Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a annoncé un plan global de lutte contre les déserts médicaux en indiquant que l'accès de tous les Français sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité est une priorité absolue pour le gouvernement.

Pour faire face à cet enjeu majeur, la Ministre a présenté un **« Pacte territoire-santé »1, composé de 3 objectifs et 12 engagements**
. Parce que la mobilisation est essentielle à la réussite du « Pacte territoire-santé », la Ministre a exprimé le souhait que les propositions soient soumises à une double concertation :

- **une concertation nationale,** menée avec les associations d'élus et de patients, ainsi qu'avec les représentants de médecins – notamment des jeunes – et du monde hospitalier.

- **une concertation régionale,** menée par chaque Agence régionale de santé. Les nouvelles propositions formulées à cette occasion pourront conduire à amender ou compléter le « Pacte territoire-santé ».

Le pacte territoire santé a fait l'objet en Rhône-Alpes de huit réunions de concertation départementale organisées par l'ARS.

***La commission permanente de la CRSA Rhône-Alpes a décidé de participer à la concertation et de proposer un avis lors de l'assemblée plénière du 22 mars 2013, dans le cadre du débat régional sur le pacte territoire santé.***

## Remarques préliminaires

## Le pacte territoire santé

L'évolution du système de santé nécessite un changement profond de mentalité pour passer d'une approche cloisonnée à une approche transversale où les termes essentiels sont parcours, coopération, .... Dans ce changement attendu, les mots ont un rôle non négligeable à jouer.

Ainsi, derrière la dénomination « pacte territoire santé », on serait en droit d'attendre une approche globale de la santé sur un territoire, or le pacte porte essentiellement sur l'accès aux soins de premier recours. La CRSA adhère à la perspective de mise en place d'un pacte territoire santé visant à mobiliser l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire qu'il s'agisse de prévention, de soins à domicile ou en établissement, d'accompagnement médicosocial, ....

La CRSA Rhône-Alpes suggère donc qu'un sous-titre soit adjoint au pacte territoire santé pour préciser qu'il s'agit du volet « accès aux soins médicaux de premier recours », ce qui permettra de décliner ultérieurement d'autres thématiques dans le pacte territoire santé.

La CRSA souhaite souligner que la question de l'accès de tous aux soins de premier recours doit se réfléchir avec une attention particulière aux populations en situation de précarité. Nul ne doit être laissé de côté. Plutôt que de juxtaposer les dispositifs, la CRSA insiste sur le nécessaire repérage de ressources existantes et sur la mise en oeuvre d'une démarche permettant à celles-ci d'être en mesure de favoriser l'accès à la santé et aux droits de toute personne. Ceci nécessite une très grande proximité entre les acteurs de la santé et les acteurs du social.

Les questions soulevées par la démographie médicale inégalement répartie sur les territoires résultent de plusieurs facteurs dont l'évolution des modes de vie, la métropolisation croissante, les choix en matière de rémunération des professionnels et l'aménagement des territoires.

Surmonter ces difficultés nécessite une forte implication des élus, concernés à plusieurs titres par la question de l'aménagement du territoire et les choix politiques.

Enfin, la CRSA souligne que le PSRS Rhône-Alpes, fixe comme fil rouge aux schémas et programmes, quatre grands enjeux de santé pour la région dont la lutte contre les inégalités territoriales et sociales dans l'accès à la santé. Le pacte territoire santé s'inclut pleinement dans les objectifs régionaux. Il devra faire l'objet, comme les autres priorités du PRS, d'un suivi régulier et d'une évaluation en région.

***

**Propositions de la CRSA sur le pacte territoire santé**

Le pacte se décline en 3 objectifs et comprend 12 engagements, l'avis de la CRSA suivra la même structure.

**1 - Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins.**

**Engagement 1- Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants**

Le stage ciblé par cet engagement est le stage externe, dès la troisième année.

La CRSA regrette que cet objectif semble avoir été annoncé sans concertation en amont avec les doyens, mais est favorable à cet engagement.

La CRSA rappelle que dans le SROS, volet ambulatoire, (§ formation, p.19) il est indiqué :

« L'impact des stages de médecine générale en ambulatoire très en amont dans le cursus est indéniable pour leur installation future. Un étudiant qui a fait deux stages chez le praticien : l'un au cours du 2ème cycle et l'autre au cours de son internat de médecine générale s'installera le plus souvent dans les 3 ans après la fin de ses études. » Et dans §. Formation, p. 20

« La valorisation de cette fonction et des modalités plus souples pour la reconnaissance du statut de maître de stage, l'information des jeunes médecins, le repérage des futurs maîtres de stage, et leur rémunération notamment pour la formation demandée, sont des préalables pour augmenter les effectifs

L'impact des stages en ambulatoire et l'accompagnement des étudiants vers un exercice en zones fragiles constituent les deux enjeux fondamentaux pour une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire. »

En Rhône-Alpes, il y a actuellement 600 à 700 maîtres de stages alors qu'il en faudrait 1500 pour atteindre l'objectif fixé. Il faut, de ce fait, intégrer l'ensemble des lieux de stage possibles : les maisons pluridisciplinaires de santé, les réseaux, ... De plus, des terrains de stage pourraient être identifiés dans les hôpitaux de proximité.

L'URPS (anciennement l'URML) finance depuis 10 ans la formation des maîtres de stage dans la région.

Le collège URPS des médecins généralistes a lancé une campagne d'information, mais il faut aller plus loin et inciter les collectivités locales à contribuer à lever les obstacles à l'accueil des stagiaires que sont la disponibilité de logements2 et de moyens de transport pour se rendre sur les lieux de stage. Par ailleurs, les cabinets des maîtres de stages ne disposent pas nécessairement de suffisamment de place pour accueillir des stagiaires ; il faut aussi régler la

question de l'accès au logiciel médecin pour le stagiaire.

Il y a donc des obstacles importants au recrutement des maîtres de stage sur lesquels il y a lieu investir.

Ces constats doivent conduire à distinguer installation et contrat d'exercice. Ainsi, les médecins libéraux pourraient être invités à venir exercer dans des locaux qui ne sont pas nécessairement les leurs.

Par ailleurs, il faut souligner la sous dotation en moyens de secrétariat des facultés de médecine générale ce qui les mettra en difficulté pour gérer les stages.

**Engagement 2- 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017**

Il est difficile pour les jeunes médecins de s'engager sur ce qu'ils feront après leurs sept ou dix années d'études.

Là aussi, il pourrait être opportun de distinguer installation et contrat d'exercice pour ouvrir plus largement les perspectives.

La CRSA souligne qu'à ce jour, ce contrat ne soulève pas l'enthousiasme et que la question du volontariat à l'installation en zone déficitaire reste posée.

L'attractivité des territoires pour un jeune médecin se mesure aussi aux correspondants médicaux en proximité ; il y a donc lieu d'intégrer dans la réflexion les spécialités en tension dans les établissements de santé. De plus, la possibilité d'accéder à un exercice en institution,

notamment dans les hôpitaux de proximité peut être un facteur favorable.

**Engagement 3- 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013**

Ces praticiens bénéficieront d'un revenu garanti de 4 500 € par mois ; le revenu moyen des généralistes est de l'ordre de 6000 € par mois ; les médecins qui s'installent en zone déficitaire sont à « plein régime » au bout de trois mois. Le revenu garanti risque de ne pas être si attractif et suffisant pour attirer les praticiens en zones fragiles.

Par ailleurs, ces contrats de praticiens territoriaux peuvent intéresser des médecins qui souhaitent réorienter leur carrière pour diverses raisons (l'avancée en âge par exemple, l'aspiration à d'autres formes de vie, ....). Aussi le « recrutement » des praticiens territoriaux doit être pensé très largement et pas seulement auprès des jeunes.

Un point de débat ne peut être passé sous silence.

Dans **les propositions et les recommandations de la CRSA** de l'avis de mars 2012, adopté en plénière, il est indiqué :

« Par ailleurs, la CRSA considère *qu'il faut aller plus loin que les mesures incitatives* et se poser la question de la pertinence d'une prise en charge par la collectivité d'installation de médecins dans les zones où l'offre est déjà très dense. »

Cette question a de nouveau été débattue, et la limitation de l'installation dans les zones surdotées apparaît, à un certain nombre de membres, comme une piste à suivre. *A ce propos, il est nécessaire que l'impact de la convention passée avec les infirmières pour zoner les installations soit intégré à la réflexion.*

Les jeunes qui s'installent en libéral sont inquiets de ne pas bénéficier des mêmes niveaux de garantie par rapport aux salariés (en cas de perte d'activité). Ils ont également des attentes en

matière d'horaires.

Par ailleurs, comme indiqué dans le SROS volet ambulatoire (diagnostic et enjeux, p.18)

« Nouvelle manière de concevoir l'exercice professionnel :

Ces aspirations sont liées à des évolutions sociologiques générales : souhait fortement exprimé de travail en groupe ; recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale / vie privée ; prise en compte de la vie professionnelle du conjoint/conjointe pour le lieu d'installation »

Aussi, l'installation de jeunes médecins en zone déficitaire ne relève pas seulement de mesures incitatives d'ordre financier, mais d'un ensemble de mesures intégrant en priorité l'organisation de leur travail et donc celle de la permanence des soins.

De plus, il y a lieu de concevoir de nouveaux modes de rémunération mixtes, combinant un revenu de « sécurité », et un volant variable à l'acte, garantissant la performance.

**Engagement 4- Un « référent-installation » unique dans chaque région**

Le référent installation a déjà été mis en place par l'ARS.

Dans le cadre de la mise en oeuvre du SROS ambulatoire, il y a au-delà de ce guichet unique, l'objectif de fournir une assistance méthodologique aux candidats à l'installation en exercice de groupe. C'est bien entendu un travail d'équipe au sein de l'ARS, la taille de cette dernière devant être à la hauteur des objectifs.

La CRSA insiste pour que dans le cadre de la démarche d'amélioration de l'observation en

santé inscrite au PRS, les ORDPS tiennent régulièrement à jour une cartographie des zones en excédent ou en déficit d'installation.

## 2 - Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

### Engagement 5- Développer le travail en équipe

Le développement du travail en équipe passera d'abord par une amélioration de la formation. La méconnaissance tant des mécanismes du système de santé que des ressources existantes est un handicap pour le développement du dialogue constructif des acteurs de santé. Les cours en 3ème cycle doivent donc intégrer quelques heures dédiées à l'histoire du système de santé en France, à la présentation des différents acteurs, à une approche comparée sur le plan international.

Il faut de plus former les professionnels au travail coopératif. Il ne s'agit pas seulement de les former à dialoguer entre médecins, mais avec tous les autres acteurs de santé.

En ce sens, les formations interprofessionnelles continues (médecins, pharmaciens, kiné, infirmiers, ....) constituent des apports essentiels.

Il y a lieu de noter que si 75% des médecins adhèrent à un organisme de formation continue, ils sont beaucoup moins nombreux à suivre effectivement des formations (25% suivent les formations de l'assurance maladie, source OGC).

C’est dans une démarche de formation initiale et continue rénovée qu’il y a lieu de s’engager. Enfin, les modalités de financement doivent être adaptées pour favoriser le travail en équipe.

**Engagement 6- Rapprocher les maisons de santé des universités**

C’est nécessaire, la démarche de recherche doit sortir des murs de l’hôpital même si elle doit rester en lien avec les CHU. Ceci permettra aux médecins qui le souhaitent de participer aux activités de recherche, cela favorisera par ailleurs, l’accès des patients aux essais cliniques.

Cela passe bien sûr également par l’accroissement de nombre de postes universitaires.

**Engagement 7- Développer la télémédecine**

La CRSA s’interroge sur le choix de la filière dermatologique si ce n’est qu’elle se prête bien à la télémédecine, qu’elle pratique depuis très longtemps.

D’autres priorités sont proposées :

- La régulation des urgences : il y a actuellement un projet rhônalpin proposé à la Commission Européenne dans le cadre d’un financement FEDER pour les territoires éloignés des centres médicaux, qui permet l’accès à une consultation à distance.

- L’imagerie diagnostique, où il y a vraiment carence de spécialistes

- La psychiatrie où les besoins sont énormes

*La CRSA propose que les régions aient le choix de la filière dans laquelle elles engagent des développements de télémédecine.*

Les transferts de fichiers lourds issus des modalités d'imagerie médicale, les cryptages et la gestion de classes de service nécessitent le développement du très haut débit dans un avenir proche.

*L'exercice de la télémédecine ne se développera que si elle fait l'objet d'une reconnaissance, d'une rémunération et d'une clarification des responsabilités des professionnels.*

*Le téléconseil est également une piste à développer, notamment en amont des urgences. Des expériences sont en cours, et devraient faire l'objet d'évaluations.*

**Engagement 8- Accélérer les transferts de compétences**

La CRSA exprime son accord à cet engagement.

Elle souligne que les transferts de compétences impliquent coopération et confiance ; aussi, se passent-ils d'autant mieux que les professionnels font partie de la même équipe.

Il existe déjà un certain nombre de secteurs où les transferts de compétences sont une réalité :

- la psychiatrie, l'accueil en CMP se fait par les infirmières

- le programme ASALEE dans lequel les infirmières vérifient que le protocole est bien

mis en oeuvre par le médecin, ont l'autorisation de prescrire certains examens et jouent un rôle dans l'éducation thérapeutique

- l'éducation thérapeutique, la surveillance des malades chroniques - ...

La CRSA rappelle qu'un médecin en France emploie 0,3 ETP alors qu'il y a, par exemple, 3 ETP en Allemagne, il y a donc une grande évolution à accomplir.

Les compétences transférées doivent être reconnues en termes de valences et de rémunération.

Il y a lieu de s'engager de manière volontariste dans cette direction et pour cela, les financements doivent être en cohérence3.

Les professionnels soulignent que l'avenant 51 est très difficile à mettre en oeuvre dans les pratiques et que par ailleurs, il y aurait lieu d'alléger les procédures.

Ensuite, la CRSA attire l'attention sur les mesures qui, à l'inverse, conduisent à mettre un terme au transfert de tâches. Ainsi, dans les centres PMI qui sont passés à la rémunération à l'acte, un ensemble de tâches réalisées par d'autres professionnels ne peuvent maintenant l'être que par des médecins sinon elles ne sont pas rémunérées. Il est souhaité un retour à la dotation forfaitaire.

## 3 - Investir dans les territoires isolés

### Engagement 9- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

La CRSA insiste sur la nécessité de valoriser les acquis de l'expérience (par exemple, certains médecins sapeurs-pompiers dans la Drôme, font de l'urgence depuis 20 ans).

La CRSA recommande que l'obligation initiale de formation soit reformulée en engagement à se former (sinon, le nombre de médecins correspondants va brutalement chuter dans un premier temps, dans la période transitoire de mise en place du cahier des charges).

Actuellement les médecins correspondants SAMU, sont sur 4 départements dans la région :

Ardèche, Isère, Savoie et Haute-Savoie ; le besoin se situe maintenant dans le sud de la région : Drôme en particulier.

### Engagement 10- Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

La CRSA approuve cette disposition qui va dans le sens d'une réponse aux besoins d'offre de soins de premier recours. Ainsi dans la Loire, le soutien de l'hôpital de Roanne à la maison de santé est une initiative intéressante qui mérite d'être suivie et évaluée.

Il ne s'agit pas que l'hôpital fasse tout, mais qu'il puisse si besoin, pallier les carences. Ainsi, les établissements publics de santé pourraient être appelés à pourvoir une présence médicale de proximité de premier recours par tout moyen règlementaire existant (personnel statutaire de préférence, mais aussi nouveaux statuts) ou à imaginer avec les pouvoirs publics. Une telle mesure serait de préférence temporaire, dans l'attente de solutions pérennes

Même si la question de la disponibilité de praticiens en exercice reste posée pour pallier ces carences, ce peut être une piste pour les médecins tentés par l'exercice salarié.

Les structures de HAD en milieu rural ainsi que le recours aux transports sanitaires en zone difficile ou éloignée doivent faire l'objet d'une réflexion en vue de favoriser leur développement, en tant que réponse adaptée à certaines difficultés physiques et économiques d'accès aux soins.

**Les médecins libéraux suggèrent qu'il** leur **soit** donné les mêmes conditions d'exercice que dans les centres de santé (option référent) pour faciliter leur installation.

**Engagement 11- Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire**

La CRSA approuve cette disposition en soulignant que l'ensemble des acteurs de santé devraient s'engager dans une approche en responsabilité partagée à l'égard de la population sur leur territoire.

En zone rurale ou difficile, les hôpitaux de proximité peuvent permettre de consolider l'activité de la médecine libérale, et de lui faire bénéficier d'infrastructures favorisant l'exercice de groupe. De plus, certains médecins salariés d'hôpitaux locaux ont d'ores et déjà le droit à des consultations externes.

Lorsque le secteur ne dispose plus de PDSA, l'astreinte en institution doit pouvoir assurer des réponses aux consultations urgentes non programmées.

Certaines dispositions sont nécessaires pour la psychiatrie :

- maintenir les CMPs de proximité même sous forme d'antennes

- Favoriser et encourager l'installation de CMP même sous forme d'antennes dans les hôpitaux locaux, afin de faciliter la prise en charge de proximités et éviter les déplacements couteux en VSL.

**Engagement 12- Conforter les centres de santé**

Extrait SROS, volet ambulatoire, pp.32 et 33

« Avec près de 200 centres soit 13% des centres français, la région est particulièrement bien dotée avec toutefois une répartition par département très variable (68% des structures sont sur les trois départements les plus urbanisés).

Ces centres sont confrontés aujourd'hui à des difficultés :

- · économiques avec un déficit « structurel » souvent lié au paiement à l'acte qui ne peut couvrir les frais de structures et les travaux de coordination,
- · d'attractivité pour le recrutement des professionnels de santé,
- · d'image avec la peur de devenir des ghettos n'accueillant que des populations extrêmement précaires. Dans un contexte de crise économique, par leur offre en spécialistes de secteur 1, les centres de santé attirent aujourd'hui une plus grande mixité sociale.

L'impact de ce type d'offre sur un territoire doit être pris en compte dans la détermination des zones déficitaires en offre de soins. »

La CRSA souligne l'intérêt de cet engagement et la nécessité de s'engager vers l'implantation de centres de santé sur les territoires qui en ont le plus besoin et les soutenir économiquement.

En effet, les centres de santé sont une des réponses essentielles aux besoins de soins de proximité.

**********

***Avant de conclure, la CRSA souhaite souligner une fois encore, la nécessité de surmonter la complexité de notre système de santé ; comment un usager peut il s'y retrouver ?***

Voici un témoignage reçu dans le cadre de la concertation autour du pacte

« - mon médecin, en bas de son formulaire d'ordonnance parle de "maison médicale" pour les urgences les soirs de semaine 19-24, samedis 12-24, dimanches et fériés 8-24

- dans les "pages jaunes", je trouve en index les "maisons de santé" : qu'est-ce ?

- dans la presse, j'ai lu encore "maison pluridisciplinaire de santé" qui va s'installer dans mon quartier

- j'ai également entendu parler des pôles de santé

- dans les engagements ci-dessus, on parle de "centres de santé". Si je comprends c'est pour les urgences et les cas courants des déserts médicaux.

Donc pour créer le même réflexe chez tous en cas d'urgence, harmonisons les termes dans un langage simple. Et pour les secteurs concernés, communiquons sans relâche pour dire, par exemple, si j'ai bien compris : "pour les urgences, joignez 24 h/24 le centre de santé". »

Ce témoignage montre que même les usagers les plus impliqués ont du mal à s'y retrouver, et la difficulté existe aussi pour les professionnels ; il y a urgence à réduire la complexité de notre système de santé et la multiplicité des dispositifs spécifiques pour se focaliser sur la réponse à apporter à l'usager !

Ensuite, si l'accessibilité aux soins dépend bien sûr de la présence de l'offre elle dépend également de son accessibilité. La CRSA rappelle l'engagement de l'accessibilité à tous, quel que soit le handicap, d'ici 2015.

*En conclusion, la CRSA souligne que nombre des engagements du pacte territoire santé sont déjà présents dans le PRS Rhône Alpes. La mobilisation nationale autour de ces objectifs est bienvenue et ne devrait que faciliter leur atteinte, permettant ainsi un meilleur accès aux soins.*

***Compte tenu de l'enjeu, il ne peut être question d'attendre l'échéance de 2017****. Il y a lieu de s'interroger régulièrement sur l'impact de ces mesures et de les compléter ou les infléchir en tant que de besoin pour assurer un accès aux soins pour tous.*

- *1*

*http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf*

- *2 La maison des internes à Roanne est un exemple d'implication des collectivités locales*
- *3 Actuellement, pour certaines tâches exécutées par les infirmières, elles ne sont pas rémunérées*