



n° 03.09 PB/GM

**AUDIENCE DE L'ANEM  
AUPRÈS DE ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN  
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS**

(mercredi 14 janvier 2009)

Les préoccupations essentielles de l'Association s'agissant de l'organisation de l'offre de soins en territoires de montagne ont notamment été exprimées à l'occasion de l'atelier Santé organisé dans le cadre du 24<sup>ème</sup> congrès de l'Association qui s'est tenu à Saint-Flour (Cantal) en octobre dernier. M. Gérard LARCHER, président du Sénat, qui y a participé, intervenait alors en qualité de président de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital (voir compte rendu en annexe).

Dans la perspective de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital, et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, adopté en conseil des ministres le 22 octobre 2008, et dont le Président de la République, Nicolas SARKOZY, a présenté l'économie générale, le 9 janvier dernier à Strasbourg, les principales attentes de l'Association doivent être rappelées.

**En matière d'offre de soins, les territoires de montagne cumulent plusieurs handicaps**

- Médecine libérale

La médecine libérale est confrontée à un **phénomène de désertification**, auquel s'ajoute le **vieillessement** des professions de santé. La féminisation de la profession peut également avoir un impact négatif sur la démographie médicale, dans la mesure où nombre de femmes médecins n'exerceront pas.

Il en résulte, notamment, des **difficultés dans l'organisation de la permanence des soins (PDS)**, des services de garde ou des urgences. L'acuité du problème est davantage prononcée dans les stations de sports d'hiver, confrontées à un afflux de touristes, sur des périodes brèves, et espacées sur l'année.

- Établissements d'hospitalisation

S'agissant enfin du secteur hospitalier, la répartition des établissements de santé, qui présente de fortes **disparités entre les territoires** et entre les spécialités, se fait bien souvent **au détriment des zones de montagne** et des populations qui y vivent ou y séjournent. Au surplus, dans certaines régions de montagne les recrutements de praticiens hospitaliers sont problématiques. Des solutions concrètes et immédiates doivent être apportées à ce problème de **démographie hospitalière**.

Il convient d'ajouter le cas des **fermetures de services ou d'établissements**, décidées sans concertation par la tutelle, **au seul motif**, dans la plupart des cas, **d'une activité insuffisante**, au demeurant appréciée au regard de standards nationaux. Le cas de la maternité de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) est à cet égard emblématique.

**ASSOCIATION NATIONALE DES ÉLUS DE LA MONTAGNE**

7, RUE DE BOURGOBNE - 75007 PARIS | TÉL. 33(0)1 45 22 15 13 | FAX: 33(0)1 45 22 15 26

COURRIEL : CONTACT@ANEM.ORG | WWW.ANEM.ORG

NUMÉRO DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : FR9132211317 | SIREN : 332 211 317 | NAF 9499Z

- Prestations de soins infirmiers

S'agissant des **infirmiers libéraux**, les conditions de tarification des actes pratiqués par les infirmiers à domicile sont de nature à avoir des effets préjudiciables en termes de **continuité de l'offre de soins**, au détriment des populations (personnes âgées, notamment). Le niveau anormalement bas des tarifs autorisés, fort peu attractif pour les praticiens concernés, ne peut qu'accentuer ce risque réel. À cela s'ajoute l'absence de toute **prise en compte des temps de parcours**, nécessairement plus longs en montagne, **dans le défraiement du transport**.

### **L'organisation de l'offre de soins en territoires de montagne exige des mesures particulières**

- Principes d'organisation

La montagne est un ensemble de territoires qui, du fait de leurs caractéristiques géographiques propres, et compte tenu de la diversité de leur démographie respective, notamment entre les villages de moyenne montagne et les stations de haute altitude, appellent, en matière d'accès aux soins, des **mesures spécifiques**, étroitement liées aux besoins exprimés par la population, permanente ou non.

À cet égard, la **loi montagne du 9 janvier 1985** consacre le droit à la prise en compte des différences et le **principe de solidarité nationale** envers les territoires de montagne. L'article 55 établit clairement 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** ».

L'Association considère comme nécessaire d'avoir **une approche réellement territoriale** de l'offre de soins. Il n'est pas de bonne méthode de juger sur des niveaux quantitatifs d'activité (objectifs quantifiés ; seuils d'activité). En revanche, il importe de prendre en compte l'implantation géographique des établissements de santé dans une **perspective d'aménagement du territoire**.

En matière d'accès aux soins, il est essentiel d'établir les conditions d'une **conciliation** entre les exigences d'**égalité**, de **qualité**, et de **proximité**, valeurs essentielles du **service public**. Pour l'Association, cela n'aurait pas de sens de privilégier un des principes sur les deux autres, étant entendu que l'impératif de sécurité est primordial.

- Demandes des élus de montagne

Outre les observations sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital (voir en annexe) les interrogations des élus doivent recevoir des réponses précises sur les points suivants.

S'agissant de la **répartition des médecins généralistes**, il est impératif que les missions régionales de santé, voire les futures agences régionales de santé, définissent précisément les zones déficitaires. L'indétermination actuelle contribue à l'incertitude relativement à l'élaboration de la cartographie médicale. **L'interpellation de la ministre**, le 4 septembre dernier, est demeurée **sans réponse**.

S'agissant du financement de l'hôpital public, la généralisation de la **tarification à l'activité** (dite T2A) doit s'accompagner, particulièrement pour les hôpitaux locaux de proximité, par le versement de compensations financières liées aux sujétions particulières qu'ils supportent.

Enfin, en ce qu'elle constitue une alternative à l'hospitalisation, particulièrement adaptée en territoires de montagne, compte tenu des handicaps rappelés, notamment des difficultés d'accès aux établissements hospitaliers, **l'hospitalisation à domicile** (HAD) doit être développée. La pertinence de cette forme de prise en charge des patients se justifie également compte tenu de la polyvalence des structures considérées. L'Association rappelle ici le Gouvernement à son engagement, pris en 2004, de créer des places dans les zones géographiques qui en sont dépourvues.

## Observations de l'ANEM sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

- Sur les « zones de sous-densité d'offre de soins » **[Article 1]**
  - L'Association demande que **les zones de sous-densité** d'offre de soins soient **déterminées** par les autorités compétentes, **dans les meilleurs délais**, et que les critères présidant à leur définition ne soient pas uniformes sur l'ensemble du territoire national, mais, s'agissant des zones de montagne, adaptés à leurs spécificités géographiques, hétérogènes d'un massif à l'autre, et au sein d'un même massif. En tout état de cause, **les élus** des territoires concernés, premiers connaisseurs des réalités locales, devront être **associés**, notamment à travers les futures agences régionales de santé, **à leur définition**.
  
- La création de la communauté hospitalière de territoire **[Article 12]**
  - L'Association considère que **tout projet de rapprochement** des structures et des équipes, tout programme de mutualisation des services – pour certains justifiés – doit être précédé d'une consultation préalable systématique des élus intéressés, et donner lieu à une **étude d'impact** mesurant les **incidences économiques et sociales** sur le bassin d'emploi concerné.
  - La création de communauté hospitalière de territoire doit se faire sur la base du **volontariat**.
  
- Dispositifs d'accès de tous à des soins de qualité **[Article 14]**
  - L'Association pose comme **exigence** que les **réalités géographiques et climatiques** des territoires de montagne soient prises en compte dans les SROS des zones correspondantes. Cela suppose qu'il n'y ait pas de notion univoque du SROS sur l'ensemble du territoire national.
  - Précisément, la **notion de temps de parcours**, incompressible, entre le lieu de résidence du patient et l'établissement de santé susceptible de l'accueillir, doit être **consacrée par le législateur**, afin d'être pleinement observée par les agences régionales de santé, dans le cadre de leur mission de planification de l'offre de soins. Les temps de 30 minutes pour les urgences, et de 45 minutes pour les maternités, devront être fixés dans la loi.
  - Le **cas particulier** des territoires de montagne sur lesquels sont situées des **stations de tourisme** devra être traité par les SROS applicables sur les zones concernées, afin de tenir compte de l'afflux d'une population touristique non permanente
  
- Missions du médecin généraliste de premier recours **[Article 14]**.
  - L'Association propose que soient inscrites dans la loi les missions spécifiques des médecins généralistes de premier recours exerçant en stations de montagne.
  
- Dispositifs relatifs à la répartition des médecins sur le territoire national **[Article 15]**.

L'idée est de réorienter, dès la formation universitaire, les étudiants en médecine et les internes vers les régions qui en sont le moins pourvues. Précisément, le législateur introduit la notion de « subdivision territoriale ». Ainsi, un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur déterminera, pour une période de cinq ans, le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale.

- L'Association propose d'ajouter à cette première série de mesures, l'**affectation** obligatoire ou fortement incitative des jeunes médecins aux seules missions de garde et d'urgence. La période ne devrait pas excéder cinq années, précisément entre la fin de leurs études (autour de 30 ans) et leur installation définitive (autour de 37 et 1/2).

**24ème Congrès - Saint-Flour - 23, 24, et 25 octobre 2008**

Compte rendu de l'Atelier Santé du jeudi 23 octobre 2008

« Offre de soins en territoires de montagne :  
la nécessaire complémentarité des professionnels de santé »

Présidé par Henri NAYROU, l'atelier Santé s'est ouvert par une intervention de Gérard LARCHER, président du Sénat, lequel exposait les réflexions, orientations et recommandations de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, qu'il a présidée, et dont le rapport a été rendu public en avril 2008.

Monsieur LARCHER revenait en premier lieu sur l'objet de la mission qui était précisément d'identifier les voies et moyens susceptibles d'apporter, dans le respect du principe d'égalité, une réponse de qualité aux besoins de santé des citoyens. Autrement dit, la Commission devait déterminer les conditions d'une conciliation entre les exigences d'égalité, de qualité, et de proximité en matière d'accès aux soins.

Ces trois exigences n'ont pas le même poids suivant la spécialité médicale considérée. Par exemple, si en matière cardio-vasculaire la proximité de la structure de soins est essentielle, voire primordiale, en revanche, s'agissant de la médecine neurochirurgicale, ce qui prime c'est la qualité du plateau technique.

Monsieur LARCHER précisait que, suite aux auditions qu'elle avait entreprises, la Commission avait changé d'approche dans son questionnement : fondamentalement, il ne s'agissait plus d'avoir une approche en termes de structures de soins, mais de privilégier une réflexion en considération des besoins de santé à satisfaire. L'enjeu n'est pas « à chacun sa structure de soins » ; l'enjeu est « une santé de qualité, égale pour tous sur l'ensemble du territoire ».

Cette perspective renouvelée de la question de l'accès aux soins explique pourquoi la détermination d'une « carte des implantations n'a aucun sens », comme le soulignait le président du Sénat. Lui faisait écho Jacques Blanc, sénateur de la Lozère, considérant qu'il faut se garder de tout « systématisme » et jugeant inopportun d'élaborer des « cartes théoriques ». En somme, satisfaire les besoins en santé publique exige d'inventer, puis mettre en œuvre, des complémentarités sur le territoire, qu'expriment, précisément, les communautés hospitalières de territoire.

La complémentarité suppose la pluralité des acteurs, publics et privés. À cet égard, M. LARCHER considère qu'il n'est pas concevable de laisser se développer dans une zone géographique déterminée un quasi monopole en matière d'offre de soins. Prenant l'exemple de la région Auvergne, il constate que près de 80 % de la médecine chirurgicale y est assurée par des cliniques qui dépendent de groupes privés, si bien que s'il n'y avait pas le CHU de Clermont-Ferrand, il n'y aurait pas de chirurgie relevant du secteur public dans la région Auvergne.

Le thème de la démographie médicale en zone de montagne a été largement évoqué par les intervenants. Ainsi, Paul BLANC, sénateur des Pyrénées-Orientales, relevait qu'en montagne on manque de médecins, et qu'aucune zone n'est épargnée par cette pénurie. Il regrette à cet égard que la première liste des zones sous-médicalisées qu'avait établie, en son temps, Xavier BERTRAND, alors ministre chargé de la santé, n'ait pas été complétée.

À la suite d'une proposition forte en ce sens de Paul BLANC, la motion adoptée dans le cadre de l'atelier Santé demande que les zones sous-médicalisées soient déterminées par les autorités compétentes, dans les meilleurs délais (renvoi ici aux termes de la motion).

Sur ce thème, plusieurs voix se sont exprimées en faveur de dispositifs davantage directifs, pour ne pas dire « contraignants » s'agissant de l'installation des médecins en territoires de montagne sous dotés (en ce sens : Paul BLANC ; Augustin BONREPAUX, dans son intervention depuis la salle) ; c'est dire que le principe de liberté d'installation des médecins devrait pouvoir connaître quelques tempéraments, ou aménagements.

Le thème de l'accès aux soins a été repris par Chantal ROBIN-RODRIGO, dans son intervention. La députée des Hautes-Pyrénées juge qu'il est indispensable de fixer des normes précises s'agissant de l'accès aux soins de premier recours, normes mettant l'accent sur le temps nécessaire pour accéder à la structure de soins (30 minutes maximum pour les urgences ; 45 minutes maximum pour les maternités). Chantal ROBIN-RODRIGO est rejoint sur ce terrain, semble-t-il, par François DUMUIS, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation Auvergne, qui estime que l'exigence à prendre en compte en matière d'organisation de la santé est « la distance-temps ». La distance-temps est un critère déterminant dans le maillage des structures de soins, lequel ne doit pas obéir à une logique d'uniformité, comme le souligne M. DUMUIS.

Il est également essentiel, poursuit Madame ROBIN-RODRIGO, de fixer des normes précises s'agissant des délais maximum d'attente pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste. Il n'est pas normal, relève-t-elle, d'attendre plus d'une année avant d'obtenir un rendez-vous chez un psychiatre ; elle rejoint en ce sens les propos tenus par le président Gérard LARCHER qui jugeait anormal que, sur l'ensemble du territoire, les patients n'aient pas accès de manière plus rapide aux professionnels de santé du secteur 2.