

DÉSERTS MÉDICAUX, TERRITOIRES EN TENSION

De quoi parle-t-on ? Quelles réponses ?



DÉSERTS MÉDICAUX, TERRITOIRES EN TENSION

De quoi parle-t-on ? Quelles réponses ?

Sommaire

Mot d'ouverture	2
<i>Danièle DESCLERC-DULAC, co-présidente du CISS3</i>	
Cadrage général sur la répartition des médecins en France	3
<i>Dr Patrick ROMESTAING, vice-président du Conseil national de l'Ordre des Médecins</i>	
Présentation des résultats de l'enquête en caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM)	6
<i>Nathalie TELLIER, Chargée de mission santé à l'UNAF, Magali LEO, Chargée de mission santé au CISS, et François VERNY, Chargé de mission à la FNATH</i>	
Vivre et exercer dans un désert médical – Points de vue d'usagers et de médecins	9
<i>Anita LAUNAY, représentante des usagers en CPAM, Daniel HIBERTY, représentant de l'UDAF à la CPAM de l'Oise, Dr Lisa OTTON, Présidente de l'Association de la médecine générale du Roannais, Julien DUPAIN, Directeur du Centre hospitalier de Château-Chinon</i>	
Offre de soins et responsabilités politiques	14
<i>Aline ARCHIMBAUD, Sénatrice groupe Ecologiste (Seine-Saint-Denis), vice-présidente de la commission des Affaires sociales du Sénat, Jean-Pierre DOOR, Député Les Républicains (Loiret), vice-président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale</i>	
Pourquoi les tensions géographiques sont-elles spécifiques aux médecins, et à la France ?	18
I. La répartition des professionnels paramédicaux, l'exemple de la régulation conventionnelle des infirmiers..... 18 <i>Sonia FERRÉ, Infirmière libérale, vic-présidente du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers</i>	
II. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne..... 20 <i>Yann BOURGUEIL, directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)</i>	
III. Coopérations et délégations de tâches entre professions de santé – Exemples en ophtalmologie 21 <i>Thierry BOUR, président du Syndicat national des Ophtalmologistes de France (SNOF)</i>	
IV. La télémédecine, ou comment tirer profit des nouvelles technologies..... 23 <i>Lucile BLAISE, Société RESMED</i>	
Quels outils pour l'organisation des soins ambulatoires ?	25
I. Les Agences régionales de santé (ARS) ont-elles réellement les moyens d'agir sur l'organisation des soins ambulatoires ? <i>André OCHMANN, directeur de l'offre de soins, Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val-de-Loire</i> 25	
II. Les leviers conventionnels de l'Assurance maladie pour agir sur la répartition médicale, « quelle force probante » ? <i>Hedda WEISSMANN, responsable du département des professionnels de santé à la CNAMTS</i> 26	
III. La désertification médicale dévorante prépare-t-elle l'ère de la médecine sans médecin ? <i>Guy VALLANCIEN, chirurgien, auteur de La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade, publié aux éditions Gallimard, 2015.</i> 27	
Conclusion et propositions	31
<i>Christian SAOUT, Secrétaire général délégué du CISS</i>	

Mot d'ouverture

Danièle DESCLERC-DULAC

Co-présidente du CISS

J'ai le plaisir de vous accueillir au nom du Collectif Interassociatif sur la Santé, de la FNATH et de l'UNAF, et d'ouvrir cette journée sur un thème – les déserts médicaux – qui nous avait déjà réunis en 2010. Il continue de nous préoccuper au regard des réalités d'accès aux soins de nos concitoyens. Certains professionnels de santé s'estiment injustement pointés du doigt au motif qu'ils seraient des déserteurs. Notre association ne cherche aucunement à mettre en cause les médecins ni à les blâmer. Nous souhaitons dresser des constats, réaffirmer l'existence de zones sous-médicalisées en France et proposer des solutions afin que les soins de ville soient organisés en fonction des besoins des usagers et ne creusent pas les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette désertification suit une tendance inquiétante depuis plusieurs années. Notre pays, qui compte suffisamment de médecins en moyenne, à l'exception de quelques spécialités en souffrance (ophtalmologie, rhumatologie, dermatologie, pour ne citer que celles-ci) est confronté à une mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre, tant par l'Assurance maladie que par les Agences régionales de Santé et certaines collectivités locales ces dix dernières années afin d'encourager les médecins à exercer dans des zones sous-médicalisées. Le succès de ces mesures, exclusivement incitatives, s'avère très mitigé comme nous le verrons tout au long de la journée.

Nous n'amplifions pas la désertification médicale. La défense de l'intérêt collectif est notre seule motivation et chacune de nos propositions milite en ce sens. Se sentir personnellement mis en cause par les positions que nous défendons, c'est réduire leur portée et ne pas accepter de confronter des arguments de même nature. Les nôtres portent, en l'espèce, sur l'organisation du système de santé. Le Collectif, la FNATH et l'UNAF ont enquêté, grâce à l'implication de leurs



représentants dans onze caisses primaires choisies en raison d'une densité médicale particulièrement faible dans les départements considérés (Allier, Ardennes, Eure, Nièvre...). Le Conseil national de l'Ordre des médecins actualise chaque année un atlas de la démographie médicale sur lequel nous nous sommes également appuyés afin d'établir un état des lieux qui sera présenté au début de cette journée.

Je voudrais remercier les participants, qui sont nombreux à siéger au sein des caisses primaires d'Assurance maladie. Nous espérons que cette journée et les propositions que nos associations feront connaître à l'Assurance maladie et aux Agences régionales de Santé pourront influencer le dialogue appelé à s'instaurer entre la CNAM et les syndicats de médecins dans le cadre des nouvelles négociations conventionnelles en 2016. Merci également à nos intervenants. Leurs éclairages permettront de poser un regard critique sur notre offre de soins tout en tenant compte des problématiques spécifiques de chaque acteur. Nos associations ont à cœur de ne pas s'isoler et de toujours se soumettre à l'exercice contradictoire. Je vous souhaite une excellente journée à tous.



Cadrage général sur la répartition des médecins en France



Docteur Patrick ROMESTAING

Vice-président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Je vous remercie de nous faire l'honneur d'inviter le Conseil national de l'Ordre à intervenir devant vous, à l'occasion de ce colloque important. Ce n'est qu'un signe supplémentaire du travail engagé conjointement depuis un certain nombre d'années. Vous êtes intervenue l'an dernier, Madame Desclerc-Dulac, lors du Congrès de l'Ordre national des médecins. Christian Saout était également présent la semaine dernière à notre congrès annuel.

Vous avez salué, Madame, le travail produit par le Conseil national de l'Ordre à travers l'atlas annuel dressant l'état de la situation au 1er janvier 2015. Ces chiffres sont au plus près de la réalité car un médecin qui s'installe a l'obligation de s'inscrire auprès du Conseil national de l'Ordre dans le département où se trouve son cabinet.

La population générale, en France, atteint 64 millions de personnes en 2015. La population de médecins tend à stagner, avec 281 087 médecins inscrits. Le nombre des médecins retraités augmente, lui, très rapidement. Sur une période de 35 ans, la population générale a progressé de 20 %, la population médicale de 136 %, le nombre de médecins actifs de 92 % et le nombre de médecins retraités de plus de 800 %. 199 000 médecins sont en activité régulière sur l'ensemble du territoire en 2015. Si l'on observe une féminisation importante de cette population, on note aussi que les praticiens de plus de 60 ans représentent 26,4 % de l'ensemble des médecins tandis que ceux qui ont moins de 40 ans n'en représentent que 17 %, ce qui ne suffit pas à assurer le renouvellement de la profession.

La variation des effectifs par région met aussi en lumière l'amorce d'un processus de décroissance du nombre de médecins en Ile-de-France et en région PACA (Provence-Alpes-Côtes d'Azur). Lorsqu'on passe de cette carte régionale à une carte départementale, des disparités apparaissent, par exemple entre le département de la Haute-Marne (où la densité médicale est très basse) et celui de la Marne, où elle est sensiblement plus élevée, avec près de 100 médecins de plus pour 100 000 habitants.

En médecine générale, 42 départements affichent une densité médicale élevée. Un nombre identique de départements (42) se distingue par une densité faible. Dans le cas de la médecine hospitalière, la carte s'avère très différente. Huit régions affichent une forte densité et six une densité faible.

Quant à l'évolution de l'offre de soins, un constat saute aux yeux : la très forte prédominance des femmes parmi les jeunes médecins (moins de 35 ans). Au-delà de cette féminisation, on observe une augmentation importante (+ 10 %) du nombre total de médecins. On entend parfois que la féminisation constitue un problème pour le futur de l'offre de soins. Toutes les analyses démontrent plutôt que nous avons affaire à une évolution des générations. Les jeunes médecins, hommes ou femmes, souhaitent travailler moins, ce que l'on peut comprendre.

Nous voyons aussi que les médecins diplômés en France s'installent très jeunes. La moyenne d'âge est plus élevée de neuf ans dans le cas de diplômés obtenus en Europe hors de France. Deux tiers des médecins qui s'installent en France sont des femmes. Cette proportion est de 60 % pour les médecins ayant obtenu leur diplôme en Europe hors de France.

25 % des médecins qui s'installent ont obtenu un diplôme en dehors d'une université française. Sur le plan des modes d'exercice, une idée reçue doit être démentie : 60 % des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre choisissent un exercice salarié. Il ne s'agit pas d'un plébiscite. En cinq ans plus tard, la part du choix de l'exercice libéral ou mixte a progressé de 12 %, passant de 25 % à 37 %. La relève de l'offre de soins est donc bel et bien en marche. Une autre population dont le nombre a fortement augmenté est celle des retraités actifs. Il s'agit de médecins attachés à leur exercice. Entre 2007 et 2015, leur nombre a progressé de 433 %.

Voyons, pour finir, l'exemple de deux régions, tant il est vrai qu'on ne peut se contenter d'une vision satellitaire : il faut descendre dans l'échelle territoriale pour aller au plus près de l'offre de soins afin de comprendre les phénomènes en jeu et leurs ressorts. La densité médicale moyenne, en France, s'établit à 281 médecins pour 100 000 habitants. La Bretagne se situe dans la moyenne, avec 275 médecins pour 100 000 habitants et la région Rhône-Alpes se classe favorablement, avec 306 médecins pour 100 000 habitants. En Bretagne, étudions la situation du Finistère et plus précisément encore celle du bassin de vie de Quimper, comprenant 16 communes et 111 médecins généralistes qui travaillent en exercice libéral ou mixte. Le nombre de ces médecins a diminué de 12 % entre 2007 et mi-2015 et devrait de nouveau décroître de 7 %, selon nos projections, d'ici 2020. On note aussi que seules deux communes connaissent une augmentation du nombre de médecins, tandis que trois (dont Quimper) ont vu le nombre de leurs médecins diminuer. Dans la majorité des communes, une stagnation est observée. Certains critères nous semblent particulièrement pertinents afin d'apprécier l'évolution de l'offre de soins. Il s'agit d'abord de la densité de médecins généralistes. Le bassin de vie de Quimper dispose globalement de près de 10 médecins pour 100 000 habitants. On observe aussi que dans certaines communes, 100 % des médecins ont plus de 60 ans. Il faut, symétriquement, tenir compte de la part de médecins de moins de 40 ans pour apprécier la capacité de renouvellement de la population médicale. Enfin, un dernier critère intéressant porte sur la part de l'exercice individuel, dont nous savons qu'il tend à se raréfier, voire à disparaître. Une part élevée d'exercice individuel peut donc être considérée comme un facteur préoccupant du point de vue de l'évolution de la densité médicale.

Le département du Rhône offre un autre exemple intéressant. S'il s'agit d'un des plus petits départements par sa superficie, il se distingue par une population médicale nombreuse, avec 10 000 médecins (soit le troisième département de France le mieux doté en nombre de médecins). Le nombre de médecins généralistes n'a diminué que de 3 % entre 2007 et 2015 et cette baisse devrait même se ralentir pour s'élever

à un peu moins de 2 % entre 2015 et 2020. A l'échelle des bassins de vie du Rhône, 32 bassins (essentiellement dans des zones rurales) affichent une diminution du nombre de praticiens.

Nous sommes conscients de la nécessité de trouver des chemins afin de prendre en compte les besoins des usagers sur le territoire. Je voudrais reprendre des propos tenus lors du Congrès du Conseil national de l'Ordre des médecins la semaine dernière : « il n'y a pas de déserts médicaux. Il y a des déserts globaux. Il n'y a plus de poste, de commerces, de café. Les gens viennent là pour dormir, partent en début de journée et reviennent le soir ». Ces propos ont été tenus par Olivier Véran, député socialiste, rapporteur du projet de loi.

Il faut inciter les jeunes médecins à aller vers ces territoires, où nombre d'entre eux trouveront beaucoup de plaisir à exercer. Les jeunes sont formés durant six ans exclusivement dans un cadre hospitalo-universitaire et les médecins hospitaliers ne sont pas les plus grands promoteurs de l'exercice en ville ou à la campagne. Il faut donc trouver des mesures d'accompagnement afin de faire découvrir ce qu'est l'exercice de la médecine hors de l'université, voire même en zone rurale. L'Auvergne est une des régions qui connaît le plus fort taux d'installation de jeunes médecins en zone rurale, grâce à des mesures incitatives et parce que les jeunes ont trouvé une qualité de relation entre les patients et les professionnels qu'ils ne trouvent sans doute pas en ville.

J'ai pris connaissance, avant cette intervention, des résultats de l'enquête que vous avez conduite. Le Conseil national de l'Ordre interroge actuellement l'ensemble de la profession médicale (soit 200 000 médecins) via internet. Nous avons déjà reçu plusieurs dizaines de milliers de réponses des médecins. Ceux-ci étaient invités à dire de quelle façon, notamment, ils percevaient leur exercice. Nous réalisons parallèlement un sondage auprès du grand public afin de recueillir sa perception de la réalité de l'offre de soins.

Ayant la chance de faire partie du comité permanent des médecins européens, qui est l'interlocuteur officiel de la Commission européenne, force m'est aussi de constater que le problème des territoires en tension, du point de vue de la densité médicale, se pose à l'échelle de l'Europe. Sans doute un débat éthique devra-t-il prendre place afin d'aborder certaines des difficultés créées par ces flux migratoires. Tous les pays sont en tout cas confrontés au problème d'accès aux soins en premier recours et même pour les spécialités. L'Allemagne, souvent citée en exemple sur divers sujets, ne fait pas exception.

Enfin, ayons à l'esprit qu'après dix ans d'études, un jeune sur quatre se détourne des soins. En d'autres

termes, 25 % des jeunes médecins ne s'inscrivent pas au Conseil de l'ordre. Ils choisissent une activité administrative, deviennent journalistes, photographes ou restaurateurs et se détournent de l'exercice. Nous devons aussi prendre à bras-le-corps cette réalité et faire découvrir le métier de médecin sur le territoire, en complément de ce qu'on apprend à l'hôpital. C'est certainement une des pistes sur lesquelles nous pouvons avancer ensemble afin que l'offre de soins soit assurée de la façon la plus efficace.

Danièle DESCLERC-DULAC

Nous avons le temps pour deux questions.

Claude RAMBAUD,

Co-présidente du CISS



Avez-vous des données émanant des Conseils de l'ordre départementaux ou au plan national, quant au nombre de médecins inscrits à l'Ordre qui se situent hors du champ clinique ?

Patrick ROMESTAING

Nous souhaiterions avoir une approche aussi fine que possible des modes d'exercice de la population médicale. Travailler dans le soin impose, du point de vue réglementaire, d'être inscrit au tableau départemental du Conseil de l'Ordre. Certains médecins qui travaillent dans les Agences régionales de Santé, au sein de l'industrie pharmaceutique ou dans des fonctions administratives s'inscrivent à l'Ordre mais il s'agit alors d'une démarche volontaire, que les textes n'imposent pas. La population des médecins ayant un diplôme extra-européen et exerçant dans le cadre hospitalier sous la responsabilité d'un chef de service

échappe aussi aux recensements que nous effectuons. Cette population participe –souvent efficacement – à l'offre de soins mais échappe à nos radars.

René MAZARS,

Trésorier du CISS, association française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFPric)



Nous voyons bien que les populations rurales sont en grand déséquilibre, ce qui n'est pas près de s'arrêter. Il est utile de disposer de tous ces chiffres. Vous avez mentionné des pistes que nous connaissons tous. Au-delà de ce constat, avez-vous des propositions concrètes que nous pourrions retenir ? Je crois me souvenir que des consultations mobiles avaient été lancées il y a quelques années. Le Conseil national de l'Ordre y avait mis un frein.

Patrick ROMESTAING

L'Ordre est une institution de droit privé chargée d'une mission de service public. Nous sommes associés, à ce titre, à un certain nombre de réflexions. La décision ne nous appartient jamais. L'Ordre évolue au fil du temps. Vous évoquez la médecine foraine. L'Ordre a adopté une position très claire – négative – à ce sujet. Ce temps est révolu. L'Ordre a introduit des modifications réglementaires et déontologiques importantes. Il autorise depuis dix ans un médecin à disposer d'un lieu supplémentaire d'exercice, en vertu de l'article 85 du code, dès lors que ceci est dans l'intérêt de la population. Nous parlons aujourd'hui de « lieux multiples d'exercice ». Nous sommes allés encore plus loin puisque nous autorisons un médecin à quitter son cabinet pour se rendre dans une zone en tension, auquel cas un remplaçant peut occuper son cabinet. Nous avons donc significativement assoupli, dans les limites de ce que nous pouvons faire, les conditions d'exercice.

Présentation des résultats de l'enquête en caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM)

Nathalie TELLIER,

Chargée de mission Assurance maladie à l'UNAF



Nous avons réalisé une nouvelle enquête CISS-FNATH-UNAF en 2015, suite à celle de 2010 sur les déserts médicaux. Nous nous sommes intéressés aux besoins des usagers privés en termes d'accès aux soins près de chez eux. 63 % des usagers se sont trouvés dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste dans un délai raisonnable. Près de 20 % des usagers se rendent aux urgences faute de pouvoir obtenir un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé dans un délai raisonnable.

On parle de désert médical lorsque plus de la moitié des médecins d'un territoire ont une activité supérieure de 30 % à 50 % à la moyenne nationale, lorsque la densité des praticiens est inférieure de 30 % à 50 % à la moyenne nationale ou lorsqu'il faut plus de 20 minutes pour se rendre chez son médecin généraliste ou encore lorsque le territoire est marqué par un vieillissement important de la population (avec un écart de plus de 10 %, en nombre de personnes âgées par rapport à la moyenne nationale).

Un désert médical n'est ni un territoire dépeuplé ni nécessairement un territoire enclavé, périurbain ou délaissé par les services publics. Il s'agit d'un territoire habité par une population qui peine à accéder aux soins médicaux comparativement à la moyenne nationale.

Après l'enquête de 2010, qui n'avait manifestement pas suffi à permettre l'émergence de solutions durables, il nous a paru important de réitérer notre enquête et nous avons ciblé cette année notre campagne de mobilisation sur 11 CPAM : l'Allier, les Ardennes, la Charente, les Deux-Sèvres, l'Eure, la Haute-

Saône, l'Indre, la Nièvre, l'Oise, l'Orne et la Sarthe. Ces départements sont confrontés à de fortes tensions du point de vue de la démographie médicale. Les besoins de santé y sont également importants en raison notamment du vieillissement de la population et de la prévalence de certaines maladies. On observe aussi, dans ces départements, un taux de mortalité relativement élevé, notamment du fait de tumeurs.

Magali LEO,

Chargée de mission Assurance maladie au CISS



Je remercie les représentants d'usagers qui ont participé, dans les onze caisses, à l'enquête et ont dû relancer les onze CPAM afin d'obtenir des résultats plus ou moins exploitables. Nous nous sommes aussi beaucoup aidés de l'atlas national établi par le Conseil national de l'Ordre, qui a réalisé une carte interactive très fine et très éclairante sur la répartition des médecins, spécialité par spécialité et département par département. Nous avons par ailleurs réalisé un sondage avec BVA et le rapport de sondage est disponible. Il montre notamment que plus de 48 % des usagers se tourneraient vers un médecin exerçant en secteur 2 faute de pouvoir obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable auprès d'un médecin de secteur 1. Plus de 11 % des femmes se sont déjà trouvées dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez un gynécologue dans un délai raisonnable (notion subjective laissée à l'appréciation des usagers). Plus de 47 % des usagers ont aussi été dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste dans un délai raisonnable.

Si les données du SNIR représentent la densité médicale des médecins libéraux, les données recensées par l'Ordre sont plus complètes. La comparaison des deux cartes qui en découle est intéressante. Toutes spécialités confondues, on observe une ligne de partage assez nette entre le Nord et le Sud de la France. Dans le cas des spécialistes libéraux, les données s'avèrent un peu plus hétérogènes et on note des problèmes de densité dans des zones où on ne les soupçonnerait peut-être pas.

Comme l'a souligné le Docteur Romestaing, un attrait croissant apparaît aussi pour l'exercice salarié (lequel peut être effectué à l'hôpital, ce qui est le cas majoritaire, mais aussi en centre de santé, dans l'Education nationale ou encore dans la médecine du travail). Une part importante de médecins qui s'installent dans l'exercice salariat reste dans cet exercice.

Selon les données de l'Ordre, la variation de la densité médicale est négative partout sauf dans le département de l'Orne. Si l'âge moyen des médecins, en France, est de 51 ans, il s'avère plus élevé dans les 11 départements retenus. La part des 60 ans et plus s'avère aussi supérieure à la moyenne nationale dans tous ces départements sauf dans les Deux-Sèvres.

Un zoom sur quelques spécialités fait apparaître qu'en ce qui concerne les ophtalmologistes, la densité de médecins est inférieure, dans les 11 départements, à la moyenne nationale. Cette densité s'avère encore plus éloignée de la moyenne nationale et devient même inquiétante, dans certains cas, concernant les psychiatres.

En termes de secteurs conventionnels, on s'aperçoit que mis à part deux départements, les médecins généralistes exercent très majoritairement en secteur 1, de même que les spécialistes. La part de spécialistes en secteur 2 s'avère cependant importante. Ces proportions paraissent d'autant plus élevées que le nombre de médecins considéré est réduit – ce qui complique l'accès aux soins dans le secteur 1.

François VERNY,

Chargé de mission à la FNATH

Ce n'est qu'en 2007 qu'une tentative de repeuplement des déserts médicaux a été mise en place. S'agissant des métiers paramédicaux, une incitation financière a été créée, parallèlement à une restriction afin de freiner l'installation de professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) dans les zones sur-dotées. S'agissant des médecins, seules des mesures incitatives (sur le plan pécuniaire) ont été prises. Dans un rapport, la Cour des Comptes a estimé très élevé le coût de ces mesures, pour une efficacité très limitée. La somme qui avait alors été dépensée avait majoritairement bénéficié à des médecins déjà

installés, plutôt qu'à de nouvelles installations.

En 2011, la convention médicale a proposé deux options. La première, de nature géographique, incite les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées, avec une aide forfaitaire à l'investissement et une aide à l'activité, dans la limite de 10 % des honoraires annuels.

La deuxième option, dite de solidarité (« Santé Solidarité Territoire »), vise à aider les médecins à exercer dans une zone sous-dotée. L'option géographique a bénéficié en 2014 à 1 800 médecins qui ont signé la convention. 260 d'entre eux n'ont finalement pas été retenus au regard des critères définis. L'aide forfaitaire moyenne avoisine 5 000 euros tandis que l'aide à l'activité s'est montée, en moyenne, à un peu plus de 10 000 euros. La somme de ces deux dispositifs a donc pu représenter 15 000 euros pour certains médecins. L'option SST constitue quasiment un échec total, avec 30 adhérents au plan national et 13 bénéficiaires de fait.

Magali LEO

Je vous propose d'ouvrir un bref échange avec la salle.



Zéhira BEN AHMED,

Administrateur national de la FNATH

Il existe en région Centre les maisons de santé pluridisciplinaires, qui constituent un modèle particulier. Le Conseil départemental, l'ARS et les partenaires sociaux se sont mis autour d'une table afin de trouver une solution au problème de désert médical et répondre aux attentes des médecins, qui ne veulent plus travailler seuls ni consacrer des journées extrêmement longues à leur exercice. Ce dispositif permet

aux médecins de travailler de façon collégiale, sachant que des spécialistes se trouvent sur place pour les aider dans le diagnostic immédiat. Des kinésithérapeutes et infirmiers se trouvent également dans ces lieux, qui répondent manifestement à une attente de la population.

Dr Lisa OTTON,

Présidente de l'Association de la médecine générale du Roannais

Lorsque je me suis installée, il y a un an, en tant que médecin libéral dans une zone en tension, à Roanne, j'ai souscrit un prêt (que je finirai de payer dans un an) car le seul dispositif pertinent en termes d'incitation financière, pour favoriser l'installation, était le contrat de praticien territorial de médecine générale. Il me permettra, au moment de mon congé maternité, de ne pas souscrire un deuxième prêt afin d'obtenir de bonnes garanties en matière de prévoyance, laquelle est très mal couverte pour un médecin généraliste, en particulier pour une femme sur le point d'accoucher. J'ai dû souscrire un prêt car le Conseil général du département dans lequel j'exerce ne fait rien pour favoriser l'installation des médecins. A titre de comparaison, dans l'Ain, l'aide du Conseil général est égale au montant du prêt que j'ai souscrit pour m'installer.

Pour avoir contribué au recensement des médecins sur mon territoire et à la définition des zones fragiles au sein de l'Agence régionale de Santé, je puis également témoigner du fait que l'option démographique dépend avant tout de décisions politiques. En l'occurrence, il a été décidé arbitrairement de limiter le bénéfice de cette option à 10 % de la population de la région Rhône-Alpes. Dans le territoire où j'exerce (Roanne), seule une partie de la ville a été considérée comme zone fragile afin de respecter le quota de population ainsi fixé (10 % de la population du département au maximum). On dénombre pourtant un médecin généraliste pour 1 800 habitants dans la zone urbaine contre un médecin généraliste pour 1 100 habitants dans les campagnes autour de Roanne, et un médecin généraliste pour 700 habitants en moyenne en France. En conséquence, un seul quartier de Roanne est éligible à l'option démographique.

Alain GALLAND,

Président du CISS Poitou-Charentes

Certaines maisons de santé pluridisciplinaires fonctionnent bien et remplissent pleinement leur rôle. Dans d'autres agrègent les quatre ou cinq médecins qui se trouvaient aux alentours et ne font qu'aggraver le problème, en allongeant la distance que les usagers doivent parcourir pour se faire soigner. Il serait donc souhaitable de tirer le bilan des apports de ces maisons de santé.

Vivre et exercer dans un désert médical

Points de vue d'usagers et de médecins



La table ronde est animée par **Nicolas BRUN**, président d'honneur du CISS, Coordonateur Pôle protection sociale-santé à l'UNAF.

En introduction, un micro-trottoir (« Vivre dans un désert médical, état des lieux »), recueillant l'avis des usagers sur la notion et la réalité de désert médical à la lumière de leur propre expérience, est projeté.

• Paroles de représentants des usagers en Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM)

Nicolas BRUN

Anita Launay, pouvez-vous dresser une synthèse de l'enquête réalisée dans le territoire de la Sarthe ?

Anita LAUNAY,

Représentante du CISS à la CPAM de la Sarthe



La Sarthe fait partie des territoires en tension avec 7,2 médecins pour 10 000 habitants. Nous sommes donc moins bien lotis que la Mayenne et la Vendée. Au cours des cinq dernières années, le nombre de médecins généralistes est passé de 443 à 424. On constate en moyenne 16 cessations d'activité chaque année pour 13 installations. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont plébiscitées par les jeunes médecins. Le Conseil général en favorise la construction. Une opération « séduction » se poursuit par ailleurs concernant le dispositif des bourses d'études et de projet professionnel, pour les étudiants de 3ème cycle qui s'engagent à s'installer et à rester au moins six ans dans des territoires en tension. Aucun médecin n'a souscrit à ce jour à l'option « santé-solidarité » en Sarthe.

Magali LEO

Un seul médecin (dans l'Eure) a souscrit cette option, parmi les 11 départements dans lesquels nous avons enquêté.

Nicolas BRUN

Daniel, pouvez-vous faire le même exercice en ce qui concerne l'Oise ?

Daniel HIBERTY

Représentant de l'UDAF à la CPAM de l'Oise

L'Oise compte une population de 810 000 habitants. Il s'agit d'une zone rurale comptant 600 communes, dont les trois quarts sont rurales. Le département se situe en Picardie, qui compte également la Somme et l'Aisne. A ce jour, l'Oise compte 1 100 médecins dont 690 médecins généralistes et 410 spécialistes.



Le département est couvert à hauteur de 12 % par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), ce qui pose problème aux praticiens. Il pourrait y avoir là aussi une piste de réflexion. 48 médecins, dans le département, ont adhéré à l'option D (option géographique). Aucun n'a adhéré à l'option « Santé Solidarité Territoire ».

Comme l'a déjà souligné un intervenant, il faut parler de désert global. Les services publics fondamentaux périssent, ce qui soulève un autre problème, celui du réseau routier : les routes départementales ne sont pas toujours bien entretenues et les délais de transport s'allongent, ce qui rend également plus difficile l'accès aux soins.

La réforme Juppé de 1995 a permis de rencontrer nos usagers une fois par an. Nous souhaitons utiliser ce droit pour informer les usagers, dans le département, de la situation en matière de démographie médicale.

Signalons enfin que la commission paritaire n'a pas fonctionné durant douze mois à l'échelle du département. Les élections à venir vont sans doute renouveler la composition des Conseils paritaires, auquel cas nous pourrions monter au créneau afin de défendre les intérêts des usagers et des familles.

Nicolas BRUN

Nous voyons des similitudes qui se font jour entre vos deux départements. Je retiens également la notion d'information des usagers, qui me semble devoir

être gardée en mémoire. Le projet médical, à l'échelle d'un territoire, doit être discuté avec la population qui y vit. Or il est parfois envisagé comme une affaire de spécialiste (élus, représentant des établissements de santé, etc.). Nous devrions porter collectivement cette demande auprès de nos partenaires. Lisa Otton, présentez-nous en quelques mots l'association de la médecine générale du Roannais.

• Paroles de professionnels de santé :

Dr Lisa OTTON,

Présidente de l'Association de la médecine générale du Roannais



Le Roannais est situé au nord du département de la Loire et les cartographies peuvent s'avérer trompeuses : le département paraît bien doté, à ceci près que sa partie Nord est très déficitaire.

Il y a dix ans, j'étais enceinte, alitée à cause d'une grossesse pathologique. Les premières épreuves classantes nationales se profilaient à l'horizon et la seule discipline massivement non choisie en 6ème année était la médecine générale. Chacun s'étonnait, dans la presse, de ce résultat, ce qui m'a agacée. J'ai alors choisi de mettre les pieds dans le plat et de faire ma thèse sur les choix d'orientation des étudiants en 6ème année. Il s'avère que notre métier fait rêver plus d'un étudiant sur deux. A l'heure des choix, toutefois, nos conditions d'exercice, qui se dégradent, suscitent une fuite importante du nombre de candidats. Vous avez, en tant que patients, un rôle à jouer pour nous soutenir du point de vue de ces conditions d'exercice.

J'ai suggéré à mon conjoint, Benoît, de réaliser un travail sur le roannais, arrondissement de 140 000 habitants qui n'est pas un désert en termes de services publics ou d'offre culturelle. On y vit très agréablement. Il a réalisé l'état des lieux de la médecine généraliste sur ce territoire à travers un questionnaire adressé à l'ensemble des médecins généralistes qui y exercent. Il s'agit aussi d'un territoire pauvre, à forte proportion de personnes âgées. Le travail de mon conjoint a notamment montré que les chiffres de la CPAM étaient faux pour notre territoire. Les chiffres de l'Union des professionnels de santé, qui ont été utilisés, au même titre que les données de l'Ordre des médecins, se sont avérés beaucoup plus fiables. Mon beau-père, ancien directeur des ressources humaines d'une grande entreprise, me percevait comme utopiste. Depuis qu'il a dépouillé avec nous les questionnaires adressés aux médecins généralistes installés (essentiellement des hommes de son âge) il a pu vérifier que les conseils des anciens pour l'installation des jeunes sont en lien avec les aspirations des jeunes médecins et je bénéficie d'un soutien inconditionnel de mes beaux-parents.

L'association de la médecine générale du roannais a été créée en 2011 dans le sillage de cette thèse avec quatre objectifs :

- le recensement exact du nombre de médecins généralistes sur notre territoire ;
- le soutien des médecins installés, car de nombreux départs parmi ces professionnels sont liés à l'épuisement professionnel, et non à l'âge de la retraite ;
- l'accueil des étudiants (en collaboration avec le Centre hospitalier de Roanne, qui connaît les mêmes difficultés que nous en termes de recrutement de jeunes confrères) ;
- le lien avec la population, auquel nous tenons, et que nous entretenons par exemple au travers de conférences qui visent à informer les habitants, en tordant parfois le cou à des idées reçues souvent reprises dans la presse.

Nous avons également innové en créant la Maison des internes, qui accueille des internes en stage en médecine générale dans un lieu de vie leur permettant de partager leurs expériences. Nous y tenons des réunions, y proposons des partages d'expériences, la convivialité étant un élément important afin de favoriser l'installation des jeunes médecins.

Il existe une différence entre la médecine générale et la médecine de spécialité. La filière universitaire de médecine générale, qui se met péniblement en place, reste soutenue par l'Etat. Les sociologues ont montré que les jeunes devaient connaître cette filière de façon aussi précoce que possible dans leur cursus. J'ai entendu parler pour la première fois de cette filière au cours de ma sixième année d'études, ce qui est

trop tard. Il nous faut donner les moyens d'enseigner, de même que des médecins ont été alloués à toutes les autres disciplines.

Un autre facteur de préoccupation a trait aux tâches administratives. Celles-ci m'occupent à raison de huit heures par semaine (alors même que le tiers payant n'est pas encore généralisé). Je peux difficilement les déléguer car nos secrétaires sont déjà en surcharge de travail. L'optimisation du temps médical est primordiale et les CPAM ont également un rôle à jouer de ce point de vue.

Il existe parmi le grand public une confusion entre les maisons de santé pluridisciplinaires et les maisons de santé. Une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) est d'abord un projet de santé pour un territoire, sur la base d'un cahier des charges défini par l'Agence régionale de Santé. Ce sont des professionnels motivés et volontaires qui s'organisent pour structurer la santé sur leur territoire. Les MSP sont attractives. Il faut cesser la confusion qui existe entre les maisons de santé portées par des élus, qui ne constituent parfois qu'un regroupement de médecins dans un même lieu, sans projet de santé, et ces MSP portées par des professionnels qui s'organisent volontairement pour proposer une offre de soins structurée et pertinente. Dans nos campagnes, les élus ont créé des maisons de santé en collaboration avec les professionnels de santé et des médecins s'y installent du fait de ce double portage.

Ayons conscience du fait que nous n'aurons plus un médecin généraliste par clocher. Il faut être réaliste. Les installations de jeunes professionnels doivent s'effectuer dans les lieux de vie où se trouvent des écoles, des commerces, des bureaux de poste, etc. Il faut en revanche s'interroger sur le déplacement des usagers vers ces structures. Nous sommes de moins en moins nombreux et le temps médical est limité. En outre, nous faisons face à des situations de plus en plus complexes. Il est urgent d'optimiser notre temps. Pour ce faire, nous avons besoin de travailler ensemble (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues...).

Nous travaillons actuellement avec les associations de patients présentes sur le territoire car nous souhaitons aussi mettre en place un dispositif d'information sur internet. C'est un travail de longue haleine. J'aimerais que les patients se mobilisent également à nos côtés afin d'améliorer nos conditions d'exercice. Il s'agit de la seule façon de soutenir l'attractivité de notre profession.

Nicolas BRUN

J'ai retenu, parmi les conditions de réussite d'un projet, la nécessité que le projet médical associe les collectivités, les élus et les professionnels de santé

autour d'un projet médical et non seulement un projet immobilier. Vous avez également souligné la nécessité du travail en équipe et de la valorisation de la profession de médecin généraliste (revendication portée par le CISS depuis de nombreuses années). Abordons maintenant la question de l'hôpital, à partir duquel des partenariats intelligents se nouent. Je ne doute pas que ce soit le cas à Château-Chinon, Monsieur Dupain. Quels partenariats pouvez-vous mettre en place avec la médecine ambulatoire ?

Julien DUPAIN,

Directeur du Centre hospitalier de Château-Chinon



Je crois beaucoup à la collaboration entre la ville et l'hôpital. L'exemple de Château-Chinon montre de façon dramatique que lorsqu'il n'y a plus de médecine de ville, la réponse doit être apportée à la population par l'hôpital (en l'espèce, à la demande de l'ARS).

Château-Chinon se trouve dans le Morvan, au cœur de la région de Bourgogne, dans une région montagneuse. Le bassin de vie compte 7 000 habitants et 18 communes. La population est âgée et majoritairement rurale. L'hôpital constitue le premier employeur et la région a été touchée par une fermeture d'usine en 2006, ce à quoi se sont ajoutées des fermetures de services publics depuis 2007.

Parmi les structures de santé, l'hôpital de proximité comporte notamment un plateau technique de radiologie, une unité d'accueil des premiers soins, une unité de SSR (soins de suite et de réadaptation), un

EHPAD et des consultations avancées. Une maison pluridisciplinaire de santé a aussi été inaugurée en 2010. S'y ajoutent deux officines et des professionnels paramédicaux installés en ville.

En 2000, ce bassin comptait sept médecins généralistes. Du fait de départs en retraite et de changements de lieux d'exercice, nous ne comptons plus que trois médecins généralistes fin 2013. Ce nombre est tombé à zéro en février 2015. La population s'est ainsi trouvée sans médecine de ville libérale, ce qui a suscité un traumatisme et la mobilisation de la population.

Devant ce constat et la nécessité d'apporter une réponse à la population, un groupe de travail a été constitué à l'initiative du sous-préfet avec les élus, les professionnels de santé, les collectivités et l'hôpital. Une solution a émergé en deux temps. Dans un premier temps, il fallait gérer l'urgence. L'hôpital offrait déjà un temps de consultations de médecine générale et l'ARS a demandé à l'hôpital de passer à la mise à disposition de 2 ETP médicaux du lundi au vendredi au sein de la maison pluridisciplinaire de santé afin d'y maintenir une présence médicale et d'éviter un départ de la patientèle.

S'agissant de la permanence des soins, que le centre hospitalier ne pouvait assurer, le SDIS a mobilisé un véhicule infirmier 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, dans lequel se trouvait un personnel infirmier de l'hôpital aux côtés des infirmiers libéraux.

Les praticiens hospitaliers n'effectuent pas de visite à domicile, qui représentaient une partie importante de l'activité des médecins libéraux. L'ARS a sollicité les médecins se trouvant à 15 ou 20 kilomètres afin de répondre aux besoins les plus urgents. Une entraide importante a aussi vu le jour à partir du voisinage des patients qui avaient besoin de se déplacer à l'hôpital pour organiser leur transport. Enfin, il a été fait appel à de l'intérim médical, durant trois ou quatre mois, dispositif pris en charge par l'ARS.

Dans un deuxième temps, l'ARS a sollicité l'hôpital afin de jouer le rôle de chef de file pour recruter un nouveau médecin. Nous avons fait appel à deux cabinets de recrutement, sans succès puisque nous n'avons reçu aucune candidature sérieuse à ce jour.

Nous sommes néanmoins parvenus à prendre en charge la population et à conserver la patientèle sur le territoire, car les acteurs ont été capables de se mobiliser et de s'entendre pour cette opération de « sauvetage sanitaire ». Des médecins hospitaliers ont accepté de travailler davantage et de prendre en charge des consultations de médecine générale dans le cadre de leur exercice. Il se trouve aussi qu'une maison pluridisciplinaire de santé se trouvait sur le site

de l'hôpital. Nous avons enfin énormément communiqué pour rassurer la population.

A ce jour, un des médecins libéraux est revenu et occupe la maison médicale. Le centre hospitalier a recruté des effectifs médicaux supplémentaires, notamment grâce à l'attractivité du statut salarié et aux spécificités hospitalières.

Finalement, le patient a vu peu de différence dans la prise en charge. Cette expérience a aussi rappelé que les médecins hospitaliers pouvaient être les médecins traitants d'un patient. Une difficulté a été rencontrée du fait de la mise en place d'un intérim médical, qui implique une rotation importante des médecins, ce qui peut perturber les patients.

Du point de vue de l'Etablissement, il faut bien sûr retenir la très grande difficulté que nous avons rencontrée pour faire venir un praticien libéral. La « médecine salariée » constitue un palliatif qui ne satisfait pas tout un chacun. Il nous a fallu faire preuve d'une grande réactivité et d'une grande souplesse. Nous sommes finalement parvenus à maintenir environ 70 % des 5 500 patients estimés sur le territoire. Nous avons enfin un projet de centre de santé (où travailleraient des effectifs salariés) qui devrait permettre de stabiliser les effectifs médicaux au cours des trois à cinq ans à venir.

Offre de soins et responsabilités politiques



La table ronde est animée par **Claude RAMBAUD**, co-présidente du CISS.

Claude RAMBAUD

Nous accueillons des parlementaires à qui nous avons demandé d'évoquer, sous l'angle de leurs responsabilités politiques, la question de l'organisation de l'offre de soins. Nous savons qu'il s'agit d'un sujet extrêmement difficile pour tous, étroitement lié à l'aménagement du territoire. Madame Archimbaud, quelle analyse faites-vous de ces enjeux ?

Aline ARCHIMBAUD,

Sénatrice groupe Écologiste (Seine-Saint-Denis), vice-présidente de la commission des Affaires sociales du Sénat

Permettez-moi tout d'abord de remercier les organisateurs de cette journée. Le département de Seine-Saint-Denis, dont je suis élue, se distingue par une part élevée de population en difficulté. Ce département constitue aussi un désert médical et compte 66,5 médecins pour 75 000 habitants, ce qui est inférieur à la densité médicale des départements voisins. Lorsqu'on accueille des patients qui sont eux-mêmes en difficulté sociale, il faut du temps, car les patients arrivent souvent avec tous leurs problèmes à la fois. De très nombreux territoires en France sont confrontés aux mêmes difficultés, à l'exception sans doute de Paris et de quelques grandes villes.

Sénatrice depuis quatre ans, j'ai eu l'occasion de remettre au gouvernement en septembre 2013 un

rapport, à la suite d'une mission parlementaire qui m'avait été confiée sur cette question, en vue d'identifier les causes de l'absence de recours aux soins. Nous parlons ici de l'absence d'ouverture des droits par des personnes en situation précaire qui disposent pleinement de ces droits. Il reste beaucoup de chemin à parcourir et je vous appelle à la rescousse, car nous ne sommes pas magiciens. Si nous ne sommes pas suivis par les citoyens et les acteurs associatifs, nous avons parfois du mal à avancer.



Quelques chiffres ont peu varié. Deux tiers des personnes ayant droit ne parviennent pas à ouvrir leurs droits pour l'aide à la complémentaire santé. Pour la CMU complémentaire, le taux de non-recours est compris entre 10 % et 24 % en 2013 suivant les tranches de revenu concernées. Le rapport que j'avais remis à Jean-Marc Ayrault en septembre 2013 est toujours accessible sur le site du gouvernement.

Il comportait une première série de propositions visant à simplifier les démarches, car celles-ci apparaissent souvent comme un parcours du combattant. Le dossier de CMU totalise douze pages et comporte une centaine de cases à cocher. J'ai eu l'occasion d'interpeller plusieurs ministres et je continue de le faire de façon régulière depuis deux ans. Une démarche de simplification a débuté pour les entreprises mais elle ne touche pas les sujets que nous évoquons ici. Les quelques efforts entrepris ne sont pas clairement validés au plan national.

Un amendement voté à la majorité au Sénat vise à rendre automatique l'attribution de la CMUC (CMU complémentaire) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Ces personnes y ont droit puisque les seuils financiers sont identiques. Or seuls 30 % des bénéficiaires du RSA socle n'ont pas fait valoir leurs droits à la CMU complémentaire – ce taux atteignant même 40 % en Ile-de-France. Sans doute la nécessité de remplir un deuxième dossier explique-t-elle cette anomalie.

Nous avons formulé d'autres propositions, visant notamment à permettre aux bénéficiaires de l'AAH (Allocation Adultes Handicapés) de conserver le bénéfice de la CMUC (ce qui me paraît logique). Il s'agirait également de soutenir davantage les structures qui accueillent les personnes en situation de précarité ou encore de faire reculer les refus de soins, sans stigmatiser les professionnels de santé.

J'ai constaté lors de toutes les auditions de personnes précaires ou modestes que le non-recours à des droits inscrits dans la loi provoquait, outre un degré de souffrance, un niveau d'incompréhension, d'amertume et de colère qui met fortement en danger la cohésion nationale. Il ne faut pas s'étonner, ensuite, que des discours non républicains montent dans ce pays. Je crains que les prochaines échéances électorales ne le confirment. Nous avons une responsabilité collective de ce point de vue.

La mission avait par ailleurs relevé un fort sentiment d'abandon et une division entre les « très pauvres » et les pauvres, qui s'étonnent que les premiers aient des droits qu'ils n'ont pas (par exemple la CMUC).

Force est également de constater que le non-recours aux droits coûte très cher à la collectivité, du fait de l'aggravation de l'état de santé des personnes, qui implique, deux ou trois ans plus tard, une prise en charge considérablement plus lourde et plus coûteuse.

Jean-Pierre DOOR,

Député Les Républicains (Loiret), vice-président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale



Le président du Conseil national de l'Ordre a présenté les résultats de l'atlas de la démographie médicale, qui sont très parlants quant aux difficultés constatées dans de nombreuses régions pour l'installation de médecins libéraux en ambulatoire. Nos territoires s'appauvrissent de ce point de vue et la région Centre, dont je suis élu, est la deuxième la plus fragilisée alors même que nous ne nous trouvons qu'à cent kilomètres de Paris et que la région (qui comporte quelques joyaux comme les châteaux de la Loire ou la Sologne) ne peut être considérée comme sinistrée, y compris sur le plan économique. Ces difficultés tendent à se diffuser et la région parisienne commence à souffrir, dans sa partie périphérique, des mêmes maux.

Je pense que les responsabilités sont partagées par les professionnels de santé, les responsables politiques et les universitaires. Les uns et les autres ont contribué à créer le numerus clausus, désignant le nombre de médecins pouvant recevoir à l'issue des études le diplôme permettant l'exercice médical. Ce nombre a été doublé en 2004 pour être porté à environ 8 000 mais il a longtemps été limité à environ 3 500 médecins. Nous récoltons les fruits de cette erreur. En outre, 50 000 étudiants frappent à la porte des universités de santé chaque année. Tous ceux qui n'ont pas la possibilité d'exercer le métier qu'ils ont appris peuvent s'orienter vers des études paramédicales mais ils sont loin de tous le faire. Il y a là un

gâchis grave dont nous portons la responsabilité. Il faudrait agir entre le baccalauréat et l'entrée en faculté afin de contrer ce phénomène.

Certains professionnels vont aussi à l'étranger pour suivre des études en Europe, hors de France et ne reviendront que dans quelques années. C'est notamment ce qui fait dire à la Cour des Comptes, dans son rapport, que la France risque d'avoir trop de médecins en 2020. Je me suis heurté au Président Migaud en lui faisant remarquer qu'une telle alerte pourrait s'avérer contre-productive en décourageant ceux qui souhaiteraient s'inscrire en médecine.

Moins de 10 % des jeunes sortant du cursus de médecine chaque année vont s'installer en médecine libérale. Plus de 25 % des jeunes s'orientent aussi vers des domaines autres que le soin, en rejoignant par exemple le monde du travail, celui du sport, l'action humanitaire ou encore l'ostéopathie. Ces « médecins à exercice particulier » (MEP) ont perdu la vocation d'être médecins de famille. Je ne les critique pas et il peut s'agir de bons médecins. Mais ils ne participent plus à la permanence des soins.

En outre, nous avons voulu être plus royalistes que le roi en créant le médecin traitant (faisant suite au médecin référent) en 2003 ou 2004. Il ne s'agissait pas d'attacher un patient à un médecin mais d'éviter le nomadisme. Ce faisant, les patients doivent s'inscrire et certains, qui ne peuvent le faire (notamment en cas de refus du praticien, lorsque celui-ci a déjà un trop grand nombre de patients), voient leurs droits amoindris. Sans doute faut-il revenir sur des dispositions de ce type lorsqu'elles s'avèrent inefficaces.

Cette situation représente un défi majeur pour la société. J'y vois même le défi sanitaire du XXIème siècle. Soyons conscients toutefois que de nombreux autres pays européens sont confrontés aux mêmes difficultés.

Claude RAMBAUD

Peut-être peut-on envisager la régulation des installations.

Jean-Pierre DOOR

Partout où cette régulation a été introduite, elle s'est soldée par un échec, y compris en Angleterre, où ont coexisté deux dispositifs : le système régulé du NHS et le système privé, qui a alors connu un afflux massif. S'agissant de la France, il me paraît difficile d'interdire à un jeune médecin de s'installer où il le souhaite, sauf à indiquer clairement les règles dès l'entrée en première année de médecine. L'étudiant qui entre dans ce cursus devrait savoir, dans cette hypothèse, qu'il n'aura pas la possibilité de s'installer n'importe où à l'issue de ses études.

Claude RAMBAUD

Cela fait dix ans qu'on en parle.

Anita LAUNAY

Il faut en effet envisager une régulation. Celle-ci paraît d'autant plus légitime que les fonds de l'Assurance maladie sont des fonds publics. Il faut donc trouver un équilibre. Il serait intéressant d'en débattre au Parlement. Nous ne sommes pas parvenus à faire adopter de nombreuses dispositions dans ce domaine. Sans doute faut-il miser sur l'incitation davantage que sur la coercition. La fin de votre propos me fait penser à un dispositif qui avait été introduit, il y a longtemps, pour les enseignants. Ceux-ci pouvaient passer un concours, dont la réussite ouvrait droit à une bourse d'un montant important pendant toute la durée des études.

De la salle



Je crois pour ma part que l'incitation s'avère inefficace. Il faut empêcher les jeunes médecins de s'installer là où il y a déjà bien assez de médecins.



Dr Lisa OTTON

La réforme de médecins traitants ne répondait pas du tout à la même philosophie que celle qui a créé

les médecins référents. Le rapport Berland a également montré que les études de médecine conduisaient à sélectionner des cadres. Il souligne aussi que la femme médecin généraliste n'est pas aidée dans son exercice dans son époux. Elle n'est pas non plus obligée, financièrement, de travailler. C'est pourquoi, si vous obligez ces femmes à travailler à la campagne, elles risquent tout simplement de quitter cet exercice.

Alain GALLAND,

Président du CISS Poitou-Charentes

La charte d'installation de la médecine libérale date de 1927. Peut-être pourrait-on revenir dessus. Un infirmier qui envisage de s'installer en exercice libéral dans une zone sur-dotée ne peut le faire. Pourquoi ce qui s'applique aux infirmiers ne s'applique-t-il pas aux médecins. ? On peut aussi se demander pourquoi 25 % des nouveaux médecins n'exercent pas la médecine.

Anita LAUNAY

Dites-le aux fédérations professionnelles de médecins, qui font pression et menacent les parlementaires de grèves chaque fois que ces questions sont abordées au Parlement. C'est la raison pour laquelle il faut trouver des propositions équilibrées.

Christian SAOUT,

Secrétaire général délégué du CISS

Les séances de nuit au Parlement, au Sénat ou à l'Assemblée nationale, lorsque ces sujets sont débattus, montrent que seuls des médecins discutent de ces textes, à part vous, Aline. Parlez-vous entre médecins. Comment peut-on considérer qu'on ne fait rien pour les médecins alors que ce sont eux qui décident ?

Par ailleurs, si le rapport du Sénat sur les déserts médicaux de 2013 montre que les incitations sont inefficaces et puisqu'on ne peut agir par la contrainte, ne peut-on envisager de faire appel à des « officiers de santé », en quelque sorte, c'est-à-dire des personnes qui auraient suivi des études de médecine de niveau Bac+4 à Bac+5 ? Ou veut-on diviser la France en deux et cantonner la moitié de la population à des consultations dans des cabines, avec des palpeurs robotisés, puisque tel semble l'avenir de la santé qu'on nous propose ?

Jean-Pierre DOOR

Les médecins doivent-ils encore passer par la filière des facultés et CHU durant dix ans avant d'avoir le droit d'exercer ? Il faut certainement revoir la formation des médecins et pouvoir s'appuyer, non sur des officiers de santé mais sur des professionnels de santé qui seront des acteurs de santé dans un parcours de

soin, sans pour autant être des médecins enseignants ni professeurs. Ils seront en mesure de répondre à des problèmes pathologiques classiques. Je suis frappé de constater que certains postes d'internes, en faculté, ne sont pas pourvus.

La séance est suspendue pour le déjeuner de 13 h à 14 h.

Pourquoi les tensions géographiques sont-elles spécifiques aux médecins, et à la France ?



La table ronde est animée par **Arnaud de BROCA**, Secrétaire général de la FNATH, co-président du CISS.

En préambule, la deuxième partie du micro-trottoir est projetée. Les mêmes personnes y évoquent des pistes de solutions (covoiturage,

accueil de médecins étrangers, incitations financières, prise en charge financière des études sous conditions d'installation dans des zones sous-médicalisées, consultation à distance...) qui leur semblent les plus réalistes pour remédier aux déserts médicaux.

I. La répartition des professionnels paramédicaux, l'exemple de la régulation conventionnelle des infirmiers

Sonia FERRÉ,

Infirmière libérale, vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers

L'infirmière libérale se situe au cœur de l'offre de soins de proximité. Elle apporte une réponse de premier recours aux besoins de soins des patients. Nous sommes 80 400 infirmières libérales en 2014, soit une augmentation de 4,9 % par rapport à 2013. Nous assurons la continuité des soins et sommes quasiment les seuls professionnels libéraux à intervenir majoritairement au domicile du patient.

Nous couvrons l'ensemble du territoire, avec de fortes disparités suivant les régions. Depuis septembre 2008 existent des dispositifs visant à réguler nos installations et à inciter les infirmières à s'installer dans les régions déficitaires. Ils reposent sur l'identification de zones géographiques auxquelles sont appliqués des critères d'offre et de besoins. Les zones sont classées en cinq catégories suivant l'importance des effectifs libéraux. L'avenant 3 à la convention nationale de septembre 2011 a consolidé les mesures incitatives



et restrictives à l'installation d'infirmières expérimentées dans le cadre de l'avenant 1, qui datait de 2008. Il a porté de 210 à 470 le nombre de zones sur-dotées et de 145 à 322 celui des zones très sur-dotées. Dans ces dernières, un contrat incitatif infirmier est proposé aux professionnels (s'installant ou déjà installés) qui s'engagent notamment à exercer les deux tiers de leur activité libérale dans la zone. En contrepartie, ils reçoivent une aide à l'équipement pouvant aller jusqu'à 3 000 euros et bénéficient par ailleurs

de la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Dans les zones sur-dotées, l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la même zone.

De 2010 à 2014, le nombre d'installations est passé de 262 à 441 en zones très sous-dotées et de 1 771 à 985 en zones sur-dotées, selon les données de l'observatoire conventionnel infirmier. En 2014, 173 installations en zones sous-dotées ont été recensées. Tous ces chiffres sont plutôt positifs. Néanmoins, malgré cet avenant, la DREES constate en 2013 la persistance d'inégalités dans la répartition des infirmières libérales entre le Nord et le Sud du pays. Les régions du Nord ne comptent en moyenne que 82 infirmières libérales pour 100 000 habitants tandis que celles du Sud comptent plus de 200 infirmières libérales pour 100 000 habitants. Ce type de dispositif nous semble indispensable à maintenir, même si ses effets peuvent s'atténuer avec le temps, ce qui requiert un suivi et éventuellement des ajustements, notamment quant aux méthodes de détermination des zones.

Pour le reste, les dispositifs de regroupement des professionnels (maisons de santé, pôles de santé, centres de santé) nécessitent tous la présence de médecins. Ils sont lourds en termes de structures (locaux, contrats, logistique). Ils requièrent aussi des compétences en montage de projets. En outre, ces centres peuvent créer un effet d'aubaine déstructurant pour l'offre de soins locale en créant parfois une concurrence déloyale pour les professionnels déjà installés.

La proposition de l'Ordre national infirmier s'appuie sur l'exercice en pratiques avancées que devrait instaurer l'article 30 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, en allant vers une véritable évolution des rôles des professionnels. Ainsi, l'Ordre préconise la reconnaissance d'une infirmière de pratiques avancées de premier recours. Les pays scandinaves et anglo-saxons ont poussé plus loin cette logique de coopération pour répondre à des problèmes de démographie médicale. Ainsi, la Suède a décidé d'autoriser les infirmiers, en 2014, à effectuer la prescription de certains médicaments et d'examen biologiques, en contrepartie d'une formation spécifique de dix semaines dans un cadre strict (indications concernant les soins infirmiers, produits prescrits utilisés depuis plus de deux ans, liste d'indication, même responsabilité que le médecin). Au Royaume-Uni, depuis 2006, les infirmières peuvent prescrire tous les médicaments sauf les stupéfiants. Ce pays a développé le statut d'infirmière praticienne (traumatismes légers, vaccination, etc.). Elles y jouent également un rôle de triage en évaluant l'état de santé du patient et, en fonction de sa gravité, assurent la prise en charge ou orientent le patient vers un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou l'hôpital. Les infirmiers deviennent alors le principal point

d'entrée dans le système de soins, ce qui permet de réduire les pertes de chances en termes d'accès aux soins. Le bilan de ces dispositifs est satisfaisant en termes d'accès aux soins, notamment pour les examens de routine.

L'Ordre préconise également d'aller vers un nouveau statut d'infirmière praticienne en soins de premiers recours (de niveau Master ou bac+5), qui permettrait notamment de développer la consultation infirmière de première ligne, la consultation de suivi des pathologies chroniques, la vaccination sans prescription et l'éducation thérapeutique du patient.

Arnaud de BROCA

Vous nous avez fait voyager dans différents pays. J'ai entendu ce matin, en filigrane, l'idée selon laquelle de nombreux problèmes, en France, viendraient de la législation relative à l'accessibilité pour les personnes handicapées. Certains syndicats de médecins ont même lancé un appel à leurs adhérents afin que ceux-ci n'appliquent pas la loi. Voyez-vous dans cette loi un obstacle majeur à l'installation ?

Sonia FERRÉ

Il me semble que la loi n'est pas si rigide que cela. Le problème ne se posera pas pour les maisons de santé pluridisciplinaires, qui sont, pour la plupart, aux normes. En ce qui me concerne, je croyais que j'aurais à effectuer des travaux dans les locaux du cabinet. Après consultation de la mairie et de la préfecture, il m'a été indiqué qu'il n'y avait pas de difficulté pour mon cabinet. J'observe également que le texte de loi est le même pour tous.

André LE TUTOUR,

Président de Transhépathe

Je constate qu'il y a beaucoup de nursing parmi les tâches effectuées par des infirmières. Cette tâche ne pourrait-elle être confiée à des aides-soignants ? Je ne comprends pas qu'une infirmière effectue vingt toilettes au cours d'une matinée.

Sonia FERRÉ

La toilette fait partie du rôle propre de l'infirmière. Dans le Nord de la France, les infirmières font peu de toilettes. Celles-ci sont beaucoup plus effectuées dans le Sud, ce qui s'explique probablement par le nombre – beaucoup plus élevé – d'infirmières présentes dans le Sud de la France. Compte tenu de leur nombre, elles sont obligées, notamment en période hivernale, d'effectuer des toilettes pour assurer leur chiffre d'affaires. S'agissant du statut d'aide-soignant libéral que vous évoquez, je sais qu'il existe un projet, évoqué de façon récurrente. Le Conseil de l'Ordre y est opposé dans la mesure où il n'existe pas de rôle propre d'aide-soignant. Celui-ci exerce toujours

sous la tutelle d'une infirmière et ne peut exercer en libéral. En revanche, les aides-soignants peuvent effectuer ces actes dans les ADMR ou les SSIAD.

De la salle

Etes-vous prêt à abandonner la compétence de la toilette ? Tel est le débat qui est soulevé ici.

Sonia FERRÉ

La réponse est non. Parfois, dans la toilette, des patients nécessitent des soins infirmiers associés, par exemple en cas d'escarre.

II. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne

Yann BOURGUEIL,

Directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)



L'Allemagne se situe dans une situation comparable à celle de la France, voire encore plus problématique, notamment en ce qui concerne la médecine générale. Le système allemand est fondé sur l'assurance sociale, comme le nôtre. Une spécificité majeure réside dans la décentralisation du pays, qui compte 16 Länder (équivalent de nos régions). Or seule l'assurance sociale est fédérale. Tout ce qui relève de l'éducation dépend des Länder.

Il n'existe pas de numerus clausus outre-Rhin. En revanche, chaque Land définit le budget de l'éducation. Aucun concours d'entrée ne régule l'accès aux études de médecine. Cet accès est conditionné par trois facteurs, à commencer par les notes obtenues au baccalauréat (Abitur), pour 20 %. L'inscription sur une liste d'attente depuis deux ou trois ans entre aussi en ligne de compte, en ceci qu'il y a là une sorte de mise à l'épreuve de la motivation des candidats.

Enfin, le dispositif repose pour une part importante sur des entretiens soumis à une liste de critères.

Un dispositif de conventionnement a par ailleurs été mis en place en 1993, adossé à un zonage par spécialité, un seuil étant défini pour chacune d'elles. Le conventionnement est restreint dans les zones où la densité médicale dépasse d'un certain seuil la densité régionale moyenne.

Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont aujourd'hui importantes en Allemagne, au détriment notamment des Länder. Le pays constate une diminution de la part des médecins généralistes (46 % en 2012 contre 60 % en 2000), tandis que la part des spécialistes s'est accrue, passant de 40 % à 54 %. On observe aussi un vieillissement des professionnels de santé, dont 21 % avaient plus de 60 ans en 2012. La situation présente donc plusieurs traits similaires au panorama français.

Quant aux réponses apportées, l'Allemagne a introduit en 2004 un dispositif permettant aux patients de s'engager à ne consulter qu'un seul médecin généraliste. Seuls 20 % des patients ont adhéré à ce principe.

Le pays a également souhaité développer des centres de santé, notamment sur le modèle des établissements qui existaient dans les anciens Etats d'Allemagne de l'Est. Leur nombre a été multiplié par trente entre 2004 et 2013. Ils comptent de nombreuses spécialités et la moitié de ces centres comportent des médecins généralistes. La moitié d'entre eux ont des hôpitaux pour co-actionnaires.

En 2012, l'Allemagne a introduit une réforme qui visait à revisiter le modèle de régulation par le conventionnement. Ce modèle est considéré en Allemagne comme assez efficace dans les zones où existait une offre abondante : il y a limité la surabondance. En revanche, il n'a pas amélioré significativement la situation dans les zones sous-dotées. Des incitations financières ont été créées à l'initiative des Länder. Plus récemment, une réflexion fondamentale a été ouverte sur la formation et la reconnaissance de la

médecine générale. Ces tendances observées dans plusieurs de nos pays mettent en effet en lumière une tendance de fond à la spécialisation de la médecine, qu'il serait vain d'ignorer. Il y a là un défi majeur, qui touche même la structuration du savoir et remet en cause l'approche centrée sur la personne qui a fondé les systèmes de santé de différents pays. Enfin, la question des rôles professionnels constitue sans doute une piste à creuser, pourvu qu'elle soit abordée dans le cadre d'une réflexion visant une refonte complète du système.

De la salle

Où en êtes-vous du projet européen dont il était question, concernant l'encadrement éthique des relations entre le personnel soignant et les usagers ?

Yann BOURGUEIL

La santé ne fait pas partie des compétences de l'Union européenne. La formation en fait partie et le processus d'harmonisation des modèles de for-

mation a débouché sur l'équivalence des diplômes. Les modèles de régulation des différents Etats sont perturbés par le fait que la circulation des médecins est devenue beaucoup plus facile à l'échelon européen, ce qui remet en question même la pertinence d'un dispositif de limitation, à l'échelle française, du nombre de médecins formés.

Quant à l'éthique, quelles sont les représentations ou les modèles du soin et de la médecine qui se développent ? On retrouve ces débats dans de nombreux cercles savants et la question rejoint l'opposition entre l'approche centrée sur la personne et la tendance à la spécialisation de la médecine. Souhaitent-ils tous avoir des spécialistes ? Faut-il vraiment disposer d'un gynécologue en ville ? Ce sont aussi des débats à ouvrir avec les usagers.

III. Coopérations et délégations de tâches entre professions de santé - Exemples en ophtalmologie

Thierry BOUR,

Président du Syndicat national des Ophtalmologistes de France (SNOF)



L'ophtalmologie est la spécialité qui subit la plus forte pénurie, ce dont la presse se fait très régulièrement l'écho. Le phénomène n'est pas nouveau puisqu'il date de quinze ans. Nous sommes une spécialité dont l'activité s'accroît de façon très rapide du fait de

l'augmentation de la population et surtout en raison de son vieillissement, qui augmente le nombre de maladies chroniques. On opère par exemple 800 000 cataractes aujourd'hui contre 80 000 en 1980. A cela s'ajoute l'apparition de nouvelles technologies et de nouveaux traitements, comme dans le cas de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge). D'une façon générale, on mesure une augmentation de 50 % de notre activité tous les quinze ans. Ces évolutions s'opèrent à effectifs constants depuis une dizaine d'années.

Une réflexion a été initiée aux alentours de 2005 et il est rapidement apparu qu'il fallait, pour pallier ces difficultés en termes de démographie médicale, jouer sur plusieurs leviers. Il faut un nombre suffisant d'ophtalmologistes mais aussi ouvrir les cabinets à des professionnels paramédicaux capables de constituer une équipe de soins (cette ouverture s'étant principalement opérée au bénéfice des orthoptistes jusqu'à présent). Le fonctionnement des cabinets a également changé : il s'agit souvent d'un travail en multi-postes, avec des cabinets groupés et des plateaux techniques partagés.

Depuis que les spécialités ont été constituées par filière en 2010, il est devenu possible de suivre de façon précise le nombre d'ophtalmologistes formés. Ce nombre est passé d'une centaine à 160, soit une progression d'environ 50 % en cinq ans. Les difficultés actuelles tiennent en large part à la réduction drastique

du nombre d'ophtalmologistes formés au début des années 2 000 (en faisant chuter leur nombre de 250 à 50 par rapport aux années 80). Cette diminution fut beaucoup plus forte que celle *du numerus clausus*.

On constate ces dernières années une légère augmentation du nombre d'ophtalmologistes, sous l'effet notamment de l'augmentation du nombre d'internes en formation et de l'arrivée de médecins étrangers (environ 60 par an au cours des six dernières années, pour 106 ophtalmologistes français nouvellement formés). Le cumul emploi-retraite se développe aussi de façon considérable. En ophtalmologie, en dix ans, le nombre de praticiens ayant 65 ans ou plus est passé de 120 à 850. Tout ceci permet de stabiliser le nombre d'ophtalmologistes. Ainsi, parmi les 22 régions françaises métropolitaines, 15 ont vu leur densité en ophtalmologistes augmenter de façon parfois importante. Ces évolutions ont démenti les prévisions effectuées il y a une dizaine d'années et nous pensons aujourd'hui que le nombre d'ophtalmologies devrait rester stable jusqu'en 2025, après quoi il devrait de nouveau augmenter en raison d'une chute rapide du nombre de départs en retraite.

Dans le prolongement du rapport IGAS rendu par Dominique Voynet au mois de septembre, à la demande du ministère de la santé, en vue de trouver des solutions à la restructuration de la filière visuelle, nous avons encouragé la généralisation des délégations de tâches aux orthoptistes dans les cabinets sous le contrôle des ophtalmologistes. Il faut, pour cela, augmenter le nombre d'étudiants en orthoptie. Nous souhaitons également développer le dispositif de renouvellement des lunettes chez l'opticien, en faisant varier la durée de l'ordonnance en fonction de l'âge et en élargissant le dispositif aux lentilles de contact.

Pour que la délégation de tâches soit efficace, trois leviers nous semblent nécessaires :

- un levier financier, afin de rendre la délégation de tâches accessibles aux ophtalmologistes du secteur 1 (il y a un problème de modèle économique) ;
- un levier juridique, avec une structure adaptée permettant le travail entre ophtalmologistes et orthoptistes en libéral ;
- un levier réglementaire par une extension du décret concernant les orthoptistes.

Le 11 septembre 2015, le gouvernement a déposé deux amendements issus des préconisations de ce rapport. Ils ont été adoptés le 28 septembre. La loi « santé » devrait être votée au mois de novembre, après quoi ses décrets d'application seront discutés en 2016, concomitamment à l'ouverture de discussions conventionnelles sur les nouvelles conventions médicales au 1^{er} semestre 2016.

Actuellement, les délégations de tâches se développent principalement avec des ophtalmologistes de secteur 2. De 2011 à 2013, le nombre d'actes s'est accru de 10 % dans le secteur 2 tandis que le secteur 1 est quasiment à l'arrêt. Nous nous orientons ainsi vers un système à double vitesse, avec une baisse de l'offre à tarif opposable, si l'on ne stimule pas l'embauche pérenne de paramédicaux par les ophtalmologistes en secteur 1. Le PLFSS 2016 prévoit pour cela un contrat de coopération pour les soins visuels ouvert aux ophtalmologistes secteur 1. Malheureusement, il est prévu pour l'instant de le limiter à 3 ans et qu'il soit non renouvelable. Il faut le rendre beaucoup plus attractif. C'est notre objectif dans le cadre de la discussion actuelle au parlement, puis lors de la négociation conventionnelle au premier semestre 2013.

Je vous propose maintenant de voir un film qui évoque les mesures déjà prises pour lutter contre la pénurie d'ophtalmologistes en France.

Un film de deux minutes est projeté.

Yann BOURGUEIL

La coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes me paraît intéressante. Il me semble toutefois qu'il faut raisonner en se demandant quel service doit être accessible à la population. Les réponses peuvent alors varier suivant les territoires.

Thierry BOUR

Je suis d'accord. Il y a 3 000 cabinets d'ophtalmologistes en France. Leur nombre est d'environ 5 000 aux Etats-Unis, pour une population cinq fois plus nombreuse. On s'oriente en France vers des cabinets de taille plus importante, avec des praticiens pouvant également exercer dans des cabinets secondaires. Nous encourageons ce mouvement, qu'on observe aussi dans les pays scandinaves.

IV. La télémédecine, ou comment tirer profit des nouvelles technologies

Lucile BLAISE,

Société RESMED



Je vous remercie pour votre invitation. Je dirige la société Resmed pour l'Europe de l'Ouest, ce qui inclut la France. Je représente également les industriels en tant que président du groupe Respiration à domicile du SNITEM (Syndicat national de l'industrie des technologies médicales). Je voudrais ici apporter le témoignage des industriels sur la façon dont un dispositif médical peut apporter des solutions techniques afin d'apporter davantage de productivité. Nous sommes tous confrontés à des contraintes budgétaires importantes en termes de prise en charge. Il faut donc développer des outils techniques qui pourraient permettre de faire plus avec moins.

En Finlande, pour obtenir un diagnostic ou un suivi d'apnée du sommeil, certains patients doivent parcourir 12 heures de route au cours d'une journée. Devant ce constat, le dispositif médical connectable est apparu comme une solution intéressante. Une concertation s'est ouverte au sein de la profession et le principal problème identifié portait sur l'accès au diagnostic : les patients devaient parfois attendre jusqu'à dix mois, en Finlande, pour obtenir un diagnostic d'insuffisance respiratoire ou d'apnée du sommeil. Or, en qualifiant les visites des patients grâce au télé-suivi, le nombre de visites de suivi pouvait être réduit de 70 %, cette visite de suivi étant remplacée par un accompagnement infirmier assuré par téléphone. Au total, l'accès au diagnostic a crû de 25 % et le nombre d'abandons du traitement a diminué de

moitié. Ces résultats ont pu être obtenus parce que les acteurs concernés ont su se mettre autour d'une table, prioriser les enjeux et porter ensemble une solution. En tant qu'industriels, notre rôle est d'apporter des solutions utiles. Il est important de préciser que tous nos appareils sont connectables et ne sont connectés qu'avec le consentement du patient.

Hedda WEISSMANN,

Responsable du département des professionnels de santé à la CNAMTS

Le modèle économique de collaboration des ophtalmologistes avec des orthoptistes salariés est très intéressant. Vous indiquez dans votre diaporama que ce dispositif génère une activité supplémentaire de 40 % pour les cabinets. Dès lors, le coût fixe que représente l'embauche d'un orthoptiste sera en partie rémunéré par l'activité supplémentaire générée.

Certains ophtalmologistes de secteur 1 parviennent d'ailleurs à faire fonctionner ce modèle sans aide – ce qui ne signifie évidemment pas que l'aide ne soit pas utile.

Thierry BOUR

Il n'y a pas de problème économique dans le cas du secteur 2, même en l'absence d'adaptation des dépassements. Seule la moitié des honoraires environ représente pour le praticien un revenu. L'autre moitié finance les charges. Lorsqu'un ophtalmologiste de secteur 2 embauche un orthoptiste, cette part de revenu passe à un tiers. Pour les ophtalmologistes de secteur 1, l'impact de cette embauche, sur la rémunération, est compris entre - 5 % et + 10 %. Je reproche d'ailleurs à la CNAMTS de ne pas avoir proposé une analyse distincte pour les secteurs 1 et 2.

Patrick CHARPENTIER,

Président du CISS-Limousin

Je vois depuis ce matin le terme « délai raisonnable » figurer sur différents transparents. Je ne sais pas ce qu'est un délai raisonnable.

Thierry BOUR

Tout dépend du motif de votre consultation. Avec le système de l'ordonnance renouvelable pour les lunettes, si vous avez rendez-vous dans six mois ou un an pour un renouvellement, ce n'est pas grave. Si vous avez un problème de suivi d'une DMLA, il faudra que l'ophtalmologiste vous voie une fois par mois. Si vous avez un problème oculaire aigu, il faudra vous exa-

miner dans les trois jours. Là se trouve le problème : nous devons parvenir à trier les patients en fonction de leur état médical, ce qui constitue un enjeu important pour l'avenir. Nous essayons de mettre en place des formations afin que les secrétaires sachent effectuer ce tri.

Yann BOURGUEIL

Il n'existe aucune norme scientifique quant à ce qu'est un délai raisonnable. Il ne peut donc s'agir que d'un accord social et il serait intéressant de recueillir le point de vue de chacun (y compris celui du CISS et des usagers) sur ce point, en tenant compte naturellement du coût qu'implique la diminution du délai moyen constaté ici ou là pour obtenir un rendez-vous. Il faut aussi se demander si les usagers sont prêts à ne pas voir un médecin mais une infirmière de pratiques avancées pour certains actes, par exemple.

Quels outils pour l'organisation des soins ambulatoires ?



La table ronde est animée par **Christian SAOUT**, Secrétaire général délégué du CISS.

I. Les Agences régionales de santé (ARS) ont-elles réellement les moyens d'agir sur l'organisation des soins ambulatoires ?

André OCHMANN,

Directeur de l'offre de soins, Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val-de-Loire



J'ai eu plaisir à entendre la table ronde précédente. Il reste à passer de la théorie à la pratique, c'est-à-dire de l'envie à la réalité. Notre région subit les affres de la diminution des effectifs médicaux. Je préfère ce terme à celui de désertification médicale. En 1978, nous étions deux fois moins nombreux. Or la population n'a pas doublé depuis lors. Mais la demande a augmenté et a changé de nature. C'est ce qui exige que nous nous adaptions. Nous sommes également touchés par une diminution de l'effectif de spécialistes. La région Centre est sans doute la dernière de France en termes de densité médicale pour les médecins généralistes, avec 80 médecins généralistes pour

100 000 habitants. Il existe, comme partout ailleurs, des disparités géographiques.

Aucun opérateur ne détient la solution. Il existe une palette de solutions qui fait nécessairement appel à l'ensemble des acteurs concernés. C'est un combat collectif qu'il faut mener pour faire venir des médecins dans des territoires où ils ne souhaitent pas, *a priori*, s'installer. En région Centre, tous les acteurs se sont mobilisés pour faire face à cette situation, de la faculté de médecine au Conseil régional (qui s'est impliqué financièrement) aux conseils départementaux, qui ont tendance à vouloir que rien ne change. De la même façon, les usagers refusent parfois de ne pas avoir accès à un médecin dans un délai de 24 heures. Le système s'est emballé.

Face à cette situation, nous avons adopté un plan de bataille qui vise à améliorer l'accès de tous, sur l'ensemble du territoire, à des soins de qualité. Nous avons notamment fait en sorte de faire connaître aux étudiants la médecine générale, en les invitant à se rendre sur le terrain. Cette démarche a été conduite avec l'université. Nous avons également milité aux côtés de cette dernière en vue d'accroître *le numerus clausus*. Nous attendons des arbitrages sur ce point.

Il ne sert à rien qu'un interne s'installe dans un territoire s'il ne connaît pas les bases de son métier. Il va donc apprendre celui-ci dans les hôpitaux de proximité ou chez les spécialistes libéraux, au cours de la troisième, quatrième ou cinquième année d'internat. Nous avons aussi des outils tels que les bourses d'engagement de service public.

Les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG), reposant sur l'incitation, se sont avérés efficaces, non pour des raisons financières mais pour la protection sociale qu'ils assurent aux médecins. Dans la plupart des cas, ce dispositif fonctionne très bien, même si les médecins étrangers peinent parfois à atteindre le seuil minimal d'activité défini dans le contrat.

La région a aussi eu le souci de développer les exercices regroupés, ce qui ne recouvre pas seulement les maisons pluridisciplinaires de santé : il s'agit aussi des cabinets de groupe rassemblant plusieurs professionnels libéraux, avec toutes les variantes possibles d'exercice de la médecine. Nous n'avons aucun dogme en la matière. Lorsque la commune promeut un centre de santé, nous encourageons ce type de dispositif, quitte à salarier le médecin si cela permet au dispositif de voir le jour. 53 MSP (maisons de santé pluridisciplinaires) fonctionnent déjà au sein de la région et 40 autres sont en projet. Les maisons lan-

cées par des élus, qui n'étaient pas portées par des professionnels de santé, ont connu une existence chaotique. Celles qui étaient fondées sur un projet médical porté par des professionnels ont très bien fonctionné. Nous avons par exemple mis sur pied une maison de santé pluridisciplinaire de rhumatologie, en collaboration avec l'université et avec l'hôpital. Le montage du dispositif (financé par le Conseil régional), qui place la télémédecine au cœur de son exercice, a constitué un succès.

Les transferts et délégations de tâches n'ont de sens que s'ils sont durables. S'il s'agit d'une solution provisoire recherchée faute des effectifs suffisants, ce ne seront que des rustines. Il faut valoriser les compétences des différents professionnels et confier à chacun d'eux la tâche qui doit lui revenir. Nous ne résoudrons pas le problème de l'accès aux soins sans s'y atteler collectivement et nous trouverons des solutions si chacun accepte, parfois, d'abandonner certains de ses prérequis.

II. Les leviers conventionnels de l'Assurance maladie pour agir sur la répartition médicale, « quelle force probante » ?

Hedda WEISSMANN,

Responsable du département des professionnels de santé à la CNAMTS



Nous sommes à la veille de l'ouverture d'une nouvelle négociation avec les médecins en vue d'inciter ceux-ci à s'installer dans les zones en tension. Les constats ont peu varié depuis 2011. Il n'existe pas de pénurie généralisée et le problème d'accès aux soins ne se pose que dans certains endroits. La répartition géographique des médecins est plutôt bonne, en France, par rapport à d'autres professions. C'est la raison pour laquelle les actions de l'Assurance maladie ont d'abord été tournées vers des professions encore plus mal réparties, en particulier celle des infirmières, qui fut la première à accepter un dispositif de régulation du conventionnement. Si cela revient au même pour une infirmière, l'impact n'est pas le même pour un masseur kinésithérapeute qui peut proposer des soins non pris en charge. Cette profession, qui n'était pas favorable au départ à un tel principe, a finalement accepté de redonner une base juridique à un dispositif de régulation par le conventionnement car celui-ci apparaît finalement, dans cette profession comme dans d'autres, comme le seul levier encore accessible pour agir de façon efficace sur la densité médicale.

Il n'existe pas une méthode ni une solution unique. Il faut rechercher des solutions avec une pluralité d'acteurs. La France se distingue d'ailleurs par une accumulation de bonnes idées qui deviennent cependant illisibles. La convention médicale représente un des leviers possibles. Nous sommes face à des organisations syndicales et la construction de dispositifs avec ces dernières a davantage de chances d'aboutir. Les syndicats de jeunes médecins sont également

consultés, même s'ils ne sont pas autour de la table formellement pour les négociations.

Ces conventions permettent, en outre, de faire du sur-mesure puisqu'il existe une convention pour chaque profession. La négociation avec chaque profession permet de tenir compte des enjeux de chacune d'elles. Dans le cas de l'accord infirmier, nous sommes allés jusqu'à définir des zonages avec les professionnels sur la base de critères, lesquels varient suivant les professions. La Cour des Comptes nous l'a reproché mais nous assumons ce choix. L'Etat et les directions des ARS ont d'ailleurs repris cette méthodologie.

S'agissant des médecins, nous voyons que les jeunes sont plus représentés parmi les adhérents aux différentes options proposées que les professionnels déjà installés. La différence entre le taux d'installation et le taux de départ, dans les zones fragiles, montre un effet de stabilisation relative dans les zones fragiles, ce qui témoigne d'une certaine efficacité de ces dispositifs.

A la veille d'une nouvelle négociation avec les médecins, nous constatons que l'incitation financière bénéficie à des médecins qui n'ont aucun problème de revenus dans la zone peu dense où ils arrivent. Un compromis doit aussi être trouvé entre des mesures nationales d'incitation et la recherche de solutions locales, souvent plus créatives et tenant compte des réalités du terrain. Il me paraît important de laisser cette marge de manœuvre. Il n'y a pas que la convention médicale. Des accords structurants ont été conclus quant aux différentes façons d'exercer des professions de santé, notamment en ce qui concerne les structures pluri-professionnelles (avec en particulier le règlement arbitral issu de la négociation de 2014). L'accord national rénové des centres de santé doit permettre de mieux rémunérer l'exercice pluri-professionnel dans les centres de santé.

Enfin, il n'existe pas de jeu de vases communicants entre les zones à surdensité et les zones à sous-densité. Ayons aussi à l'esprit que la contrainte peut s'avérer contre-productive dès lors qu'elle susciterait des craintes éloignant plus durablement les jeunes médecins de l'exercice qu'on voudrait promouvoir.

III. La désertification médicale dévorante prépare-t-elle l'ère de la médecine sans médecin ?

Guy VALLANCIEN,

Chirurgien, auteur de La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade, publié aux éditions Gallimard, 2015



Nous sommes à la croisée des chemins. Les hussards blancs de la République ont réalisé un travail considérable, jour et nuit, et n'ont pas été reconnus. Cette réalité n'existera plus, car les jeunes médecins vivent en couple. Ce sont de plus en plus des femmes dont le mari, cadre supérieur, travaillera en agglomération et n'ira pas dans les zones rurales. Cette nouvelle population aura également besoin de moments de liberté. Les étudiants en médecine générale que je forme me disent qu'au début, durant six mois, la population est énervée lorsqu'on lui dit que nous ne serons pas là le mercredi. Puis la situation s'apaise lorsqu'ils se rendent compte qu'un remplaçant est présent. Il faut que les Français changent. J'ai créé avec la Mutualité française, il y a quelques années, un « bus santé » itinérant dans des zones rurales. Nous avons aidé les populations de manière simple et efficace. Pourquoi ce type de dispositif ne se développe-t-il pas plus vite ?

Les maisons de santé représentent un coût d'un millions d'euros. Il en existe 800 en France et il faudrait dix mille à l'échelle du pays. Cela représente 10 milliards d'euros, c'est-à-dire 5 % de la dépense totale que nous consacrons chaque année au système de santé. Cessons avec l'idée selon laquelle il faut un médecin dans chaque village. Les citoyens sont des enfants sur ce sujet et je le dirai de plus en plus fort au fur et à mesure que la résistance augmentera. J'ai eu la chance de faire partie de l'expérimentation de la délégation de tâches supervisée par Yann Bourgueil. J'ai dans mon

service des infirmières praticiennes qui effectuent l'interrogatoire du malade ainsi que tous les examens cliniques. Elles prescrivent les examens complémentaires. Lorsque j'arrive, le malade a mûri vis-à-vis de sa maladie et nous avons une discussion beaucoup plus forte. Puis nous revoyons en alternance (infirmière et médecin) les malades. L'IRDES nous avait évalués en se demandant s'il y avait davantage de risques et de complications en cas de transfert des tâches à des infirmiers. La réponse est négative.

Ce type de dispositif permet aussi de donner 15 % à 20 % de temps supplémentaire aux médecins. Dans l'Ontario, au Canada, le périmètre d'un médecin généraliste est de 200 kilomètres. Les infirmières, dans les villages, assurent des tâches beaucoup plus étendues que ce qui se pratique en France aujourd'hui. Elles le font très bien. En cas de problème, soit on télécommunique par vidéo, soit le médecin vient, soit on envoie un service d'urgence. Les pays aux surfaces les plus étendues ont adopté les meilleures solutions et nous, malgré la chance que nous avons, nous râtons. Entendez-vous les gens d'Ouessant, de Belle-Ile ou de l'île d'Yeu se plaindre ? Il faut casser cette vision des déserts médicaux. On se gargarise avec des mots, comme pour les « usines à bébé » qu'on pointe du doigt lorsqu'une maternité ferme faute d'activité suffisante. Pendant ce temps-là, on n'avance pas d'un iota.

C'est en région que des solutions doivent être recherchées. Il y a des traditions culturelles qui importent aussi dans ce domaine. Il faut laisser les régions décider et trouver les solutions les plus adéquates, grâce notamment à la télémédecine, et aux ordinateurs, qui vont nous aider de plus en plus. Je fais des téléconsultations à distance depuis dix ans. En quelques minutes, nous réglons le problème des patients. La télémédecine passe par des choses très simples. Mais elle n'est pas honorée. Tant que rien n'est remboursé pour les actes responsables, les professionnels n'adhèrent pas. Qu'on laisse faire les acteurs ! Nous utilisons tous Skype et Whatsapp. On ne veut pas utiliser ces outils en médecine. Nous sommes des nuls. Je ne comprends pas ce pays. Arrêtons d'être ancrés dans nos habitudes.

Christian SAOUT

Vous l'aurez compris : c'est la faute de l'Etat, de l'Assurance maladie, des médecins et des usagers – tous ces enfants qui sont dans la salle. Ouvrons maintenant un échange.

Angelo CIEL VIDA,

FNATH

En Saône-et-Loire, les médecins sont des enfants. Ils refusent de prendre des internes avec eux pour les former. Comme ils travaillent beaucoup, ils prennent une semaine de repos toutes les cinq semaines. Ils sont alors remplacés et les médecins remplaçants ont dans

leur contrat une clause de non concurrence. Ils s'installeraient volontiers dans ces zones en déficit mais ne peuvent le faire, car les médecins locaux (qui gardent la main sur la manne financière) ne veulent pas laisser leur place. Je n'ai rien entendu à ce sujet aujourd'hui.

Anita LAUNAY

J'ai apprécié votre enthousiasme, Monsieur Vallancien. Nous avons été largement montrés du doigt mais nous savons bien que le médecin d'autrefois n'est plus d'actualité. Malheureusement, on ne nous propose rien.

De la salle

Je voudrais saluer les propos du Professeur Vallancien. Je crois sincèrement que les patients sont prêts à évoluer. Encore faut-il reconnaître que toutes les décisions prises dans ce pays leur sont imposées. Ce sont les patients qui subissent, depuis dix ans, toutes les contraintes financières. Je n'attends qu'une seule chose : arrêtons de discuter entre professionnels avertis. Il faut absolument que les patients soient associés à ces débats. Il a également été souligné à juste titre qu'on ne pouvait transposer une solution d'un endroit à un autre. Ce dialogue de sourds existe aussi dans le paritarisme ordinaire. Je me tourne donc vers Madame Weissmann, de la CNAMTS : pourquoi ne sommes-nous pas partenaires de la négociation de la convention ?

Christian SAOUT

Nous avons un peu répondu à la remarque provocatrice de Guy. Les usagers assurent qu'ils ne sont pas des enfants et qu'ils sont prêts à faire évoluer leurs comportements. Un appel a été lancé, à travers certaines interventions, à la créativité locale. Rappelons cependant que c'est l'Assurance maladie qui définit les règles. La table ronde précédente montre aussi que chacun reste très attaché à ses compétences et à ses prérogatives. Comment évoluer dans un monde où personne n'accepte de lâcher prise sur une quelconque part de son pré carré ?

André OCHMANN

Il est vrai que le patient est un peu l'oublié dans la concertation sanitaire actuelle. Une fois ce constat posé, on s'est fait plaisir. Les changements de mentalité ne se décrètent pas. Le Professeur Vallancien a énoncé des vérités connues de longue date. Chacun sait que nous évoluons effectivement en ce sens. La démocratie sanitaire existe, par exemple dans le cadre des commissions régionales d'autonomie, où siègent les représentants d'usagers. Nous y échangeons et essayons de calmer les ardeurs de ceux qui disent « y a qu'à, faut qu'on ». Un dispositif peut fonctionner lorsqu'on cherche à adapter ce qui existe. Nous n'aurons pas un médecin dans tous les villages.

Christian SAOUT

Personne ne demande cela. Nous demandons qu'il y en ait quelques-uns.

André OCHMANN

C'est faux. Je reçois tous les jours des lettres de maires qui se battent car ils veulent des MSP à deux kilomètres l'une de l'autre.

Guy VALLANCIEN

C'est vrai.

Christian SAOUT

Etes-vous capable de raisonner en vue d'établir une carte sanitaire, de la même façon qu'il existe une carte scolaire ?

André OCHMANN

Nous sommes une démocratie. Il existe des élus, un Parlement et un gouvernement. La loi ne prévoit pas l'installation d'un médecin tous les cinq ou dix kilomètres. Nous cherchons donc à nous adapter à ce qui est demandé par les patients et par les professionnels. Cela passe par l'utilisation de nouvelles technologies. Leur usage se développe mais n'est pas systématisé.

Hedda WEISSMANN

De nombreuses solutions sont en train de se dessiner en France (contrats de PTMG, les contrats d'engagement de service public, les dispositifs de formation, etc.). Pendant qu'on profère que rien ne se fait, des choses se font. Les courbes projetées montrent d'ailleurs que les prévisions alarmistes ne se sont pas concrétisées. Peut-être les effets ne se dessinent-ils pas assez rapidement. Nul ne peut en tout cas raisonnablement affirmer que rien ne se fait. Un équilibre doit aussi être trouvé entre une anarchie totale (qui pourrait aggraver des inégalités) et des contrats qui soient modulés au niveau régional. La loi prévoit cette possibilité. Elle exige même des partenaires conventionnels qu'ils prévoient cette modulation, dans un cadre national qui peut être plus ou moins contraignant.

S'agissant de la représentation des usagers, la situation pourrait évoluer. Les usagers sont en tout cas représentés dans les instances des caisses et leur voix porte, même si vous pensez que ce n'est pas suffisant.

Pr Guy VALLANCIEN

Je ne comprends plus ce qu'est une convention nationale : il n'y a aucune raison pour qu'un médecin soit payé au même tarif à Paris et dans n'importe quel village. C'est une absurdité complète. Vous devriez aussi militer en ce sens, en tant qu'usagers. Vous votez comme nous et vous alertez les élus. Lorsque vous paniquez, les élus paniquent. Plus on affole le respon-

sable politique, plus celui-ci réagit de façon inappropriée.

Au cours des dix ans qui viennent, 35 000 à 40 000 médecins vont partir à la retraite. Ce sont les médecins solitaires. Arrive la génération des médecins groupés, qui vont travailler dans les maisons de santé. Le paysage va complètement évoluer. Les sociétés bougent par des phénomènes de génération alors que les technologies évoluent tous les ans. C'est ainsi. Tous les outils sont prêts. Je suis optimiste quant à l'évolution, dans un horizon de dix ans, de notre système sanitaire. C'est essentiellement la vision politique qui fait défaut aujourd'hui.

Alain GALLAND,

Président du CISS Poitou-Charentes

Les propos du Professeur Vallancien nous ont réjouis. Il existe la télé-médecine. Nous attendons aussi le DMP depuis dix ans. On n'a pas avancé d'un pouce sur ce dossier. Nous sommes très frileux dans ce pays. En Charente, nous n'avons plus de néphrologue. Le chef de service du CHU pratique désormais la télé-médecine, notamment avec le centre de dialyse qui est à Cognac. Il nous a précisé qu'il le faisait sur son temps personnel, sans être rémunéré. La médecine n'est plus libérale en quoi que ce soit aujourd'hui. Elle l'était il y a quarante ans.

Olivier DAUPTAIN,

CPAM du Nord

J'ai entendu des choses qui m'ont fait bondir. J'ai commencé à travailler en restauration à l'âge de 16 ans. J'ai toujours payé mes cotisations sociales. Personne n'est venu me les payer à ma place. En outre, les médecins n'ont pas que la consultation comme revenu.

J'entends aussi qu'il ne faut pas s'attendre à avoir le SAMU sur son paillason. Les usagers de zones sous-médicalisées sont français et ont financé les mêmes services. Il me semblerait donc logique que le SAMU se trouve à 30 minutes pour n'importe quel citoyen sur le territoire.

Patrick CHARPENTIER,

Président du CISS-Limousin

Je n'ai rien contre le fait qu'advienne demain une démocratie sanitaire assise sur une convention conclue pour l'Aquitaine. Nous travaillerons afin que les représentants des usagers y aient une place reconnue, dans un esprit de solidarité. Le citoyen doit avoir sa place dans le dispositif, de même que les associations et les partenaires des territoires, médicaux, paramédicaux, sociaux et organismes financeurs, faute de quoi nous ne parviendrons pas à faire valoir ensemble cette dynamique de besoins ascendants, qu'il faut croiser avec les politiques publiques descendantes. Nous sommes

tous potentiellement concernés par la politique de santé que nous co-construirons ensemble. J'espère que chacun y apportera, de sa place, l'élan nécessaire. En tout état de cause, nous ne sommes plus des enfants.

Pr Guy VALLANCIEN

Bien sûr, chacun doit pouvoir bénéficier des services du SAMU, qui interviendront par hélicoptère lorsque la situation le nécessitera, du fait de l'urgence et/ou de la localisation du patient. Mais on ne peut avoir toute l'infrastructure dans tous les villages.

Seuls les politiques vous reconnaîtront. Plus vous serez regroupés et plus vous ferez des propositions (plutôt que de vous opposer), plus vous serez écoutés. Je pense d'ailleurs à une proposition on ne peut plus simple : il existe des bus de transport scolaire. Pourquoi le même principe ne serait-il pas appliqué afin d'organiser des déplacements groupés pour des consultations à l'hôpital ?

Hedda WEISSMANN

Je suis plutôt optimiste quant à la capacité que nous aurons à trouver des solutions. Cela ne sera possible qu'en s'écoutant les uns les autres.

André OCHMANN

Je revendique pour ma part une souplesse de réflexion et d'adaptation au niveau régional.

Conclusion et propositions



Christian SAOUT

Secrétaire général du CISS

La journée a été animée et nous sentons un emballement possible. Dans le même temps, la France consacre 210 milliards d'euros à son système de soins, ce qui représente 11,7 % du produit intérieur brut. L'Education nationale n'en reçoit que 6,7 %, c'est-à-dire environ la moitié. Nous devrions donc trouver des solutions.

Certes, les postures doivent évoluer. Des visions accusatoires sont apparues : l'infirmière qui ne veut pas céder ses actes, le médecin qui ne veut pas céder ses compétences. Nous voyons bien que les représentations doivent évoluer. Nous avons essayé certaines choses afin d'améliorer la répartition des médecins, puisqu'il paraît qu'il n'existe pas de désert médical en France. Parlons, dans ce cas, de la répartition de l'offre médicale sur le territoire et essayons de voir comment nous pouvons la corriger.

Depuis près de dix ans existent des mécanismes d'incitation et des mécanismes de désincitation. Notre boîte à outils comporte aussi des solutions permettant d'améliorer la coopération entre professionnels. Il existe enfin, au dernier étage de la boîte, la main de l'Etat, que personne ne veut, c'est-à-dire le placement de différents exercices sous un régime d'autorisation. On ne veut pas que l'Etat gère tout, plutôt que d'être un Etat garant. A force de ne pas utiliser les autres outils, l'opinion va réclamer un Etat qui organise, car c'est nous qui payons, via nos cotisations sociales, les cotisations des entreprises, celles des entreprises mutualistes finançant la CMU, sans parler des impôts.

Une question démocratique surgit : comment se fait-il que l'on paie pour des services que l'on n'obtient pas ? Ce simple constat met en péril la légitimité même de l'Assurance maladie.

Je sais qu'il est difficile de combiner l'ensemble des outils qui se trouvent sur notre palette. Ce sont ceux qui sont à notre disposition. La pression est forte, désormais, du côté de l'opinion quant à la nécessité d'une régulation. Les mécanismes publics n'évoluent pas aussi vite que cette attente. Il y a là un défi majeur auquel nous devons nous atteler.

Sans doute le fait de savoir où nous allons serait-il de nature à apaiser ces débats et les tensions qui peuvent se faire jour ici ou là. Cette vision projective du système de santé n'existe pas parmi les responsables publics. Nous tentons d'y travailler dans le cadre de la conférence de santé qui a été mise sur pied. Nous sommes convenus de proposer une vision de santé non pour demain mais pour 2030 ou 2040, tant l'immédiat ferait surgir des crispations plutôt que des constructions.

Cette journée fut en tout cas utile afin que l'ensemble des parties prenantes (responsables politiques, syndicats professionnels, Assurance maladie, médecins) entende cette colère qui commence à se structurer. Comme chacun le comprend, c'est la vie qui est en jeu, ce qui constitue une différence par rapport au départ d'autres services publics d'un territoire. C'est ce qui explique la vivacité des inquiétudes et la charge émotive particulière qui se fait parfois jour sur ces sujets.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Les associations membres du CISS sont au nombre de 42 :

ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) – **AFD** (Association française des diabétiques) - **AFH** (Association française des hémophiles) - **AFM** (Association française contre les myopathies) - **AFPric** (**Association française des polyarthritiques**) - **AFVD** (Association francophone pour vaincre les douleurs) - **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) - **AIDES** - **Alliance du Cœur** - **Alliance Maladies Rares** - **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) - **APF** (Association des paralysés de France) - **Autisme France** - **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) - **Epilepsie France** - **Familles Rurales** - **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires) - **FNAIR** (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux) - **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) - **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) - **FNATH** (Association des accidentés de la vie) - **France Alzheimer** - **France Parkinson** - **FSF** (Fédération des Stomisés de France) - **Généralisations Mouvement** - **La CSF** (La Confédération syndicale des familles) - **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) - **Ligue contre le cancer** - **Médecins du Monde** - **Renaloo** - **SOS Hépatites** - **Transhépatite** - **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) - **UNAF** (Union nationale des associations familiales) - **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) - **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés) - **UNAPECLE** (Union nationale des Associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie) - **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis) - **UNISEP** (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques) - **UNRPA** (Union nationale des retraités et personnes âgées) - **Vaincre la Mucoviscidose** - **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) regroupe 42 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations de consommateurs et de familles, d'associations de personnes âgées et retraitées.

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- **REPRÉSENTER** et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé, l'une de nos priorités.
- **FORMER** les représentants d'usagers qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique, afin de les aider à jouer un rôle actif dans ces instances, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente..
- **OBSERVER** et **VEILLER** en continu au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé, analyser les points posant problème, définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes.
- **INFORMER** les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- **COMMUNIQUER** nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.



Pour toute question juridique ou sociale liée à la santé, des écoutants spécialistes vous informent et vous orientent.

Lundi-Mercredi-Vendredi : 14h à 18h
Mardi-Jeudi : 14h à 20h

Vous pouvez appeler le **01 53 62 40 30** (prix d'une communication normale). Posez votre question en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits ou en écrivant à santeinfodroits@leciss.org

25 CISS en régions : www.leciss.org/les-ciss-en-regions

CISS-Délégation Alsace • CISS-Délégation Aquitaine • CISS-Auvergne • CISS-Basse-Normandie • CISS-Bourgogne • CISS-Bretagne • CISS-Délégation Centre-Val de Loire • CISS-Champagne-Ardenne • CISS-Corse • CISS-Franche-Comté • CISS-Guadeloupe • CISS-Haute-Normandie • CISS-Ile-de-France • CISS-Délégation Languedoc-Roussillon • CISS-Limousin • CISS-Lorraine • CISS-Martinique • CISS-Midi-Pyrénées • CISS-Nord-Pas-de-Calais • CISS-Océan Indien • CISS-Pays-de-la-Loire • CISS-Picardie • CISS-Poitou-Charentes • CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur • CISS-Rhône-Alpes



66 Millions d'Impatients - www.66millionsdimpatients.org

Le site porte-parole des patients **Impatients**, outil d'information pour mieux s'y retrouver dans le système de santé. S'informer et participer, c'est être mieux armé pour défendre ses droits et devenir acteur de sa santé.

