



...le rapport d'information

LES COLLECTIVITÉS A L'ÉPREUVE DES DÉSERTS MÉDICAUX : l'innovation territoriale en action

De M. Philippe MOUILLER, Sénateur des Deux-Sèvres (*Les Républicains*) et Mme Patricia SCHILLINGER, Vice-Présidente de la Délégation aux collectivités territoriales et Sénatrice du Haut-Rhin (RDPI).

Cristallisée autour de la formule choc des « **déserts médicaux** », la question de l'**accès géographique aux soins** est de plus en plus prégnante dans le débat public. Ces zones blanches médicales concernent souvent des espaces ruraux mais aussi certaines **villes moyennes ou des zones périurbaines**, de sorte que les difficultés d'accès aux soins constituent une part significative des **interpellations** adressées aux élus locaux. En effet, trop de Français ont déjà **renoncé ou reporté des soins**, en raison notamment de délais d'attente trop longs ou de distances trop importantes à parcourir.

Face à cette situation, qui se dégrade d'année en année, les élus sont **inquiets**, voire **en colère**.

Pourquoi l'État, à qui incombe, selon les textes, la **responsabilité exclusive** de la politique de la santé, éprouve-t-il autant de difficultés à **réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins** ? Les agences régionales de santé, créées en 2009, ont-elles permis d'agir plus efficacement dans ce domaine ? Quel rôle les élus locaux peuvent-ils jouer pour contribuer à améliorer l'offre de soins sur leurs territoires ? En ont-ils les moyens juridiques, techniques et financiers ? Quelles sont les bonnes pratiques ? Les élus sont-ils **aidés** par l'État ou, au contraire, **entravés** dans leurs initiatives ? Quels sont les freins à lever afin de permettre aux élus de porter des **projets innovants** au service des populations ? Quel est le bon échelon local pour agir efficacement, en application du principe de **subsidiarité** ?

C'est pour répondre à l'ensemble de ces interrogations que notre délégation a confié à M. Philippe MOUILLER et Mme Patricia SCHILLINGER un rapport sur les **initiatives des collectivités territoriales en matière d'accès aux soins**. Identifier les **bonnes pratiques locales** constitue en effet l'« ADN » de la délégation aux collectivités territoriales et lui permet de formuler des **recommandations** propres à encourager ces initiatives et à supprimer ou limiter d'éventuelles entraves à leur expression.

1. LE CADRE JURIDIQUE D'INTERVENTION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ : DES MOYENS D'ACTION LIMITÉS

La compétence de la **commune** en matière de santé se fonde essentiellement sur ses pouvoirs de **police administrative générale** en vertu desquels le maire est habilité à prendre toute mesure pour assurer la « **salubrité publique** », composante de l'ordre public. Le maire peut aussi s'appuyer sur la clause de compétence générale qui lui permet, par exemple, de créer des centres de santé ou de verser des aides dans le but de lutter contre les déserts médicaux.

Quant au département, il constitue l'échelon essentiel du **dispositif relatif à l'action sociale et médico-sociale**. Le département dispose ainsi de la compétence en matière de protection maternelle et infantile (PMI), du handicap et de la dépendance. Il peut également attribuer des aides afin de favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé.

Enfin, la **région** dispose, au même titre que la commune et le département, de la possibilité **d'attribuer des aides** destinées à favoriser l'installation ou le maintien de **professionnels de santé dans certaines zones sous-denses**. Elle **subventionne** ainsi des maisons de santé et participent financièrement à la construction des locaux. **De la même façon, la région peut soutenir financièrement des actions de promotion de la santé**. La région instruit, par délégation de la commission européenne, les dossiers éligibles au **FEDER**, lequel peut être affecté au financement de projets locaux de constructions de maisons de santé. Enfin, la région qui est l'interlocuteur naturel de l'ARS, est associée au stade de la mise en œuvre du projet régional de santé en qualité essentiellement de partenaire financier. C'est pourquoi le rapport insiste sur la nécessité pour la région de développer des **synergies fructueuses avec les départements** et de **veiller à une coordination efficace** entre ces derniers.

2. LES BONNES PRATIQUES LOCALES

Les **élus locaux** cherchent, de longue date, à **se mobiliser** face aux difficultés de l'État, en dépit de la modestie des moyens juridiques, techniques et financiers dont ils disposent pour améliorer l'accès aux soins ; en effet, les élus de terrain sont régulièrement interpellés par les habitants sur cette question majeure.

Historiquement ce sont les **communes et leurs groupements** qui, face à la carence de l'État, ont créé des **centres de santé** afin de **remédier aux déserts médicaux** et de **limiter l'isolement** des professionnels de santé par le développement de leur « exercice coordonné ». Si cette pratique est développée par un nombre croissant de communes et d'intercommunalités, elle est limitée par une demande de médecins pour le salariat inférieure à l'offre des centres de santé.

Les solutions pour lutter contre les déserts médicaux peuvent également passer par la création de **maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)**. **Nombreux sont les élus** qui mettent en place de telles structures, afin de développer des activités de soins sans hébergement au plus près des territoires. S'il n'est pas possible de citer toutes les **initiatives locales** en matière de MSP, les auditions ont permis de mettre en exergue quelques pratiques exemplaires. Citons, en particulier, la **MSP à Fontainebleau** : lors de son audition, M. Frédéric Valletoux a expliqué avoir créé, dans sa commune de Fontainebleau, une maison dotée du **label universitaire**.

Par ailleurs, certaines collectivités créent des centres de santé pour répondre aux difficultés d'accès aux soins. Autrefois dénommés « dispensaires », les centres de santé sont des structures sanitaires **publiques** chargées de **pratiquer principalement des soins de premier recours**. Ces centres **emploient** des médecins **salariés** et se distinguent ainsi des MSP, qui sont, elles, des **structures privées au sein desquelles les médecins exercent une activité libérale**. Si les communes et leurs groupements ont été historiquement les **premières** à créer des centres de santé dans les zones déficitaires, certains départements prennent, depuis quelques années, **d'opportunes initiatives en la matière**. Tel est le cas du département de **Saône-et-Loire**, souvent cité en exemple dans la mesure où il a créé, en 2017, le premier centre de santé départemental en France.

La création des centres de santé s'accompagne parfois de solutions visant à **développer la médecine ambulante**. En effet, de nombreux élus développent cette modalité particulière d'exercice de la médecine afin de **rapprocher l'offre de soins** des patients situés en zones sous-denses ; matériellement cela peut prendre la forme d'un bus. Les dispositifs de santé itinérante fonctionnent souvent avec l'aide précieuse de praticiens **retraités**.

Certaines collectivités ont fait le choix, plutôt que de financer des structures de soins fixes ou itinérantes, de **mener des actions proactives** afin de **favoriser l'installation des médecins** (logement, aides à l'emploi du conjoint, cadre de vie...). Citons en particulier le conseil départemental de l'Aveyron et celui des Deux-Sèvres.

Les initiatives réussies des collectivités territoriales en matière d'accès aux soins peuvent également porter sur des **actions préventives** (par exemple le programme « J'agis pour ma santé » lancé par la métropole de Montpellier en 2017). Une des pistes évoquées lors des auditions pour favoriser l'accès aux soins concerne également la mise en place des mutuelles **communales**.

Le rapport traite également de la **télé médecine**. En effet, nombre de personnes entendues dans le cadre du rapport ont fait valoir que les habitants de zones médicalement sinistrées sont **en détresse depuis des années** et n'ont aucun espoir de voir la couverture médicale s'améliorer à court comme à moyen terme par le recours aux solutions « conventionnelles ». Ces personnes affirment également que la crise sanitaire devrait jouer un rôle **d'accélérateur** du déploiement des **télécabines** ou des **cabinets** de télé médecine. En effet, en 2020, le nombre de consultations médicales virtuelles a été multiplié par trois. La crise du Covid a donc fortement participé à la démocratisation de la téléconsultation, à la fois du côté des médecins mais également des patients.

3. LES 12 RECOMMANDATIONS

7 RECOMMANDATIONS À DESTINATION DES ÉLUS LOCAUX

1. Bâtir des **centres ou maisons de santé « partenariaux »**, c'est-à-dire en **étroite concertation** entre les élus locaux et les professionnels de santé (organes représentatifs, conseil départemental de l'ordre...), et ce le plus en amont possible. Cette synergie est essentielle pour garantir le succès de l'opération. En effet, nombreuses sont les maisons de santé dont les murs existent mais qui n'accueillent ni patients ni médecins. Ces projets, certes lancés avec beaucoup de sérieux, n'étaient pas partenariaux ou de territoire.
2. Renforcer les liens entre les collectivités territoriales et les **facultés de médecine** (antennes universitaires dans chaque département, label universitaire dans les maisons de santé), comme le prouve l'exemple précité de Fontainebleau.
3. Favoriser l'installation des médecins dans les **zones sous-denses par des dispositifs incitatifs** (des bourses financières jusqu'au salariat).
4. Attirer les médecins par une **aide personnalisée** apportée à eux-mêmes ainsi qu'à leur famille afin de favoriser leur installation dans les territoires (par exemple aides au logement ou actions permettant au conjoint du médecin de trouver du travail localement).
5. Rechercher l'échelon local pertinent pour la mise en œuvre des projets de santé. Deux critères méritent d'être pris en compte pour apprécier le **niveau pertinent d'intervention** : la soutenabilité financière et la technicité du projet.
6. Généraliser les **contrats locaux de santé** (CLS) sur l'ensemble du territoire. En effet, ces contrats, portés conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, sont l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. **Il appartient donc aux élus, d'une part, de généraliser** les CLS sur l'ensemble du territoire, d'autre part, de favoriser la généralisation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
7. Encourager le recours à des projets de **télé médecine** lorsqu'**aucune solution alternative ne paraît envisageable**. En effet, la télé médecine ne doit pas se développer au détriment de la venue de médecins dans les territoires sous-dotés.

5 RECOMMANDATIONS À DESTINATION DE L'ÉTAT

1. Associer les élus locaux à la **stratégie nationale** de réduction des inégalités territoriales. Cette stratégie nécessite l'établissement d'un bilan des installations et des départs des professionnels de santé ainsi qu'une cartographie précise de l'offre de soin. En effet, les outils de pilotage font actuellement défaut (données centralisées et agrégées).

2. Lancer, sans tabou, un débat national sur la **formation et la liberté d'installation** des médecins. Jusqu'à présent, les tentatives d'ajustement de la répartition des médecins se sont heurtées à de fortes oppositions. Or, le principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général. Le rapport souligne donc l'importance de cette question, soulevée régulièrement lors des auditions. En conséquence, il s'interroge sur l'opportunité de renforcer les dispositifs **d'incitation**, voire d'adopter des mesures **coercitives** aménageant le principe de liberté d'installation

3. Lancer une réflexion commune État-collectivités territoriales sur les **risques de compétition** entre les territoires. En effet, le rapport pointe le risque **de concurrences**, voire de **surenchères entre territoires**, dans un contexte marqué par un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande de soins dans certains territoires.

4. Renforcer le **rôle facilitateur des ARS** : confier aux délégations départementales un rôle d'interface de proximité avec les élus ou doter les ARS d'une direction opérationnelle dédiée aux relations avec les élus. Cette évolution est d'autant plus nécessaire que la crise sanitaire a montré que les **délégations départementales**, censée rapprocher la gestion des ARS du terrain, ne jouent pas suffisamment le rôle **de proximité** escompté. Ce sentiment est plus marqué dans les **grandes régions**, au sein desquelles l'échelon régional peut paraître particulièrement lointain.

5. Mieux **associer les collectivités territoriales à la politique menée par l'ARS** dans la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette recommandation suppose, dans le cadre du projet de loi dit « 3DS » :

- de renforcer le poids des élus locaux au sein du conseil de surveillance de l'ARS ;
- d'élargir les attributions du conseil de surveillance des ARS ;
- d'associer les collectivités locales à la détermination des « déserts médicaux ».

LES RAPPORTEURS



[Philippe Mouiller](#)

*Sénateur des Deux-Sèvres
(Les Républicains)*



[Patricia Schillinger](#)

*Vice-Présidente de la
délégation, Sénatrice du
Haut-Rhin
(RDPI)*

Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation : <http://www.senat.fr/commission/decentralisation/index.html>

Lien vers le rapport : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-063-notice.html>