



n° 01.08 PB/GM

## ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'ORGANISATION DE LA SANTÉ - 2008

### CONTRIBUTION DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉLUS DE MONTAGNE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

*La présente note a pour objet, dans le cadre de la concertation initiée par la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, préparatoire aux États généraux de l'organisation de la santé, qui doivent se tenir en février 2008, de présenter la doctrine de l'Association relativement à l'organisation de l'offre de soins en territoires de montagne, puis d'exposer des demandes précises, suivies de propositions concrètes susceptibles de les satisfaire.*

#### I. Considérations générales introductives sur l'organisation de la santé en territoires de montagne

À titre liminaire, il convient de rappeler les grands principes à l'aune desquels apprécier la question de l'organisation de la santé.

Précisément, notre **Constitution** fait figurer en bonne place l'exigence d'une politique de santé publique équilibrée sur l'ensemble du territoire. Elle prévoit, en effet, que « la Nation garantit à **tous** la protection de la santé » (11<sup>ème</sup> alinéa du Préambule de la Constitution de 1946). Il appartient donc aux pouvoirs publics, État et collectivités territoriales, de prévoir **une organisation de l'offre de soins** qui garantisse à chacun, **sans distinction**, un **égal accès à des soins de qualité**, sur l'ensemble du territoire.

Les impératifs d'égalité d'accès, de proximité et de qualité de l'offre de soins exigent, en territoires de montagne, des dispositifs législatifs, réglementaires et conventionnels particuliers qui tiennent compte de leurs spécificités géographiques, climatiques, et démographiques, notamment. Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux pose le principe selon lequel : « L'État est garant de la solidarité nationale en faveur des territoires ruraux et de montagne et reconnaît leur spécificité ».

En matière d'organisation de la santé, l'Association souligne que l'article 55 de la loi du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, dans sa version actuellement en vigueur, prescrit que « *L'existence en zone de montagne... d'une assistance médicale répondant aux besoins courants des populations et contribuant au maintien de la vie locale est d'intérêt général* ». Il est indispensable, pour nos territoires, de concevoir de manière globale l'organisation de l'offre de soins, de manière à garantir une **étroite complémentarité entre la médecine de ville et l'hôpital**, notamment public, à propos duquel il convient de relever, par ailleurs, que le système de financement par la « T2A » exige quelques adaptations et correctifs.

S'agissant de l'**exigence de proximité du service public**, il est primordial de mettre un terme au critère tiré du « nombre d'habitants desservis » pour lui substituer un critère combinant « habitants desservis et territoires couverts ».

Au demeurant, l'effectivité de l'accès au service public de santé doit être appréciée en considération **du temps de parcours**, compte tenu, notamment, de la réalité physique du territoire, autant que des conditions climatiques, propres à la montagne (enneigement).

**La proximité** de l'offre est **le corollaire de la continuité des soins**, et l'on rappellera à cet égard que le principe de continuité du service public a le caractère d'un principe de valeur constitutionnelle (cf. en ce sens, Conseil constitutionnel, décision n° 2007-556 DC du 16 août 2007, *Loi sur le dialogue social et la continuité du service public dans les transports terrestres réguliers de voyageurs*, cons. n° 10).

On relèvera en ce sens, pour le regretter, que du fait de la faible densité démographique en territoire de montagne, l'offre de service de **transports collectifs est notablement insuffisante**, ce qui constitue un **facteur aggravant** relativement à l'accès aux soins.

## **II. L'offre de soins médicale de premier recours : éléments de réponse à la grille d'entretien**

### **Le diagnostic**

En matière de **médecine de ville**, l'offre de soins en territoires de montagne présente deux caractéristiques majeures, qui relèvent du paradoxe. D'un côté, la demande potentielle ou réelle de soins croît à mesure de l'afflux des populations, notamment touristiques ; de l'autre, on assiste à une baisse constante, et alarmante - en particulier dans les services d'urgence - du nombre de médecins ou de professionnels de la santé en territoires de montagne. À cet égard, compte tenu de la moyenne d'âge des médecins exerçant - notamment en stations - (plus de 50 ans, fin 2006), dans 10 ans, du fait du départ à la retraite de ces professionnels, il est très vraisemblable que l'on sera confronté à une difficulté majeure : l'absence de médecins libéraux dans nos territoires.

En l'état, le phénomène rapporté ne semble pas devoir connaître d'inversion de tendance, compte tenu des difficultés rencontrées par les jeunes médecins pour reprendre les cabinets médicaux existants. Les jeunes médecins acceptent difficilement les conditions de travail en montagne (par exemple : 80 gardes par an en station, contre 4 gardes par an, en moyenne, pour les médecins installés en zone urbaine), lorsqu'ils ne sont pas confrontés à des difficultés objectives d'installation (prix de l'immobilier ; frais de transport ; contingences et lourdeurs administratives qui sont autant de freins à la mobilité des médecins).

Du point de vue des collectivités territoriales de montagne, les indicateurs permettant d'apprécier **la répartition des médecins et des structures de soins** doivent être **spécifiques**, compte tenu de leur réalité géographique, elle-même hétérogène **au sein d'un même massif**. En l'occurrence, l'Association considère que les **critères retenus** par les missions régionales de santé aux fins de définition, s'agissant des médecins généralistes, des zones sous-médicalisées, sont **incomplets**.

C'est pourquoi, pour établir la cartographie des zones de désertification médicale, il est notamment nécessaire d'**intégrer la population touristique dans le mode de calcul de la densité démographique médicale**. On ne peut se limiter à la seule population DGF qui intègre comme apport partiel de la population touristique, un seul habitant par résidence secondaire.

### **Les leviers de la régulation de l'offre de soins**

Le périmètre de la régulation de l'offre de soins devra, en fonction des circonstances locales propres à chaque territoire de santé, évoluer. Précisément, il semble que **l'organisation** d'une **médecine de ville** de qualité doit être conçue, à l'avenir, dans une **perspective intercommunale**. En ce sens, les expériences, encore isolées, dans lesquelles une communauté de communes crée une maison médicale seront imitées. La création d'une maison médicale, la gestion, la mise aux normes pourront être reconnues d'intérêt communautaire.

De même, il est opportun de définir de nouvelles modalités de répartition des postes, notamment de praticiens hospitaliers, sur l'ensemble du territoire, afin de **contenir le phénomène de désertification médicale hospitalière**, qui affecte particulièrement la montagne.

Précisément, pour l'ensemble de la France métropolitaine et outre-mer, le taux de vacances réelles des praticiens hospitaliers à plein temps s'établit en moyenne à 16,3 %. Cinq régions, disposant de territoires situés en zone de montagne, présentent un taux de vacances nettement supérieur à la moyenne nationale : Auvergne (20,2 %), Bourgogne (19,9 %), Franche-Comté (21,9 %), Limousin (20,4 %), et Lorraine (20,1%). À tout le moins, semblable situation justifie que la **mise en place d'épreuves classantes régionales** soit expérimentée.

### **Les mesures relatives à l'installation**

Différents dispositifs incitatifs en faveur de l'installation de jeunes médecins dans les zones déficitaires ont été prévus par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Pour autant, le succès relatif de ces mesures invite à s'interroger sur leur reconduction.

Des aides, prolongées le cas échéant par des expériences pilotes doivent être renforcées pour l'installation des maisons médicales, en milieu rural et dans les stations. Un concours de la Caisse des dépôts permettant aux collectivités territoriales de conserver, dans ce contexte, la maîtrise du foncier est une voie à explorer, par exemple.