



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Accès aux soins - ruralité

Question écrite n° 2120

Texte de la question

M. Grégory Besson-Moreau attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur des solutions possibles pour lutter contre les déserts médicaux qui touchent les territoires ruraux comme l'Aube. Trois remèdes innovants pour en finir avec les déserts médicaux sont possibles et le député souhaiterait connaître l'avis de la ministre sur ces propositions et leur mise en application. En effet, face à l'accroissement des contraintes pesant sur la médecine et à l'inefficacité des solutions traditionnellement proposées, il peut exister trois remèdes. Le premier remède viendrait pallier le manque de médecins à très court terme tout en produisant des effets sur une génération. Il consiste, à s'inspirer de ce que font de longue date d'autres pays, comme le Canada, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande en inscrivant la politique de santé dans le cadre de la politique migratoire. En effet, ces trois pays tiennent à jour une liste de toutes les régions rurales connaissant une pénurie de médecins. Ne pouvant les trouver parmi les étudiants en médecine dans le pays, les pouvoirs publics n'ont d'autre possibilité que de les faire venir de l'étranger. C'est là qu'est la radicalité de la mesure : un visa ne peut être attribué qu'à condition que le postulant s'installe dans l'une des régions visées sur la liste et y reste un certain nombre d'années. S'il quitte la région en question, il perd d'office son titre de séjour et doit quitter le pays. En France, on pourrait imaginer que les sous-préfectures délivrent les titres de séjour accompagnés de permis de travail valides exclusivement sur le territoire de leur arrondissement. Ceci permettrait à la fois de repeupler très rapidement des zones rurales en déclin démographique tout en évitant la surmédicalisation de régions déjà très bien dotées. Le deuxième remède viendrait combler partiellement le manque de médecins à moyen terme, s'inspirant du principe des IPES (indicateurs pour le pilotage des établissements du second degré) connus en vigueur de 1957 à 1978 pour pallier le manque d'enseignants en milieu rural. Dès la deuxième année de leurs études, une fois obtenu le concours d'admission, les étudiants en médecine auraient le statut de fonctionnaires stagiaires et seraient rémunérés comme tels jusqu'à l'obtention de leur diplôme. Pendant toute la durée de leurs études, ils toucheraient donc un traitement de fonctionnaire au même titre qu'un titulaire. En contrepartie, une fois diplômés, ils devraient un certain nombre d'années au service public de la médecine. Comme dans les grandes écoles de la République, une liste des postes vacants serait ouverte aux jeunes diplômés qui pourraient alors choisir selon leur classement où ils s'établiront. À l'issue de la période due au service public de la médecine, ils pourraient s'établir tout à fait librement à l'endroit de leur choix. Enfin, un troisième remède viserait à consolider à plus long terme le maillage médical du territoire en spécialisant les petits hôpitaux ruraux. De toute évidence, il n'est pas viable que tous les hôpitaux soient généralistes, aient une maternité ou un service de chirurgie. En revanche, on pourrait tout à fait envisager que chacun s'oriente vers une spécialité de pointe. Ainsi pourrait-on avoir un hôpital en région en pointe sur l'addictologie, un autre en médecine du sport et rééducation, ou encore en gériatrie. Il souhaite donc connaître son avis sur ces différentes propositions.

Texte de la réponse

Le Gouvernement s'est saisi très rapidement des difficultés d'accès aux soins auxquels sont confrontés certains territoires. Un plan d'égal accès aux soins a été présenté le 13 octobre 2017 par la ministre des solidarités et de la santé. Ce plan, structuré autour de 4 priorités, propose un panel de solutions adaptables à chaque territoire : -

La première priorité porte sur le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients, avec notamment le déploiement des aides individuelles à l'installation dans les territoires en tension, négociées dans le cadre conventionnel, des mesures visant à faciliter le cumul-emploi retraite, et d'autres pour développer l'exercice en zone sous-dense même sans installation (ex : les consultations avancées) ainsi que les coopérations entre professionnels de santé. Sans oublier les actions en faveur des stages en cabinet de ville, maisons ou centres de santé pour les futurs professionnels en formation : l'indemnité des maîtres de stage implantés dans les zones en tension sera revalorisée de 50% (soit 300 euros) ; des dispositions sont aussi prévues pour développer l'accueil des stagiaires (aides, amélioration des conditions d'hébergement et de transport). - La seconde priorité est centrée sur la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances, avec en particulier un appui fort au développement de la télémédecine (téléconsultation et télé expertise), qui sera inscrite dans le droit commun dès 2018 ; il est aussi prévu d'équiper d'ici 2020 tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et toutes les zones sous-denses d'un matériel permettant la téléconsultation. - La troisième priorité vise une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue via, entre autres, le développement des structures d'exercice coordonné et l'assurance d'une réponse aux demandes de consultations non programmées de médecine générale pour les patients. Le Gouvernement a ainsi pour ambition de doubler le nombre des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS) d'ici à 5 ans. Des investissements sont prévus dans le cadre du grand plan d'investissement pour soutenir cet objectif. Au-delà des MSP et des CDS, toutes les formes d'exercice coordonné seront encouragées en fonction des territoires : équipes de soins primaires (ESP) associant médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, ou encore communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) rassemblant plus largement les acteurs de santé d'un territoire autour d'un projet commun, font également partie des leviers à mobiliser. - La quatrième priorité concerne quant à elle la méthode, inédite : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale. Le rôle de l'Etat, des agences régionales de santé et de l'assurance maladie est d'accompagner et d'encourager ces initiatives locales. La ministre suivra personnellement les avancées de ce plan : elle présidera chaque semestre le comité national de suivi et d'évaluation qui va être mis en place. Elle a nommé 3 délégués à l'accès aux soins (un médecin généraliste, un député et un sénateur), chargés de porter le plan auprès de l'ensemble des acteurs, ils ont pour mission de faire remonter les expériences réussies mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Ils seront force de proposition auprès du comité pour adapter ou compléter les mesures du plan.

Données clés

Auteur : [M. Grégory Besson-Moreau](#)

Circonscription : Aube (1^{re} circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 2120

Rubrique : Professions de santé

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [17 octobre 2017](#), page 4951

Réponse publiée au JO le : [23 janvier 2018](#), page 626