



La Région
Occitanie
Pyrénées - Méditerranée

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL REGIONAL

DÉSERTS MÉDICAUX EN OCCITANIE : CONSTATS ET PRÉCONISATIONS



Contribution adoptée par le Bureau
du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée le 13 février 2023

Le Conseil Économique, Social et Environnemental Régional (CESER) est l'Assemblée consultative, instituée par la loi du 05 juillet 1972, placée au côté du Conseil Régional, avec lequel il constitue la Région.

Composé de membres issus d'organisations socioprofessionnelles diverses représentant la société civile organisée et reconnus pour leurs compétences, leur sens de l'intérêt général et leur expérience, le CESER est un lieu d'écoute, d'échange, un laboratoire d'idées pour répondre aux besoins des citoyens.

Le dialogue instauré doit permettre d'aboutir à une vision partagée de l'intérêt régional, au-delà de tout clivage.

Les Avis du CESER, rendus dans le cadre d'une saisine obligatoire de la Présidente de Région ou d'une auto-saisine, constituent de véritables outils d'aide à la décision publique.

Bureau du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée
du 13 février 2023

CONTRIBUTION

DÉSERTS MÉDICAUX EN OCCITANIE : CONSTATS ET PRÉCONISATIONS

Adoptée à l'unanimité

Rapporteur : Pierre-Jean GRACIA

Conseil Économique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

Le CESER remercie les personnes qui ont bien voulu participer à ses travaux, en lui apportant information et matière à réflexion, à l'occasion de leur audition :

Monsieur Vincent BOUNES

Vice-Président de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée,
en charge de la Santé

Monsieur Jean-Philippe BESIERS

Maire de Castelssarasin (82),
coprésident du Centre public de santé (CPS) "Du canal à Larrone"

Monsieur Jean-François BOUSCARAIN

Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) de l'Hérault)

Monsieur Dominique BRIOIS

Maire de La Ville-Dieu-du-Temple (82),
coprésident du Centre public de santé (CPS) "Du canal à Larrone"

Docteur Jean-François CALMES

Président de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins Libéraux d'Occitanie

Madame Corinne CASTELNAU

Conseillère municipale de La Ville-Dieu-du-Temple (82),
déléguée à la santé

Madame Sandrine COMBELLE

Infirmière libérale

Monsieur Michel COULOM

Adjoint au Maire de La Ville-Dieu-du-Temple (82),
trésorier du Centre public de santé (CPS) "Du canal à Larrone"

Monsieur Pascal DURAND

Directeur des projets et du premier recours à l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie

Madame Valérie GARNIER

Présidente de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) Pharmaciens d'Occitanie

Monsieur Driss KHAIZA

Directeur du Centre communal d'action sociale (CCAS) Castelssarasin (82)

Madame la Professeure Isabelle LAFFONT

Doyenne de la Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

Docteur Stéphane OUSTRIC

Président du Conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne

Monsieur Francis TEULIER

Représentant l'association consommation, logement et cadre de vie (CLCV)

Docteur Alexis VANDEVENTER

Président du Syndicat des internes de Languedoc-Roussillon

Cette contribution a été élaborée sous l'autorité de la **Commission « Santé – Culture – Sport – Cohésion sociale »**, **présidée par Gisèle DESMONTS**, par un Groupe de Travail « Déserts Médicaux », majoritairement composé de Conseillers de cette Commission et du président de la Commission « Enseignement supérieur – Recherche – Valorisation – Transfert – Innovation » en tant que personne qualifiée.

Composition du groupe de travail :

Gisèle DESMONTS

Présidente de la Commission « Santé - Culture - Sport - Cohésion sociale »
représentant l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

Alain RADIGALES

**Président de la Commission « Enseignement supérieur – Recherche –
Valorisation – Transfert – Innovation**
représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
privés et non lucratifs (FEHAP)

Pierre-Jean GRACIA

Rapporteur

représentant la Mutualité française d'Occitanie (MFO)

Francis DECOUCUT

représentant la Croix Rouge française (CRF)

Chantal GRIN

représentant la Confédération générale du travail (CGT) Hospitaliers

Catherine MIFFRE

représentant la Fédération de l'Hospitalisation privée (FHP)

Jean-Marc VIGUIER

représentant la Fédération hospitalière de France (FHF)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I- LE DÉSERT MÉDICAL. TENTATIVE DE DÉFINITION.....	3
II- UN PROBLÈME IDENTIFIÉ ET RECONNU. DES MESURES ET DES INITIATIVES PRISES. DES RÉSULTATS BIEN EN-DEÇÀ DES ESPÉRANCES	5
• Les rapports parlementaires parmi les plus récents :	5
• Les textes législatifs :	5
• Les initiatives des collectivités territoriales :	6
III- L'ÉTAT DES LIEUX EN RÉGION OCCITANIE.....	7
• Aide aux étudiants en formation :	8
• Aides au maintien de l'exercice coordonné :	8
• Aides au déploiement des structures d'exercice coordonné :	8
• Aides à l'installation des médecins depuis la publication du précédent zonage.....	8
• GIP « Ma Région ma Santé »	9
IV- DES CONSTATS AUX PROPOSITIONS : DES PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER LE DISPOSITIF	11
1- La formation.....	12
• Une formation plus proche des réalités des territoires	12
• Le contenu de la formation médicale	13
• La formation des personnels paramédicaux	14
2- L'organisation des soins adaptée à la réalité des territoires.....	15
• L'évolution du rapport au travail touche également les membres du corps médical	15
• Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins exerçant en groupe.....	15
• Les structures d'exercice pluri professionnel partagé	16
• L'exercice pluri professionnel partagé ou le médecin généraliste en tant que coordinateur au service du parcours de soin du patient.....	17
• Les infirmiers en pratiques avancées.....	17
• Les pharmaciens.....	17
• Décharger le médecin de tâches administratives pour augmenter le temps médical au service de la patientèle	18
• Adapter les statuts et les conditions d'exercice de la médecine au contexte des zones sous dense affectées par une démographie médicale défavorable	19

• Le déploiement de la télémédecine et de la téléexpertise pour faciliter l'accès aux soins des populations vivant en zone sous dotée.	19
3- Corriger les déséquilibres médicaux territoriaux en agissant sur l'installation des médecins et en renforçant les compétences des régions en matière de santé.....	20
• La liberté d'installation	20
• Le rôle de la Région	22
CONCLUSION.....	23
LISTE DES SIGLES.....	27

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, la référence de plus en plus fréquente aux "déserts médicaux" dans les médias et le débat public traduit la préoccupation croissante de la population concernant l'accessibilité aux soins de médecins. Dans les prochaines années, alors que le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins en soins, l'écart ressenti entre offre et demande de prestations médicales devrait s'accroître. Ces difficultés augmenteront encore plus dans les zones les moins attractives.

"Notre système de santé souffre d'inégalités dans l'accès aux soins, du poids encore prépondérant de l'exercice médical isolé et d'un cloisonnement entre professionnels de santé et entre les différents secteurs et acteurs de l'offre de soins. Les inégalités territoriales portent une atteinte particulière au pacte républicain qui repose sur la solidarité nationale pour le financement de notre modèle social".¹

Aujourd'hui entre 9 et 12 % de la population française vit dans une zone sous-dotée en professionnels de santé, soit entre 6 et 8 millions de personnes. Près de 19 % des assurés de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant. Une étude diligentée par l'Association des Maires Ruraux de France en septembre 2022 montre qu'il manque 6 000 médecins généralistes dans les zones dites de "désert médical", ces zones concernant deux-tiers des bassins de vie ruraux.

Ce constat est vérifié en région Occitanie ; selon Vincent BOUNES, Vice-président de la Région Occitanie en charge de la santé, « 80 % des territoires en Occitanie sont en tension médicale ». L'ARS Occitanie identifie des déserts médicaux dans la majorité des quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans la majorité des communes classées en zone montagne ou massif, et dans presque tous les départements de la région.

C'est la raison pour laquelle le CESER Occitanie, faisant suite à une contribution sur le sujet adoptée le 3 octobre 2016 sur le même sujet, a souhaité élaborer un texte afin d'actualiser les données de 2016, objectiver la situation et formuler des propositions d'amélioration du dispositif.

Après avoir tenté de définir le concept de "désert médical", rappelé le cadre législatif et réglementaire, dressé une revue du florilège des différents rapports parlementaires sur le sujet, et dressé un état des lieux plus spécifique à la région Occitanie, le CESER exposera ses préconisations autour de trois axes principaux :

- La formation des professionnels de santé ;
- L'organisation des soins adaptée à la réalité des territoires ;
- Les conditions de l'installation des professionnels de santé.

¹ Rapport d'information sur les déserts médicaux enregistré à la Présidence du Sénat le 29 janvier 2020.

I- LE DÉSERT MÉDICAL. TENTATIVE DE DÉFINITION

L'expression "désert médical" popularisée par les médias, reprise par les pouvoirs publics ou les élus locaux décrit une pluralité de situations.

En restreignant la question aux seuls médecins généralistes, il s'agit de signifier le manque de médecins dans un territoire donné, la difficulté à en attirer de nouveaux, le non-remplacement de départs à la retraite, ou encore des délais d'attente jugés trop longs. Un "désert médical" serait donc « *un espace sans médecins ou manquant de médecins* ». ² Usuellement, le critère quantitatif de moins de 1 médecin pour 1 000 personnes est retenu pour qualifier la zone concernée de zone sous-dense ³, ce qui fait de notre pays entier une zone sous-dense ⁴.

C'est pourquoi cette définition s'avère rapidement incomplète. En effet, au-delà de la disponibilité de l'offre, il convient d'appréhender des notions d'accessibilité spatiale, d'organisation des services de santé (horaires), d'accessibilité financière et en fin d'acceptabilité des soins. ⁵

La notion de "désert médical" ne se limite pas au manque de médecins généralistes, même si le niveau de soins primaires reste essentiel. On peut y intégrer l'absence d'accueil d'urgence relativement proche, de médecins spécialistes (notamment psychiatres), l'absence d'équipements spécifiques : maternités, centres de chirurgie ambulatoire, soins de réadaptation, voire unité de soins palliatifs. Même s'il existe aujourd'hui une régulation pour l'installation des pharmaciens et des infirmiers libéraux, ces professionnels de santé restent encore souvent en sous-nombre dans ces territoires défavorisés.

Le désert médical caractérisera un territoire donné. Mais de quel territoire parle-t-on ?

Le quartier prioritaire de la politique de la ville aura très peu de points communs avec une zone rurale ou une zone de montagnes. Selon les critères retenus, 6 à 12 millions de Français vivent en zone "sous dense". Ces zones constituent tout ou partie d'un territoire, d'un bassin de vie. Les ARS ont fondé le zonage des médecins généralistes sur la notion de bassin de vie.

Jean-Marc MACE et Katerina KONONOVITCH, du CNAM, proposent d'analyser cette notion sous l'angle du territoire vécu ⁶, dans lequel il s'agit de tenir compte du déplacement du patient vers une zone qui peut s'étendre au-delà de son bassin de vie. Il apparaît, selon cette méthode fondée sur "les pratiques spatiales" que 18 % de la population française, soit 12 millions de personnes, résident en zone sous-dense. C'est le double du chiffre retenu dans une approche "bassins de vie", qui montre que 6 millions de Français, soit 10 % de la population, habitent dans un désert médical. Enfin, la faible densité

² PECHERAL H. (2001) Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Université de Montpellier.

³ La moyenne nationale était en 2020 de 0,77 pour mille. Source : « Organisation territoriale et réforme du financement des soins » - rapport de CNAMTS avril 2022, p. 9.

⁴ En affinant cette appréciation au moyen de la file active, on note que chaque médecin suit 1 680 patients en moyenne, contre 1 600 au Royaume-Uni et 2 300 aux Pays-Bas.

⁵ PENCHANSKY R. THOMAS JW, The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. (1981).

⁶ MACE JM, KONONOVITCH K. L'inégalité de l'accès aux soins de médecins généralistes en France métropolitaine. 3èmes rencontres de géographie de la santé. Nice ; mai 2022.

médicale est un facteur aggravant pour les personnes en situation de pauvreté. Ces personnes, lorsqu'elles vivent en zone sous-dense, sont soumises à un risque de renoncement aux soins 8 fois supérieur à celui encouru par une personne vivant en zone convenablement dotée.⁷

Précisons pour finir sur ce point, que la notion de « zone médicalement sous-dense » ne saurait s'appliquer à tous les territoires car il existe des zones véritablement désertiques, au sens que leur donnaient les religieux du haut moyen-âge, territoires où véritablement la densité de population est tellement faible que la division du travail, le commerce et les activités d'intérêt général ne peuvent s'épanouir. Dans la région Occitanie, 5 cantons répondent au critère démographique en vigueur, à savoir moins de 25 habitants au km carré : canton de Gramat dans le Lot (24) ; canton d'Astarac Gironne dans le Gers (20) ; canton de Langogne en Lozère (19) ; canton de Florac en Lozère (9) ; canton de Haute-Ariège en Ariège (8).

⁷ LAPINTE A., LEGENDRE B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Études et Résultats n° 1200 ; juillet 2021.

II- UN PROBLÈME IDENTIFIÉ ET RECONNU. DES MESURES ET DES INITIATIVES PRISES. DES RÉSULTATS BIEN EN-DEÇÀ DES ESPÉRANCES

Les difficultés décrites ci-avant sont identifiées de longue date. Plusieurs études et rapports ont été publiés sur le sujet. Les pouvoirs publics ont légiféré et, dans ce cadre juridique, les collectivités ont mis en place bon nombre d'organisations qui peinent à porter leurs fruits.

• Les rapports parlementaires parmi les plus récents

- Rapport d'information sur *les déserts médicaux*. Sénat le 29 janvier 2020 ;
- *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*. Sénat Rapport d'information du 14 octobre 2021 ;
- *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard*. Sénat 29 mars 2022 ;
- Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale : *Pour une santé accessible à tous et contre les déserts médicaux*. 24 novembre 2021 ;
- Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur la proposition de loi *d'urgence contre la désertification médicale*. 12 janvier 2022.

On citera également pour mémoire :

- L'avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) du 13 décembre 2017 : *Les déserts médicaux* ;
- La contribution du CESER Occitanie du 3 octobre 2016 : *Les risques de désertification médicale à l'échelle de la nouvelle région*.

• Les textes législatifs

- La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) :
 - ✓ Création du contrat d'engagement de service public ;
 - La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :
 - ✓ Création des équipes de soins primaires prenant la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé ;
 - ✓ Création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue d'associer des professionnels de santé de la ville et de l'hôpital, de structurer les parcours de santé ;
 - ✓ Extension des compétences de certains professionnels non médecins : régime général des pratiques avancées, extension de compétences des orthoptistes, droit donné aux sage-femmes de prescrire des vaccins et de vacciner la mère et l'enfant ;
- La loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) :
 - ✓ Le recrutement de 400 médecins salariés ;
 - ✓ Le déploiement de 4 000 assistants médicaux dès 2019, en vue de libérer du temps de travail pour les médecins ;

- ✓ La généralisation obligatoire du stage en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) pour les étudiants de dernière année de médecine générale, pour au moins six mois et en priorité dans les zones sous-denses ;
- ✓ La transformation du *numerus clausus* en *numerus apertus* ;
- ✓ L'obligation pour les conventions médicales entre l'assurance maladie et les médecins de « déterminer les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins » ;
- ✓ La création de la notion de « projet territorial de santé » commun à la ville et à l'hôpital, élaboré par les CPTS et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ;
- ✓ La rénovation du cadre juridique applicable aux hôpitaux de proximité, avec l'objectif d'en labelliser 500 d'ici 2022 ;
- ✓ Le développement de la télémédecine ;
- ✓ Extension aux pharmaciens et aux auxiliaires médicaux la faculté de réaliser des actes par le biais de technologies de l'information et de la télécommunication (« télésoin ») ;
- La loi 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de de l'action publique locale (3DS) :
 - ✓ Revalorisation de la place des élus locaux et des collectivités dans la gouvernance des ARS ;
 - ✓ Possibilité pour les collectivités de participer au financement de programmes d'investissement d'établissements de santé publics ou privés à but non commercial ;
 - ✓ Renforcement de la base légale permettant aux collectivités, communes, établissement public de coopération intercommunale (EPCI), départements, de recruter des personnels pour les centres de santé.

• Les initiatives des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales sont aussi fortement mobilisées, parfois en parallèle de l'État. Celles-ci peuvent donc chercher à mettre en œuvre sur leur territoire des initiatives que le Sénat a qualifiées de « créatives mais coûteuses » : prêt de logement, primes d'installation, participation aux frais de déplacement, aides à la recherche d'emploi pour le conjoint, construction d'équipements dédiés à un exercice collégial, salariat, etc. Ces initiatives peuvent créer de nouvelles concurrences entre les territoires.

Plusieurs constats peuvent être faits en ce qui concerne les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé en zones sous-denses. D'abord, aucune solution ne saurait, à elle seule, résoudre rapidement ce problème structurel. C'est pourquoi la multiplication des types de dispositifs et des leviers d'action apparaît comme une politique compréhensible bien que déraisonnable. Il est régulièrement constaté que l'État a procédé par accumulation, voire empilement de politiques publiques, dont la lisibilité financière et administrative est difficile. Certains dispositifs peuvent en effet revêtir un très fort effet d'aubaine : comment est-il ainsi prévu de gérer les avantages accordés à des médecins installés dans une zone sous-dense lorsque l'objectif de rétablissement d'une densité normale est rétabli ? Enfin, il faut noter que l'empilement des mesures et leur gestion ne permettent pas de disposer d'une véritable vision de l'aménagement du territoire.

III- L'ÉTAT DES LIEUX EN RÉGION OCCITANIE

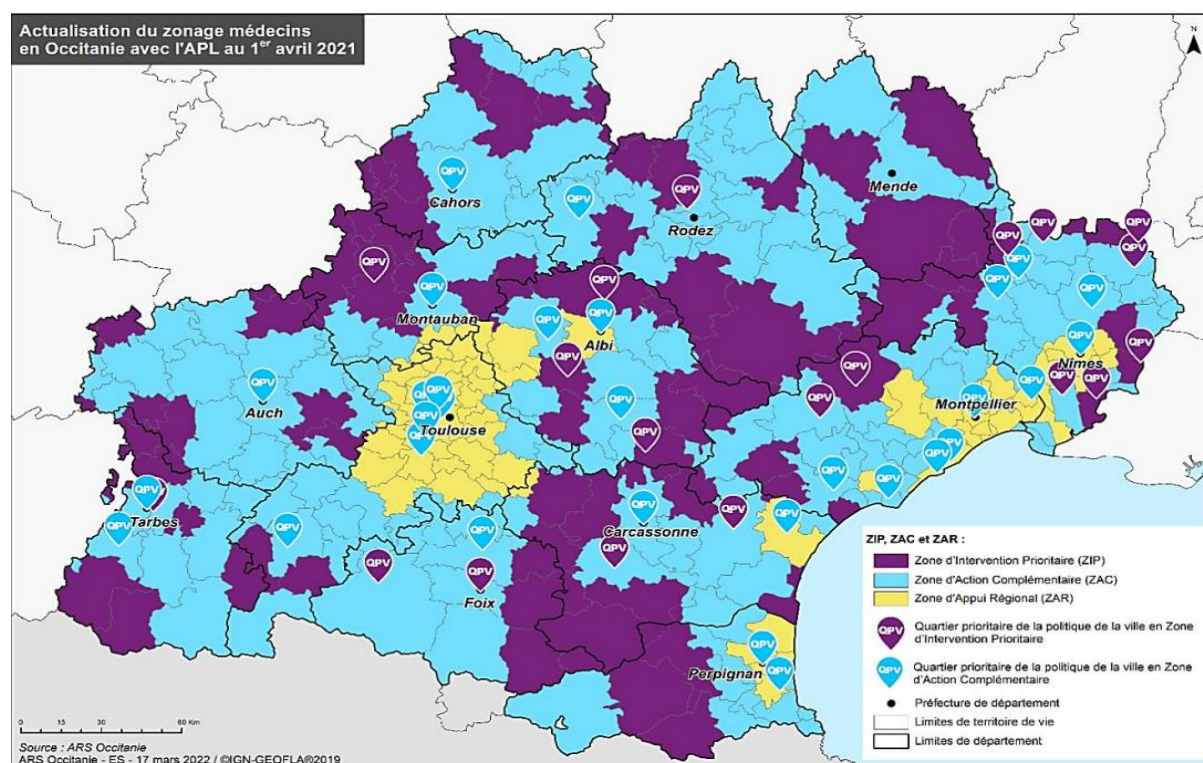
La région Occitanie se place au 4e rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3e rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2ème rang pour la pauvreté des 75 ans et plus. Elle est également la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France.

Malgré un niveau moyen des indicateurs de santé plutôt favorable, l'existence d'un gradient social et territorial de santé est une réalité particulièrement prégnante au sein de la région, qui présente de fortes inégalités de santé.⁸

Au sens du zonage médecins réalisé par l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante sont réparties en trois catégories :

- Les zones d'intervention prioritaires (ZIP) comprenant les quartiers prioritaires de la ville (QPV) ;
- Les zones d'action complémentaire (ZAC) ;
- Les zones d'appui régional (ZAR).

Les ZIP concernent la majorité des territoires de montagne (Pyrénées, Cévennes) des territoires ruraux dans le Lot, le Gers, le Tarn et le sud de l'Aveyron, tel que figurant sur la cartographie ci-après.



50% des habitants de la région Occitanie connaissent des difficultés d'accès aux soins. 80% des communes de la région sont concernées. Les 3 départements qui ont perdu le plus de médecins ces dernières années sont les départements du Gers, des Hautes-Pyrénées et l'Ariège. Dans le Lot, la

⁸ Inégalités sociales de santé en Occitanie. ARS Occitanie ; Centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptées-observatoire régional de la santé (CREAI-ORS) Occitanie. Décembre 2018.

proportion de femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité a été multipliée par 4 entre 2000 et 2017.

L'analyse de la pyramide des âges des médecins généralistes en région Occitanie montre qu'un tiers de l'effectif a plus de 60 ans. Compenser ces cessations d'activité à venir nécessiterait le recrutement de 2 000 médecins sur 5 ans. Dans le même temps, les universités occitanes délivreront 300 doctorats de médecine générale chaque année, soit 1 500 médecins. C'est donc, toutes choses égales par ailleurs, une diminution de 500 médecins formés qui est à envisager sur les 5 ans à venir, face à une situation déjà tendue et sans tenir compte, ni de la fuite de médecins occitans vers d'autres régions, ni de l'attractivité de la région qui accueille 50 000 nouveaux habitants chaque année, ni du vieillissement de la population et donc de l'émergence de nouveaux besoins en santé. Ces chiffres ne tiennent pas compte non plus des modifications de l'exercice de la médecine attendues par les jeunes générations : diminution de la durée du temps de travail, recherche d'activités sociales et culturelles etc.⁹

L'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales d'Occitanie ont commencé à exploiter toutes les possibilités offertes par la loi pour lutter contre les déserts médicaux.

- **Aides aux étudiants en formation**

455 Contrats d'engagement de service public (CESP) engagés depuis 10 ans, avec une aide de 13 000 € nets par an pendant la durée des études (financement par le Centre national de gestion) avant une installation en zone sous dense (médecins et dentistes).

Depuis 2018, l'ARS accompagne aussi le développement de l'exercice des infirmiers en pratique avancée libérale : 23 infirmiers aidés dans ce cadre par l'ARS à hauteur de 22 520 €.

- **Aides au maintien de l'exercice coordonné**

127 Contrats de stabilisation et de coordination des médecins (COSCOM).

30 Contrats de transition et de solidarité territoriale (COTRAM, CTSM) signés avec l'Assurance Maladie en 4 ans.

- **Aides au déploiement des structures d'exercice coordonné**

25 Équipes de soins primaires (ESP).

280 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

81 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) soutenues dont 21 accords conventionnels interprofessionnels signés.

6 projets de santé validés.

54 projets au stade du diagnostic ou de la lettre d'intention.

52 Centres de santé pluri professionnels (CSPP) soutenus.

- **Aides à l'installation des médecins depuis la publication du précédent zonage**

108 Contrats Assurance Maladie d'aide à l'installation des médecins CAIM) depuis 2018 (144 depuis la création du dispositif).

⁹ Audition de M. Pascal DURAND, directeur des projets et des soins de premier recours à l'ARS Occitanie le 24 novembre 2022.

110 Contrats ARS d'appui au début d'exercice (CDE) praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA).

60 contrats ARS Zone Montagne signés depuis octobre 2019 (Médecins et dentistes).

Plus de 40 contrats salariés financés par l'ARS dans des centres de santé.

Plus de 420 structures d'exercice coordonné sont opérationnelles en Occitanie. Depuis la publication du précédent zonage (10/2018), plus de 470 contrats d'aide à l'installation ont été signés par l'ARS avec les médecins, dont 265 en lien avec l'Assurance Maladie en zones prioritaires. Le montant alloué s'élève à plus de 4,9 millions € pour l'ARS Occitanie et plus de 7,9 millions € pour l'Assurance Maladie.

- **GIP « Ma Région ma Santé »**

La Région Occitanie a impulsé la création d'un service public partenarial qui a pour objet de recruter et de salarier des médecins généralistes pour exercer dans des centres de santé qui sont et seront aménagés dans les territoires les plus en manque de médecins en Occitanie. A ce jour, 6 Centres de santé ont été ouverts :

- Sainte-Croix-Volvestre en Ariège ;
- Salviac dans le Lot ;
- Millas dans les Pyrénées-Orientales ;
- Mazamet dans le Tarn ;
- Bordères sur l'Échez dans les Hautes Pyrénées.

Un centre à Loures-Barousse (Hautes-Pyrénées) est en attente d'ouverture début 2023. L'objectif est l'installation de 25 centres fin 2023.

La Région n'exclut pas, dans certains cas, d'adosser ces centres de santé à des hôpitaux de proximité ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de recruter des médecins en temps partagé entre centres de santé et établissements de santé.¹⁰

¹⁰ Audition de M. Vincent BOUNES, vice-président du Conseil Régional en charge de la santé. 24 novembre 2022

IV- DES CONSTATS AUX PROPOSITIONS : DES PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER LE DISPOSITIF

La France souffre d'une densité de médecins généralistes (MG) jugée insuffisante. Peu soutenable dans l'absolu, cette assertion est incontestable quand on considère l'évolution récente des chiffres : la densité de MG a en effet diminué entre 2000 et 2021 de 90 à 77 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants alors que la population française augmentait et vieillissait. A contrario, la densité de médecins spécialistes évolue de 172 à 178 spécialistes pour 100 000 habitants.

L'instauration d'un *numerus clausus*, système de régulation de la formation en santé entre 1971 et 2020, porte une lourde responsabilité sur la baisse des effectifs de médecins. Entre 1977 et 1993, il est passé de 8 671 à 3 500 étudiants. Il a été supprimé par la loi du 24 juillet 2019.

Récemment, la création d'une quatrième année d'internat en médecine générale a été votée par l'Assemblée nationale dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2023. Si tous les professionnels s'accordent à reconnaître le bien-fondé d'une quatrième année de consolidation pour les médecins généralistes, au même titre que pour les spécialistes, le stage en pratique ambulatoire, réalisé en priorité dans les zones sous-denses est sévèrement critiqué, notamment par les syndicats d'internes et les associations d'étudiants en médecine.¹¹ La revue des différents plans et lois santé, de la loi HPST de 2009 à la loi 3DS de 2022, montre que les différentes mesures mises en œuvre se sont avérées insuffisantes et inadaptées à l'ampleur des inégalités territoriales d'accès aux soins. La suppression du *numerus clausus* initiée par le gouvernement ne portera ses fruits que dans une dizaine d'années. Différents travaux ont souligné le manque d'efficacité et de lisibilité des dispositifs contractuels d'aide à l'installation. Plus généralement, l'efficacité des dispositifs incitatifs actuels, fondés sur la fiscalité, apparaît discutable au regard des déterminants à l'installation des jeunes médecins, notamment ceux liés au cadre de vie, à l'existence de services publics, aux conditions d'exercice et au travail en réseau avec d'autres professionnels.

C'est à partir de ce constat que le CESER formulera ses préconisations, organisées autour de trois axes majeurs :

- La formation ;
- L'organisation des soins adaptée à la réalité des territoires ;
- Les déterminants de l'installation des médecins généralistes.

¹¹ Audition de M. Alexis VANDEVENTER, Président du syndicat des internes Languedoc-Roussillon, le 1^{er} décembre 2022.

1- La formation

- **Une formation plus proche des réalités des territoires.**

Une étude conduite par la DRESS en 2014¹² portant sur 57 000 étudiants inscrits en PACES montre que les effectifs des étudiants se caractérisent par une surreprésentation des classes favorisées et des femmes (65 %). Si l'on considère que les CSP+ sont plutôt concentrés dans les métropoles sièges des universités, on conclut que peu d'étudiants en médecine sont issus des territoires sous-denses.

Il ressort de la littérature internationale, mais également de la situation française que le choix de s'installer dans un territoire défavorisé tient en premier lieu à des facteurs personnels, et notamment les liens que l'on peut avoir avec un territoire parce qu'on y a grandi ou qu'on y a des attaches familiales et/ou amicales. Dans 12 études publiées entre 1973 et 2001, il ressort que la probabilité de s'installer en zone rurale est 2 à 3 fois plus élevée si le médecin est d'origine rurale ou y a été scolarisé.¹³

Une expérimentation menée aux États-Unis depuis 1974 par le Jefferson Medical College¹⁴, avec pour objectif de sélectionner et de former des médecins qui exerceront en zone rurale, obtient des résultats très satisfaisants. L'Australie, le Canada, la Norvège ont implanté des facultés de médecine dans des territoires ruraux et isolés pour attirer des étudiants de ces régions qui ainsi auront encore plus de chance de s'y installer. En Australie, la proportion des étudiants d'origine rurale est passée de 10 à 25% en une dizaine d'années.¹⁵ Si ce modèle n'est pas transposable en France, on privilégiera cependant des initiatives comme celle du Conseil régional d'Occitanie, qui avec ses "campus santé" dans les villes universitaires d'équilibre, les 13 campus connectés ouverts à la rentrée 2023, favorise l'accès des jeunes à des formations universitaires près de leur domicile.

Enfin, on n'oubliera pas de citer la mise en œuvre à titre expérimental, à l'initiative du Conseil régional Occitanie, d'une option santé en première et terminale et dont l'objectif est de faire connaître les métiers de la santé, et d'attirer des jeunes des territoires ruraux vers des études médicales ou paramédicales.¹⁶

¹² Études et Recherches n°927 de juillet 2015. Profil et panorama des étudiants en première année commune aux études de santé.

¹³ Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. Dossier n° 89 DREES. Décembre 2021.

¹⁴ Physician Shortage Area Program (PSAP).

¹⁵ Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. Dossier n° 89 DREES. Décembre 2021.

¹⁶ Option Santé expérimentée au lycée de Saint-Céré. (Lot).

Préconisation n°1 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **Que des modules de type “option santé” soient déployés dans les lycées des zones sous denses afin de susciter des vocations aux métiers de la santé chez des jeunes de ces territoires ;**
- **Que des dispositifs de sélection d’étudiants en médecine issus des zones sous denses soient expérimentés par les facultés de médecine, dans le respect de l’équité, et en prévoyant un accompagnement financier pour les plus défavorisés ;**
- **Que des enseignements en médecine soient délocalisés dans les campus santé, connectés ou non, des villes universitaires d’équilibre, à l’intention des étudiants en médecine, des externes et internes, affectés et/ou issus de ces territoires.**

• **Le contenu de la formation médicale**

Les études médicales, la formation des médecins, conduisent généralement à une ultra spécialisation et à une segmentation des compétences des spécialistes. L’exercice médical en zone sous-dense, loin à rebours des expertises des spécialistes, nécessite des compétences plus générales pour répondre aux différentes situations rencontrées en exercice professionnel.

Ainsi le programme One-Two Rural Residency Track développé aux États-Unis vise à donner aux généralistes appelés à exercer en zone rurale des compétences en obstétrique, en petite chirurgie et soins urgents. De fait, les enquêtes d’évaluation du programme montrent que les médecins se sentent mieux préparés à exercer dans des territoires isolés et y restent plus longtemps¹⁷.

« *L’exercice isolé n’a pas d’avenir en médecine* »¹⁸. De nombreuses études ont montré que les structures d’exercice pluriprofessionnel permettent de lutter contre la désertification médicale.¹⁹ Il s’agit d’une véritable révolution culturelle où le médecin va devoir évoluer d’un exercice isolé de la médecine à un exercice partagé, sous le regard de ses pairs et avec d’autres professionnels de santé. Outre l’acceptation du regard de ses pairs sur sa pratique médicale, le médecin exerçant en structure pluri professionnelle devra accepter de partager son temps, ses informations et son savoir avec des pharmaciens, des IDE, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, etc.

Enfin, il devra maîtriser les techniques permettant d’utiliser la télémédecine. La télé expertise sera un moyen supplémentaire de conforter son diagnostic.²⁰

Dès aujourd’hui, le Parcours d’Accès Spécifique Santé (PASS) permet après une première année commune d’accéder aux études de médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie.

Il serait souhaitable par ailleurs que les maquettes d’internat soient modifiées pour une répartition plus équilibrée entre CHU et établissements de santé non universitaires, afin que les internes

¹⁷ Audition de M. le Dr Jean-François CALMES, Président de Physician Shortage Area Programme (URPS) Médecins. 5 janvier 2023.

¹⁸ Audition de M. le Dr Jean-François CALMES, Président de Physician Shortage Area Programme (URPS) Médecins. 5 janvier 2023.

¹⁹ Travaux de l’Institut de Recherche et de documentation en Économie de la Santé (IRDES) Questions d’économie de la santé. Juillet-août 2013.

²⁰ Audition de Mme le Professeur Isabelle LAFFONT, Doyenne de la faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes. 5 janvier 2023.

acquièrent une meilleure connaissance des territoires hors métropole. De même, les études en soins infirmiers, en orthophonie, orthoptie et psychomotricité s'universitarisent. Il est donc important que les cursus universitaires intègrent ce futur exercice professionnel partagé en proposant des enseignements communs pour apprendre à ces personnes à mieux se connaître et à travailler ensemble.

Préconisation n°2 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **Que les facultés de médecine proposent dans leur cursus :**
 - ✓ **Des formations adaptées à l'exercice de la médecine de premier recours en zone isolée ;**
 - ✓ **Des formations à l'utilisation de la télémédecine et de la télé expertise ;**
 - ✓ **Des formations communes aux étudiants en médecine, en pharmacie, étudiants en soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. ;**
- **Que les maquettes d'internat soient modifiées pour une meilleure répartition entre CHU et établissements de santé non universitaires.**

• **La formation des personnels paramédicaux**

Un consensus a été trouvé entre médecins, infirmiers, sage-femmes, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens et podologues pour améliorer l'offre de soins. Les sept ordres professionnels sont tombés d'accord en octobre 2022 sur le partage d'actes entre médecins et autres professionnels de santé.

D'aucuns pensent que l'accès direct à certains professionnels de santé (infirmières en pratiques avancées (IPA), kinés, orthophonistes) serait de nature à faciliter l'accès à des soins de premier recours.

Il est indéniable que la délégation de tâches est la voie à accentuer pour une meilleure efficacité de notre système de santé. Encore faut-il que des professionnels en nombre suffisant puissent être formés et que l'attractivité sociale et financière de leurs métiers soit reconnue.

Enfin, disposer de temps médical supplémentaire suppose de libérer les médecins généralistes des tâches administratives chronophages en créant une fonction d'assistant médical dédiée à plusieurs médecins ou professionnels de santé, éventuellement au moyen d'outils de télétravail partageables.

Préconisation n°3 :

Le CESER Occitanie préconise :

- Que la « sélection » des étudiants en santé ne soit pas uniquement fondée sur l'excellence des résultats scolaires dans les disciplines mathématiques, physique, chimie, mais que les candidats soient sensibilisés aux sciences humaines et sociales, avec une évaluation de leur niveau de motivation, compte tenu des exigences de ces métiers ;
- D'augmenter le nombre d'étudiants en soins infirmiers et autres spécialités dans les villes universitaires d'équilibre et les territoires sous denses en veillant à la qualité des stages pratiques pendant la formation ;
- D'augmenter le nombre de Master permettant d'acquérir un diplôme d'IPA finançables par une participation des employeurs et des collectivités territoriales, et ouverts aux salariés du public, du privé et aux professionnels exerçant en libéral, avec un volontarisme sur les formations à distance ;
- De mettre en place des formations aux nouveaux métiers de la santé (Assistants médicaux et autres).

2- L'organisation des soins adaptée à la réalité des territoires

Si le choix de s'installer dans une zone isolée est lié, en premier lieu, à des facteurs personnels, la possibilité de maîtriser la charge de travail et surtout de ne pas être isolé professionnellement est un déterminant important dans le choix. Si les aspects financiers ne doivent pas être ignorés, le contexte du territoire, les commodités et la gamme de services éducatifs, culturels qu'il propose sont présents dans les décisions d'installation.

- **L'évolution du rapport au travail touche également les membres du corps médical**

Le choc générationnel est nettement observable : pour les 45-50 ans et plus, le travail est presque toujours privilégié, alors que les jeunes générations revendiquent plus d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. La crise sanitaire n'a fait qu'accentuer ce processus. La maîtrise des horaires, la charge de travail, l'accès au temps libre sont des facteurs qui comptent dans le choix du lieu d'exercice des jeunes professionnels de santé. L'isolement, la charge de travail importante, les difficultés de remplacement constituent une perspective peu attractive pour des jeunes en recherche d'installation.

- **Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins exerçant en groupe**

En 2019, les médecins généralistes exerçant en groupe déclarent en moyenne travailler 53 heures par semaine, soit 2 heures de moins que les médecins exerçant seuls. L'exercice de groupe est par ailleurs associé à plus de temps pour les activités secondaires non libérales et à davantage de congés annuels. Enfin, les médecins exerçant en groupe déclarent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.²¹

²¹ DREES. Études et Résultats n°1229. Mai 2022.

- **Les structures d'exercice pluri professionnel partagé**

L'État et les collectivités ont favorisé la création de structures dédiées : les maisons de santé et les centres de santé. Un arrêté du 18 octobre 2017 dispose que ces centres et maisons de santé peuvent passer convention avec l'ARS et l'Université pour développer la formation et la recherche en soins primaires. Maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires (MSPU). Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés, alors que les médecins en maison de santé sont essentiellement libéraux. Ces structures trouveront bénéfice, chaque fois que cela sera possible, à être adossées à des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux sur le modèle de certaines maisons médicales de garde.

L'exercice libéral apparaît moins séduire les jeunes médecins qu'il y a quelques années. Ainsi, selon le conseil de l'ordre, moins de 42 % de médecins exercent en libéral exclusif en 2022 contre 60 % en 2010.

Ces deux éléments appellent des points de vigilance :

- Les promoteurs des structures d'exercice partagé sont en majorité les collectivités, des associations. Cependant la loi autorise les groupes privés à investir ce domaine. On a vu ces derniers mois des groupes financiers internationaux commencer à créer ou racheter des centres de santé, et ainsi entrer dans le champ des soins primaires. Ces groupes vont-ils devenir réellement acteurs de la solidarité ? Il convient donc de s'assurer, dans tous les cas de figure, que le centre de santé réponde bien à des objectifs de santé publique et de solidarité ;
- Les salaires ne doivent pas faire l'objet de surenchères, ne pas générer de la concurrence entre les communes, entre centres et établissements de santé.

Les collectivités territoriales sont fortement mobilisées et offrent des facilités aux jeunes médecins désireux de s'installer : logements, primes à l'installation, aide à la recherche d'emploi pour les conjoints, construction d'équipements dédiés à l'exercice collégial.

Préconisation n°4 :

Le CESER Occitanie est très favorable au déploiement de structures d'exercice partagé, le cas échéant adossées à des établissements de santé ou médicaux-sociaux, dans les zones sous-denses. Il soutient l'opération "Ma santé, ma région" initiée par le conseil régional. Il préconise :

- **Que la création de structures d'exercice partagé en zone sous-dense et mobilisant des fonds publics répondent à de réels besoins de santé publique, en dehors de tout effet d'opportunité et de recherche de gain immédiat ;**
- **Que les salaires alloués aux professionnels fassent l'objet d'une concertation au sein d'un territoire, voire de la région afin de ne pas créer de concurrence malsaine entre les différents opérateurs ;**
- **La création d'un guichet unique à l'échelon de chaque département pour centraliser les besoins territoriaux, harmoniser les aides et éviter toute concurrence entre collectivités, sur le modèle mis en œuvre par le Département de l'Aveyron.**

- **L'exercice pluri professionnel partagé ou le médecin généraliste en tant que coordinateur au service du parcours de soin du patient**

Libérateurs de temps médical, les partages de compétence sont envisagés depuis près d'une décennie comme une réponse aux difficultés d'accès aux soins : ils permettent en effet de rapprocher les soins des territoires en étendant les compétences de professions globalement mieux réparties sur le territoire. Les zones sous-denses souffrent en effet bien souvent d'un déficit chronique d'organisation des tâches, avec des médecins qui se retrouvent seuls, sans confrère, pour organiser les parcours de soins et assurer la continuité des soins.

- **Les infirmiers en pratiques avancées**

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) disposent de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical.

Dans le cadre d'un protocole d'expérimentation, les IPA responsables du suivi régulier des patients pour leurs pathologies ont la possibilité de prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention, mais également renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales.

Les infirmiers en zone isolée ont vocation à devenir de véritables référents santé pour leur patientèle, et un acteur majeur dans le suivi des maladies chroniques et le dépistage des fragilités liées à l'âge. Dans l'attente de la montée en charge du dispositif, il serait souhaitable que les IDE aient compétence pour poursuivre et renouveler les prescriptions itératives.

- **Les pharmaciens**

Les professionnels de santé que sont les pharmaciens ont également un rôle à jouer dans la réduction des difficultés d'accès aux soins.

En 2019, 488 communes disposaient sur leur territoire d'une pharmacie, mais pas de médecin, constituant ainsi les seuls points d'accès aux soins de proximité du territoire. Les nouvelles compétences des pharmaciens, notamment l'exercice actif de fonctions préventives, contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires, par exemple en matière de vaccination ou de renouvellement périodique des traitements par le pharmacien correspondant.

À cet égard, on citera l'expérimentation OSyS déployée en Bretagne et soutenue par les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) pharmaciens et médecins libéraux de Bretagne, qui doit permettre de réduire le nombre de consultations médicales et de passages aux urgences inappropriés, en intégrant et en valorisant financièrement le conseil pharmaceutique en première intention pour 13 symptômes identifiés (appelées "situations de triage") : rhinite, douleur pharyngée, douleur lombaire, diarrhée, vulvo-vaginite, céphalée, constipation, douleur mictionnelle, conjonctivite, piqûre de tique, plaie simple, brûlure au 1er degré, dyspepsie fonctionnelle. Le projet OSyS (Orientation dans le Système de Soins) est un simple outil numérique mis à la disposition des pharmaciens. Il se présente sous la forme d'un questionnaire personnalisé au cours duquel le malade - qui s'est préalablement présenté à la pharmacie - est "orienté" selon différents indicateurs.

Préconisation n°5 :

Le CESER Occitanie préconise :

- La création de postes d'infirmiers en pratiques avancées dans les zones sous denses et le soutien de leur connexion permanente avec les médecins prescripteurs ;
- Pour assurer la pérennité, le développement et l'attractivité de l'exercice en pratique avancée, il conviendra de prévoir des mesures adéquates de revalorisation et de financement de cette fonction ;
- De permettre aux pharmaciens de renouveler certaines prescriptions, dès lors qu'il existe une prescription d'origine faisant état d'un diagnostic avéré et élargir l'accès à la dispensation sans disposer d'ordonnance, dans le cadre de protocoles simplifiés ;
- L'expérimentation en région Occitanie du projet OSyS (Orientation dans le Système de Soins) développé en région Bretagne.

- **Décharger le médecin de tâches administratives pour augmenter le temps médical au service de la patientèle**

Selon l'enquête « Soigner demain », du CNOM²², « les médecins considèrent que le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». Plus de 8 médecins sur 10 estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée ces dernières années et 2 médecins sur 3 jugent ne pas avoir assez de temps dans leur exercice professionnel pour suivre des actions de formation continue. 82 % des médecins estiment qu'il faut de manière prioritaire augmenter le temps médical en réduisant la complexité administrative.

Les assistants médicaux procurent une aide précieuse aux médecins, tout en libérant du temps médical au profit des patients. Ils secondent et appuient les professionnels de santé dans un ensemble de tâches administratives et soignantes : ils permettent au médecin de se recentrer sur les soins tout en améliorant la prise en charge et le suivi des patients.

Préconisation n°6 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **D'accentuer le recrutement dans les zones sous-denses d'un assistant médical pour un ou plusieurs médecins exerçant en maison ou centre de santé dans les territoires sous dotés pour réduire le temps consacré par le médecin à des tâches administratives, afin d'accroître le temps-médecin consacré aux soins.**

²² CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins, « Soigner demain, la parole aux médecins », février 2022, enquête en ligne ayant recueilli les réponses de 16 800 médecins, dont 1 355 étudiants internes en médecine.

- **Adapter les statuts et les conditions d'exercice de la médecine au contexte des zones sous dense affectées par une démographie médicale défavorable**

Le médecin à la retraite peut continuer à exercer après son âge légal d'accès à la retraite. Il a alors la possibilité de cumuler ses revenus de retraité et les revenus d'une activité libérale ou salariée. Il est à disposition des acteurs du système public de santé (établissements et praticiens) et peut notamment constituer une réponse pertinente pour garantir la continuité des soins dans un contexte de tension démographique dans certaines situations aigües (spécialités sous tension, zones sous-denses, établissements en difficulté de recrutement).

Si le temps médical partagé entre établissements, au travers des groupements hospitaliers de territoire notamment, est une voie bien explorée par les hôpitaux, le temps partagé entre une activité libérale et une activité salariée est un moyen de fidéliser des médecins dans les territoires sous dotés, en leur offrant, à côté d'une activité de médecin généraliste en cabinet, maison ou centre de santé, la possibilité d'exercer en établissement de soin ou médico-social, en diversifiant leur exercice professionnel et en renforçant les liens entre ville et hôpital pour fluidifier le parcours du patient.

Préconisation n°7 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **De favoriser le recrutement de médecins en contrat emploi-retraite dans les centres et maisons de santé installées en zones sous dense ;**
- **De favoriser le recrutement de médecins en temps partagé avec des établissements de santé ou médicaux-sociaux dans les centres et maisons de santé installées en zones sous dense.**

- **Le déploiement de la télémédecine et de la téléexpertise pour faciliter l'accès aux soins des populations vivant en zone sous dotée.**

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication pour mettre en relation des patients ou des professionnels de la santé. Le potentiel de la télémédecine est double : tout en facilitant la couverture sanitaire de populations en zones sous-denses, elle peut aussi contribuer à libérer du temps médical dans ces territoires. Le numérique peut ainsi contribuer à réduire les inégalités, en apportant du temps médical sans déplacer les médecins dans les zones sous-denses grâce à la téléconsultation et en favorisant la mobilité professionnelle des médecins, en leur permettant d'exercer physiquement dans une zone sous-dense quelques jours par semaine. Elle se décline en plusieurs modalités :

La téléconsultation : consultation à distance entre un patient (accompagné ou non par un professionnel de santé) et un médecin. Elle conduit à un diagnostic et éventuellement à une prescription électronique.

La téléexpertise : sollicitation d'un avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux sans intervention du patient et avec l'assistance d'outils technologiques (par exemple partage de fichiers, d'exams radiologiques, etc.).

La télésurveillance : elle permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

La téléassistance : assistance à distance d'un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. Via une plateforme vidéo, un chirurgien peut par exemple guider un collègue pratiquant une opération à des milliers de kilomètres.

Préconisation n°8 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **La mise en réseau des médecins généralistes des zones sous dotées afin de leur permettre d'avoir accès à des avis de spécialistes ;**
- **D'encourager le déploiement de bornes de téléconsultation en zones sous-denses dans des lieux identifiés et faciles d'accès, avec un accompagnement par un infirmier libéral ou un professionnel de santé.**

3- Corriger les déséquilibres médicaux territoriaux en agissant sur l'installation des médecins et en renforçant les compétences des régions en matière de santé

- **La liberté d'installation**

La liberté d'installation des médecins libéraux questionne le grand public, qui s'interroge sur le coût des études médicales à la charge de la collectivité, et l'absence de contribution des intéressés à la résolution de problèmes de santé publique dans les territoires défavorisés.

Au contraire des médecins, les pharmaciens ne peuvent pas ouvrir une officine là où ils veulent. Leur installation est strictement régulée, pour assurer le maillage territorial et l'accès aux médicaments partout. L'installation des kinésithérapeutes, des sage-femmes et des infirmières libérales est également soumise à des règles : elles ne peuvent pas s'implanter dans des zones qui sont déjà trop dotées. Rien de tel n'existe pour les médecins libéraux. Des aides financières ont été mises en place pour tenter de les attirer vers les déserts médicaux, mais rien de contraignant. Les étudiants peuvent aussi bénéficier aussi de dispositifs de soutien financier : 1 100 euros nets par mois en échange d'un engagement à exercer ensuite plusieurs années dans une zone sous-dotée.

Malgré tout cela, la situation empire et des voix s'élèvent de plus en plus pour demander la fin de la liberté d'installation des médecins. La Cour des comptes préconisait déjà, en 2017, « *La régulation des installations pour obtenir un rééquilibrage des effectifs libéraux en fonction des besoins de santé des populations sur le territoire* » dans un rapport sur « L'Avenir de l'Assurance maladie ». La Cour, chargée de contrôler le bon usage des fonds publics, jugeait que les dispositifs actuels de lutte contre les déserts médicaux, « *qui jouent quasi exclusivement sur des incitations financières, ne sont manifestement pas à la hauteur des enjeux* ». En plus d'être inefficaces, ces incitations des collectivités, de l'État ou de l'Assurance maladie s'empilent les unes sur les autres, rendant opaque leur coût

global.²³ Enfin, l'installation en zone sur-dense peut inciter les professionnels libéraux à multiplier les actes de manière inappropriée afin de se garantir un certain niveau de revenu.

Le dogme de la liberté d'installation doit être dépassé, face à la gravité de la situation, à son accentuation au cours des dernières années et à l'absence d'amélioration à court terme.

Dans de nombreux pays, les médecins n'ont pas une entière liberté dans le choix de l'endroit où ils veulent établir leur pratique, ce choix étant soumis à une forme d'autorisation préalable.

Ainsi au **Danemark**, les médecins généralistes doivent passer contrat avec les autorités régionales qui régulent la distribution géographique des cabinets.

En **Norvège** les possibilités d'installation des médecins sont restreintes par la nécessité de passer contrat avec la municipalité ou la région.

En **Finlande** les possibilités d'installation sont limitées aux postes vacants dans les structures de soin gérées par les municipalités.

Au **Royaume-Uni** la distribution géographique des généralistes est encadrée. Une installation peut être refusée dans les zones où l'effectif moyen de la liste des patients est inférieur à 1 700.

En **Allemagne**, dans une circonscription donnée, l'installation est possible tant que le nombre de médecins installés ne dépasse pas 110 % du ratio fixé à 1 617 habitants pour un médecin généraliste en 2013.

En **Autriche**, le nombre de médecins conventionnés est également limité.

Si l'on compare les écarts en densité médicale entre les régions des pays nordiques et les écarts entre départements en France, la dispersion apparaît plus faible dans des pays comme la Norvège ou le Danemark qu'en France. En Allemagne, des experts estiment que la situation s'est améliorée avec la mise en œuvre du dispositif de limitation du conventionnement par zone géographique.

La liberté d'installation des médecins sans contrôle préalable doit donc être amendée. Il paraît peu envisageable de recourir à des mesures coercitives au regard des prises de position des ordres professionnels, des syndicats de médecins et des politiques. L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande, depuis 2010, l'obligation pour les nouveaux médecins d'exercer dans des zones sous-médicalisées pendant une certaine période. Certains, en France, y voient une forme d'adhésion au pacte républicain qui fait société.

Enfin, il paraît souhaitable de réfléchir à la mise en place d'un conventionnement sélectif des médecins dans les zones particulièrement denses. Un tel conventionnement sélectif apparaît comme un outil nécessaire et pertinent pour assurer une répartition plus équilibrée des médecins sur le territoire. Des rapports du Sénat, des propositions de loi à l'Assemblée nationale vont en ce sens. L'exemple des pharmaciens et des professions paramédicales doit pouvoir être étendu aux médecins.

²³L'avenir de l'assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs Cour des comptes novembre 2017.

Préconisation n°9 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **De conditionner, dans les zones sur-dotées, l'installation d'un nouveau médecin à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité afin de favoriser une meilleure répartition territoriale des médecins ;**
- **D'instaurer un conventionnement sélectif (secteur 1 uniquement, pour les spécialistes) pour rééquilibrer les installations dans les territoires sous-dotés ;**
- **D'expérimenter la rémunération différentielle fonction de la sous-densité médicale observée dans le territoire de ressort de chaque médecin.**

- **Le rôle de la Région**

La politique de santé relève aujourd'hui de la seule responsabilité de l'État, qui doit garantir «*la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* ». Ni l'engagement du législateur ni la parole de l'État ne sont à cet égard respectés. Cet échec est d'autant plus cuisant qu'il n'existe pas de mécanismes correctifs ni d'instance responsable des inégalités territoriales d'accès aux soins. Il faut donc y remédier au plus vite.

Par ailleurs, les collectivités territoriales, face aux carences de l'État, n'ont pas ménagé leurs efforts pour apporter des réponses aux attentes médicales de leurs habitants. Mais elles sont démunies : il convient donc de renforcer leurs moyens juridiques et financiers, dans la continuité des avancées de la loi «3DS» du 21 février 2022, afin que l'échelon territorial puisse contribuer à la vision stratégique et à l'élaboration des mesures pour répondre aux inégalités d'accès aux soins.²⁴

Préconisation n°10 :

Le CESER Occitanie préconise :

- **Que soit réaffirmée la mission de service public du système de santé en rappelant la nécessité de mécanismes correctifs en faveur de l'équité territoriale ;**
- **Qu'une véritable décentralisation en matière de santé s'opère en faveur des Régions, en termes de gouvernance et de participation aux prises de décision, tout en maintenant au niveau étatique des compétences régaliennes en matière de définition des politiques de santé, des modalités de leur financement et du nécessaire respect de l'équité entre les citoyens.**

²⁴ Rapport d'information au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins », Sénat n° 589 le 29 mars 2022.

CONCLUSION

Le constat, comme l'attestent les chiffres, est très largement partagé : les politiques publiques ont échoué depuis 20 ans à inverser la tendance d'un accroissement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. Le temps est venu d'appliquer de nouvelles solutions, qui peuvent s'avérer iconoclastes, mais sans lesquelles le pacte républicain construit autour des notions d'équité et d'égalité s'effondrera.

C'est le sens des préconisations que propose le CESER. Il reste cependant conscient que nombre de mesures proposées ne rencontreront leur concrétisation que dans le moyen terme, puisque beaucoup d'entre elles sont assujetties à la temporalité de la durée des études médicales.

Le CESER estime donc que des mesures d'attente dans le court terme doivent être privilégiées, quitte à les remplacer ou à les faire évoluer dans le moyen terme. Ainsi la contribution aux soins primaires des internes dans le cadre d'une 4^e année d'internat, les délégations de tâches, l'accès direct à certains professionnels de santé faisant l'objet d'un projet de loi en discussion au Parlement, les contrats emploi-retraite, qui peuvent être trans-territoriaux²⁵, peuvent permettre d'attendre les effets du numerus apertus, dans quelques années.

Le CESER insiste tout particulièrement sur le processus d'acculturation à mettre en œuvre auprès des étudiants en médecine pour les sensibiliser et les familiariser avec l'exercice pluriprofessionnel. Il estime que notre pays ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur les modalités d'installation, la totale liberté dont bénéficient les médecins relevant d'un anachronisme de moins en moins toléré par nos concitoyens.

Bien plus que par le passé, l'organisation du système de santé doit aujourd'hui, dans un contexte de difficultés sociales et économiques accrues, s'efforcer de faciliter l'exercice médical parvenu à un haut niveau de savoirs et de moyens. Elle doit également être attentive à ce que l'offre de soins, qui s'apparente à un bien public, soit équitablement répartie entre les territoires et entre les populations qui y vivent.

En ce sens, le rôle et la place des collectivités et de leurs élus doivent être revisités dans une organisation qui devra être de plus en plus décentralisée. Que les collectivités aient maintenant la possibilité d'investir dans la santé est chose positive. Mais le financement doit s'accompagner de nouveaux pouvoirs en matière de gouvernance et de choix stratégiques pour la Région, tant la santé est un des piliers de l'aménagement du territoire qui reste l'apanage des collectivités territoriales.

Le lien entre aménagement du territoire et "désert médical" doit être au centre de toutes les attentions. La situation de "désert médical" est-elle la résultante d'un manque de médecins ou faut-il interroger également les causes liées à l'attractivité du territoire ? La concentration des emplois et des services dans les métropoles, la perte des emplois, la disparition des services publics, des commerces, des lieux culturels dans les territoires isolés ne sont pas sans lien avec la réticence des professionnels du soin à s'installer dans ces zones.

La réponse est politique et doit être le fait des personnels politiques locaux, les plus proches des réalités des territoires. En tout cas, elle ne saurait être laissée exclusivement, comme trop souvent, aux organisations ordinales ou professionnelles, dont les positions peuvent parfois sembler bien éloignées de l'intérêt général.

²⁵ On peut ainsi imaginer qu'un médecin toulousain prenant sa retraite soit incité à poursuivre son exercice dans un territoire sous-dense où il possède une résidence secondaire, ou encore où il a de la famille.

LISTE DES SIGLES

LISTE DES SIGLES

ARS	Agence régionale de santé
CAIM	Contrats assurance maladie d'aide à l'installation des médecins
CESP	Contrats d'engagement de service public
CREAI-ORS	Centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptées-observatoire régional de la santé
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CDE	Contrat de début d'exercice
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination des médecins
CNAM	Centre national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de Santé
CSPP	Centres de santé pluri professionnels
CTSM	Contrats de transition et de solidarité territoriale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESP	Équipes de soins primaires
HPST	Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IPA	Infirmières en pratiques avancées
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MG	Médecin généraliste
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles
MSPU	Maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSyS	Orientation dans le système de soins
OTSS	Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé
PASS	Parcours d'accès spécifique santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PSAP	Physician shortage area program
PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
QPV	Quartier prioritaire de la ville
SASPAS	Stage en soins primaires en autonomie supervisée
URPSA	Union régionale des professionnels de santé
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZAR	Zone d'appui régional
ZIP	Zone d'intervention prioritaire
3DS	La loi 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de de l'action publique locale (3DS)



La contribution est téléchargeable sur le site du CESER

CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

Siège

18 allées Frédéric Mistral
31077 Toulouse Cedex 4
Tél. 05 62 26 94 94
Fax 05 61 55 51 10
ceser@ceser-occitanie.fr

Site de Montpellier

201 av. de la Pompignane
34064 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 22 93 42
Fax 04 67 22 93 94
ceser@laregion.fr

www.ceser-occitanie.fr



Avec l'adhésion
des usagers
ou recyclés.

**Conseil Économique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**