. Avec un seuil de 2,5 consultations/an et par habitant.e 8,1 % de la population habite en zone sous-dense et 18 % si l'on retient le seuil de 3 consultations par an. Les régions les plus touchées sont la Bourgogne-Franche-Comté, l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Ile-de-France ainsi que la Corse. 20 % des habitant.e.s des communes sous-denses habitent en Ile-de-France, région dans laquelle 13 % des habitant.e.s résident dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (8 % au niveau métropolitain). Au sein d'une

1 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

2 Cf. Les Dossiers de la Drees n° 7, Mai 2017, « *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* », par Noémie Vergier et Hélène Chaput en collaboration avec Ingrid Lefebvre Hoang.

3 Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

même région, les situations sont très disparates selon les *bassins de vie*, qui sont l'échelle pertinente pour apprécier l'existence d'une zone sous-dense.

La DREES reconnaît que l'indicateur devrait être enrichi pour inclure les autres acteurs de la santé (spécialistes en accès direct ou non ; professions paramédicales, etc.), et d'autres critères (tarifs de la consultation ; présence ou non de médecins en secteur 1, etc.). De leur côté, les Agences régionales de santé (ARS)⁴ et l'assurance maladie ont défini de façon différente leur zones sous-denses, d'où un « *chevauchement imparfait de différents zonages* »⁵ qui servent de base aux dispositifs d'aide (exonérations fiscales, etc.). En effet, l'APL ne tient pas compte de certaines données qualitatives : par exemple, des médecins généralistes peuvent être présents sur un territoire mais compter des délais importants vu le grand nombre de patients traités ou ne pas accepter d'en prendre de nouveaux dans leur file active. D'autres font le choix de ne pas exercer la médecine générale *stricto sensu* mais d'opter pour un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, etc.). De plus, certaines zones aujourd'hui dans la moyenne de l'offre peuvent rapidement basculer en zones sous-denses au départ d'un seul médecin généraliste.

Le problème des déserts médicaux se pose dès maintenant et deviendra critique dans les années qui viennent si rien n'est fait. Même l'amélioration de la démographie médicale, à partir de 2025, ne suffira pas à résorber les déserts médicaux en l'absence d'une meilleure répartition des effectifs. Pour mémoire, les variations de la démographie médicale sont en partie dépendantes de celles du *numerus clausus* pour les études médicales. Sans doute excessif dès la fin des années 1960, le *numerus clausus* a diminué à partir des années 1980 pour passer en dessous de la barre des 4 000 places entre 1992 et 2000, dans le but de maîtriser les dépenses de santé, avant d'augmenter de nouveau à des niveaux désormais élevés (8 124 en 2017). Selon les ARS, il convient de distinguer les zones sous-denses et les zones potentiellement à risques. Le total des deux concernerait 56 % de la population.

Quels en sont les facteurs explicatifs ?

- a. *Du côté de l'offre de soins*, le temps médical disponible est insuffisant en raison d'une baisse du nombre des médecins généralistes et de spécialistes de premier recours entre 2010 et 2025, de la mauvaise répartition géographique de certaines professions et d'une diminution du temps de travail moyen des médecins de toutes spécialités.

Depuis 40 ans, le nombre de professionnels de santé a augmenté plus vite que la population totale. Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 216 700 médecins en activité de moins de 70 ans, ce qui constitue un maximum historique. La France se situe à cet égard dans la moyenne des pays de l'OCDE, avec un ratio de 3,3 médecins pour 1 000 habitants contre 4,1 en Allemagne et 2,8 au Royaume-Uni⁶. À noter également que la parité des médecins en activité sera atteinte en France en 2020. Mais à court terme beaucoup de

4 Sur la base d'une méthodologie définie en dernier lieu par un décret du 25 avril 2017.

5 Sénat, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, « *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires* », juillet 2017.

6 OCDE, Panorama de la santé 2015.

médecins généralistes partant à la retraite ne seront pas remplacé.e.s surtout dans les zones peu attractives. Ainsi, la diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux a été de 13 % entre 2007 et 2016 et serait encore de 15 % entre 2016 et 2025. De même, le nombre de certains médecins spécialistes en accès direct (ophtalmologistes, gynécologues, psychiatres) diminuerait de 20 % entre 2012 et 2025. Cette baisse des effectifs contraste avec la croissance dynamique du nombre des autres médecins spécialistes et des autres professionnel.le.s de santé.

Les médecins, particulièrement les spécialistes en accès direct, sont concentré.e.s dans les pôles urbains (l'offre par habitant.e varie de 1 à 9 entre les communes isolées et les pôles urbains).

Les causes de ces inégalités territoriales résident principalement dans le fait que certains territoires sont peu attractifs. Or, l'attractivité d'un territoire et la qualité de vie sont des critères de choix important pour les professionnel.le.s de santé. Ces critères tendent à être de plus en plus importants chez les jeunes médecins, qui sont attiré.e.s par un exercice groupé qui permet la mutualisation de services, par un cadre de travail agréable et dynamique ainsi que par un territoire qui permet aux conjoint.e.s de trouver un emploi et qui offre des services divers et de qualité.

Par ailleurs, le temps médical moyen disponible (temps consacré par le.la praticien.ne à sa patientèle hors tâches administratives) se réduit : les jeunes médecins, hommes comme femmes, aspirent légitimement à un meilleur équilibre vie professionnelle/vie familiale et personnelle.

Enfin si la majorité des généralistes (95 %) sont installé.e.s en secteur 1, de nombreux.euses spécialistes de premier recours (ophtalmologistes et gynécologues en particulier) sont installé.e.s en secteur 2 et pratiquent donc des dépassements d'honoraires qui peuvent compromettre l'égalité d'accès aux soins.

b. *Du côté de la demande de soins*, le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies engendrent une augmentation drastique du nombre de patient.e.s tout en nécessitant un temps médical accru. D'autre part, le recours aux soins est plus important qu'auparavant. Pour ces raisons, la file d'attente des médecins libéraux tend à la saturation, rendant difficile la consultation dans des délais raisonnables alors même que le virage ambulatoire suppose des professionnel.le.s de santé bien coordonné.e.s auprès du domicile des patient.e.s.

Les mesures prises par l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales

De nombreuses mesures ont été prises depuis une dizaine d'années, par l'État avec en particulier le Pacte Territoire Santé mis en place par le ministère de la santé en 2012, par l'assurance maladie *via* les négociations conventionnelles menées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) avec les professionnel.le.s de santé, et par les initiatives de plus en plus nombreuses des collectivités territoriales. Les plus notables sont les suivantes :

- les aides contractuelles à l'installation mises en place par l'État :
 - les contrats d'engagement de service public (CESP), ouverts depuis 2011 aux étudiant.e.s en médecine dès la deuxième année du cursus (allocation mensuelle

d'un montant brut de 1 200 €) et conditionné.e.s à l'installation en secteur 1 en zone sous-dense à l'issue des études. Depuis 2011, près de 2 000 CESP ont été conclus ;

- les contrats de praticien.ne territorial.e de médecine générale (PTMG), étendus pour les spécialistes en 2015 sous la forme de contrats de praticien.ne territorial.e de médecine ambulatoire (PTMA), qui consistent en une garantie de ressources pour le cabinet (6 900 € mensuels bruts garantis) ;
- les contrats de praticien.ne.s isolé.e.s à activité saisonnière aident au surcroît d'activité jusqu'à 4 600 € par an. Ces aides sont cumulables avec celles de l'assurance maladie et plafonnées.
- les aides conventionnelles.

La convention du 25 août 2016 a donné le jour à quatre nouveaux dispositifs : le contrat d'installation en zone sous-dense (aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 50 000 €), le contrat de transition pour les médecins préparant leur sortie d'exercice (jusqu'à 20 000 € annuels), le contrat de stabilisation et de coordination en faveur des médecins qui ont une pratique groupée avec d'autres professionnel.le.s (5 000 € par an) et le contrat de solidarité territoriale destiné aux médecins implanté.e.s en dehors d'une zone fragile qui apportent leur concours à des confrères (aide égale à 10 % des honoraires), ouverts aux spécialistes comme aux généralistes.

Par ailleurs, notamment pour faciliter l'installation des nouvelles générations de médecins composées pour 80 % de femmes, un avenant de mars 2017 a institué une aide forfaitaire supplémentaire pour le congé maternité (3 100 € par mois pendant trois mois) et pour le congé paternité (1 116 € par mois) en complément de l'allocation forfaitaire d'un montant de 3 269 € et des indemnités journalières (53,74 € par jour) que perçoivent déjà les femmes médecins pendant la maternité.

- les aides fiscales.

Elles prennent depuis 2005 notamment la forme d'une exonération fiscale des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins dans les zones sous-denses et, dans le cadre du dispositif ZRR (zone de revitalisation rurale), d'une exonération de cotisations sociales pour l'embauche d'un.e salarié.e.

Quant aux *collectivités territoriales*, elles financent actuellement environ 850 maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé multi-sites. Elles ont également la faculté d'accorder diverses aides à l'installation ou au maintien de professionnel.le.s de santé (prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux, versement de primes dans les zones couvertes par les dispositifs d'aide de l'État et de l'assurance maladie). De plus en plus, les territoires entrent en concurrence pour attirer les professionnel.le.s de santé, avec le risque d'aggraver les inégalités.

Le plan « *Renforcer l'accès territorial aux soins* » présenté en octobre 2017 par la ministre de la santé s'inscrit dans le prolongement des mesures prises par le Pacte Territoire Santé (2012 puis 2015). Il présente un bouquet de solutions concrètes visant notamment à :

- adopter un nouveau zonage d'éligibilité aux aides englobant 18 % de la population et non plus 7 % ;

- faciliter les conditions d'exercice en zones sous-denses (cumul emploi-retraite ; consultations « avancées »⁷ ; exercice partagé entre l'hôpital et une structure ambulatoire ; médecin-adjoint.e ; remplacements) ;
- soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonnés.

Dans ce contexte, le CESE formule 10 préconisations afin de compléter, modifier ou préciser les mesures existantes. Il est précisé qu'au regard des spécificités des territoires des outre-mer, les analyses contenues dans cet avis ne leur sont pas nécessairement applicables. L'encadré qui suit leur est consacré.

État des lieux dans les outre-mer

Selon les précisions de la Direction générale des outre-mer (DGOM), « *Mayotte est le plus grand désert médical français avec une densité de 7 médecins libéraux pour 100 000 habitants, ce qui est 20 fois plus faible que dans l'Hexagone. Concernant les médecins généralistes libéraux, la densité pour trois des quatre départements d'outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane, est très inférieure à la moyenne nationale. Certes, La Réunion est aussi bien pourvue, voire mieux, que l'Hexagone concernant les médecins généralistes mais comme les autres DOM, elle souffre d'un manque de spécialistes. Ainsi, les quatre collectivités précitées enregistrent les densités de médecins spécialistes les plus faibles des régions françaises* ».

Par ailleurs, des inégalités persistent à l'intérieur d'un même territoire de par l'étendue, l'isolement (comme en Polynésie-française avec ses 138 îles ou à Wallis-et-Futuna) et le manque d'équipement. Même si l'État a entrepris un effort de rattrapage à Wallis-et-Futuna, la situation de ce territoire reste spécifique. En effet, la DGOM rappelle que « *l'agence de santé joue un rôle central dans le système de santé. À Wallis-et-Futuna, il n'y a pas de médecine libérale ni de pharmacie, toutes ces fonctions sont assurées par les centres de santé de proximité qui assurent les consultations médicales, la dispensation des médicaments et la prévention. Les consultations de spécialités, elles, ne sont possibles qu'à l'hôpital* ». À Saint-Pierre-et-Miquelon n'exerce qu'un.e seul.e médecin libéral.e. La médecine spécialisée est exclusivement assurée au centre hospitalier. Par ailleurs, le territoire dispose également d'un centre de santé permettant de compléter l'offre de soin hospitalier.

Dans son rapport de 2014 sur la santé dans les outre-mer, la Cour des comptes constate que « *les déficits des comptes de sécurité sociale en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie* » peuvent avoir des incidences sur les établissements de santé d'une part et sur les offres de soins d'autre-part.

Les outre-mer « *doivent également anticiper le vieillissement de la population médicale* ». Ainsi, en Guyane, 70 % des spécialistes libéraux.ales sont âgé.e.s de 55 ans ou plus.

⁷ Consultations assurées sur le site (hôpital local, centre de santé, etc.) le plus proche du lieu de vie du.de la patient.e.

Bilan des récentes politiques de santé dans les Outre-mer

Les mesures du « *Pacte Territoire Santé* » mises en place dès 2012 comportaient un volet relatif à l'accès aux soins dans les départements et régions d'outre-mer. De plus, la Stratégie nationale de santé, présentée en 2016, prévoyait des mesures supplémentaires pour favoriser l'accès aux soins.

Selon la DGOM, le bilan des engagements pris pour ces territoires sont encourageants.

La Guadeloupe a priorisé 4 axes (la formation initiale des médecins, l'accompagnement des jeunes médecins dans leur installation, l'exercice regroupé des professionnels de santé avec la création des maisons de santé pluridisciplinaire et l'accès aux soins urgents pour rapprocher les populations).

Les résultats sont plus mitigés en Martinique : l'offre ambulatoire a été enrichie de 2 maisons de santé pluri-professionnelles (MSPP) (sud et centre) et de 2 centres de santé. Un seul contrat PTMG a été signé.

En Guyane, une dynamique autour de la mise en place des maisons de santé a pu être impulsée, grâce notamment à la désignation d'un.e référent.e territorial.e. 3 MSPP ont pu être ouvertes. 5 CESP se sont installés. La Réunion a ouvert 9 MSPP depuis 2011 et 23 médecins correspondant.e.s du SAMU (MCS) sont en place. 3 contrats PTMG ont été signés, 4 contrats CESP ont été signés et quatre sont à venir d'ici 2018.

A Mayotte, le Pacte territoire santé a notamment permis (selon les conclusions du rapport de recommandations du Conseil national de l'ordre des médecins de 2017) la structuration d'un exercice pluri-professionnel à travers la création d'un pôle de santé multi-sites, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins urgents grâce au déploiement de 23 MCS sur l'ensemble des dispensaires.

Préconisations

I. LA MÉDECINE GÉNÉRALE

A - Changer le regard sur la médecine générale

L'ordonnance du 30 décembre 1958 a structuré la médecine autour de l'hôpital. Ce cadre a favorisé une médecine spécialisée de haut niveau mais la médecine générale en est restée le parent pauvre. Or une telle organisation ne permet pas de faire face aux enjeux que sont le vieillissement de la population et l'augmentation constante des maladies chroniques ; n'est pas non plus adaptée aux progrès techniques, qui tendront à revaloriser l'acte clinique (intellectuel) et à banaliser l'acte technique sur laquelle la plupart des spécialités avaient fondé leur prééminence. En effet, avec le développement de l'intelligence artificielle, l'ordinateur avancera des diagnostics et proposera des traitements : le médecin aura pour rôle de les valider et de les expliquer à son patient, d'en discuter avec lui. Le rôle du médecin comme conseiller et coordinateur des soins sera d'autant plus renforcé, et ses compétences humaines d'autant plus valorisées : écoute, confiance, conseil, empathie, prise en compte du contexte de vie global du patient. En revanche, les professions médicales basées avant tout sur l'analyse de signaux telles que la radiologie ou la biologie verront leurs pratiques modifiées par les effets de l'automatisation.

Actuellement il existe une grande désorganisation dans l'utilisation des différentes structures de soins : ambulatoire, hôpital, médico-social avec perte de la hiérarchisation des soins et manque de communication entre les différentes structures. Cette désorganisation devient particulièrement inflationniste en termes de coûts (redondance des examens) du fait de l'augmentation des pathologies complexes et chroniques en particulier chez les patients âgés.

Les soins de santé primaires constituent le premier contact entre le patient et le système de santé sur un territoire. En 2005, la *World organization of family doctors (WONCA)* a défini la médecine générale comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») a intégré les soins de premiers recours dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et a identifié les missions des médecins de premier recours. Les médecins généralistes assurent la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de maladies ainsi que l'éducation pour la santé dans une approche qui doit être humaine et globale. Ils participent à la continuité de soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination de soins nécessaires au patient. Ces missions prennent davantage d'importance encore avec le virage ambulatoire destiné à réduire les durées et donc les coûts de l'hospitalisation.

Jusqu'en 2004, en dépit de leur rôle central dans le parcours de soins, les médecins généralistes étaient les médecins qui n'avaient pas passé ou réussi le concours d'internat, seule voie capable de conduire vers les spécialités. En 2004 étaient créés à la fois l'examen

classant national de fin d'études qui conduisait à l'internat pour tou.te.s et le DES de médecine générale ainsi que l'internat de médecine générale. Très progressivement étaient recruté.e.s dans les facultés de médecine des enseignant.e.s de médecine générale : professeur.e, maître.esse de conférences et chef.fe de clinique. Le pourcentage d'enseignant.e.s de médecine générale reste cependant très faible dans chaque faculté au regard du nombre d'étudiant.e.s à former et comparativement au nombre d'universitaires des autres spécialités (1 pour 100 internes en médecine générale *versus* 1 pour 10 internes dans les autres spécialités).

La médecine générale attire moins que d'autres spécialités. Actuellement, sur une promotion de 100 étudiant.e.s en fin d'études, seul.e.s 25 % environ vont s'installer en médecine ambulatoire dont 15 % en médecine générale, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, elle est une spécialité difficile, le.la généraliste devant par définition savoir gérer toutes les pathologies de tous âges, les polyopathologies complexes des patient.e.s âgé.e.s et le suivi des maladies chroniques : insuffisance cardiaque, diabète, maladies psychiques, cancers, etc. Cela n'empêche pas que le.la médecin généraliste passe parfois aux yeux du public comme un.e médecin moins performant.e. Si les patient.e.s identifient facilement l'exercice du.de la spécialiste à une expertise déterminée, le rôle du.de la médecin généraliste peut être vu en négatif comme se cantonnant aux soins de « bobologie » et constituant le passage obligé pour pouvoir avoir accès à un.e spécialiste de deuxième recours (rôle du.de la médecin traitant.e). Par ailleurs l'acte de médecine générale (le C) est moins valorisé que l'acte de consultation des spécialistes. Les généralistes effectuent par ailleurs peu d'actes permettant une rémunération supplémentaire à l'inverse de plusieurs catégories de spécialistes. De plus, la grande facilité avec laquelle les médecins des spécialités autres que généraliste accèdent à la liberté d'honoraires (deux ans d'exercice en qualité de chef.fe de clinique) favorise de fait leur implantation dans les zones à fort pouvoir d'achat et facilite l'obtention de hauts revenus avec une plus faible activité⁸.

Pour y remédier, plusieurs mesures ont été prises : reconnaissance de la médecine générale comme spécialité ; obligations de stage de médecine générale pour les étudiant.e.s du 2^{ème} cycle ; rénovation de la maquette de l'internat de médecine générale avec au moins 2 semestres sur 3 en médecine ambulatoire ; revalorisation récente du C de consultation de 23 à 25 € ; revalorisation d'actes de prise en charge dits « complexes » et « très complexes » (ex : première consultation d'une jeune fille pour sa contraception, annonce ou mise en place d'un traitement pour une maladie grave).

Toutefois, ces mesures n'améliorent pas suffisamment l'attractivité de la médecine générale ambulatoire, comme le montrent les chiffres cités plus haut.

C'est pourquoi la valorisation du rôle des soins de premier recours passe par un changement de regard sur la médecine générale et plus largement sur les spécialités cliniques de premier recours, à la fois du côté des médecins et étudiant.e.s et du côté des patient.e.s.

⁸ En 2014, le revenu annuel imposable (c'est-à-dire une fois les charges soustraites des honoraires) des médecins libéraux était par exemple de 207 000 € pour les radiologues, de 180 000 € pour les chirurgien.ne.s, de 165 000 € pour les ophtalmologues ou de 100 000 € pour les gynécologues, et de 82 000 € pour les généralistes (cf. chiffres Drees repris par la Cour des comptes à la p. 227 de son Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017).

A cet égard, plusieurs évolutions sont indispensables :

- a. renforcer la formation en soins primaires pendant les études médicales, augmenter le nombre d'universitaires de médecine générale, augmenter les stages en médecine ambulatoire et développer la recherche dans ce domaine ;
- b. améliorer les conditions d'exercice en favorisant le développement du travail en exercice collectif et coordonné des professionnel.le.s de santé par exemple dans des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé. Les SCIC, permettant d'associer les acteur.rice.s du territoire, peuvent à cet égard constituer une solution organisationnelle⁹. Les structures regroupées permettent de réaliser un travail de coordination avec d'autres professionnel.le.s de santé autour des prises en charge complexes des patient.e.s âgé.e.s ou polyopathologiques, de suivre des protocoles de soins, de prévention et de dépistage élaborés entre professionnel.le.s ;
- c. faciliter l'exercice quotidien des médecins par l'allègement des procédures administratives grâce aux outils numériques (Dossier médical partagé, protocoles numérisés, télé médecine) et au recrutement d'un.e coordinateur.trice administrative (chargé.e de la mise en place et du suivi des outils informatiques, des relations avec les acteur.rice.s comme l'ARS, de la gestion budgétaire, de l'organisation des réunions entre professionnel.le.s de santé, etc.) ;
- d. diversifier les modes de rémunération pour sortir du paiement exclusif à l'acte, qui incite au travail individuel et à la multiplication des actes.

Par ailleurs, les pouvoirs publics ont jusqu'ici largement négligé l'information et la sensibilisation du public sur la bonne utilisation du parcours de soins primaires. Les patient.e.s usager.ère.s demandent à être associé.e.s aux décisions médicales et à l'organisation des soins. Il faut sensibiliser les citoyen.ne.s à l'importance du premier échelon des soins, au choix de l'échelon le plus pertinent de recours aux soins, par des campagnes d'information grand public, à l'image des ateliers d'éducation sanitaire et familiale expérimentés par la MSA Lorraine. À titre d'exemples, il devrait être expliqué qu'il n'y a pas lieu de consulter systématiquement pour tout symptôme, ou qu'une consultation chez le.la médecin généraliste est préférable au recours aux urgences hospitalières pour une symptomatologie banale. En ce sens, se sont révélées particulièrement utiles des campagnes d'information comme celle portant le slogan : « *Les antibiotiques, ce n'est pas automatique* » lancée en 2002 dans l'objectif de faire diminuer la prescription d'antibiotiques en France. Il convient d'aider les patient.e.s à mieux s'approprier leur parcours de soins lorsque l'offre existante le permet.

⁹ La Scic est définie par son multi sociétariat qui en fait la spécificité et l'intérêt pour répondre au défi des déserts médicaux en permettant l'association de nombreuses parties prenantes du territoire, dont les collectivités locales. Des initiatives ou des projets d'offre de soins ou sur le champ médico-social se sont organisés en coopérative. Si elles restent peu nombreuses, ces initiatives témoignent de l'intérêt de ce format, dès lors qu'un projet de santé est partagé par les acteur.rice.s du territoire. En matière d'organisation de l'offre de soins, des maisons de santé pluridisciplinaires ont été créées et des centres de santé l'envisagent : Scic Med Clichy, ScicViv'la vie, etc.

Préconisation n° 1

Renforcer les soins de santé primaires en changeant le regard sur la médecine générale, en sensibilisant et en associant les usager.ère.s et les patient.e.s à l'organisation du système de santé pour une meilleure appropriation des parcours des soins.

B - Diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiant.e.s en médecine pour équilibrer à terme leur répartition sur les territoires

La sociologie du recrutement des étudiant.e.s en médecine comporte certaines constantes qui, si elles ne sont pas corrigées, ne contribueront pas à lutter contre les déserts médicaux. D'une part, les jeunes intégrant ce cursus sont très majoritairement issu.e.s des métropoles et de milieux sociaux favorisés. Le regard porté sur la ruralité, les banlieues et plus généralement les territoires sous-denses peut être emprunt de préjugés, ce qui peut s'expliquer en partie par les trop rares interventions lors du cursus de médecins généralistes venant témoigner de leur expérience. D'autre part, les études de médecine, qui sont longues et représentent un effort financier important pour les familles, dissuadent les jeunes de familles modestes de s'inscrire en première année commune aux études de santé (PACES), et ce d'autant plus que l'échec est fréquent et se solde par deux années d'étude vécues comme « perdues ». De ce fait, les jeunes qui grandissent dans les zones sous-denses et qui pourraient être intéressé.e.s par le projet d'exercer un métier de la santé sur leur territoire d'origine sont rares en PACES.

- a. Le CESE préconise d'abord de développer dans des lycées implantés dans les zones sous-denses une filière d'initiation aux métiers de la santé.

Des lycéen.ne.s pourraient ainsi, dès la classe de Première, intégrer cette option, qui serait intégrée dans le Parcours Avenir et dont le programme serait élaboré par un.e professeur.e de SVT référent.e et un.e médecin généraliste en associant des intervenant.e.s extérieur.e.s (dont des étudiant.e.s en médecine). Les filières Excellence existantes, notamment les six filières créées dans les Hauts-de-France sur propositions de l'ARS au rectorat, constituent à bien des égards une réussite qu'il serait opportun de dupliquer.

- b. Diversifier les recrutements doit aussi passer par la multiplication des passerelles entre les autres cursus universitaires, notamment des professionnel.le.s de santé, et les études de médecine. Déjà, l'expérimentation « *Alter Paces* » permet à des étudiant.e.s ayant validé une licence de se présenter à une audition devant un jury interuniversitaire pour intégrer le cursus médical en 2^{ème} année dans l'université dans laquelle l'étudiant.e est inscrit.e en licence. Ce type de dispositif, qui s'adresse actuellement à des étudiant.e.s très sélectionné.e.s et n'existe que dans certaines universités, devrait à terme être généralisé.

Les actuelles filières Excellence dans les lycées, qui sont réservées aux élèves de la filière scientifique, ainsi que les passerelles encore trop rares illustrent un défaut du cursus médical actuel : l'excessive focalisation sur les matières scientifiques et sur les épreuves de mémorisation, qui ne laisse aucune chance de réussite à des profils plus complets. Le cursus gagnerait donc à être moins « scientifico-centré ».

- c. Autre dispositif que le CESE sélectionne comme particulièrement pertinent, les contrats d'engagement de service public (CESP) souffrent encore d'un déficit d'information et de promotion par les conseiller.ère.s d'orientation des lycées et parfois par les services universitaires. En offrant dès la seconde année une rémunération mensuelle de 1 200 € à l'étudiant.e qui s'engage à exercer en zone sous-dense à l'issue de son cursus, le CESP doit mieux être porté à la connaissance des étudiant.e.s et surtout des lycéen.ne.s des zones sous-denses.
- d. Enfin, parmi les mesures concrètes dont les effets se manifesteront plus rapidement, le CESE recommande de faciliter aux étudiant.e.s en médecine l'accès aux stages dans les zones sous-denses. En effet, le stage est fréquemment l'occasion de découvrir ces terrains d'exercice professionnel. Il est toutefois difficile pour un.e étudiant.e de résoudre seul.e les problèmes de logement et de transport. Si beaucoup de collectivités sont sur ce point proactives, la détermination d'une indemnité transport et hébergement servie par la Région à l'étudiant.e pour un exercice en zone sous-dense permettrait de gagner en transparence, d'éviter les concurrences entre communes et contribuerait à promouvoir ces terrains de stage.

Préconisation n° 2

Favoriser une plus grande diversité géographique et sociale des étudiant.e.s en médecine pour équilibrer à terme leur répartition sur les territoires :

- en construisant dans les zones sous-denses des filières d'initiation et de préparation aux métiers de la santé dès le lycée ;
- en facilitant les passerelles entre les autres cursus universitaires, notamment des professionnel.le.s de santé, et les études de médecine ;
- en communiquant plus largement auprès des conseiller.ère.s d'orientation et des services universitaires sur l'existence des bourses CESP pour qu'ils.elles informent les lycéen.ne.s et les étudiant.e.s de ce dispositif ;
- en assurant dans les zones sous-denses la prise en charge du logement et du transport des stagiaires internes de médecine générale lors de leur stage en médecine ambulatoire, par une allocation spécifique.

C - Augmenter le nombre de terrains de stage en médecine ambulatoire (médecine générale ou autre spécialité)

Jusqu'à ces dernières années, la formation des médecins se faisait uniquement lors de stages hospitaliers. Tout le monde s'accorde à dire que la non connaissance de la pratique ambulatoire augmente les freins à l'installation, notamment dans les déserts médicaux. La réalisation d'un stage en médecine ambulatoire fournit aussi l'occasion éventuelle, pour le maître.esse de stage, de trouver un.e remplaçant.e, un.e futur.e associé.e voire un.e successeur.euse.

Or, si l'obligation d'un stage de trois mois en médecine générale pour les étudiant.e.s du 2^{ème} cycle (« *externes* ») est actée depuis un arrêté du 4 mars 1997, elle n'est pas réalisée de façon satisfaisante par manque de médecins généralistes maître.esse.s de stage universitaires (MSU). En 2015, seul.e.s 71 % des externes effectuaient ce stage, chiffre qui tombe à 42 % en Ile-de-France.

Quant aux stages en ambulatoire chez d'autres spécialistes que les médecins généralistes, ils ne figuraient pas dans le cursus jusqu'à la réforme du troisième cycle des études de médecine engagée par le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 qui est entrée en vigueur à l'automne 2017. Ce décret prévoit que la moitié des stages des étudiant.e.s de 3^{ème} cycle (« *internes* ») de médecine générale se fera en ambulatoire. D'autre part ces stages pourront être effectués dans des spécialités autres que la médecine générale (notamment en gynécologie ou pédiatrie), conformément d'ailleurs à l'un des engagements du Pacte territoire santé de 2012. Toutefois, assez bizarrement, cette possibilité est offerte pour les internes en médecine générale mais pas pour les étudiant.e.s de 2^{ème} cycle. De surcroît, ces MSU sont également en nombre insuffisant.

La relative rareté des MSU est explicable par la lourdeur des procédures et, à un degré moindre, par la modicité de la compensation financière. En effet, les médecins généralistes qui souhaitent devenir MSU doivent remplir une demande d'agrément auprès de l'ARS, remplir un dossier de candidature, signer une charte et prendre connaissance d'autres documents avant de suivre une formation qui peut s'avérer chronophage. Les MSU perçoivent une indemnité mensuelle de 300 € quand il.elle.s accueillent un.e étudiant.e de 2^{ème} cycle et 600 € pour l'encadrement des internes. Même augmenté de 50 % en zone sous-dense comme annoncé par la ministre de la santé, ce forfait paraît peu incitatif au regard de la charge de travail et du temps nécessaire pour former un.e étudiant.e. Comme indiqué sur le site du DES de médecine générale : « *Le métier de MSU prend du temps et n'est pas une source d'enrichissement financier mais personnel.* »

Partant de ces constats, le CESE préconise d'abord d'ouvrir aux externes les stages de médecine ambulatoire spécialisée (ex : gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie) qui sont actuellement autorisés seulement pour les internes et même d'autres terrains de stage chez d'autres spécialistes : cardiologues, dermatologues, etc. Ensuite, il conviendrait de simplifier les démarches et les formations pour être habilité comme MSU. Enfin, sur le plan financier, il serait opportun d'indemniser le temps de formation des MSU, qui doivent fermer leur

cabinet pour suivre leur formation. Par ailleurs, la fonction de MSU mérite d'être promue en lui donnant une valeur en matière de Développement Professionnel Continu (DPC) ou de recertification, en la mentionnant sur la plaque et sur les entêtes et en lui consacrant une campagne d'information et de témoignage.

Préconisation n° 3

Promouvoir la médecine ambulatoire en augmentant le nombre de terrains de stage :

- lever un verrou réglementaire : ouvrir aux externes les stages de médecine ambulatoire spécialisée (ex : gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie) pour l'instant autorisés seulement pour les internes ainsi que des stages dans d'autres spécialités ambulatoires (ex : cardiologie, dermatologie) ;
- lever un verrou administratif : simplifier les démarches et les formations pour être habilité.e comme maître.esse de stage universitaire ;
- lever un verrou financier : indemniser le temps de formation des maître.esse.s de stage universitaires.

II. L'INSTALLATION

A - Une liberté d'installation des médecins qui ne doit pas remettre en cause l'égalité d'accès aux soins

1. Mieux responsabiliser les médecins libéraux.ales et les pouvoirs publics

Une des causes principales de l'existence des déserts médicaux réside dans la baisse d'attractivité de certains territoires, qui elle-même provient de la désindustrialisation, du recul de l'activité agricole, de la métropolisation et de la fermeture de services publics. Ces tendances lourdes relèvent des politiques d'aménagement du territoire, problème qui dépasse largement le cadre du présent avis. Il n'en demeure pas moins que les pouvoirs publics sont responsables des solutions à apporter afin de garantir l'accès aux soins pour chaque citoyen.ne. Il appartient donc à l'État de commencer par sanctuariser son offre de soins sur les territoires sous-denses en permettant la pérennisation des centres hospitaliers.

Dans les trois ans à venir, une large concertation avec les praticien.ne.s actuel.le.s et futur.e.s et les pouvoirs publics doit être entamée, en y associant les représentant.e.s des usager.ère.s et des patient.e.s du système de santé. Au terme de cette période, si le maillage médical du territoire ne s'est pas amélioré, il appartiendra aux pouvoirs publics :

- soit de prendre des mesures coercitives directement contraires à la liberté d'installation des médecins ;

- soit, ce que le CESE recommande, de combler les lacunes de l'offre médicale par le développement d'exercice mixte ambulatoire-hôpital de praticien.ne.s hospitalier.ère.s de médecine générale et spécialistes des disciplines cliniques effectuant des consultations avancées dans les zones les moins dotées, ainsi que le développement de centres de santé. Dans ces derniers, les médecins seraient salarié.e.s, pourraient organiser leur emploi du temps et effectuer des mobilités géographiques au cours de leur carrière. D'ores et déjà, au gré des initiatives parfois prises dans les territoires, la médecine salariée tend à prendre la place laissée vide par la médecine libérale.

Alors que la coexistence d'un secteur public et d'un secteur libéral est un des points forts du système français de santé, une telle évolution aurait pour effet de réduire la part du secteur libéral mais elle serait justifiée au nom de l'égalité d'accès aux soins.

2. Dès maintenant, utiliser le levier du conventionnement sélectif

Porter atteinte à la liberté d'installation des médecins libéraux.ales est difficilement acceptable par ces dernier.ère.s et ne serait pas forcément efficace. Certes, devant l'inefficacité des mesures d'incitation financière, des mesures coercitives sont parfois proposées, comme celle d'instaurer en début de carrière pour les médecins une obligation de plusieurs années d'exercice en zone sous-denses. Mais des obligations de ce type risqueraient de les détourner de l'exercice libéral.

Pour autant, si les mesures coercitives doivent être aujourd'hui exclues, une mesure désincitative pourrait être mise en œuvre : le conventionnement sélectif. En effet, en France, l'assurance maladie vient solvabiliser la demande de soins et donc financer indirectement l'activité des professionnel.le.s de santé. En contrepartie de ce financement public, il est cohérent que les citoyen.ne.s et leurs représentant.e.s puissent contrôler (conformément à l'article 15 de la Déclaration de 1789) que cet argent soit efficacement utilisé pour protéger le droit à la santé (principe à valeur constitutionnelle depuis la décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 du Conseil constitutionnel).

C'est pourquoi le CESE préconise de réguler l'installation des spécialistes en secteur 2 (plus précisément les spécialistes de 2^{ème} recours ou des spécialités non cliniques) qui prendraient la décision de s'installer dans les zones sur-denses. Une telle régulation des conventionnements dans les zones sur-denses s'applique déjà, accompagnée d'autres mesures, à certaines professions de santé (comme les infirmier.ère.s) sans parler des contraintes à l'installation pesant sur les pharmacien.ne.s. Elle est régulièrement recommandée par la Cour des comptes dans les rapports que cette juridiction consacre à la sécurité sociale. Elle permettrait de renforcer l'accès aux spécialistes de secteur 1 notamment dans les zones bien dotées (hypothèse où des spécialistes s'y installent) et d'inciter à l'installation dans les zones sous-denses (l'installation d'un.e spécialiste de secteur 2 étant préférable à l'absence de spécialiste).

Pour gagner encore en pertinence, le conventionnement en secteur 2 pour ces spécialistes pourrait être conditionné à la réalisation de consultations « avancées » en zones sous-denses.

Le principe de la liberté d'installation des médecins (issu de la charte de médecine libérale de 1927 et codifié à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale) ne s'opposerait ainsi plus à celui d'un égal accès aux soins également de valeur législative.

Préconisation n° 4

- en l'absence de résorption des déserts médicaux dans 3 ans, développer un réseau d'offre de consultation de premier recours associant centres, maisons de santé, centres hospitaliers et centres hospitaliers locaux ;
- d'ores et déjà, réguler l'installation des spécialistes de 2ème recours en secteur 2 dans les zones sur-denses en conditionnant leur conventionnement à la réalisation de consultations « avancées » régulières en zones sous-denses.

B - Repositionner les ARS comme échelon de pilotage opérationnel des structures regroupées

Par leurs délégations départementales, les ARS assurent notamment une mission de proximité par laquelle elles renforcent la médecine de premier recours par les professionnels libéraux et viennent en appui de ces professionnels. Elles sont les interlocutrices privilégiées des élus, des préfets et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans leur territoire. Elles ont donc un rôle d'animation de l'offre de soins sur les territoires.

Les ARS, en lien avec les URPS (Unions régionales des professionnels de santé), sont également chargées du zonage qui permet de répartir les aides à l'installation des médecins. Elles doivent cependant anticiper les difficultés futures en fonction de la connaissance de la démographie sanitaire locale.

Enfin, elles doivent fournir des services d'aide à l'installation à travers les PAPS (portail d'accompagnement des professionnels de santé) et grâce à un référent à l'installation capable de renseigner les professionnels et d'aider à réaliser les démarches préalables à l'installation.

Ainsi, leur rôle dans l'émergence de structures regroupées est majeur et, dans ce contexte, les ARS doivent avoir un rôle renforcé de concertation, d'information utile et d'appui, au côté de leur rôle traditionnel de contrainte et de contrôle.

Ceci est d'autant plus important que les jeunes médecins sont de plus en plus attirés par l'exercice regroupé, qui permet d'éviter l'isolement par le travail en équipe, de partager les charges, d'optimiser l'organisation du travail. Ces structures peuvent être des cabinets de groupe de médecins et paraprofessionnels libéraux.

Les structures pluri-professionnelles représentent une forme plus aboutie de travail en groupe. Ces structures peuvent être les centres de santé, dans lesquels les professionnels sont salariés, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSPP) de création plus récente ou les pôles de santé libéraux dans lesquels les professionnels travaillent en réseau.

mais pas sous le même toit. Les MSPP sont des structures libérales qui regroupent au moins deux médecins généralistes et des professionnel.le.s non médicaux.ales : infirmier.ère.s, kinésithérapeutes, pharmacien.ne.s, orthophonistes, sages-femmes par exemple. Ces structures peuvent recevoir un appui pour leur installation de la part des ARS ainsi que des rémunérations supplémentaires (nouveaux modes de rémunération : NMR) si elles remplissent un cahier des charges établi par les ARS : activité en secteur 1, objectifs de santé publique, de coordination médicale, et d'équipement (informatisation). Le développement des MSPP est souvent considéré comme une solution à privilégier dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux. Ces structures se développent mais pour le moment représentent 1,5 % de l'offre libérale en médecine générale. De leur côté, 1 600 centres de santé (dont 320 centres polyvalents) renforcent l'offre de soins, majoritairement en milieu urbain. Les professionnel.le.s de santé y sont salarié.e.s, les tarifs de secteur 1 appliqués et le tiers payant généralisé.

Or il apparaît que le cahier des charges de l'ARS pour la création d'une MSPP est particulièrement lourd et peut rebuter certain.e.s médecins qui, dans ces conditions, rechercheront des modes d'installation en exercice partagé plus souples. Il est notamment demandé aux médecins d'établir, par des données statistiques et démographiques, un diagnostic des problématiques sanitaires principales existantes sur le territoire, de justifier d'une coordination médicale avec établissement de protocoles de soins, de réunions sur des cas complexes, de disposer d'un système d'information labellisé standard, etc.

S'agissant de structures qui bénéficient de fonds publics (en l'occurrence du Fonds d'intervention régional – FIR), il est légitime que les ARS exigent des contreparties en termes de pertinence des soins, de qualité et de compte-rendu d'activité. Toutefois, le curseur doit désormais être déplacé vers plus de simplicité et de souplesse, sauf à entraver durablement l'essor de ces structures.

D'autre part, l'expérience montre que la principale condition de réussite d'une maison de santé est l'existence préalable d'un projet territorial de santé. Faute de réaliser cette condition, les locaux restent vides et le sentiment de déclassement ressenti par les populations s'accroît. La relative complexité des conditions de création d'une MSPP (projet médical, projet immobilier, établissement d'un régime juridique type société interprofessionnelle de soins ambulatoires [SISA] entre les professionnel.le.s, informatisation de la structure) explique des délais parfois longs entre l'intention et la réalisation de ces structures. Ces délais pourraient être raccourcis en encourageant les maître.esse.s d'œuvre à recourir notamment à des équipes spécialisées issues de l'assurance maladie, d'organismes mutualistes ou de cabinets privés, qui détiennent une expertise dans ce type de projet. Le fonctionnement de ces structures peut ensuite nécessiter une fonction de coordonnateur.trice pour les faire vivre et faciliter le travail des professionnel.le.s en les déchargeant des tâches administratives.

Préconisation n° 5

Repositionner les ARS comme échelon de pilotage opérationnel des structures regroupées *via* :

- un rôle de coordination des acteur.rice.s pour élaborer un projet local de santé (professionnel.le.s de santé, élu.e.s, assurance maladie, associations d'usager.ère.s et de patient.e.s, etc.) et pour mettre en place si besoin les CPTS (communauté professionnelle de territoire) ;
- la simplification du cahier des charges pour la création des lieux d'exercice regroupé (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, etc.) ;
- l'encouragement à l'utilisation d'outils d'ingénierie spécifiques pour les projets de structures regroupées (avec l'aide de consultant.e.s extérieur.e.s, etc.).

C - Soumettre à évaluation les aides financières à l'installation

Comme il a été dit *supra*, l'assurance maladie, l'État et les collectivités territoriales ont multiplié les aides à l'exercice médical en zones sous-denses. Les plus récentes ont été mises en place par l'assurance maladie qui verse, depuis 2017, 50 000 € sur 3 ans à chaque médecin installé.e. D'autres ont été annoncées par la ministre de la santé en octobre dernier (relèvement du plafond de revenu annuel en deçà duquel les médecins sont exonéré.e.s de cotiser à leur régime complémentaire vieillesse ; nouvelle majoration de l'activité réalisée en consultations avancées ; diminution des charges relatives à l'exercice libéral dans le cas d'un exercice mixte salarié.e/libéral.e ; revalorisation financière de l'indemnité des maître.esse.s de stage). Les collectivités territoriales, de leur côté, se sont engagées, avec des intentions légitimes, vers une forme de surenchère des initiatives qui s'avère coûteuse et pénalisante pour les collectivités les plus pauvres.

De l'avis général, la plupart des aides financières, quoique substantielles, sont inefficaces, l'assurance d'une qualité de vie professionnelle et personnelle étant en réalité l'incitation majeure à l'installation dans tel ou tel territoire. Il en résulte des *effets d'aubaine excessifs* : les aides sont perçues par des médecins qui se seraient installé.e.s de toute façon ou qui étaient déjà installé.e.s.

Il en va ainsi, par exemple, de la majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes libéraux.ales dans les zones déficitaires mise en place en 2007 : ce dispositif a engendré une dépense cumulée de 63,4 millions d'€ à fin 2010 au regard d'un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones concernées, selon la CNAMTS. Environ 362 000 € annuels ont ainsi été dépensés par médecin supplémentaire. Les dispositifs similaires qui se sont succédés au gré des conventions médicales, s'ils s'avèrent moins coûteux par médecin, ont bénéficié, dans 90 % des cas, à des médecins déjà installé.e.s dans ces zones. Le même raisonnement vaut pour les territoires urbains où l'accès aux spécialistes de secteur 1 est compromis : la Cour des comptes a montré qu'en 2015, dans le cadre du contrat d'accès aux

soins (CAS) qui accordait des incitations financières pour que les spécialistes de secteur 2 limitent leur taux moyen de dépassement, l'assurance maladie a dépensé 10 € pour éviter 1 € de dépassement¹⁰.

Il conviendrait donc de soumettre ces aides à évaluation selon les principes suivants :

- elles devraient être *mieux ciblées* afin d'augmenter leur impact : ainsi les mesures d'exonération d'impôt sur le revenu ou de majoration de l'acte sont trop générales ; *a contrario* le CESE recommande des mesures à effet immédiat touchant le cumul emploi-retraite ou l'embauche d'un.e secrétaire médical.e (cf. préconisation n° 7) ou à plus long terme comme les CESP existants (cf. préconisation n° 2) ;
- elles devraient être *réversibles*, en fonction de leur efficacité et surtout de l'évolution du zonage retenu des territoires sous-denses.

Préconisation n° 6

Soumettre à évaluation les aides financières à l'exercice dans les zones sous-denses afin de supprimer celles qui sont porteuses d'un effet d'aubaine excessif, de les concentrer sur un petit nombre d'incitations à effets avérés (ex : cumul emploi-retraite) et de les rendre réversibles le cas échéant.

D - Augmenter par des mesures immédiates le temps médical disponible

1. Libérer du temps médical en incitant les médecins de secteur 1 à disposer d'un.e secrétaire médical.e dans les zones sous-denses

En France, environ 7 médecins sur 10 en secteur 1, en majorité des généralistes, ne disposent pas d'un secrétariat médical. Cela les oblige à prendre sur leur temps de travail médical pour réaliser eux-mêmes des tâches matérielles, notamment administratives (rédaction de formulaires et de certificats, comptabilité, prise de rendez-vous, tri du courrier, etc.) qui représentent *a minima* 20 % de leur temps de travail total.

En effet, alors qu'un.e médecin en secteur 1 se voit financer par l'assurance maladie la quasi-totalité de ses cotisations d'assurance maladie (6,4 % sur les 6,5 %) et familiales, il.elle s'acquitte actuellement du salaire et des cotisations sociales patronales de son.sa secrétaire médical.e dans les conditions de droit commun. Il.Elle est donc incité.e financièrement à réaliser lui.elle-même les tâches de secrétariat.

C'est pourquoi le CESE propose que, dans les zones sous-denses, les cotisations sociales versées par les médecins de secteur 1 pour un emploi de secrétariat mutualisé soient

¹⁰ Cour des comptes, Rapport précité (pp. 240-244).

réduites. Cela pourrait prendre la forme d'une exonération totale des cotisations versées à l'URSSAF, financée par redéploiement de certains dispositifs incitatifs existant.

Certes, il s'agit d'une nouvelle mesure dérogatoire en faveur des médecins. Mais elle est justifiée à plusieurs titres :

- elle libérera du temps médical à court terme, incitera encore davantage les médecins à se regrouper et à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraire ;
- elle sera circonscrite aux zones sous-denses, occasionnera peu d'effets d'aubaine vu le faible nombre d'employé.e.s actuellement et devrait être à terme réversible en fonction de l'évolution de l'accès aux soins dans ces territoires ;
- enfin, elle pourrait être financée par la suppression d'autres aides qui, une fois évaluées, pourraient se révéler moins efficaces.

Deux autres leviers pourraient être utilisés :

- le développement de mises à disposition d'agent.e.s de la fonction publique auprès des professionnel.le.s exerçant en groupe. Par une telle mise à disposition, qui suppose une modification de la loi de 1984 relative à la fonction publique territoriale, l'agent.e serait toujours rattaché.e à son corps ou cadre d'emploi d'origine (avec les droits à l'avancement et à la retraite) et sa rémunération serait financée par la structure d'accueil avec une participation éventuelle de l'administration d'origine. Il s'agirait d'une opportunité pour un.e agent.e désireux.euse d'un rapprochement géographique par exemple, et d'un instrument de souplesse pour l'administration dans sa gestion des ressources humaines ;
- prioriser au titre des futurs emplois francs dans les quartiers prioritaires les fonctions d'agent.e.s administratif.ive.s auprès des professionnel.le.s exerçant en groupement.

2. Ajouter du temps médical en facilitant le cumul emploi-retraite dans les zones sous-denses

Actuellement, environ 25 % des médecins retraité.e.s inscrit.e.s au tableau de l'Ordre ont choisi de continuer à exercer. Dans les zones sous-denses, un tel cumul emploi-retraite permet d'augmenter immédiatement (ou de maintenir) le temps médical disponible, sans besoin de formation supplémentaire, et rend parfois possible un tuilage entre le.la jeune retraité.e et un.e nouvel.le installé.e.

Mais beaucoup de médecins renoncent au cumul dès lors que, dans les conditions de droit commun, il.elle.s seraient obligé.e.s de cotiser pour leur assurance vieillesse sans obtenir de droits supplémentaires.

D'ores et déjà, le plan annoncé par la ministre de la santé prévoit que le plafond de revenu annuel en deçà duquel les médecins peuvent demander à être dispensé.e.s de cotiser au régime Prestation Complémentaire Vieillesse (PCV) des cotisations sera relevé de 11 500 € à 40 000 € dans les zones en tension.

S'agissant d'un dispositif à effet immédiat et dont la mise en œuvre est facile, le CESE propose d'aller plus loin :

- l'assurance maladie, qui finance actuellement les 2/3 de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) des médecins en secteur 1, en financerait temporairement la totalité ;
- la mesure bénéficierait à tout.e médecin retraité.e depuis le 1^{er} janvier 2015 désireux.euse de reprendre une activité à temps partiel : signature d'un contrat d'un an renouvelable avec l'ARS et l'assurance maladie ; mobilisation de l'ordre des médecins pour contacter tou.te.s les médecins depuis peu retraité.e.s figurant sur son listing.

Préconisation n° 7

Augmenter par des mesures financières à effet immédiat le temps médical disponible dans les zones sous-denses :

- en aidant les médecins de secteur 1 à disposer d'un secrétariat médical mutualisé ;
- et en rendant temporairement plus attractif le cumul emploi-retraite.

III. LA MÉDECINE DU FUTUR

A - Renforcer le volet prévention tout au long de la vie

L'une des difficultés à laquelle notre système de santé est déjà confronté réside dans les conséquences nées du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques. Certaines de ces pathologies (obésité, diabète gras, bronchite chronique et cancers liés au tabac) résultent directement d'une mauvaise hygiène de vie, d'une mauvaise alimentation, d'addictions ou encore de conditions de travail pathogènes.

Pour l'avenir, les politiques de prévention sont centrales dans le bouquet de solutions à mobiliser pour réduire les coûts de santé. Le renforcement de la prévention doit donc être érigé en priorité dans un objectif de responsabilisation individuelle et collective.

- a. Y compris et encore plus dans les territoires où les ressources médicales sont menacées, les actions de prévention doivent être renforcées. Pour ce faire, les acteur.rice.s de la prévention doivent être mieux coordonné.e.s avec la médecine ambulatoire et intégré.e.s au projet de santé du territoire. Au-delà des spécialistes installé.e.s en ambulatoire (nutritionnistes, etc.), la coordination doit également être pensée en lien tant avec la médecine scolaire qu'avec la médecine du travail. Le développement du numérique et des bases de données doit faciliter cette

coordination entre les professionnel.le.s par le biais de l'émergence de réseaux de veille sur des problématiques ciblées.

Le champ de l'éducation formelle et informelle pourrait également être mieux mobilisé et intégré dans le volet prévention du projet de santé du territoire. De nombreux.euses acteur.rice.s éducatif.ive.s (enseignant.e.s, animateur.rice.s) et associatif.ive.s développent des actions qui méritent d'être mieux coordonnées, comme par exemple la lutte contre l'obésité et la promotion des droits sexuels et reproductifs. Leur valorisation et le renforcement des financements potentiels par les caisses régionales d'assurance vieillesse (CARSAT) et la MSA ou les ARS constitueraient également un progrès.

b. D'autre part, le service civique volontaire (de 6 à 12 mois) est un dispositif qui permet aux jeunes entre 16 et 25 ans de concrétiser leur désir d'engagement et de participer activement à des actions citoyennes et de cohésion sociale. Il y a aujourd'hui plus de jeunes désireux.euses d'effectuer un service civique que de missions offertes tant par l'État, les collectivités et le champ associatif (3 jeunes pour 1 mission environ en moyenne).

Le CESE propose dans ce cadre que des jeunes en service civique puissent être mobilisé.e.s au sein de centres de santé et de MSPP afin de développer des missions centrées sur la contribution aux politiques de prévention et à la coordination des acteur.rice.s. Les jeunes en service civique devront être formé.e.s pour animer les sessions de prévention. Il ne s'agit pas de se substituer aux acteur.rice.s de la prévention mais au contraire de renforcer par un apport nouveau l'efficacité des dispositifs.

c. Enfin, le développement d'une gamme d'outils destinés à la surveillance de constantes de santé et plus généralement la place prise par l'e-santé va nécessiter un important travail de médiation et d'accompagnement des personnes concernées, en particulier les séniors. Le champ associatif en lien avec les collectivités et la communauté de santé du territoire est ainsi en première ligne pour initier des projets participant globalement du développement de la prévention et contribuant à l'appropriation par les citoyen.ne.s de leur santé. S'agissant d'outils connectés, ce travail devra être mené dans le respect de la protection des données individuelles.

Préconisation n° 8

Renforcer le volet prévention tout au long de la vie :

- en renforçant et coordonnant les interventions de la médecine scolaire et de la médecine du travail avec la médecine ambulatoire et en y associant les acteur.rice.s associatif.ive.s et mutualistes ;
- en proposant que les MSPP et les centres de santé puissent mobiliser des jeunes en service civique au titre de la contribution aux missions de prévention et d'éducation à la santé sur le territoire.

B - Répartir différemment les tâches entre les professionnel.le.s de santé

Une autre piste pour compenser les insuffisances de la présence médicale sur le territoire consiste à confier aux autres professionnel.le.s du soin des tâches qui sont normalement dévolues aux médecins. La rigidité des décrets de compétences conduit de plus en plus souvent à une sous-utilisation des compétences acquises par les professionnel.le.s de santé, situation démotivante pour les intéressé.e.s et source de gâchis de formation. Pourtant, l'évolution des besoins comme les attentes en termes d'accompagnement exigent une politique volontariste en matière de coopérations professionnelles et d'émergence de nouveaux métiers.

Parmi les tâches qu'il serait envisageable de transférer, on peut citer le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension, cancer, etc.), la surveillance de certains traitements comme les anticoagulants et la réalisation de certains actes comme la vaccination. Les professions concernées seraient les infirmier.ère.s, ou encore les pharmaciens.ne.s. Le suivi des greffes de rein par des infirmier.ère.s spécialisé.e.s, une nouvelle organisation de la filière visuelle avec l'intervention de nouvelles professions telles les optométricien.ne.s font aussi partie des exemples souvent évoqués.

Une telle modification du partage strict des compétences peut prendre la forme d'un assouplissement ponctuel (a) ou, plus radicalement, d'une redéfinition des périmètres d'exercice (b).

- a. Par la *délégation de tâches*, un.e médecin transfère des actes techniques ou cliniques mais il.elle en garde la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique. D'une portée plus importante, les *protocoles de coopération* autonomisent l'auxiliaire médical.e en lui conférant juridiquement la possibilité de pratiquer sous sa propre responsabilité certains actes. Après expérimentations menées entre 2004 et 2006, ils ont été institués par l'article 51 de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009. Cette innovation peut d'ores et déjà se prévaloir de belles réussites : le protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes, le suivi global de patient.e.s chroniques par les infirmier.ère.s dans le cadre de l'Association de santé libérale en équipe (ASALEE) ou encore le statut de Pharmacien Correspondant introduit par le décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 qui lui confie le suivi et l'ajustement du traitement de patient.e.s chroniques.

Toutefois, le développement des protocoles de coopération est freiné par une rédaction très chronophage ainsi que par une procédure lourde et fastidieuse (validation par l'ARS puis par la HAS). De façon très inquiétante, le nombre de protocoles locaux validés par la HAS depuis 2010 est faible en valeur absolue (49 sur 110 proposés) et le nombre de protocoles proposés est en diminution. De surcroît, les protocoles adoptés sont principalement mis en œuvre dans les hôpitaux et concernent marginalement l'offre ambulatoire dans les déserts médicaux.

Si la ministre de la santé a annoncé que de nouveaux protocoles « *simplifiés* » seraient diffusés en 2018, l'objectif ne sera atteint que par une simplification réelle des modèles de protocole, par une rédaction de modèles nationaux duplicables sur chaque territoire (à l'exemple unique de celui existant entre ophtalmologistes et orthoptistes) et par une assistance opérationnelle encore plus grande des ARS et de l'HAS.

b. Plus radicalement, il convient de redéfinir les périmètres d'exercice des professionnel.le.s de santé en attribuant légalement à des professionnel.le.s paramédicaux.ales en « *pratique avancée* » ces nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire (entre le bac+8 du.de la médecin et le bac+3/4 des professionnel.le.s paramédicaux.ales) qui, dans le cadre réglementaire actuel, sont du monopole des médecins. Présent.e.s depuis les années 1960 aux États-Unis et au Canada, les professionnel.le.s en pratique avancée se voient reconnaître des compétences plus étendues, associées à des rémunérations intermédiaires, moyennant une formation supplémentaire. En France, l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a défini le cadre légal de l'exercice en pratique avancée. À terme, il devrait concerner de 3 % à 10 % des infirmier.ère.s.

Les décrets d'application auxquels la loi renvoie sont en cours de préparation et font l'objet d'un lobbying intense. Le CESE observe que les pratiques avancées ne constitueront un outil de résorption des déserts médicaux que si :

- les auxiliaires médicaux.ales concerné.e.s peuvent exercer de façon suffisamment autonome du.de la médecin. Or la loi codifiée au I de l'article L. 4301-1 conserve au.à la médecin un rôle central. À la lumière des premiers résultats, il conviendra d'examiner si le curseur ne peut être déplacé vers davantage d'autonomie pour les praticien.ne.s concerné.e.s ;
- les formations délivrées passent prioritairement par la reconnaissance de l'expérience professionnelle ou par la délivrance d'un mastère voire d'un doctorat et sont définies de manière pragmatique à partir des besoins de santé repérés sur le terrain ;
- donnent lieu à une rémunération adaptée, située entre celle des professionnel.le.s paramédicaux.ales et celle des médecins.

Préconisation n° 9

Mieux répartir les tâches entre les professionnel.le.s de santé :

- en concevant des modèles simplifiés et nationaux de protocole de coopération dont l'appropriation par les professionnel.le.s de santé serait facilitée par une assistance opérationnelle plus grande des ARS et de l'HAS ;
- plus radicalement, redéfinir les périmètres d'exercice des professionnel.le.s de santé en attribuant légalement à des professionnel.le.s paramédicaux.ales en « *pratique avancée* » l'exercice de nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire.

C - Développer la télémédecine

Introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009, l'article L. 6316-1 du code de la santé publique définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », mettant en rapport, « *entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical* ». Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit cinq types d'actes médicaux relevant de la télémédecine : la téléconsultation (consultation à distance d'un.e médecin), la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un.e autre médecin), la télésurveillance (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du.de la patient.e à distance), la téléassistance (assistance à distance d'un.e médecin à un.e autre professionnel.le de santé pendant la réalisation d'un acte), ainsi que la réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale des appels au SAMU.

En abolissant les distances, la télémédecine, et particulièrement la téléconsultation, la télé-expertise et la télésurveillance, constitue une opportunité pour les praticien.ne.s de santé (dont la coopération sera facilitée) et surtout pour les patient.e.s, qu'ils.elles soient atteint.e.s de maladies chroniques, éloigné.e.s des centres urbains, maintenu.e.s à domicile, résident.e.s dans des EHPAD ou détenu.e.s dans des prisons. D'ores et déjà, la télémédecine est utilisée de manière particulièrement pertinente dans les outre-mer : à Saint-Pierre-et-Miquelon la téléexpertise s'est substituée à la venue de spécialistes de la métropole (diminuant ainsi drastiquement le coût unitaire de la consultation qui s'établissait à 2 000 €) ; en Guyane, un.e médecin généraliste situé.e en pleine forêt amazonienne dans un dispensaire peut téléconsulter un.e autre spécialiste à Cayenne ; en Nouvelle-Calédonie des patient.e.s insuffisant.e.s rénaux.ales assisté.e.s d'un.e infirmier.ère et surveillé.e.s à distance par un.e médecin à Papeete peuvent faire leur dialyse.

Alors que le virage ambulatoire est compromis dans certaines zones par la raréfaction des praticien.ne.s, la télémédecine, comme les pratiques avancées (*cf. supra*) définit la médecine du futur. Par exemple, d'ores et déjà, dans certains EHPAD, une plateforme de télémédecine qui peut être emmenée de chambre en chambre permet à un.e médecin de réaliser des consultations à distance, ce qui évite le déplacement à l'hôpital du.de la patient.e âgé.e. De leur côté, les complémentaires santé se montrent de plus en plus dynamiques pour proposer une offre de télémédecine à leurs adhérent.e.s.

Pour autant, la télémédecine n'occupe qu'une place très marginale dans le parcours de soins. Depuis 2012, le « *Pacte territoire santé* » en a fait un outil de lutte contre les déserts médicaux et depuis 2014 chaque loi de financement de la sécurité sociale reconduit la possibilité d'expérimentations par les ARS, financées par le FIR, avec des résultats très réduits. De son côté, l'assurance maladie n'a accepté le conventionnement que de quatre actes de télémédecine, dont l'acte de téléconsultation en urgence en EHPAD et les clichés du fond d'œil - au nombre de 5 000 par an - réalisés par des orthoptistes et analysés à distance par des ophtalmologistes. Même le PLFSS pour 2018 se borne à réitérer le souhait d'inscrire la télémédecine dans le droit commun, sans même inclure la télésurveillance.

C'est que l'essor de la télémédecine se heurte à trois obstacles, par ordre croissant de difficulté :

- l'appropriation de la télémédecine par les professionnel.le.s de santé et les patient.e.s : les premier.ère.s la connaissent encore mal, faute de module dédié dans le cadre de la formation initiale et continue ; les seconds peuvent craindre une forme de « *médecine au rabais* », palliatif à la « *désertification médicale* ». À cet égard, il convient de rappeler que la télémédecine n'est qu'un outil, parmi d'autres, pour répondre à la demande de soins et que son utilisation s'effectue sous le contrôle de professionnel.le.s de santé. Toutefois, au vu des gains d'accessibilité aux soins, de confort et de rapidité, les patient.e.s comme les praticien.ne.s de santé sont de plus en plus convaincu.e.s par le bien-fondé d'un tel « *virage numérique* » ;
- le préalable technique est sensiblement plus difficile à lever. Outre la garantie de la protection des données, la télémédecine implique une couverture numérique minimale qui n'est pas encore effective sur tout le territoire ainsi qu'une compatibilité entre les logiciels des établissements de santé et les cabinets en ambulatoire qui se heurte encore à la multiplicité des équipements. Quant au dossier médical personnel, dont la réalisation est sans cesse reportée, il facilitera l'archivage et la transmission des données relatives à un.e même patient.e ;
- l'obstacle principal demeure la tarification des actes de télémédecine. À juste titre, l'assurance maladie est soucieuse d'éviter une forte hausse des dépenses. En effet, à la différence du Royaume-Uni et de l'Espagne où le système de santé est quasi exclusivement public, en France les acteur.rice.s sont rémunéré.e.s de manière individuelle à l'acte (professionnel.le.s libéraux.ales) ou à l'activité (établissements de santé). Dans ces conditions, tarifier tous les appels au centre 15, par exemple, conduirait à une inflation des coûts.

Lever ce dernier obstacle est primordial. Mettre en place un cadre tarifaire adapté inciterait les acteur.rice.s à s'organiser pour résoudre les obstacles techniques et, par suite, permettrait à la télémédecine de démontrer ses bienfaits auprès des patient.e.s et des professionnel.le.s de santé.

Cela n'est possible qu'à trois conditions :

- a. donner la priorité à des mécanismes de tarification qui associent une rémunération forfaitaire (ex : par patient.e et pour une période donnée) et une rémunération transversale (partage d'honoraires découlant de la coopération entre praticien.ne.s). Du reste, la plupart des professionnel.le.s de santé, surtout les plus jeunes, ne sont plus attaché.e.s au modèle unique de la rémunération à l'acte ;
- b. les coûts supplémentaires induits par la télémédecine (rémunération des praticien.ne.s ; équipements) doivent être au moins partiellement compensés par les dépenses évitées de séjours hospitaliers, de consultations et de transports sanitaires. Par exemple, une partie du parcours de soins des 11 millions de patient.e.s en affection de longue durée, à l'origine de 60 % des dépenses de l'assurance maladie, pourrait relever de la télémédecine. Une démarche volontariste associerait le conventionnement d'actes de télésurveillance à une baisse des tarifs des séjours hospitaliers auxquels celle-ci peut se substituer ;

-
- c. les apports de la télémédecine doivent être expliqués aux usager.ère.s du système de santé afin que ceux.celles-ci puissent apprécier la plus-value que cette organisation peut leur apporter et, de ce fait, adhérer pleinement à cette nouvelle approche.

Préconisation n° 10

Développer la télémédecine en conventionnant les actes de télémédecine *via* des mécanismes innovants de rémunération forfaitaire et transversale et en finançant ces nouvelles dépenses par une baisse du nombre, voire des tarifs, des séjours hospitaliers, des consultations et des transports sanitaires auxquels la télémédecine peut se substituer.

Conclusion

Le niveau de préoccupation des citoyen.ne.s à l'égard du problème des déserts médicaux, qui s'est exprimé, entre autres, *via* des pétitions citoyennes, est tel que le CESE, représentant de la société civile organisée, a souhaité l'exprimer, le légitimer et surtout lui répondre par les 10 préconisations présentées.

Ces préconisations contiennent des mesures à effet immédiat mais aussi des mesures de moyen et long terme de nature à améliorer structurellement le parcours de soins.

Le CESE attire notamment l'attention des pouvoirs publics sur deux mesures à effet immédiat :

- réguler l'installation des spécialistes de 2^{ème} recours en secteur 2 dans les zones sur-denses en conditionnant leur conventionnement à la réalisation de consultations « *avancées* » régulières en zones sous-denses (*cf.* préconisation n° 4) ;
- augmenter le temps médical disponible dans les zones sous-denses (a) en aidant les médecins de secteur 1 à disposer d'un secrétariat médical mutualisé et (b) en rendant temporairement plus attractif le cumul emploi-traité (*cf.* préconisation n° 7). Ces deux aides financières seraient financées par la suppression d'autres aides porteuses d'un effet d'aubaine excessif (*cf.* préconisation n° 6).

A moyen terme, le CESE estime décisives les mesures permettant de faciliter la coopération entre professionnel.le.s de santé : protocoles de coopérations, pratiques avancées et télémédecine.

A plus long terme, le CESE souhaite, conformément à l'objectif annoncé par le ministre de la santé, que soient renforcés le rôle de la médecine de proximité et la formation des étudiant.e.s vers la médecine ambulatoire (préconisations n° 1, 2 et 3).

Agriculture

La démographie médicale est un sujet de préoccupation pour de nombreux français qui ne peuvent accéder à des soins de proximité mais également pour les élus locaux qui s'interrogent sur l'attractivité de leur territoire. Cette problématique n'est cependant pas nouvelle et force est de constater qu'en dépit des multiples plans proposés par les différents gouvernements, la situation ne s'est pas améliorée puisque les professionnels de santé sont toujours aussi mal répartis sur le territoire.

Le groupe de l'agriculture, qui représente les professions agricoles et les populations rurales, ne peut-être que sensible à cette question et nous nous félicitons des mesures proposées dans l'avis par nos rapporteurs. Gageons que celles-ci, complétées par les dernières mesures annoncées par le Gouvernement, permettront de rééquilibrer cette situation.

En effet, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'installation des professionnels de santé, et en particulier des jeunes, dans les zones sous-dotées. Les auditions ont mis notamment en lumière le fait que les médecins déterminent leur choix d'installation essentiellement en fonction du cadre professionnel et familial qui leur est proposé et moins en fonction des incitations ou avantages financiers.

C'est la raison pour laquelle les maisons de santé pluridisciplinaires se développent avec autant de succès. Ces structures permettent aux praticiens de mutualiser leurs conditions d'exercice, de dégager du temps médical et in fine d'améliorer la prise en charge des patients.

De même, il nous semble important de promouvoir, au cours de la formation, les stages dans les zones déficitaires, qu'elles soient rurales ou urbaines, afin de briser les a priori et les résistances à vivre et travailler sur ces territoires. L'organisation de l'offre est légitimée par l'intervention de l'État.

Sur la préconisation visant à conditionner le conventionnement en secteur 2, des spécialistes exerçant en zone sur-dense : nous comprenons que cette mesure puisse heurter nos collègues du groupe des professions libérales qui restent profondément attachés à la liberté d'installation et nous sommes également favorables au développement de solutions incitatives.

La préconisation a cependant le mérite de poser le débat, et peut-être faudra-t-il l'envisager ces prochaines années si les déserts médicaux perdurent.

Enfin, même si rien ne pourra se résoudre sans les professionnels de santé, nous aurions souhaité que l'avis se préoccupe un peu plus du parcours des patients qui subissent au quotidien les difficultés d'accès aux soins. Le groupe de l'agriculture a voté pour.

Artisanat

De nombreux territoires ruraux, mais aussi périurbains ou urbains, connaissent une sous-densité médicale. C'est un problème réel pour l'accès aux soins des populations concernées, comme c'est un problème pour les élus locaux.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'un certain nombre d'éléments laissent à penser qu'elle pourrait s'aggraver :

- en raison du vieillissement de la population et donc de l'accroissement des besoins en matière de santé ;
- en raison également de la diminution, ces dernières années, du nombre de généralistes ;
- en raison enfin de la démographie médicale. Près de 60% des généralistes sont aujourd'hui âgés de plus de 55 ans et il est raisonnable de croire qu'ils ne trouveront pas tous un successeur.

Face à la désertification médicale, les pouvoirs publics essaient de trouver des réponses depuis une dizaine d'années. C'est ainsi qu'une large diversité de dispositifs d'aides à l'installation ont été mis en place par les Gouvernements, comme par les collectivités.

Or, les résultats restent modestes et le problème persiste.

Un nouveau plan gouvernemental a été annoncé sur le sujet il y a deux mois. Aujourd'hui, le CESE vient y apporter sa contribution.

Avant d'entrer dans le détail de ses propositions, le groupe de l'artisanat estime que quelques préalables doivent être posés.

Il faut rechercher des solutions répondant aux besoins des patients mais tenant compte aussi des aspirations des professionnels de santé.

Les nouvelles générations ont en effet une autre vision de l'exercice libéral ; ils souhaitent pouvoir disposer de temps pour leur vie privée comme ils ne conçoivent plus d'exercer de manière isolée sans contact avec leurs confrères.

Il faut également se rappeler que le problème des déserts médicaux ne peut être abordé sous le seul angle de la politique de santé, car il renvoie aux questions d'aménagement et d'attractivité des territoires et donc aux politiques conduites en ces domaines.

C'est pourquoi il convient de retenir une palette de mesures, adaptables aux besoins et aux difficultés de chaque territoire.

L'avis s'inscrit globalement dans ce cadre, en formulant des propositions pragmatiques pour faciliter les stages ambulatoires dans les régions sous-denses, pour soutenir le développement de structures d'exercice regroupé, ou encore pour accroître le temps médical disponible des médecins situés en zone tendue.

Il propose également de procéder à une évaluation des diverses aides financières à l'installation, avec pour objectif de les rationaliser et de gagner en efficacité.

Le groupe de l'artisanat partage de telles orientations qui consistent à encourager les médecins à exercer dans les déserts médicaux, en s'appuyant sur des outils concrets d'accompagnement.

En revanche, la piste avancée du « *conventionnement sélectif* » visant tout simplement à empêcher l'installation de nouveaux spécialistes dans les zones bien dotées, lui paraît dissonante dans un discours pragmatique.

Déclarations des groupes

Pour le groupe de l'artisanat, il s'agit d'une mesure coercitive déguisée, dont les effets pourraient surtout s'avérer néfastes sur le choix d'un exercice libéral de la part des futurs médecins. Aussi le groupe de l'artisanat a considéré qu'il ne pouvait apporter son entier soutien à l'avis et il s'est abstenu.

Associations

Le projet d'avis défend un état d'esprit pragmatique : la réponse à la question posée ne saurait dépendre d'une solution unique. Elle repose sur une diversité d'outils qu'il convient d'ajuster aux besoins des territoires et des patients, par nature évolutifs.

Elle constitue en outre une opportunité pour repenser l'organisation des soins autour des patients, pour œuvrer à une meilleure adéquation entre l'organisation des soins et les besoins de santé émergents en bénéficiant à plein des progrès technologiques. Par là-même, les déserts médicaux actuels peuvent constituer un laboratoire de solutions innovantes.

Alors que 8 % de la population se situe dans un désert médical en 2017 (soit 5,3 millions d'habitants), il faut en rechercher les causes, tant du côté de l'offre que de la demande de soins. Le temps médical disponible d'abord est insuffisant en raison notamment d'une baisse du nombre des médecins généralistes et de spécialistes de premier recours, de la mauvaise répartition géographique de certaines professions et d'une diminution du temps de travail moyen des médecins de toutes spécialités. Ensuite, le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies engendrent une augmentation drastique du nombre de patients et nécessitent un temps médical accru. Enfin, le recours aux soins est plus important qu'auparavant.

Or, les mesures prises par l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales depuis maintenant une décennie sont encore loin de produire les effets nécessaires.

Aussi, le groupe des associations et fondations soutient plus particulièrement les préconisations qui consistent à faciliter les conditions d'exercice des médecins pour mieux mailler l'ensemble du territoire. En effet, la médecine générale attire moins que d'autres spécialités. Plusieurs raisons l'expliquent : mauvaise image du métier, faible valorisation de l'acte, spécialité pourtant difficile et exigeante (connaissance des pathologies de tous âges, des polyopathologies complexes des patients âgés et suivi des maladies chroniques). Il est donc primordial de changer le regard porté sur la médecine générale, pour faire face aux enjeux que sont le vieillissement de la population et l'augmentation constante des maladies chroniques

En outre, nous soutenons les préconisations spécifiques suivantes:

- renforcer la formation en soins primaires pendant les études médicales ;
- améliorer les conditions d'exercice en favorisant le développement du travail en exercice collectif et coordonné des professionnels de santé par exemple dans des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé ;

- faciliter l'exercice quotidien des médecins par l'allègement des procédures administratives grâce aux outils numériques et au recrutement d'une coordonnateur administratif.

Nous insistons tout particulièrement sur la nécessité de libérer du temps médical, en augmentant le temps médical disponible dans les zones sous-denses par des mesures financières à effet immédiat :

- en aidant les médecins de secteur 1 à disposer d'un secrétariat médical mutualisé ;
- en rendant temporairement plus attractif le cumul emploi-retraite.

Nous attachons une attention particulière à favoriser une plus grande diversité géographique et sociale des étudiants en médecine pour équilibrer à terme leur répartition sur les territoires :

- en construisant dans les zones sous-denses des filières d'initiation et de préparation aux métiers de la santé dès le lycée ;
- en facilitant les passerelles entre les autres cursus universitaires, notamment des professionnels de santé, et les études de médecine ;
- en communiquant plus largement auprès des conseillers d'orientation et des services universitaires sur l'existence des bourses pour qu'ils informent les lycéens et les étudiants de ce dispositif ;
- en assurant dans les zones sous-denses la prise en charge du logement et du transport des stagiaires internes de médecine générale lors de leur stage en médecine ambulatoire, par une allocation spécifique

S'agissant de l'accès aux soins, l'avis nous semble équilibré.

Le groupe des associations et fondations est attaché à la défense de l'intérêt général garanti par un service public de qualité et aussi grâce à une pluralité d'acteurs et de modèles économiques, dans le domaine de la santé comme dans les autres. L'avis ne prône pas la coercition mais en appelle à la responsabilité collective des acteurs. Il vise à garantir la liberté d'installation et préconise des méthodes fondées sur la concertation et l'incitation. À titre d'illustration, le projet d'avis recommande de combler les lacunes de l'offre médicale par le développement d'exercice mixte ambulatoire-hôpital de généralistes et spécialistes des disciplines cliniques dans les zones les moins dotées. Il recommande aussi le développement de centres de santé, où les médecins seraient salariés, et pourraient effectuer des mobilités géographiques au cours de leur carrière.

Nous soutenons également les préconisations visant à rendre les personnes actrices de leur santé : en renforçant le volet prévention (éducation / sensibilisation)

Face à la multiplication des pathologies chroniques (obésité, diabète gras, bronchite chronique et cancers liés au tabac - résultant d'une mauvaise hygiène de vie, d'une mauvaise alimentation, ou d'addictions), le renforcement de la prévention doit être érigé en priorité dans un objectif de responsabilisation individuelle et collective. D'autant plus dans les territoires où les ressources médicales sont menacées, les actions de prévention doivent être renforcées.

Déclarations des groupes

Tout en intégrant ces actions au projet de santé du territoire, ces préconisations visent à :

- Mieux coordonner les acteurs de la prévention avec la médecine ambulatoire, en lien avec la médecine scolaire et la médecine du travail.
- Mobiliser le champ de l'éducation formelle et informelle :
 - mieux coordonner les nombreux acteurs éducatifs (enseignants, animateurs) et associatifs (qui développent des actions, comme par exemple sur la lutte contre l'obésité ou la promotion des droits sexuels et reproductifs);
 - mieux valoriser et renforcer les financements potentiels par les caisses régionales d'assurance vieillesse (CARSAT) et la MSA ou les ARS.
- Et à mobiliser, dans le cadre de missions d'intérêt général, des jeunes en service civique au sein de centres de santé associatifs ou publics afin de développer des missions centrées sur la contribution aux politiques de prévention et à la coordination des acteurs.

Conclusion

Enfin notre groupe salue, au-delà du travail accompli par les rapporteurs et l'ensemble de la commission, la démarche inédite employée pour produire ce projet d'avis. En se saisissant d'une question sociétale et contemporaine majeure, posée par plusieurs pétitions citoyennes, le CESE, institution représentant la société civile dans sa diversité, montre ici qu'il poursuit sa démarche proactive d'ouverture aux citoyens, engagée depuis le début de cette mandature. Le groupe des associations a voté en faveur du projet d'avis.

CFDT

La commission temporaire avait un double enjeu :

- se saisir d'un débat sociétal relayé par des pétitions citoyennes et démontrer ainsi que notre assemblée capte les préoccupations majeures de la société civile et propose des solutions pour privilégier l'intérêt général ;
- apporter des pistes innovantes au gouvernement lui permettant de nourrir sa stratégie visant à enrayer la désertification sanitaire du pays.

Les 10 préconisations abordent sans tabou, les différents aspects des leviers à évaluer, redynamiser et actionner. Nous considérons que l'égal accès à des soins de qualité est le premier principe à défendre. C'est bien le modèle économique de l'ensemble de la filière de la santé qu'il faut repenser, consolider, accompagner et sécuriser notamment celui des centres de santé.

L'urgence à agir ne peut se contenter d'une accumulation de plans aussi onéreux qu'inefficaces sauf à considérer que la liberté d'installation pourrait être supérieure à l'égalité d'accès aux soins. Pour la CFDT, la préconisation n°4 s'adresse directement à l'État : il doit jouer son rôle de régulateur.

La France a fait le choix d'un système de santé solidaire égalitaire et universel qu'elle doit consolider entre autres à travers la création de structures multifonctions visant à répondre à l'accès aux soins dans des zones sous dotées.

Les ARS doivent être au cœur de l'animation et de la régulation des communautés professionnelles comme des territoires de santé. Cela signifie pour nous que la planification doit être opposable aux libéraux comme elle l'est aux établissements de soins avec des modalités négociées avec les intéressés. Au-delà, c'est bien le service public territorial de santé que défend la CFDT, avec l'ensemble des acteurs, qui doit prendre à bras le corps la question des « déserts médicaux ».

Il est essentiel de redonner du sens et des perspectives aux différents professionnels pour amener deux mondes, l'hôpital et la médecine ambulatoire, à collaborer et à créer des passerelles entre leurs métiers. La préconisation n°9 relative aux transferts de compétences devrait s'appuyer sur une filière de formation en trois cycles : licence, master et doctorat qui donnerait des perspectives de développement professionnel aux paramédicaux.

Pour la CFDT, il est nécessaire de reposer les termes d'un débat public couvrant la stratégie de santé pour recueillir le consentement national en matière de priorités et de financement des dépenses de santé en privilégiant une vision autour du besoin de soins des usagers plutôt que de l'offre.

Cet avis, compromis entre des intérêts différents, y contribue et la CFDT l'a voté.

CFE-CGC

C'est la première fois que le CESE, cette troisième assemblée constitutionnelle de notre République s'empare d'un sujet sur lequel de nombreuses pétitions ont circulé.

Les déserts médicaux sont donc bien au cœur des préoccupations des Françaises et des Français et le CESE au travers des 10 préconisations de son avis essaye d'y répondre.

Afin de permettre à chacune et chacun d'accéder à une offre de soins satisfaisante quel que soit son lieu de résidence, que ce soit en ville ou à la campagne, en métropole ou dans les territoires d'Outre-mer, le groupe CFE-CGC défend prioritairement trois propositions de cet avis :

- La mise en place d'une véritable politique de prévention, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, y compris en entreprise et/ou dans les administrations.

Il s'agit ici de mieux coordonner à l'avenir la médecine scolaire et la médecine du travail avec la médecine ambulatoire. D'ailleurs le CESE travaille actuellement sur une saisine d'initiative intitulée « Pour des élèves en meilleure santé ».

Pour notre groupe la prévention n'est pas une charge, mais un investissement sur lequel il devrait y avoir un retour sur investissement dans les années suivantes au travers notamment de dépenses de santé mieux maîtrisées avant que les dépenses globales ne soient en baisse.

- Une meilleure répartition des tâches entre les différents professionnels de santé en clarifiant ce qui devrait à l'avenir relever des personnels infirmiers ou pharmaciens de ce qui doit relever exclusivement des médecins.

Déclarations des groupes

- Développer la télémédecine.

Il s'agit au travers de cette proposition de former les professionnels actuels de santé à ce type d'actes, de s'assurer de la sécurité des données collectées car il s'agit souvent de données dites « sensibles », de mettre en place un dossier médical personnel mais aussi de permettre une juste rémunération des professionnels qui exerceront de tels actes de télémédecine.

L'augmentation du nombre d'actes réalisés par télémédecine devrait permettre progressivement de désengorger les hôpitaux.

Pour que ces différentes propositions du CESE permettent de résorber les déserts médicaux, cette nouvelle offre de soins doit être impérativement construite et négociée avec les professionnels de santé concernés.

Les femmes et les hommes qui exercent ces professions de santé doivent être au cœur du futur dispositif.

En effet, la médecine du futur sans déserts médicaux doit se construire impérativement avec eux, en les reconnaissant davantage et en les rémunérant de façon juste et équitable.

Le groupe de la CFE-CGC a voté en faveur de cet avis.

CFTC

Le sujet des *Déserts médicaux* touche la France entière mais pas de manière identique. Il est donc intéressant dans cet avis d'y trouver une diversité d'outils ajustés aux besoins des territoires et des patients.

Les constats principaux :

- l'ensemble des professions de santé est concerné et pas seulement les médecins généralistes;
- 5,3 millions d'habitants se situent dans un désert médical, et pourtant tous nos citoyens ont la sensation d'être « victime » de son propre désert médical;
- le temps médical disponible est insuffisant en raison du nombre de médecins généralistes et spécialisés en baisse, le vieillissement de la population venant aggraver la situation;
- le parcours de soin est trop souvent le parcours du combattant avec un gaspillage de temps, d'énergie et d'argent.

Une fois ces constats faits, la CFTC soutient la préconisation 1 sur le renforcement des soins de santé primaire en changeant le regard sur la médecine générale, en sensibilisant et associant les patients à l'organisation du système de santé pour une meilleure appropriation des parcours de soins.

Une plus grande répartition géographique et sociale est nécessaire et la préconisation 2 y répond en proposant de s'attaquer au problème dès l'entrée en étude de médecine.

La médecine ambulatoire, bien encadrée est un outil intéressant à condition de la promouvoir comme il est indiqué dans la préconisation 3.

Enfin, une meilleure installation de tous les professionnels de santé, quel que soit le lieu, doit être complétée par une meilleure organisation et coordination des acteurs. Le groupe de la CFTC soutient fortement la préconisation 5 sur les ARS comme échelon de pilotage opérationnel des structures regroupées.

Pour la CFTC tout ceci doit être accompagné d'un renforcement de la prévention tout au long de la vie et ceci dès l'école.

Nos concitoyens, par pétition, s'inquiètent de la médecine en France Métropolitaine et de façon encore plus aiguë dans les Outre-Mer.

Par cet avis, le CESE apporte des solutions après des débats éclairés en commission temporaire.

Le groupe de la CFTC a donc voté cet avis.

CGT

L'avis participe de cette recherche d'une nouvelle configuration de l'offre de soins et de santé à développer, afin de répondre dans l'urgence à la dramatique situation de pénurie médicale. Ville et campagne sont frappées par le « mal soigner » résultat de 40 années de politique de contrainte des dépenses de santé.

Il fallait casser l'offre pour contenir la demande... Voilà le résultat.

Face à ce naufrage politique et sanitaire, aux enjeux et à l'urgence d'agir, la commission s'est attachée, dans sa très grande majorité, à ne pas se laisser enfermer dans le piège d'un clivage manichéen et réducteur entre « *tout salarial* » et « *tout libéral* ». De ce fait, elle a opté pour une remise en débat des formes d'organisation d'un système de soins ouvert, pour la faire reposer sur un nouvel équilibre, un nouvel agencement coopératif, dans lequel les centres de santé auraient droit de cité, aux côtés et en synergie avec l'offre publique.

Le renversement énoncé rejoint à sa manière les propositions de la CGT d'un retour à l'humain, à une politique de prévention, d'éducation, de promotion pour nous ouvrir à d'autres pratiques médicales. Rétablir l'empathie et la confiance, bannir les « *brutes en blanc* », pour reprendre une expression entendue lors des auditions sur la fin de vie. Autrement dit, changer de paradigme pour signifier que nous devons changer notre manière de voir le monde et modifier nos comportements en conséquence.

En interrogeant l'origine sociale et territoriale des étudiants en médecine, l'avis ouvre une perspective novatrice. Ce point relève bien d'un enjeu de démocratie afin de rompre avec l'élitisme de classe et parfois même la consanguinité de caste, l'entre soi des « bien nés »...

Avec la préconisation 4 l'avis questionne la place et le rôle du champ hospitalier public, de l'offre de soins publique, mixée ou pas avec des maisons de santé, à développer dans les zones sous denses. Cette perspective soulève le courroux des ténors du tout libéral. D'autant, qu'en plus, un tabou est levé celui d'oser réguler le secteur 2.

Enfin un regret, celui de n'avoir pas réussi à convaincre que dans l'état où se trouvent les Services de Santé au Travail et la médecine scolaire, vouloir les coordonner avec la

Déclarations des groupes

médecine de ville aurait, pour le moins, supposé de préconiser une réforme de leur propre fonctionnement. En faisant ici écho à l'avis du CESE de 2008 sur l'avenir de la médecine du travail, et en s'inscrivant dans la préparation de celui de 2018 sur le bien être des élèves, et donc de la médecine scolaire.

Si cet avis n'a rien de « révolutionnaire », il concourt à rétablir un équilibre entre public et privé pour une meilleure efficacité dans la réponse du droit de toutes et tous à la santé et relance, de manière mesurée mais explicite, la nécessité de profonds changements.

Le groupe CGT a voté pour l'avis.

CGT-FO

L'avis qui nous est soumis trouve son origine dans les pétitions en ligne. Si le CESE est légitime dans la veille qu'il a organisée sur la toile, il conviendra d'être vigilant sur les initiateurs de ces dernières.

Le calendrier dans lequel s'est inséré le travail de la commission temporaire était non seulement contraint, mais en « concurrence » avec celui de l'exécutif.

Le groupe tient à féliciter les rapporteurs et la présidente de cette commission temporaire pour le travail effectué dans les conditions que l'on connaît

Pour autant, cet avis évite l'écueil des doublons qui pouvait être redouté.

Le groupe FO souhaite qu'une fois voté, cet avis ne vienne pas uniquement grossir le volume des rapports, études et autres colloques qui existent déjà sur le sujet.

Sur le fond, notre groupe regrette que l'état des lieux ne mentionne pas la responsabilité de l'État dans la désertification.

Comment rendre attractif un territoire où les gouvernements depuis plus de 10 ans ont pris des décisions qui éloignent de plus en plus les services publics des citoyens ?

Parmi les préconisations qui nous paraissent les plus pertinentes, citons deux exemples.

L'amélioration des conditions d'exercice en travail collectif, par exemple dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé, doit continuer à être encouragée, en y associant bien sûr les professionnels eux-mêmes dès le projet de création.

Décider de soumettre à évaluation les aides financières à l'exercice dans les zones sous-denses relève non seulement du bon sens mais aussi de la bonne utilisation des fonds publics.

Quelques préconisations appellent de notre part des nuances.

Le cumul emploi retraite répond à la législation, même si nous pouvons entendre la demande, il ne nous semble pas opportun d'ouvrir la voie aux dérogations qui ne manqueraient pas de s'ouvrir pour toutes les professions en tension. Par ailleurs, nous nous étonnons qu'aucun lien ne soit fait entre ce choix de rappeler les médecins à la retraite et le maintien du *numerus clausus* actuel, fermant ainsi les portes à des milliers de jeunes qui souhaitent devenir médecins.

Si la coordination est à renforcer entre médecine scolaire et médecine du travail, encore aurait-il fallu que ces deux spécialités ne soient pas devenues les parents pauvres de la prévention.

Sur ce sujet, la préconisation de la mobilisation des jeunes en service civique ne nous paraît pas une réponse adaptée. La prévention doit être vue comme une action de long terme.

La « libération » de temps médical en mettant à disposition des agents de la fonction publique n'est pas une bonne réponse, qui plus est, dans le même temps où il est annoncé des suppressions massives de postes, nous ne voyons pas la cohérence avec l'ajout de cette nouvelle mission.

Enfin, si la télémedecine peut être un élément de réponse, elle pourrait se heurter, au-delà des modes de prises en charge par l'assurance maladie, à la désertification tout court de pans entiers du territoire.

Malgré ces réserves, le groupe FO a voté l'avis

Coopération

L'expression « déserts médicaux » est très éloquent, mais ne revêt pas la même réalité selon les territoires et n'y appelle donc pas les mêmes remèdes. La répartition des médecins est très inégale, et ces écarts ne sont pas liés aux besoins de santé des populations. Alors que la démographie médicale a augmenté plus vite que la démographie française, le nombre de médecins reste faible dans certains territoires urbains ou ruraux, sans parler des ultramarins. En 2017, 8 à 18% de la population se situerait dans une zone sous-dense, peu attractive, les déserts médicaux étant souvent des déserts tout court. Ce n'est qu'en 2025 que le retard en nombre de médecins commencerait à être rattrapé, pour retrouver en 2032 son niveau de 2015 !

Une bronchiolite coûte 25€ chez un médecin généraliste, 250€ aux urgences d'un centre hospitalier, et 1500€ aux urgences d'un CHU, selon le président de la commission sociale du Sénat.

Tout est dit et devrait nous inciter à soutenir quelques propositions de la Cour des comptes.

Le constat n'est pas récent, raison pour laquelle de nombreux citoyens se manifestent sur le thème de l'égalité d'accès aux soins. Le CESE, à l'écoute des pétitions en ligne, s'est naturellement saisi du sujet.

Cet avis est très clair, il vient après le rapport d'information du Sénat, et le plan de la ministre de la santé (Plan pour « *Un égal accès dans les territoires* »). Les rapporteurs ont été particulièrement méritants et ont réussi à être le plus complet possible tout en se limitant à dix préconisations.

Revenons sur trois thèmes.

- La révolution numérique : que de bienfaits en perspective ! On peut même rêver du dossier médical partagé ! Mais il faudra attendre le « haut débit » généralisé.

Déclarations des groupes

- Le *numerus clausus* : notons que de son fait des étudiants français vont se former à l'étranger, pendant que, et c'est un comble, son efficacité est remise en cause par l'afflux de professionnels à diplôme étranger, un quart des inscriptions à l'ordre des médecins chaque année depuis 10 ans (Cour des comptes, novembre 2017) ! Le relèvement du *numerus clausus*, voire sa suppression, entraînerait un apport d'étudiants supplémentaires et l'approche libérale serait de laisser l'offre de médecins se réguler d'elle-même. Néanmoins rien ne garantit que ces étudiants iraient exercer dans des zones sous dotées, sauf à les y contraindre ou à les y inciter.
- Les incitations financières : aides à l'installation, dispositifs de garantie de revenu... Des résultats modestes mais il est bien trop tôt pour faire le bilan de cette stratégie. Et si l'incitation ne donne pas de résultats, que reste-t-il ? La coercition ? Un débat digne du CESE, qui en clamant que la liberté d'installation des médecins ne doit pas remettre en cause l'égalité d'accès aux soins, préconise des avancées mesurées et progressives.

Le groupe de la coopération a voté l'avis.

Entreprises

Le CESE a fait le choix courageux de traiter le sujet complexe de « *l'accès aux soins* », considérant que cette problématique était au cœur de la réalité de nos concitoyens. D'autant plus que ce phénomène risque de s'accroître dans les prochaines années en Hexagone, alors qu'il est déjà présent, de façon exacerbée, dans les outre-mer.

Lorsqu'il est fait état de « *déserts médicaux* », force est de constater qu'il s'agit d'abord et en premier lieu de « *déserts* » tout court... Plus d'écoles, plus de services administratifs publics, plus de maternités, plus de laboratoires d'analyse, plus de spécialistes, bref, « *moins* » partout dans les zones dites « *sous-denses* ».

Pour le groupe des entreprises, un maillage de santé efficace et proche des patients participe de l'attractivité du territoire et de son potentiel économique.

Pour résoudre la question posée, il faut agir sur plusieurs plans, et c'est ce que propose cet avis. D'abord changer l'image de la médecine générale pour qu'elle redevienne une voie attractive et choisie. En augmentant le nombre de médecins souhaitant pratiquer cette médecine, nous solutionnerons une partie du problème. Surtout si, dans le même temps, des dispositifs tels que le CESP sont mieux connus et valorisés pour permettre une plus grande mixité sociale et géographique des étudiants en médecine.

À plus court terme, faciliter le cumul emploi-retraite des généralistes serait, une bonne mesure transitoire. Sans oublier le développement de la télémédecine dès maintenant et dans le futur. Dans un avenir proche, l'intelligence artificielle et le *big data* vont renforcer le rôle des généralistes et la question du *numerus clausus* doit être posée, notamment dans les outre-mer.

En ce qui concerne la liberté d'installation, les débats ont été rudes. Pour nous, elle doit rester un principe, de même que le droit du patient à choisir son médecin. Nous croyons à la liberté plus qu'à la contrainte, à l'incitation plus qu'à la sanction.

Toutefois, l'organisation des soins à l'échelle des territoires peut nécessiter des mesures fortes. Cela n'empêche pas que nous pensions que c'est d'abord aux médecins et à leurs représentants de proposer des solutions à ce problème. Deux pistes possibles pourraient être d'expérimenter les consultations avancées et d'ouvrir des discussions sur la façon de parvenir à une meilleure répartition des soins, en incluant le secteur hospitalier. Dans le même esprit nous sommes opposés à la baisse du prix des consultations telle proposée la 10^{ème} préconisation car il faut que les revenus des médecins généralistes ne baissent pas si nous souhaitons que le métier soit valorisé.

Sur un sujet aussi complexe, nous avons prouvé notre capacité à approfondir des sujets et à éviter les solutions faciles. Malgré les réserves que nous avons exprimées et qui ne sont pas des précautions de langage mais des différences de fond, le groupe des entreprises votera cet avis.

Environnement et nature

Sans doute le groupe environnement et nature aurait-il pu être tenté de faire sienne la formule latine, « *medicus curat, natura sanat* » : le médecin soigne mais c'est la nature qui guérit. Encore la sagesse romaine reconnaîtrait-elle qu'il faille pour ce faire des médecins, des patients, et que ceux-ci puissent se rencontrer dans les meilleures conditions. Notre groupe salue l'éclairage porté par l'avis sur la notion même de désert médical, notion complexe qui ne peut se réduire ni à une question de ruralité, ni à une question d'attractivité des territoires. Si notre groupe est naturellement sensible aux dimensions strictement territoriale du sujet, il ne l'est pas moins à l'égard de ses implications sociales, que vient d'illustrer le préoccupant rapport de l'académie de médecine, *Précarité, pauvreté et santé*. Celui-ci rappelle que le taux de couverture vaccinale est sensiblement inférieur pour les enfants issus de familles pauvres, et que l'accès aux soins demeure problématique pour les populations les plus vulnérables. C'est donc dans toutes ses dimensions que doit être appréhendé le problème des déserts médicaux.

Celui-ci fait l'objet d'une multiplicité d'instruments incitatifs, souvent de nature contractuelle ou fiscale, qui s'inscrivent dans un contexte parfois concurrentiel entre les territoires. L'avis soumis à notre attention propose de compléter cette panoplie dans plusieurs directions : meilleur partage du temps médical, meilleur partage des tâches entre professionnels médicaux, communication fluidifiée entre les structures médicales, développement de la médecine salariée autour de centres de santé, ou encore simplification de la mise en place de lieux d'exercices regroupés. Ces mesures nous semblent aller dans le bon sens, et pour cette raison, le groupe Environnement et Nature votera l'avis.

Qu'il soit permis cependant de souligner que le renforcement du volet prévention, également préconisé, ne doit pas selon nous s'attacher exclusivement à l'hygiène de vie, aux questions d'alimentation, aux addictions, ou encore aux « *conduites à risque* », autrement dit à des facteurs essentiellement *comportementaux*. Le malade n'est pas responsable de tout. L'exposition aux facteurs pathogènes dits « environnementaux », qui se jouent des limites territoriales et administratives, fait également partie de l'équation et fait d'ailleurs l'objet, faut-il le rappeler, d'un plan national sante-environnement. Aussi sans doute faudrait-il compléter la locution latine par le slogan de l'OMS en 1993 : « Environnement d'aujourd'hui, santé de demain ».

Mutualité

L'expression « *déserts médicaux* » est entrée dans le langage courant. Elle est la traduction de la préoccupation légitime de pouvoir accéder aux soins. Mais elle est aussi le symbole d'une conception, aujourd'hui dépassée, l'organisation de notre système de santé à partir d'une offre sensée répondre aux besoins des patients. Aujourd'hui sous l'effet des besoins d'accompagnement qui s'amplifient avec le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies et celui du progrès médical, la notion de parcours personnalisé du patient supplante peu à peu la vision d'une offre à laquelle les malades devaient s'adapter. La prise en charge, personnalisée, d'un cancer dépend aujourd'hui des caractéristiques des tumeurs alors qu'il y a peu de temps encore la porte d'entrée dans le système de soins conditionnait la prise en charge.

Prendre conscience de ces changements nous aide à comprendre qu'il ne suffit pas d'augmenter l'offre sur le modèle actuel mais que nous devons construire un système de soins adapté aux nouveaux enjeux épidémiologiques.

L'exemple du centre de santé de Laval, qui a fait l'objet d'une présentation devant notre commission, est intéressant. Organisé autour de médecins libéraux retraités, il connaît un incontestable succès. Pourtant on constate là-bas comme ailleurs qu'une augmentation de l'offre ne suffit pas pour permettre à chacun d'accéder aux soins. Il existe d'autres obstacles, difficultés d'accès aux droits, impossibilité de communiquer pour des migrants ne maîtrisant pas notre langue, bien d'autres encore. Il ne suffit pas d'augmenter l'offre, il faut, aussi, identifier les autres raisons du non accès aux soins.

Les débats au sein de notre commission ont parfois conduit à mettre sur le même plan des valeurs de nature et d'importance bien différentes tels l'accès aux soins et la liberté d'installation. Il est indispensable de sortir des postures et des débats idéologiques si nous voulons avancer. Plutôt que de chercher à tout prix le maintien d'une offre de soins de ville, ou hospitalière d'ailleurs, sur un territoire, il faut imaginer des réponses adaptées qui tiennent compte de l'environnement territorial et donc donner aux acteurs locaux, les professionnels de santé en premier lieu, les moyens d'expérimenter des solutions adaptées au contexte. Il faut cesser d'opposer les statuts ou les organisations mais jouer sur les complémentarités afin de proposer des solutions souples et innovantes. Ainsi la Mutualité Française gère historiquement des centres de santé mais elle est aussi, et de plus en plus souvent, associée dans des partenariats avec des professionnels libéraux dans des maisons ou des pôles de santé. Aucune solution ne doit être écartée a priori et il faut créer les conditions propices à leur mise en œuvre. Un autre levier, essentiel, doit être mobilisé: le développement des coopérations professionnelles qui passe par un assouplissement des décrets de compétences.

Les préconisations de l'avis vont dans ce sens, elles sont en phase avec les actions prévues par les pouvoirs publics mais il nous paraissait important de les replacer dans un contexte plus large. Le groupe de la mutualité a voté l'avis.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Les déserts médicaux, c'est un peu comme le changement climatique : on était prévenu.e.s que ça allait arriver. Mais nous n'avons rien fait.

La faute à qui ? À l'État, qui a participé et participe encore à la fermeture de structures hospitalières et de services comme les maternités et qui prive à cette occasion de nombreuses femmes dans l'accès aux droits sexuels et reproductifs. La faute à l'État, encore, qui n'a pas su prendre de mesures pour organiser l'exercice libéral mais également la faute au corps médical qui n'a pas souhaité se réguler. C'est enfin notre faute, organisations de la société civile, qui n'avons pas su exiger le maintien et une répartition plus équilibrée des services médicaux sur les territoires.

Dans cet avis, nous rejoignons les préconisations sur la formation des jeunes médecins. En particulier, il est plus que nécessaire de diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiant.e.s en médecine. Cette formation reste trop souvent l'apanage des étudiant.e.s, issu.e.s des métropoles et de milieux sociaux favorisés, qui ne souhaitent pas forcément s'installer dans des territoires dans lesquels ils n'ont jamais vécu. Cette diversification passe, comme le dit l'avis, par une meilleure information de ces métiers auprès des lycéen.ne.s des zones sous-denses dans le cadre de l'orientation et la prise en charge des transports et logements des stagiaires internes en médecine générale. Cette diversification passe aussi par le développement des passerelles entre les structures universitaires. L'évolution de la formation passe enfin par la valorisation de cette spécialité qu'est la médecine générale.

Pour autant, le groupe des Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse s'abstiendra.

Trois points particulièrement nous laissent dans l'incompréhension.

Pourquoi, dans un contexte où le temps presse et où peu de choses ont été faites depuis plusieurs années, pourquoi attendre encore 3 ans et une énième concertation pour agir concrètement ? Les acteur.rice.s du secteur nous l'ont dit : cela fait des dizaines d'années qu'on laisse du temps à la profession pour s'organiser.

Ensuite, il nous paraît contradictoire de reconnaître l'inefficacité des aides financières, tout en préconisant la réduction des cotisations sociales pour un emploi de secrétariat mutualisé ou pire la mise à disposition d'agent.e.s de la fonction publique. Cette mesure risque de plus de conduire à des ruptures d'égalité entre les professionnel.le.s libéraux qui tous.tes ont par essence une part d'activités administratives.

Enfin, concernant la prévention et le rôle central qu'elle doit occuper dans notre société, si nous partageons l'ambition de la développer, les moyens préconisés nous paraissent insuffisants. Si la mise en place de missions de Service Civique peut être un outil pertinent pour la prévention, il ne peut être un élément central ! Et cela surtout dans un contexte où la médecine scolaire, la médecine du travail et les différent.e.s intervenant.e.s de la prévention n'ont pas les moyens d'être présent.e.s sur ces territoires et où les associations subissent des suppressions d'emplois aidés.

Déclarations des groupes

Pour conclure et comme exprimé, il nous semble que nous n'avons pas su, par cet avis, trouver les réponses pertinentes à la problématique des déserts médicaux. L'annonce par madame la ministre des Solidarités et de la santé d'une saisine gouvernementale sur les parcours de soins du point de vue des usagers sera l'occasion de travailler à des réponses qui répondent pleinement aux attentes légitimes des pétitionnaires et des citoyens.

Outre-mer

Depuis un peu plus de dix ans, les Gouvernements successifs promettent de lutter contre les déserts médicaux mais en « cassant le thermomètre on ne fait pas tomber la fièvre ». Il y a urgence à assurer à tous sur le territoire de la République un égal accès aux soins.

C'est le pari de cet avis, qui pour se faire, a fort justement identifié les trop nombreux obstacles qui jonchent les parcours de soins.

Les Outre-mer sont une telle caricature en ce domaine que le simple focus de l'avis est bien insuffisant :

- Dans nos territoires, l'absence de spécialistes et le petit nombre de médecins généralistes sont récurrents.
- La situation financière catastrophique des hôpitaux publics quasiment tous sous perfusion offre un diagnostic sombre et engage un pronostic vital où le patient ultramarin bénéficie d'un traitement dont les seuls hospices et espoirs ne sont pas le fruit d'une conférence de consensus mais de sa seule fortune ou de la chance que lui offre la vie.

L'exemple de Mayotte, premier désert médical français avec 7 médecins libéraux pour 100 000 habitants est criant. En Martinique, en Guadeloupe et en Guyane, la densité des médecins généralistes les placent aux trois derniers rangs des régions de France.

A Saint-Martin, Saint-Barthélemy, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, la situation est tout aussi préoccupante. Alors que certains de ses territoires sont confrontés à la gestion régulière d'épidémies et à la prévalence de pathologies.

A Wallis-et-Futuna, il n'existe ni médecine libérale, ni pharmacie, fort heureusement le centre de santé de proximité assure ces missions.

Aussi les mesures contenues dans le Pacte territoire santé de même que celles de la stratégie santé Outre-mer, malgré des résultats encourageants sont insuffisants.

Il est urgent que dans le cadre du plan présenté par le Gouvernement en Octobre dernier que nombre de ces mesures soient déclinées Outre-mer.

Cet avis contient, certes, des préconisations essentielles comme l'apport du numérique dans la politique de soins, la délégation des actes de soins aux paramédicaux mais pour l'Outre-mer face aux déserts médicaux, il faut construire des « oasis de santé » assurant à tous un égal accès aux soins.

Pour l'ensemble de ces raisons, les avis du Groupe de l'Outre-mer sont partagés et chacun sera libre de le voter.

Personnalités qualifiées

Jean-Luc Bennahmias : « Je voudrais saluer ici cette grande première. Pour la première fois notre assemblée a pris en compte des pétitions citoyennes sans qu'elles atteignent pour autant les 500 000 signatures, seuil légal de leur prise en compte. Je pense que nous devons faire de cette première expérience, un exemple de liaison de notre assemblée représentant la société civile organisée avec la société civile des réseaux sociaux.

Dans le cadre du CESE du futur, chacun, chacune voit bien quels bénéfices notre assemblée peut tirer de cette liaison sans en nier les complexités et difficultés inhérentes à ce que sont les réseaux sociaux. Nos propres organisations, nos adhérents sont eux-mêmes des utilisateurs, voir des initiateurs de ces pétitions. Alors oui félicitons nous de cette première qui je l'espère en appelle d'autres.

J'en viens maintenant aux déserts médicaux. Je salue comme il se doit les participants et participantes à cette commission temporaire. Mais nous voyons une fois de plus les difficultés à travailler dans l'urgence :

- alors que Madame la ministre a déjà rendu sa feuille de route il y a deux mois ;
- alors que de nombreuses organisations, souvent membres du CESE ont déjà fait part, et c'est leurs prérogatives, de leurs propositions ;
- alors que la cour des comptes a publié un rapport sans concessions et aux propositions radicales et autoritaires, notre avis paraît alors bien pâlot, à l'image souvent, nous le savons tous, des compromis qui font « la saveur » de notre assemblée.

Je prends un exemple : préconisation n°4 « *en l'absence de résorption des déserts médicaux dans 3 ans ...* » Pourquoi pas 2 ou 4ans ! Donc dans 3 ans le CESE sera d'accord avec la Cour des comptes puisque les déserts médicaux n'auront malheureusement pas tous disparus dans 3 ans, CQFD!

Quelques mots pour finir sur les quelques manques de cet avis, en premier l'absence de propositions visibles des pétitionnaires auditionné.e.s, nous devons plus montrer que nous prenons en compte leur mobilisation, leur expertise, en deuxième insister plus fortement encore pour les professionnels de la santé et les usagers sur l'intérêt des maisons de santé, au-delà du partage d'un local, d'un secrétariat, l'humain d'abord : ne pas se sentir isolé, former une équipe, être solidaire, quel que soit le désert c'est important.

Malgré ses limites je voterai cet avis. »

Patrick Molinoz : « *Les Hommes naissent et demeurent libres et égaux mais pour certains c'est plus dur* » disait Coluche. Cette affirmation est de plus en plus vraie en ce qui concerne l'accès aux soins des Français.

Territoires ruraux, zones urbaines ultra sensibles, centre-ville sans médecin de secteur 1, les déserts médicaux progressent partout en métropole et en outre-mer... sans que les innombrables mesures incitatives, financières et fiscales pour l'essentiel, ne parviennent à enrayer le phénomène...

Déclarations des groupes

Ce constat partagé imposait que le cœur de notre avis pose clairement la question de la liberté d'installation pour proposer le meilleur positionnement du curseur entre la liberté (qui a ma préférence) et la contrainte...

Il aurait fallu dire qu'il n'y a pas de liberté sans responsabilité ! Et que la responsabilité collective des professionnels de santé c'est de soigner tous les Français, quel que soit leur lieu de résidence ou leur revenu.

La très mauvaise répartition géographique des médecins généralistes notamment prouve, qu'en la matière, la responsabilité n'a pas accompagné la liberté.

Cette absence de responsabilité collective étant avérée, c'est la liberté individuelle totale d'installation qu'aurait dû interroger notre avis... afin de proposer des pistes pour sécuriser les professionnels et prévoir, face aux incitations, des obligations claires...

Mais rares sont ceux qui, comme la Cour des Comptes il y a quelques jours (qui évalue, pardon du peu, entre 1 et 3 milliards d'euros le surcoût lié à la mauvaise répartition des professionnels de santé), rares sont ceux qui osent remettre en cause le dogme de la liberté d'installation.

Partout c'est la même « *petite musique* », bien rodée depuis des années, qui prévaut : ne nous imposez rien et nous ne demanderons rien, l'argent n'est pas un enjeu, les médecins veulent qu'on leur fiche la paix... dormez tranquille bonnes gens nous nous occupons de tout...

... mais à la fin ce sont toujours des aides qui arrivent et s'additionnent aux précédentes, sans contrepartie, sans considération pour les autres professionnels de santé, et, surtout, sans résultat... car de fait les déserts progressent partout cette année !

... et donc à la fin, après que notre commission a entendu une majorité de médecins, un seul paramédical et à peine les collectivités, notre avis, coincé entre le rapport sénatorial de juillet, les annonces gouvernementales d'octobre et le travail de la Cour des Comptes de novembre, tourne en rond... Il copie les orientations du gouvernement, pioche dans les propositions sénatoriales et... propose des aides financières immédiates...

Et c'est seulement pour demain, ou après-demain (dans 3 ans ou plus...), peut-être, si rien ne va mieux, quand on aura évalué ce qui l'a déjà été 10 fois, que d'autres mesures pourront être envisagées...

Alors aujourd'hui, pour la première fois, l'avis qui nous est proposé ne me semble pas digne de notre institution et encore moins des enjeux considérables que soulève, pour des millions de Français, le développement des déserts médicaux parce qu'il ne répond pas à la question de l'obligation de servir le Pays qui devrait, à l'avenir, fonder l'engagement des médecins !

Mes chers collègues, si le CESE veut réaffirmer son utilité il nous faut, parfois, ne pas masquer les *dissensus* et oser faire des propositions qui bousculent l'ordre établi, avec comme seul objectif l'amélioration de l'Homme et de la société, c'est à dire la défense de l'intérêt général qui n'est pas la somme des intérêts particuliers. Je voterai contre cet avis. »

Professions libérales

La plupart des préconisations de cet avis vont dans le bon sens.

Mais ce n'est pas le cas de la préconisation n°4, de loin la plus importante, mais aussi la plus nocive, ceci pour au moins 6 raisons :

1/Les mesures coercitives à l'installation des médecins libéraux seront inefficaces et dangereuses. Certes, des dispositifs de régulation existent déjà pour d'autres professions de santé, mais, outre le fait qu'ils ont été négociés et pas imposés, ils ont été mis en place pour corriger des situations de pléthore. Or pour les médecins, nous sommes en situation de pénurie générale, laquelle est conjuguée à l'augmentation des besoins liés au vieillissement, au développement des pathologies chroniques et au maintien à domicile de patients de plus en plus complexes. Les contraintes imposées décourageront à l'installation et participeront à l'aggravation de la pénurie et, pire, la généraliseront.

2/L'exercice libéral constitue un bloc indivisible associant notamment liberté d'installation, liberté de prescription et liberté de choix de son médecin. Remettre en cause l'un des piliers et c'est l'exercice libéral qui vacille. Dans un premier temps, ce sera la fin de la liberté d'installation des médecins en secteur 2, le lendemain ce sera la fin de la liberté d'installation pour tous les médecins libéraux, puis, le surlendemain, c'est la liberté des patients de choisir leur médecin qui disparaîtra.

3/Vouloir imposer autoritairement, c'est nier la convention médicale, qui constitue le socle du dialogue social entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux. Il est assez singulier que cette remise en cause soit portée par ceux-là même qui s'érigent, par ailleurs, en grands défenseurs du dialogue social et du contrat collectif.

4/Ces mesures s'appliqueront aux jeunes diplômés et en particulier aux plus méritants d'entre eux qui ont fait le choix de prolonger leurs études de 2 à 4 années supplémentaires pour devenir chefs de clinique afin d'acquérir le meilleur niveau d'excellence. Et en retour, ils se verront pénalisés. Notre pays a besoin de ces jeunes médecins très qualifiés, pas de les inciter à partir ailleurs.

5/ Un jeune praticien qui vient de s'installer et d'investir dans son cabinet doit consacrer toute son énergie à développer sa patientèle. C'est largement incompatible avec l'obligation d'aller exercer une partie de son temps ailleurs. L'entreprise médicale doit, comme les autres, assurer sa rentabilité.

6/Enfin, ces mesures coercitives ne ciblent que la médecine libérale qui, du coup, devient la variable d'ajustement, en oubliant que l'hôpital et les services publics sont eux aussi, aussi défaillants dans ces zones. Dès lors, quelle est la légitimité de faire peser tout le poids de la contrainte sur les seuls acteurs libéraux, par essence indépendants, alors que le principe de l'universalité imposerait aux établissements publics d'assurer la continuité du service et de l'offre en tout point du territoire ?

Pour ces motifs, le groupe des professions libérales n'a pas voté l'avis.

Déclarations des groupes

UNAF

Le constat dressé par la Cour des comptes dans son rapport sur l'avenir de l'assurance maladie rendu public le 29 novembre dernier est sans appel : « *Les politiques visant à corriger les inégalités de répartition se sont développées en France depuis le milieu des années 2000, selon une logique essentiellement incitative. Éclatées entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, elles sont coûteuses au regard des faibles résultats obtenus* ».

Face à ce constat, le groupe de l'UNAF rappelle que le pendant de la liberté d'installation des médecins est celui de la liberté de choix du patient de son médecin. Or aujourd'hui, dans certains territoires, cette liberté ne trouve plus à s'exercer faute de médecins. L'équilibre sur lequel est fondée la médecine libérale depuis 1927 est donc rompu. Le présent avis trace des pistes pour restaurer cet équilibre et faire que l'offre de soins dans un territoire réponde mieux aux besoins des familles et de la population, qui y résident.

Pour le groupe de l'UNAF, la préconisation, qui appelle au renforcement des soins primaires est essentielle. L'association des usagers à l'organisation du système de santé est au cœur de cette question. La création récente de *France assos santé* – union d'associations d'usagers du système de santé- y contribue. Cela permettra ainsi de développer des actions d'information dès le plus jeune âge notamment à travers le parcours éducatif pour la santé afin de faciliter la compréhension et l'utilisation de notre système de soins. Cette sensibilisation devra se faire également tout au long de la vie, notamment au sein de la famille, afin de rendre chacun acteur et responsable de sa santé.

Permettre la prévention tout au long de la vie est une évolution indispensable du système santé encore trop tourné vers le curatif et insuffisamment sur le préventif. Toutefois, faire de la prévention en santé ne s'improvise pas. La préconisation visant à mobiliser des jeunes en service civique suppose comme d'ailleurs pour le futur service sanitaire des étudiants en santé, que ces jeunes soient formés tant sur la pédagogie que sur le contenu des sessions de prévention.

Enfin, le développement de la télémédecine est une voie d'avenir déjà en marche, sous réserve d'une couverture numérique haut débit de l'ensemble du territoire. Pour qu'elle puisse être une des réponses pour lutter contre les déserts médicaux, il faut que ses apports soient expliqués aux patients pour que la télémédecine n'apparaisse pas comme une compensation de la désorganisation du système de santé, mais bien comme un outil au service de l'amélioration de la qualité des soins. Cette évolution nécessitera cependant une véritable politique d'accompagnement pour les publics les plus fragiles.

Le groupe de l'UNAF a salué ce premier travail construit à partir de la veille sur les pétitions sur internet et a voté l'avis.

UNSA

On pourrait penser que cet avis arrive après la bataille puisque le plan gouvernemental d'accès territorial aux soins a été présenté par Madame la Ministre en octobre 2017, que la Cour des Comptes dans son rapport rendu public fin novembre 2017 traite également des disparités territoriales. Et bien non, cet avis complète, développe par des mesures nouvelles,

des propositions à mettre en œuvre dans le court et moyen termes afin de répondre aux besoins des patients tout au long du parcours de soins quel que soit son lieu d'habitation.

L'UNSA souscrit à la démarche de traiter la question des déserts médicaux tout en repensant l'organisation des soins autour du patient. En effet, des besoins nouveaux émergent. Les maladies chroniques, le vieillissement de la population, les affections liées au comportement et à l'environnement se multiplient et nécessitent des réponses adaptées.

Cet avis pose avec pertinence dans son état des lieux, la définition plurielle du désert médical. La question de l'exercice médical note bien la féminisation du métier et la diminution du temps de travail. Toutes les mesures prises par l'État, l'Assurance maladie et les collectivités sont bien exposées mais en l'absence de bilan global, il est encore difficile d'avoir une vision précise des améliorations qu'il faut envisager.

Les préconisations relatives à la médecine générale s'appuient sur une bonne connaissance de la population des médecins généralistes. Il convient de les valoriser au niveau des soins primaires et de sensibiliser les jeunes aux métiers de la santé dès le lycée ou de faciliter le développement de terrains de stage en médecine ambulatoire.

En ce qui concerne l'installation, sujet oh combien sensible, l'avis aborde cette problématique avec tact et mesure.

En effet la préconisation préfère une adhésion de tous les acteurs car le maintien d'une présence médicale dans les territoires ne peut se faire sans l'implication des professionnels. Elle fixe un délai de 3 ans alors que les textes en la matière ont déjà quelques années!

Par ailleurs, il n'est pas anormal que l'assureur, en l'occurrence l'assurance maladie, puisse privilégier l'intérêt de ces assurés et choisisse de ne pas favoriser l'offre là où elle est déjà forte.

L'Unsa porte depuis de nombreuses années ce type de propositions et rappelle qu'au sein des professions paramédicales, les infirmières ont signé un accord qui intègre le conventionnement sélectif en fonction de la couverture locale. Les Kinésithérapeutes ont également conclu récemment un accord qui va dans ce sens.

D'autres pays comme l'Allemagne, la Grande Bretagne ont déjà réglé cette difficulté, soit en fixant une enveloppe financière fermée affectée par régions aux médecins, à charge de la réguler entre eux, soit en imposant le médecin traitant au patient.

Pour terminer, mon organisation souhaite vous faire partager deux points de vigilance :

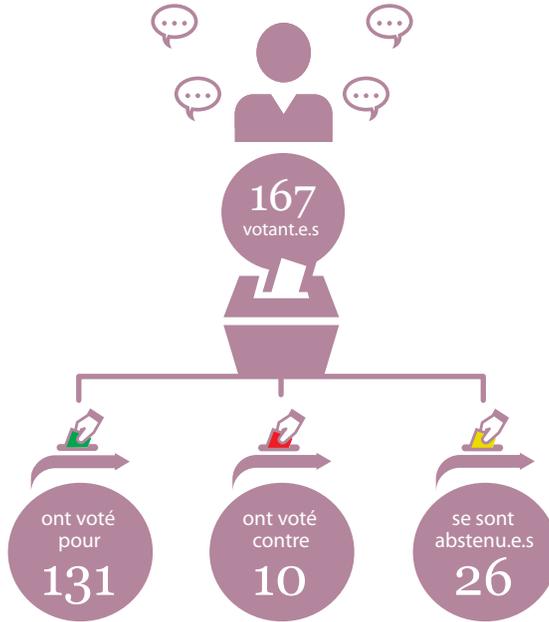
En ce qui concerne la mise en place d'un secrétariat : il doit bien s'agir d'un secrétariat médical car le médecin est responsable du secret médical dans le fonctionnement de son cabinet. L'idée de faire collaborer des agents administratifs pourrait être nuisible à l'exercice médical et contraire au code de déontologie.

L'avis met en avant le service civique volontaire pour contribuer aux politiques de prévention. La nécessité des connaissances particulières et d'un encadrement important posent alors questions. De plus cela laisse à penser que la prévention peut être mise dans un mode d'exercice de seconde zone.

Afin que les préconisations pertinentes soient menées à leur terme, l'UNSA a voté l'avis.

Scrutin

Sur l'ensemble du projet d'avis présenté par Sylvie Castaigne et Yann Lasnier



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental **le mercredi 13 décembre 2017**

Ont voté pour : 131

<i>Agriculture</i>	Mmes Beliard, Bonneau, MM. Cochonneau, Coué, Mme Cuny, MM. Dagès, Épron, Ferey, Gangneron, Mme Gautier, M. Roguet, Mme Valentin, M. Verger, Mme Vial.
<i>Associations</i>	M. Jahshan, Mme Lalu, M. Lasnier, Mmes Martel, Sauvageot, Trellu-Kane.
<i>CFDT</i>	MM. Blanc, Duchemin, Mme Esch, M. Gillier, Mmes Hervé, Houbairi, M. Mussot, Mme Nathan, M. Nau, Mme Pajeres y Sanchez, MM. Quarez, Ritzenthaler, Saint-Aubin.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artéro, Mme Couvert, M. Dos Santos.
<i>CFTC</i>	Mmes Coton, Roger, M. Thouvenel.
<i>CGT</i>	M. Bride, Mmes Chay, Cru, Farache, M. Garcia, Mmes Lamontagne, Manière, MM. Marie, Naton, Rabhi, Mme Robert.
<i>CGT-FO</i>	Mmes Chazaud, Derobert, Desiano, Fauvel, Gillard, MM. Goulm, Homez, Legagnoa, Pérès, Pihet, Techer.

<i>Coopération</i>	M. Argueyrolles, Mme Blin, M. Lenancker, Mmes LExcellent, Roudil.
<i>Entreprises</i>	M. Asselin, Mme Castéra, M. Cordesse, Mmes Couderc, Dubrac, Duhamel, M. Dutruc, Mme Escandon, MM. Gailly, Gardinal, Grivot, Guillaume, Mme Ingelaere, M. Pfister, Mmes Prévot-Madère, Roy, Tissot-Colle.
<i>Environnement et nature</i>	M. Beall, Mme de Béthencourt, M. Bougrain Dubourg, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, M. Le Bouler-Le Quilliec, Mmes Martinie-Cousty, Popelin.
<i>Mutualité</i>	M. Caniard.
<i>Outre-mer</i>	M. Vernaudon.
<i>Personnalités qualifiées</i>	MM. Bennahmias, Bontems, Mme Brunet, MM. Cabrespines, Cambacérés, Mmes Castaigne, Collin, Gibault, Goujon, Gard, MM. Grosset, Guglielmi, Mme Hurtis, MM. Joseph, Jouzel, Keller, Kettane, Mmes Léoni, Levaux, Mignot-Verscheure, M. Pilliard, Mmes Rudetzki, Thiéry, M. Thieulin, Mme Trostiansky.
<i>UNAF</i>	Mmes Allaume-Bobe, Blanc, MM. Chrétien, Clévenot, Feretti, Mmes Gariel, Koné, MM. Marmier, Renard, Tranchand.
<i>UNSA</i>	Mme Arav, M. Chevalier, Mme Vignau.

Ont voté contre : 10

<i>Outre-mer</i>	M. Cambray.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Adam, MM. Amsalem, Boccara, Mme Claveirole, MM. Duval, Molinoz.
<i>Professions libérales</i>	MM. Chassang, Noël, Mme Riquier-Sauvage.

Se sont abstenue.e.s : 26

<i>Artisanat</i>	Mme Amoros, M. Crouzet, Mme Foucher, M. Le Lann, Mme Marteau, MM. Quenet, Stalter, Mme Teyssedre.
<i>Environnement et nature</i>	M. Abel.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Blanchet, Coly, Mme Delair, M. Dulin, Mme Weber.
<i>Outre-mer</i>	Mmes Biaux-Altman, Bouchaut-Choisy, M. Edmond-Mariette, Mme Mouhoussoune, MM. Suve, Togna.
<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Aschieri, Mmes Autissier, Jaeger, Lechatellier, Le Floc'h, M. Pasquier.

N° 1 COMPOSITION DE LA COMMISSION TEMPORAIRE

✓ **Présidente :** Marie-Andrée BLANC

Agriculture

✓ Claude COCHONNEAU

✓ Anne GAUTIER

Artisanat

✓ Pascale MARTEAU

Associations

✓ Yann LASNIER

CFDT

✓ Marie-Odile ESCH

✓ Catherine PAJARES Y SANCHEZ

CFE-CGC

✓ Carole COUVERT

CFTC

✓ Pascale COTON

CGT

✓ Gilles FOURNEL

✓ Jean-François NATON

CGT-FO

✓ Hélène FAUVEL

✓ Philippe PIHET

Coopération

✓ Christian ARGUEYROLLES

Entreprises

✓ Marie-Hélène BOIDIN-DUBRULE

✓ Éveline DUHAMEL

✓ Joëlle PREVOT-MADERE

Environnement et nature

✓ Hervé LE BOULER

Mutualité

✓ Étienne CANIARD

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

✓ Bertrand COLY

Outre-mer

✓ Jean-Étienne ANTOINETTE

Personnalités qualifiées

✓ Sylvie CASTAIGNE

✓ Jean-Jacques ELEDJAM

✓ Laure LECHATTELLIER

✓ Patrick MOLINOZ

✓ Sophie THIERY

Professions libérales

✓ Michel CHASSANG

UNAF

✓ Marie-Andrée BLANC

✓ Alain FERETTI

UNSA

✓ Martine VIGNAU

N° 2 LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES ET RENCONTRÉES

- ✓ **M. Stéphane Bouxoum**
porte-parole du syndicat d'internes en médecine ISNAR-IMG ;
- ✓ **M. Benoît Crochet**
médecin conseiller technique national à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- ✓ **M. Cédric Delacôte**
auteur de la pétition citoyenne « NON à la fermeture du service maternité du Centre Hospitalier de Remiremont (88) ! », accompagné de M. Philippe Cloché, médecin, adjoint au maire de Remiremont, chargé de la Santé ;
- ✓ **M. Dominique Depinoy**
médecin, président du cabinet Acsantis ;
- ✓ **M. Guillaume de Durat**
auteur de la pétition citoyenne « Déserts numériques et médicaux. Double peine ? » ;
- ✓ **M. Laurent Eveillard**
président du Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de Santé (RNOGCS) ;
- ✓ **M. Alain Frobert**
médecin, auteur de la pétition citoyenne « Un réseau national de centres de santé pour lutter contre les déserts médicaux » ;
- ✓ **Mme Florence Guerrier**
coordinatrice du portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) de l'ARS Centre-Val de Loire ;
- ✓ **M. Francis Guiteau**
directeur général de la Mutualité Française Anjou Mayenne ;
- ✓ **Mme Isabelle Maincion**
maire de La Ville-aux-Clercs, membre du Bureau de l'Association des maires de France (AMF) ;
- ✓ **M. Benjamin Mousnier-Lompré**
associé du cabinet Ipso Santé ;
- ✓ **Mme Marie-Hélène Rodde-Dunet**
médecin, chef du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours à la Haute autorité de santé (HAS) ;
- ✓ **M. Yannick Schmidt**
médecin, vice-président du syndicat REAGJIR (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants) ;

✓ **M. François Simon**

médecin, président de la section « exercice professionnel » du Conseil national de l'ordre des médecins ;

Les rapporteur.e.s ont, par ailleurs, rencontré en entretien individuel les personnes suivantes :

✓ **M. Michel Artigues**

médecin généraliste ;

✓ **M. Nicolas Brun**

coordonnateur du pôle « Protection sociale – Santé » de l'UNAF (Union nationale des associations familiales) ;

✓ **M. Jacques-Olivier Dauberton**

conseiller de la ministre de la Santé ;

✓ **Mme Monique Harang**

directrice de la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Guyane ;

✓ **M. Jean-Paul Ortiz**

Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) ;

✓ **M. Nicolas Revel**

directeur général de la CNAMTS ;

✓ **M. Pierre Simon**

médecin, ancien président de la Société de télémédecine ;

✓ **M. Philippe Sire**

délégué par interim de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, ministère des Solidarités et de la santé ;

✓ **M. Philippe Tisserand**

Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI).

Les rapporteur.e.s et l'ensemble des membres de la commission temporaire remercient vivement toutes ces personnes pour leur apport aux travaux.

N° 3 TABLE DES SIGLES

AMF	Association des maires de France
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Association de santé libérale en équipe
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse
CARSAT	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CAS	Contrat d'accès aux soins
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CESP	Contrats d'engagement de service public
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CGT	Confédération générale du travail
CGT-FO	Confédération générale du travail - Force ouvrière
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPTS	Communauté professionnelle de territoire
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
DES	Diplôme d'études spécialisées
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIR	Fonds d'intervention régional
FNI	Fédération nationale des infirmier.ère.s
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISNAR-IMG	InterSyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCS	Médecin coordinateur du SAMU
MSP	Maisons de santé pluri-professionnelles
MSA	Mutualité sociale agricole
MSU	Maître.esse de stage universitaire
NMR	Nouveaux modes de rémunération
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PACES	Première année commune aux études de santé

PAPS	Portail d'accompagnement des professionnel.le.s de santé
PCV	Prestation complémentaire vieillesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PTMA	Contrat de praticien.ne territorial.e de médecine ambulatoire
PTMG	Contrat de praticien.ne territorial.e de médecine générale
REAGJIR	Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants
RNOGCS	Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SCIC	Société coopérative d'intérêt collectif
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SVT	Sciences de la vie et de la terre
UNAF	Union nationale des associations familiales
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNSA	Union nationale des syndicats autonomes
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
WONCA	<i>World organization of family doctors</i>
ZRR	Zone de revitalisation rurale

Dernières publications des commissions temporaires

<p>LES AVIS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL</p>  <p>Entreprendre autrement : l'économie sociale et solidaire</p> <p>Patrick Lemaucker Jean-Marc Rostant Janvier 2013</p> <p>Stratégie Prospective LE CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL En collaboration avec JOURNAUX OFFICIELS</p> <p>CESE 01 JANVIER 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>L'évolution de la fonction publique et des principes qui la régissent</p> <p>Michel Badré et Nicole Verdier Naves</p> <p>CESE 02 JANVIER 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p> <p>Avant-projet de loi pour un État au service d'une société de confiance</p> <p>Nicole Verdier Naves</p> <p>CESE 22 NOVEMBRE 2017</p>
--	---	---

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>La transition écologique et solidaire à l'échelon local</p> <p>Bruno Duchemin</p> <p>CESE 24 NOVEMBRE 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Les nouvelles formes de travail indépendant</p> <p>Sophie Thiéry</p> <p>CESE 25 NOVEMBRE 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Tourisme et numérique</p> <p>Jean-Louis Cabrespines et Régis Wargnier</p> <p>CESE 26 NOVEMBRE 2017</p>
---	--	--

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

www.lecese.fr

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e,
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.
N° 411170027-001217 - Dépôt légal : décembre 2017

Crédit photo : DR.



PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC



IMPRIM'VERT®

LES AVIS DU CESE

Les déserts médicaux concernent déjà au moins 8 % de la population mais s'étendent rapidement en raison du décalage croissant entre, d'une part, la demande de soins induite par le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies et, d'autre part, une offre de soins par endroits lacunaire.

En réalisant une veille des pétitions citoyennes en ligne, le CESE avait repéré la gravité de ce sujet désormais central dans le débat public. Le 14 septembre 2017, pour la première fois, 3 porteurs de pétitions en ligne ont ainsi été auditionnés par la commission.

En venant compléter le plan « *Renforcer l'accès territorial aux soins* » présenté le 13 octobre 2017 par la ministre de la santé, les 10 préconisations ici présentées contiennent des mesures à effet immédiat mais aussi des mesures de moyen et long terme de nature à améliorer structurellement le parcours de soins.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41117-0027 prix : 14 €

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-151125-5



Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*
www.ladocumentationfrancaise.fr