

communiqué



Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : un texte incomplet pour lutter contre les déserts médicaux

L'aggravation des inégalités sanitaires résulte d'un manque chronique de pilotage territorial et d'une absence de volonté politique en matière d'installation des professionnels de santé. Au-delà de la multiplication des déremboursements et des dépassements d'honoraires ces dernières années, l'accès aux soins s'est dégradé aussi bien dans l'espace que dans le temps. Les distances géographiques pour accéder à un médecin généraliste se sont accentuées dans nombre de territoires. L'abandon de l'obligation pour les médecins de participer à la permanence des soins et l'absence de mesures fortes pour réorganiser cette permanence, ont rendu encore plus difficile l'accès à un médecin généraliste le soir, la nuit ou le week-end notamment dans les secteurs les plus ruraux.

Malheureusement, le projet de loi portant réforme de l'hôpital ne répond pas à cette exigence de santé publique et se contente de présenter de grands principes d'organisation de l'offre de soins. Ainsi, il prévoit une définition de la médecine générale de premier recours attendue mais insuffisante. Elle s'appuie sur une simple possibilité de coopération entre les professionnels de santé sans mesure incitative, sans modifier les modes de rémunération des actes, ni développer les réseaux de soins et les maisons de santé.

L'accès aux soins aurait dû être l'une des priorités de ce projet car **seule une action volontariste des pouvoirs publics permettra de lutter contre les déserts médicaux**. Les propositions de régulation de la démographie médicale par le *numerus clausus* contenues dans le projet de loi sont nettement laconiques. Pour motiver les jeunes médecins à s'installer en médecine générale, il est indispensable de les former sur les futurs lieux d'exercice. Malheureusement, les stages obligatoires en médecine générale n'ont jamais été mis en pratique. De plus sur les 5 500 enseignants hospitalo-universitaires titulaires, il n'y a toujours aucun titulaire de médecine générale. Pour favoriser l'installation, il est indispensable de créer un statut négocié du médecin généraliste afin d'améliorer les conditions d'exercice ; ce nouveau statut devant comporter une rémunération distinguant une partie forfaitaire liée aux missions de permanence des soins et de santé publique de la rémunération à l'acte.

Là où l'offre libérale est insuffisante, les pouvoirs publics doivent prendre des mesures contraignantes pour assurer la permanence des soins. Ne pas contraindre la liberté d'installation c'est laisser le libéralisme de l'offre de soins vider nos campagnes de médecins qualifiés. Dans de nombreux secteurs de Haute-Saône le déficit de médecins généralistes est révoltant. 5 cantons dits fragiles et 3 dits déficitaires (Marnay, Saulx, Noroy le bourg, Adolans et le val de Bithaine, Lure sud, Champlitte, Vitrey sur Mance, Dampierre sur salon) connaissent un déficit de médecins généralistes et parfois un risque lié à la pyramide des âges. A Lure par exemple une menace réelle pèse sur le remplacement des professionnels médicaux qui s'apprêtent à partir en retraite. Ce problème concerne également les spécialistes quand on voit que dans des secteurs plus urbains comme à Héricourt, il n'y a plus de spécialistes depuis plusieurs années. La CPAM précise également que le Département possède en moyenne pour 100.000 habitants 40 kinés (80 en France) et 36 chirurgiens dentistes (61 en France).

La démographie des professionnels de santé devait être l'une des mesures phare du projet de loi. Or, un seul article sur la régionalisation du *numerus clausus* lui est consacré alors qu'il serait nécessaire d'ajouter les mesures crédibles favorisant l'attractivité de la médecine générale.

Une très large panoplie de mesures incitatives sont indispensables pour **rendre attractive l'exercice de la médecine générale** (stages dès la formation avec une vraie filière de médecine générale, des bourses d'études, en contrepartie d'un engagement à exercer durant une période définie dans une zone à la couverture médicale insuffisante...) avec en parallèle des freins à l'installation de professionnels de santé dans les zones déjà sur-dotées en offre de soins par des mesures désincitatives comme, par exemple, une modulation de la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie. Pour amorcer un redéploiement, un rééquilibrage au profit des territoires déficitaires **un gel des installations en secteur excédentaire** est nécessaire. La taxation improvisée par le gouvernement s'apparente plutôt à de l'impuissance qu'à une véritable prise en compte de cette problématique qui touche nombre de nos concitoyens.

Une action volontariste et ambitieuse contre les déserts médicaux consisterait plutôt à :

- mettre en place un vaste plan en faveur de l'emploi, de la revalorisation des professionnels de santé ;
- définir les soins de premier recours à partir d'obligations de santé publique ;
- mettre en place des mesures visant à freiner l'installation dans les secteurs déjà trop pourvus en professionnels de santé ;
- contraindre l'installation des médecins et des professions paramédicales dans les zones désertées,
- favoriser la création de maisons de santé et les réseaux de soins associant plusieurs professions ;
- développer la rémunération au forfait pour les actions de prévention et de santé publique en complément du paiement à l'acte ;
- favoriser les délégations de compétences entre les professionnels pour dégager du temps médical ;
- créer une véritable filière de médecine générale avec des stages d'internat en cabinet et non à l'hôpital ;
- développer la formation continue obligatoire.

La politique de santé publique ne peut être marquée du sceau de l'abandon des territoires les plus fragiles, les plus ruraux, les plus éloignés. Dans le domaine précis de l'équilibre territorial de l'offre et de la permanence des soins, le projet de loi est plus qu'insuffisant. Au-delà, de cet aspect du texte, les conceptions purement idéologiques qui l'inspirent empêchent ce projet de loi de répondre aux exigences des enjeux de santé et de proximité.

Alors que 20.000 postes sont en voie d'être supprimés en France et 640 en Franche-comté dans les hôpitaux publics, **on veut faire croire aux français que le problème de santé publique n'est qu'un problème d'organisation.** Or, après la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) qui pousse à une forme de productivité et conduit à renoncer aux actes les moins rentables, le projet de loi Bachelot souhaite confirmer une notion d'Hôpital-entreprise qui va à l'encontre des principes de solidarité nationale. L'hôpital public est un acteur essentiel de la qualité de notre système de santé et de l'égalité d'accès aux soins. Les missions de service public qu'il remplit sont déterminantes alors que progressivement, **les objectifs économiques prennent le pas sur les enjeux de santé publique et d'égalité d'accès aux soins.** Ce choix politique du gouvernement va être accéléré par le projet de loi qui calque le mode de gouvernance de l'hôpital public sur celui des établissements privés avec un directeur, un directoire et un conseil de surveillance, sans véritable démocratie sociale et sanitaire, sans véritable association des équipes soignantes et en négligeant le rôle des élus locaux.

Le gouvernement souhaite confier le pilotage des futures Agences régionales de santé (ARS) à un seul directeur général, nommé par le gouvernement avec le risque de voir chaque agence devenir un instrument **technocratique qui reconstruit au niveau régional une organisation centralisée** et trop administrative. La gouvernance des agences ne peut conduire à une étatisation ou à une simple redistribution des rôles entre l'Etat et les partenaires de l'Assurance maladie. La déconcentration régionale du système de santé supposerait de confier aux médecins, aux professionnels de santé et aux élus locaux une véritable responsabilité d'organisation de la politique sanitaire au sein de chaque agence et d'associer tous les acteurs dans un souci d'articulation de l'offre de soins. La prise en compte des inégalités territoriales, l'aménagement sanitaire infrarégional, la sécurité et l'accès réel à des soins de qualité imposent notamment une participation accrue des élus, représentants de la population et des territoires. L'avenir de la santé publique est à ce titre car aujourd'hui, le gouvernement et la majorité proposent une nouvelle fois d'engager « l'indispensable modernisation de notre système de santé » par le biais d'une réforme organisationnelle qui ne va qu'accentuer les dérives constatées ces dernières années et rendre un peu plus inéluctable l'avènement d'une médecine à deux vitesses.

jeudi 12 février 2009.

Contact presse : jmvillaume@assemblee-nationale.fr