

Plan d'action en faveur des territoires ruraux

Fiche C.1

Améliorer l'offre de soins dans les territoires ruraux

Exposé des motifs

A l'issue des Assises des territoires ruraux, la question de l'accès aux soins apparaît comme la première attente des habitants des territoires ruraux en termes de services. On prévoit à l'horizon 2025 une baisse de 10 % du nombre de médecins (21 000 médecins de moins) ainsi qu'une diminution de 15 % de la densité médicale (de 336 médecins pour 100 000 habitants à 283 pour 100 000).

Ce sujet fait l'objet de fortes disparités entre les territoires, le taux de généralistes pouvant varier d'une région à l'autre de 194 pour 100.000 à 137, ce sont près de 2,5 millions de personnes qui vivent dans des zones en difficulté ou fragiles.

De plus les écarts s'accroissent en fonction des territoires, certains cantons ruraux se caractérisant par une densité de 70 généralistes pour 100 000 habitants. On constate par ailleurs des variations de 1 à 8 pour les infirmiers libéraux, 1 à 4 pour les kinés et 1 à 4 pour les dentistes selon les territoires.

Les maisons de santé pluridisciplinaires permettent de réunir en un même lieu des professions différentes et complémentaires (médecins, infirmières, kinés, dentistes). Le mode d'exercice permis par les MSP, en limitant les tâches administratives des médecins et en favorisant les coopérations, optimise la ressource médicale. Le développement des MSP est un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale.

En outre l'exercice au sein des maisons de santé contribue à améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination des prises en charge des patients.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires prévoit déjà un ensemble d'outils cohérents destinés à améliorer l'offre de santé dans les territoires :

- contrats d'engagement de service public permettant aux étudiants en médecine de recevoir une bourse mensuelle en contrepartie de leur engagement à exercer ponctuellement dans des zones où l'offre médicale est faible ;
- adaptation du nombre d'internes formés dans chaque université aux besoins des régions ;
- meilleure organisation des soins avec l'élaboration d'un volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins ;
- souplesse accrue dans l'organisation de la permanence des soins ;

- contractualisation entre l'ARS et les offreurs de soins (CPOM) ;
- contrats locaux de santé.

Par ailleurs, la télémédecine (ou télésanté) offre des potentialités importantes en termes de présence d'offre de santé.

Mesure 1 : Programme national de financement des maisons de santé pluridisciplinaires

Les maisons de santé constituent des structures qui, tout en mutualisant un certain nombre de fonctions, permettent un exercice coordonné des professions de santé, notamment pour celles intervenant dans le cadre du premier recours.

Le CIADT décide du lancement, le 1^{er} juin 2010, d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013 :

→ **Financement du programme**

Pour l'ingénierie et le fonctionnement, une enveloppe au maximum de 50 000 € est prévue par maison de santé via le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), pour un montant total de 2,5 M€ par an.

Pour l'investissement, une intervention de l'Etat pourra être accordée au travers de la DGE, de la DDR, du FNADT, pour un montant total de 25 M€ par an (10 M€ de FNADT et 15 M€ au titre de la DGE/DDR). Le taux d'intervention de l'Etat en matière d'investissement est fixé entre 25 % et 35 % selon les territoires concernés et leur classement en ZRR.

Pour couvrir les dépenses de fonctionnement, les maisons de santé pourront également solliciter une expérimentation des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé prévues à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ces expérimentations sont actuellement mises en œuvre dans 6 régions mais seront étendues au 2^{ème} semestre 2010.

→ **Mise en œuvre du programme**

Le programme national sera mis en œuvre au niveau régional au travers d'un comité de sélection associant l'ARS et les préfets en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux, et les représentants des professionnels.

Le financement des maisons de santé retenues par l'Etat sera conditionné au respect du référentiel national, comprenant notamment un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé, cohérent avec le volet ambulatoire du SROS.

Pour 2010, dans l'attente du volet ambulatoire du SROS, les projets retenus devront :

- respecter les critères définis dans le référentiel national ;
- correspondre à un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

Pour les deux années suivantes, la sélection des projets tiendra compte des priorités identifiées au sein du volet ambulatoire du SROS.

Une circulaire conjointe des Ministres de l'espace rural et de l'aménagement du territoire, de l'intérieur et de la santé sera adressée aux préfets et aux DG d'ARS pour préciser le mode d'intervention de l'Etat.

Le CIADT demande au Commissaire général à l'investissement et à la Secrétaire d'Etat chargé du développement de l'économie numérique de prendre en compte l'objectif d'aménagement du territoire dans le cadre des appels à projets qu'ils seront amenés à lancer dans le volet « e-santé » du programme de soutien aux usages, services et contenus numériques innovants.

Mesure 2 : Mesures visant à inciter les professionnels à s'installer dans les territoires ruraux

La phase des études en médecine est déterminante pour inciter les futurs professionnels à s'installer en zone rurale. Aussi un certain nombre d'incitations peuvent être mises en place.

Le CIADT décide de soutenir un ensemble d'incitations à exercer dans les territoires ruraux pour les jeunes professionnels de santé

Pour les médecins, des stages en milieu rural seront favorisés. Une mention figurera dans le référentiel national « maisons de santé » visant à rendre l'accueil de stagiaires obligatoire dans ces structures ainsi que la présence d'un logement dès lors qu'elles bénéficient de financement public pour l'investissement.

Par ailleurs, 400 contrats d'engagements de service public, financés par le Ministère de la Santé, sont prévus pour 2010-2012 en milieu rural. Ils permettent d'attribuer une bourse aux étudiant en médecine qui s'engagent à exercer en zone fragile pour un nombre d'années équivalent à celui de leurs études. Le montant mensuel de cette bourse sera de l'ordre de 1 200 €/mois.

Un guichet unique sous la responsabilité de l'ARS sera mis en place pour faciliter les démarches d'installation des professionnels en milieu rural.

Le CIADT invite les préfets et les ARS à développer les démarches de contractualisation avec les collectivités territoriales, les universités et les professionnels pour favoriser l'installation de médecins en zone rurale.