



**CESR MIDI-PYRÉNÉES**

**ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE**

**Séance du 23 juin 2009**

**L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS**

**AVIS**

**Rapporteurs :**

**Monsieur Georges BENAYOUN  
Monsieur Yvon FAU**

# L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS

## AVIS

### Rapporteurs :

**Monsieur Georges BENAYOUN**  
**Monsieur Yvon FAU**

### Rapport adopté

|                     |            |
|---------------------|------------|
| <b>Votants :</b>    | <b>106</b> |
| <b>Pour :</b>       | <b>97</b>  |
| <b>Contre :</b>     | <b>0</b>   |
| <b>Abstention :</b> | <b>9</b>   |

*Note à l'attention du lecteur*

*Lors de la mise en publication du présent avis, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) n'avait pas encore été adoptée par le Parlement.*

**Ce projet d'avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission des Affaires Sociales et Culturelles du CESR, présidée par Monsieur Philippe de LORBEAU.**

**Les membres du groupe de travail :**

**Monsieur Max AÏRA  
Personnalité qualifiée**

**Madame Marie-Christine ALBARET  
Représentant l'Union régionale CFE-CGC**

**Monsieur Jacques ARGOUNES  
Représentant la CRAM**

**Madame Malika BAADOUD  
Personnalité qualifiée**

**Madame Agnès BARTHOLIN  
Représentant le Comité Régional CGT**

**Monsieur Georges BENAYOUN  
Représentant les Professions Libérales**

**Monsieur Jacques CAUQUIL  
Représentant le secteur hospitalier**

**Monsieur Jacques DUVIN  
Représentant la Confédération Générale des PME**

**Monsieur Yvon FAU  
Représentant l'URCAM**

**Monsieur Christian GASTON  
Représentant FO**

**Monsieur Pierre-Jean GRACIA  
Représentant l'Union Régionale de la Mutualité Française Midi-Pyrénées**

**Monsieur Patrick KIRCHNER  
Représentant la Confédération Paysanne de Midi-Pyrénées**

**Monsieur Didier LASCOUMES  
Représentant l'Union Régionale Interprofessionnelle CFDT**

**Monsieur Philippe de LORBEAU  
Représentant les Associations Régionales des Industries Agroalimentaires et Alimentaires**

**Monsieur Patrick ROUX  
Représentant les Professions Libérales**

## SOMMAIRE

|   |     |
|---|-----|
| <b>Discours d'ouverture</b>   | 10  |
| <b>Remerciements</b>  | 16  |
| <b>INTRODUCTION</b>   | 20  |
| <b>PREMIÈRE PARTIE : LE SYSTÈME DE SANTÉ</b>  | 25  |
| <b>CHAPITRE 1. ÉTAT DES LIEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>   | 26  |
| I. DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT ET DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ                                       | 26  |
| II. DIMENSION ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ  | 41  |
| III. LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS                                    | 43  |
| <b>CHAPITRE 2. LES ENJEUX ET LES LIMITES DU SYSTEME DE SANTÉ</b>  | 48  |
| I. LES PROBLÈMES LIÉS À L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ  | 48  |
| II. LES ENJEUX LIÉS AUX RÉFORMES EN COURS   | 53  |
| III. LES LIMITES DES DISPOSITIFS VISANT À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS                                 | 54  |
| <b>DEUXIÈME PARTIE : LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS</b>  | 60  |
| <b>CHAPITRE 1. LA DIMENSION SPATIO-TEMPORELLE DES DIFFICULTÉS À L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ</b>              | 61  |
| I. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE GÉNÉRALE ET SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES  | 61  |
| II. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ENJEUX ASSOCIÉS   | 68  |
| <b>CHAPITRE 2. LA DIMENSION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CULTURELLE DES DIFFICULTÉS D'ACCÉDER À DES SOINS DE QUALITÉ</b> | 93  |
| I. LA « DISTANCE » ÉCONOMIQUE AUX SOINS   | 93  |
| II. LES AUTRES TYPES DE « DISTANCES » À L'ACCÈS AUX SOINS   | 99  |
| 1. LES PATIENTS SONT CONFRONTÉS À UN MANQUE D'INFORMATION   | 100 |
| 2. LES OBSTACLES ADMINISTRATIFS   | 100 |
| 3. DES OBSTACLES SOCIAUX OU PSYCHO-SOCIAUX  | 103 |
| 4. LES OBSTACLES DE NATURE CULTURELLE   | 111 |
| <b>TROISIÈME PARTIE : LES PRÉCONISATIONS DU CESR</b>  | 114 |
| <b>Explications de vote</b>   | 131 |
| <b>GLOSSAIRE</b>  | 146 |
| <b>ANNEXES</b>  | 150 |

# TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SOMMAIRE.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>DISCOURS D'OUVERTURE.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>20</b> |
| I. QUELQUES DÉFINITIONS .....   | 20        |
| ✓ Santé et soins .....  | 20        |
| ✓ La question de la qualité des soins .....   | 21        |
| ✓ La question de l'accès aux soins .....  | 22        |
| II. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE .....  | 23        |
| <br>PREMIÈRE PARTIE : LE SYSTÈME DE SANTÉ.....  | <br>25    |
| <br><i>CHAPITRE 1 : ÉTAT DES LIEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ.....</i>   | <br>26    |
| I. DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT ET DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....                               | 26        |
| 1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE.....  | 26        |
| 1.1 Bref historique du système de protection sociale français.....  | 26        |
| 1.2 Organisation du système de protection sociale français.....   | 27        |
| 2. ASPECTS DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ .....                                   | 28        |
| 2.1 L'organisation du système .....   | 29        |
| ➤ L'administration d'un système de santé pluraliste.....  | 29        |
| - De nombreuses instances de niveau national interviennent dans l'administration du système de santé.....     | 29        |
| - L'organisation de l'Etat au niveau local .....  | 30        |
| ➤ La protection sociale maladie .....   | 30        |
| - L'assurance obligatoire .....   | 30        |
| - L'assurance complémentaire .....  | 31        |
| 2.2 Le système hospitalier .....  | 31        |
| ➤ Les établissements publics.....   | 32        |
| - Les centres hospitaliers (CH) .....   | 32        |
| - Les hôpitaux locaux .....   | 32        |
| - Les centres hospitaliers spécialisés.....   | 32        |
| ➤ Les établissements privés.....  | 32        |
| ➤ Le financement des hôpitaux .....   | 33        |
| 2.3 Les professions de santé.....   | 33        |
| ➤ Les médecins .....  | 34        |
| ➤ La formation continue des médecins et des autres professionnels de santé .....                              | 34        |
| ➤ Les autres professions du secteur de la santé.....  | 34        |
| 2.4 Les centres de santé et centres de soins .....  | 34        |
| 2.5 Les autres structures et dispositifs qui visent à favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous..... | 34        |
| ➤ Le service de santé au travail.....   | 35        |
| ➤ La médecine en milieu pénitentiaire.....  | 36        |
| 2.6 La pharmacie.....   | 37        |
| 2.7 Le fonctionnement du système de santé .....   | 38        |
| ➤ L'usager et l'accès aux soins .....   | 38        |
| ➤ Les relations entre les prestataires de soins, l'Etat et l'Assurance Maladie .....                          | 39        |
| ➤ Les réseaux de soins.....   | 40        |
| 3. LE PROJET DE LOI HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES .....   | 40        |
| II. DIMENSION ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ.....   | 41        |
| 1. LES COMPTES NATIONAUX ET RÉGIONAUX DE LA SANTÉ .....   | 41        |
| 2. LES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES .....  | 42        |
| III. LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS.....                             | 43        |

CHAPITRE 2 : LES ENJEUX ET LES LIMITES DU SYSTÈME DE SANTÉ..... 48

|  |    |
|--|----|
| I. LES PROBLÈMES LIÉS À L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ .....                                 | 48 |
| 1. LES ENJEUX LIÉS AUX DÉPENSES GLOBALES .....                                       | 48 |
| 2. LES FACTEURS QUI FAVORISENT L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ.....             | 50 |
| 2.1 Les facteurs liés à la demande.....  | 50 |
| ➤ Les facteurs démographiques.....   | 50 |
| ➤ Les facteurs épidémiologiques .....  | 50 |
| ➤ Les facteurs économiques.....  | 51 |
| ➤ Les facteurs culturels.....  | 51 |
| 2.2 Les facteurs liés à l'offre.....   | 51 |
| ➤ Les facteurs de démographie médicale.....  | 51 |
| ➤ Les facteurs technologiques .....  | 52 |
| ➤ Les facteurs humains et les aléas.....   | 52 |
| ➤ Les facteurs organisationnels.....   | 52 |
| II. LES ENJEUX LIÉS AUX RÉFORMES EN COURS.....                                       | 53 |
| 1. LES SPÉCIFICITÉS DE L'HOPITAL PUBLIC .....  | 53 |
| 2. LE CAS DES HÔPITAUX PÉRIPHÉRIQUES.....  | 54 |
| III. LES LIMITES DES DISPOSITIFS VISANT À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS..... | 54 |
| 1. LES LIMITES DE LA CMU ET DE LA CMU-C.....   | 54 |
| 2. LES LIMITES DES AUTRES DISPOSITIFS.....   | 55 |
| 3. LES LIMITES DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL.....                                 | 56 |
| 4. LES LIMITES DE L'ACCÈS AUX SOINS EN PRISON.....                                   | 56 |

**CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE .....** 58

DEUXIÈME PARTIE : LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS ..... 60

CHAPITRE 1 : LA DIMENSION SPATIO-TEMPORELLE DES DIFFICULTÉS À L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ..... 61

|   |    |
|---|----|
| I. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE GÉNÉRALE ET SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES .....  | 61 |
| 1. L'ÉTENDUE DU TERRITOIRE ET LA RÉPARTITION INÉGALE DE LA POPULATION SUR CE TERRITOIRE.....  | 61 |
| 2. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PERSONNES AGÉES .....   | 62 |
| 3. UNE POUSSÉE DÉMOGRAPHIQUE CES DERNIÈRES ANNÉES, PARTICULIÈREMENT FORTE AUTOUR DE TOULOUSE.....   | 63 |
| 4. UN TAUX DE PRÉCARITÉ RÉGIONAL SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE.....  | 64 |
| II. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ENJEUX ASSOCIÉS.....  | 68 |
| 1. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE À L'HORIZON 2030.....  | 68 |
| 2. MIDI-PYRÉNÉES SE CARACTÉRISE PAR UN NOMBRE IMPORTANT DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIS SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL.....  | 71 |
| 2.1 25 zones déficitaires identifiées.....  | 77 |
| 2.3 Un maillage régional des établissements de soins important mais inégalement réparti .....   | 80 |
| - Le manque de service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) .....   | 83 |
| 2.4 Des logiques d'acteurs différentes et en évolution.....   | 84 |
| - La logique de l'offre hospitalière.....   | 84 |
| - L'évolution de l'exercice professionnel des médecins .....  | 84 |
| 3. LES SOLUTIONS MISES EN ŒUVRE PAR DIFFÉRENTS ACTEURS POUR LUTTER CONTRE LE RISQUE DE PÉNURIE MÉDICALE.....  | 86 |
| 3.1 Les aides publiques à l'installation de médecins dans les zones sous-médicalisées ou dans les zones rurales.....  | 86 |
| ➤ Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant directement être accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements :.....                          | 87 |
| - Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant être accordées (Articles L. 1511-8 et R. 1511-44 à R.1511- 46 du Code général des collectivités territoriales)..... | 87 |
| - Les aides aux étudiants en médecine pouvant être accordées par les collectivités territoriales et leurs groupements .....   | 87 |
| - L'exonération de la taxe professionnelle en faveur des professionnels de santé exerçant à titre libéral ....  | 87 |
| ➤ Les aides pouvant être accordées par l'Assurance Maladie .....  | 87 |
| - Les aides conventionnelles.....   | 87 |
| - Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).....   | 87 |
| ➤ Les aides fiscales de l'Etat.....   | 88 |
| - Exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux).....            | 88 |

|   |    |
|---|----|
| - Exonération d'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux)..... | 88 |
| ➤ Les actions menées ou soutenues par la Mission Régionale de Santé (MRS).....  | 88 |
| ➤ L'émergence d'un nouvel outil pour garantir l'accès aux soins au niveau local : la « maison de santé pluridisciplinaire » .....   | 89 |
| 3.2 La réforme de la formation initiale des médecins .....  | 89 |
| 3.3 Les initiatives du Conseil Régional Midi-Pyrénées.....  | 90 |
| 3.4 Le recours à des médecins européens.....  | 91 |
| 4. LES FACTEURS TEMPORELS QUI COMPLIQUENT L'ACCÈS AUX SOINS .....   | 92 |

## CHAPITRE 2 : LA DIMENSION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CULTURELLE DES DIFFICULTES D'ACCÉDER À DES SOINS DE QUALITÉ..... 93

|   |     |
|---|-----|
| I. LA « DISTANCE » ÉCONOMIQUE AUX SOINS .....   | 93  |
| 1. LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE (CMU, CMU-C, ETC.) N'ONT PAS RÉSOLU TOUS LES PROBLÈMES ET ONT GÉNÉRÉ DES EFFETS DE SEUIL.....                             | 93  |
| 2. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LES NOUVELLES MESURES VISANT À LIMITER LES DÉPENSES DE SANTÉ.....   | 94  |
| 3. LES DIFFICULTÉS ENGENDRÉES PAR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES.....  | 95  |
| 4. L'INÉGAL ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE .....   | 96  |
| 5. CONSÉQUENCES : LE RENONCEMENT OU LE RETARD DE SOINS ET UNE DIFFÉRENCIATION DE LA STRUCTURE DE RECOURS AUX SOINS SELON LES CATÉGORIES SOCIALES.....     | 97  |
| II. LES AUTRES TYPES DE « DISTANCES » À L'ACCÈS AUX SOINS .....   | 99  |
| 1. LES PATIENTS SONT CONFRONTÉS À UN MANQUE D'INFORMATION.....  | 100 |
| 2. LES OBSTACLES D'ORDRE ADMINISTRATIF .....  | 100 |
| ➤ La méconnaissance des droits.....   | 101 |
| ➤ La difficulté à fournir les justificatifs demandés.....   | 102 |
| - Les justificatifs de domiciliation .....  | 102 |
| - Les justificatifs de ressources .....   | 102 |
| 3. DES OBSTACLES SOCIAUX OU PSYCHO-SOCIAUX .....  | 103 |
| 3.1 Une perception de la santé différenciée en fonction de caractéristiques sociales.....   | 103 |
| 3.2 Une explication plus sociale des différences en termes de structures de consommation des soins.....   | 103 |
| 3.3 L'incidence des conditions de travail .....   | 104 |
| 3.4 L'incidence des conditions de logement.....   | 104 |
| 3.5 L'incidence des modes de vie .....  | 104 |
| 3.6 La situation particulière des étudiants.....  | 105 |
| 3.7 Des rapports différenciés aux soins : la situation particulière des personnes en grande précarité.....  | 105 |
| 3.8 Des réponses sociales qui tentent de s'adapter aux caractéristiques des personnes.....  | 106 |
| ➤ Le service social de la CRAM accompagne les personnes vers une prise en charge de leur santé.....   | 107 |
| - Favoriser l'accès aux droits.....   | 107 |
| - Favoriser l'accès aux soins.....  | 107 |
| ➤ Médecins du Monde va à la rencontre des populations en grande précarité.....  | 108 |
| ➤ Le réseau Santé Précarité coordonne les différents acteurs .....  | 108 |
| ➤ La Case de Santé met la prévention au cœur de son action.....   | 109 |
| ➤ Les CHRS visent l'insertion par une approche globale des populations en grande précarité.....   | 110 |
| 4. LES OBSTACLES DE NATURE CULTURELLE .....   | 111 |
| 4.1 La barrière linguistique.....   | 111 |
| 4.2 Des habitudes alimentaires spécifiques.....   | 111 |
| 4.3 Les représentations sociales de la féminité ont une influence sur le rapport que le système de santé entretient vis-à-vis de la santé des femmes..... | 111 |
| - Une forte médicalisation .....  | 112 |
| - Une définition de la place des femmes dans l'organisation sociale.....  | 112 |
| - L'invisibilité des femmes dans les autres domaines de la santé et de la société .....   | 113 |

## TROISIÈME PARTIE : LES PRÉCONISATIONS DU CESR..... 114

|  |            |
|--|------------|
| <i>PROPOSITION 1 : LEVER LES OBSTACLES ECONOMIQUES A L'ACCES AUX SOINS.....</i>  | <i>117</i> |
| 1. <u>Effacer les effets de seuils de la CMU en relevant les plafonds de ressources et favoriser l'accès à une couverture complémentaire.....</u>    | 117        |
| 2. <u>Sanctionner la pratique du refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.....</u>   | 117        |
| 3. <u>Mieux contrôler et réglementer les dépassements d'honoraires en planifiant l'exercice en secteur 2 conventionnel à honoraires libres .....</u> | 118        |
| 4. <u>Informers les malades des tarifs qui leur seront appliqués préalablement à l'examen .....</u>  | 118        |
| 5. <u>Prendre des mesures en faveur des étudiants .....</u>  | 118        |



|   |            |
|---|------------|
| <i>PROPOSITION 2 : SIMPLIFIER L'ACCES AUX DROITS ET AMELIORER L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC</i> .....   | 119        |
| 1. <u>Simplifier les démarches administratives pour l'accès aux soins et aux droits et favoriser le lien entre les consultations sociales et le milieu associatif</u> .....                               | 119        |
| 2. <u>Améliorer l'information en développant notamment des outils de communication destinés au grand public</u> .....   | 119        |
| <i>PROPOSITION 3 : DEVELOPPER LA PREVENTION ET L'EDUCATION A LA SANTE</i> .....   | 120        |
| 1. <u>Coordonner un plan régional de prévention</u> .....   | 120        |
| 2. <u>Développer l'éducation à la santé notamment en direction des jeunes, dès le plus jeune âge et tout au long du cursus scolaire</u> .....   | 120        |
| 3. <u>Promouvoir et renforcer la médecine scolaire</u> .....  | 121        |
| 4. <u>Orienter davantage les pratiques médicales vers la prévention</u> .....   | 121        |
| <i>PROPOSITION 4 : FAVORISER LA PRESENCE DE PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE</i> .....   | 122        |
| 1. <u>Augmenter le nombre de professionnels de santé en libérant le numerus clausus ou les quotas quand ils existent</u> .....  | 122        |
| 2. <u>Favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire en développant davantage les mesures incitatives et désincitatives</u> .....                    | 123        |
| 3. <u>Créer des postes de chefs de cliniques dans les hôpitaux périphériques</u> .....  | 123        |
| 4. <u>Fournir un logement aux étudiants en médecine qui effectuent un stage en zone rurale</u> .....  | 124        |
| 5. <u>Développer les maisons de santé pluridisciplinaires</u> .....   | 124        |
| 6. <u>Développer les maisons médicales de garde en zone urbaine</u> .....   | 125        |
| <i>PROPOSITION 5 : SOUTENIR LES ASSOCIATIONS QUI INTERVIENNENT AUPRES DES PERSONNES EN GRANDE PRECARITE</i> .....   | 126        |
| <i>PROPOSITION 6 : FAVORISER L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS, DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE</i> .....  | 127        |
| 1. <u>Amplifier la lutte contre les infections nosocomiales en généralisant l'évaluation des pratiques professionnelles et en faisant appliquer l'obligation de formation continue des médecins</u> ..... | 127        |
| 2. <u>Améliorer l'accueil des patients</u> .....  | 127        |
| 3. <u>Améliorer la coordination intra-hospitalière entre la médecine de ville et les établissements de santé</u> .....  | 128        |
| <i>PROPOSITION 7 : FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES METIERS EMERGENTS</i> .....   | 129        |
| 1. <u>Favoriser l'émergence de nouveaux métiers tels que celui de « conseillers de santé »</u> .....  | 129        |
| 2. <u>Développer et encadrer les transferts de tâches</u> .....   | 129        |
| <b>EXPLICATIONS DE VOTE</b> .....   | <b>131</b> |
| Intervention de Christian GASTON, représentant le groupe CGT-FO .....   | 132        |
| Intervention de Didier LASCOUMES, représentant le groupe CFDT .....   | 134        |
| Intervention de Jacques MAREK, représentant le groupe CGT .....   | 135        |
| Intervention de Georges BENAYOUN, représentant le 1 <sup>er</sup> collège, .....  | 139        |
| Intervention de Jean-Paul PANIS, représentant le 3 <sup>ème</sup> collège, .....  | 143        |
| <b>GLOSSAIRE</b> .....  | <b>146</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....  | <b>150</b> |
| <i>ANNEXE I : COMPLÉMENTS D'INFORMATION – FINANCEMENT DES HÔPITAUX</i> .....  | 151        |
| <i>PRINCIPES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)</i> .....  | 151        |
| <i>ANNEXE II : LES AIDES PUBLIQUES À L'INSTALLATION DES MÉDECINS DANS LES ZONES SOUS-DOTÉES</i> .....   | 154        |

# DISCOURS D'OUVERTURE

## Extraits

*« Monsieur le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales,  
Madame la Directrice adjointe de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,  
Madame, Monsieur le Conseiller,  
Madame, Monsieur,*

*Nous sommes réunis ce matin en assemblée plénière pour examiner trois projets d'avis, dont deux autosaisines, le premier porte sur « L'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées » dont les co-rapporteurs sont M. Georges BENAYOUN et M. Yvon FAU, le deuxième est relatif à la filière bois, le rapporteur est M. Eric LALANDE et, le troisième concerne le bilan à mi-parcours du PRDF 2007-2011 présenté par M. Hélios GONZALO qui est mis en débat dans le cadre de la saisine obligatoire par le Conseil Régional.*

*Pour les trois rapports qui seront présentés, c'est un travail de qualité, parfois difficile, laborieux mais avec des propositions d'actions, je tiens à vous en remercier.*

*Avant d'aborder l'ordre du jour proprement dit, je veux rendre hommage à toutes les victimes de la catastrophe aérienne du 1<sup>er</sup> juin 2009. Malheureusement notre région n'a pas été épargnée puisque parmi les victimes, il y a eu M. Jean-Luc WILHEM, cadre à la SNPE, délégué CGC et, son épouse, salariée de l'école de chimie de l'Institut National Polytechnique de Toulouse que préside notre collègue M. Gilbert CASAMATTA.*

*Pour toutes les victimes et pour leur mémoire, je vous invite à bien vouloir observer une minute de silence. (...)*

*Concernant nos projets d'avis, laissez-moi vous expliquer au préalable les contextes, local et national, dans lesquels ils prennent place ou dans lesquels on ne peut les exclure, avant qu'ils ne vous soient présentés plus en détail par les rapporteurs concernés.*

### **L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS**

*En 2004, le CESR abordait la question de la santé sous l'angle de l'offre de soins, du point de vue des professionnels de santé. Aujourd'hui, le CESR s'est emparé de ce sujet en adoptant le point de vue des patients et de la population.*

*En 2009, comme en 2004, la santé est l'affaire de tous, c'est une préoccupation partagée.*

*Ce qui est mis en évidence est que, si en théorie, le principe d'égal accès aux soins pour tous est réalisé (il est en effet au cœur des principes fondateurs de la Sécurité Sociale et a été nettement amélioré depuis la mise en place de la CMU en 1999), dans les faits cependant, le constat est bien qu'une partie de la population éprouve toujours des difficultés pour accéder à des soins de qualité. En effet, actuellement, on constate que l'accès aux soins de qualité reste difficile pour certaines personnes, notamment les plus pauvres. Selon une récente étude (2008) de l'Institut de recherche et*

*de documentation en économie de la santé (Irdes), le revenu influe encore grandement sur l'état de santé et l'accès aux soins en France. Selon les résultats de cette grande enquête menée auprès de 20.000 personnes, les ménages aux faibles revenus sont aussi ceux qui souffrent du plus mauvais état de santé, du taux de couverture en complémentaire santé le plus bas et de renoncement régulier aux soins. Lors des douze derniers mois, 14% des assurés ont en effet renoncé à des soins pour des raisons économiques et 22% d'entre eux renoncent même à ces soins de façon définitive. Le contraste entre les ménages modestes et ceux plus aisés est significatif : parmi ceux qui gagnent moins de 800 euros par mois, le taux de renoncement grimpe à 24% tandis qu'il est de 7,4% chez les ménages aux revenus supérieurs à 1.867 euros.*

*Par ailleurs, côté honoraires, plus la part à la charge du malade est élevée, plus le renoncement augmente. Il concerne ainsi les soins les plus coûteux ou ceux qui sont mal remboursés par la Sécurité sociale : les soins dentaires (63% des renoncements), les lunettes (25%) et les consultations chez les médecins spécialistes (16%). Parmi ceux qui renoncent à des soins, près d'un tiers est dépourvu d'une mutuelle, alors que cette proportion chute à 13% pour ceux qui bénéficient d'une complémentaire privée.*

*Les jeunes et les personnes âgées sont les personnes les moins bien couvertes. C'est dans les tranches des 20-29 ans et des plus de 60 ans qu'on retrouve la majorité des personnes sans complémentaire. Pour ces derniers, la retraite signifie souvent «la perte» du contrat collectif proposé dans certaines entreprises.*

*Sur l'ensemble de la population, 7% des assurés déclarent ne pas avoir de complémentaire. Les cadres ont plus souvent accès aux couvertures complémentaires que les ouvriers. Finalement, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la mesure récente du chèque santé restent insuffisantes pour pallier les inégalités d'accès aux soins.*

*Dans le projet d'avis qui va vous être présenté, le CESR reconnaît le rôle joué par ces facteurs économiques sur le mauvais accès aux soins.*

*Aussi, le CESR estime que la santé doit se soustraire à une logique marchande, de manière à garantir à tous d'être bien soignés. Ainsi, le CESR préconise notamment de lutter contre les effets de seuil en relevant les plafonds de ressources fixés pour accéder à la Couverture Maladie Complémentaire, il condamne les refus de soins opposés aux patients bénéficiaires de la CMU et propose de réglementer les dépassements d'honoraires, pour tout cela il faut des moyens de contrôle appropriés.*

*Par ailleurs, pour faire face au risque de désertification sanitaire de certains territoires qui doit être appréhendé de manière globale, il faut développer les mesures incitatives à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-médicalisées et désincitatives dans les zones surmédicalisées, développer les maisons de santé pluridisciplinaires en zone rurale – et, sur ce point, le CESR salue en particulier les initiatives du Conseil Régional Midi-Pyrénées mises en place pour favoriser ce type de structures. Les Régions, à travers leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, sont tout à fait légitimes à agir pour tenter de lutter contre la désertification médicale, même si elles ne maîtrisent pas tous les leviers pour favoriser l'attractivité des territoires.*

*D'autres obstacles à l'accès aux soins qui sont d'ordre social et culturel (manque d'information, méconnaissance des dispositifs, barrière linguistique, etc.) existent. Pour limiter leurs effets, le CESR préconise de simplifier les démarches administratives pour accéder aux soins, en développant notamment des outils de communication destinés au grand public. Il lui paraît également fondamental de développer l'éducation à la santé, en particulier en direction des plus jeunes et tout au long du cursus scolaire.*

*Alors, face à tout cela, comment ne pas s'interroger sur l'effet du projet de loi BACHELOT « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » qui est présenté parfois au vu des dispositions prévues comme confondant hôpital et entreprise, favorisant la course au profit au détriment de l'égalité d'accès aux soins des populations. Ce projet de loi reprend les propositions du rapport LARCHER (avril 2008).*

*Ce projet de loi paraît clore un long cycle de réformes hospitalières né dans le milieu des années 80. Le système de santé n'échappe pas aux coups de boutoir du système qui soumet aux lois du marché l'ensemble des services publics depuis plus de 20 ans.*

*Toutes les réformes successives ont pour but de sortir le secteur public hospitalier d'une crise multiforme, c'est-à-dire à la fois économique liée aux déficits des hôpitaux publics de 760 millions d'euros en 2007 (dont la moitié par les CHU), sociologique car le personnel hospitalier est démotivé et il y a une perte d'attractivité de l'hôpital public par les professions médicales et, c'est aussi une crise de qualité, par le problème de la sécurité des soins (plus de 5000 morts par an dus aux maladies nosocomiales) qu'elle pose.*

*Avec le plan hôpital 2007 impulsé par MATTEI, on assiste à une privatisation de l'hôpital public puisque ce plan a prévu la mise en place d'un système de gestion des hôpitaux bien précis, avec une tarification à l'activité faisant entrer l'hôpital dans une culture d'objectifs, avec une nouvelle forme de gouvernance des hôpitaux qui redécoupe l'hôpital en pôles ayant une large autonomie financière.*

*Depuis, des contre-réformes s'accumulent, que cela soit celle sur les franchises médicales, les déremboursements des médicaments, la taxation des complémentaires ou le plan « Hôpital 2012 » (continuité du plan hôpital 2007), elles continuent d'aggraver l'état du service public de santé, dont l'accès aux soins des populations.*

*Le projet de loi BACHELOT parachève ce tableau en poursuivant son travail de soumission pyramidale de l'hôpital à l'Etat d'un côté, tout en parachevant la privatisation en cours. Les nombreuses mesures vont diminuer à la fois le pouvoir de décision des soignants (on parle de pouvoir résiduel des médecins) dans la gestion des hôpitaux en instaurant une Agence Régionale de Santé (ARS) – continuité de l'ARH de MATTEI – et soumettre encore plus le secteur public à des exigences de rentabilité. L'ARS s'accapare la direction des hôpitaux et tous pouvoirs sur la gestion sanitaire (et bientôt sociale) des régions. Elle pourra imposer des regroupements d'hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, préalables aux restructurations et fermetures de services ou d'hôpitaux, comme cela a déjà lieu dans de nombreuses zones dites « rurales ».*

*Après plus de cinq mois de débats ponctués de pétitions, de manifestations, les sénateurs et députés réunis en commission mixte paritaire le 16 juin 2009 se sont mis d'accord sur un texte définitif qui devrait être solennellement adopté aujourd'hui et demain par l'Assemblée nationale et le Sénat. Par rapport à la principale pierre d'achoppement du texte initial concernant le système de gouvernance, il y a eu un compromis. Si le « véritable patron » de l'hôpital est bien le directeur d'établissement au pouvoir renforcé, président un directoire, les médecins hospitaliers ont obtenu que le président de la commission médicale d'établissement (CME) ait un pouvoir de proposition.*

*L'hôpital public est un des piliers de la République. Il est confronté en première ligne à des problématiques sociales majeures ; il est un élément clé de notre système de santé et, de la qualité de vie dans notre pays et constitue, à l'instar de l'éducation, l'un des socles du développement de l'activité économique de notre pays.*

*(...)*

## QUELQUES MOTS POUR CONCLURE SUR LE CONTEXTE ECONOMIQUE ET SOCIAL

### L'aéronautique

*Le salon du Bourget a connu quelques frémissements pour les commandes enregistrées par les sous-traitants, même si nous n'avons pas été confrontés à la compétition Boeing-Airbus sur les records de commande comme lors des précédents salons, Airbus a confirmé qu'il avait 3500 avions à produire pour les cinq prochaines années. Les craintes restent pour la pérennité des emplois industriels en raison des pressions fortes sur toute la sous-traitance sur les prix et la volonté d'aller chercher les produits dans les pays à bas coût.*

*Les retards des Etats européens pour la mise en fabrication de l'avion militaire A400M ajoutent à la confusion et montrent aussi la difficulté d'une stratégie industrielle européenne sur un produit hyper-sophistiqué. Et pourtant nous n'avons pas le choix, aucun pays ne peut financer seul un tel avion.*

### Pôle de compétitivité Aerospace Valley

*Le contrat de performance du pôle de compétitivité Aerospace Valley a été signé par le Ministre de la défense Hervé MORIN, les Présidents de Région, les Présidents des communautés d'agglomération et Jean-Marc THOMAS. Il faut que l'argent de la recherche permette de maintenir et de créer des emplois dans nos deux régions. Les pôles à vocation mondiale doivent voir aussi leurs moyens renforcés.*

### Un plan de développement pour la nouvelle chimie en Midi-Pyrénées

*Pour sortir la Région Midi-Pyrénées et, plus encore, l'aire urbaine de Toulouse de la situation de mono-industrie qui a conduit, il y a vingt-cinq ans, la Lorraine à la faillite, il faut faire les efforts nécessaires en s'appuyant sur la recherche pour diversifier notre potentiel industriel. C'est le sens du rapport adopté le 17 octobre 2007 par notre assemblée en faveur d'une nouvelle chimie en Midi-Pyrénées qui représente 20 000 emplois.*

*Depuis janvier 2007, a été créée une Association de Préfiguration de la Maison Européenne des Procédés Innovants, pour l'élaboration d'une plate-forme technologique dédiée à la démonstration industrielle et aux essais pilotes dans les domaines de la chimie, pharmacie, chimie verte et nanotechnologies. Cette implantation, localisée à proximité du canceropôle, a le soutien des industriels concernés, de la communauté scientifique et notamment de l'école de chimie de l'Institut National Polytechnique que préside notre collègue Gilbert CASAMATTA.*

*Le projet figure précisément dans le contrat de projets Etat-Région signé en mars 2007. Le gouvernement s'est engagé fortement sur ce dossier cité dans le cadre du plan de relance prévoyant l'engagement financier d'un million d'euros en 2009, deux millions en 2010 et un million en 2011.*

*Il est soutenu par la communauté d'agglomération du Grand Toulouse, l'Europe, la CCIT et le CESR (avis d'octobre 2007 sur la chimie).*

*Au plan juridique, une société par actions simplifiées (SAS) sera créée en septembre 2009 après délibération des quatre actionnaires : la SNPE Matériaux Energétiques (SME), l'Institut National Polytechnique, la Caisse des Dépôts, la Société de Conseil ITEMS.*

*La Région Midi-Pyrénées doit être partenaire de ce projet car d'autres régions se mobilisent (c'est déjà le cas en Rhône-Alpes ou en Lorraine) pour pouvoir bénéficier à Toulouse d'une plate-forme technologique favorisant, l'innovation, la recherche et le transfert dans les domaines que j'ai indiqués et qui positionnera ce projet au cœur du développement économique durable.*

### Le Cancéropôle

*Dans quelques jours, le 8 juillet 2009, nous pourrons inaugurer le très beau centre de recherche construit par le groupe Pierre Fabre sur le site du Cancéropôle. La Ministre de la santé posera également la première pierre de l'hôpital qui sera construit sur le site.*

*Je tiens en votre nom à saluer ce très beau projet, symbolisant un Partenariat Public (Etat-Collectivités)-Privé dont une fois encore le groupe Pierre Fabre premier industriel présent sur le site avec un très bel ouvrage moderne qui abritera 700 chercheurs, merci cher Manuel SERDAN pour votre engagement sur ce projet, transmettez notre reconnaissance au Président Pierre FABRE.*

### Plan régional « soutenir l'activité et préparer l'avenir »

*Le Président de Région, Martin MALVY, présentera à l'assemblée plénière du Conseil Régional du 25 juin 2009 un plan intitulé « soutenir l'activité et préparer l'avenir ». Ce plan comporte un certain nombre de mesures qui touchent à l'économie, l'innovation, la formation, l'emploi, le développement durable et les actions climat, mais aussi une participation à la commande publique impulsée par la Région notamment en faveur du réseau routier national, l'accélération des investissements pour le Plan Rail et une majoration des taux d'intervention de la Région pour des investissements réalisés par les collectivités locales.*

*Le Président de Région m'a autorisé à vous en faire part. Le détail sera présenté aux élus, il sera communiqué à tous les conseillers.*

*Devant les difficultés que connaît notre pays, la Région Midi-Pyrénées prend aussi des initiatives pour aider l'économie régionale, les entreprises, les salariés (programme Qualification Plus) ainsi que les collectivités.*

*Le CESR ne peut qu'apporter son soutien aux initiatives proposées par le Président MALVY.*

### Routes nationales en Midi-Pyrénées : déblocage de la situation

*Le CESR prend acte avec satisfaction des engagements annoncés par le Ministre de l'Ecologie, de l'Environnement et du Développement et de l'Aménagement Durable, Jean-Louis BORLOO, qui a signifié, par lettre à Monsieur le Préfet de Région, des financements de l'Etat pour les routes nationales en Midi-Pyrénées.*

*Le Président de Région voit sa demande d'aide de l'Etat sur le plan rail prise en compte à hauteur de 100 millions d'euros, en contrepartie la Région s'engage pour un montant de 200 millions d'euros. C'est une décision courageuse et nécessaire pour rattraper nos retards.*

*340 millions de l'Etat, 200 millions de la Région, soit 540 millions, il faut 750 millions pour réaliser les travaux de modernisation sur les axes retenus par le gouvernement. Les Conseils Généraux de l'Aveyron, du Tarn, de la Haute-Garonne, du Gers et de l'Ariège seront sollicités avec les communautés d'agglomération à hauteur de 210 millions d'euros.*

*Le Préfet de Région a engagé la concertation pour chaque programme de modernisation des itinéraires routiers pour envoyer la maquette financière au MEDAD avant le 15 juillet 2009. Le CESR doit se réjouir de ces décisions. Le Plan Rail et la route se complètent au service du développement économique et durable et de la cohésion sociale et territoriale de Midi-Pyrénées.*

*L'axe Toulouse-Castres est confirmé en concession autoroutière, la procédure de débat public commencera à l'automne.*

*Ces investissements serviront à renforcer le développement local et à sécuriser les itinéraires, ils sont conformes au principe du Grenelle de l'environnement. Sur ce sujet aussi nous avons eu raison de ne pas renoncer. »*

**Jean-Louis CHAUZY**  
**Président du Conseil Economique et Social Régional**  
**Midi-Pyrénées**

# ***ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU CESR***

***MARDI 23 JUIN 2009***

# Remerciements

**Le Conseil Economique et Social Régional tient à remercier les PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES pour leur contribution à cet avis**

Monsieur Jacques **ARGOUNES**, Président de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (**CRAM**)  
Midi-Pyrénées

Madame **PONCY**, responsable du service social de la **CRAM**

Madame **CAMPARIOLE-CIGUIER**, assistante sociale à la **CRAM**

Madame **ASTIER**, Professeur de Droit

Monsieur Jean-Marie **BOUTEILLER** de l'hôpital d'Albi pour **FO**

Madame Dolorès **CANEZIN** pour la **CGT**

Madame Françoise **CAYLA**, Médecin et Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (**ORSMIP**)

Monsieur Thomas **CHOLLET**, Président de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Toulouse (**ACEMT**)

Mademoiselle Marine **MICHELET**, vice-Présidente de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Toulouse (**ACEMT**)

Mademoiselle Célia **CHIRON**, Vice Présidente en charge des Etudes Médicales à l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (**ANEMF**)

Monsieur Michel **COMBIER**, Président de l'Union des Omnipraticiens Français (**UNOF**)

Madame Christine **DARBELET** de la **Commission conventionnelle paritaire régionale des Infirmiers**

Monsieur Bernard **DAUMUR**, Délégué régional de la Fédération Hospitalière de France (**FHF**)  
Midi-Pyrénées

Monsieur Didier **PASSET**, Délégué régional adjoint de la Fédération Hospitalière de France (**FHF**)  
Midi-Pyrénées

Monsieur Michel **PICHAN**, vice-Président de la Fédération Hospitalière de France (**FHF**)  
Midi-Pyrénées

Madame Aline **CAUBERE**, permanente au sein de la Fédération Hospitalière de France (**FHF**)  
Midi-Pyrénées



Monsieur Hubert **DANDINE** pour la **CGT**

Monsieur Djamel **DIB**, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées (**URML**)

Monsieur le Professeur Jean-Louis **DUCASSÉ**, Médecin et Directeur de l'Observatoire Régional des Urgences en Midi-Pyrénées, (**ORUMIP**)

Le Docteur Pascale **ESTECAHANDY**, Médecin coordinateur du **réseau Santé-Précarité** de Toulouse

Monsieur Daniel **FERNANDEZ**, Directeur de l'**URCAM** Midi-Pyrénées, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Le Docteur Claire **FORRAT-MOINET**, médecin au **service de santé au travail** de la Mairie de Toulouse

Madame Jacqueline **FRAISSENET**, Monsieur Pascal **DERO**, Monsieur Jean-François **GAYE-PALETTES**, représentants de diverses associations au sein du Collectif Interassociatif Sur la Santé (**CISS**)

Monsieur Jean-Louis **FRANÇOIS** du CHU de Rangueil pour **FO**

Madame Nathalie **GAMIOCHIPI** pour la **CGT**

Monsieur Pierre **GAUTHIER**, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (**ARH**)

Monsieur Pierre-Jean **GRACIA**, à l'époque Secrétaire général de la **Mutualité Française** de la Haute-Garonne (aujourd'hui, Président de la Mutualité Française Midi-Pyrénées)

Monsieur Alain **GRAND**, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Toulouse, Chercheur en Santé Publique et Sociologie et Président de la **Conférence Régionale de Santé**

Le Docteur Charles **HAMBOURG**, médecin généraliste,

Madame Aline **ADAM**, infirmière

Madame Amina **MESSABIS**, promoteur de santé au sein de l'association « **La Case de Santé** »

Mademoiselle Ludivine **LABBÉ**, Présidente de l'**UNEF** Midi-Pyrénées

Le Docteur **LAURENÇIN**, Chef de service au **SMPR**, Service Médico-Psychologique Régional (hôpital Marchant à Toulouse), qui assure le suivi psychologique des détenus des prisons de Seysses et de Muret

Madame Catherine **LEMORTON**, **Députée** de la Haute-Garonne

Madame Céline **LOUSTEAU**, responsable de l'action « prévention en milieu carcéral » au sein de l'association **AIDES** ;

Madame Monique **MEMBRADO**, enseignante chercheuse à l'**Université de Toulouse le Mirail**

Madame Geneviève **MOLINA**, responsable de la mission France de l'association **Médecins du Monde**

Madame Marie-José **MONTROZIER-VETTER**, responsables secteur santé **CFDT** Aveyron

Monsieur le Professeur Robert **NICODÈME** du **CHU de Toulouse** et enseignant en Médecine générale

Monsieur Laurent **ORTIC** pour la **CGT**

Monsieur Ramiro **PEREIRA**, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées (**DRASS**)

Madame Véronique **PIN** pour la **CGT**

Monsieur le Professeur Daniel **ROUGÉ**, **Doyen de la Faculté de Médecine** de Toulouse-Rangueil

Monsieur Francis **SAINT-BLANCAT**, Directeur du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (**CHRS**) le Relais à Toulouse ainsi que son équipe, des éducateurs spécialisés et une assistante de service social

Madame **SURLES**, représentante de l'association UFC Que Choisir et, à ce titre, membre de la **Conférence Régionale de Santé (CRS)** au sein de laquelle elle a rapporté le dossier sur le respect des droits des usagers

Madame Christine **VERNERET** de l'hôpital d'Espalion pour **FO**

Madame Elizabeth **VORS**, responsable secteur santé **CFDT** Aveyron

Nous tenons également à remercier pour leur accueil et les échanges fructueux qui ont eu lieu avec des membres du Groupe de travail de la Commission lors d'une visite sur le terrain :

- Madame Nicole **PAULO**, Maire de Figeac (Lot),
- Monsieur Jean-Claude **LUGAN**, adjoint au maire,
- Monsieur André **MELLINGER**, vice-Président du Conseil Général du Lot chargé des questions sociales,
- Monsieur Jean-Pierre **BOUCARD**, conseiller général du canton de Sousceyrac,
- Monsieur Eric **FRADET**, Directeur général de l'hôpital de Figeac,
- Monsieur Benoît **NAVAL**, Chef de service de la PMI du Lot,
- Madame Bénédicte **DUPRÉ**, directrice du Pays de Figeac du Ségala au Lot-Célé,
- Madame Rébecca **CRESSON**, chargée de mission du Pays de Figeac.

*« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. (...) »<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par les Nations Unies en 1948.

---

# INTRODUCTION

---

Passant progressivement d'une logique d'assurance à une logique de solidarité et d'universalité, le système de santé français a cherché à rendre effectif l'égal accès à des soins de qualité pour tous, sur tout le territoire.

Le thème de l'accès aux soins est souvent au cœur de l'actualité médiatique et politique, spécifiquement en ce début d'année 2009 qui voit examiner par le Parlement le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.

Dans ce travail, et afin de contribuer à la réflexion menée par d'autres acteurs, le CESR a cherché à aborder la question de **l'accès aux soins de qualité pour tous** dans toute sa complexité. Il a voulu mettre en évidence la pluralité des obstacles que peuvent rencontrer les personnes pour être bien soignées.

Avant d'évoquer les différentes facettes de ce sujet, il est apparu nécessaire de rappeler la définition de quelques concepts.

## I. QUELQUES DÉFINITIONS

### ✓ *Santé et soins*

Avant 1946, la **santé** était principalement évaluée au moyen de critères physiques précis (poids, capacités visuelles, auditives, respiratoires, etc.).

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) introduit la dimension sociale en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Les besoins de la personne, son histoire individuelle sont désormais pris en compte pour établir l'état de santé.

En 1997, le réseau du CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) définit la santé globale comme « *la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie.* » A l'instar de l'OMS, la santé est ici considérée comme une ressource pour agir et non pas seulement comme l'absence de maladie. La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques ou philosophiques. Chaque individu n'a pas la capacité d'agir seul sur l'ensemble de ces déterminants.

La notion de **soins** désigne tout acte médical et/ou paramédical réalisé par un professionnel de santé, qui concourt à toute la chaîne de la santé : la prévention, le traitement d'une maladie, la prise en charge d'un handicap ou les soins palliatifs.

Dans sa réflexion, et pour délimiter le périmètre de son analyse, le CESR s'est moins attaché à déterminer les raisons pour lesquelles les individus sont en mauvaise santé qu'à comprendre comment les individus qui sont en mauvaise santé accèdent effectivement aux soins, à connaître la nature des obstacles qui limitent parfois cet accès aux soins.

C'est donc davantage sur la notion de soins que sur celle, plus globale, de santé que ce travail du CESR va s'appuyer, même s'il est évident que des connexions existent entre les deux domaines, notamment quand on aborde le thème de la prévention.

### ✓ *La question de la qualité des soins*

La notion de « **soins de qualité** » n'est pas simple à définir car elle est multidimensionnelle. Définir la qualité des soins, et pouvoir l'évaluer, est une démarche fondamentale pour l'amélioration du système de santé.

C'est pourquoi en s'appuyant sur les travaux menés sur cette question par différentes instances, le CESR s'est attaché à repérer des critères permettant de décrire et d'éclairer cette notion.

L'OMS définit la qualité comme « *la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques (...) lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique<sup>1</sup>, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »<sup>2</sup>.

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que « *la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible* ».

Au-delà, des cadres conceptuels exprimant les valeurs de qualité et les dimensions prioritaires ont été élaborés dans différents pays, de manière à pouvoir mesurer et comparer les politiques de santé mises en œuvre et leur impact sur la qualité des soins offerts aux populations.

Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES)<sup>3</sup>, les principales dimensions élaborées peuvent être résumées par cinq termes :

- **Efficacité**
- **Sécurité**
- **Réactivité**
- **Accès, équité**
- **Efficience**

Ces dimensions font référence à d'autres dimensions telles que la notion d'information des patients, qui est transversale, la pertinence, la ponctualité, l'aptitude, la continuité, la compétence technique, etc.

---

<sup>1</sup> Une maladie iatrogénique est un trouble mental ou physique résultant d'un traitement médical.

<sup>2</sup> Source de cette définition et des éléments qui suivent : « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », IRDES, Décembre 2008.

<sup>3</sup> *Ibid.*

Pour le CESR, le concept de **qualité des soins se réfère** aux modalités de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) qui doivent être conformes aux règles médicales et adaptées aux besoins et aux particularités du malade. Chacun, sans discrimination, doit **pouvoir recevoir les meilleurs soins**, appropriés à son état en fonction des connaissances et des techniques du moment.

Le coût des soins ne doit pas être un frein à l'accès aux soins. La notion **d'équité** est fondamentale. En matière sociale, une répartition équitable ne correspond pas à l'égalité au sens strict. C'est un équilibre qui permet de rendre acceptable une forme d'inégalité, c'est-à-dire donner plus à ceux qui ont moins afin de rétablir l'égalité des chances.

L'élément « **proximité** », pris dans sa dimension spatio-temporelle, est également un facteur essentiel de la qualité des soins.

**La continuité des soins** est aussi un critère important de la qualité des soins : elle consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade et est assurée par la coordination entre praticiens (hospitaliers, médecins de ville, généralistes ou spécialistes, infirmiers, etc.).

En outre, le CESR considère que le rôle et l'attitude des professionnels de santé est un élément déterminant de la qualité des soins.

La garantie de qualité des soins implique une application stricte des procédures, protocoles et règles en vigueur. Tout préjudice corporel peut illustrer une mauvaise qualité de soins dont l'origine peut être une erreur médicale, une inobservation des règlements ou un aléa médical.

Des critères d'une médecine de qualité peuvent également être définis à partir des règles édictées par le **Code de Déontologie Médicale**<sup>1</sup>, comme par exemple : le respect de la vie humaine de la personne, et sa dignité ; l'obligation de soigner toute personne quelle que soit son origine (...), son appartenance ethnique, sa nation, sa religion ou son handicap ; respecter la liberté de prescription pour ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins ; apporter des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science ; assurer une permanence des soins ; déterminer les honoraires avec tact et mesure ; n'imposer aucun mode particulier de règlement aux malades, etc.

A la lecture du **Code de la santé publique**, on constate que si les différents articles de ce code étaient totalement respectés par les professionnels de santé, l'accès à des soins de qualité pour tous serait beaucoup moins problématique.

#### ✓ *La question de l'accès aux soins*

Le principe de l'**accès aux soins pour tous** est inscrit dans le préambule de la Constitution Française de 1946, qui est repris dans celle de 1958.

L'alinéa 11 de ce préambule proclame en effet :

*« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».*

---

<sup>1</sup> Articles R 4127-1 à R 4127-367 du Code de la santé publique

Du point de vue de la santé, cela signifie que le premier droit de la personne malade est de **pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus** : cela fait référence aux principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945 et fondé sur la solidarité.

Tous les acteurs de santé – les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires – doivent employer tous les moyens à leur disposition pour mettre en œuvre l'égal accès aux soins pour toute personne, quels que soient les moyens dont elle dispose ou les caractéristiques de sa situation.

Pour être pleinement effectif, l'accès aux soins doit lever différents freins d'ordre financier, géographique et temporel. L'enjeu ne consiste pas seulement à offrir des soins, mais à **garantir à tous les mêmes conditions d'accessibilité à ces soins**.

La notion d'accès aux soins, puisqu'elle se réfère à différents niveaux d'intervention (médecins libéraux, établissements de santé, structures paramédicales, etc.) interroge en fait l'organisation des soins.

Mais, elle va bien au-delà de cette question de l'organisation des soins : elle se réfère à d'autres dimensions propres au fonctionnement du système (une dimension administrative qui nécessite de distinguer l'accès aux soins et l'accès aux droits notamment) et propres au patient (dimension psychologique, sociale, culturelle, etc.).

## **II. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE**

Du point de vue de la santé, la situation française présente deux paradoxes.

En premier lieu, la France est l'un des pays européens dans lequel l'espérance de vie après 60 ans est la plus élevée, mais où, en même temps, les disparités entre catégories socioprofessionnelles face à la santé, la maladie, la mortalité, les handicaps sont les plus fortes. Si elle n'est pas la seule, la question de l'accès à des soins de qualité est l'un des paramètres qui expliquent ce décalage. Cet aspect-là sera examiné.

En second lieu, le constat est celui d'une distance en France entre la théorie et la réalité du point de vue de l'accès aux soins. En effet, **en théorie, l'accès aux soins pour tous est réalisé** : la mise en place de la Sécurité Sociale en 1946, puis ses aménagements successifs jusqu'à la CMU doit, en principe, garantir l'accès aux soins pour toutes les personnes résidant en France.

Or, dans les faits, le constat est bien que certaines personnes, de plus en plus nombreuses, rencontrent des difficultés pour accéder à leurs droits à une couverture sociale ou pour accéder à des soins correspondants à leurs besoins, à leur état de santé.

C'est à partir de la prise de conscience de ce double paradoxe que le CESR a décidé de travailler sur ce sujet, en se concentrant plus spécifiquement sur la situation rencontrée en Midi-Pyrénées.

En effet, la région Midi-Pyrénées présente un certain nombre de spécificités géographiques, démographiques, sociales (plus vaste région de France, ruralité, proportion de personnes âgées importante, taux de précarité important, etc.) qui font qu'elle est particulièrement concernée par la problématique de l'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire.

Un premier avis du CESR<sup>1</sup>, adopté en mai 2004, avait abordé la question de la santé sous l'angle de l'offre de soins, du point de vue des professionnels de santé.

Par ce travail ambitieux, le CESR, en se plaçant dans une optique d'aménagement sanitaire du territoire et après une analyse fine de l'état des lieux de l'offre de soins dans la région, avait affirmé et détaillé les grands principes qui lui semblaient devoir guider les pouvoirs publics en la matière, équité et équilibre du territoire en termes d'accès aux soins en particulier.

Le CESR insistait sur l'importance de la dimension spatiale et relationnelle des politiques sanitaires et donc sur les problèmes posés par la concentration des équipements dans la métropole toulousaine.

Tout en affirmant le rôle central de l'Etat pour garantir le système de santé, le CESR y définissait notamment, pour la région Midi-Pyrénées, 12 territoires de santé pertinents, correspondant à des espaces vécus, sur lesquels il considérait que les politiques sanitaires devaient se fonder. Le CESR justifiait la légitimité de cette proposition en expliquant déjà que la proximité, dans le contexte actuel de profondes mutations économiques et sociales, acquérait une valeur essentielle, en particulier en matière de santé et d'accès aux soins.

De cette proposition principale découlaient d'autres propositions, telles que le renforcement des pôles hospitaliers de référence au sein des 12 territoires de santé précédemment définis ou la reconnaissance d'espaces de soins, de « bassins de soins » à l'intérieur des territoires de santé afin de lutter contre la « désertification médicale ».

La résolution de créer des communautés hospitalières de territoire, prévue par le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires actuellement en cours d'examen au Parlement, rejoint la logique défendue par le CESR à l'époque, même si le découpage retenu diffère.

Aujourd'hui, le CESR a décidé d'adopter une optique différente, en se plaçant du côté des patients et des populations et de s'attacher à comprendre la nature – spatio-temporelle, économique, sociale, culturelle – des obstacles à l'accès aux soins que peuvent rencontrer les habitants de Midi-Pyrénées et à déterminer les pistes d'action pour remédier à ces obstacles.

Pour cela, il examinera successivement :

- De manière brève, **le fonctionnement du système de santé** (partie 1)
- Puis, plus longuement, les **obstacles à l'accès à des soins de qualité** (partie 2)
- Et terminera son propos par une **synthèse des recommandations** qui auront émergé au cours de la réflexion (partie 3).

---

<sup>1</sup> Avis sur l'Offre de soins en Midi-Pyrénées, adopté le 17 mai 2004, consultable sur le site du CESR : <http://www.cesr-midi-pyrenees.fr>



---

# **PREMIÈRE PARTIE**

## **LE SYSTÈME DE SANTÉ**

---

# CHAPITRE 1

## ÉTAT DES LIEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

### I. DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT ET DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### *1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE*

##### 1.1 Bref historique du système de protection sociale français

Le système de protection sociale français est dit « mixte » dans le sens où il s'inspire de deux « modèles » historiques.

A l'origine, le système français relevait du modèle dit de « **Bismark** », pour lequel l'accès à la prise en charge des soins est lié à l'activité professionnelle, le financement étant réalisé par les cotisations sociales.

Des évolutions successives (financement en partie par l'impôt, création de la CMU) l'ont progressivement amené vers un système de type « **Beveridge** », fondé sur la socialisation des coûts à l'échelle nationale et sur les trois principes d'universalité (toute la population est prise en charge), d'unicité (un système administratif central gère tout) et d'uniformité (qui donne les mêmes bénéfices pour tous).

Les évolutions de la protection sociale ont en effet progressivement visé l'universalité.

**A ses origines, à la fin du XIX<sup>ème</sup>, la protection sociale était exclusivement fondée sur une logique d'assurance sociale professionnelle et de secours mutuel, c'est-à-dire qu'elle était liée à l'exercice d'une activité professionnelle et compensait le risque de perte de revenu due à une inactivité forcée (accident, maladie, chômage, vieillesse). Le financement du système, selon cette logique qui a toujours cours, est fondé sur les cotisations sur les salaires et les prestations sont versées aux assurés (et à leurs ayants droit) dans la mesure où ils ont cotisé pour en bénéficier.**

**Dès sa création, le 4 octobre 1945, la Sécurité Sociale affiche l'objectif de généraliser progressivement la protection sociale à l'ensemble des personnes résidant sur le territoire. C'est à ce moment-là qu'une logique d'assistance, de solidarité entre les individus pour lutter contre la pauvreté, vient compléter la logique d'assurance. Le principe est que chacun a droit à la garantie d'un minimum vital, indépendamment de l'exercice ou non d'une activité professionnelle ou de sa capacité à s'ouvrir des droits aux prestations sociales en versant des cotisations.**

**Certaines prestations sont attribuées selon une logique de protection universelle qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus, de façon uniforme, sans condition de ressources ni de cotisations (prestations familiales).**

En matière de risque maladie, c'est la mise en place de l'assurance personnelle en matière de maladie (1978) et de la Couverture Maladie Universelle (27 juillet 1999) qui illustre cette recherche d'universalité<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Plus précisément, deux textes de loi de 1999 ont été l'occasion d'un développement de la jurisprudence constitutionnelle en la matière.

## 1.2 Organisation du système de protection sociale français

L'expression « **protection sociale** » désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des « risques sociaux », c'est-à-dire des situations qui peuvent entraîner une diminution des ressources (arrêt de travail, licenciement, maternité, retraite, etc.) ou une augmentation des dépenses (survenue d'une maladie, naissance d'un enfant, etc.).

La protection sociale en France est organisée selon quatre niveaux :

- La **Sécurité Sociale** qui fournit la couverture de base des risques « maladie, maternité, invalidité, décès », « accidents du travail, maladies professionnelles », « vieillesse » et « famille » qui correspondent chacun à une « branche ».
  - ✓ Elle est composée de différents régimes qui regroupent les assurés selon leur activité professionnelle (régime général, régimes spéciaux, régime des non salariés non agricoles, régime agricole).
- Les « **régimes complémentaires** » qui fournissent une couverture supplémentaire aux risques pris en charge par la Sécurité Sociale. Certains sont obligatoires (régimes complémentaires de retraite des salariés du privé), d'autres sont facultatifs (mutuelles de santé, institutions de prévoyance).
- L'**aide sociale** qui relève de l'Etat et des Départements et qui apporte un soutien aux plus démunis.
- L'**UNEDIC** qui gère le régime d'assurance-chômage.

C'est au contenu des trois premiers niveaux que nous nous intéresserons plus spécifiquement dans ce rapport.

| <b>LA PROTECTION SOCIALE : RISQUES SOCIAUX ET PRESTATIONS SOCIALES</b> |  |
|--|--|
| <b>SÉCURITÉ SOCIALE</b>  |  |
| <b>Risques sociaux</b>   | <b>Prestations associées</b>   |
| <i>MALADIE</i>   | <i>Maladie invalidité</i>  |
| <i>ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLE</i>                   | <i>Accidents professionnels</i>  |
| <i>VIEILLESSE</i>  | <i>Pensions de retraite<br/>Pensions de réversion<br/>(veuvage)</i>  |
| <i>MATERNITÉ/FAMILLE</i>   | <i>Allocations familiales<br/>Congé maternité</i>  |
| <b>AUTRES</b>  |  |
| <b>Risques sociaux</b>   | <b>Prestations associées</b>   |
| <i>HANDICAP</i>  | <i>Prestation de Compensation du Handicap (PCH)<br/>Allocation Adulte Handicapée (AAH)</i>   |
| <i>DÉPENDANCE</i>  | <i>Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)</i>  |
| <i>EMPLOI</i>  | <i>Aide à l'insertion et à la réinsertion<br/>Allocations chômage</i>  |
| <i>LOGEMENT</i>  | <i>Allocation logement</i>   |
| <i>PAUVRETÉ, EXCLUSION SOCIALE</i>                                     | <i>Revenu Minimum d'Insertion (RMI) remplacé par le Revenu de Solidarité Active (RSA) depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009<br/>Autres minima sociaux</i> |

D'abord, la loi Voynet sur l'aménagement et le développement durable du territoire. Ce texte pose le principe d'un égal accès aux soins, quelle que soit la localisation sur le territoire.

Ensuite est intervenue la loi portant création de la CMU. Elle a fait l'objet d'une décision du Conseil constitutionnel (23 juillet 1999) qui contient deux apports majeurs : la reconnaissance du droit à la santé et à l'égalité devant l'accès aux soins et la qualification du droit à la santé comme objectif de valeur constitutionnelle. Néanmoins, cet objectif est doté d'une portée relative puisque le législateur n'est pas pour autant soumis en la matière à un effet de cliquet. Il lui appartient d'apprécier dans chaque cas le contexte juridique et matériel. Cela confère au législateur une indéniabilité de marge de manœuvre en ce qui concerne la mise en œuvre du droit à la santé.

Plus récemment pris en compte avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)<sup>1</sup>, le « **risque dépendance** » est actuellement pris en charge essentiellement par les Conseils Généraux et par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Etant donné que la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées risque de se poser avec acuité au cours des prochaines décennies et considérant que les quatre branches de la Sécurité sociale ne seront pas en mesure de répondre au défi démographique qui se projette, le gouvernement envisage d'assurer la prise en charge de la dépendance par la création d'un « 5ème risque », combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009 prévoit d'ores et déjà la prise en charge de la dépendance lorsqu'elle est liée à la maladie d'Alzheimer et un meilleur accompagnement des personnes handicapées. Le 5ème risque de protection sociale, proprement dit pourrait voir le jour fin 2009 ou 2010.

Le système de Sécurité Sociale est financé par le biais de trois sources :

- Les **cotisations sociales** (contributions patronales et salariales). Si leur part relative tend à baisser, les cotisations restent largement la première source de financement) ;
- Les **impôts ou contributions**, dont la part tend à augmenter et qui sont prélevés sur l'ensemble des revenus des ménages :
  - ✓ La **Contribution Sociale Généralisée (CSG)**
- Les **taxes** sur le tabac, l'alcool, la vente de médicaments et la publicité des produits pharmaceutiques.

A cela s'ajoute la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS), créée en 1996 dans le but de résorber l'endettement de la Sécurité sociale.

## ***2. ASPECTS DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ***

L'expression « système de santé » regroupe l'ensemble des moyens (humains, structurels et financiers) et des activités mis en œuvre pour maintenir ou améliorer l'état de santé des populations. Le système de santé vise trois types d'objectifs :

- Educatif : faire en sorte que chaque personne puisse acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie.
- Préventif : prévenir l'apparition des maladies ou réduire les conséquences de celles-ci.
- Curatif : restaurer la santé.

---

<sup>1</sup> Mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans qui répondent à la définition de la dépendance retenue par la loi du 24 janvier 1997, soit « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Elle compte plus d'un million de bénéficiaires en 2007.

## 2.1 L'organisation du système

### ➤ L'administration d'un système de santé pluraliste

L'Etat, en étant le garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, joue le principal rôle dans l'administration du système de santé. Il intervient parfois directement dans la production ou le financement des soins. Il exerce un contrôle sur les relations entre institutions de financement, professionnels et malades au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux.

Ainsi, l'Etat, soit directement, soit par l'intermédiaire des services déconcentrés :

- Assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique (prévention collective).
- Assure ou contrôle la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique.
- Régule le volume de l'offre de soins : personnels, établissements, équipements lourds.
- Exerce la tutelle de la protection sociale et intervient sur les modalités de son financement et de son organisation.

#### *- De nombreuses instances de niveau national interviennent dans l'administration du système de santé*

Le **Parlement** vote annuellement, depuis 1996, le Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale (PLFSS), qui fixe notamment l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Le **Haut Comité de santé publique** a pour fonction de contribuer à la définition des objectifs de santé publique.

La **Conférence nationale de santé et les Conférences régionales de santé**, sont chargées de proposer des priorités et des orientations pour la politique de santé aux niveaux national et local.

La **Haute Autorité de Santé** a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie au bénéfice des patients par le maintien d'un système de santé solidaire et le renforcement de la qualité des soins, à travers la promotion des bonnes pratiques professionnelles, l'information du grand public, etc.

L'HAS mène en outre l'évaluation des pratiques des professionnels (EPP) de santé. A ce titre, elle compare l'exercice d'un praticien aux recommandations professionnelles disponibles existantes.

L'objectif de cette comparaison est d'aboutir à une amélioration des pratiques, au bénéfice du service rendu au patient.

Le rôle de l'HAS en matière de garantie de la qualité des soins est important.

## - *L'organisation de l'Etat au niveau local*

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires actuellement examiné par le Parlement et, parallèlement, la Réforme Générale des Politiques Publiques, devraient modifier de manière importante le panorama du secteur de la santé sur le territoire.

Plus précisément, deux entités devraient se répartir désormais les missions qui incombait auparavant aux DRASS et DDASS :

- Les **Agences Régionales de Santé** (ARS) devraient remplacer les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), Groupements d'Intérêt Public constitués entre l'Etat et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie, qui avaient été instituées en 1996 et qui avaient pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers. Les ARS engloberont également une partie des DRASS. En fait, la majorité des services DDASS et DRASS (80%) devraient rejoindre les nouvelles ARS.
- Les **Directions de la cohésion sociale**.

Une présentation succincte des grands axes de ce projet de loi est faite plus loin.

### ➤ *La protection sociale maladie*

La protection sociale contre les risques financiers liés à la maladie est assurée principalement par l'Assurance Maladie, branche de la Sécurité sociale, dispositif de type légal sous tutelle de l'Etat. Les organismes mutualistes, les institutions de prévoyance ou les assurances privées offrent, par ailleurs, une protection complémentaire.

Du fait des règles de la prise en charge financière des soins, l'Assurance Maladie joue un rôle prédominant dans le financement des soins médicaux. Elle prend en charge 75,5 % des dépenses de santé. Un nombre croissant de personnes (87 %) ont recours à des assurances complémentaires.

## - *L'assurance obligatoire*

Différents régimes gèrent l'Assurance Maladie :

- Le *Régime général de la Sécurité sociale* assure environ 80 % de la population, notamment les salariés du commerce, de l'industrie et des services ainsi que leurs familles.
- La *Mutualité sociale agricole* (MSA) couvre les exploitants et les salariés agricoles, ainsi que leurs familles, soit au total environ 9 % de la population.
- Le *régime social des indépendants* (RSI) couvre les artisans, les commerçants et les membres des professions libérales, soit 6 % de la population.
- D'autres régimes, numériquement moins importants, couvrent sur une base professionnelle certaines catégories professionnelles (mines, SNCF, marins....).

Notons que pour les prestations en nature de l'Assurance Maladie, maternité, invalidité et soins, les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales sont affiliés aux Caisses Primaires du régime général qui procèdent à leur affiliation et à leur immatriculation dans les mêmes conditions que pour les autres assurés sociaux.

Les **Caisses Régionales d'Assurance Maladie** (CRAM) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) interviennent dans les domaines de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que dans le domaine de la retraite alors que les **Caisses Primaires d'Assurance Maladie** (CPAM), la MSA et le Régime Social des Indépendants (RSI) sont

responsables de l'affiliation des assurés, du service des prestations, de l'action sanitaire et sociale de leur circonscription et de diverses actions de prévention.

Les **Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie** (URCAM) définissent une politique de gestion du risque dans le domaine des dépenses et soins de ville et veillent à sa mise en oeuvre.

#### - *L'assurance complémentaire*

Trois types d'organismes de protection complémentaire coexistent : les **mutuelles**, les **compagnies d'assurance privées** et les **institutions de prévoyance**.

Au nombre de 800 environ, les groupements mutualistes jouent le rôle le plus important dans le domaine de la protection complémentaire maladie. Ils assurent plus de 38 millions de personnes, soit 60 % des titulaires d'une assurance complémentaire et prennent en charge 7,1 % des dépenses de consommation de soins et biens médicaux.

Les compagnies d'assurance, estimées à 80, sont des entreprises privées gérées par le code des assurances. Elles financent 3 % des dépenses de soins et biens médicaux.

Les institutions de prévoyance, environ une vingtaine, sont gérées paritairement par les syndicats et les employeurs. Elles participent à 2 % des dépenses.

### **2.2 Le système hospitalier**

Le système français est mixte, avec des établissements publics et des établissements privés qui ont des statuts distincts et se différencient sur certains points : étendue des missions, modalités de fonctionnement, équipements, type de clientèle, mode de rémunération. Ainsi, l'enseignement, la recherche font partie des fonctions des hôpitaux publics et des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) qui ont, par ailleurs, l'obligation d'accueillir tous les malades, en particulier en urgence. De plus, l'organisation interne des hôpitaux publics est définie nationalement et l'activité de la plupart de leurs salariés est encadrée par les règles de la fonction publique hospitalière.

Plus précisément, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière amène par la notion de service hospitalier une nouvelle distinction :

- Les établissements publics de santé ;
- Les établissements de santé privés à but non lucratif admis (sous certaines conditions) à participer à l'exécution du service public hospitalier. Ces établissements signent une convention de participation au service public hospitalier et sont de fait soumis à certaines obligations de service public ;
- Les établissements de santé privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier.

#### La procédure d'accréditation

Il s'agit d'une procédure conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) et qui concerne tous les établissements de santé publics et privés. « *L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.* »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Définition donnée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

➤ Les établissements publics

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Il existe différents types d'hôpitaux.

- **Les centres hospitaliers (CH)**

Leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée. Le décret du 3 mars 1992 distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers. Les CHR, au nombre de 29 (dont 27 CHU) et généralement implantés dans les capitales des régions sanitaires, ont une vocation régionale liée à une haute spécialisation. Les missions d'un CHU, outre les soins, sont l'enseignement, la recherche, la prévention et l'éducation sanitaire à l'égard de la population et du personnel hospitalier.

- **Les hôpitaux locaux**

Implantés à distance des centres hospitaliers, ils assurent les soins médicaux courants des populations vivant en milieu rural. Ils ont une faible médicalisation et recourent de façon habituelle aux services de médecins généralistes qui y exercent à titre libéral. Ils doivent être liés par convention avec un ou plusieurs hôpitaux, notamment pour l'accès au plateau technique.

- **Les centres hospitaliers spécialisés**

Ce sont des établissements qui assurent l'hospitalisation des patients en psychiatrie.

Les hôpitaux publics représentent 64,8 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation. L'hospitalisation publique est relativement plus importante en médecine (79,3 % des lits) et en psychiatrie (68,3 %) qu'en chirurgie (46%) ou en obstétrique (59%). Les soins de longue durée implantés pour l'essentiel dans le secteur public assurent 92 % des soins dans ce domaine.

➤ Les établissements privés

Les établissements à but non lucratif relèvent d'associations, de congrégations, d'organismes sociaux (mutuelles ou caisses d'Assurance Maladie). Certains d'entre eux ont une vocation spécialisée comme les centres régionaux de lutte contre le cancer. Ces établissements sont soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics ; ils peuvent bénéficier des avantages accordés à ceux-ci.

Les établissements privés à but non lucratif assurent relativement plus les soins de moyen et de long séjour. Les établissements privés participant au service public hospitalier représentent 10,4 % de l'ensemble des lits hospitaliers, les non-participants au service public en représentent 5 %.

Les établissements à but lucratif sont la propriété de particuliers ou de sociétés et sont autorisés à faire des bénéfices.



Le secteur privé lucratif a, pour des raisons économiques, orienté majoritairement son activité en direction des soins aigus et plus particulièrement la chirurgie. Il est caractérisé par l'existence de nombreux petits établissements, mais on a assisté récemment à un mouvement de concentration des cliniques pour créer des établissements de taille importante dotés de plateaux techniques sophistiqués. Ce secteur représente 20% des capacités hospitalières totales.

➤ Le financement des hôpitaux

Avant la mise en place de la tarification à l'activité, deux systèmes de financement coexistaient :

- La dotation globale qui concernait les établissements de santé publics et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH).
- Un système de forfait journalier hospitalier pour les établissements privés.

| <b>FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS ET PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN 2007, AVANT LA T2A</b>  |   |
|---|---|
| <p><b>Dotation globale annuelle</b><br/>Le budget pour une année donnée était fixé en fonction du budget précédent auquel était appliqué un taux directeur.</p> | <b>Dotation annuelle complémentaire</b>   |
|   | <b>SSR, USLD<sup>10</sup></b>   |
|   | <b>Paiement en sus :</b><br>Médicaments onéreux<br>Dispositifs médicaux   |
|   | <b>Forfaits annuels :</b><br>Services d'urgences<br>Prélèvements<br>Greffes                                       |
|   | <b>MIGAC<sup>11</sup></b><br>Enseignement, recherche<br>Autres : centres anti-poison, SAMU, équipes mobiles, etc. |

Une tarification à l'activité (T2A) a été mise en place progressivement pour remplacer ce double système de financement et en pallier les inconvénients : expérimenté depuis 2000, ce nouveau mode a été adopté par la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2003, puis généralisé en 2004 sur le principe, sachant que son application complète est prévue pour 2012.

Le calcul de la T2A inclut des informations d'ordre administratif (durée de séjour, etc.) et des informations d'ordre médical. L'annexe I détaille les principes de la tarification à l'activité qui ne sont ici qu'esquissés.

### 2.3 Les professions de santé

Les membres des professions de santé, médicaux et para-médicaux constituent un peu plus de la moitié des effectifs intervenant dans le secteur de la santé.

<sup>10</sup> SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; USLD : Unité de Soins de Longue Durée

<sup>11</sup> MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

➤ Les médecins

Il existe un numerus clausus à l'entrée dans les études médicales et dentaires. Pour 2008, il s'élève à 256 en Midi-Pyrénées, réparti sur les deux facultés.

La formation initiale des médecins généralistes est, depuis 1996, allongée de six mois par l'instauration d'un stage en cabinet médical.

Par ailleurs il existe une obligation de formation continue pour les médecins libéraux et hospitaliers qui doivent justifier tous les cinq ans l'attestation du respect de cette obligation.

Les praticiens libéraux jouissent de la liberté d'installation. La variabilité des densités médicales est assez forte selon les régions surtout pour les spécialistes.

La rémunération des médecins libéraux s'effectue à l'acte pour les actes conventionnels. Ils peuvent cumuler leur activité libérale avec une activité salariée.

Des Unions régionales de médecins libéraux (URML), interface entre les médecins libéraux et les décideurs publics, ont été instituées en 1993 avec pour but de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et de la qualité des soins.

➤ La formation continue des médecins et des autres professionnels de santé

Les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques. Ce devoir déontologique est devenu une obligation légale pour la formation médicale continue (FMC) en 1996 et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004. Ces règles légales s'appliquent également aux autres professionnels de santé.

➤ Les autres professions du secteur de la santé

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré la gestion et le financement des formations sanitaires et sociales aux Régions.

La plupart des professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes par exemple), de même que les sages-femmes, peuvent exercer en établissements de soins publics ou privés comme salariés ou en mode libéral.

## **2.4 Les centres de santé et centres de soins**

Les centres de santé ou les centres de soins s'adressent exclusivement aux malades ambulatoires. Ils dépendent des municipalités, des mutuelles ou des associations. Les professionnels y travaillent souvent comme salariés. Les interventions qu'ils proposent peuvent être générales ou spécialisées.

## **2.5 Les autres structures et dispositifs qui visent à favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous**

Dans une optique de santé publique, les Français sont censés bénéficier d'examens systématiques dans le cadre de leur scolarité (médecine scolaire) ou de leur activité professionnelle (médecine du travail). Dans les faits, on verra que ce n'est pas toujours le cas.

Certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie disposent également de centres d'examens de santé (ouverts à tous les affiliés) qui proposent notamment des examens de santé gratuits, en direction, majoritairement, des publics précaires.

Des services de protection maternelle et infantile (PMI) sont à la disposition des femmes enceintes et des jeunes enfants, pour assurer leur surveillance.

### ➤ Le service de santé au travail

L'expression « services de santé au travail » est la nouvelle dénomination pour les « services de médecine préventive » qui s'appelaient autrefois services de médecine du travail. Cette nouvelle dénomination illustre une évolution de l'organisation de ces services dans une approche globale de la prévention des risques professionnels.

Il s'agit d'une médecine exclusivement préventive qui intervient dans le contexte professionnel. Elle a pour objet d'éviter toute altération de la santé des salariés, du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé, les conditions d'hygiène du travail et les risques de contagion.

Le médecin du travail mène des actions individuelles, à travers la visite médicale qui est passée d'une fréquence annuelle à une fréquence tous les deux ans, sauf cas particuliers liés à la pénibilité, notamment horaires de nuit, port de poids, etc.

Le médecin du travail intervient sur :

- L'amélioration des conditions de travail et de vie dans l'entreprise,
- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine,
- La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances (risque d'accidents, produits dangereux, environnement industriel...),
- L'hygiène générale de l'établissement et des services de restauration,
- L'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle,
- La formation à la prévention et au secourisme (protocole d'évacuation des blessés, etc...),
- La concordance entre les disponibilités physiques d'un salarié handicapé et les exigences d'un poste de travail.

Pour y parvenir, le médecin du travail conduit également des actions collectives sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux. Par une approche avec les autres acteurs (CHSCT, délégués du personnel, psychologues, assistante de service social, service mobilité...), le médecin du travail participe à une politique de prévention d'évaluation des risques et expositions. Il préconise les aménagements de poste et les reclassements.

Aux risques identifiés depuis longtemps se sont ajoutés récemment des risques nouveaux : TMS (troubles musculo-squelettiques), troubles psycho-sociaux (liés au stress, à l'utilisation des nouvelles technologies, etc.).

Les médecins du travail constatent que certains agents ayant des revenus bas se trouvent dans la nécessité de renoncer à certains soins coûteux, à des aménagements de postes (temps partiel par exemple) pour des raisons financières.

Le fait que certains travailleurs âgés, ayant des emplois pénibles, soient dans des situations de quasi-illettrisme et qu'aucune mesure de formation n'ait été engagée en amont pour qu'ils puissent bénéficier de reclassements est problématique.

➤ La médecine en milieu pénitentiaire

La médecine en milieu pénitentiaire a longtemps été gérée par le Ministère de la Justice. Des changements sont d'abord intervenus en matière de soins psychiatriques : en 1986, était créé par décret, le secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'objet de ce service est de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Les missions du SMPR sont :

- La prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire ;
- La mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus (exceptés ceux qui présentent des troubles mentaux incompatibles avec leur maintien en détention et qui sont hospitalisés dans un établissement habilité selon la procédure de l'hospitalisation d'office) ;
- La lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme ;
- Le fait de contribuer à assurer la continuité des soins en coordination avec les équipes de secteur.

Le contexte actuel est marqué par une augmentation de la population pénale ces dernières années. A titre d'exemple, la maison d'arrêt de Seysses, qui est prévue pour 600 places, accueille en fait entre 850 et 900 détenus : cette surpopulation carcérale a nécessairement un impact sur le dispositif de soins.

En 1994, le système a été étendu à l'ensemble des établissements pénitentiaires avec la création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) : la loi du 18 janvier 1994 **transfère ainsi la responsabilité de la prise en charge somatique des détenus du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé**, s'inspirant du modèle de fonctionnement des SMPR.

En 2000, ont été créées les Unités Hospitalières Sécurisées Inter-régionale (UHSI) qui sont des services qui accueillent l'ensemble des hospitalisations, à l'exception de celles qui relèvent d'un service psychiatrique. La création de ces unités cherche à répondre, au plan sanitaire, à un objectif d'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues et de la qualité des soins qui leur sont dispensés.

Concernant les soins psychiatriques, un projet symétrique au UHSI est en cours : l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Adaptée). C'est une loi du 9 septembre 2002 (d'orientation et de programmation pour la justice) qui prévoit que l'hospitalisation avec ou sans consentement des personnes détenues atteintes de troubles mentaux se ferait dans les établissements de santé, au sein d'unités spécialement aménagées (primauté des soins sans faire obstacle aux règles pénitentiaires). Dans notre région, cette unité sera rattachée à l'hôpital Marchant pour accueillir les détenus de Midi-Pyrénées et de Languedoc-Roussillon qui souffrent de troubles mentaux. Le projet comprend 40 places. La construction de cet établissement est prévu pour 2011.

Si l'état général de la population carcérale est jugé plutôt bon à l'examen clinique d'entrée, certaines données épidémiologiques et psychiatriques générales montrent que la population pénale est fragilisée :

- 2,5% des entrants en prison en 2003 étaient bénéficiaires de l'AAH<sup>12</sup>, 3,3% souffraient d'une ALD.
- La proportion de bénéficiaires de la CMU<sup>13</sup> est plus élevée dans la population pénale que dans la population générale : 17,3% contre 2,5%. De même pour l'AME<sup>14</sup> : 0,8% contre 0,25%.
- Les cas d'hépatite C sont en augmentation.

Plus globalement, le constat est celui d'une méconnaissance fréquente sur le VIH et les hépatites (modes de transmission, stigmatisation, peur, etc.) de la part des détenus et du personnel pénitentiaire. L'association AIDES mène des actions d'information et de sensibilisation à ces pathologies en milieu carcéral.

- Beaucoup de détenus souffrent de problèmes de poly-toxicomanies (médicaments, alcool, cannabis...)
- La consommation de tabac est importante : la moitié de la population carcérale fume un paquet par jour, 15% plus d'un paquet.
- 31% des entrants en prison présentent des critères de dépendance à l'alcool.
- 36% des entrants en prison étaient suivis par un service psychiatrique avant leur incarcération, 2/3 en comptant ceux qui suivaient un traitement par médicaments psychotropes.

La fréquence des troubles mentaux en prison est bien plus élevée que dans la population générale :

- 40% de dépressions
- 33% d'anxiétés généralisées
- 20% de névroses traumatiques
- 17% d'agoraphobies
- 7% de schizophrénies<sup>15</sup>
- 7% de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques.

Parmi les personnes incarcérées présentant des troubles mentaux, il faut dire que rares sont ceux qui ont commis des crimes graves. Ils sont plutôt désinsérés et en rupture de soins. 6% des entrants en prison ont fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant leur incarcération.

Ce constat d'une fragilité particulière de la population pénale pose d'une certaine manière la question de l'accès aux soins avant l'incarcération.

## **2.6 La pharmacie**

La production et la distribution des médicaments sont réglementées dans le cadre de procédures établies par les pouvoirs publics. Tout médicament doit obtenir, pour être commercialisé, une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les prix, au niveau du producteur, des médicaments admis au remboursement de l'Assurance Maladie, sont fixés par arrêté ministériel.

<sup>12</sup> AAH : Allocation Adulte Handicapé.

<sup>13</sup> CMU : Couverture Maladie Universelle.

<sup>14</sup> AME : Aide Médicale d'Etat. Ce dispositif est décrit plus haut.

<sup>15</sup> Ces données sont issues de l'audition du Docteur LAURENÇIN, Chef de service du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), unité de soins qui assure le suivi psychologique des détenus des prisons de Seysses et de Muret.

Le même arrêté inscrit le médicament sur la liste des produits remboursables et détermine son taux de remboursement.

La vente au public est réalisée par des officines dont les effectifs sont déterminés par des normes démographiques. Les officines pharmaceutiques sont des entreprises libérales.

## **2.7 Le fonctionnement du système de santé**

### ➤ *L'usager et l'accès aux soins*

L'Assurance Maladie ne restreint ni la liberté de choix des malades, ni la liberté de prescription des médecins.

Instituée en 1999, une carte magnétique, appelée carte Vitale, remplace la carte d'assuré traditionnelle. Elle permet également la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie. Elle contient un volet d'informations médicales et comporte des informations relatives aux assurances complémentaires.

La loi du 9 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie a mis en place plusieurs mesures nouvelles :

- Le dispositif du **médecin traitant**, entré en vigueur le 1er janvier 2005, qui consiste à demander à tous les assurés âgés de plus de 16 ans de choisir un médecin traitant, qui sera chargé de coordonner son parcours dans le système de soins. L'assuré doit s'adresser en premier recours à son médecin traitant qui pourra, le cas échéant, l'orienter vers un autre professionnel de santé apte à traiter sa situation.  
Si l'assuré ne choisit pas de médecin traitant, il conserve un libre accès aux soins, mais ses consultations sont alors moins bien remboursées par l'Assurance Maladie.  
Un assuré ayant déclaré un médecin traitant peut également aller consulter directement un spécialiste. En revanche, le spécialiste consulté pourra lui appliquer un dépassement d'honoraires, qui ne sera pas pris en charge dans le remboursement par les caisses d'Assurance Maladie.
- La mise en place d'un **dossier médical personnel (DMP)** géré par le médecin traitant. Le DMP est un élément fondamental en matière de suivi et de qualité des soins, mais le constat actuel est bien celui de la difficulté à définir le contenu de ce DMP, qui pourrait être mis en commun. Pour le moment, cela n'aboutit pas car des oppositions sont formulées à propos des aspects concrets de mise en œuvre (question de la propriété scientifique, de l'hébergement des informations contenues, etc.).
- Une **contribution forfaitaire d'un euro** pour chaque consultation (y compris pour les services d'urgence).
- L'instauration d'une hausse de la CSG et un renforcement du contrôle des arrêts de travail.

Les règles de couverture par l'Assurance Maladie laissent aux malades un rôle relativement important dans le paiement des soins médicaux et la couverture financière des soins n'est que rarement totale.

La participation financière du malade constitue un des principes du système français d'Assurance Maladie. Elle se fonde sur la nécessité de responsabiliser le consommateur de soins et de biens médicaux.

En principe, le malade qui bénéficie d'une couverture sociale de base et d'une mutuelle peut bénéficier du tiers-payant<sup>16</sup> (en présentant sa carte Vitale et son attestation de mutuelle) pour l'achat de médicaments en pharmacie, pour les analyses biologiques, en cas d'hospitalisation.

Dans le cas des consultations chez les médecins libéraux, le plus souvent, le malade paie directement au prestataire de soins la totalité du coût des soins reçus et obtient ensuite un remboursement.

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME), de même que, par exemple, les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les personnes souffrant d'ALD<sup>17</sup> peuvent bénéficier du tiers-payant pour les consultations libérales.

Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour encourager le développement des médicaments génériques, la procédure du tiers-payant ne s'applique plus si le patient refuse la délivrance de médicaments génériques en substitution à ceux qui lui ont été prescrits (sauf si cette non substitution a été expressément recommandée par le médecin traitant). Dans ce cas, le patient doit faire l'avance des frais.

Les sommes remboursées aux malades sont calculées en fonction des tarifs ou des prix négociés et d'un pourcentage, le ticket modérateur.

Le ticket modérateur est plus élevé pour les soins ambulatoires (30% pour les soins de médecins et 40% pour les soins d'auxiliaires) et en matière de médicaments dits « de confort », c'est-à-dire dont le service médical rendu est considéré comme moindre (65%) que pour les soins hospitaliers (20%).

Il existe trois types d'exonération du ticket modérateur :

- Exonération liée à la pathologie, pour « les affections de longue durée » inscrites sur une liste limitative.
- Exonération liée à la nature des actes et des traitements, à partir d'un certain coefficient de spécialisation des actes pratiqués en établissement hospitalier et d'une durée d'hospitalisation supérieure à 30 jours.
- Exonération liée à la situation de l'assuré ou du bénéficiaire : assurée en état de grossesse, victime d'un accident du travail, de maladie professionnelle mais aussi pensionné de guerre, titulaire d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité.

Enfin, il faut signaler que l'Assurance Maladie ne rembourse que sur la base de tarifs fixés dans le cadre de conventions avec les professionnels. Elle ne rembourse pas les dépassements pratiqués par certains praticiens, même ceux qui sont autorisés.

Les personnes admises dans des établissements hospitaliers doivent payer un forfait journalier lors d'une hospitalisation. Il s'applique à tous sauf dans certains cas (enfants, victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, etc.), est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé, dès la première nuit (16 € par jour en hôpital ou en clinique ; 12 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait. Il est parfois pris en charge par les mutuelles ou les complémentaires santé.

### ➤ Les relations entre les prestataires de soins, l'Etat et l'Assurance Maladie

---

<sup>16</sup> Le tiers-payant est un mécanisme de prise en charge directe par l'Assurance Maladie ou la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé.

<sup>17</sup> ALD : Affection de Longue Durée.

Les relations entre les prestataires de soins et les institutions de tutelle et de financement diffèrent selon que l'on se trouve dans le secteur libéral ou dans le secteur public.

L'Etat régleme les conditions de formation et d'exercice de l'ensemble des professionnels de santé.

Les modalités de rémunération des praticiens hospitaliers sont fixées par l'Etat.

Pour les médecins libéraux, une convention nationale, signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de médecins libéraux reconnus représentatifs, fixe les règles de la distribution et du paiement des services rendus et définit les dispositifs visant à la régulation médicalisée des dépenses de santé et à l'amélioration de l'efficience du système de soins.

Les honoraires pratiqués par les professionnels conventionnés doivent en principe correspondre à ces tarifs, mais cette règle générale comporte, pour certains médecins, des exceptions. La convention de 1980, en effet, permet aux médecins conventionnés de choisir un statut « secteur 2 à honoraires libres » (les médecins du secteur 1 doivent respecter les tarifs) les autorisant à appliquer des prix plus élevés que les tarifs, à condition de ne les dépasser qu'avec « tact et mesure » et de renoncer à certains avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés. Les malades s'adressant aux médecins du secteur 2 doivent prendre à leur charge, en plus du ticket modérateur, l'écart entre le prix demandé et le tarif de conventionnement.

Une proportion croissante des médecins avait opté pour le secteur 2 jusqu'en 1989. Depuis 1990, les médecins déjà installés n'ont plus la possibilité de changer de secteur conventionnel et chaque année 1 000 nouveaux médecins seulement, parmi ceux qui sont titulaires de titres hospitaliers, sont admis à choisir le secteur 2 lors de leur installation.

#### ➤ Les réseaux de soins

L'institution de réseaux de soins correspond à la recherche d'une rationalisation du système de santé. Ces réseaux sont constitués d'un ensemble de moyens organisés dans une aire géographique déterminée afin de coordonner le suivi de pathologies ou le suivi de populations. Deux types de réseaux sont envisagés :

- Les réseaux de ville concernent essentiellement la médecine libérale, mais ils peuvent s'associer les activités d'établissements de santé et d'institutions sociales ou médico-sociales de maintien à domicile.
- Les réseaux hôpital ou ville-hôpital peuvent être constitués par les établissements de santé en association avec des médecins libéraux ou des organismes à vocation sanitaire et sociale. Ils doivent être agréés par les Agences régionales de l'hospitalisation.

### ***3. LE PROJET DE LOI HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES***

Le Projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), présenté en Conseil des Ministres le 22 octobre 2008, ne manquera pas d'avoir un impact sur les sujets traités dans ce rapport. Toutefois, en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de dire avec précision quel sera cet impact.



Ce projet de loi ayant en outre déjà beaucoup évolué depuis sa première rédaction, le CESR estime inopportun de porter un quelconque jugement de valeur sur son contenu pour le moment.

Nous nous contenterons de rappeler ici que ce texte porte sur trois grands titres : la modernisation des établissements de santé, l'accès de tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et enfin, l'organisation territoriale du système de santé.

Le CESR se réserve la possibilité de se saisir ultérieurement du texte définitif afin d'examiner ses conséquences sur l'accès à des soins de qualité pour tous.

## **II. DIMENSION ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ**

### ***1. LES COMPTES NATIONAUX ET RÉGIONAUX DE LA SANTÉ***

En 2007, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 206,5 milliards d'euros<sup>18</sup>, soit 10,9% du PIB.

La dépense courante de santé décrit l'ensemble des dépenses (hors dépenses en capital) engagées par les financeurs publics et privés du système de santé (Sécurité Sociale, Etat, collectivités territoriales, organismes de protection complémentaire et ménages) pour la fonction santé. Elle se compose de différents agrégats :

- **La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui décrit la consommation de l'ensemble des soins (hospitaliers et ambulatoires), des services (transports de malades) et des biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux) sur l'ensemble du territoire national par les résidents et les non résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels.**
- Les indemnités journalières
- Les dépenses de formation, recherche et gestion
- Des subventions aux systèmes de santé
- Des dépenses de prévention collective

En 2007, la CSBM a progressé en valeur plus rapidement qu'en 2006 (+ 4,7%, contre + 3,5%). Cette accélération est essentiellement due à l'évolution des volumes qui concerne tous les postes de dépenses, hormis les transports de malades.

Les médicaments augmentent ainsi à un rythme soutenu (+ 7,1%) : c'est le poste qui augmente le plus rapidement depuis 10 ans : la France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments.

La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 76,6% en 2007.

La part prise en charge par les organismes complémentaires est en légère augmentation (13,6%), en particulier pour les soins hospitaliers.

La consommation médicale totale est composée de :

- La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui atteignait 163,8 milliards d'euros, soit 8,7% du PIB en 2007 ;
- De la médecine préventive pour 3,1 milliards d'euros.

---

<sup>18</sup> Source : DREES, Etudes et Résultats : « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », n° 655, septembre 2008.

Notre système de santé est caractérisé par une très grande disproportion entre la médecine curative et la médecine préventive : il est donc essentiellement basé sur la médecine curative.

Le montant de la dépense totale de santé représente 11% du PIB national en 2006, ce qui situe la France au troisième rang mondial, derrière les Etats-Unis (15,3%) et à un niveau proche de la Suisse (11,3%) et de l'Allemagne (10,6%).

Malgré une part du PIB consacrée aux dépenses de santé parmi les plus importantes d'Europe, la France présente aussi un taux de mortalité évitable relativement élevé. La France est même un pays où demeurent de fortes inégalités de santé.

Cela signifie qu'un niveau élevé de dépenses n'est pas seul garant d'une plus grande qualité des soins.

**En Midi-Pyrénées**, le coût des dépenses de santé s'élève à 6,2 milliards d'euros<sup>19</sup>.

## ***2. LES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES***

La santé est le 5<sup>ème</sup> poste de dépenses dans le budget des ménages, après le logement, l'alimentation, les biens de consommation et les services. Cependant, le poste santé a tendance à augmenter de manière significative depuis quelques années : la consommation de soins et de bien médicaux est même le poste du budget des ménages qui a le plus vite augmenté, pour atteindre aujourd'hui plus de 12%.

S'il semble que le reste à charge des ménages par rapport à la consommation globale de soins varie assez peu ces toutes dernières années, il faut toutefois prendre ces résultats avec précaution, notamment parce qu'il s'agit d'une moyenne. Pour la partie de la population qui souffre de maladies chroniques et coûteuses (ALD), la prise en charge est de 100% (sur les soins en rapport avec l'ALD). La part de dépenses qui reste à la charge de ces ménages est donc inférieure à la moyenne affichée tandis qu'elle est supérieure pour le reste de la population.

De plus, les niveaux de couverture des différents types de soins sont très variés : alors que les soins hospitaliers sont pris en charge par l'Assurance Maladie de base à plus de 95%, les dépenses liées aux soins dentaires ne le sont qu'à 33%. Cette moyenne ne rend donc pas compte de la difficulté des ménages les plus modestes à avoir accès aux soins de ville (les moins bien pris en charge).

En outre, les niveaux de couverture apportés par les complémentaires santé sont également très variés. Pour un ménage aisé qui a souscrit une bonne couverture complémentaire, la part qui restera à sa charge sera, dans les faits, plus faible que la part moyenne. Pour les ménages modestes sans couverture complémentaire ou ne disposant que d'une couverture de mauvaise qualité en revanche, la part des dépenses qui demeurera réellement à sa charge sera plus importante que la moyenne.

Enfin, comme par définition, la part qui reste à la charge des ménages est calculée par référence aux dépenses des ménages, si un ménage renonce à des soins parce que ceux-ci coûtent trop cher et/ou sont mal pris en charge, ce renoncement sera nécessairement « invisible » dans les données chiffrées.

En pratique, aujourd'hui, il reste à la charge de l'assuré qui s'adresse au système de santé :

- La **participation forfaitaire d'un euro** (sauf pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME et pour les femmes enceintes de plus de 6 mois et les autres dérogations légales).
- Le **ticket modérateur**.

---

<sup>19</sup> Source : DRASS Midi-Pyrénées.

- Le **forfait de 18€** (qui s'applique sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91€ et donc sont en principe exonérés les Accidents du travail ou maladie professionnelles, les Affections de Longue Durée, les femmes enceintes, les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME).
- Le **forfait hospitalier journalier** : la participation aux frais de l'hôpital en cas d'hospitalisation correspond à 16€ par jour (2007).
- Les **franchises médicales** qui correspondent au déremboursement d'une partie du prix des boîtes de médicaments, acte paramédical ou recours aux transports sanitaires.

A cela s'ajoutent les **dépassements d'honoraires** pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2.

### **III. LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS**

Ayant constaté le décalage existant entre les principes (universalité de la couverture sociale) et la réalité (beaucoup de personnes ont des difficultés pour accéder aux soins dans les faits), l'Assurance Maladie a mis en place progressivement des dispositifs pour combler ce décalage et lutter contre l'exclusion du droit à la santé.

Afin de bien mesurer l'ampleur des difficultés d'accès aux soins et de déterminer les obstacles à cet accès, il est nécessaire, au préalable, de rappeler les dispositifs administratifs et réglementaires existants.

Comme cela a été développé précédemment, il faut rappeler que le système de Sécurité Sociale, qui a été créé par l'ordonnance du 4 octobre 1945, s'inscrivait au départ dans une logique d'assurance et de solidarité professionnelle. Ce système s'adressait aux salariés et à leur famille. Pour s'adapter ensuite aux évolutions de la société (hausse du chômage notamment), cette logique a progressivement été complétée par une logique plus large, de solidarité nationale qui visait à concerner l'ensemble de la population résidant sur le territoire national.

C'est à partir de la fin des années 1970, et surtout de 1988 et la création du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) que ce changement de logique se produit. En effet, avec le RMI, la protection sociale s'étend progressivement à des bénéficiaires non cotisants.

Par la suite, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, stipule la nécessité de lutter contre l'exclusion du droit à la santé. Cette loi est complétée un an plus tard par celle du 27 juillet 1999 qui crée la Couverture Maladie Universelle (CMU), dont l'ambition est d'achever la généralisation de la couverture maladie de base.

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la CMU marque un changement radical dans les procédures d'accès aux soins. Elle permet d'affilier automatiquement au régime général de l'Assurance Maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière et n'ayant pas de droits ouverts à un autre titre.

Au 31 décembre 2004<sup>20</sup>, plus de 4 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire en France métropolitaine, soit 6,7% de la population. Le bénéfice de la CMU a pour objectif d'atténuer le renoncement aux soins pour raisons financières. Selon une enquête de la DREES<sup>21</sup>, 43% des ménages des nouveaux bénéficiaires avaient en effet renoncé aux soins avant leur entrée dans le dispositif et 71% d'entre eux ont entamé de nouveaux soins depuis.

<sup>20</sup> Source : « La santé observée », ORS Midi-Pyrénées, mai 2006.

<sup>21</sup> DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Toutefois, la CMU ne règle pas toutes les difficultés : pour répondre aux « failles » identifiées, différentes mesures sont ensuite venues compléter ce dispositif pour tenter de réduire ces limites et de garantir l'effectivité du droit à la santé pour tous : l'AME (l'Aide Médicale d'Etat), la CMU-C (CMU complémentaire), l'ACS (l'Aide Complémentaire Santé).

Une des limites de la CMU est liée à ce que l'on appelle l'« effet de seuil » : certaines personnes qui ont des revenus supérieurs au plafond d'accès à la CMU-C ne disposent pourtant pas de moyens suffisants pour adhérer à une couverture complémentaire, nécessaire à un bon accès aux soins. C'est pour limiter ces effets de seuil que l'Assurance Maladie a créé l'ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé), un dispositif qui s'adresse aux personnes dont les revenus les situent juste au-dessus du plafond de ressources, et qui a pour objet de couvrir une partie des frais liés à l'adhésion à une complémentaire santé, en réduisant le montant annuel de la cotisation.

***Définition et contenu des dispositifs d'accès aux soins :***

***Qu'est-ce que l'Aide Médicale d'Etat (AME)?***

L'AME est un dispositif de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière. Instaurée le 1er janvier 2000, l'AME remplace l'aide médicale gratuite destinée aux sans-papiers, qui était gérée par les départements.

***Deux objectifs***

- Un objectif humanitaire
- Un objectif de santé publique

***Deux conditions d'ouverture de droits***

- Une condition de ressources : même plafond que pour bénéficier de la CMU-C
- Une condition de résidence : résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois

Les personnes en situation irrégulière et présentes depuis moins de trois mois bénéficient d'une prise en charge limitée aux soins les plus urgents, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

***La prise en charge des dépenses de soins***

L'AME donne droit :

- Aux soins médicaux et aux prescriptions médicales, aussi bien en hôpital qu'en médecine de ville, dans la limite des tarifs conventionnels
- Au forfait journalier en cas d'hospitalisation

Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de l'avance de frais.

### ***Qu'est-ce que la Couverture Maladie Universelle (CMU)?***

La CMU permet aux personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie de base d'avoir accès aux prestations en nature du régime général par le biais d'une affiliation à ce régime.

#### ***Deux conditions d'ouverture de droits***

La CMU est attribuée sous une double condition :

- Une condition de résidence : exigence du « caractère stable de la résidence », c'est-à-dire une durée ininterrompue de résidence supérieure à 3 mois
- Une condition de ressources qui prévoit la gratuité de la couverture en deçà d'un plafond annuel de ressources de 8774 euros et, au-delà, le versement d'une cotisation de 8% des revenus fiscaux de l'année civile précédente

Le droit à la CMU est accordé pour un an, renouvelable.

### ***Qu'est-ce que la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ?***

La CMU-C est une couverture complémentaire gratuite qui s'adresse aux personnes vivant de façon stable et régulière en France et dont les revenus sont inférieurs à un montant dépendant de la taille du ménage.

Elle remplace l'aide médicale dispensée antérieurement par les Conseils Généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée.

Cette prestation est accordée de droit aux personnes bénéficiant du RMI (allocataires et ayant-droits) qui sont de ce fait dispensées de justifier de leurs revenus.

#### ***Deux conditions d'ouverture de droits***

La CMU-C est attribuée sous une double condition :

- Une condition de résidence qui est la même que pour l'ouverture de droit à la CMU de base
- Une condition de ressources : la CMU-C est réservée aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond variable selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge (606 € mensuels pour une personne seule)

Le plafond de ressources concerne les ressources des 12 derniers mois précédents la demande et varie selon la composition du foyer et le nombre d'unités de consommation.

Le plafond de ressources, fixé à 534 euros mensuels pour une personne seule au 1<sup>er</sup> janvier 2000, a été revalorisé périodiquement. Au 1<sup>er</sup> juillet 2008, le plafond de ressources est de 621 euros mensuel pour une personne seule.

L'affiliation à la CMU-C permet la prise en charge, avec dispense d'avance de frais, du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier ainsi que des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses, etc.)

### ***Qu'est-ce que l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire d'Assurance Maladie (ACS) ?***

L'ACS est un dispositif qui vise à favoriser l'accès à une couverture complémentaire santé pour les personnes dont les ressources les placent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU-C.

#### ***Deux conditions d'ouverture de droits***

L'ACS est attribuée sous une double condition :

- Une condition de ressources : l'ACS s'adresse aux personnes dont les revenus sont compris entre le plafond de la CMU et ce même plafond majoré de 20%
- Une condition de résidence : l'ACS s'adresse aux personnes qui résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois

#### ***Le montant de l'aide***

Le montant de l'ACS est compris entre 100 et 400€.

Il varie en fonction de deux critères : l'âge de l'assuré et sa situation de famille.

L'aide est directement versée à l'organisme complémentaire.

*Source : CRAM Midi-Pyrénées*

Fin 2006, 180 800 habitants de la région bénéficient de la CMU-C près de la moitié d'entre eux vivent en Haute-Garonne, 14% dans le Tarn. Avec 8,1% de personnes couvertes par la CMU-C parmi les moins de 65 ans, la région se situe dans la moyenne nationale.

*Les données CMU ne comprennent pas le nombre de bénéficiaires du régime agricole (4 437 bénéficiaires France entière).*

*Source : Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées – tableaux de bord – données 2007 (édition 2009).*

|                      | <b>Nombre de bénéficiaires de la CMU au 1/01/07</b> |
|----------------------|---|
| Ariège               | 4 739   |
| Aveyron              | 2 243   |
| Haute-Garonne        | 30 238  |
| Gers                 | 2 843   |
| Lot                  | 2 656   |
| Hautes-Pyrénées      | 4 156   |
| Tarn                 | 7 382   |
| Tarn-et-Garonne      | 4 925   |
| <b>Midi-Pyrénées</b> | <b>59 168</b>                                       |

| <b>BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C</b> |   |                    |                                    |   |
|----------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|---|
|                                  | <b>Bénéficiaires (assurés + ayants-droit)</b> |                    |                                    | <b>Part (%)<br/>parmi les moins<br/>de 65 ans<br/>en 2006</b> |
|                                  | <i>Au 31/12/06</i>                            | <i>au 31/12/07</i> | <i>Evolution<br/>2005-2006 (%)</i> |   |
| <b>Ariège</b>                    | 13 121  | 13 260             | 1,1                                | 11,5  |
| <b>Aveyron</b>                   | 11 210  | 10 856             | - 3,2                              | 5,2   |
| <b>Haute-Garonne</b>             | 82 159  | 78 699             | - 4,2                              | 7,6   |
| <b>Gers</b>                      | 8 665   | 8 995              | 3,8                                | 6,5   |
| <b>Lot</b>                       | 9 175   | 9 079              | - 1,0                              | 7,0   |
| <b>Hautes-Pyrénées</b>           | 13 040  | 13 560             | 4,0                                | 7,7   |
| <b>Tarn</b>                      | 25 342  | 24 624             | - 2,8                              | 8,6   |
| <b>Tarn-et-Garonne</b>           | 18 127  | 18 456             | 1,6                                | 10,0  |
| <b>Midi-Pyrénées</b>             | <b>180 839</b>                                | <b>177 531</b>     | <b>- 1,8</b>                       | <b>7,8</b>  |
| <b>France métropole</b>          | 4 150 535                                     | 4 054 016          | - 2,3                              | 7,9   |

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

Les départements présentent des situations disparates : ce sont l'Ariège et le Tarn-et-Garonne qui comptent le plus de bénéficiaires de la CMU-C, traduisant la forte proportion de bas revenus. Dans quatre départements, la part des bénéficiaires de la CMU-C est supérieure à la moyenne nationale : Ariège, Haute-Garonne, Tarn et Tarn-et-Garonne.

Dans la région, en 2004, seulement un peu plus d'une personne sur deux ayant des revenus inférieurs au seuil de précarité (55,5%) était couverte par la CMU-C.

Par ailleurs, fin 2004, près de 1800 étrangers vivant en Midi-Pyrénées en situation irrégulière ont bénéficié de l'AME.

L'ensemble de ces mesures trouvent leur légitimité à travers le postulat selon lequel l'accès aux droits serait garant de l'accès aux soins. Or, la suite de ce travail s'attachera à montrer qu'il ne suffit pas d'avoir droit à une couverture sociale pour accéder à des soins. Cela n'enlève rien à la nécessité de maintenir ces dispositifs mais cela signifie qu'ils sont insuffisants et que la compréhension des obstacles à l'accès aux soins passe par une vision plus globale des situations.

## CHAPITRE 2

# LES ENJEUX ET LES LIMITES DU SYSTÈME DE SANTÉ

### I. LES PROBLÈMES LIÉS À L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

#### *1. LES ENJEUX LIÉS AUX DÉPENSES GLOBALES*

La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est en partie liée à des phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, évolution de pathologies aiguës en pathologies de longue durée, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie, etc.

De fait, cette évolution est à l'origine d'un déficit croissant de l'Assurance Maladie, qui pose des problèmes récurrents de financement.

Ces considérations ont conduit à multiplier depuis les années 1970 les politiques de maîtrise des dépenses de santé, avec un succès limité par rapport à cet objectif et parfois des conséquences négatives par rapport à l'accès effectif de tous aux soins.

Pour tenter de réduire les dépenses de santé, des plans de stabilisation ont en effet été régulièrement mis en place.

- Dès l'origine, mise en place du **ticket modérateur** qui représente la participation du malade aux frais médicaux et donc, la part non remboursée par la Sécurité Sociale<sup>22</sup>. Le ticket modérateur a été ensuite augmenté, passant de 30 à 60% pour les médicaments dits « de confort » en 1977.
- 1982 : baisse du nombre de **médicaments remboursés** par la Sécurité Sociale.
- 1983 : création du **forfait journalier hospitalier** : il s'agit d'une participation de l'assuré aux frais d'entretien et d'hébergement. A sa création, il représentait 3,05 euros ; depuis le 1er janvier 2007, ce forfait est de 16 euros par jour à l'hôpital.
- 2005 : instauration du **forfait de 1 euro** sur chaque consultation et acte médical.
- 2006 : baisse du remboursement des consultations hors **parcours de soins** ; instauration du forfait de 18 euros pour tout acte médical supérieur à 91 euros.
- 2008 : instauration des **franchises médicales** : 0,50 euros par boîte de médicaments et acte para médical, 2 euros par transport.

Ces franchises, qui au départ devaient être destinées à réduire le déficit de l'Assurance Maladie, ont été absorbées par un fond pour la recherche sur diverses maladies (cancer, Alzheimer, soins palliatifs, etc.).

Ces franchises sont par ailleurs décriées aujourd'hui, dans la mesure où l'idée de faire payer les malades peut être considérée comme contradictoire avec la logique du système de solidarité élaboré à l'origine.

- Etc.

---

<sup>22</sup> C'est une loi du 30 avril 1930 qui met en place le ticket modérateur. L'ordonnance du 19 octobre 1945 qui a créé l'assurance longue maladie prévoyait l'exonération de ce ticket modérateur pour le malade « atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier, et notamment l'hospitalisation, ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou à des thérapeutiques particulièrement onéreuse », source : *IRDES*.



Depuis une trentaine d'années, différents Plans de réforme de l'Assurance Maladie ont été adoptés et ont mis en place ces différentes mesures. Une partie d'entre eux a notamment progressivement étendu le déremboursement de médicaments dits « de confort ».

La Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), créée en 1996 dans cet objectif de limitation des dépenses, instaure le principe de paiement des dettes de l'Assurance Maladie à titre rétroactif, ce qui pose le problème de peser sur les générations futures. Le montant de la dette s'élève à 73 milliards d'euros.

Le constat est que les diverses politiques menées ne sont pas parvenues à contrôler les dépenses de santé. De ce fait, ce qui est à craindre est que l'Assurance Maladie soit contrainte par le législateur à se désengager massivement en favorisant une hausse des franchises, la définition d'un panier de soins et de services, etc.

Ces désengagements, qui ont pour conséquence de transférer ces charges sur les familles et sur les complémentaires santé, visent aussi à une responsabilisation des assurés.

Cet argument, mis en avant par les politiques de santé, qui consiste à vouloir limiter le risque de déresponsabilisation des patients qui serait induit par l'existence même des remboursements est celui qui avait déjà été donné au moment de la mise en place du ticket modérateur et de l'avance de frais. L'idée est que c'est l'impression de « gratuité » qui en découle qui est problématique.

Or, les résultats montrent que le facteur de la responsabilisation des patients, invoqué par les politiques comme un moyen de maîtriser les dépenses de santé, n'a pas d'effet : l'argument est donc en fait inopérant.

Trois acteurs partagent la responsabilité des dépenses de santé :

- L'Etat, qui définit le cadre.
- Le médecin, qui est l'ordonnateur des dépenses.
- L'utilisateur du système de santé.

### Les dépenses de médicaments

La consommation de médicaments constitue une part importante en volume des dépenses de santé. La France est en effet l'un des pays les plus consommateurs de médicaments. Pourtant, les résultats en termes d'état de santé ne sont pas meilleurs que dans les pays où moins de médicaments sont prescrits.

Dans un rapport de l'Assemblée Nationale sur « La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments »<sup>23</sup>, il est souligné en particulier le fait que la grande majorité des consultations médicales en France s'achevaient par une prescription (90% en France, contre 72% en Allemagne ou 43% aux Pays-Bas).

Ce rapport indique qu'aujourd'hui une consultation dure en moyenne 7 à 10 minutes, ce qui limite la possibilité de créer une relation de confiance et qui aboutit à des prescriptions de médicaments.

Une autre conséquence des désengagements en termes de remboursement est constituée par l'augmentation du recours à l'automédication. Cela représente 8 milliards d'euros en France et un taux de 6% (contre 13 à 15% dans les autres pays européens).

---

<sup>23</sup> « La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments », Rapport d'information n° 848, enregistré le 30 avril 2008, déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale et présenté par Madame Catherine Lemorton, députée de la Haute-Garonne.

L'automédication est encouragée par le gouvernement dans la mesure où elle permet de faire des économies. L'objectif du Ministère de la santé est, en effet, d'arriver aux standards européens et ainsi générer 2,5 milliards d'euros d'économies (sur les consultations médicales et sur les remboursements). Cela peut poser un problème parce que l'automédication peut s'avérer dangereuse si elle n'est pas reliée à une politique d'éducation des populations. De plus, cela risque de créer des inégalités sociales car l'automédication a un coût.

Les industries pharmaceutiques ont également intérêt au développement de l'automédication, et sont, pour cette raison, très favorables à l'autorisation de délivrance des médicaments en grande surface. Cette idée peut pourtant s'avérer dangereuse. En effet, contrairement à ce qui se passe en pharmacie où les médicaments ne devraient pas être délivrés sans explication préalable, en supermarché personne ne donne de conseils. De plus, le dossier pharmaceutique dont dispose le pharmacien uniquement est un outil qui permet de repérer d'éventuels risques d'incompatibilité : de ce point de vue, le pharmacien peut en outre constituer un frein à une surconsommation, ce qui est impossible en grande surface.

## ***2. LES FACTEURS QUI FAVORISENT L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ***

**L'augmentation des dépenses de santé est due à la combinaison de plusieurs facteurs.**

### **2.1 Les facteurs liés à la demande**

#### ➤ *Les facteurs démographiques*

Le vieillissement de la population et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses d'après-guerre devraient entraîner une hausse des dépenses de santé puisque ce sont les personnes âgées qui consomment le plus de soins et de biens médicaux.

#### ➤ *Les facteurs épidémiologiques*

Le profil des affections s'est modifié au cours du XX<sup>ème</sup> siècle : on est passé d'un profil épidémiologique de la population caractérisé par des maladies infectieuses aiguës à des maladies chroniques, invalidantes, dégénératives (cancers, SIDA, maladies cardio-vasculaires, maladie d'Alzheimer, etc.). Ces dernières sont davantage « consommatrices » de soins et d'investigation thérapeutique.

L'augmentation du nombre de maladies chroniques, qu'on appelle aussi « affections de longues durée », parce qu'elles font notamment l'objet d'une prise en charge spécifique de la part de l'Assurance Maladie et parce que les patients concernés ont besoin d'être régulièrement suivis, a nécessairement un impact sur l'organisation des soins. Cette évolution pourrait justifier la création de nouveaux métiers ou les délégations de tâches afin que d'autres professionnels de santé assurent le suivi de ces patients.

➤ Les facteurs économiques

Plus un pays est riche, plus la part du budget consacrée à la santé est importante. La croissance économique, l'enrichissement de la population entraînent nécessairement une hausse des dépenses de santé.

➤ Les facteurs culturels

Le constat actuel est que la société française se caractérise par une demande croissante en matière de santé.

Une des explications de ce phénomène réside dans le **rôle des médias**. En effet, à travers les émissions de vulgarisation ou la publicité, les médias influent sur la demande sociale de santé. Le traitement médiatique qui est fait des questions de santé en général induit, dans la population, le sentiment d'être mal soigné, d'être mal pris en charge. Ces idées sont de plus parfois relayées par les hommes politiques qui ont tendance à valoriser les exigences de la population.

En outre, les classements des établissements de santé, effectués par la presse et dans ce contexte, créent une pression très forte alors même que les critères de classement sont tout à fait contestables.

Au problème de cette pression exercée sur le système de santé s'ajoute l'instauration de contraintes, notamment juridiques, pour les professionnels, qui sont difficilement gérables.

Fondamentalement, le problème provient du fait que la société actuelle a tendance à croire, ou à vouloir croire au risque zéro ou à la qualité totale, qui sont des utopies. Il est probable que le risque de judiciarisation s'atténuera si une meilleure information est donnée aux patients et si la relation soignant/soigné se modifiait dans le sens d'une plus grande prise en compte de la personne dans sa globalité. C'est d'autant plus important que le respect des droits des usagers fait partie intégrante de la qualité des soins. La confiance étant liée à la qualité de la relation humaine entre les professionnels de santé et les patients, il est primordial de faire en sorte que cette relation de confiance s'instaure.

Pour améliorer cela, il est nécessaire de développer l'aspect « savoir-être, savoir dire et écoute » au cours de la formation des médecins.

**Une autre explication, qui en découle, est à rechercher dans le comportement des patients : les médias et la meilleure information de la population, au sujet des techniques médicales, créent chez certains une tendance à l'adoption d'attitudes consuméristes de biens et de services médicaux ou au « nomadisme médical ».**

## **2.2 Les facteurs liés à l'offre**

➤ Les facteurs de démographie médicale

Le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui. Ce nombre est en augmentation depuis 30 ans ; il devrait toutefois baisser au cours des prochaines années. Il est possible de penser que le nombre élevé de médecins influe sur la consommation de soins, c'est en tout cas cette logique qui a amené les pouvoirs publics à réduire le numerus clausus dans les années 1990.

➤ Les facteurs technologiques

Les progrès de la médecine ont permis d'améliorer l'espérance de vie des patients. Ces progrès ont toutefois un coût : l'utilisation de matériels, de machines nouvelles pèsent sur les dépenses de santé.

➤ Les facteurs humains et les aléas

A titre d'exemple, les infections nosocomiales contractées par des patients génèrent, pour les soigner, des réhospitalisations, des hospitalisations plus longues, voire des actes de chirurgie supplémentaires entraînant une augmentation des dépenses. Deux causes peuvent être à l'origine d'une infection nosocomiale:

- Une faute professionnelle
- Un aléa thérapeutique malgré le respect des règles et des protocoles.

A noter que les infections nosocomiales font aujourd'hui deux fois plus de morts que les accidents de la route.

➤ Les facteurs organisationnels

Le caractère potentiellement inflationniste du paiement à l'acte par exemple, ainsi que l'inadéquation actuelle de la répartition des structures de soins sur le territoire.

La non transmission des données du Dossier Médical Personnel d'un praticien à un autre et la répétition d'actes sans motif légitime au passage d'un établissement à un autre, sont également à l'origine de surcoûts.

Il est possible de souligner le rôle que peuvent jouer un certain nombre d'acteurs, positionnés du côté de « l'offre » de biens et de services médicaux, en matière d'influence sur les dépenses de santé.

Les industries pharmaceutiques, en mettant sur le marché de nouveaux médicaments et en en faisant la promotion par le biais des visiteurs médicaux, peuvent influencer les médecins et leurs prescriptions.

Rappelons qu'en France tout médicament, pour être commercialisé, doit faire l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

De plus, les médecins, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux jouent également un rôle dans l'augmentation des dépenses de santé puisque par leurs missions même, ils engagent les dépenses de la collectivité. En France, plus qu'ailleurs, la grande majorité des consultations médicales s'achèvent par une prescription.

Plus globalement, il est possible de penser que le fait que le système de santé français soit fondé essentiellement sur une médecine curative, au détriment d'une approche préventive, a un impact sur l'importance des dépenses de santé.

## **II. LES ENJEUX LIÉS AUX RÉFORMES EN COURS**

Le premier chapitre de cette première partie a décrit la réforme visant à mettre en œuvre la tarification à l'activité (T2A) dans tous les établissements de santé.

De par ses spécificités, l'hôpital public se trouve, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle tarification, confronté à un certain nombre de difficultés. Ces difficultés sont encore plus aiguës pour les hôpitaux de proximité puisqu'elles se cumulent à d'autres problèmes rencontrés par ces établissements.

### ***1. LES SPÉCIFICITÉS DE L'HOPITAL PUBLIC***

Tout d'abord, les hôpitaux publics sont tenus d'accueillir et de soigner toutes les personnes qui se présentent à leurs portes : ils n'ont pas le droit de sélectionner leurs patients, en fonction de leurs pathologies et de leur âge.

Les hôpitaux publics effectuent également des missions d'intérêt général, d'enseignement et de recherche qui ne sont pas toujours financées (MIGAC et MERRI<sup>24</sup>) à hauteur des besoins.

Avec la T2A, l'équilibre financier de l'hôpital public est parfois malaisé à réaliser, mettant les établissements en situation difficile d'un point de vue budgétaire.

Au vu de ces spécificités et avec la mise en application de la T2A, on peut légitimement s'interroger sur le devenir des hôpitaux publics dans les prochaines années et, en particulier, sur celui des hôpitaux périphériques.

La gestion des personnels des établissements de santé publics s'inscrit dans le cadre des statuts de la fonction publique hospitalière. Les contraintes particulières liées à ce cadre font que le management ne peut pas se faire sur le cœur du métier. Ce cadre fixe notamment les salaires des praticiens en fonction de grilles prédéfinies.

Or, dans les petits hôpitaux, qui ont du mal à être attractif pour les professionnels de santé, cette contrainte accroît encore davantage cette difficulté à recruter.

Le principe de la clause de non-concurrence qui s'applique dans le privé n'a pas cours dans le public : en conséquence, un médecin hospitalier peut quitter l'hôpital et installer son cabinet dans la même ville sans difficulté, ce qui facilite la « fuite » des praticiens vers le libéral ou vers d'autres établissements, dans lesquels les conditions d'exercice et de rémunération seront plus gratifiantes.

Du côté des établissements privés, un phénomène relativement nouveau est en train de prendre une certaine importance : il s'agit du rachat par des fonds investisseurs (fonds de pension notamment), de cliniques, s'inscrivant ainsi sur un marché de la santé. Il est inquiétant d'imaginer les risques de déstabilisation du système de santé qui pourraient être induits par ce phénomène. En effet, le principal objectif de certains investisseurs est constitué par la recherche de rentabilité, avant la notion de services aux publics, de santé publique. Le fait que ces fonds investisseurs puissent se retirer à partir du moment où les profits ne seraient pas suffisants ne risque-t-il pas d'impacter de fait la structure globale de l'offre de soins sur le territoire ?

---

<sup>24</sup> MIGAC : Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation ; MERRI : Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation.

## ***2. LE CAS DES HÔPITAUX PÉRIPHÉRIQUES***

La baisse des recettes pour des dépenses équivalentes est encore plus problématique dans les petits hôpitaux qui font souvent beaucoup d'activités lourdes et peu d'ambulatoire : c'est le cas de l'hôpital de Figeac notamment.

D'autant plus que la faible attractivité de ces établissements pour les professionnels de santé les oblige à recruter des médecins vacataires à des coûts très importants.

De plus, l'activité des petits hôpitaux est souvent limitée par la taille du bassin de population. Situés en zone rurale, ces établissements ont de plus une patientèle potentielle plutôt vieillissante. Or, on sait que les personnes âgées, quand elles sont hospitalisées, présentent souvent des pathologies multiples, ce qui complique leur prise en charge et les fait souvent refuser par les établissements privés.

Dans la mesure où ils rencontrent des difficultés pour recruter des médecins, leurs plateaux techniques, même s'ils sont performants, ne peuvent pas fonctionner pleinement.

Ces établissements voient une partie de leurs services (maternité, chirurgie, etc.) fermer pour des raisons liées à leur trop faible activité.

## **III. LES LIMITES DES DISPOSITIFS VISANT À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS**

### ***1. LES LIMITES DE LA CMU ET DE LA CMU-C***

Les dispositifs mis en œuvre pour réduire les obstacles à l'accès aux soins pour certaines catégories de populations, et qui avaient pour ambition l'universalisation de la Sécurité Sociale, en conformité avec ses principes fondateurs, présentent dans les faits des limites. C'est le cas particulièrement de la CMU et de la CMU-C.

La principale limite de ces dispositifs est constituée par les **effets de seuil** induits. En effet, le bénéficiaire de la CMU et la CMU-C étant soumis à condition de ressources, elles créent nécessairement des effets de seuil qui ont pour conséquence d'exclure certaines populations – ayant pourtant des difficultés financières pour accéder aux soins – de ces droits. C'est le cas notamment des personnes percevant certains minima sociaux tels que le Minimum Vieillesse, le Minimum Invalidité, l'Allocation Adulte Handicapé.

Notons par ailleurs que des personnes qui travaillent mais qui disposent de bas salaires éprouvent également des difficultés pour accéder à une complémentaire santé, faute de moyens, alors même que leurs revenus restent trop élevés pour leur permettre de prétendre à la CMU-C.

Au-delà des difficultés induites par ces effets de seuil pour certaines populations, les coûts, financiers, mais aussi en temps et en énergie, liés à la gestion du système, et en particulier aux procédures visant à la recherche de l'ouverture des droits sont très importants pour, au final, un faible nombre de fraudes et d'exclusions du système. En outre, les rares personnes qui n'ont pas de droits seront de toute manière – et heureusement – admis et soignés à l'hôpital en cas de besoin, puis inscrits en non valeur au niveau du budget de l'établissement. Dès lors, il est possible de s'interroger sur la pertinence d'un système dont la complexité et le coût sont bien supérieurs aux « résultats ».

Ensuite, contrairement à son but affiché, la CMU n'a en effet pas permis la couverture effective de l'ensemble de la population. Le constat est notamment que certaines personnes ne font pas valoir leurs droits et restent à l'écart du système. Il s'agira dans la suite de ce travail de tenter de comprendre les raisons de ce constat.

Concernant la CMU-C, le problème provient plus du fait que les dépenses qui y sont liées sont en forte augmentation depuis 2006.

## **2. LES LIMITES DES AUTRES DISPOSITIFS**

D'autres dispositifs ont été mis en place pour lever les limites de la CMU et de la CMU-C : ce sont l'ACS, l'AME notamment, qui sont décrits plus haut. Toutefois, ces dispositifs sont à leur tour confrontés à certaines limites.

Pour rappel, l'AME a été mise en place peu de temps après la CMU afin de permettre l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Au niveau national, l'AME bénéficie à environ 200 000 étrangers et est financée au moyen de crédits budgétaires qui restent stables depuis plusieurs années. Toutefois, le pilotage de ce dispositif est insuffisant et peu efficace et la dette accumulée par l'Etat auprès de la CNAMTS<sup>25</sup> pour financer cette aide s'élevait fin 2006 à 600 millions d'euros.

Le montant de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé est forfaitaire et varie selon l'âge et la situation de famille. De ce fait, et parce que la part due par le bénéficiaire diminue quand le nombre de personnes du ménage augmente, l'ACS est plus favorable aux familles nombreuses et donc moins favorable aux autres familles.

Par ailleurs, le reste à charge augmentant avec l'âge du souscripteur, l'ACS s'avère défavorable aux personnes âgées.

De plus, l'ACS s'appuie sur un fonctionnement trop complexe qui a de fait limité le « succès » de la mesure. En effet, le système étant mal connu (parce qu'assez récent) et les procédures administratives compliquées, cela freine les personnes qui pourraient y prétendre.

Plus généralement, l'ACS ne s'adresse qu'aux personnes qui ont des revenus jusqu'à 20% supérieurs aux plafonds CMU-C, ce qui reste limité. D'autres effets de seuil, qui restent des zones d'exclusion, sont ainsi créés.

En fait, il apparaît que tout dispositif, quel qu'il soit, rencontre des limites et cela est inéluctable : s'inscrivant dans un cadre et visant des situations ciblées, un dispositif exclut nécessairement d'autres parts de la population. Cela ne serait pas en soi un problème si les personnes exclues d'un dispositif trouvaient leur place dans un autre ; or, le problème est bien que cela n'est pas toujours le cas.

Au-delà, et c'est ce que l'on examinera dans la deuxième partie, le constat est que les obstacles à l'accès aux soins, à des soins de qualité, pour certaines catégories de populations, trouvent leurs origines en-dehors des « dysfonctionnements » ou des « imperfections » des dispositifs légaux et réglementaires.

---

<sup>25</sup> CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

### **3. LES LIMITES DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Le médecin du travail mène une action exclusivement préventive : par sa présence régulière, il peut détecter des situations problématiques. Il peut ensuite orienter, inciter les salariés chez qui il détecte un souci de santé, vers une prise en charge mais n'en a pas le contrôle.

La médecine préventive n'existe pas pour tous les salariés.

De plus, les services de santé au travail n'ont pas toujours les moyens humains pour agir. Cette situation risque de s'aggraver puisque 5000 médecins du travail devraient partir à la retraite dans les prochaines années, alors que seuls 56 sont formés chaque année. Cette situation est d'autant plus incompréhensible que ces services n'ont pas d'incidences sur le budget de la Sécurité Sociale puisqu'ils sont financés par les entreprises et collectivités territoriales.

### **4. LES LIMITES DE L'ACCÈS AUX SOINS EN PRISON**

L'exercice médical en milieu carcéral est soumis à des contraintes spécifiques liées au statut particulier des personnes concernées et aux exigences de sécurité propres à ces lieux. De fait, même s'il y a eu des améliorations, la question de la santé et des soins à l'intérieur des prisons ne semble pas prioritaire.

Les personnels médicaux intervenant dans les établissements pénitentiaires doivent ainsi faire face à un certain nombre de difficultés particulières.

Ils sont notamment contraints à travailler dans des établissements où l'espace disponible et le temps manquent pour recevoir les détenus.

De plus, les personnels médicaux en prison interviennent dans des conditions qui rendent difficiles l'application de certains principes déontologiques, tels que le devoir de confidentialité (multiples pressions de la part de l'administration pénitentiaire, de la justice) ou l'obtention du consentement de la personne.

Dans un contexte d'augmentation de la population carcérale, et bien que la prise en charge des soins en milieu carcéral se soit améliorée depuis le changement de tutelle (passage du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé), l'obligation de soins en prison n'est plus appliquée, ce qui est tout à fait fâcheux. Plus précisément, l'injonction de soins n'existe pas en prison, sauf pour les personnes coupables d'infractions à caractère sexuel ou coupables de violences conjugales. L'une des conséquences de cela est qu'il est difficile, dans les conditions d'incarcération, d'obtenir le consentement de la personne.

En outre, le déficit du nombre de médecins psychiatres (pour les établissements de Seysses et de Muret, 5,2 équivalent temps plein pour 1500 détenus dont une grande majorité présente des difficultés d'ordre psychiatrique) empêchent l'application de mesures de prévention en direction des détenus.

Il est par ailleurs regrettable de constater que les règles, concernant notamment les conduites addictives (consommation d'alcool et de drogues, etc.), ne sont pas toujours respectées.

Par ailleurs, le fait que le suivi du traitement de certaines maladies chroniques soit rendu difficile en prison a pour conséquence que les détenus condamnés ou en attente de jugement, voient leur peine d'emprisonnement se doubler dans les faits d'une peine injuste, celle de ne pouvoir être soignés conformément à leurs besoins.



Pour terminer, la tendance actuelle, qui consiste à faire glisser le traitement de la délinquance dans le champ de la psychiatrie, pose également des problèmes en prison : il est demandé aux médecins, aux psychiatres en particulier, de « traiter » des comportements qu'ils ne savent pas traiter puisqu'ils ne relèvent pas d'une affection d'ordre psychique.

## CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Cette première partie a permis d'examiner le fonctionnement du système de santé et les différents niveaux de problèmes qui se posent. Elle a également été l'occasion de rappeler les évolutions récentes qui ont un impact sur l'accès à des soins de qualité pour tous. Certaines mesures visant à maîtriser les dépenses de santé, favoriser la responsabilisation des usagers risquent d'entraîner des difficultés d'accès aux soins pour les ménages ayant des revenus faibles ; d'autres mesures visent au contraire à favoriser cet accès (CMU, etc.).

Mais au-delà de cette présentation, on sait que la France présente la situation paradoxale de bénéficier d'un système de santé considéré comme un des meilleurs au monde selon certaines évaluations internationales, et de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays d'Europe de l'Ouest.

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent l'augmentation de l'espérance de vie ou le net recul de la mortalité infantile. Pourtant, il apparaît que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable et l'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories favorisées.

Si dans de nombreux pays, on constate en effet une forte corrélation entre milieu social et niveau de santé, c'est particulièrement vrai en France : qu'il s'agisse de mortalité, de morbidité, de recours aux soins et à la prévention, de santé perçue/déclarée, ou encore de qualité de vie, le milieu social, les origines, la profession, le sexe exercent une influence.

Par exemple, en France, aujourd'hui, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de 7 ans à celle d'un cadre ; cet écart est de 3 ans pour les femmes. Ces écarts de mortalité selon la catégorie socio-professionnelle se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils demeurent stables chez les femmes.

Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de pauvreté ou de précarité : en effet, même si les différences entre les populations les plus favorisées et les moins favorisées sont les plus grandes, elles existent à chaque niveau de la hiérarchie sociale.

Le constat est donc bien celui de l'existence d'inégalités sociales de santé que l'on pourrait définir comme « *les différences systématiques évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux* »<sup>26</sup>.

Ces inégalités trouvent notamment leurs origines dans une inégale exposition aux facteurs de risque (alcool, tabac, etc.), un recours inégal à la prévention et au dépistage, des trajectoires différenciées dans le système de soins. Cependant, les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs explicatifs de ces inégalités. D'autres facteurs, de nature sociale, appelés « déterminants sociaux de santé » expliquent les différences d'état de santé. Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de la Santé Publique prenait ainsi la mesure du rôle du social : « (...) *les inégalités sociales de santé constituent ainsi l'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales* ». On peut distinguer deux types de déterminants sociaux de santé, les uns structurels, les autres dits « intermédiaires ».

<sup>26</sup> Définition du Docteur M.-J. MOQUET de l'INPES dans un article intitulé « *Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples* », revue La Santé de l'Homme, n°397.

Les facteurs structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique, qui influe sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, etc. Ce sont donc les orientations des politiques sociales et des politiques publiques en général, la culture et les valeurs de la société, les revenus, etc.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé, quant à eux, renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de soins. Ces déterminants sont notamment le logement, les habitudes alimentaires, qui peuvent varier en fonction des moyens dont on dispose, l'environnement physique du travail, etc.

Ces éléments conduisent à penser que la problématique de l'accès aux soins va bien au-delà de la simple difficulté à obtenir une couverture sociale, mais dépend de bien d'autres facteurs multiples et complexes que le CESR se propose d'examiner en détail dans la deuxième partie de ce rapport.

---

## **DEUXIÈME PARTIE**

# **LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS**

---

# CHAPITRE 1

## LA DIMENSION SPATIO-TEMPORELLE DES DIFFICULTÉS À L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

La première partie de ce travail a cherché à démontrer que le système de santé français était organisé de manière à favoriser l'accès de tous à des soins de qualité.

Dans cette deuxième partie, il sera question de s'attacher à comprendre pourquoi, dans les faits, cet égal accès n'est pas toujours réalisé de manière satisfaisante. Seront pour cela détaillés les différents types d'obstacles qui empêchent diverses catégories de personnes d'accéder à des soins correspondant à leurs besoins.

Dans un premier temps, seront détaillées les spécificités régionales.

Seront ensuite développés les obstacles de nature spatio-temporelle puis, dans un troisième temps ceux de nature socio-économique et culturelle.

### I. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE GÉNÉRALE ET SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

Un certain nombre de déterminants et de contraintes à prendre en compte dans cette réflexion sur la question de l'accès à des soins de qualité pour tous sont liés à la nature géographique et démographique de la région Midi-Pyrénées.

Midi-Pyrénées est en effet l'une des régions françaises parmi les plus rurales, les moins densément peuplées et dont la population est la plus âgée. Certaines de ces spécificités géographiques, démographiques ou sociales de la région accentuent les difficultés d'accès aux soins et doivent donc être prises en compte dans une analyse de ces obstacles.

#### *1. L'ÉTENDUE DU TERRITOIRE ET LA RÉPARTITION INÉGALE DE LA POPULATION SUR CE TERRITOIRE*

La région Midi-Pyrénées, pourtant plus vaste région de France, est à la fois peu et inégalement peuplée.

De plus, celle-ci se caractérise par un **important déséquilibre**, entre une grande agglomération qui tend à aspirer tous les moyens et le reste du territoire.

Midi-Pyrénées est en effet l'une des régions les moins densément peuplée : 61 habitants/km<sup>2</sup> (moyenne nationale : 113 habitants/ km<sup>2</sup>, moyenne de la province : 94 habitants/ km<sup>2</sup>).<sup>27</sup>

Cette moyenne masque en outre d'importants contrastes entre les départements. Les densités du Gers, du Lot, de l'Ariège, de l'Aveyron se maintiennent autour de 30 habitants/ km<sup>2</sup> depuis 1962

---

<sup>27</sup> Source : 6 pages de l'INSEE, « Toulouse, moteur de la forte poussée démographique en Midi-Pyrénées », n°116, janvier 2009.

alors que celle de la Haute-Garonne a été multipliée par deux depuis cette date et atteint aujourd'hui 188 habitants/ km<sup>2</sup>.

Malgré sa vitalité démographique globale, une part importante du territoire régional est composée de zones très peu peuplées (comptant moins de 10 habitants /km<sup>2</sup>). Même si elles ont cessé de s'étendre depuis 1999, ces zones représentent tout de même **20% de la superficie régionale** (contre 13% en 1962).

En effet, un nombre important de cantons sont peu peuplés : plus de la moitié (54%)<sup>28</sup> ont moins de 5000 habitants contre 24% au niveau national.

En 2006, sur les 3 019 communes de Midi-Pyrénées, 331 communes ont une densité inférieure à 10 habitants/ km<sup>2</sup>. Il s'agit de communes situées sur les premiers contreforts du Massif Central, en Aveyron, dans le Tarn et dans le Lot et de certaines communes rurales dispersées dans le Gers et le sud-ouest du Tarn-et-Garonne.

Cette caractéristique de faible densité induit le fait que certains de ces cantons disposent de **moins d'équipements de proximité et donc des distances plus importantes à parcourir pour les professionnels de santé libéraux, ce qui peut influencer sur le niveau d'activité en termes d'actes.**

Toutefois, la population de l'espace rural régional augmente tout de même (+ 0,7% par an), même si l'on peut penser que pour une part importante, cela relève de **l'étalement urbain**. Beaucoup de communes, considérées jusque-là comme rurales sont en effet en phase de périurbanisation<sup>29</sup>.

Ce sont des éléments importants à prendre en compte dans le cadre de notre problématique parce que **ces territoires ruraux, qui sont déjà parfois dans une situation défavorable par rapport à l'offre de soins, risquent de voir leurs problèmes s'accroître avec l'augmentation de leur population.**

A l'opposé, la superficie des zones très densément peuplées (Toulouse et sa banlieue), avec plus de 300 habitants/km<sup>2</sup>, a beaucoup augmenté entre 1962 et 2006. La superficie des zones densément peuplées (entre 80 et 300 habitants/km<sup>2</sup>) a également augmenté, passant de 6 à 10% du territoire régional. C'est le cas de toutes les communes proches des grandes agglomérations, autour de Toulouse, mais aussi Montauban, Tarbes, Lourdes, Rodez, Gaillac, Albi, Foix, Castres, etc.

La population est fortement concentrée autour de la capitale régionale : la Haute-Garonne regroupe ainsi 42% des habitants de la région Midi-Pyrénées.

## ***2. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PERSONNES ÂGÉES***

Midi-Pyrénées compte une **part plus importante de personnes âgées que la moyenne nationale** : la région compte 11,6% de personnes âgées de 75 ans et plus contre 9,1% au niveau national.

Or, on sait que les demandes de la population en termes de soins ne sont pas les mêmes à tous les âges de la vie : les personnes âgées en particulier présentent des besoins plus importants que le reste de la population.

De plus, **l'espérance de vie** en Midi-Pyrénées est meilleure que la moyenne nationale, même s'il existe des disparités départementales.

---

<sup>28</sup> Source : DRASS Midi-Pyrénées.

<sup>29</sup> C'est-à-dire qu'une partie de leur population a un emploi dans un pôle urbain proche et présente des caractéristiques urbaines.

En outre, les trois départements les plus ruraux (Lot, Gers, Aveyron) sont aussi les plus âgés puisqu'un habitant sur 4 a plus de 65 ans. Le fait que **les populations les plus âgées soient plus présentes dans le monde rural**, où les équipements de santé, les professionnels de santé sont moins nombreux qu'en milieu urbain, accentue les difficultés.

Ces caractéristiques régionales induisent **des besoins croissants de prise en charge liés au vieillissement de la population**. Le constat est en particulier celui de la prévalence des maladies liées à l'âge ; maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies dégénératives. Les besoins en termes de demandes de soins sont donc voués à augmenter.

Ces réalités doivent être prises en compte dans l'analyse, d'autant plus que cette tendance devrait s'accroître dans les prochaines années. Ainsi, entre 2005 et 2030, l'augmentation du nombre de ménages âgés (plus de 65 ans) (+2% par an) serait deux fois plus importante que celle de l'ensemble des ménages. Une accélération forte devrait intervenir à partir de 2010 avec l'entrée dans cette classe d'âge des générations nées après la guerre (papy-boomers)<sup>30</sup>. La part des ménages âgés devrait atteindre 36% en 2030 (contre 29% en 2005).

### **3. UNE POUSSÉE DÉMOGRAPHIQUE CES DERNIÈRES ANNÉES, PARTICULIÈREMENT FORTE AUTOUR DE TOULOUSE<sup>31</sup>**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, Midi-Pyrénées comptait 2 777 000 habitants, soit 224 000 de plus qu'en 1999, ce qui représente une croissance annuelle de 1,2% (contre 0,2% pour la moyenne nationale). Cette augmentation est essentiellement due à un **excédent d'arrivées sur les départs** (l'excédent dû au solde naturel n'est positif que pour la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne), c'est-à-dire à l'arrivée de nouveaux habitants dans la région. **La population midi-pyrénéenne croît près de deux fois plus vite qu'ailleurs en métropole.**

Le département de la Haute-Garonne est celui dont la population augmente le plus, 1,8% par an, soit 20 000 habitants supplémentaires chaque année. Le dynamisme démographique régional est largement influencé par celui de Toulouse dont le rayonnement se prolonge largement sur les départements limitrophes.

A l'échelle de la région, ce sont 32 000 nouveaux habitants par an qui s'installent.

Toutefois, si la Haute-Garonne en général et l'aire urbaine Toulousaine en particulier accueillent la majorité des nouveaux arrivants, tous les départements de la région ont attiré de nouvelles populations entre 1999 et 2006, ce qui est nouveau (par exemple, l'Aveyron a gagné des habitants (+ 0,5%) sur cette période après plus d'un siècle de déclin démographique).

Cette augmentation de la population va nécessairement influencer les besoins de la population en termes d'offre de soins. **La question de la pertinence de la fermeture de services, de la suppression d'équipements dans un contexte d'augmentation de la population peut être posée.**

---

<sup>30</sup> Source : 6 pages de l'INSEE : « Midi-Pyrénées en 2030 : des ménages plus nombreux, plus petits, plus âgés », n° 114, octobre 2008.

<sup>31</sup> Source : 6 pages de l'INSEE : « Toulouse, moteur de la forte poussée démographique en Midi-Pyrénées », n°116, janvier 2009.

|                              | POPULATION        |                   |                   | ÉVOLUTION ANNUELLE 1999-2006 (en %) | ÉVOLUTION ANNUELLE 1990-1999 (en %) |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                              | 2006              | 1999              | 1990              |                                     |                                     |
| ARIÈGE                       | 146 289           | 137 347           | 136 455           | 0,9                                 | 0,1                                 |
| AVEYRON                      | 273 377           | 263 924           | 270 141           | 0,5                                 | - 0,3                               |
| HAUTE-GARONNE                | 1 186 330         | 1 046 532         | 925 962           | 1,8                                 | 1,4                                 |
| GERS                         | 181 375           | 172 511           | 174 587           | 0,7                                 | - 0,1                               |
| LOT                          | 169 531           | 160 034           | 155 816           | 0,8                                 | 0,3                                 |
| HAUTES-PYRÉNÉES              | 227 736           | 222 673           | 224 759           | 0,3                                 | - 0,1                               |
| TARN                         | 365 335           | 343 505           | 342 723           | 0,9                                 | 0,0                                 |
| TARN-ET-GARONNE              | 226 849           | 206 170           | 200 220           | 1,4                                 | 0,3                                 |
| <b>RÉGION MIDI-PYRÉNÉES</b>  | <b>2 776 822</b>  | <b>2 552 696</b>  | <b>2 430 663</b>  | <b>1,2</b>                          | <b>0,5</b>                          |
| <b>FRANCE MÉTROPOLITAINE</b> | <b>61 399 541</b> | <b>58 520 688</b> | <b>56 615 155</b> | <b>0,7</b>                          | <b>0,4</b>                          |

Source : INSEE

#### **4. UN TAUX DE PRÉCARITÉ RÉGIONAL SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE**

La situation sociale et financière des personnes influence de nombreux aspects de leur quotidien, et notamment la façon dont elles vont pouvoir accéder aux soins. C'est pourquoi il nous semble important de disposer de données précises sur la situation sociale de la population de la région.

La précarité est un phénomène difficile à appréhender, mais il est toutefois possible de l'approcher à travers plusieurs indicateurs :

- Le taux de chômage
- La proportion de bénéficiaires de minima sociaux
- Les personnes vivant avec un revenu mensuel inférieur au seuil de bas revenus<sup>32</sup> ( 871 euros par mois et par unité de consommation en 2007)

L'examen de ces différents éléments en Midi-Pyrénées démontre que Midi-Pyrénées est une région dans laquelle la proportion des situations de précarité est supérieure à la moyenne nationale.

Tout d'abord, le constat est bien que, tout en faisant preuve d'une vitalité économique certaine, la région Midi-Pyrénées présente toutefois des **situations de précarité plus nombreuses que la moyenne nationale.**

Le taux de chômage moyen dans la région (7,9% pour les demandeurs d'emploi indemnisés de la catégorie A, au dernier trimestre 2008)<sup>33</sup> est ainsi un peu supérieur à celui de la France (7,2%), de même que la proportion de bénéficiaires de la plupart des minima sociaux.

<sup>32</sup> Le seuil de bas revenus est utilisé pour une approche monétaire de la précarité à partir de fichiers de bénéficiaires de prestations sociales et déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Depuis 2006, pour se rapprocher des standards européens, il est fixé à 60% du revenu médian national.

<sup>33</sup> Source INSEE, « La conjoncture en Midi-Pyrénées » n° 4 - Avril 2009.



On compte notamment 345 allocataires du RMI pour 10 000 personnes de 20 à 59 ans (contre 339/10 000 en France).

Au total, 142 600 personnes sont allocataires des cinq principaux minima sociaux<sup>34</sup> en 2007 en Midi-Pyrénées, dont 108 300 perçoivent l'un des quatre minima sociaux destinés aux moins de 65 ans. Le nombre de bénéficiaires est en baisse en 2007 par rapport à 2006, comme au niveau national. Cette tendance à la diminution semble s'être confirmée au début de l'année 2008, mais elle paraît compromise pour 2009 avec le développement de la crise financière et économique et ses répercussions sur le marché du travail (visibles dès la fin de l'année 2008). Les premières données disponibles sur le RMI en 2009 pour la CAF de la Haute-Garonne indiquent ainsi une inflexion à la hausse dès le mois de mars.

La population couverte par le RMI (qui est le minimum social qui concerne le plus de personnes sur Midi-Pyrénées, par rapport aux autres minima sociaux) vit surtout dans les espaces urbains. Elle tend à se concentrer dans l'agglomération Toulousaine, faisant apparaître un contraste fort avec la couronne périurbaine où les allocataires du RMI sont relativement peu nombreux.

Le revenu disponible brut annuel est de 16 423 euros par habitant, soit 274 euros de moins que la moyenne des régions de province.

En 2006, la moitié des habitants de Midi-Pyrénées vit dans un ménage qui déclare moins de 16 600 euros par an et par unité de consommation et 10% dans un ménage qui déclare moins de 6 500 euros. De plus, les 10% les plus aisés disposent de revenus cinq fois supérieurs à ceux des 10% les plus pauvres.

En 2007, plus de 367 000 personnes de moins de 65 ans couvertes par la CAF et la MSA disposent de ressources inférieures au seuil de bas revenus, soit 17,1% des moins de 65 ans.

La précarité financière en Midi-Pyrénées comme dans les autres régions de France tend à se concentrer dans les pôles urbains et dans les zones rurales et à épargner la périphérie des grandes villes.

Dans le contexte économique favorable de 2007, la précarité était en retrait, mais présentait tout de même des disparités départementales. L'Ariège et le Tarn-et-Garonne affichent ainsi des taux de précarité financière nettement supérieurs à la moyenne régionale, proches de ce que l'on observe dans les départements les plus pauvres de métropole. Ces deux départements sont plus concernés par la plupart des formes de précarité, en particulier l'accès aux soins (11,5% et 10,0% de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans), l'insertion (6,0% et 4,8 % de bénéficiaires du RMI) et la précarité financière (20,4% et 20,2%).<sup>35</sup>

La proportion de bénéficiaires du RMI dans ces deux départements est également plus importante : 6% des moins de 65 ans en Ariège, 4,8% en Tarn-et-Garonne. Ces deux départements sont parmi les plus touchés de France métropolitaine : seuls neuf départements dépassent le taux ariégeois.

Concernant les personnes les plus âgées, au 31 décembre 2007, l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) apporte un complément de ressources à 34 000 personnes de plus de 65 ans n'ayant jamais ou insuffisamment cotisé, et ce afin d'atteindre le minimum vieillesse.

Plus globalement, plus de **12,5% des Midi-Pyrénéens vivent sous le seuil de pauvreté**<sup>36</sup>, contre 11,7% au niveau national, ce qui place la région au 7<sup>ème</sup> rang des régions métropolitaines par

---

<sup>34</sup> Avant la généralisation du RSA, les cinq principaux minima sociaux sont : le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), l'Allocation pour Parent Isolé (API), l'allocation aux Adultes Handicapés (AAH), l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) et l'Allocation Supplémentaire (AS). Source : INSEE « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées – Tableaux de bord – édition 2008 (données 2006) ».

<sup>35</sup> Source: INSEE « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées - Tableaux de bord– édition 2009 (données 2007) ».

<sup>36</sup> Le seuil de pauvreté correspond à 60 % de la médiane des revenus. Il est de 817 euros en France en 2005. **Ceci signifie qu'un individu est pauvre si son niveau de vie est inférieur à 817 euros mensuels, ce qui correspond, en termes de revenu disponible par ménage à :**

l'importance de son taux de pauvreté. Ce taux de pauvreté élevé tient essentiellement au caractère rural de la région (1/3 de la population, contre 1/4 en France de province). Mais la pauvreté en zone rurale est encore plus marquée en Midi-Pyrénées que dans le reste du pays : avec des taux supérieurs à 15%, l'Ariège et le Tarn-et-Garonne figurent parmi les 20 départements de France les plus concernés par le phénomène. A l'opposé, la Haute-Garonne, département plus jeune et plus urbain est moins touché par la pauvreté avec un taux inférieur à 11%. En Haute-Garonne, les inégalités de revenus sont toutefois plus grandes que dans le reste de la région.

Les personnes seules et les familles monoparentales sont plus exposées que les autres au risque de pauvreté comme dans le reste de la France. La région se démarque de la moyenne nationale par une pauvreté plus fréquente des personnes âgées de 65 ans et plus, dont le taux de pauvreté atteint 12%, contre 7,8% au niveau national<sup>37</sup>.

Les populations âgées vivant dans les zones rurales sont parmi les plus fragilisées, ainsi qu'une partie des populations vivant dans les pôles urbains.

Par ailleurs, une étude de l'ORSMIP sur le bilan de santé régional a montré qu'il existe d'importantes disparités entre les départements concernant notamment la mortalité et que ce phénomène est à mettre en lien avec la situation sociale de la population. Ainsi, l'Ariège et les Hautes-Pyrénées présentent des taux de mortalité plus importants que dans les autres départements de la région, même s'ils restent inférieurs à la moyenne nationale. A une échelle plus fine, le constat est que certains cantons, situés dans tous les départements, présentent des taux de mortalité supérieurs de 20% à la moyenne régionale<sup>38</sup>.

Cette situation renvoie en fait à la question des inégalités sociales de santé et des inégalités territoriales puisque les zones vulnérables sont essentiellement des zones rurales où la proportion de personnes âgées, isolées, ayant un niveau de revenu faible, un niveau d'études relativement bas, est importante. En d'autres termes, les **zones vulnérables sont les zones où les populations fragilisées sont surreprésentées.**

Ces résultats font en outre le lien entre les facteurs économiques et financiers explicatifs des difficultés d'accès aux soins d'un côté et les facteurs liés à l'offre de soins de l'autre. En effet, les zones où vivent les populations vulnérables sont aussi celles où l'offre de soins est moindre (zones rurales).

### **La situation particulière des personnes en grande précarité**

Au-delà de cette situation générale, une partie de la population de Midi-Pyrénées, comme dans le reste du pays, vit dans une grande précarité. C'est le cas notamment de personnes qui sont logées – temporairement – dans des centres d'hébergement d'urgence ou des personnes qui vivent à la rue.

Par définition, le nombre de personnes connaissant ce type de situations est difficilement mesurable. Il est tout de même possible de citer un certain nombre d'éléments qui peuvent donner une idée de l'ampleur du phénomène.

Midi-Pyrénées compte 1 025 places en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, dont 628 places en Haute-Garonne. Cela correspond à un taux d'équipement en lits de CHRS sur 1000 adultes de 20 à 59 ans de 0,70 pour Midi-Pyrénées et de 0,95 en Haute-Garonne. Toutefois, ces chiffres sont à manier avec précaution car trop globaux et ne prenant pas en compte le phénomène

- 
- **817 euros** par mois **pour une personne seule** ;
  - **1 226 euros** par mois **pour un couple** ;
  - **1 471 euros** par mois **pour un couple avec un enfant** de moins de 14 ans.

<sup>37</sup> Source: INSEE « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées – Tableaux de bord – édition 2009 (données 2007) ».

<sup>38</sup> Le calcul se faisant à structure d'âge identique.

d'urbanisation. L'aire urbaine de Toulouse attire de nombreuses populations et il est possible de penser que les besoins en place de CHRS dans ce périmètre sont plus élevés que dans le reste du département.

Ce qui est certain, c'est que ces structures, comme les autres structures sociales voient actuellement leurs moyens diminuer en raison essentiellement de la baisse des moyens alloués pour les aides à la personne. Ces réductions budgétaires risquent d'entraîner une baisse du nombre de travailleurs sociaux, ce qui est très inquiétant dans la mesure où leur action est indispensable auprès de ces personnes. De plus, il est dans l'intérêt de la société tout entière que les personnes désinsérées se réinsèrent, aussi bien d'un point de vue financier que pour la cohésion sociale.

Entre avril 2007 et mars 2008, 4 429 personnes ont eu recours au numéro d'urgence 115 pour trouver une solution temporaire d'hébergement.

Le réseau Santé Précarité (dont on décrit les missions et les fonctions plus loin dans ce rapport) affirme que 500 « grands précaires » environ sont suivis par l'équipe mobile de santé (qui opère un travail de rue) et par la Halte Santé (qui accueille des personnes de la rue confrontées à des difficultés de santé).

Les grands précaires suivis par ces dispositifs sont majoritairement des hommes, qui présentent souvent des caractéristiques telles que la perte d'autonomie, la présence de handicap physique ou psychique, les polyopathologies, les troubles du comportement et la prise de risques, l'errance médicale ou sociale.

Un nombre important de personnes vivant à la rue présentent des pathologies psychiatriques chroniques et ne bénéficient pas des prises en charge, en particulier de suivi, nécessaires à leur état sanitaire.

Pourtant, beaucoup de grands précaires ne font l'objet d'aucune prise en charge sanitaire, notamment parce qu'ils sont dans le déni<sup>39</sup>. Les grands précaires sont des personnes qu'on ne voit pas, qu'on ne saisit pas, parce que le corps social ne s'empare pas de cette question. Ces personnes sont de ce fait, et d'une certaine manière, à la frontière de la personne handicapée et de la personne âgée : une prise en charge ne se met en place que lorsqu'ils tombent dans le handicap ou quand ils vieillissent.

Du point de vue de la santé et des soins comme des autres domaines, les personnes en grande précarité ont besoin d'un **accompagnement et une prise en charge spécifiques**, assurés par différents acteurs, pour les amener progressivement, le cas échéant, vers le droit commun. Cet accompagnement doit être global : au-delà de la dimension sanitaire, il est nécessaire qu'interviennent des structures agissant sur la dimension médico-sociale et sociale. La pluridisciplinarité est indispensable pour appréhender ces situations dans leur complexité.

Actuellement, les professionnels eux-mêmes constatent certaines carences dans la prise en charge des grands précaires. Il n'y a ainsi pas de réponses adaptées aux personnes vieillissantes à la rue (qui peuvent difficilement être accueillies dans les maisons de retraite « classiques »).

Il manque également des « lieux à vivre » où orienter les personnes après une prise en charge par les urgences et pour permettre la sortie des structures d'hébergement.

---

<sup>39</sup> Le déni est une stratégie de défense qui mène à refuser de reconnaître une réalité, par exemple un problème de santé.

## II. ÉLÉMENTS DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ENJEUX ASSOCIÉS

Sur la question de la démographie médicale, il est nécessaire de se départir d'un certain nombre d'idées reçues qui tendent à fausser l'analyse.

En particulier, il faut savoir que le nombre de médecins en France, à l'heure actuelle, n'est pas problématique : il est même plutôt élevé. Ce sont seulement certaines zones du territoire qui rencontrent des difficultés et un risque de pénurie de médecins : c'est donc bien à un **problème de répartition des médecins** que l'on fait face aujourd'hui. Ce problème se pose avec encore plus d'acuité quand on examine la situation dans le détail et qu'on distingue les médecins généralistes<sup>40</sup> et les médecins spécialistes : pour certaines spécialités en effet, une réelle pénurie existe déjà dans certains territoires.

Le raisonnement à l'échelle régionale ne peut être le même que celui qui se fait à l'échelle nationale car les régions sont souvent confrontées à des problématiques spécifiques.

Dans un premier temps, afin de placer la problématique dans une perspective plus large, nous rappellerons les résultats d'une étude récente de la DREES<sup>3</sup> portant sur la démographie médicale à l'horizon 2030<sup>41</sup>, puis nous examinerons plus spécifiquement la situation de Midi-Pyrénées.

Nous ferons ensuite un point sur les aides à l'installation des médecins dans les zones déficitaires qui existent.

Enfin, nous observerons les facteurs temporels qui expliquent une partie des difficultés d'accès aux soins.

### **1. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE À L'HORIZON 2030**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins : il s'agit d'un maximum historique, que l'on considère les effectifs ou la densité de praticiens en activité par habitant.

Toutefois, selon les projections de la DREES<sup>42</sup>, leur nombre devrait baisser de près de 10% dans les 10 ans à venir, conséquence du faible *numerus clausus*<sup>43</sup> qui avait été fixé dans les années 1980 et 1990. En raison de la durée des études médicales notamment, les politiques actuelles ne porteront leurs fruits qu'à l'horizon de 10 ou 15 ans.

Le *numerus clausus* était fixé à 7100 en 2007, 7300 en 2008 et devrait être progressivement augmenté pour atteindre 8000 en 2011, se maintenir à ce niveau jusqu'en 2020, puis être diminué progressivement jusqu'en 2030.

Selon ces hypothèses, le nombre de médecins en activité passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, soit une baisse de 9,7%. Il augmenterait ensuite pour atteindre 206 000 en 2030 soit un niveau légèrement inférieur à celui d'aujourd'hui. **Le nombre de médecins en activité en 2030 resterait toutefois très supérieur à ce qu'il était au début des années 1980** (où il était de 140 000).

---

<sup>40</sup> La médecine générale est devenue une spécialité dans le cursus des études médicales, mais pour faciliter la lecture, nous continuerons à distinguer ici les médecins « généralistes » et les médecins « spécialistes ».

<sup>41</sup> Etudes et Résultats, n°679, février 2009 : « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ».

<sup>42</sup> DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

<sup>43</sup> Le *numerus clausus* a été mis en place en 1972. Il est passé de plus de 8000 dans les années 1970 à environ 3500 au milieu des années 1990.

En revanche, sous l'effet de l'augmentation de la population sur la période, la **densité médicale devrait baisser**. En effet, entre 2006 et 2030, la population française devrait croître de 10% environ et la densité médicale devrait passer de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants, soit une baisse de 10,6%. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024.

Toutefois, le rapport entre le nombre de médecins et la population est un indicateur qui s'avère insuffisant pour connaître l'adéquation entre offre et demande de soins. Pour cela, il est en effet nécessaire de tenir compte de l'évolution des besoins en soins et donc, en particulier, du vieillissement de la population et de la proportion de personnes âgées car la consommation de soins est croissante avec l'âge. Or, la baisse de la densité médicale calculée par rapport à la population âgée, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant de 60 ans ou plus, serait continue de 2006 à 2030 et atteindrait 36% sur l'ensemble de la période.

Toujours selon les travaux de la DREES, en 2030, si les tendances actuelles se poursuivent, les inégalités des densités médicales régionales seraient fortement modifiées mais demeureraient importantes. Ainsi, la **densité médicale chuterait fortement** dans certaines régions, notamment en Corse (- 35%), en Languedoc-Roussillon (- 26%), en Ile-de-France (- 26%), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (- 26%) et **en Midi-Pyrénées (- 22%)**.

Au contraire, elle serait en augmentation de 10 à 16% dans d'autres régions, telles que Auvergne, Poitou-Charentes, Franche-Comté, Basse-Normandie, etc.

Les composantes de l'évolution de la densité médicale d'une région donnée sont l'évolution de la population régionale d'une part et l'évolution du nombre de médecins actifs dans cette région d'autre part.

Selon ces hypothèses, les **inégalités régionales en matière de densité médicale seraient donc aussi marquées en 2030 qu'en 2006** puisque certaines régions seraient toujours bien mieux dotées en médecins que d'autres. Toutefois, **la répartition ou la structure de ces inégalités serait différente de celle d'aujourd'hui**.

Ces résultats obtenus par la DREES « *mettent en évidence le danger qu'il y aurait à focaliser l'attention sur l'actuelle répartition des médecins sur le territoire national. Ils font également apparaître la nécessité d'anticiper longtemps à l'avance, compte tenu de l'inertie de certaines évolutions démographiques et de la longueur des études médicales, tant les évolutions des populations régionales que des populations médicales régionales, afin d'opérer d'éventuels ajustements sur les leviers susceptibles d'influencer la répartition régionale des médecins en activité.* »

**Entre 2007 et 2018, il devrait y avoir plus de sorties que d'entrées dans la vie active** puisque les médecins qui partiront à la retraite dans cette période appartiennent aux générations correspondant à des *numerus clausus* élevés, voire à des générations antérieures à l'instauration du *numerus clausus*. Le total des entrées et le total des sorties ne devraient se compenser qu'à partir de 2020.

La répartition des médecins selon leur âge devrait se modifier au cours de période 2006-2030. En effet, jusqu'en 2015, la proportion des médecins âgés de 50 à 59 ans devrait rester importante et la part des médecins âgés de plus de 60 ans devrait augmenter régulièrement pour atteindre 20% en 2015.

La part des médecins âgés de moins de 45 ans devrait croître à partir de 2020 et être majoritaire à partir de 2025 (après les départs à la retraite massifs des médecins les plus âgés).

L'âge moyen des médecins en activité passerait de 48,8 ans en 2006 à 50,2 ans en 2012, puis diminuerait régulièrement jusqu'à atteindre 44,5 ans en 2030.

En 2006, 39% des médecins sont des **femmes** ; en 2022, elles devraient être aussi nombreuses que les hommes et **deviendraient majoritaires en 2030** (53,8%).

D'après les projections de la DREES toujours, le **nombre de médecins spécialistes<sup>44</sup> diminuerait plus fortement que celui des généralistes** : en 2030, le nombre de spécialistes serait de 2,7% inférieur à son niveau de 2006 alors qu'on compterait quasiment autant de généralistes en 2030 qu'en 2006. En conséquence, alors qu'on dénombrait autant de généralistes que de spécialistes en 2006, les effectifs des premiers seraient supérieurs de 3,4% à ceux des seconds en 2030.

Si les préférences des médecins en termes de modes d'exercice (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier ou mixte) au moment de leur entrée dans la vie active reste inchangées par rapport à celle qu'on observe aujourd'hui, **la proportion de médecins salariés hospitaliers devrait augmenter fortement entre 2006 et 2030**, alors que les proportions de médecins libéraux, salariés non hospitaliers ou à exercice mixte diminueraient. Cette tendance concernerait aussi bien les généralistes que les spécialistes.

Ainsi, en 2030, 55,5% des généralistes seraient libéraux, contre 60,2% en 2006 et 28,5% des spécialistes exerceraient en libéral contre 35,6% en 2006.

Enfin, toujours d'après l'étude de la DREES, **l'activité médicale en 2030 se concentrerait dans les pôles urbains avec CHU**. En 2006, 54,3% des médecins exerçaient dans un pôle urbain dans lequel existe un CHU, 31% dans un pôle urbain dépourvu de CHU, 7% en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée et 7,7% dans un espace à dominante rurale.

En 2030, le nombre de médecins exerçant en zone rurale devrait diminuer de 25,1%, le nombre de médecins exerçant dans une zone périurbaine ou une commune multipolarisée de 10,5% et le nombre de médecins exerçant dans un pôle urbain sans CHU de 6,2%.

---

<sup>44</sup> C'est-à-dire ayant choisi une spécialité autre que la médecine générale.

## **2. MIDI-PYRÉNÉES SE CARACTÉRISE PAR UN NOMBRE IMPORTANT DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIS SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL**

En termes quantitatifs, Midi-Pyrénées n'est pas dans une situation de pénurie de médecins. La région est même plutôt favorisée puisque même le département présentant la plus faible densité médicale présente une densité supérieure à la moyenne nationale.

### **Professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2007**

| <b>Professions</b>                                 | <b>Midi-Pyrénées</b> | <b>Ariège</b> | <b>Aveyron</b> | <b>Haute-Garonne</b> | <b>Gers</b> | <b>Lot</b> | <b>Hautes-Pyrénées</b> | <b>Tarn</b>  | <b>Tarn-et-Gne</b> |
|--|----------------------|---------------|----------------|----------------------|-------------|------------|------------------------|--------------|--------------------|
| Médecins généralistes                              | <b>4 880</b>         | 266           | 429            | 2 218                | 315         | 281        | 472                    | 562          | 337                |
| Médecins spécialistes                              | <b>5 063</b>         | 170           | 354            | 2 862                | 198         | 206        | 377                    | 591          | 305                |
| Ensemble des médecins                              | <b>9 943</b>         | <b>436</b>    | <b>783</b>     | <b>5 080</b>         | <b>513</b>  | <b>487</b> | <b>849</b>             | <b>1 153</b> | <b>642</b>         |
| Chirurgiens dentistes                              | <b>2 238</b>         | 99            | 184            | 1 205                | 120         | 103        | 173                    | 218          | 136                |
| Sages-femmes                                       | <b>809</b>           | 42            | 81             | 427                  | 32          | 46         | 49                     | 92           | 40                 |
| Infirmiers diplômés d'Etat et autorisés            | <b>23 369</b>        | 1 056         | 2 531          | 10 827               | 1 175       | 1 213      | 2 395                  | 2 644        | 1 528              |
| Infirmiers de secteurs psychiatriques              | <b>2 822</b>         | 94            | 457            | 577                  | 161         | 216        | 508                    | 546          | 263                |
| Masseurs kinésithérapeutes                         | <b>3 376</b>         | 168           | 275            | 1 710                |             | 167        | 281                    | 354          | 244                |
| Orthophonistes                                     | <b>899</b>           | 38            | 61             | 527                  | 177         | 40         | 50                     | 90           | 50                 |
| Orthoptistes                                       | <b>235</b>           | 9             | 22             | 147                  | 43          | 4          | 16                     | 18           | 14                 |
| Pédicures-podologues                               | <b>606</b>           | 24            | 50             | 308                  | 5           | 30         | 53                     | 68           | 43                 |
| Ergothérapeutes                                    | <b>193</b>           | 11            | 25             | 84                   | 30          | 6          | 19                     | 23           | 7                  |
| Psychomotriciens                                   | <b>389</b>           | 12            | 32             | 181                  | 18          | 23         | 38                     | 38           | 24                 |
| Pharmaciens  | <b>3 348</b>         | <b>147</b>    | <b>331</b>     | <b>1 522</b>         | <b>41</b>   | <b>192</b> | <b>290</b>             | <b>414</b>   | <b>238</b>         |
| <i>Dont titulaires d'officine</i>                  | <i>1564</i>          | <i>76</i>     | <i>161</i>     | <i>649</i>           | <i>214</i>  | <i>97</i>  | <i>141</i>             | <i>188</i>   | <i>137</i>         |
| <i>Nombre d'officines pharmaceutiques</i>          | <i>1104</i>          | <i>61</i>     | <i>123</i>     | <i>428</i>           | <i>115</i>  | <i>69</i>  | <i>109</i>             | <i>149</i>   | <i>85</i>          |
| <i>Nombre de laboratoires d'analyses médicales</i> | <i>210</i>           | <i>6</i>      | <i>19</i>      | <i>115</i>           | <i>80</i>   | <i>9</i>   | <i>14</i>              | <i>20</i>    | <i>13</i>          |

Source : STATISS 2008, DRASS Midi-Pyrénées.

## Professionnels de santé libéraux en exercice au 01.01.2007 : nombre et densité pour 100 000 habitants

| Professions                                | Midi-Pyrénées | Ariège     | Aveyron    | Haute-Garonne | Gers       | Lot        | Hautes-Pyrénées | Tarn       | Tarn-et-Garonne |
|--|---------------|------------|------------|---------------|------------|------------|-----------------|------------|-----------------|
| Médecins généralistes                      |               |            |            |               |            |            |                 |            |                 |
| Nombre                                     | 3 546         | 179        | 288        | 1 729         | 232        | 185        | 305             | 392        | 236             |
| Densité                                    | 129           | 122        | 106        | 148           | 129        | 110        | 132             | 107        | 106             |
| Médecins spécialistes                      |               |            |            |               |            |            |                 |            |                 |
| Nombre                                     | 2 834         | 67         | 174        | 1 736         | 93         | 86         | 182             | 312        | 184             |
| Densité                                    | 103           | 46         | 64         | 148           | 52         | 51         | 79              | 85         | 83              |
| <b>Ensemble médecins libéraux (nombre)</b> | <b>6 380</b>  | <b>246</b> | <b>462</b> | <b>3 465</b>  | <b>325</b> | <b>271</b> | <b>487</b>      | <b>704</b> | <b>420</b>      |
| Chirurgiens dentistes                      |               |            |            |               |            |            |                 |            |                 |
| Nombre                                     | 2 085         | 95         | 172        | 1 117         | 115        | 101        | 163             | 191        | 131             |
| Densité                                    | 76            | 65         | 63         | 96            | 64         | 60         | 71              | 52         | 59              |
| Sages-femmes (nombre)                      | 175           | 7          | 11         | 107           | 7          | 8          | 4               | 14         | 17              |
| Infirmiers diplômés d'Etat                 |               |            |            |               |            |            |                 |            |                 |
| Nombre                                     | 5 174         | 272        | 575        | 2 071         | 299        | 322        | 449             | 815        | 371             |
| Densité                                    | 188           | 185        | 212        | 177           | 166        | 191        | 195             | 223        | 166             |
| Masseurs kinésithérapeutes                 |               |            |            |               |            |            |                 |            |                 |
| Nombre                                     | 2 692         | 132        | 236        | 1 375         | 137        | 143        | 181             | 279        | 209             |
| Densité                                    | 98            | 90         | 87         | 118           | 76         | 85         | 79              | 76         | 94              |

Source : STATISS 2008, DRASS Midi-Pyrénées.

## Densité des professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants au 01.01.2007

|                      | Médecins généralistes | Médecins spécialistes | Chirurgiens dentistes | Infirmiers D.E. | Masseurs-kinésithérapeutes |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Midi-Pyrénées</b> | 129                   | 103                   | 76                    | 188             | 98                         |
| <b>France</b>        | 112                   | 88                    | 62                    | 111             | 81                         |

Source : STATISS 2008, DRASS Midi-Pyrénées.



## Médecins spécialistes libéraux selon la spécialité exercée au 01.01.2007

| Spécialités exercées                       | Midi-Pyrénées | Ariège    | Aveyron    | Haute-Garonne | Gers      | Lot       | Hautes-Pyrénées | Tarn       | Tarn-et-G. |
|--|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|-----------|-----------------|------------|------------|
| <b>Spécialités médicales</b>               | <b>1 681</b>  | <b>42</b> | <b>100</b> | <b>1 029</b>  | <b>50</b> | <b>54</b> | <b>112</b>      | <b>184</b> | <b>110</b> |
| <i>Anesthésie-réanimation</i>              | <b>216</b>    |           | 11         | 150           | 4         | 4         | 14              | 17         | 16         |
| <i>Cardiologie</i>                         | <b>207</b>    | 6         | 13         | 110           | 6         | 9         | 18              | 25         | 20         |
| <i>Dermato-vénérologie</i>                 | <b>170</b>    | 3         | 8          | 112           | 6         | 4         | 9               | 23         | 5          |
| <i>Gynécologie médicale</i>                | <b>126</b>    | 4         | 8          | 84            | 6         | 6         | 7               | 9          | 2          |
| <i>Maladies de l'appareil digestif</i>     | <b>99</b>     | 2         | 7          | 56            | 3         | 5         | 5               | 14         | 7          |
| <i>Pédiatrie</i>                           | <b>150</b>    | 3         | 8          | 101           | 5         | 3         | 7               | 14         | 9          |
| <i>Radiologie</i>                          | <b>278</b>    | 11        | 13         | 168           | 8         | 8         | 20              | 31         | 19         |
| <i>Rhumatologie</i>                        | <b>105</b>    | 5         | 10         | 54            | 5         | 4         | 9               | 11         | 7          |
| <b>Spécialités chirurgicales</b>           | <b>764</b>    | <b>18</b> | <b>55</b>  | <b>430</b>    | <b>32</b> | <b>24</b> | <b>50</b>       | <b>96</b>  | <b>59</b>  |
| <i>Chirurgie générale</i>                  | <b>76</b>     | 3         | 4          | 51            | 5         | 2         | 1               | 4          | 6          |
| <i>Gynécologie obstétrique</i>             | <b>118</b>    | 2         | 6          | 64            | 6         | 5         | 8               | 16         | 11         |
| <i>Ophthalmologie</i>                      | <b>220</b>    | 5         | 22         | 122           | 12        | 7         | 14              | 22         | 16         |
| <i>Oto-rhino-laryngologie</i>              | <b>113</b>    | 4         | 8          | 56            | 3         | 6         | 11              | 18         | 7          |
| <i>Stomatologie</i>                        | <b>66</b>     | 2         | 7          | 36            | 1         |           | 4               | 9          | 6          |
| <b>Psychiatrie</b>                         | <b>323</b>    | <b>4</b>  | <b>14</b>  | <b>236</b>    | <b>9</b>  | <b>8</b>  | <b>17</b>       | <b>23</b>  | <b>12</b>  |
| <b>Biologie médicale</b>                   | <b>58</b>     | <b>3</b>  | <b>5</b>   | <b>34</b>     | <b>2</b>  |           | <b>2</b>        | <b>9</b>   | <b>3</b>   |
| <b>Médecine du travail, santé publique</b> | <b>8</b>      |           |            | <b>7</b>      |           |           | <b>1</b>        |            |            |

Source : STATISS 2008, DRASS Midi-Pyrénées.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, Midi-Pyrénées compte 19 500 professionnels de santé libéraux dont 18 000 à titre exclusif soit 36% de l'ensemble des professionnels de santé, mais parmi eux, les professions médicales sont plus nombreuses que les professions paramédicales.

Les écarts de densité des professionnels de santé par rapport à la moyenne nationale sont plus élevés pour les paramédicaux – densité supérieure de 40% par rapport à la moyenne nationale – que pour les professions médicales (+ 16%).

D'une manière globale, pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux, les densités des territoires ruraux sont de 28% inférieures à celles des zones urbaines. L'écart est toutefois plus accentué pour les professions médicales que pour les métiers paramédicaux, où il n'est inférieur que de 12%.

L'âge moyen des professionnels de santé est de 46 ans, comme au niveau national : cependant, les praticiens des professions paramédicales sont plus jeunes que les professionnels médicaux : 43 ans

contre 49 ans. Cet âge moyen est supérieur en milieu rural qu'en milieu urbain et supérieur à la moyenne nationale. Cela signifie que dans les prochaines années, une **proportion importante de médecins généralistes devrait partir en retraite** : cette situation pourrait être aggravée par le fait que les médecins qui risquent de se retrouver isolés sur un territoire refuseront peut-être de continuer à y exercer.

La part des 55 ans et plus est nettement inférieure à la moyenne nationale pour les professionnels paramédicaux (principalement chez les masseurs-kinésithérapeutes).

## Médecins spécialistes salariés exclusifs selon la spécialité exercée au 01.01.2007

| Spécialités exercées                       | Midi-Pyrénées | Ariège    | Aveyron   | Haute-Garonne | Gers      | Lot       | Hautes-Pyrénées | Tarn       | Tarn-et-Gne |
|--|---------------|-----------|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------------|------------|-------------|
| <b>Spécialités médicales</b>               | <b>1 193</b>  | <b>56</b> | <b>95</b> | <b>616</b>    | <b>56</b> | <b>71</b> | <b>107</b>      | <b>137</b> | <b>55</b>   |
| <i>Anesthésie-réanimation</i>              | 317           | 15        | 24        | 157           | 15        | 18        | 30              | 46         | 12          |
| <i>Cardiologie</i>                         | 88            | 5         | 9         | 39            | 4         | 6         | 10              | 8          | 7           |
| <i>Dermato-vénérologie</i>                 | 18            | 1         | 1         | 14            | 1         | 1         |                 |            |             |
| <i>Gynécologie médicale</i>                | 9             |           |           | 5             | 1         | 1         | 1               | 1          |             |
| <i>Maladies de l'appareil digestif</i>     | 45            | 3         | 4         | 17            | 6         | 5         | 7               | 1          | 2           |
| <i>Pédiatrie</i>                           | 142           | 7         | 4         | 85            | 4         | 6         | 10              | 20         | 6           |
| <i>Radiologie</i>                          | 117           | 7         | 13        | 50            | 5         | 8         | 11              | 17         | 6           |
| <i>Rhumatologie</i>                        | 33            | 2         | 2         | 18            | 2         | 3         | 1               | 3          | 2           |
| <b>Spécialités chirurgicales</b>           | <b>332</b>    | <b>21</b> | <b>31</b> | <b>167</b>    | <b>13</b> | <b>15</b> | <b>33</b>       | <b>36</b>  | <b>16</b>   |
| <i>Chirurgie générale</i>                  | 110           | 7         | 10        | 64            | 2         | 6         | 7               | 10         | 4           |
| <i>Gynécologie obstétrique</i>             | 75            | 8         | 10        | 33            | 3         | 3         | 6               | 9          | 3           |
| <i>Ophthalmologie</i>                      | 25            | 2         |           | 14            |           |           | 6               | 1          | 2           |
| <i>Oto-rhino-laryngologie</i>              | 19            |           |           | 17            |           | 1         | 1               |            |             |
| <i>Stomatologie</i>                        | 3             |           |           | 3             |           |           |                 |            |             |
| <b>Psychiatrie</b>                         | <b>318</b>    | <b>16</b> | <b>30</b> | <b>110</b>    | <b>19</b> | <b>25</b> | <b>28</b>       | <b>61</b>  | <b>29</b>   |
| <b>Biologie médicale</b>                   | <b>82</b>     | <b>1</b>  | <b>7</b>  | <b>57</b>     | <b>2</b>  |           | <b>5</b>        | <b>5</b>   | <b>5</b>    |
| <b>Médecine du travail, santé publique</b> | <b>304</b>    | <b>9</b>  | <b>17</b> | <b>176</b>    | <b>15</b> | <b>9</b>  | <b>22</b>       | <b>40</b>  | <b>16</b>   |

Source : STATISS 2008, DRASS Midi-Pyrénées.

## ZOOM SUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

4 880 médecins généralistes sont recensés en 2008 en Midi-Pyrénées.

Les médecins peuvent adopter des modes d'exercice divers : salarié ou libéral.

Le constat est celui d'une augmentation du nombre de médecins généralistes exerçant à temps partiel et/ou adoptant un mode d'exercice partagé entre le libéral et le salariat. Cette évolution est liée à plusieurs types de paramètres (recherche d'une meilleure qualité de vie, féminisation de la profession, etc.)

74% exercent une activité libérale. La densité moyenne s'établit à 129 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, contre 112 au niveau national.

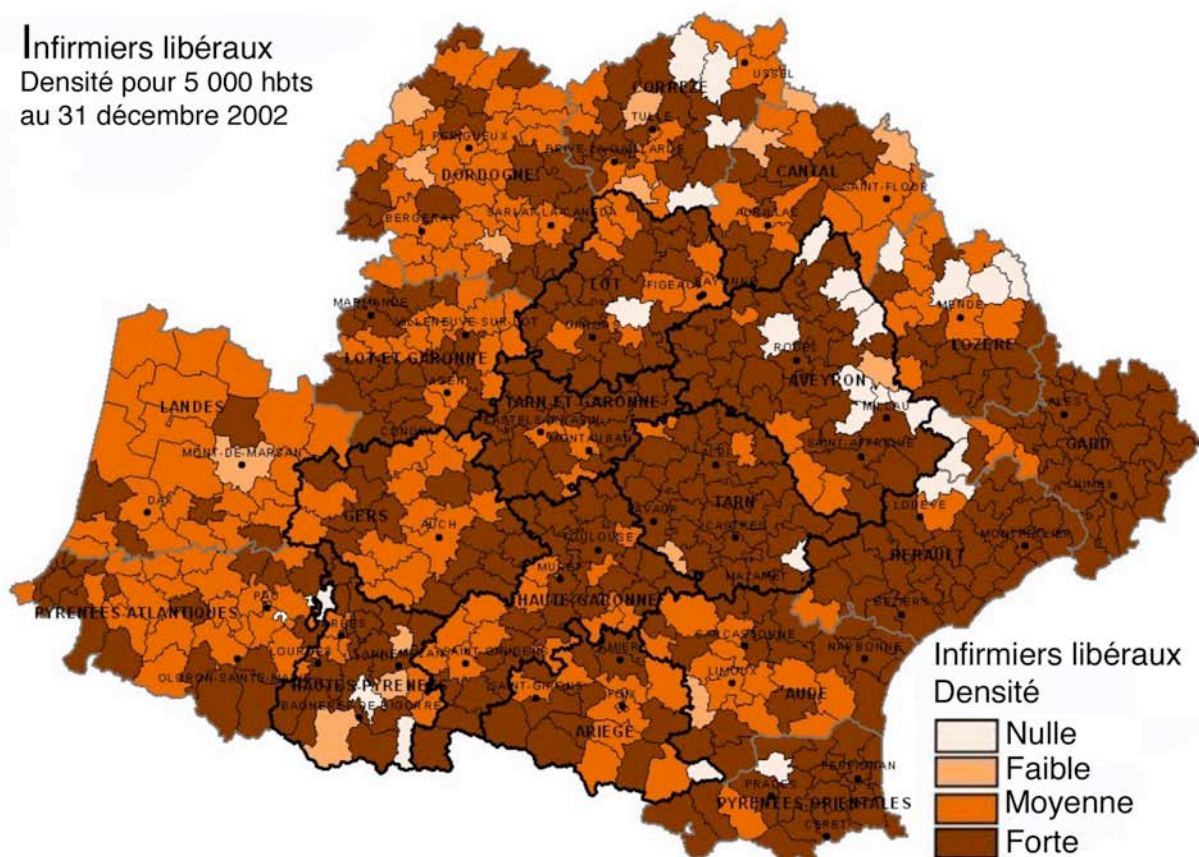
64% sont des hommes, 36% sont des femmes.

Toutefois, la région présente des disparités selon les départements. Les départements situés au Sud de la région présentent les densités médicales les plus fortes (supérieure à 170 pour 100 000 habitants).

L'Aveyron et le Tarn-et-Garonne présentent les densités les plus faibles (inférieures à 150).

### Zoom sur les infirmiers

Infirmiers libéraux  
Densité pour 5 000 hbts  
au 31 décembre 2002



Source : DRASS Midi-Pyrénées

Le rôle des infirmiers est fondamental quand on aborde la question de l'accès aux soins sur le territoire, et plus encore dans les zones, notamment rurales, où la densité de médecins libéraux est faible et où la proportion de personnes âgées nécessitant des soins réguliers est élevée.

Premier constat, Midi-Pyrénées se caractérise par une surreprésentation des cantons à densité forte d'infirmiers libéraux et avec une activité moyenne (39% contre 13% au niveau national), voire faible (24% contre 6% au niveau national). En revanche, la proportion de cantons à densité faible y est réduite : 7% contre 25% au niveau national.

Cependant, comme on l'a dit, les infirmiers libéraux ayant une clientèle en grande partie composée de personnes âgées, il est important de tenir compte de la particularité démographique qui caractérise les territoires ruraux, où les personnes âgées sont en proportion importante et donc de nuancer l'apparence « satisfaisante » des densités d'infirmiers libéraux dans la région. Le calcul de la densité d'infirmiers libéraux par rapport à la population âgée aurait sans doute plus de sens que par rapport à la population globale.

Notons en outre qu'il y a toutefois des **cantons non couverts** par des infirmiers libéraux, par exemple celui de Quérigut en Ariège ou celui de Lauzès dans le Lot ou encore celui de Marcillac Vallon en Aveyron qui compte pourtant plus de 8000 habitants.

Toutefois, si l'on rapproche la carte des densités d'infirmiers libéraux de celle des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), on note le plus souvent une complémentarité entre zones dépourvues d'infirmiers libéraux et présence d'un SSIAD.

Par ailleurs, il y a aussi des infirmiers salariés qui travaillent dans les centres de santé et dans les PMI et apportent donc des soins aux populations.

Malgré cela, il faut tout de même dire que le **maillage relativement cohérent de l'offre de soins infirmiers en Midi-Pyrénées tend à occulter les difficultés locales d'exercice des infirmiers libéraux**. Celles-ci sont notamment liées aux transformations des modes d'exercice, telles que le développement du travail à temps partiel, les départs importants d'infirmiers libéraux avant l'âge de la retraite, en partie vers le salariat, la difficulté à trouver des remplaçants ou le volume des déplacements très important en zone rurale non intégré dans le décompte de l'activité. Ces difficultés peuvent se manifester par l'insuffisance des prises en charge de nursing, même dans les zones apparemment bien dotées ou par la carence dans la prise en charge de certains actes. En outre, elles peuvent être aggravées par le doublement ou le triplement de la population dans les zones rurales fortement touristiques.

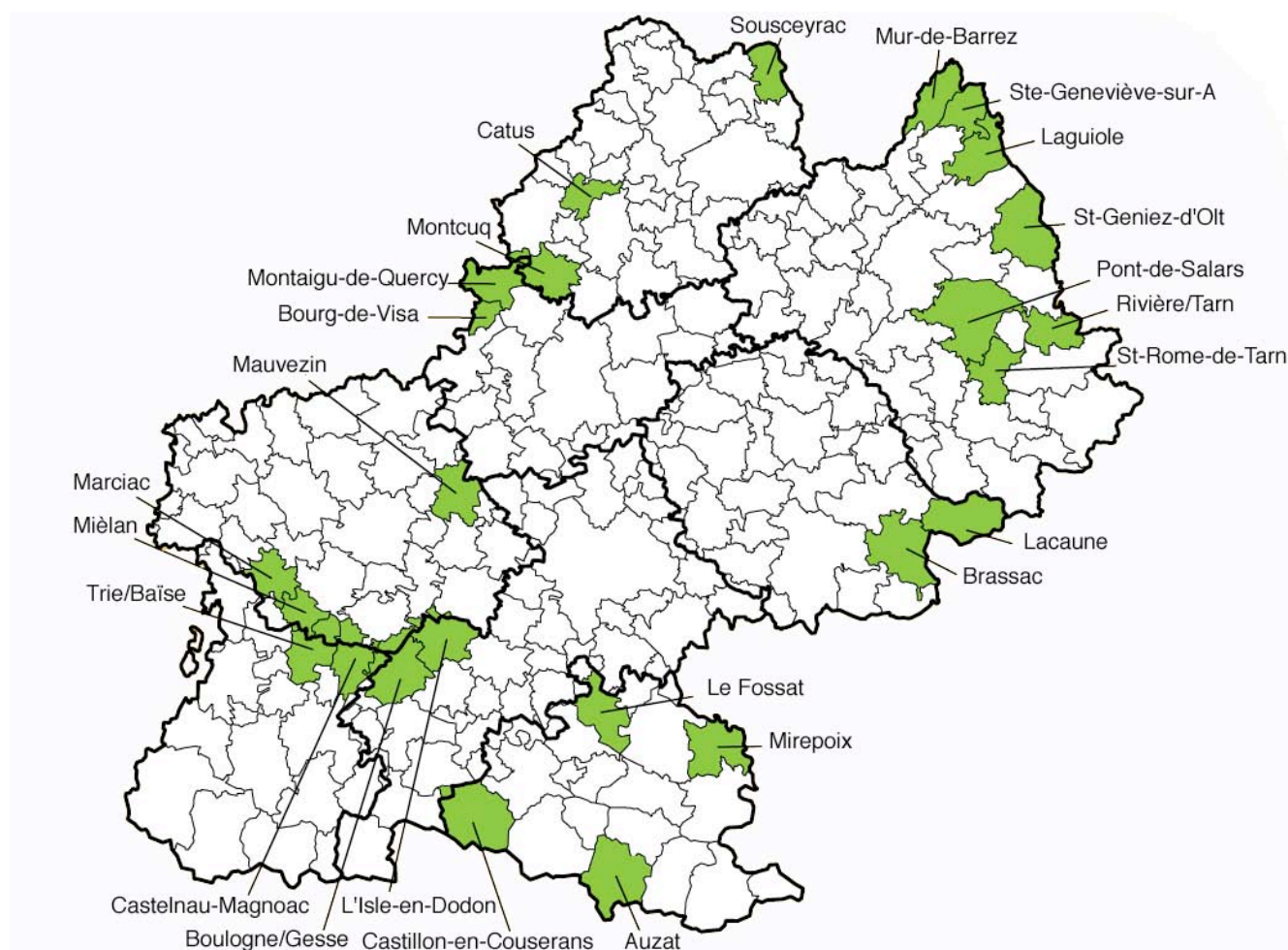
Les infirmiers libéraux sont la seule profession médicale qui a accepté pour le moment de restreindre le principe de liberté d'installation afin de corriger des déséquilibres démographiques susceptibles de mettre en danger l'égalité d'accès aux soins. Un accord intervenu entre les syndicats d'infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie est en effet entré en vigueur le 18 avril 2009. En échange d'une revalorisation des tarifs de 5,3%, l'installation des professionnels sera très strictement régulée dans certains territoires : dans les zones considérées comme « très surdotées », un infirmier ne pourra s'installer que si un autre professionnel cesse son activité. Dans les zones « très sous dotées » au contraire, des mesures d'incitation à l'installation et au maintien d'activité ont été créées : l'Assurance Maladie subventionnera l'équipement du cabinet dans la limite de 3 000 euros par an pendant trois ans et prendra en charge une partie des cotisations d'allocations familiales.

Concernant les infirmiers exerçant dans des établissements de soins, le constat est celui d'une pénurie importante dans certains établissements de santé publics de la région. Cette situation de manque de personnels a notamment pour conséquence d'obliger ces établissements à fermer des lits, ce qui est dommageable en termes d'accès aux soins.

## 2.1 25 zones déficitaires identifiées

Les données chiffrées qui précèdent démontrent que c'est bien au niveau de la répartition des professionnels de santé en général et des médecins en particulier que se situe le problème. En effet, de manière générale, on peut dire que la région Midi-Pyrénées se caractérise par l'existence de contrastes importants selon les territoires en termes de densité de professionnels de santé. Le territoire régional étant très atomisé, peu dense, certaines zones vont connaître des situations vraiment problématiques à court terme. La densité médicale en Midi-Pyrénées est supérieure à la moyenne nationale, mais les disparités y sont importantes et l'URCAM a identifié, en 2005, 25 zones sous-médicalisées qui correspondent toujours à la situation actuelle. En outre, cette situation est d'autant plus problématique que ces zones vulnérables sont celles où les populations fragilisées, c'est-à-dire les personnes âgées, isolées, ayant de faibles revenus et un niveau d'études relativement bas, sont surreprésentées.

### Les zones déficitaires en médecine libérale



Source : URCAM Midi-Pyrénées

## 2.2 L'organisation de la permanence des soins (PDS<sup>45</sup>) par les médecins libéraux<sup>46</sup>

L'expression de permanence des soins désigne le dispositif de garde mis en place la nuit et le week-end, lorsque les médecins libéraux ferment leur cabinet.

Traditionnellement, l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire relevait de la profession elle-même : la participation aux services de garde, tant la nuit que les dimanches et jours fériés, constituait pour les praticiens une obligation déontologique<sup>47</sup>.

Cette organisation a rencontré des difficultés de fonctionnement, il y a quelques années, pour des motifs qui tiennent à la fois à la démographie médicale, aux revendications du corps médical en termes de conditions de travail ou encore aux modalités d'indemnisation du service de garde.

Afin de trouver des solutions à ces difficultés, une réforme de l'organisation de la permanence des soins a été élaborée, sous la forme de deux décrets, du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 et d'un avenant (n°4) à la Convention Nationale des Médecins.

Cette réforme s'appuie sur quatre principes directeurs :

- La PDS revêt désormais le caractère d'une « **mission d'intérêt général** » à laquelle les praticiens libéraux sont appelés à participer, sur la base du « volontariat ». Il appartient toutefois au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de s'efforcer, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires de compléter les effectifs et, en cas d'échec, de saisir le préfet, lequel procède alors aux réquisitions nécessaires.
- La PDS s'exerce de **20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés**. Elle est normalement assurée, d'une part, par des médecins libéraux de garde ou d'astreinte, d'autre part par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La PDS se traduit, selon les cas, par une consultation au cabinet du praticien (ou dans un centre de santé ou une maison médicale de garde) ou par une visite au domicile du patient. L'accès au praticien de garde fait l'objet d'une **régulation préalable**, qui relève normalement du Centre 15 du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). La régulation peut parfois être assurée par le centre d'appel des associations de PDS si celui-ci est interconnecté avec le Centre 15.
- La PDS est organisée dans le cadre du département en liaison avec les établissements de soins publics et privés et en fonction des besoins évalués par la CODAMU-PS<sup>48</sup>. Le **département est divisé en secteurs**, dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques et de l'offre de soins. La sectorisation est arrêtée par le Préfet du département et est soumise à un réexamen annuel.
- La PDS donne lieu à **une couverture particulière de l'Assurance Maladie**. Les régimes d'Assurance Maladie participent, en premier lieu, au financement de la régulation : le praticien libéral qui concourt à la régulation des appels organisée par le SAMU bénéficie d'une rémunération égale à trois fois la valeur de la consultation (soit 66 euros) pour toute heure effectuée la nuit, le dimanche et les jours fériés. L'Assurance Maladie prend en charge, en deuxième lieu, les consultations et visites effectuées dans le cadre de la PDS moyennant l'application de majorations fixées par l'avenant à la Convention Nationale des Médecins (majoration de nuit, majoration de milieu de nuit et majoration de dimanche et jours fériés). Il s'y ajoute une rémunération spécifique de l'astreinte fixée à 150 euros pour

---

<sup>45</sup> Pour alléger le texte, le sigle PDS sera utilisé dans les prochaines pages pour désigner la Permanence Des Soins.

<sup>46</sup> Sources : « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », rapport IGAS/IGA, mars 2006 et « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », rapport remis au Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports par le Docteur GRALL, Conseiller Général des Etablissements de Santé, août 2007.

<sup>47</sup> L'article 77 du Code de Déontologie (se référant à l'article R.4127-77 du code de la santé publique) stipule ainsi : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

<sup>48</sup> CODAMU-PS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins.

la nuit, le dimanche ou chaque jour férié. Enfin, l'Assurance Maladie peut intervenir par le biais du FIQSV<sup>49</sup> pour le financement des autres éléments de la PDS (maisons médicales de garde, organisation régionale de la PDS, etc.).

Le **rapport GRALL** publié récemment dresse un état des lieux en France de la permanence des soins et indique les aspects problématiques de l'organisation de la PDS. Il considère que c'est un dispositif fragile, complexe et coûteux. Les dépenses de permanence des soins ne cessent en effet de croître et ont atteint, hors transports, un coût total en 2006 de 370 millions d'euros.

D'autres acteurs ont émis des réserves quant au fonctionnement de la PDS.

Ainsi, une mission conjointe **IGAS/IGA**<sup>50</sup> (mars 2006) concluait à la non-fiabilité du dispositif de PDS, à une efficacité non assurée, ceci dans un contexte de pilotage trop complexe et de financement éclaté.

Le **rapport annuel de la Cour des Comptes** publié en janvier 2007 et qui traitait de la prise en charge des urgences, soulignait vis-à-vis de la PDS l'insuffisante coopération des acteurs en général et la difficile articulation entre la ville et l'hôpital, un système d'orientation des patients déficient et un besoin impératif d'une information de la population.

Le **rapport d'évaluation du plan Urgences** (février 2007) notait quant à lui une augmentation constante des passages dans les services d'urgences de l'ordre de 3,5% en 2005 et constatait le désengagement de la médecine libérale, notamment en seconde partie de nuit, avec le déport de la PDS vers les centres hospitaliers.

Le **rapport parlementaire sur les urgences médicales** (février 2006) soulignait que l'efficacité du nouveau dispositif de PDS était inégale sur le terrain et mettait en évidence les insuffisances du volontariat. Les parlementaires soulignaient également que les difficultés rencontrées étaient liées à la démographie médicale, au pilotage du dispositif et au manque d'information de la population. Il a également été mis en évidence l'insuffisance de complémentarité entre les différentes offres de soins.

Toutefois, un **rapport sur les maisons médicales de garde** (MMG) datant de juillet 2006 démontrait que la PDS dans le cadre de ces structures était tout à fait pertinente. En effet, il y était expliqué que la PDS permet notamment de réimpliquer les médecins libéraux dans la PDS, une meilleure prise en charge de la filière des soins non programmés en déchargeant les services d'urgence hospitaliers, et contribue à une re-médicalisation des zones rurales.

Le **désengagement progressif des médecins** de la PDS prend la forme d'une réticence de plus en plus grande à se déplacer, même s'ils acceptent de faire de la régulation téléphonique.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce désengagement croissant des médecins pour assurer la PDS :

- La pénibilité (contrairement à un médecin hospitalier, un médecin libéral n'est pas de repos le lendemain d'une nuit de garde),  
Rappelons à ce propos qu'environ 50% des professionnels de santé seraient victimes d'épuisement professionnel (« burn-out syndrom »).
- L'insécurité
- L'inutilité effective du déplacement;
- Le problème de la rémunération.

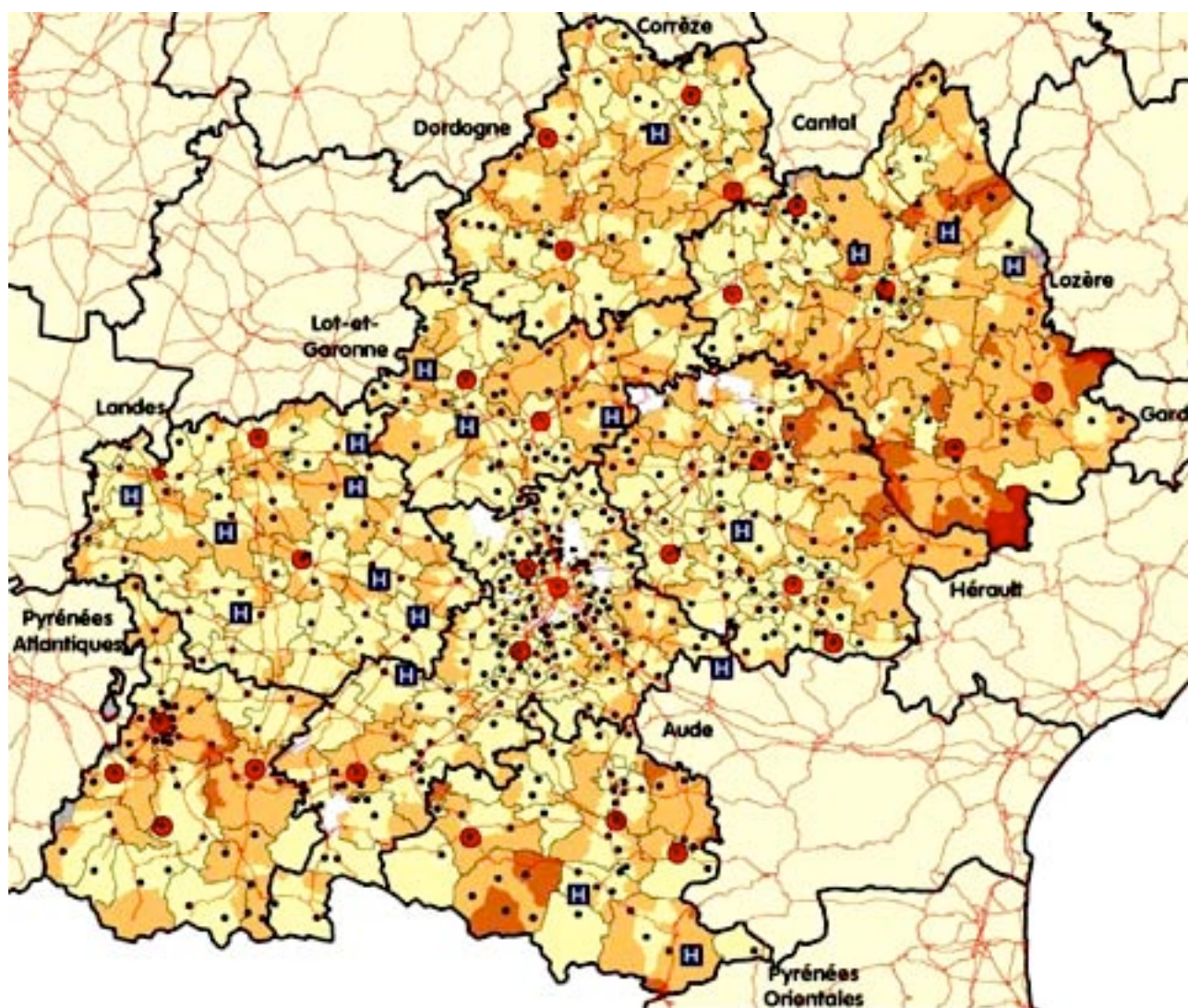
Enfin, il existe à l'heure actuelle **4 maisons médicales de garde en Midi-Pyrénées** : deux sont situées à Toulouse (Lagrange et Faourette), une à Tarbes et une à Saint-Girons.

---




<sup>49</sup> FIQSV : Fonds d'Intervention à la Qualité des Soins de Ville.

<sup>50</sup> IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales ; IGA : Inspection Générale de l'Administration.

### 2.3 Un maillage régional des établissements de soins important mais inégalement réparti



Le maillage régional des établissements de santé est important en Midi-Pyrénées, mais là aussi, leur répartition est inégale selon les zones. De plus, certains hôpitaux publics sont menacés de fermeture, ou en tout cas certains de leurs services le sont.

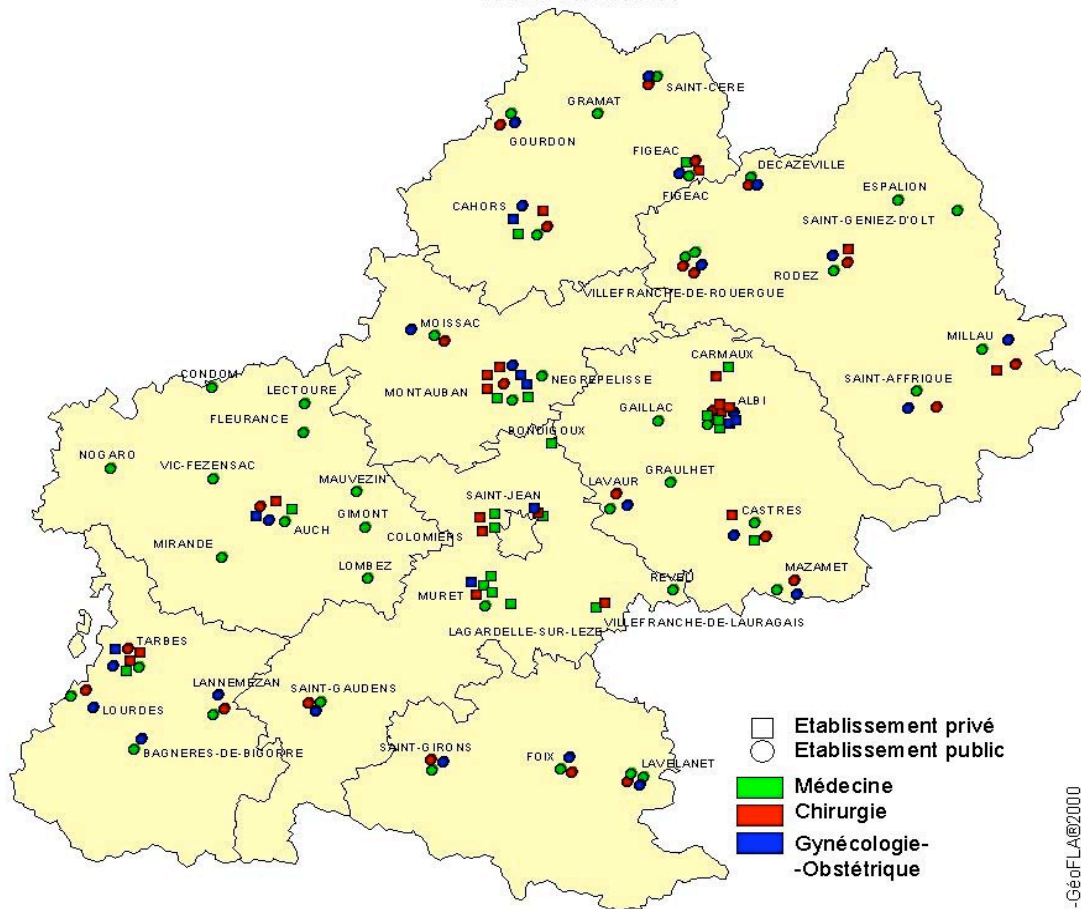
-  Commune où il existe au moins un médecin généraliste
-  Accueil des urgences
-  Hôpitaux locaux

Distance maximale d'accès à un médecin généraliste :

-  40 km et plus
-  30 à 40 km
-  15 à 30 km
-  Moins de 15 km



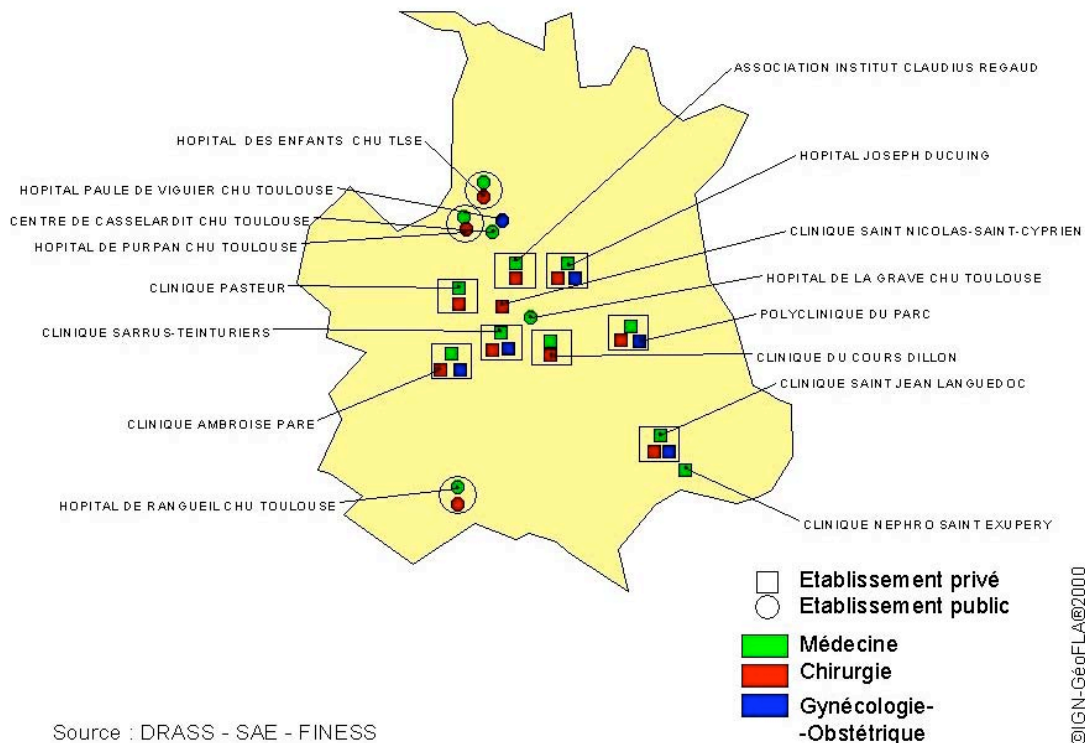
## Implantation des établissements de santé MCO en Midi-Pyrénées Hors Toulouse



Source : DRASS - SAE - FINES

©IGN-GeoFLA@2000

## Implantation des établissements de santé MCO dans Toulouse



Source : DRASS - SAE - FINES

©IGN-GeoFLA@2000

Plus précisément, au 1er janvier 2003, la région comptait 50 établissements de soins (en comptant les services de suite et de réadaptation, les établissements d'accueil pour personnes handicapées, etc) dans le secteur public et 109 dans le secteur privé. Depuis le début des années 1990, la capacité d'accueil hospitalière connaît une relative baisse. Ainsi entre 1992 et 2003, l'accueil a diminué de 14% pour les séjours de courte durée, de 11% pour les soins de suite et de réadaptation, de 30% pour la psychiatrie.

La part des établissements de santé relevant du secteur public s'élève en Midi-Pyrénées à 52%, contre 48% pour le privé. Toutefois, cette répartition globale cache d'importantes nuances entre les zones urbaines et les zones rurales. En effet, la part du secteur public en zone urbaine est de 41% (contre 59% pour le privé) alors qu'elle s'élève à 82% en zone rurale (contre 18% pour le privé).

En outre, des spécialités médicales connaissent des situations de **pénurie dans certains établissements hospitaliers publics** : radiologues, pédiatres, anesthésistes, gynécologues, etc. Concernant les radiologues, cela s'explique par le fait que les conditions de rémunération pour cette spécialité sont bien plus avantageuses dans le privé que dans le public. Cela pose de réels problèmes car la continuité des soins repose grandement sur les radiologues.

De même, certains territoires connaissent une pénurie de radiologues : c'est le cas du Gers, qui en compte 8, dont 4 ont plus de 60 ans.

Au-delà, certains départements ne comptent aucun représentant dans certaines spécialités.

Ces situations posent de sérieuses questions en termes d'accès aux soins. Une des conséquences est **l'allongement des listes d'attente**. Pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, dans le secteur public, les patients doivent parfois attendre deux mois. Ce délai est ramené à 15 jours dans le secteur privé des médecins hospitaliers, mais le patient devra alors souvent s'acquitter de dépassements d'honoraires.

Cette pénurie de médecins hospitaliers entraîne un autre problème : la limitation des plages d'ouverture des services et des équipements. Ainsi, dans certains établissements où, pour une spécialité, il n'y a qu'un seul praticien, la continuité des soins est impossible à assurer.

L'ARH a cherché à compenser la fragilité des territoires ruraux par des services d'urgence importants. **Le réseau de l'aide médicale d'urgence<sup>51</sup> est dense et plutôt bien réparti**, assurant un maillage de qualité. On compte notamment un nombre significatif de SMUR<sup>52</sup>, même si les équipes sont parfois incomplètes. Ceux-ci interviennent le plus souvent à domicile ou sur la voie publique, davantage auprès de personnes âgées et dans les zones isolées, éloignées des équipements hospitaliers.

Cet éparpillement pose le problème des masses critiques de la plupart des dispositifs.

Les données de l'Observatoire Régional des Urgences (ORUMIP) permettent de relativiser les difficultés d'accès aux soins (urgents) sur certaines zones : il apparaît que la régulation des appels au SAMU est un bon moyen pour limiter ces obstacles. Le 15 et le 18 (pompiers) sont interconnectés et le SAMU travaille en collaboration avec la PDS assurée par les médecins généralistes.

Aujourd'hui, 70% de la population de Midi-Pyrénées est située à moins de 20 minutes d'une structure d'urgence (30% est donc située au-delà).

Le SROS de deuxième génération avait fixé comme objectif que 100% de la population régionale soit à moins de 45 minutes d'une telle structure : à l'heure actuelle, c'est le cas de 95% de la population.

---

51 Il s'agit de la régulation du centre 15, du 18 et de la permanence des soins.

52 Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.

Concernant les transports sanitaires, les SDIS (Services Départementaux d'Incendie et de Secours) sont bien présents et participent ainsi à une couverture satisfaisante des transports sanitaires, ce qui complète le maillage hospitalier. Pour ce qui est des entreprises de transports sanitaires, leur difficulté majeure porte sur leur petite taille qui les place souvent en deçà du seuil critique qui permettrait d'organiser au mieux la permanence.

Pour pallier cela, des régulations libérales ont été installées, avec le réseau ARMEL. Les moyens médicaux de la PDS – les « effecteurs » mobilisables – sont variables : cela va de quelques unités dans certains territoires ruraux à plus de 50 en ville. Toutefois, dans certains territoires où le nombre de médecins est faible, la question du renouvellement de ce type de pratiques se pose.

Quant au dispositif « SOS médecins », il est présent essentiellement sur Toulouse mais peu sur le reste du territoire régional.

La difficulté de l'analyse concernant la nécessité et la pertinence ou non de maintenir des établissements de santé de proximité provient de l'existence de deux **éléments contradictoires** :

- D'un côté, on peut estimer que le nombre important d'établissements de santé sur le territoire, dont les professionnels de santé effectuent un nombre limité d'actes, peuvent poser un **problème de coût, de sécurité et de qualité des soins**.

La solution qui consiste à favoriser le regroupement des plateaux techniques, actuellement à l'ordre du jour, affiche pour objectif d'apporter une solution à ce problème.

- D'un autre côté, dans certaines zones sensibles (zones rurales, certains quartiers des villes), où il y a déjà peu de médecins libéraux, les perspectives d'évolution, en cas notamment de fermeture de services hospitaliers, sont problématiques car on peut penser que **les médecins libéraux ne s'installeront, voire ne resteront pas sur des territoires où il n'y a plus d'équipements de santé**. Du point de vue de l'offre de soins mise à disposition des populations et donc de l'accès aux soins pour celles-ci, il est légitime de s'inquiéter.

#### - *Le manque de service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)*

Les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) répondent, pour partie, à une demande sociale de la part des usagers et permettent d'augmenter l'offre de soins sur le territoire en offrant une alternative à l'hospitalisation, en particulier pour les personnes âgées, les personnes atteintes de cancer, etc.

Cette solution peut parfois poser problème lorsque la nature du logement et le contexte familial ne permettent pas à l'entourage d'assurer cette prise en charge.

En effet, « *la prise en charge du malade en HAD repose sur l'élaboration d'un projet thérapeutique parfois complexe auquel s'ajoute un véritable projet de vie au domicile dans lequel va prendre place l'entourage familial. Cette pratique est cependant limitée par la capacité du patient et des aidants à faire face à des responsabilités souvent très lourdes. Elle peut mettre à l'épreuve la solidité du lien familial et l'appui des aidants peut atteindre ses limites au fil d'une prise en charge dont la durée se compte quelquefois en mois* ». <sup>53</sup>

Dans un contexte social où la mobilité professionnelle est prônée, où les structures familiales connaissent des évolutions importantes et notamment un certain éclatement, le socle sur lequel pourraient reposer les services d'HAD – qui constituent pourtant une réponse à de réels besoins – est peut-être quelque peu fragilisé.

---

<sup>53</sup> Texte prononcé par Annie PODEUR, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins devant l'Académie des Sciences Morales et Politiques, le 04 juin 2009.

## 2.4 Des logiques d'acteurs différentes et en évolution

Le système de soins local est composé d'acteurs (médecins de ville, généralistes et spécialistes, hôpitaux publics, établissements de santé privés, paramédicaux, etc.) qui ont des logiques d'actions différentes. Cela rend parfois difficile la mise en cohérence du système.

### - *La logique de l'offre hospitalière*

Concernant l'offre hospitalière, c'est le SROS<sup>54</sup>, élaboré jusque-là par l'ARH, qui détermine à partir de différents critères la répartition des équipements.

Le SROS est en effet un document de cadrage des grands axes de la recomposition hospitalière dans une région. Les objectifs qu'il retient visent à corriger les principaux dysfonctionnements que le bilan de l'existant et les différents diagnostics effectués par les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont révélés. La mise en œuvre du SROS s'appuie sur les contrats d'objectifs et de moyens qui sont négociés entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et chaque établissement de santé comme la délivrance des autorisations ou encore l'approbation des projets d'établissements ou l'agrément des réseaux.

La loi du 27 juillet 1999 est venue préciser la portée juridique du SROS, dispositif déjà prévu par la loi hospitalière de 1991. Le SROS va désormais au-delà d'un simple exercice de répartition des moyens en installations, déterminés par la carte sanitaire. Il fixe les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il prévoit l'organisation territoriale des moyens qui permettent la réalisation des objectifs. Il vise à susciter les adaptations du dispositif hospitalier, notamment les coopérations entre les établissements de santé et la médecine ambulatoire. Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs qu'il fixe. Il peut comporter des recommandations pour la réalisation de ces objectifs.

L'ARH détermine donc la composition de l'offre hospitalière sur le territoire en se fondant plutôt sur des critères d'efficacité et de sécurité, mais aussi d'économie.

### - *L'évolution de l'exercice professionnel des médecins*

Les médecins libéraux bénéficient de la liberté du choix de leur installation. **C'est en partie ce qui explique leur inégale répartition sur le territoire.**

Leur choix s'effectue en fonction de critères divers, d'ordre personnel ou professionnel. On constate de plus une certaine **évolution des aspirations des nouvelles générations de médecins** qu'il est nécessaire de prendre en compte dans cette analyse.

Les médecins ne conçoivent plus leur métier de la même façon que leurs aînés. Ils sont notamment davantage favorables à un mode **d'exercice mixte** (saliariat et exercice libéral) et à **temps partiel**, et de moins en moins disposés à travailler le week-end.

---

<sup>54</sup> SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

En outre, ce qui est aussi une conséquence de cela, aujourd'hui, les médecins souhaitent davantage **travailler en groupe** notamment pour la permanence des soins (maisons médicales de garde) et aspirent à vivre dans un environnement social et culturel riche et préférentiellement citadin.

Ils accordent une importance particulière à la présence d'équipements de santé à proximité (plateaux techniques). Les médecins ont de plus des exigences plus grandes en termes de **qualité de leur cadre de vie** et de leurs conditions de travail : vivant dans une société où l'épanouissement personnel passe par d'autres aspects que le travail, ils souhaitent, à l'instar du reste de la population, bénéficier de temps libre à consacrer à d'autres activités que leur activité professionnelle. Les territoires peu pourvus en équipements publics, culturels, sportifs, mais aussi de santé sont peu attractifs pour ces professionnels. Il paraît d'ailleurs difficile de demander au médecin de s'installer dans des zones où tous les autres équipements disparaissent et de constituer ainsi le « dernier rempart » contre la désertification rurale.

La féminisation croissante<sup>55</sup> de la profession a également un impact sur leur façon de concevoir leur métier.

Sans doute plus qu'auparavant, les médecins tendent à s'installer dans des zones où leur conjoint pourra aussi trouver un emploi.

Il faut également souligner l'exercice sous forme de remplacement, régulier en médecine générale, notamment chez les femmes en début de carrière.

Une explication possible à ces changements de mentalité et de comportements est peut-être à chercher dans l'impact à long terme, mais non anticipé, d'une décision politique. En effet, il y a une vingtaine d'années, le départ de médecins a été favorisé, ce qui a peut-être, progressivement, créé des réflexes nouveaux et modifié les mentalités. En réponse à un besoin ponctuel, on a ainsi peut-être enclenché un mécanisme de changement culturel beaucoup plus global, des modifications dans la conception que les médecins ont de leur travail. Ces changements de comportements de la part des médecins ont pu, à leur tour, entraîner des changements dans la perception de ces métiers de la part de la population (d'où peut-être une tendance à la judiciarisation).

Une des conséquences de ces nouvelles aspirations est la **désaffection des étudiants pour la médecine générale libérale**<sup>56</sup>, dont les contraintes (en temps, en charge de travail, en prise de risque, etc.) apparaissent comme trop importantes : **depuis 1998, les courbes du nombre d'installations en libéral et en hôpital se sont inversées, le second choix devenant majoritaires.** Le choix se fait de plus souvent d'abord en faveur du CHU ou d'un hôpital de taille importante.

**Dès lors, le fait que les hôpitaux périphériques, situés dans des zones rurales ou dans des petites villes, voient une partie de leurs services fermer risque de ne pas favoriser l'engouement des jeunes générations de médecins pour ces territoires.**

Une autre explication à ce phénomène provient du fait que les étudiants en médecine, de manière générale, **méconnaissent l'exercice de la médecine libérale** en milieu rural. Il est même possible d'avancer qu'ils méconnaissent l'exercice de la médecine en dehors des Centres Hospitaliers. Ils sont assez peu sensibilisés à ces pratiques au cours de leurs études et notamment, effectuent peu de stages dans les établissements de santé périphériques ou en cabinet libéral situé en zone rurale.

Un des problèmes qui se posent et qui expliquent ce faible engouement pour les stages en zone rurale est le **problème de logement que rencontrent les étudiants**, qui ne peuvent payer deux logements en même temps. La façon dont sont organisées les études, avec souvent les cours le matin et le stage l'après-midi, complique également les choses.

---

<sup>55</sup> Le pourcentage d'étudiantes est aujourd'hui autour de 70 % et la moitié des médecins de moins de 40 ans sont des femmes.

<sup>56</sup> La création de la spécialité « médecine générale » avait notamment pour but de revaloriser cette filière.

Les craintes liées à l'exercice libéral en milieu rural sont diverses, mais la principale est sans doute la **crainte de l'isolement professionnel** : exercer en milieu rural suppose souvent l'éloignement des plateaux techniques et d'autres médecins, notamment spécialistes. Cette crainte est accrue dans un contexte de judiciarisation croissante de la médecine (ou en tout cas de sensibilisation accrue à ce type de difficultés au cours des études médicales).

En outre, les étudiants en médecine semblent ne **pas disposer d'informations suffisantes concernant les besoins dans les zones déficitaires**, ni d'ailleurs **sur les aides à l'installation** auxquelles ils peuvent prétendre.

Il semble évident que ce n'est pas l'aspect financier qui freine les jeunes médecins pour s'installer en zone rurale. Se pose du coup la question de la pertinence des incitations financières mises en place par différents acteurs ou en tout cas de la nature exclusivement financière de ces incitations.

En effet, au-delà du niveau de rémunération, c'est bien **l'aspect social, c'est-à-dire le cadre de vie, la présence d'un environnement stable, varié et sécurisé qui favoriserait l'installation des médecins**.

Ces considérations valent aussi, bien entendu, pour les autres professions de santé.

L'ensemble des professionnels de santé aspire à un exercice professionnel dont l'environnement permet la pluridisciplinarité avec les autres professions médicales, paramédicales mais aussi les pharmacies, etc.

### ***3. LES SOLUTIONS MISES EN ŒUVRE PAR DIFFÉRENTS ACTEURS POUR LUTTER CONTRE LE RISQUE DE PÉNURIE MÉDICALE***

Il existe plus d'une centaine d'aides à l'installation des médecins dans les zones déficitaires du point de vue de la démographie médicale, mais elles sont parfois mal répertoriées et en tout cas mal connues par les jeunes médecins, ce qui nuit à leur efficacité.

#### **3.1 Les aides publiques à l'installation de médecins dans les zones sous-médicalisées ou dans les zones rurales**<sup>57</sup>

Les aides publiques à l'installation de médecins ne peuvent intervenir que dans des zones géographiques précises définies par la loi. Elles sont essentiellement attribuées par les collectivités territoriales et l'Assurance-Maladie. Les aides financières de l'Etat sont, quant à elles, plus modestes.

De plus, ces différents dispositifs ne sont pas « cloisonnés », mais ont, au contraire, vocation à être coordonnés (généralement par les instances locales compétentes pour la gestion du système de santé)<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Source : [http://carrefourlocal.senat.fr/vie\\_locale/cas\\_pratiques/quelles\\_sont\\_aides\\_publicques\\_installation/index.html](http://carrefourlocal.senat.fr/vie_locale/cas_pratiques/quelles_sont_aides_publicques_installation/index.html)

<sup>58</sup> Cf. Annexe II, le détail de ces différentes aides.

➤ Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant directement être accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements :

Elles sont de trois ordres :

- **Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant être accordées (Articles L. 1511-8 et R. 1511-44 à R.1511- 46 du Code général des collectivités territoriales)**

Ces aides à l'installation ou au maintien peuvent être accordées aux professionnels de santé, aux centres de santé et aux structures participant à la permanence des soins. Elles peuvent prendre la forme, par exemple, d'une mise à disposition de locaux, d'une prime à l'installation, etc.

- **Les aides aux étudiants en médecine pouvant être accordées par les collectivités territoriales et leurs groupements**

Ces aides peuvent consister en une mise à disposition de logement, ou des indemnités de déplacements. Elles sont accordées en contrepartie d'un engagement de la part de l'étudiant, dont la teneur est stipulée dans un contrat signé par les deux parties.

- **L'exonération de la taxe professionnelle en faveur des professionnels de santé exerçant à titre libéral<sup>59</sup>**

➤ Les aides pouvant être accordées par l'Assurance Maladie

- **Les aides conventionnelles**

Il s'agit d'aides qui sont définies par des accords contractuels conclus entre, d'une part, les partenaires sociaux, gestionnaires de l'Assurance Maladie et, d'autre part, les organisations représentatives des professionnels de santé.

Ces aides s'adressent aux médecins généralistes libéraux installés ou s'installant dans une zone déficitaire, et exerçant en groupe<sup>60</sup> et peuvent consister en une aide financière ou une aide matérielle (aides à l'accomplissement des formalités administratives par exemple).

- **Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**

L'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 a créé un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

---

<sup>59</sup> Cf., Annexe II.

<sup>60</sup> L'exercice en groupe s'entend par le regroupement d'au moins deux médecins généralistes exerçant dans les mêmes locaux et liés par un contrat de société, un contrat de collaboration libérale ou tout autre contrat d'association validé par l'Ordre des médecins.

Le FIQCS est attribué à des groupements et structures et non à des individus, sur un projet d'amélioration de la qualité des soins.

Ses champs d'intervention sont notamment :

- Les expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ;
- Le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ;
- Les actions ou structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- Les actions ou structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour permettre un égal accès aux soins sur le territoire ;
- Les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Enfin, il convient de souligner que, afin de remédier aux disparités territoriales liées à l'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, certaines dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 incitent les partenaires conventionnels, mais aussi l'ensemble des autres acteurs concernés, à définir de nouveaux instruments d'action en ce domaine.

➤ Les aides fiscales de l'Etat

- *Exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux).*
- *Exonération d'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux).*

➤ Les actions menées ou soutenues par la Mission Régionale de Santé (MRS)

La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie a mis en place dans chaque région une Mission Régionale de Santé (MRS) pour renforcer le partenariat entre l'Etat et l'Assurance Maladie sur certains enjeux et notamment l'amélioration de l'efficacité du système de soins.

La MRS se concrétise donc par la mutualisation des moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) pour préparer et exercer les compétences conjointes à ces deux institutions.

Les MRS ont notamment pour mission de favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire.

Pour cela, elle procède notamment à **l'accompagnement et la mise en œuvre des dispositifs nationaux** tels que la majoration d'honoraires pour les médecins qui s'installent dans les zones déficitaires.



La MRS encourage également des initiatives plus locales : une convention a ainsi été signée à l'initiative du Préfet du Gers, il y a un peu plus d'un an, dans lequel l'Assurance Maladie prenait l'engagement de recueillir et de diffuser les informations transmises par les collectivités territoriales concernant les offres qu'elles proposaient pour favoriser l'installation de médecins. Le dispositif ne fonctionne pas de manière pleinement satisfaisante pour le moment, notamment parce que les collectivités territoriales ne se sont pas emparées de l'outil, mais le principe demeure toutefois intéressant.

➤ *L'émergence d'un nouvel outil pour garantir l'accès aux soins au niveau local : la « maison de santé pluridisciplinaire »*

Les maisons de santé ont été créées à partir du constat selon lequel l'isolement et la charge de travail constituaient (plus que des considérations financières) le principal frein à l'installation de médecins dans les zones sous-médicalisées.

Les aides financières à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins ne répondent pas à cette problématique. C'est pourquoi se sont développées, de façon spontanée, de nouvelles formes d'exercice de groupe, que l'on rassemble désormais sous le terme général de « maisons de santé ».

Ces maisons de santé dites « pluridisciplinaires » se distinguent à la fois :

- Des maisons médicales de garde qui ont pour seul objet de garantir la permanence des soins en dehors des heures et des jours ouvrables (soirées et nuits, week-ends) ;
- Et des cabinets libéraux de groupe au sens strict du terme, associant plusieurs praticiens. En effet, selon la toute récente définition législative des maisons de santé (loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008), celles-ci « assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

La création des maisons de santé relève de l'initiative privée.

Elles peuvent être constituées entre des professionnels de santé, et y associer des personnels médico-sociaux.

Ces maisons de santé peuvent bénéficier, dans certaines zones géographiques, d'aides et de financements publics, principalement de la part de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales.

Pour le moment, il n'existe qu'une seule Maison de santé pluridisciplinaire en Midi-Pyrénées, à Salles-Curan en Aveyron. Plusieurs autres projets sont en cours de constitution.

### **3.2 La réforme de la formation initiale des médecins**

La filière médicale ne souffre pas de pénurie au niveau des inscriptions en première année puisqu'on compte 3 200 inscrits pour environ 500 places chaque année. C'est en raison du numerus clausus qu'un si faible pourcentage accède en deuxième année.

Rappelons que le numerus clausus a été mis en place au début des années 1970 pour baisser la pression sur les dépenses de santé. Les démographes se sont rendus compte ensuite, 10 ou 15 ans après, qu'il ne s'agissait pas d'une solution très pertinente. Cependant, les établissements de santé

étaient incapables d'absorber davantage d'étudiants que ce qu'ils faisaient déjà, donc le numerus clausus a continué à être appliqué.

Par la suite, c'est sous la pression des élus et des associations que l'on a commencé à déverrouiller, mais il faut avoir conscience que ce nombre ne peut être augmenté qu'en fonction de la **capacité d'accueil d'étudiants des hôpitaux**.

Certaines mesures actuelles visent à inciter les médecins partis à la retraite à revenir exercer, mais cela ne peut être une solution durable.

Une solution à ces difficultés pourrait consister à **modifier la formation initiale**. C'est d'ailleurs une réforme qui est en cours actuellement :

*« La première année d'études médicales deviendra une première année de « licence santé » commune aux étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie et aux futures sages-femmes. Elle débouchera sur quatre concours distincts auxquels les étudiants pourront librement s'inscrire en fonction de leurs intentions. Cette réforme s'accompagnera d'une meilleure information dès le lycée sur les professions médicales et d'un renforcement du tutorat, ces mesures s'inscrivant dans le cadre du plan « réussite en licence »<sup>61</sup>.*

A l'heure actuelle, il existe certaines passerelles : ainsi, par exemple, les doctorants en pharmacie peuvent prétendre à entrer en 3<sup>ème</sup> année de médecine. Chaque année, 150 étudiants le font effectivement (le numerus clausus est donc de 7200 + 150). La réforme pourrait permettre ce type de passages à d'autres étudiants.

En outre, pour éviter de faire perdre une année entière aux étudiants dont les résultats sont trop faibles, un dispositif dit de la « deuxième chance » sera prochainement mis en place. Il permettra aux élèves de se réorienter dès le mois de janvier vers une autre licence puis de revenir, s'ils le souhaitent, en première année « licence santé » après avoir validé deux années de sciences et s'être remis à niveau.

Par ailleurs, un deuxième concours réservé aux titulaires d'un baccalauréat autre que scientifique sera ouvert, à titre expérimental, afin de diversifier le profil des étudiants qui se destinent aux études médicales. Par ailleurs, les titulaires d'un master de sciences, d'un doctorat, d'un diplôme de grande école ou d'un diplôme de professions paramédicales bénéficieront d'un accès vers les études médicales dans des conditions à déterminer.

### **3.3 Les initiatives du Conseil Régional Midi-Pyrénées**

Les Régions n'ont pas de compétences propres en matière de santé ou d'offre de soins. Cependant, **le fait de garantir à chacun d'être bien soigné, quel que soit son lieu de résidence constitue un enjeu fort : la question de la démographie médicale se situe à la croisée des impératifs de santé publique et d'aménagement du territoire**. C'est pourquoi plusieurs Régions, confrontées à des risques de désertification médicale sur leur territoire, ont mis en place des mesures visant à apporter des solutions à ces difficultés.

C'est le cas de la Région Midi-Pyrénées qui, depuis 2006, a créé un dispositif de « *soutien à la démographie médicale dans les zones sous-médicalisées et rurales* ». Le fondement de ce dispositif est de soutenir l'installation de médecins généralistes et l'amélioration de leurs conditions d'exercice dans les zones déficitaires et rurales de la région. Il s'appuie sur différentes mesures :

---

<sup>61</sup>Source : < <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/reforme-de-la-premiere-annee-des-etudes-medicales> >

- « La création de maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural, qui ont vocation à regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux afin de rompre leur isolement et de procurer les avantages de l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des soins (...) »
- le versement d'indemnités aux étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale effectuant un stage de 6 mois dans un cabinet ou une maison de santé pluridisciplinaire dans une zone sous-médicalisée, pour leurs frais de transport et de logement.
- L'attribution d'une prime à l'installation aux médecins généralistes s'engageant à exercer dans une zone sous-médicalisée, en vue de la création ou de la reprise d'un cabinet ». <sup>62</sup>

En 2007, afin de renforcer ces actions, le Conseil Régional a mis en place deux nouvelles aides :

- Des indemnités pour les médecins généralistes « maîtres de stage en formation » ;
- L'extension des indemnités de transports et de logement qui étaient accordées pour les étudiants stagiaires de 3<sup>ème</sup> cycle aux étudiants stagiaires de 2<sup>ème</sup> cycle de médecine.

Enfin, lors de son Assemblée Plénière du 30 mars 2009, la Région Midi-Pyrénées a décidé, en partenariat avec la Faculté de Médecine de Toulouse, la mise en place d'une nouvelle mesure : une indemnité d'études pour les étudiants les moins favorisés des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle de médecine. En contrepartie, après l'obtention de leur diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale, les étudiants devront exercer pendant 5 ans dans une zone déficitaire.

**Le CESR s'étonne que cette nouvelle aide ne s'adresse qu'aux étudiants les moins favorisés. La logique qui consiste à n'inciter que les étudiants qui « n'ont pas vraiment le choix » en raison de leur situation financière n'est sans doute pas la meilleure. Le CESR estime que cette mesure devrait être proposée à l'ensemble des étudiants en médecine (quitte à ce qu'elle soit accordée en priorité aux étudiants boursiers).**

Par ailleurs, l'Etat, la Région, l'URCAM et l'ARH ont travaillé ensemble et s'appêtent à signer une convention régionale de soutien à la démographie médicale afin de mobiliser et de coordonner les interventions de chacun des acteurs, que ce soit dans le cadre de campagnes d'information des élus et des professionnels de santé ou pour favoriser l'instruction concertée des demandes de financement en vue de la création d'une maison pluridisciplinaire ou pour l'aide à l'installation.

### **3.4 Le recours à des médecins européens**

Aujourd'hui, face aux difficultés financières auxquelles ils sont confrontés et en raison de leurs difficultés à recruter des professionnels de santé, les établissements de santé publics (notamment ceux qui sont situés en zone rurale) ont recours à l'embauche de médecins étrangers provenant de pays membres de l'Union Européenne.

L'ouverture européenne, qui permet la liberté d'installation des médecins, laisse subsister certaines incohérences, notamment quant aux équivalences de diplômes.

Si nul ne souhaite s'opposer à la venue en France de médecins étrangers, leur recrutement doit allier équivalence de diplômes et de rémunérations. C'est à cette seule condition que sera préservé l'équilibre entre l'intérêt économique et le niveau qualitatif.

Dans le même sens, on peut s'interroger sur la pertinence de maintenir en France un numerus clausus à ce niveau pour les étudiants en médecine.

---

<sup>62</sup> Extraits du rapport de présentation du Budget Primitif 2009 de la Région Midi-Pyrénées.

#### **4. LES FACTEURS TEMPORELS QUI COMPLIQUENT L'ACCÈS AUX SOINS**

La question de l'accessibilité temporelle aux soins soulève la question des plages d'ouverture des équipements de santé, comme cela a été dit. Le fait que, dans certains établissements, il n'y ait, pour une spécialité, qu'un seul praticien hospitalier, empêche d'assurer une continuité des soins. Pour permettre une telle continuité, il faudrait deux ou trois praticiens par spécialité et par établissement.

Dans le secteur libéral, cette question se réfère aux moyens dont dispose la population pour accéder à des soins aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Des systèmes de garde ont été mis en place (notamment le réseau ARMEL en Midi-Pyrénées), mais ils sont fragiles car ils reposent sur le volontariat (ou la réquisition en cas de carence).

Par ailleurs, en zone rurale, où la densité de médecins est faible et où les besoins de soins sont importants (en raison notamment de la forte proportion de personnes âgées), une des clés de l'amélioration de l'accès aux soins passe sans doute par la recherche d'économies du « temps médical ». En effet, les médecins passent beaucoup de temps à régler des questions administratives ou d'une autre nature, pas directement liées à un acte médical. Réduire ce temps leur permettrait sans doute de recevoir plus de patients. Faciliter les transports sanitaires permettrait également d'économiser du temps médical.

Toutefois, il peut être opposé une objection à cette solution qui consiste à recommander aux médecins de se concentrer sur les actes de soins, en dehors de toute autre approche (administrative, etc.) : la santé ne renvoie pas seulement à l'état physique des personnes, mais se réfère plus globalement à un état de bien-être également mental et social. Certains médecins ne peuvent assurer une prise en charge de qualité s'ils ne tiennent pas compte de la personne dans sa globalité.

Ces éléments montrent bien la complexité des questions liées à l'installation des professionnels de santé sur le territoire régional. L'Assurance Maladie ne peut porter seule cette problématique dans laquelle sont en fait imbriqués de nombreux aspects, et qui est en fait une problématique globale d'aménagement du territoire. C'est pourquoi il est tout à fait légitime et même souhaitable que d'autres acteurs, en particulier les collectivités territoriales s'emparent de ces questions et travaillent ensemble pour trouver des pistes de solutions.

## CHAPITRE 2

# LA DIMENSION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CULTURELLE DES DIFFICULTÉS D'ACCÉDER À DES SOINS DE QUALITÉ

Ainsi que le montraient les développements de la conclusion provisoire de la première partie de ce dossier, les comportements face à la santé et aux soins diffèrent en fonction d'aspects socioculturels, psycho-sociaux, économiques qui sont étroitement imbriqués.

Ces considérations permettent de comprendre que si les thèmes de l'offre de soins, de sa répartition sur le territoire, du mode d'exercice des professionnels de santé jouent un rôle important en matière d'accès à des soins de qualité pour tous, ils n'expliquent pas tout.

Pour bien comprendre les enjeux de cette question fondamentale de l'accès aux soins, il est donc nécessaire d'élargir l'analyse pour prendre en compte d'autres aspects qui interviennent à différents niveaux et constituent des difficultés que rencontrent certaines catégories de populations pour se faire soigner.

En d'autres termes, au-delà de la dimension « géographique » des obstacles à l'accès aux soins, il est nécessaire, pour bien mesurer l'ensemble des enjeux de cette question, de l'appréhender de manière plus globale, à travers d'autres dimensions. Les travaux préparatoires à ce projet d'avis ont mis en évidence l'importance d'autres facteurs explicatifs des difficultés d'accès à des soins de qualité.

On examinera successivement l'impact des **freins d'ordre économique et financier**, qui concernent une partie de plus en plus importante de la population, puis les **obstacles de nature administrative, sociale, culturelle**. Pour faciliter l'analyse, ces éléments seront considérés séparément, mais il faut bien garder à l'esprit que ce sont des éléments qui, dans les faits, sont étroitement imbriqués.

### **I. LA « DISTANCE » ÉCONOMIQUE AUX SOINS**

L'idée qui sera développée ici est que, malgré la volonté affichée d'universalisation de l'Assurance Maladie, demeurent aujourd'hui des situations dans lesquelles les personnes ne parviennent pas à accéder aux soins en raison de difficultés financières.

#### ***1. LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE (CMU, CMU-C, ETC.) N'ONT PAS RÉSOLU TOUS LES PROBLÈMES ET ONT GÉNÉRÉ DES EFFETS DE SEUIL***

La mise en place de la couverture maladie universelle avait pour but, partant du constat que certaines personnes n'accédaient pas aux soins en raison de leur situation financière, de limiter cet effet et ainsi de réduire les inégalités d'accès aux soins liées à cet aspect. Et de fait, la CMU a permis de grandes avancées et a constitué un progrès incontestable.

Toutefois, si théoriquement, l'accès aux soins est garanti à tous, grâce à la mise en œuvre de ces différents dispositifs (CMU mais aussi CMU-C, AME, etc.), dans les faits, des difficultés d'accès aux soins pour raisons financières demeurent.

Tout d'abord, ces dispositifs étant soumis à conditions de ressources, ils ont, par définition, généré des « **effets de seuil** » (décrits en première partie de ce dossier) : les personnes qui ont des revenus supérieurs aux plafonds ne peuvent bénéficier de ces mesures. Pourtant, elles ne disposent pas forcément de moyens suffisants pour souscrire une couverture complémentaire et pour assumer le coût des soins dont elles ont besoin car leurs revenus sont trop modestes.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> juillet 2008, le plafond de ressources pour pouvoir bénéficier de la CMU ou de l'AME était de 606 euros par mois.

Or, les personnes bénéficiaires de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé), qui est un minimum social, touchent une allocation de 628,10 euros par mois : elles ne peuvent donc prétendre à la CMU, alors même qu'elles ont très souvent des problèmes de santé.

De même, le minimum vieillesse est supérieur à ces plafonds.

Plus généralement, le seuil de pauvreté en France étant fixé à 887 euros par mois, cela signifie qu'un certain nombre de personnes sont à la fois sous le seuil de pauvreté mais au-dessus des plafonds CMU et AME. Elles représentent environ 8% de la population.

L'association Médecins du Monde a estimé en 2006 que la moitié des personnes qui ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté bénéficient de la CMU ou de l'AME.

Plus largement, des catégories sociales moins « défavorisées », les « travailleurs pauvres », voire une partie des classes moyennes, ayant une activité salariée et donc un revenu qui les placent au-dessus des plafonds n'ont pourtant pas les moyens de financer une mutuelle. En conséquence, en cas de besoin de soins, ces personnes ne seront pas en mesure de déboursier les sommes nécessaires à ces soins (en particulier prothèses dentaires ou optiques) et devront donc y renoncer.

Concernant les soins dentaires, il faut rappeler que ce sont des soins qui sont très mal remboursés par l'Assurance Maladie et inégalement remboursés par les complémentaires. Les prothèses dentaires sont facturées 30 à 50 fois plus cher que leur coût de revient. En outre, les prix pratiqués au niveau de l'implantologie, qui est une nouvelle technologie ne faisant pas encore l'objet d'une nomenclature, sont très différents selon les professionnels. Aucun remboursement de l'Assurance Maladie n'est possible et les mutuelles ne prennent en charge qu'une partie alors même que ces implants sont parfois totalement indispensables pour les patients.

**Ainsi, si elle touche d'abord les populations les plus précaires, la nature économique des obstacles à l'accès aux soins concerne en fait une plus large proportion de ménages qui tend à croître.**

## ***2. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LES NOUVELLES MESURES VISANT À LIMITER LES DÉPENSES DE SANTÉ***

Ces mesures ont été décrites en détail dans la description du système de santé (première partie). Il s'agit des franchises médicales, des déremboursements de médicaments ou d'actes médicaux, etc.

Ces mesures qui visent, à partir de l'argument de la responsabilisation des usagers du système de soins, à limiter les dépenses de santé, ont pour conséquence d'accroître les difficultés de certaines populations pour accéder aux soins.

Dans les faits, avec les nouvelles réformes, de plus en plus de ménages éprouvent des difficultés pour se faire soigner.

Les « effets secondaires » de certaines mesures, qui n'affichent pas directement comme objectif de limiter les dépenses de santé à travers l'argument de la responsabilisation des patients, peuvent pourtant compliquer l'accès aux soins des personnes ayant des difficultés financières. Ainsi, la mise en place du dispositif du médecin traitant pour coordonner le parcours du patient dans le système de soins, qui « oblige » à passer par un médecin traitant avant de consulter un spécialiste équivaut, d'une certaine manière, à une double-consultation et donc, pour le patient, à payer deux fois. Ajouté au système de franchises médicales, cela peut avoir pour conséquence de retarder le recours aux soins.

Toutefois, il est important de rappeler que, du point de vue de l'Assurance Maladie, le dispositif du médecin traitant présente également des aspects positifs puisque cela a notamment permis de limiter le nomadisme médical.

### **3. LES DIFFICULTÉS ENGENDRÉES PAR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES**

On parle de dépassement d'honoraires lorsque **les prix pratiqués** par les professionnels de santé du secteur 2 (à honoraires libres) sont **supérieurs aux tarifs de convention** fixés pour chaque acte médical par l'Assurance Maladie. L'expression « dépassement d'honoraire » désigne le supplément entre le prix pratiqué et les tarifs fixés par les accords conventionnels.

L'IGAS a publié le 23 avril 2007 un rapport sur les **dépassements d'honoraires** pratiqués par les médecins généralistes et les spécialistes, en médecine de ville comme en établissement de santé. En 2005, le montant des sommes demandées au-delà du tarif de remboursement de la Sécurité Sociale s'est élevé à près **de 2 milliards d'euros** (sur les 18 milliards d'euros d'honoraires totaux), dont les deux tiers sont restés, après intervention des mutuelles complémentaires, à la charge du patient.

L'étude révèle que le montant des dépassements d'honoraires a doublé en valeur réelle entre 1990 et 2005 : restée contenue chez les généralistes, cette **pratique est devenue majoritaire dans certaines spécialités et dans certaines villes**. Pour l'IGAS, les dépassements, par leur ampleur, génèrent désormais des inégalités d'accès aux soins, renforcées par les niveaux extrêmement variables de prise en charge des dépassements par les mutuelles complémentaires.

Dans certains territoires de la région, **pour certaines spécialités, on ne trouve plus aucun médecin de secteur 1** créant un risque de dépassements d'honoraires.

Cette situation rajoute à la complexité de la question de l'accès aux soins, au-delà du thème de la démographie médicale : il faut en effet tenir compte du fait que **la proximité géographique de médecins spécialistes, si ceux-ci pratiquent tous des dépassements d'honoraires, ne garantira pas nécessairement l'accès de tous aux soins prodigués par ces professionnels**.

Pour rappel, la Conférence Nationale de Santé, dans une communication du 15 mai 2008, a préconisé qu'une proportion d'offres à tarifs opposables soit garantie dans chaque territoire de santé.

De plus, les difficultés posées aux patients par le secteur 2 n'ont pas été résolues par la CMU, notamment parce qu'un patient, surtout s'il est déjà en situation difficile, n'est pas en position de force car souvent mal informé.

Les dépassements d'honoraires existent également en établissement de santé, qu'ils soient publics ou privés. En effet, les médecins hospitaliers ont droit, à leur demande, à un secteur d'exercice privé qu'ils effectuent dans l'enceinte de l'établissement. Cela concerne **20%** des praticiens

hospitaliers. La quotité des dépassements d'honoraires atteint ainsi pour eux 60% de la totalité de leur activité.

Cette question des dépassements d'honoraires pose deux types de problèmes :

- Un **problème de financement** pour les patients et les mutuelles ;
- Un **problème d'information** : les patients ne savent pas nécessairement quels professionnels pratiquent des dépassements d'honoraires, même si une fois dans la salle d'attente, le coût de la consultation est obligatoirement indiqué. Pour répondre à cette difficulté, l'Assurance Maladie a mis en place un service par internet (« Infosoins ») qui permet de connaître le secteur d'exercice des professionnels de santé.  
La Mutualité française a également créé un observatoire pour avoir une meilleure connaissance de cette réalité.

En Midi-Pyrénées, les dépassements correspondent à 1,1% de la masse des honoraires. Pour les spécialistes, le pourcentage est de 1,6%<sup>63</sup>. Si on cible plus précisément les spécialités, on constate que c'est dans les secteurs de la stomatologie et de la chirurgie que les problèmes de dépassements se posent.

Dans la région, c'est en Haute-Garonne que les dépassements d'honoraires sont les plus fréquents.

#### ***4. L'INÉGAL ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE***

Le système de soins français n'est pas accessible à tous dans les mêmes conditions. Si la quasi-totalité de la population est couverte par l'Assurance Maladie de base, celle-ci ne prend pas en charge la totalité des dépenses. Pour bon nombre de prestations en effet, comme on l'a vu, les sommes qui demeurent à la charge des malades sont importantes. Dans ce contexte, l'accessibilité à une couverture maladie complémentaire constitue un élément indispensable de l'accès à des soins de qualité.

Or, sur ce point aussi, il est possible de repérer des inégalités en fonction des catégories sociales. Ainsi, une enquête de l'IRDES intitulée « Santé, soins et protection sociale » et réalisée en 2002, confirmait que l'accès aux soins était largement déterminé par le statut socio-économique et le degré de précarité. Elle précisait que 20% des personnes au chômage au moment de l'enquête n'avaient aucune couverture complémentaire, de même que 12% des personnes ayant les revenus les plus faibles. En outre, l'enquête indiquait que l'absence de couverture complémentaire était associée à un moindre recours au médecin généraliste et surtout aux spécialistes et, en particulier, aux dentistes.

Un document de l'Observatoire des Inégalités<sup>64</sup> plus récent confirme ces résultats : 19% des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 4% des plus aisés.

Même quand ils bénéficient d'une couverture complémentaire, les ménages ne sont pas remboursés tous à la même hauteur.

En outre, la dépense afférant à l'acquisition d'une complémentaire santé représente pour les cadres supérieurs une part très inférieure de leur revenu comparé aux autres catégories sociales : leur taux d'effort (soit la part de la dépense dans leur budget total) est de 3,8% contre 6,5% pour les employés et 6,4% pour les ouvriers non qualifiés.

---

<sup>63</sup> Données issues de l'audition de Monsieur FERNANDEZ Directeur de l'URCAM Midi-Pyrénées.

<sup>64</sup> « L'inégal accès à la complémentaire santé », Pierre VOLOVITCH, Observatoire des inégalités, décembre 2008.



**Ceux, qui n'ont pas de couverture complémentaire ou ceux qui ont une « mauvaise » couverture, ont tendance à repousser l'échéance des soins le plus possible, entraînant une aggravation des pathologies dont ils souffrent.**

A noter qu'une catégorie particulière de population, les personnes handicapées, rencontrent des difficultés spécifiques d'accès aux soins, notamment en termes d'accessibilité physique au système de soins. Il s'agit d'un sujet à part entière, qui mériterait des développements importants. Le CESR travaillera, dans le futur, sur ce sujet.

### ***5. CONSÉQUENCES : LE RENONCEMENT OU LE RETARD DE SOINS ET UNE DIFFÉRENCIATION DE LA STRUCTURE DE RECOURS AUX SOINS SELON LES CATÉGORIES SOCIALES***

Une étude menée par le CISS, la FNATH et l'UNAF<sup>65</sup> en avril 2008 indique que 13% des Français déclarent avoir déjà renoncé aux soins à cause du coût de la consultation chez un médecin spécialiste (pratiquant des dépassements d'honoraires).

Plus globalement, une étude IPSOS menée avec le Secours Populaire en septembre 2008 sur le thème de la pauvreté, donne des éléments supplémentaires sur les difficultés d'accès aux soins. Ainsi, d'après cette étude, **39% des Français ont déjà retardé ou même renoncé à des soins à cause de leur coût**. Cette proportion monte à 52% dans les foyers les plus pauvres (disposant d'un revenu inférieur à 1 200 euros nets par mois).

Plus précisément, près d'un Français sur trois a déjà retardé ou renoncé à l'achat de prothèses dentaires (31%) ou de lunettes (29%).

Pour ce qui est des autres types de soins, il y a moins de difficultés d'accès. Cependant, près d'un quart des Français a déjà retardé ou renoncé à une consultation chez un spécialiste (24%) ou chez un dentiste (23%). Cette proportion passe à 19% pour une consultation chez un ophtalmologiste, à 18% pour l'achat de médicaments, à 16% pour des radios ou des analyses en laboratoire, à 14% pour une consultation chez un médecin généraliste.

Autre résultat de cette étude, qui rejoint la notion de distance « géographique » à l'accès aux soins évoquée plus haut : on apprend que 17% des Français déclarent avoir déjà renoncé à consulter un médecin pour des raisons d'éloignement géographique.

En termes de **structures de consommation de soins**, de nombreuses études montrent que les ménages appartenant aux catégories sociales les plus modestes ont tendance à se rendre plus souvent à l'hôpital qu'à aller consulter un médecin libéral. Si cette réalité revêt plusieurs dimensions explicatives, on peut d'ores et déjà dire ici qu'une partie de l'explication est liée à un aspect financier.

Les ménages modestes peuvent ainsi **retarder les soins dont ils ont besoin pour des raisons financières, jusqu'au moment où leur état s'étant aggravé, il nécessite une intervention en milieu hospitalier. Ces personnes n'ont dès lors plus les mêmes chances de guérison.**

A cela s'ajoute le fait qu'il est probable que les ménages ayant de faibles revenus et pas de complémentaire santé (ou une mauvaise) préfèrent s'adresser à l'hôpital en cas de besoin car ils

---

<sup>65</sup> CISS : Collectif Interassociatif sur la Santé ; FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés ; UNAF : Union Nationale des Associations Familiales.

n'auront pas à faire l'avance des frais. **Ce retard aux soins, au final, coûte plus cher à tout le monde** : à la personne elle-même du point de vue de son état de santé, à l'Assurance Maladie et donc à la société toute entière du point de vue financier.

Apporter des solutions aux inégalités sociales de santé, et plus globalement favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, serait donc utile aussi bien aux personnes « défavorisées » qu'à la société dans son ensemble. Cette idée est importante à évoquer dans un contexte de critique et de discrédit systématique de la Sécurité Sociale et de son déficit, qui a tendance à oublier de rappeler qu'il s'agit d'un système porteur de valeurs fortes et qui constitue un investissement à long terme pour l'intérêt général.

**Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents l'enquête en fonction du revenu du ménage**

| Revenu mensuel du ménage | Taux de personnes ayant renoncé |
|--------------------------|---------------------------------|
| Moins de 840 euros       | 13,16                           |
| De 840 à 990 euros       | 10,13                           |
| De 990 à 1 300 euros     | 13,13                           |
| De 1 300 à 1 600 euros   | 12,89                           |
| De 1 600 à 1 900 euros   | 10,8                            |
| De 1 900 à 2 200 euros   | 10,69                           |
| De 2 200 à 2 500 euros   | 11,98                           |
| De 2 500 à 3 100 euros   | 9,07                            |
| De 3 100 à 4 600 euros   | 6,87                            |
| Plus de 4 600 euros      | 6,04                            |

Source : IRDES in « L'état de santé de la population en France – indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique » – Rapport 2007.

**Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents l'enquête en fonction de la couverture sociale**

| Présence d'une couverture complémentaire privée et/ou CMU         | Taux de personnes ayant renoncé en % |
|---|--------------------------------------|
| Oui   | 9,06                                 |
| Non   | 20,29                                |
| <b>Bénéficiaire d'une couverture complémentaire à titre privé</b> |                                      |
| Oui   | 8,94                                 |
| Non   | 17,54                                |
| <b>Bénéficiaire de la CMU complémentaire</b>                      |                                      |
| Oui   | 12,03                                |
| Non   | 9,86                                 |

Source : IRDES in « L'état de santé de la population en France – indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique » – Rapport 2007.

## II. LES AUTRES TYPES DE « DISTANCES » À L'ACCÈS AUX SOINS

Le début de cette deuxième partie a mis en évidence la place importante prise par la « distance géographique » entre les populations et les équipements de soins dans l'analyse de la problématique d'accès aux soins. Les développements concernant la « distance économique » à l'accès aux soins ont montré que des facteurs économiques et financiers sont également en cause. Les dispositifs tels que la CMU, la CMU-C, etc. ont ainsi été mis en place suite à la prise de conscience qu'un certain nombre de personnes n'accédaient pas au système de soins pour des raisons d'ordre économique. S'ils ont créé d'autres types de difficultés (effets de seuil notamment), il faut reconnaître que ces dispositifs ont quand même permis d'améliorer de manière significative la situation d'une partie de la population qui, jusque-là, n'avait pas de possibilité de se voir ouvrir des droits. La proportion de personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale de base a été très réduite par la mise en place de la CMU.

Malgré cela, on constate que la situation actuelle n'est pas totalement satisfaisante. Ce n'est pas simplement un manque de moyens financiers qui, parfois, entraîne des difficultés d'accès aux soins : la réalité est en fait bien plus complexe puisque ce **sont un ensemble de facteurs et de déterminants imbriqués qui explique les écarts en termes de santé et d'accès aux soins selon les catégories sociales**. Au-delà de cette dimension économique et financière, il est donc possible de repérer d'autres types d'obstacles à l'accès aux soins, de nature administrative, psycho-sociale, culturelle.

En d'autres termes, si la présence d'un équipement de soins à proximité favorise l'accès aux soins des personnes dont l'état de santé nécessite une intervention, le constat est que cette proximité physique ne suffit pas toujours. Si les dispositifs visant à limiter les obstacles de nature économique sont utiles, ils ne sont pas non plus toujours suffisants.

Pour certaines personnes, le rapport qu'elles ont aux institutions, leur rapport au corps, etc. ne leur permet pas toujours de s'adresser à un service de soins alors même que le besoin est présent. A travers ces remarques, on est au cœur de la question des inégalités sociales de santé qui, si elles ne constituent pas l'essentiel de notre travail, le rejoignent dans certains de ses aspects. **Les inégalités sociales sont à l'origine des inégalités de santé et amplifient les obstacles à l'accès aux soins.**

Ainsi, il apparaît clairement que la « **distance sociale** » au système de soins est un **élément de compréhension fondamental de notre problématique**. En effet, la dimension sociale des difficultés d'accès aux soins est tout à fait centrale, particulièrement en Midi-Pyrénées où, nous l'avons vu, les situations de précarité touchent une part importante de la population.

Plus généralement, le niveau social, les habitudes de vie, les conditions de vie de manière générale, influent sur les comportements par rapport à la santé.

De plus, l'accumulation des facteurs de risques – l'absence de logement ou les mauvaises conditions de logement – accroît la probabilité d'avoir des problèmes de santé et des difficultés pour accéder aux soins correspondants.

Il s'agira ici de décrire la situation de personnes qui, malgré le fait qu'elles correspondent aux publics cibles d'un dispositif et devraient donc pouvoir bénéficier de l'ouverture de droits et accéder à des soins, ou bien ne parviennent pas à faire valoir leurs droits (complexité, barrière de la langue, etc.), ou bien ne s'adressent pas au système de soins alors qu'elles en ont besoin.

## ***1. LES PATIENTS SONT CONFRONTÉS À UN MANQUE D'INFORMATION***

Le droit à l'information des patients fait partie des droits des usagers reconnus par la loi du 3 mars 2002, de même que le droit au consentement éclairé, qui en découle d'une certaine manière.

Le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS), groupement d'associations intervenant dans le champ de la santé (associations de personnes malades et handicapées, associations familiales et associations de consommateurs), défend le droit des usagers. Une de ses missions consiste notamment à informer les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance Maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).

**Disposer d'une information complète sur les soins fait partie intégrante de la qualité des soins. Or, aujourd'hui, les patients disposent souvent d'une information insuffisante.**

Si l'asymétrie d'information entre le médecin (le « sachant ») et le patient est normale et compréhensible, il y a toutefois des situations dans lesquelles le manque d'information dont dispose le patient peut lui être préjudiciable.

C'est le cas notamment du déficit d'informations à propos des **dépassements d'honoraires pratiqués**. Les patients, orientés par exemple vers un spécialiste désigné par leur médecin traitant, se trouvent parfois confrontés à des dépassements d'honoraires sans l'avoir su avant de prendre rendez-vous (même si les tarifs des honoraires doivent obligatoirement figurer dans la salle d'attente). L'information est également réduite concernant les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins hospitaliers dans le cadre de leur activité privée au sein des établissements de santé publics.

L'Assurance Maladie, avec le dispositif « Infosoins » via son site internet<sup>66</sup>, recense l'ensemble des professionnels de santé et indique le secteur d'exercice. Toutefois, ce service est encore méconnu et mériterait d'être étoffé, en donnant davantage d'informations. La CNAMTS travaille actuellement avec le Conseil de l'Ordre des médecins pour élargir les informations disponibles grâce à ce service.

Même si les textes ne prévoient pas d'obligations de résultats pour les médecins (sauf pour les IVG et la chirurgie esthétique), le fait est qu'aujourd'hui les populations sont en demande d'une certaine « garantie » quand elles s'adressent à un professionnel de santé. Le phénomène de judiciarisation croissante de la médecine en témoigne. C'est pourquoi il est important de favoriser une meilleure information des usagers du système de soins, ne serait-ce que pour expliquer que le risque zéro n'existe pas. Une démarche en ce sens est d'ailleurs en cours depuis plusieurs années avec la mise en place des procédures d'accréditation, les démarches qualité auxquelles doivent se plier les établissements de santé.

## ***2. LES OBSTACLES D'ORDRE ADMINISTRATIF***

Les dispositifs décrits dans la première partie de ce dossier, mis en œuvre à la suite de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (CMU, AME, etc.) ont théoriquement permis d'améliorer de manière très importante la situation des personnes en situation de précarité qui ont ainsi pu bénéficier d'une couverture sociale.

---

<sup>66</sup> [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et [www.infosoins.fr](http://www.infosoins.fr)

Aujourd'hui, très peu de personnes n'ont droit à aucune couverture santé en France : cela concerne essentiellement des étrangers de passage ou les personnes qui ne peuvent apporter la preuve de leur présence en France depuis plus de trois mois<sup>67</sup>. En cas d'urgence, ces personnes seront soignées à l'hôpital, mais il leur sera demandé de payer les soins dont elles auront bénéficié (dans le cas où elles seraient insolvable, ces frais seraient inscrits en non-valeur dans le budget de l'hôpital). Cependant, elles ne bénéficient pas de soins de qualité identiques au reste de la population puisque aucun suivi n'est possible, de même qu'aucun travail de prévention.

Le fait de ne pas disposer d'une couverture sociale entraîne, pour ces personnes, des retards de soins puisqu'elles n'iront à l'hôpital que lorsque leur état de santé se sera aggravé. Ces délais peuvent mettre leur vie en danger et constituer des risques en termes de santé publique pour la société tout entière (risque d'éventuelle contagion).

En outre, ces personnes étant souvent dans une situation administrative compliquée ou irrégulière, elles sont parfois réticentes à s'adresser à un service de santé ou même à faire valoir leurs droits de peur d'être arrêtées.

Au-delà de ces situations, pour une partie de la population, malgré l'existence de ces dispositifs, et malgré leur possibilité « théorique » de bénéficier d'une couverture sociale, des difficultés pour accéder à leurs droits demeurent. Cela signifie que, pour une part, les difficultés d'accès aux soins s'expliquent par le décalage entre la théorie et la pratique : c'est dans la mise en œuvre des dispositifs que des problèmes se posent.

En conséquence, les travailleurs sociaux des services qui les accueillent et les orientent (par exemple dans les CHRS) passent de plus en plus de temps pour dialoguer avec les administrations afin que les droits des personnes soient reconnus et appliqués.

Les arguments qu'il est possible d'avancer pour expliquer ce phénomène :

➤ La méconnaissance des droits

La méconnaissance des droits d'une part, mais aussi du système de soins, qui peut apparaître comme très complexe, notamment, mais pas uniquement, pour des personnes étrangères ou marginalisées.

La complexité du système, occasionnée par le nombre d'acteurs intervenant, le nombre de dispositifs, de conditions d'accès à ceux-ci, les lourdeurs administratives mis en lien avec le manque d'information en direction des populations pour décrire et expliquer le système, a pour conséquence qu'une partie renonce à faire valoir ses droits.

Les personnes en situation de grande précarité ou marginalisées en particulier ne sont pas en mesure d'appréhender seules cet ensemble. C'est pourquoi un accompagnement est nécessaire pour eux. C'est cet accompagnement que propose un certain nombre d'associations et de services.

Ceux-ci informent les personnes accueillies des droits auxquels elles peuvent éventuellement prétendre et les orientent vers les bons interlocuteurs et vers le droit commun.

Toutefois, ces démarches ne peuvent avoir de bons résultats que si les médecins et les établissements prennent effectivement le relais dans la prise en charge de ces personnes. Cela suppose qu'un travail de sensibilisation soit effectué en parallèle auprès des professionnels de santé.

---

<sup>67</sup> C'est la condition nécessaire pour pouvoir bénéficier de l'AME.

➤ La difficulté à fournir les justificatifs demandés

Pour accéder aux dispositifs évoqués précédemment, comme pour accéder à toutes formes d'aide sociale, il est souvent nécessaire de constituer un dossier et de fournir un certain nombre de pièces justificatives diverses. Ces justificatifs sont le plus souvent prévus par la loi mais ce n'est pas toujours le cas : il arrive que des services demandent des justificatifs de manière abusive.

En tous les cas, pour les personnes en grande précarité, en particulier les personnes qui vivent à la rue ou dans un centre d'hébergement (par nature temporaire), il est parfois difficile de garder à disposition des documents administratifs, tels que :

- *Les justificatifs de domiciliation*

Fournir une domiciliation administrative est souvent une des conditions requises pour l'ouverture des droits, notamment CMU ou AME et une boîte postale ne suffit pas. Les Centres Communaux d'Action Sociale, ainsi que certaines associations sont mandatés pour attribuer une domiciliation.

Etant donné la difficulté, pour les personnes en grande précarité, à justifier d'une domiciliation, et donc l'obstacle à l'accès aux soins que constitue cette obligation, il est possible de s'interroger sur la pertinence de celle-ci.

- *Les justificatifs de ressources*

Plusieurs dispositifs, tels que la CMU et l'AME, sont accordés sous conditions de ressources. Les personnes qui y prétendent doivent donc être en mesure de fournir des documents attestant de leurs faibles revenus.

Ces demandes de documents, de constitution de dossier ont pour but de traquer les abus et les fraudes. Des soupçons d'abus sont en effet souvent émis à l'égard des personnes qui accèdent à des dispositifs comme la CMU ou l'AME. Or, ces abus sont en fait très rares : le nombre de bénéficiaires est au total assez peu élevé et il a peu varié ces dernières années. La complexité du système est donc sans commune mesure avec la rareté des abus : cela pose la question de la pertinence du maintien d'un système aussi complexe et qui constitue un obstacle à part entière à l'égalité d'accès aux soins.

Un autre obstacle de nature administrative est constitué par le **refus de soins** opposé par certains professionnels de santé aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Il s'agit toutefois d'une pratique difficile à chiffrer car elle **est contraire à la loi et à la déontologie**. Le refus est rarement affiché de manière directe au moment de la consultation, mais plutôt opposé au moment de la prise de rendez-vous par exemple.

Des enquêtes menées par des associations, notamment Médecins du Monde, ont toutefois permis de soulever le problème : en réaction, la HALDE<sup>68</sup> a pris position, ainsi que le Conseil de l'Ordre des Médecins, qui a fait un rappel des obligations légales qui s'imposent aux médecins.

---

<sup>68</sup> HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité.

### **3. DES OBSTACLES SOCIAUX OU PSYCHO-SOCIAUX**

La santé est une réalité variable et subjective. La reconnaissance même de la maladie comme telle varie en fonction des connaissances médicales, de la culture somatique ou de la représentation sociale de la maladie qui sont liées au groupe social d'appartenance des individus, à leur culture propre et à leurs caractéristiques sociales et psycho-sociales.

Les développements qui suivent concernent essentiellement les facteurs psycho-sociaux propres aux patients et qui les empêchent d'accéder à des soins de qualité. Il ne faudrait toutefois pas oublier que pour une part, les comportements des professionnels de santé, le manque de tact, voire d'humanité, dont ils font parfois preuve à l'égard de certains patients et de certaines situations, peuvent également constituer un frein à une qualité de soins pour les patients.

#### **3.1 Une perception de la santé différenciée en fonction de caractéristiques sociales**

De nombreuses études indiquent ainsi que le statut social influe sur la santé, la perception de la santé et la façon dont on accède effectivement aux soins.

L'enquête « Conditions de vie des ménages » de l'INSEE de 2007 et l'étude IPSOS/Secours Populaire sur les Français et la pauvreté, précédemment citée, affirment toutes deux que les personnes appartenant aux catégories sociales les moins favorisées se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population, qu'elles sont plus nombreuses à souffrir de certaines pathologies comme les maladies de l'appareil digestif ou les caries dentaires.

Elle précise que la prévention et le dépistage sont des pratiques beaucoup moins répandues parmi les personnes les plus pauvres, contribuant encore à creuser l'écart, en termes d'état de santé, entre elles et le reste de la population.

L'étude précise que la perception de leur santé par les Français est étroitement corrélée à leur âge et à leurs niveaux de revenus.

Cet indicateur, s'il repose sur du déclaratif, est tout de même intéressant car il donne des éléments sur une dimension plus « psychologique » de l'état de santé des personnes, il donne à lire des précisions concernant leur bien-être.

#### **3.2 Une explication plus sociale des différences en termes de structures de consommation des soins**

Au-delà des explications d'ordre économique et financier au fait que les ménages les plus modestes ont plus souvent recours aux soins hospitaliers qu'à la médecine de ville, il est possible d'avancer des raisons de nature plus « sociale » à cet état de fait.

En effet, c'est aussi parce que les catégories sociales les plus modestes disposent ou ont accès à moins d'information en matière de prévention, de dépistage et de soins<sup>69</sup> qu'elles ont plus souvent recours au système de soins par le biais de l'hôpital. Elles découvrent leurs pathologies lorsque celles-ci se sont aggravées et se font donc soigner à l'hôpital, à un stade plus avancé de la maladie, avec donc des risques de séquelles plus grands que pour les catégories plus aisées.

A cela, il faut sans doute ajouter des différences en termes de culture du corps et de rapport au corps et à la maladie.

---

<sup>69</sup> Cf. « La santé des plus pauvres », *INSEE Première*, n°1161, octobre 2007.

### **3.3 L'incidence des conditions de travail**

Toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq, mais cette proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories<sup>70</sup>. Sont ici en question non seulement les accidents ou les maladies professionnelles mais aussi l'usure psychique et physique de l'organisme que peuvent provoquer des conditions de travail pénibles.

Une des conséquences de la pénibilité du travail pour les ouvriers est de subir une sorte de « double peine » : ils vivent à la fois moins longtemps que les cadres et assimilés et plus longtemps avec des incapacités invalidantes<sup>71</sup>.

Par ailleurs, les travaux répétitifs tendent à générer des troubles musculo-squelettiques qui concernent encore plus d'un ouvrier qualifié sur quatre.

La hiérarchie s'inverse en partie, et concerne majoritairement les cadres, en ce qui concerne l'exposition à certains facteurs de « pénibilité mentale », liés aux contraintes organisationnelles. Les nouvelles formes d'organisation du travail tendent à placer des salariés sous la pression du public ou des clients. L'introduction des nouvelles technologies d'information et de communication, si elles ont, d'une certaine manière, facilité une partie du travail, elles ont également pour conséquence d'accroître l'intensité du travail et la charge mentale.

### **3.4 L'incidence des conditions de logement**

Le facteur logement joue également un rôle important en matière de santé.

Pour les personnes en grande précarité vivant à la rue, c'est l'absence de logement qui aggrave leur état de santé ou ne favorise pas leur guérison par exemple. Ainsi, le traitement d'une grippe nécessite essentiellement le repos et de rester au chaud : or, cela est impossible pour les personnes qui vivent dans la rue ou pour celles qui vivent en centres d'hébergement qui posent souvent, pour des raisons d'organisation, l'obligation de passer la journée à l'extérieur du centre.

Cela signifie que les réponses sanitaires à ce type de problème, si elles sont nécessaires, ne sont toutefois pas suffisantes et doivent être complétées par des réponses sociales.

Les personnes sans logement atteintes de maladies chroniques éprouvent également des difficultés à se faire soigner car leur état nécessite un suivi régulier parfois peu compatible avec une vie à la rue.

La question du logement renvoie également à la qualité ou à l'absence de qualité des conditions de logement. Les personnes vivant dans un logement insalubre, mal adapté (sur occupé par exemple) sont exposées à davantage de risques pour leur santé. Les « *épidémies de grippe, de bronchiolite frappent ainsi en priorité les familles entassées* »<sup>72</sup>. Plus largement, « *les possibilités de récupération au quotidien de la fatigue engendrée par le travail* »<sup>3</sup> sont amoindries dans un logement sur occupé.

### **3.5 L'incidence des modes de vie**

---

<sup>70</sup> « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », *Premières informations et premières synthèses*, n°19.1, DARES, mai 2004 in « Les inégalités sociales de santé », Alain BIHR et Roland PFEFFERKORN, *Interrogations – Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, juin 2008.

<sup>71</sup> « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n° 441, INED, janvier 2008.

<sup>72</sup> « Les inégalités sociales de santé », Alain BIHR et Roland PFEFFERKORN, *op. cit.*



« S'il est des risques de morbidité auxquels les individus ne peuvent échapper – ceux liés au travail et au logement sont pour l'essentiel de cet ordre – il en est d'autres qui semblent résulter de comportements volontaires, dont on impute par conséquent facilement la responsabilité aux seules décisions individuelles, alors même qu'ils n'en sont pas moins fortement corrélés à la situation sociale des personnes concernées. Ainsi en va-t-il par exemple des habitudes alimentaires ou de diverses addictions (tabagisme et alcoolisme notamment) ».<sup>73</sup>

Ainsi, l'effet du revenu, complété par le niveau de formation générale, est avéré dans de nombreux aspects de la consommation alimentaire, notamment quant à la variété des produits consommés, la part des fruits, légumes et poisson dans l'alimentation ou l'accès à l'information nutritionnelle.

Cela s'observe tout particulièrement en ce qui concerne l'obésité, qui prédispose à des affections ou accidents cardio-vasculaires.

Toutefois, de nombreuses études montrent que l'on pourrait mieux se nourrir sans pour autant dépenser plus. Il serait nécessaire de mener des campagnes d'information, des actions de prévention pour faire prendre conscience de cette réalité (en mettant en place, par exemple, des exercices pratiques d'achat, des cours de cuisine, etc.).

La consommation de tabac est aussi fortement liée aux conditions de vie des personnes. Par exemple, parmi les hommes, les chômeurs fument plus souvent que ceux disposant d'un emploi, de même que les ouvriers par rapport aux autres catégories sociales.

En revanche, contrairement à une idée reçue, une consommation quotidienne excessive d'alcool est plus fréquente parmi les diplômés de l'enseignement supérieur que parmi ceux qui ne disposent que d'un diplôme inférieur au baccalauréat ou qui ne disposent d'aucun diplôme. Chez les femmes cadres notamment, le risque d'une alcoolisation excessive est plus important que dans les autres catégories sociales<sup>74</sup>.

Si la fréquence des comportements présentant des risques pour la santé est inégalement répartie entre les différentes catégories sociales, il en va de même pour ceux qui, inversement, constituent des facteurs favorables à un bon état de santé : par exemple, le fait de pratiquer régulièrement une activité physique, favorable à la prévention du diabète, de l'obésité, de l'hypertension artérielle, etc. s'élève avec le niveau de revenu et de formation.

### **3.6 La situation particulière des étudiants**

Les étudiants, pour une partie d'entre eux tout au moins, constituent également une population fragilisée : d'après une étude de l'UNEF, en lien avec la LMDE<sup>75</sup>, 28% des étudiants qui tombent malades ne se soignent pas.

En outre, le sentiment d'échec, la peur de l'avenir et de l'absence de débouchés occasionnent du stress et des angoisses. C'est un contexte global qui crée ce sentiment de mal-être chez les étudiants. Cela peut parfois engendrer des conduites addictives comme la consommation d'alcool ou de cannabis non plus seulement au cours de soirées étudiantes, mais de plus en plus de façon isolée, ce qui est nouveau.

### **3.7 Des rapports différenciés aux soins : la situation particulière des personnes en grande précarité**

---

<sup>73</sup> *Ibid.*

<sup>74</sup> « Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids », *INSEE Première*, n° 1048, novembre 2005. « Les problèmes d'alcool en France: quelles sont les populations à risque ? », *Questions d'économie de la santé*, n°129, janvier 2008.

<sup>75</sup> UNEF : Union Nationale des Etudiants de France ; LMDE : La Mutuelle Des Etudiants.

L'expression « grande précarité » désigne les personnes qui vivent à la rue ou qui sont accueillies dans un logement précaire (hébergées dans un CHRS, etc). Cette expression peut également s'appliquer à des personnes qui disposent d'un logement fixe mais qui sont en situation précaire d'un point de vue économique, social et psychologique.

Les affections dont souffrent les personnes en grande précarité sont diverses : maladies chroniques, problèmes de peau, etc. Toutefois, les pathologies les plus fréquentes se déclinent autour des troubles psychiques, de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Les personnes qui souffrent de maladie mentale sont souvent dans le déni ou, au contraire, l'hyperdramatisation de leurs problèmes de santé. Leur recours aux soins est donc soit inexistant, soit a tendance à se faire de manière désordonnée. Ce sont là des facteurs psychologiques, voire psychiatriques qui expliquent les difficultés d'accès aux soins et les réponses doivent donc se situer sur ce plan.

Il n'existe pas de « maladie du pauvre » à proprement parler, même si on constate néanmoins une plus grande vulnérabilité des personnes à la rue. Ainsi, l'espérance de vie de quelqu'un qui vit dans la rue est de 46 ans, soit une espérance de vie équivalente à celles des populations des pays les plus pauvres. La durée de vie à la rue est quant à elle de 10-15 ans. Ce qui tue prématurément les personnes vivant dans la précarité, ce sont les pathologies ordinaires aggravées par le manque ou le retard de soins et l'absence de prévention.

Trop souvent, ces personnes n'ont pas accès aux droits alors que leur état de santé nécessite un suivi régulier. L'orientation de ces personnes vers le droit commun est de ce fait compliquée.

Des réponses sociales sont nécessaires, en complément des réponses sanitaires car le maintien ou l'amélioration de leur état de santé ne dépend pas seulement du domaine des soins : avoir un logement décent, des conditions de travail correctes, une insertion sociale et des conditions de vie satisfaisantes sont des facteurs tout aussi déterminants. **L'importance de ces déterminants sociaux de la santé nécessite d'avoir une vision globale de la problématique de l'accès aux soins.**

En outre, les personnes sans logement, sans emploi depuis longtemps, sans réseau familial stable, ont en général développé une résistance extrême à la douleur et cette moindre conscience sensorielle les empêche d'engager une démarche de soins. Leurs efforts s'orientent plutôt vers la satisfaction de besoins immédiats (recherche de nourriture, d'un endroit où dormir, etc.).

Le fait que l'accès au système de soins soit très codifié et que ces personnes n'aient pas forcément accès à ces codes-là, accentue les difficultés.

De même, les personnes en situation de fragilité psycho-sociale, c'est-à-dire les personnes qui disposent d'un logement mais qui sont confrontées à une disqualification professionnelle (travail précaire, par exemple), à une perte de l'estime de soi, à un mal-être, une souffrance psycho-sociale, à de la honte ou à de la culpabilité ont tendance à mettre en œuvre des stratégies d'isolement qui les empêchent de se soigner.

**Pour résumer, on peut dire que la problématique de l'accès aux soins de ces populations particulièrement fragilisées doit être appréhendée de manière globale car ce sont des inégalités sociales au sens large qui « créent » les difficultés d'accès aux soins et les inégalités de santé.**

### **3.8 Des réponses sociales qui tentent de s'adapter aux caractéristiques des personnes**

**Les réponses sociales à ces situations doivent partir de la prise de conscience de la complexité des mécanismes à l'œuvre dans le rapport aux soins de ces populations.**

Ces difficultés d'ordre social, qui se traduisent par une réticence du patient à aller consulter, à s'adresser au système de soins de droit commun, se confrontent à une capacité limitée du système de soins à prendre en charge les problèmes spécifiques que peuvent rencontrer ces personnes.

Des avancées ont toutefois été faites : le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 visait ainsi, à travers la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), à adapter l'offre de soins aux plus démunis, notamment en généralisant les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les hôpitaux, et à renforcer les actions de prévention en direction des populations fragilisées.

Pour tenter de pallier les difficultés rencontrées par certaines catégories de populations en situation de précarité pour accéder aux soins, différentes mesures ont été mises en place localement, par des services publics ou par des associations.

Ainsi, en 2004, ce sont plus de 20 000 personnes qui ont été accueillies dans les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde.

En 2002-2003, les centres d'examen de santé des CPAM ont réalisé, chaque année, près de 170 000 bilans de santé auprès de personnes en situation de précarité : jeunes en voie d'insertion professionnelle, bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée, bénéficiaires d'un Contrat emploi solidarité (CES) et sans domicile fixe (SDF), soit 29% de leurs consultants.

Dans le cadre de cette réflexion, le CESR a pris connaissance, de manière non exhaustive, de certaines de ces initiatives qui s'adressent le plus souvent aux populations les plus démunies, les plus éloignées du système de soins. Ces populations et les difficultés qu'elles rencontrent, parce qu'elles cumulent un certain nombre de handicaps, sont souvent le révélateur des dysfonctionnements d'un système : il est donc fondamental de parvenir à résoudre ces difficultés, d'en identifier les causes, d'autant plus que cela servira ensuite l'ensemble de la population.

➤ *Le service social de la CRAM accompagne les personnes vers une prise en charge de leur santé*

Le service social de la CRAM a mis en œuvre des interventions qui visent l'« accompagnement en santé » et qui poursuivent deux objectifs principaux :

- ***Favoriser l'accès aux droits***

Il s'agit d'aider les personnes à effectuer les démarches nécessaires pour accéder à une couverture complète. C'est pour lever les obstacles liés au manque d'information des personnes sur les dispositifs existants, aux problèmes d'illettrisme, d'isolement géographique que ce type d'actions a été imaginé.

- ***Favoriser l'accès aux soins***

Il s'agit là d'aider les personnes à réaliser des démarches de soins. Cet objectif est parfois difficile à atteindre car cela nécessite de mobiliser plusieurs dimensions de la personne, aussi bien psychologique, culturelle, sociale.

Le recours effectif au système de soins nécessite souvent des étapes préalables où le rôle des assistantes sociales de la CRAM est important car elles ont une approche à la fois globale et singulière des personnes.

Le travail d'accompagnement mené par la CRAM vise à créer les meilleures conditions possibles pour que les personnes parviennent à s'approprier leur histoire et leur problème de santé. Plus globalement, le rôle du service social de la CRAM est de chercher à réconcilier les publics en difficulté avec les institutions, qui ne sont pas toutes toujours à l'écoute des personnes.

Le service social de la CRAM procède également à un **accompagnement médico-social**, au moyen de rencontres individuelles ou collectives.

Par exemple, le centre d'examen de santé de la CPAM de Toulouse offre à tous les affiliés la possibilité d'effectuer un bilan complet de santé. Depuis 1993, ce centre accueille également des personnes en situation de précarité. Les pratiques des professionnels de ce centre se sont dès lors articulées avec celle du service social de la CRAM pour favoriser le déclenchement de démarches de soins, si besoin, à l'issue du bilan de santé.

L'accompagnement du service social de la CRAM se fait au moment où les personnes reçoivent leurs résultats, après la rencontre avec le médecin. Les assistantes sociales aident à interpréter le diagnostic, à comprendre les répercussions de celui-ci, informent les personnes des solutions possibles, etc.

➤ Médecins du Monde va à la rencontre des populations en grande précarité

Des associations d'envergure nationale ou plus locale, comme Médecins du Monde, mènent également des actions pour favoriser l'accès aux soins des populations démunies.

C'est en 1986 qu'un centre de soins gratuits a été ouvert à Paris par l'association Médecins du Monde. Ce centre a connu immédiatement une affluence importante, témoignant de l'existence de difficultés d'accès aux soins pour certaines personnes. De tels centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), ont ensuite été créés dans d'autres villes, notamment Toulouse.

La finalité de l'association n'est pas de « créer » des droits spécifiques mais bien plutôt d'être un tremplin pour amener les personnes vers le droit commun.

L'association Médecins du Monde intervient aussi dans des centres d'hébergement, où ils créent un lien avec les populations accueillies, font de l'information et de la prévention.

Enfin, des membres de l'association, en partenariat avec l'équipe mobile sociale, partent à la rencontre des personnes sans domicile, dans les rues de Toulouse.

➤ Le réseau Santé Précarité coordonne les différents acteurs

Plus globalement, la plupart de ces interventions s'inscrivent dans un dispositif mis en place depuis une vingtaine d'années, le réseau Santé Précarité. Celui-ci a d'abord été constitué de manière informelle puis, depuis 2003, de manière plus officielle puisque s'appuyant sur une obligation légale prévue par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Ce réseau est fondé sur un partenariat entre le CHU, le CCAS, l'association Médecins du Monde, la Croix Rouge, le CCPS<sup>76</sup>, l'hôpital Joseph Ducuing et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Le dispositif, composé de l'Equipe Mobile Sociale (travail de rue), de la Halte-Santé (lits infirmiers), de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé qui assure des consultations), du Point Santé (hygiène) et des Cellules socio-administratives (accès aux droits), est un outil de coordination entre les différents acteurs.

---

<sup>76</sup> CCPS : Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté.

### La Halte-Santé

*La Halte-Santé est une structure d'hébergement temporaire de santé qui remplit des missions médico-sociales.*

*Plus précisément, c'est un lieu d'accueil intermédiaire entre l'hôpital et la rue permettant à l'occasion de la prise en charge d'une affection aiguë ou subaiguë, de recréer un lien autour de démarches visant à la réinsertion par la santé. La Halte Santé a donc un rôle de soin et d'insertion.*

#### **Le public concerné par la Halte-Santé**

*Personnes majeures (femmes et hommes) en grande précarité nécessitant de soins et suivis médicaux ponctuels, mais ne relevant pas d'une hospitalisation ni d'une maison de convalescence. Ces personnes sont sans domicile et pour la plupart sans ressource, ni emploi.*

#### **Conditions d'admission**

*Personnes adressées par des médecins des Hôpitaux de Toulouse, des libéraux, des associations, des partenaires du réseau social*

### L'équipe mobile sociale et de santé

#### **Missions**

- *Aller à la rencontre des personnes, qui vivent à la rue ou dans des logements précaires (squats), en sillonnant les rues de Toulouse en " maraude ",*
- *Répondre aux signalements (115 – Régulation),*
- *Servir d'interlocuteur et de médiateur pour les populations en situation de précarité avec les services du CHU et les structures d'accueil et d'hébergement,*
- *Evaluer, traiter la demande, et orienter la personne vers la structure la plus adaptée,*
- *Participer au fonctionnement de la Halte Santé,*
- *Réinsérer les patients dans le circuit de droit commun.*

#### **Public concerné**

*Personnes et familles les plus désafiliées rencontrées à la rue et dans les dispositifs d'accueil social.*

#### **Partenariat**

*L'originalité de ce dispositif repose sur le partenariat entre le CHU de Toulouse et :*

- *le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Toulouse*
- *l'Association SOLEIL (Solidarité et Insertion par le Logement)*

#### **Equipe pluridisciplinaire**

- *Equipe paramédicale du CHU de Toulouse constituée de 7 infirmiers(ères)*
- *Equipe sociale de la Veille Sociale (CCAS de Toulouse) constituée de 6 travailleurs sociaux*
- *Equipe médicale constituée de médecins généralistes attachés au CHU de Toulouse.*

#### ➤ La Case de Santé met la prévention au cœur de son action

L'association la **Case de Santé** travaille également en lien avec ce réseau. Il s'agit d'un centre de santé communautaire, c'est-à-dire un lieu de soins, de prévention, d'accès aux soins et de santé situé dans un quartier populaire du centre ville de Toulouse.

Cette association inscrit son projet dans une optique large, en s'appuyant sur le principe selon lequel ce sont les inégalités sociales de santé, le fait d'accumuler des facteurs de risque (précarité, faibles revenus, etc.), qui sont au cœur des obstacles à l'accès aux soins et en adoptant une

définition large de la santé, perçue comme autre chose que la simple absence de maladie. L'action de la Case de Santé s'inscrit dans une démarche fondée sur la prévention.

Pour cela, l'équipe – constituée de deux médecins généralistes, une infirmière, une éducatrice spécialisée, deux promoteurs de santé et une nutritionniste-conseil – met en œuvre des interventions globales où sont imbriquées les dimensions sanitaire et sociale et joue un rôle de « passeurs en santé », c'est-à-dire qu'elle accueille les personnes, établit un premier bilan psycho-social et médical, puis les oriente le cas échéant vers les structures médico-sociales, un spécialiste ou un établissement de santé.

Le CESR a été particulièrement intéressé par les fonctions assurées par les « **promoteurs de santé** », les membres de l'équipe, qui assurent l'accueil des personnes, « décortiquent » la demande émise pour repérer les facteurs déclencheurs qui sont souvent sociaux, prennent le temps d'informer, de sécuriser les personnes, de lever les barrières sociales et culturelles qui peuvent exister.

➤ Les CHRS visent l'insertion par une approche globale des populations en grande précarité

Les Centres d'hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) s'inscrivent également dans une approche globale des personnes qu'ils accueillent, auxquelles ils proposent un accompagnement psychologique, social, professionnel, etc. Depuis une dizaine d'années, ces centres prennent en effet de plus en plus en compte les problématiques de santé des populations qu'ils accueillent.

Aux problèmes généraux de l'alcool, du tabac, du manque d'hygiène et de la mauvaise alimentation se joignent des troubles psychologiques, l'apparition du SIDA et le retour de la tuberculose, l'augmentation des toxico-dépendances, le développement des traitements de substitution.

Une des caractéristiques particulières concerne l'aggravation et l'intrication de certaines de ces pathologies, en raison de la difficulté d'accéder aux soins ou du désinvestissement par rapport à la santé. Il convient de noter que les raccourcissements des prises en charge hospitalière et les difficultés d'obtention des couvertures sociales posent la question de la sanitarisation des CHRS.

Parmi les personnes accueillies, certaines présentent des problèmes de santé physiques et/ou psychiques. Pour une part d'entre elles, elles se trouvent dans des situations qui ne leur donnent accès à aucun droit spécifique. Certaines situations sont assez inextricables : c'est le cas d'une partie des demandeurs d'asile qui se voient refuser le statut de réfugié, de personnes âgées de 60 ou 65 ans qui ne peuvent aller dans les maisons de retraite.

Les personnes sont orientées vers les CHRS par les assistantes de service social de secteur, les dispositifs d'urgence (le 115), les mairies ou par des établissements plus spécifiques (hôpital psychiatrique, centre de détention, etc.), ou encore par le réseau des personnes en difficulté.

Pour les personnes accueillies au CHRS, la question de la santé est rarement prioritaire (alors même que certains présentent des problèmes de santé importants, problèmes dentaires par exemple) : le travail d'accompagnement consiste à les amener à prendre conscience du caractère primordial d'un bon état de santé pour favoriser leur réinsertion.

#### **4. LES OBSTACLES DE NATURE CULTURELLE**

L'importance des aspects culturels ne doit pas être minorée. En effet, la santé est une notion relative. Sa définition varie selon les époques et les contextes culturels.

La santé est vécue, mais aussi représentée socialement par l'individu qui adopte des attitudes déterminées et conditionnées par sa socialisation, son acculturation<sup>77</sup> ou encore son groupe d'appartenance.

Le niveau de revenu, les facteurs sociaux ne suffisent pas toujours à expliquer certains comportements, certaines difficultés. Ainsi, les conditions de vie, les habitudes culturelles, culturelles, qui peuvent influencer sur l'état de santé et le rapport à la santé, ne sont pas forcément liées au statut social.

La « distance culturelle » aux soins rejoint parfois les aspects développés dans le paragraphe sur la « distance sociale ».

Ici, il s'agit surtout d'évoquer les obstacles d'ordre spécifiquement culturel que rencontrent notamment les populations étrangères ou d'origine étrangère, mais aussi les femmes.

##### **4.1 La barrière linguistique**

Pour une part, les populations qui peuvent bénéficier des dispositifs spécifiques sont des personnes étrangères qui ne maîtrisent pas nécessairement bien la langue française. C'est alors souvent une difficulté pour elles de saisir ce qui leur est demandé et de se faire comprendre.

Une solution à cette difficulté serait de faire appel à des traducteurs, comme cela a été le cas un temps à l'association La Case de Santé, mais cela nécessite des moyens que les associations n'ont pas toujours.

##### **4.2 Des habitudes alimentaires spécifiques**

Certaines communautés étrangères ont des représentations par rapport à l'alimentation, par exemple le fait de manger beaucoup de graisses, qui ont des conséquences sur leur santé et sur leur façon de se soigner.

Depuis peu, avec les assistantes sociales de proximité, l'Assurance Maladie repère les catégories de populations en difficulté par rapport à cette question, et développe des actions d'information et de prévention ciblées.

Des associations également, notamment le CISS qui regroupe différentes associations de malades et de familles de malades, agissent dans ce domaine. Le CISS organise des formations en direction des représentants des usagers et publie des guides et brochures d'information.

##### **4.3 Les représentations sociales de la féminité ont une influence sur le rapport que le système de santé entretient vis-à-vis de la santé des femmes**

---

<sup>77</sup> « Processus par lequel un groupe humain assimile tout ou partie des valeurs culturelles d'un autre groupe humain », *Le Petit Robert, Dictionnaire de langue française*, éditions le Robert, Paris, 1999, p. 19.

L'état de santé et le rapport à la santé des femmes présentent certaines spécificités qui sont liées à la place que les femmes occupent dans la société actuelle, les représentations liées à la féminité et donc à des facteurs culturels.

Au niveau du constat tout d'abord, la santé des femmes présente un paradoxe puisque, statistiquement, elles vivent plus longtemps que les hommes, mais qu'elles tendent en parallèle à présenter une morbidité supérieure. Elles ont de plus tendance à consulter davantage de professionnels de santé, à plus souvent déclarer être dans un état de mal-être et à devenir plus rapidement dépendantes que les hommes par exemple.

L'intérêt pour la santé des femmes, les actions menées par les services de santé ont tendance à se focaliser sur les « capacités procréatrices » des femmes. En d'autres termes, les interventions politiques et sanitaires en direction des femmes visent à encourager la procréation, protéger la femme enceinte, encadrer la maternité puis le passage à la ménopause, etc.

L'orientation de ces actions est fondée sur des représentations sociales des femmes qui ont cours encore aujourd'hui et qui influencent le rapport que le système de soins entretient par rapport aux femmes.

Ainsi, cet « intérêt » pour le corps reproducteur induit plusieurs éléments :

- *Une forte médicalisation*

La tendance est à interpréter les questions sociales par une grille de lecture bio-médicale. Cette réalité a un aspect positif si on envisage les avancées par rapport à la contraception, à l'IVG, mais elle devient problématique quand elle justifie le fait que les femmes soient plus dépendantes d'un contrôle médical et considérées comme seules responsables des conditions de la procréation.

Aujourd'hui, pourtant, 1/3 des grossesses sont encore non prévues et pour 67% d'entre elles, il y a pourtant un moyen de contraception utilisé, ce qui montre que d'autres dimensions que celle purement « pratique » entrent en jeu.

Les grossesses non prévues peuvent s'expliquer par des difficultés existentielles des femmes (relation instable par exemple), la difficulté pour certaines à planifier une vie sexuelle, car cela suppose une norme par rapport à l'attitude contraceptive à laquelle il est nécessaire de se conformer.

Concernant l'IVG, les conditions d'accès continuent à être problématiques : le nombre d'IVG, s'il tend à augmenter ces dernières années chez les mineures, reste relativement stable en Midi-Pyrénées globalement mais il manque des structures d'accueil, les médecins ne sont pas suffisamment formés et il demeure une certaine stigmatisation des femmes qui procèdent à un avortement.

- *Une définition de la place des femmes dans l'organisation sociale*

Les femmes sont chargées, culturellement et socialement, du soin et du souci des autres (aide à la famille, soins aux personnes âgées, etc.)

En effet, bien que les femmes soient entrées massivement sur le marché du travail, elles continuent d'assurer l'essentiel du travail domestique et des charges familiales.

Cette « position sociale » est source d'inégalités professionnelles. Elle a des implications sur le plan de l'emploi des femmes qui travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes, dans des conditions souvent plus précaires.



Sur le plan de la santé, cette « place » des femmes induit la prévalence de certaines pathologies chez les « aidantes » familiales : fatigue, surmenage, mal de dos, troubles dépressifs, qui sont difficilement diagnostiqués car n'entraînant pas de risques pour la vie.

- *L'invisibilité des femmes dans les autres domaines de la santé et de la société*

Cette « sur visibilité » des femmes sur ces aspects (les dimensions de procréation et de soutien familial) a pour pendant leur invisibilité dans d'autres domaines.

La conséquence est une plus grande visibilité des femmes par rapport à des pathologies telles que les souffrances psychologiques, les troubles du sommeil, etc.

De plus, le traitement médical est différencié selon le genre et donc inégalitaire. Le regard médical n'est en effet pas exempt de présupposés liés au sexe du patient : l'anxiété, la nervosité sont ainsi plus facilement diagnostiquées chez les femmes.

Des recherches épidémiologiques concernant les maladies cardio-vasculaires montrent que les femmes sont autant touchées que les hommes. Pour l'INSERM, l'infarctus est la première cause de mortalité chez les femmes devant les maladies de l'appareil respiratoire et le cancer du sein.

Pourtant, une idée reçue stipule que l'infarctus concernerait plus les hommes que les femmes et, en conséquence, les femmes reçoivent en général moins d'attention que les hommes par rapport à ce type de risques.

La différenciation établie quant à la santé des femmes par rapport à celle des hommes est une construction, qui ne correspond en fait pas toujours à la réalité.

Une illustration de cette construction est repérable dans la manière dont est vu le rapport des femmes à l'alcool. Une spécificité de l'alcoolisme féminin a été construite par rapport à l'alcoolisme fœtale, ce qui empêche d'étudier les raisons d'un problème de santé publique plus large.

Le retard mis à s'intéresser aux femmes en-dehors de leur parcours procréateur se repère également par rapport au VIH auquel on s'est d'abord intéressé au travers du risque de transmission au fœtus.

Dans le cadre du Plan Cancer, une recherche menée par l'URCAM sur le thème « Femmes et santé » a mis en évidence des résultats concernant le suivi des femmes qui illustrent bien ces constats.

Ainsi, parmi les 49-74 ans, les femmes les plus âgées sont celles qui sont le moins suivies (en termes de dépistage de cancer du sein notamment), comme si le fait qu'elles aient achevé leur cycle procréateur rendait le suivi moins nécessaire.

Le suivi gynécologique est également corrélé au fait d'avoir ou non une activité professionnelle (les femmes inactives sont moins suivies) et au statut matrimonial (les femmes mariées sont plus suivies que les veuves, les divorcées ou les célibataires).

---

## **TROISIÈME PARTIE**

# **LES PRÉCONISATIONS DU CESR**

---

Tout au long de cette réflexion sur la question de l'accès à des soins de qualité pour tous, le CESR s'est attaché à placer l'homme au centre des préoccupations, à analyser les différents problèmes qui se posaient au regard des habitants de Midi-Pyrénées.

Cette approche a permis de percevoir la complexité des mécanismes à l'œuvre pour expliquer les difficultés que rencontrent certains pour accéder à des soins de qualité.

A travers la démonstration de l'importance de différentes dimensions, géographiques, économiques, sociales, culturelles pour comprendre ces problématiques, le CESR espère avoir contribué à démonter les raisonnements trop simples et à illustrer la nécessité d'appréhender ces questions dans leur globalité.

L'un des principaux résultats mis en évidence par l'analyse des différents obstacles à l'accès à des soins de qualité est l'importance du rôle joué par les facteurs économiques : au regard des différentes auditions, il apparaît bien que les conditions économiques et financières qui caractérisent la situation des personnes conditionnent leur manière d'accéder à des soins correspondant à leurs besoins. Ce sont principalement les inégalités sociales en termes de revenus et de statut social qui sont à l'origine des inégalités de santé et en termes d'accès aux soins.

C'est une réalité à prendre d'autant plus en compte dans une région où le taux de précarité est supérieur à la moyenne nationale.

Par ailleurs, et en dépit des pouvoirs de décision confiés au Directeur de la CNAMTS – au détriment des partenaires sociaux – sur l'application de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), voté par la représentation nationale et qui n'est d'ailleurs pas respecté depuis 1997, un transfert des prises en charge s'effectue de plus en plus sur le secteur mutualiste et sur l'individu (franchises médicales, forfaits hospitaliers, déremboursement de médicaments dits de confort, etc.)

Fort de ce constat, le CESR exprime son opposition au maintien de mesures telles que les franchises médicales, qui contribuent à accroître les difficultés pour les ménages qui rencontrent déjà des difficultés pour accéder aux soins. L'argument de la responsabilisation des patients, avancé pour justifier l'instauration de ce type de mesures ne lui semble pas opérant. S'ils sont parfois en cause, les habitudes et comportements des patients doivent être modifiés par d'autres voies (campagnes d'information notamment).

Pour le CESR, le domaine de la santé, de la même manière que ceux de l'éducation ou de l'emploi, constituent des droits fondamentaux et intangibles.

Dans un monde de plus en plus marchand, il estime que la santé doit se soustraire à cette logique, de manière à garantir à tous d'être bien soignés. Or, cette garantie est mise en péril par les inégalités sociales de santé qui ont été décrites dans ce rapport. C'est pourquoi le CESR émet des propositions sur cet aspect de la problématique.

L'autre conviction acquise par le CESR au cours des débats, qui ont abouti à l'élaboration de cet avis, est que la problématique du risque de désertification sanitaire de certains territoires doit être appréhendée de manière globale : les solutions à ces difficultés s'inscrivent nécessairement dans une politique plus générale d'aménagement du territoire. C'est parce que certains territoires voient la suppression d'activités économiques et de services publics ou manquent d'équipements

scolaires, culturels et de loisirs qu'ils rencontrent des difficultés pour attirer notamment des professionnels de santé. C'est pour cela que les Régions, à travers leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, sont légitimes à agir pour tenter de lutter contre la désertification médicale, même si elles ne maîtrisent pas tous les leviers pour favoriser l'attractivité des territoires.

Au moment de la rédaction de cet avis, le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) est en cours de discussion au Parlement. Il est donc trop tôt pour émettre un avis sur les mesures qu'il mettra en place, mais on peut se demander si les problèmes identifiés dans notre travail trouveront des solutions dans ce texte de loi.

Plus globalement, on peut s'interroger sur l'ampleur d'une accentuation des problèmes d'accès aux soins qui découlera de la crise économique que connaît le monde depuis le deuxième semestre 2008.

A l'issue de son travail, le CESR a volontairement limité le nombre de préconisations pour cibler celles qui lui paraissent prioritaires.

# PROPOSITION 1

## LEVER LES OBSTACLES ECONOMIQUES A L'ACCES AUX SOINS

### 1. Effacer les effets de seuils de la CMU en relevant les plafonds de ressources et favoriser l'accès à une couverture complémentaire

Les dispositifs mis en place pour favoriser l'accès à une couverture sociale de base et à une couverture complémentaire, s'ils ont permis de réelles améliorations pour les populations, ont aussi des limites. Etant sous conditions de ressources, ils créent en particulier ce que l'on appelle des effets de seuil qui sont eux-mêmes source d'injustices.

Le plafond de ressources fixé pour pouvoir bénéficier de la CMU est ainsi inférieur de 40% au seuil de pauvreté. Cela signifie que des ménages reconnus comme démunis puisque disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, ne peuvent pas pour autant prétendre à la CMU ou accéder à une complémentaire santé.

**Dans une région qui connaît un taux de précarité supérieur à la moyenne nationale, le CESR préconise d'aligner le plafond de ressources qui permet d'accéder à la CMU et à la CMU-C sur le seuil de pauvreté, et ce afin de favoriser l'accès aux soins à un plus grand nombre de citoyens et notamment à ceux appartenant à la catégories des travailleurs pauvres et aux personnes qui relèvent de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Le CESR est également favorable à un meilleur lissage des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé.**

### 2. Sanctionner la pratique du refus de soins aux bénéficiaires de la CMU

Alors que le système d'Assurance Maladie était d'abord destiné aux salariés et à leurs ayants droit, la définition des droits à la santé a fortement évolué avec la création de la CMU financée par l'Etat. Mais, si la CMU et la CMU-C sont censées garantir **l'accès de tous aux soins**, elles ne garantissent cependant pas **l'accès à tous les soins**.

Les enquêtes menées pour le fonds CMU en 2005, sur 215 médecins et dentistes du Val-de-Marne, montrent en effet que 40% des spécialistes refusent de soigner les allocataires de la CMU, alors même que cette pratique leur est interdite par le Code de Déontologie Médicale.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins a rappelé cette obligation déontologique et morale sur son bulletin n°5 de Mai-Juin 2009.

**Pour le CESR, le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la CMU par certains médecins constitue une discrimination inacceptable. Afin de faire respecter l'interdiction déontologique, il préconise que des contrôles soient effectués, au moyen de « testing » et que, le cas échéant, soient mises en œuvre des sanctions à l'encontre des médecins qui se rendraient coupables de refus de soins.**

### **3. Mieux contrôler et réglementer les dépassements d'honoraires en planifiant l'exercice en secteur 2 conventionnel à honoraires libres**

Dans certains territoires, pour certaines spécialités, la majorité des professionnels de santé exercent en secteur 2, ce qui pose problème en termes d'égalité d'accès aux soins pour tous.

Le CESR estime que l'égal accès suppose que, sur chaque territoire de santé et pour chaque spécialité, les patients puissent accéder à un professionnel de santé de leur choix aux tarifs correspondant au secteur 1.

**C'est pourquoi le CESR propose que, quel que soit le lieu d'exercice, les médecins exerçant en secteur 2 soient soumis à l'obligation de dispenser un quota significatif d'actes sur la base des tarifs d'honoraires du secteur 1 conventionnel, pour permettre un accès aux soins pour tous.**

### **4. Informer les malades des tarifs qui leur seront appliqués préalablement à l'examen**

Les patients manquent souvent d'information préalable concernant les dépassements d'honoraires.

En ce qui concerne le secteur libéral, l'information sur les tarifs doit obligatoirement être affichée dans la salle d'attente.

**Pour le CESR, l'obligation légale d'information doit être respectée et donc contrôlée.**

Concernant les établissements de santé publics, des dépassements d'honoraires sont également pratiqués par les professionnels de santé qui exercent une partie de leur activité en libéral.

**Pour le CESR, les dépassements d'honoraires dans ce cadre sont inacceptables, car les patients sont souvent contraints d'accepter de payer ces dépassements s'ils veulent pouvoir accéder à certains examens dans un délai raisonnable.**

**Le CESR a bien conscience que c'est un problème d'attractivité des carrières publiques qui a justifié la mise en place du secteur privé au sein des hôpitaux publics. Il estime qu'il serait nécessaire de revaloriser le traitement de ces professionnels de santé.**

### **5. Prendre des mesures en faveur des étudiants**

Il a été constaté dans cet avis que les étudiants ne se soignent pas ou se soignent mal et ce principalement pour des raisons financières.

**Le CESR préconise la mise en place d'un partenariat sous forme de conventions entre les caisses de sécurité sociale étudiantes, les mutuelles, les médecins et les pharmaciens afin d'établir la mise en place du tiers payant (consultations et médicaments) pour tous les étudiants de Midi-Pyrénées quel que soit leur département d'origine.**

**Le CESR souhaite que cette initiative soit pilotée par la Région la faisant rentrer ainsi dans le cadre de ses actions en faveur des étudiants.**

## PROPOSITION 2

### SIMPLIFIER L'ACCES AUX DROITS ET AMELIORER L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC

#### **1. Simplifier les démarches administratives pour l'accès aux soins et aux droits et favoriser le lien entre les consultations sociales et le milieu associatif**

Nous avons fait le constat d'une distance entre les droits théoriques à une couverture sociale et aux soins d'une part et la réalité d'autre part.

Pour une grande partie, ce sont des facteurs sociaux qui expliquent cette situation et en particulier la difficulté pour les personnes, vivant des situations difficiles, à appréhender le système complexe de l'accès aux droits, à fournir les justificatifs demandés, à être domicilié, etc.

**Pour le CESR, il est nécessaire de tendre vers une mutualisation des informations et des solutions entre les consultations sociales et le milieu associatif.**

**Le CESR considère que pour atteindre réellement l'objectif d'égalité d'accès aux droits et aux soins, il est indispensable de repenser la manière dont le système est conçu et présenté afin de le rendre compréhensible et donc accessible à tous, et en particulier aux personnes en difficulté.**

**Le CESR demande l'extension et le développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) aux urgences hospitalières.**

#### **2. Améliorer l'information en développant notamment des outils de communication destinés au grand public**

Les usagers méconnaissent souvent leurs droits et les différentes aides existantes en faveur de l'accès aux soins.

**Le CESR estime que le Conseil Régional pourrait s'inscrire dans un partenariat avec les CPAM, la CRAM, la Mutualité Française, etc. qui viserait à l'édition d'un support contenant les procédures, les coordonnées des permanences de soins, « Infosoins », les lieux de prévention, etc.**

**La diffusion de cet outil d'information pourrait se faire via les professionnels de santé, les services de santé au travail, les collectivités locales.**

## PROPOSITION 3

# DEVELOPPER LA PREVENTION ET L'EDUCATION A LA SANTE

### 1. Coordonner un plan régional de prévention

En matière de prévention, les différents acteurs intervenant ont pris conscience de l'importance de mener des campagnes d'information et de dépistage et mettent effectivement en œuvre des actions dans ce sens.

**Le CESR considère qu'il serait pertinent que la Région ainsi que d'autres acteurs (Mutualité, Assurance Maladie, URML, etc.) soient associés à l'élaboration d'un plan régional de prévention qui recenserait l'ensemble des interventions menées auprès des différents types de publics (jeunes scolarisés, monde du travail, etc.).**

### 2. Développer l'éducation à la santé notamment en direction des jeunes, dès le plus jeune âge et tout au long du cursus scolaire

Des actions de prévention doivent être conduites à tous âges de la vie, notamment à l'âge scolaire, à l'entrée en apprentissage ou en faculté, mais aussi en direction des seniors.

Des actions en faveur de l'éducation à la santé des élèves sont prévues par différents textes : il existe en particulier, dans chaque académie, un « Projet académique de santé des élèves » (défini dans deux circulaires, du 12 janvier 2001 et du 25 avril 2002 relatives à la politique de santé des élèves). Il est notamment prévu que trois séances d'information et d'éducation à la sexualité soient organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Pour le CESR, ces mesures sont insuffisantes. Il serait nécessaire de mettre en place de véritables cours d'éducation à la santé beaucoup plus fréquents et qui aborderaient davantage de thématiques.

Ces actions de prévention pourraient être conduites en harmonie avec les services de communication et d'information de l'Assurance Maladie, sur des thèmes précis, tels qu'ils sont définis annuellement par la Conférence Régionale de Santé.

**L'éducation à la santé doit être intégrée dans les programmes scolaires.**

**Le CESR propose que, dans le cadre d'une expérience pilote à mettre en place en Midi-Pyrénées, des médecins généralistes et des infirmières volontaires puissent participer à l'éducation à la santé dès l'enseignement élémentaire par le biais de la médecine scolaire, de clubs ou d'associations en relation directe avec le milieu enseignant.**



### **3. Promouvoir et renforcer la médecine scolaire**

Le CESR s'inquiète du manque de moyens alloués à la médecine scolaire dont il considère qu'elle doit jouer un rôle pivot en matière de prévention et d'éducation à la santé. Il estime que ce rôle doit être mieux reconnu, en particulier par la pluridisciplinarité (psychologue, infirmière, assistante de service social, etc.).

### **4. Orienter davantage les pratiques médicales vers la prévention**

Le système de santé français est fondé essentiellement sur une médecine curative. Même si, en théorie, les professionnels de santé doivent assurer des missions de prévention, dans les faits, ce n'est pas toujours suffisamment appliqué. Pour le CESR, les pratiques médicales doivent donner une place plus importante à la prévention.

## PROPOSITION 4

### FAVORISER LA PRESENCE DE PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Les réflexions portant sur les politiques à mettre en œuvre pour favoriser l'installation de médecins dans les zones rurales doivent s'inscrire dans un cadre global. En effet, c'est dans une politique d'aménagement du territoire que ce type de politiques trouve place : quel que soit le niveau de territoire retenu, il doit exister un tissu socio-économique, qu'une politique d'aménagement du territoire doit favoriser, afin que les professionnels de santé susceptibles de s'installer puissent bénéficier de services et d'équipements, notamment culturels. Et ce, au regard de l'évolution des aspirations des jeunes professionnels, mais plus globalement de l'évolution de la société.

L'objectif est de favoriser, sur une maille de territoire où l'accès aux soins s'effectue dans un délai acceptable, un niveau de services et d'équipements de santé performant.

L'encouragement à la mise en place de réseaux de santé, l'organisation de la permanence des soins à l'échelle d'un territoire permettrait de sécuriser les professionnels de santé et ainsi de les inciter à s'installer.

Dans la mesure où à travers ses compétences en matière d'aménagement du territoire, le Conseil Régional peut s'intéresser aux questions de l'accès aux soins pour tous, le CESR estime qu'il doit être partie prenante de la gouvernance des ARS qui vont être créées : afin de mener une action construite et cohérente et de porter sa parole dans les instances décisionnaires.

#### **1. Augmenter le nombre de professionnels de santé en libérant le numerus clausus ou les quotas quand ils existent**

Le taux de médecins par habitant est satisfaisant en Midi-Pyrénées ; il cache cependant une réalité plus nuancée : les médecins sont inégalement répartis sur le territoire, ils s'installent majoritairement en ville, de plus en plus souvent à temps partiel et sous statut salarié d'organismes divers relevant de la santé. Cette inégale répartition, associée à une baisse de nombre de médecins dans les prochaines années, risque d'aggraver les difficultés.

**Augmenter le nombre d'étudiants en médecine pourrait contribuer à développer l'offre de soins et en conséquence à mieux couvrir les besoins géographiques et hospitaliers de l'accès aux soins, de conserve avec des mesures de régulation de l'installation.**

**Cela est vrai également pour les autres professions paramédicales telles que celles d'infirmiers. Il est souhaitable que le Conseil Régional témoigne des besoins en personnels infirmiers dans les établissements de santé de la région (notamment les services de Soins de Suite et de Réadaptation) et appuie les demandes d'augmentation des quotas dans les instituts de formation.**

**Dans le même ordre d'idée, il serait important de promouvoir des professions comme celle des aides-soignants dont les établissements manquent. Le Conseil Régional Midi-Pyrénées a fait des efforts particuliers en faveur de cette profession ; il s'agirait, en complément, de mener des campagnes d'information pour faire connaître et valoriser ces métiers.**

## **2. Favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire en développant davantage les mesures incitatives et désincitatives**

L'état des lieux a montré que Midi-Pyrénées comptait un nombre de médecins, en proportion, plus important que la moyenne nationale mais que leur répartition était telle que l'on constatait de grandes disparités entre les territoires.

La liberté d'installation des médecins apparaît comme un des critères d'une inégalité de répartition des praticiens sur le territoire régional.

**Ce constat plaide en faveur d'une régulation de l'installation des professionnels de santé sur le territoire.**

**Des lieux d'installation prioritaire pourraient être définis sur la région par une commission préfectorale constituée de fonctionnaires de l'Etat (ARH, DRASS, etc.), de représentants de la Région et des autres collectivités territoriales, des représentants des professionnels de santé et des organismes représentant l'Assurance Maladie.**

**Des mesures incitatives d'accompagnement pour l'installation dans les secteurs régionaux désertifiés ou à risque de désertification doivent être clairement établies : conditions d'hébergement, revalorisation des actes, facilitation d'accès à des plateaux techniques de proximité par exemple.**

**A contrario, dans les zones surmédicalisées, des mesures désincitatives doivent être mises en place.**

**L'objectif serait, qu'à l'instar de l'accord intervenu pour réguler l'installation des infirmiers libéraux, un débat soit mené et que les médecins parviennent, par voie conventionnelle, à un accord qui permette de mettre en place des mesures pour réguler leur installation.**

## **3. Créer des postes de chefs de cliniques dans les hôpitaux périphériques**

Il existe actuellement une formule intéressante, soutenue par l'ARH, pour favoriser le recrutement de professionnels de santé spécialistes dans les établissements de santé périphériques. Il s'agit d'une sorte de post-internat pour les médecins en attente d'installation : les « assistants spécialistes partagés ». Le principe est qu'ils partagent leur temps entre le CHU et un autre établissement.

L'ARH finance le poste lorsque deux établissements s'accordent pour « partager » un interne confirmé. Il y a en permanence 15 assistants de ce type, des pédiatres, des gynécologues obstétriciens, des gériatres, etc. Cette démarche est intéressante dans la mesure où elle permet à ces professionnels de santé de se familiariser avec le travail dans un établissement périphérique : il peut s'agir d'une sorte de formule de pré-recrutement.

**En s'inspirant de ce principe, le CESR préconise de créer davantage de postes de cliniciens de médecine générale dans les établissements de santé périphériques, ce qui permettrait de**

**labelliser ces établissements et ainsi, de favoriser l'installation de médecins dans ces zones et d'améliorer la qualité des soins dispensés.**

**Dans le cursus des études médicales, il est prévu que les internes effectuent un stage dans un établissement de santé périphérique. Or, dans les faits, cette obligation n'est pas toujours respectée.**

**Il est nécessaire de veiller à l'application effective de cette obligation.**

#### **4. Fournir un logement aux étudiants en médecine qui effectuent un stage en zone rurale**

Les internes en médecine effectuent obligatoirement un stage dans un cabinet libéral situé en zone périphérique. Il s'agit d'un bon moyen pour mieux faire connaître la nature de l'exercice médical libéral en milieu rural aux étudiants en médecine.

Toutefois, il serait nécessaire que cette familiarisation intervienne plus en amont dans le cursus de formation des futurs médecins. Il faudrait favoriser les stages en milieu rural dès le deuxième cycle. Or, ces étudiants effectuent le plus souvent des stages à proximité de l'Université, c'est-à-dire à Toulouse. A ce moment de la formation, ce sont le plus souvent des raisons d'ordre pratique qui expliquent ces choix : la façon dont sont organisées les études (cours le matin, stage l'après-midi), le fait que les étudiants ont peu de moyens de locomotion et la difficulté à trouver à se loger sur le lieu de stage. Concernant le problème du logement, c'est en effet problématique pour des étudiants dont les revenus sont limités de devoir payer un loyer sur leur lieu de stage tout en continuant à payer celui d'un appartement à Toulouse.

Le Conseil Régional Midi-Pyrénées a mis en place des solutions pour résoudre ces difficultés : il verse des indemnités aux étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale qui effectuent un stage de six mois dans un cabinet ou une maison de santé pluridisciplinaire dans une zone sous-médicalisée, pour leurs frais de transport et de logement.

Pour le CESR, si cette mesure est pertinente, elle doit être complétée par d'autres : il estime que **les collectivités territoriales concernées par ces problématiques devraient offrir des possibilités de logement aux stagiaires.**

Certaines communes ont pris conscience de la réalité de ces difficultés et commencent à proposer des solutions de logement au sein ou à proximité des cabinets médicaux, maisons de santé pluridisciplinaires par exemple. Ces mesures doivent être développées.

#### **5. Développer les maisons de santé pluridisciplinaires**

Les nouvelles générations de médecins plébiscitent le travail en cabinet de groupe.

Les maisons de santé pluridisciplinaires, parce qu'elles sécurisent les professionnels de santé et permettent de rompre l'isolement professionnel, répondent à ces aspirations. En outre, elles constituent une réponse particulièrement pertinente aux problématiques rencontrées dans les zones rurales et les zones urbaines sensibles.

**Le CESR salue le fait que le Conseil Régional encourage la création de maisons de santé pluridisciplinaires (il a contribué au financement de 11 structures de ce type) et souhaite voir aboutir de nombreux projets en ce sens au cours des prochaines années.**

Cela doit se faire en partenariat avec l'Assurance Maladie et les autres collectivités territoriales.

**Le CESR est par ailleurs favorable à la création, à titre expérimental, d'une maison de santé pluridisciplinaire à statut universitaire à Toulouse. Cela permettrait de sensibiliser les internes à la pratique libérale en groupe.**

## **6. Développer les maisons médicales de garde en zone urbaine**

Dans les zones urbaines, l'enjeu porte plutôt sur l'accès aux soins aux heures de fermeture des cabinets et donc sur la question de la permanence des soins.

**Les maisons médicales de garde constituent une réponse adéquate à ces enjeux.**

**Pour le CESR, il est important que celles-ci s'articulent avec les établissements publics et privés présents sur le territoire.**

**Il pourrait être pertinent que ces maisons médicales de garde s'adosent aux services d'urgence. En complément de mesures d'information sur l'existence des maisons médicales de garde et de mesures de sensibilisation des publics, cela permettrait d'assurer un premier niveau d'accueil et d'orientation des patients.**

**Dans la mesure où l'on sait que ce sont des raisons économiques qui poussent de nombreuses personnes à s'adresser en premier recours aux services d'urgences, le CESR préconise d'instaurer le tiers-payant dans les maisons médicales de garde.**

## PROPOSITION 5

### SOUTENIR LES ASSOCIATIONS QUI INTERVIENNENT AUPRES DES PERSONNES EN GRANDE PRECARITE

Les différentes auditions effectuées au cours de l'élaboration de ce dossier ont mis en évidence la complexité des situations vécues par les personnes en grande précarité.

Plus encore que le reste de la population, ces personnes nécessitent **une prise en charge globale** des différents problèmes qui, cumulés, les placent en situation d'exclusion sociale. Les problèmes que ces personnes rencontrent ne se limitent en effet pas à des problèmes de santé et à des difficultés d'accès aux soins mais concernent bien tous les domaines de l'insertion (logement, emploi, etc.).

Il est bien évident que le fait de disposer ou non d'un logement et de conditions décentes de logement influence l'état de santé des personnes. C'est pourquoi l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes en grande précarité passe aussi par des réponses apportées sur d'autres plans tels que l'hébergement ou le logement.

Il serait ainsi nécessaire de **créer des structures d'hébergement pérennes ouvertes 24h/24, qui permettraient aux grands précaires malades de bénéficier de conditions favorables à une guérison**, sans que celles-ci ne se substituent aux structures d'hébergement hospitalières (UHCD, SSR).

**Pour le CESR, l'Etat et les collectivités territoriales concernées doivent soutenir et aider les associations reconnues qui agissent en faveur de l'accès aux soins des plus démunis et leur permettre notamment d'assurer un suivi des pathologies liées à la précarité.**

## PROPOSITION 6

# FAVORISER L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS, DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

### **1. Amplifier la lutte contre les infections nosocomiales en généralisant l'évaluation des pratiques professionnelles et en faisant appliquer l'obligation de formation continue des médecins**

Il se produit chaque année en France entre 350 000 et 460 000 évènements indésirables graves liés aux soins durant l'hospitalisation<sup>78</sup>.

**Pour le CESR, il est fondamental de faire progresser dans les établissements une culture de sécurité et de qualité des soins qui s'ancre dans les pratiques professionnelles des médecins et autres personnels de santé.**

**Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de généraliser l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en référence à des recommandations de bonnes pratiques, diffusées par l'HAS.**

**La qualité et la sécurité des soins passent également par l'octroi de moyens humains soignants.**

**Les démarches de certification des établissements de santé, d'accréditation des médecins qui exercent une spécialité à risque, parce qu'elles s'inscrivent également dans cette logique, doivent également être encouragées.**

### **2. Améliorer l'accueil des patients**

Les personnels de santé participent aussi à la qualité des conditions de l'accès aux soins. Leur mission ne consiste pas seulement à dispenser des actes médicaux, mais à mettre en œuvre une politique de soins dans l'intérêt du patient.

**Pour le CESR, il est important que tout soit mis en œuvre pour que les principes affirmés dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers deviennent réalité.**

**Pour qu'une prise en charge soit de qualité, il est nécessaire que les personnes soient prises en compte dans leur globalité et que ne soient pas niées leurs situations sociale, économique, psychologique, etc. Cela est vrai pour l'ensemble des patients, mais plus encore pour ceux qui sont particulièrement vulnérables, tels que les personnes âgées.**

**Il s'agit bien pour les professionnels de santé de se comporter avec les patients de manière à respecter leur dignité.**

<sup>78</sup> Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), mai 2005.

**Améliorer la qualité des formations et augmenter le nombre de professionnels de santé, notamment dans les EHPAD où beaucoup d'interventions sont assurées par des faisant-fonction, constituent des moyens de limiter ces problèmes.**

### **3. Améliorer la coordination intra-hospitalière entre la médecine de ville et les établissements de santé**

**Cet objectif d'amélioration de la coordination entre la médecine de ville et les établissements de santé est un point fondamental d'amélioration de la sécurité et de la continuité des soins, donc de leur qualité.**

A l'échelle de chaque territoire, cette visée doit s'inscrire dans une démarche plus globale de concertation et de coordination des différents acteurs.

**A cet égard, le CESR considère que les Projets Territoriaux de santé, prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique constituent un outil très pertinent qui doit se développer.**

Le Pays de Figeac du Ségala au Lot Célé s'est engagé dans la démarche d'élaboration d'un tel projet et les résultats, en termes d'amélioration de la coordination entre différents acteurs, et notamment entre la médecine de ville et les établissements de santé, sont encourageants.

Le Projet Territorial de Santé est une démarche de réflexion collective (entre les élus, la population, les professionnels de santé, etc.) portant sur l'ensemble des questions de santé et d'organisation des soins à l'échelle d'un territoire. Il a pour objectif de construire une offre cohérente de services de santé, en impliquant la population, à partir de priorités et d'axes stratégiques d'action établis en concertation avec les acteurs de la santé. Il s'agit de travailler aussi bien sur l'offre de soins que sur les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé.

Dans la mesure où il est élaboré collectivement et donc partagé par les professionnels de santé, les élus et les habitants, ce document permet de passer d'une logique sectorielle à une logique de territoire.



## PROPOSITION 7

# FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES METIERS EMERGENTS

### 1. Favoriser l'émergence de nouveaux métiers tels que celui de « conseillers de santé »

Les « promoteurs de santé » qui, au sein de l'association La Case de Santé à Toulouse, ont pour rôle d'accueillir les personnes, de comprendre leurs demandes et de les orienter en fonction de la nature de cette demande, ont inspiré cette préconisation.

**De formation de santé sans être médecin, le « promoteur de santé » ou plutôt « conseiller de santé » aurait pour rôle d'écouter, aiguiller et faciliter les démarches des personnes en demande de soins. Le conseiller de santé doit connaître les dispositifs d'aides, les réseaux locaux de santé, et savoir s'adapter aux spécificités culturelles des différents publics. Ces professionnels ont notamment vocation à exercer dans les maisons de santé pluridisciplinaires, sans pratiquer des soins.**

**Pour assurer ces missions, ils doivent recevoir une formation spécifique comportant des aspects sociaux et psychiatriques ou psychologiques.**

**Son financement pourrait être assuré par les collectivités territoriales et la CRAM.**

### 2. Développer et encadrer les transferts de tâches

La délégation de tâches peut notamment constituer une piste de solution au problème de démographie médicale qui se pose sur certains territoires sous-dotés et qui pourrait s'aggraver avec le départ en retraite d'une proportion importante de médecins dans les prochaines années.

- Dans ce contexte, le transfert **de tâches et/ou la délégation d'actes** des médecins vers les infirmiers, des infirmiers vers les aides-soignants, etc. est une solution envisageable à moyen terme.
- Cette solution ne peut toutefois se concevoir que dans le cadre de formations qualifiantes adaptées.

Cette solution permettrait notamment de contribuer à réduire les listes d'attente chez certains spécialistes. On sait en effet que les délais d'attente très longs pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste sont liés au fait que les cabinets sont saturés par des demandes d'un simple examen de la vue. Un opticien ou un orthoptiste pourrait tout à fait pratiquer ces actes simples et ainsi désengorger les cabinets d'ophtalmologie.

L'augmentation du nombre de patients vivant avec une maladie chronique (puisque, comme on l'a vu dans la première partie, des maladies autrefois aiguës deviennent chroniques aujourd'hui) plaide également en faveur de l'adoption d'une telle solution. L'augmentation du nombre de ces

patients modifie en effet la nature des besoins de la population en termes de soins : les patients atteints d'une affection chronique réclament un suivi régulier, ce qui nécessite des moyens humains, des professionnels de santé en nombre important.

- C'est en cela que la question de l'accès aux soins des malades chroniques rejoint la question des délégations d'actes, mais aussi de la création de nouveaux métiers : entre les paramédicaux et les médecins, il y a en effet la place pour des professions « intermédiaires », bac + 3 à bac + 7 ou 8, qui pourraient être intégrées dans le LMD.
- Ces délégations d'actes et ces nouveaux métiers pourraient se dessiner à travers **deux aspects** :

- Une option très technique, très spécialisée tout d'abord : cela consisterait par exemple, à permettre à une sage-femme ou à une infirmière de réaliser une échographie, sachant que c'est toujours le médecin qui en assure l'interprétation.

- Il s'agirait ensuite d'évoluer vers une prise en charge plus large qui laisserait une part beaucoup plus importante à la décision médicale : on ne parlerait alors plus d'actes mais de missions. Cet aspect pourrait répondre aux nouvelles demandes de soins (soins palliatifs, prise en charge de malades d'Alzheimer, soins de suite compliqués, etc.) et d'actes qui ne sont plus pris en charge par les familles.

**Afin de pouvoir développer de véritables délégations de tâches et dans le cadre de l'émergence de nouveaux métiers de la santé, et alors que le rapport BERLAND<sup>79</sup> d'octobre 2003 qui préconisait des avancées dans ce domaine n'a toujours pas été suivis d'effets, le CESR préconise que le Conseil Régional soit précurseur dans la mise en place de formations qualifiantes adaptées à ces nouveaux métiers.**

---

<sup>79</sup> « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon BERLAND, octobre 2003.

# EXPLICATIONS DE VOTE

Présentées par :

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Monsieur <b>Christian GASTON</b> | Représentant le groupe CGT-FO   |
| Monsieur <b>Didier LASCOUMES</b> | Représentant le groupe CFDT   |
| Monsieur <b>Jacques MAREK</b>    | Représentant le groupe CGT  |
| Monsieur <b>Georges BENAYOUN</b> | Représentant le 1 <sup>er</sup> collège « Entreprises et activités professionnelles non salariées » |
| Monsieur <b>Jean-Paul PANIS</b>  | Représentant le 3 <sup>ème</sup> collège « Vie collective »   |

## **Intervention de Christian GASTON, représentant le groupe CGT-FO**

« Monsieur le Président du CESR  
Madame la représentante du Directeur de l'ARH Midi-Pyrénées,  
Mesdames et Messieurs les Conseillers,  
Mesdames et Messieurs

### **Au coeur de la crise économique**

Le projet d'avis qui nous est présenté revêt aujourd'hui encore plus d'intérêt, car LA CRISE va davantage affaiblir financièrement la population et développer la pauvreté dans notre pays et notre région Midi-Pyrénées.

Avant d'entrer dans le fond de l'avis, **le groupe FORCE OUVRIERE rappelle que la santé n'est pas une marchandise.**

Financière, économique, sociale, climatique, politique, la crise du système capitaliste, due à la recherche effrénée de profits, n'épargne pas la santé. L'organisation mondiale du commerce (l'OMC), ne considère-t-elle pas la santé et l'Assurance Maladie comme le marché le plus juteux dans le monde ? 3 000 milliards d'euros par an.

Voilà pourquoi les libéraux veulent sortir la santé de l'Assurance Maladie où elle est actuellement traitée, pour la faire entrer dans celui du commerce.

### **Non, la santé n'est pas à vendre !**

Plusieurs actions conditionnent cette marchandisation : **ELARGIR LE MARCHE :**

En affaiblissant le service public de santé par la fermeture d'hôpitaux, de maternités, de services d'urgence pour laisser la place au secteur privé.

En instaurant les forfaits, les franchises et les dépassements d'honoraires non remboursables, afin de laisser le champ libre aux assurances privées multinationales.

**CONVAINCRE** à grand renfort médiatique qu'en matière de soins, les établissements publics sont mauvais et que la collectivité ne peut plus assurer les coûts de fonctionnement.

**DIABOLISER LE DEFICIT :** les dépenses de la protection sociale ne représentent que 9% du PIB en France.

### **Non, la santé n'est pas à vendre !**

La commission des comptes de la Sécurité Sociale a confirmé un déficit du régime général au-delà de 20 milliards d'euros, dû en grande partie à la chute des recettes. **FORCE OUVRIERE** tient à rappeler le rôle d'amortisseur que joue actuellement notre système de protection sociale, face à une crise du système économique et financier sans précédent.

**FORCE OUVRIERE** constate que si les exonérations de cotisations diminuent, cela est uniquement imputable au fort recul de la masse salariale. Il n'est plus supportable que plus de 30 milliards d'euros d'exonérations de cotisations soient à nouveau attribués en 2009, sans aucune conditionnalité pour les employeurs.

L'état des lieux du système de santé fait bien référence à la création en 1945 de la Sécurité Sociale et c'est bien dans cet esprit que la logique d'assistance et de solidarité entre les individus pour lutter contre la pauvreté, vient compléter la logique d'assurance.

Tout en faisant référence au rôle de la mutualité dans cet avis et en le valorisant, FORCE OUVRIERE émet quelques inquiétudes.

Tout récemment, la mutualité française a revendiqué, la gestion des affections de longue durée qui sont toujours prises en charge à 100 % par la sécurité sociale.

FORCE OUVRIERE s'inquiète des déclarations du Président de la République, quant à l'impossibilité du régime de base de financer tous les besoins, ce qui semble cautionner l'ouverture du marché des ALD (longues maladies) à la sphère privée. (Nouveau coup dur pour les plus démunis !)

Le CESR, dans sa proposition 1, fait référence au refus de soins, opposé aux bénéficiaires de la CMU par certains médecins, ce qui constitue une discrimination inacceptable.

Pour FORCE OUVRIERE, les contrôles effectués au moyen de « testing », peuvent être un moyen de contrôle. Mais concernant les sanctions, nous proposons d'aller jusqu'au déconventionnement pour ceux qui pratiquent cette discrimination.

Si, nous partageons le rôle demandé au Conseil Régional dans cet avis, rôle essentiel dans la formation, nous ne pensons pas qu'il soit en mesure de pallier au désengagement de l'Etat en matière de santé.

Pour conclure, le groupe FORCE OUVRIERE note que dans cet avis beaucoup d'idées sont mises en avant. Le nombre important d'auditions de qualité nous a permis de voir les difficultés des uns et des autres et de constater que nous sommes bien dans un domaine de spécialistes.

- L'engagement des associations est remarquable. Cependant, FO préfère de véritables emplois encadrés par un statut.

Alors, revendiquons plus d'effectifs, davantage de qualifications reconnues, sans passer forcément par des délégations de tâches. Nous voulons de véritables emplois dans un cadre bien défini et valorisant les différents métiers. Il n'est pas forcément nécessaire comme formulé dans la proposition 7, de développer le transfert de tâches. Il existe déjà un référentiel d'emplois. Appliquons-le simplement !

Nous ne sommes pas opposés à réfléchir à de nouveaux métiers. Pour autant, cette réflexion ne peut se faire que dans le cadre d'une cohérence nationale.

Alors, sans moyens financiers, sans personnel pour assurer leur mission, sans proximité et encore moins avec le projet de la Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » qui s'inscrit pleinement dans la logique de la RGPP (révision générale de politique publique) visant à réduire les dépenses publiques et sociales par l'externalisation ou injection de modes de gestions privées dans les structures publiques, l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire de Midi-Pyrénées ne sera pas de qualité ni accessible financièrement à toutes les classes de la population.

**Le groupe FORCE OUVRIERE s'abstiendra. »**

## **Intervention de Didier LASCOUMES, représentant le groupe CFDT**

« Monsieur le Président du CESR  
Mesdames et Messieurs, chers collègues,

- . Dans notre société, la protection de la santé est un droit :

Encore faut-il que tous nos concitoyens puissent en bénéficier équitablement. La réponse à cette question constitue le travail présenté ce matin par la commission 4 de notre assemblée.

En préalable, nous avons tous la représentation que notre système de santé est un des meilleurs au monde : mais est-ce vraiment toujours le cas ?

Dans son précédent avis de 2004 sur l'offre de soins, le CESR s'inquiétait déjà de la tarification à l'activité. Il avait raison de s'inquiéter.

Cette mesure, aujourd'hui opérationnelle, est, pour nous CFDT, une des raisons de l'accroissement de l'inégalité de l'accès aux soins de qualité pour tous. Pourquoi ?

Parce que les établissements de santé ont, maintenant, la préoccupation de faire le plus d'actes possible. Cela se fait au détriment des comptes de la Sécurité Sociale, et au détriment des patients qui souhaitent avant tout être soignés et non avoir des actes.

Ne serait-t'il pas plus judicieux de faire, au contraire, moins d'actes, afin de mener une politique de soins basée sur la prise en compte des causes de la maladie et non de ses effets ?

La santé n'est pas un commerce ; pourtant, nous assistons à la mise en place d'une pensée marchande autour du malade :

- . Développement des franchises
- . Développements des forfaits
- . Développement des remboursements

Dans ce contexte, la CFDT revendique :

- . un fort taux de remboursement par le régime de base, les mutuelles ne pouvant intervenir qu'en complément,
- . la réduction des honoraires libres, notamment dans les établissements publics,
- . un fort développement de la prévention, qui constitue, en fait, le levier le plus significatif pour un accès aux soins de qualité pour tous.

**Le projet d'avis qui est débattu ce matin compte des recommandations pour le Conseil Régional (faire plus d'information sur les droits, coordonner les actions régionales de prévention, favoriser matériellement l'installation de professionnels de santé en zone rurale) et bien sûr pour les pouvoirs publics en charge de la santé.**

Ces propositions peuvent améliorer l'accès aux soins : à titre d'exemple, les maisons de santé nous paraissent être une très bonne initiative, et nous encourageons vivement le Conseil Régional à aider leur développement. Il reste encore beaucoup à faire, notamment pour la permanence des soins.

**Mais la CFDT partage les propositions aujourd'hui présentées, et votera ce projet d'avis. »**

## **Intervention de Jacques MAREK, représentant le groupe CGT**

« Monsieur le Président du CESR,  
Madame la représentante de Monsieur le Directeur de l'ARH,  
Mesdames, Messieurs les conseillers, chers collègues  
Mesdames, Messieurs

Les organisations syndicales unanimes sont à l'origine de ce projet d'avis, cela n'est pas fréquent et mérite d'être souligné. La CGT apprécie donc l'aboutissement de ce travail et sa présentation aujourd'hui.

L'aggravation des différences sociales en matière de morbidité et de mortalité, (telle l'espérance de vie d'un ouvrier, inférieure de 7 ans à celle d'un cadre), le creusement des inégalités sociales, leur renforcement au cours de la vie et leur inscription dans les territoires, constituent un défi majeur de santé publique et imposaient ce projet, vaste et complexe.

Si l'accès aux soins interpelle de pair les systèmes de protection sociale et de santé, il interroge aussi sur la nature des soins, (préventifs, curatifs ou palliatifs) sur les lieux et les conditions de dispensation, sur la démographie des professionnels de santé et leur répartition territoriale et sur l'accessibilité économique et sociale. Il y avait donc un paradoxe à produire un tel avis car la protection sociale et l'organisation du système de santé ne relèvent pas des compétences de la Région mais de l'Etat.

Il est heureux que le projet d'avis s'ouvre sur la déclaration universelle des droits de l'Homme et que soit repris plus loin, le préambule de la constitution de la République Française qui affirme : « **La nation...garantit à tous...la protection de la santé** ».

J'y ajoute cet extrait du code de santé publique (L.1110-3) « **aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.** »

**Hélas ! La réalité est tout autre....**

**L'affirmation que les inégalités sociales font les inégalités de santé est le premier acquis de ce projet d'avis.** Il ne répond pas, pour autant, à ce que Jonathan Mann qualifie de socio-parésie de la santé, c'est-à-dire « cette réticence et cette inaptitude à travailler directement sur les raisons sociales des problèmes de santé ».

**Les inégalités sociales et de santé amplifient les obstacles à l'accès aux soins** - ce sont les termes contenu dans le document - La CGT partage l'analyse faite des difficultés que rencontre l'utilisateur du système de santé, par ailleurs de moins en moins usager mais de plus en plus client..., **s'il le peut !**

Elles ne sont pas seules, mais les difficultés financières d'accès aux mutuelles, la multiplication des franchises et forfaits, et les dépassements d'honoraires, sont des freins majeurs pour les plus démunis, les personnes handicapées, les retraités et de nombreux salariés. **Ainsi près de 40% des Français** ont déjà renoncé à des soins en raison de leur coût. (Enquête IPSOS 2008).

La «responsabilisation» des malades par l'argent, pour reprendre l'argumentation avancée, a peu d'effets sur les catégories les plus favorisées. Par contre, elle dissuade les moins fortunés, malgré la

CMU, mais aussi nombre de familles aux revenus intermédiaires, de recourir précocement aux soins et de s'engager dans des démarches de prévention. Elle modifie également leur mode d'accès à la médecine et aux soins par le recours privilégié aux urgences hospitalières.

**Le projet d'avis reprend tout cela, nous en sommes satisfaits.**

**Mais, il est trop silencieux sur l'hôpital**, pivot de notre système de santé, complaisant quand il s'agit d'évoquer la tarification à l'activité (T2A), et reste sur la réserve quant à la loi HPST.

**Pour la CGT, la loi dite Bachelot**, est débattue au moment même où la loi de santé publique de 2004 aurait dû être évaluée. Sans évaluation, c'est encore une fois l'idéologie qui prévaut et révèle que nous **n'avons pas là une loi sur la Santé** (autoriser la publicité de l'alcool sur l'Internet va à contre sens de la santé publique, en particulier vis-à-vis des jeunes).

**Elle est encore moins une loi pour les patients** puisque des mesures contraignantes ne sont pas prises pour lutter contre les dépassements d'honoraires, la désertification des territoires et **le refus de soins**.

**Notre projet propose, comme pour la lutte contre les discriminations, des opérations de Testing ciblées** à l'encontre de professionnels de santé qui refusent les personnes bénéficiaires de la CMU ; **nous soutenons cette proposition.**

Le projet initial de Madame Bachelot est devenu essentiellement une nouvelle loi sur l'hôpital, donc sur l'accès aux soins publics.

**Sous couvert** de la pénurie médicale et des effets la T2A, il donne les arguments afin de réduire la part de l'hospitalisation publique et au final de **diminuer l'engagement de l'Etat** dans la prise en charge des besoins de santé.

Les fermetures de services, comme ceux de chirurgie à Lavaur, de maternités à Figeac et Lannemezan, dessinent **une nouvelle carte hospitalière appauvrie et diminue l'offre de soins publique et de proximité, alors même, que le recours à certaines spécialités ne peut se faire dans des secteurs sanitaires, qu'au travers du secteur II, c'est-à-dire avec des dépassements d'honoraires.** (Ex: l'Urologie dans le Tarn Nord).

Mais prenons garde, derrière les fermetures de maternités, se profile, en raison de la sous-valorisation de l'acte d'IVG, la disparition des unités d'orthogénie au prétexte qu'elles ne seront pas assez rentables.

« **Bien gérer, c'est bien soigner** » confie encore Roselyne Bachelot, la priorité est clairement affichée. La préoccupation première n'est plus la santé mais la rentabilité ; les premières victimes en seront les malades et les soignants. **Pour cela une structure étatique déconcentrée, l'A.R.S et un outil, la T2A.**

Les ARS se situent, au carrefour de plusieurs problématiques politiques : la réorganisation des services de l'État, la réforme territoriale, la RGPP, et la réforme des rapports entre l'État, l'Assurance-maladie et les collectivités. **Elles auront pour mission, non pas d'élaborer des**



**politiques régionales de santé, mais de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé.**

L'extension de la T2A, outre la segmentation de l'offre de soins et le positionnement des établissements privés sur les actes les plus rémunérateurs, entraînera selon la Fédération Hospitalière de France une **baisse de 30% du budget des hôpitaux**. L'asphyxie budgétaire accrédite l'idée d'un hôpital public dépensier, alors que depuis 20 ans, la part des dépenses d'Assurance Maladie qui lui est consacrée ne fait que baisser, passant de 42% à 34%. Devant l'ampleur des économies que l'Etat leur demande, ils n'auront comme solution que de diminuer les **dépenses de personnel** et de geler des investissements. La fédération Santé de la CGT a calculé (la FHF dit la même chose) que c'est la suppression annoncée de **20 000 emplois dans les hôpitaux**. Dans le contexte de crise économique, c'est un véritable **plan social** qui commence à être mis en oeuvre dans les hôpitaux, avec bien sûr, la dégradation des conditions de travail.

Des conséquences managériales délétères apparaissent déjà, comme cette direction d'établissement, désinvolte ou désemparé, qui promeut (dans le bulletin d'information du personnel) l'obligation d'obéissance **même à des ordres illégaux**.

Au final, les spécialités les plus lucratives seront réalisées par les cliniques privées, enrichissant les actionnaires avec l'argent de la Sécurité Sociale...

L'hôpital public se recentrera sur les urgences, le grand âge, la dépendance et l'accueil des démunis. **Pas un déshonneur, juste un système de santé moins solidaire, un retour en arrière.**

**La CGT est opposée à la proposition 7** intitulée : « Favoriser le développement des métiers émergents », non par conservatisme, mais l'acquisition de nouvelles compétences et l'évolution des métiers demandent une politique nationale de formation, de reconnaissance des qualifications et de valorisation des métiers de la santé. **C'est un véritable plan emploi-formation que nous demandons**, à mille lieues du développement de formations et d'emplois au rabais.

La CGT regrette également que l'identification d'une problématique spécifique aux femmes n'ait pas été suivie d'une proposition dédiée, en lien avec l'éducation à la santé, la prévention ou l'accès aux soins. Les enquêtes ENVEFF<sup>80</sup> et SAMOTRACE<sup>2</sup> notamment, montrent, outre les violences conjugales (9% de femmes vivant en couple), l'importance du harcèlement psychique sur le lieu de travail [37% des femmes expriment un mal être au travail, 5% des femmes affirment être exposées à des violences physiques, 16% d'entre elles à des menaces et des humiliations] et ses conséquences sur la santé des femmes ; une proposition fait défaut.

De même, la responsabilité des entreprises du médicament dans l'envolée des dépenses de santé est évoquée sans que rien ne soit dit sur la limitation voire l'interdiction de la publicité pour les médicaments.

Le projet d'avis n'évoque pas et pour cause des éléments d'actualités, tel l'amendement déposé par le gouvernement le 15 mai, qui vise à fusionner les deux agences : AFSSA (sécurité sanitaire des aliments) et AFSSET (environnement et travail), fusion qui s'inscrit dans le cadre de la RGPP. C'est pour la CGT, un mauvais coup qui ne ferait qu'affaiblir encore plus le dispositif Santé au travail.

---

<sup>80</sup> Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel, Houel A, Lhomond B, Maillochon B, Saurel-Cubizolles M-J, Schiltz M-A ; *Les violences envers les femmes en France, Une enquête nationale*, Droits des femmes, La documentation française, Paris, juin 2002, 370 p.

<sup>2</sup> Dans : Revue santé travail N°65 janv. 09

Le projet d'avis commet donc des oublis et néglige l'Hôpital, sa place centrale dans le dispositif d'accès aux soins pour tous, **la CGT le déplore.**

**Mais, il réussit à maintenir l'orientation initiale de se positionner du point de vue des usagers, des malades, et fait preuve d'engagements forts.**

**La CGT partage les prises de positions affichées** - l'argument de la responsabilisation des malades par l'argent est réfuté, la marchandisation de la santé est contestée et la loi HPST n'apparaît pas comme une réponse aux problèmes d'accès aux soins relevés ici.

**Avec les réserves exposées, nous pensons que** les propositions formulées peuvent participer, à l'échelle des compétences régionales, à combler quelque peu le fossé des inégalités d'accès aux soins de qualité en Midi-Pyrénées.

En conséquence, le groupe CGT soutiendra ce projet d'avis. »

## **Intervention de Georges BENAYOUN, représentant le 1<sup>er</sup> collègue,**

« Monsieur le Président du CESR,  
Mesdames et Messieurs les conseillers,  
Madame la représentante de l'ARH,  
Mesdames et Messieurs,

Tout au long de ces 18 mois qui ont permis de nous investir pour construire ce document, nous avons, les uns et les autres, exprimé nos opinions librement, de façon démocratique, toujours dans ce même esprit constructif.

Grâce à la bonne volonté de chacun, nous avons réussi à vous présenter, dans les délais, cette contribution du CESR, riche, documentée, innovante parfois, évolutionnaire surtout.

Mesdames et Messieurs, je me permets de vous rappeler que j'exerce la médecine en France, depuis 38 ans, et que j'essaie au quotidien, du mieux que je peux, d'être à l'écoute et au service des patients qui me sont confiés.

Je ne suis pas le seul à remplir cette mission de service public, et si dans notre pays, l'organisation des soins est à montrer en exemple, c'est bien, en grande partie, grâce à la conscience professionnelle de la majorité des omnipatricsiens, mais aussi et surtout des professionnels de santé de façon plus globale.

Nous faisons un métier difficile, souvent contraignant, toujours anxiogène.

Encore une fois, je ne parle pas que des médecins, essayez par exemple, de passer une journée de travail aux côtés d'une infirmière et vous comprendrez.

Qu'elle soit libérale ou salariée dans un établissement de soins, il y a pas une minute de détente dans une rude journée. Ne parlons que des horaires. Qui accepterait de se lever très tôt le matin pour se rendre dès 6 heures au domicile d'un patient pour lui faire son anticoagulant, sa toilette ou son pansement ? Qui accepterait au sein d'une équipe hospitalière de retarder ses vacances par nécessité de service ?

L'infirmière et le médecin, mais tous les professionnels de santé, tiennent leur juste place dans l'organisation du système de soins en France.

Ce préambule étant posé, je dois vous avouer que, certains passages de notre travail risquent d'être ressentis comme une atteinte à l'honorabilité du corps médical.

Une partie de ce texte a été ternie, me semble-t-il, par une proposition de dernière minute, que le CESR ne peut retenir publiquement.

Je vais m'en expliquer :

Notre préconisation numéro 1 propose, que pour dépister les médecins qui refuseraient des soins aux bénéficiaires de la CMU, la méthode de testing soit employée.

Au préalable, entendons-nous bien, il n'est pas question pour moi, ancien Président de l'Ordre des Médecins, de défendre ou de soutenir celui ou celle qui serait tenté(e) de refuser des soins à qui que ce soit, pour des raisons... inacceptables.

S'il n'y en avait qu'un en France, un seul, qui se trouverait dans une telle situation, il s'agirait d'un parjure, d'un malhonnête homme, d'un individu qui trahirait ses pairs et renierait le noble enseignement de nos maîtres.

Indigne du titre et de la considération de ses confrères, il mériterait une sanction exemplaire, et je reste persuadé, que ceux qui m'ont succédé à la direction de notre Ordre, partagent la même opinion.

J'ai proposé un amendement de ce texte car je considérais qu'utiliser la méthode du testing dans une enquête de ce type, était un élément insultant pour le corps médical.

Malheureusement, mon amendement a été rejeté par la majorité des membres de la Commission. Peut-être a-t-il été mal compris ? Peut-être a-t-il été mal présenté ?

Alors je m'adresse à vous tous, je voudrais vous donner les raisons qui m'avaient poussé à proposer cette modification.

Tout d'abord, de l'aveu même de ceux qui ont conduit l'enquête, le CISS, la FNATH et l'UNAF, il s'agit d'une méthode qui je cite : « *n'obéit pas aux modalités techniques requises pour le déroulé un sondage* ».

Mais j'ai voulu aller plus loin, et la littérature nous apprend que cette méthode préconisée par notre Ministre Roselyne BACHELOT CHARQUIN a été rétorquée par les Sénateurs de notre pays.

Plus sérieusement, Véronique VAN DER PLANCKE philosophe à l'université de LOUVAIN a soutenu une thèse de Doctorat pour une étude comparative entre le Canada, les Etats-Unis et l'Union Européenne, concernant les normes anti-discriminatoires dans l'emploi. En conclusion de son travail, elle préconisait préférentiellement les tests de récurrence et la comparabilité, par rapport aux tests de situation.

Le testing était qualifié par les plus hautes autorités belges de technique d'espionnage, d'infiltrage et de délation.

Cela vous rappelle probablement une époque sombre de l'histoire de notre pays.

Et en allant encore plus loin, la Cour Européenne des Droits de l'Homme, a jugé à plusieurs reprises que le fait d'introduire auprès d'un individu, une personne ayant une identité fictive, dans le seul but de surprendre l'illégalité, ne saurait constituer une ingérence dans la vie privée à la condition que le testing ne soit pas mené dans un lieu privatif, tel que le domicile ou le lieu de travail de l'auteur présumé.

Elle considère que cette méthode est une véritable provocation à la preuve, une provocation à l'infraction.

Si je ne vous ai pas convaincu avec ces quelques propos, je me permettrai de laisser la parole à Aimé CESAIRE qui disait : « *une société qui ruse avec ces principes est une société menacée* ».

Il est scandaleux de voir Christian SAOUT, Président du CISS, dans une lettre ouverte des usagers de la santé, en date du 12 mai 2009, écrire que la Médecine qui soigne est devenue la Médecine qui refuse les soins.

On pourrait en l'occurrence modérer ses déclarations qui n'ont d'autre but que de vouloir exister, de faire vendre du papier, comme disent les journalistes.  
Certains, ici ou là, sont mal placés pour soutenir de telles affirmations !

Prononcer de telles paroles, c'est injurier le corps médical et je laisserai à François GUIZOT, Homme politique et Académiciens du XIX siècle le soin de lui répondre : « *les injures suivent la loi de la pesanteur. Elles n'ont de poids que si elles tombent de haut* ».

Je rappellerai à M. SAOUT qu'un collectif de médecins généralistes pour l'accès aux soins, le COMEGAS, préoccupé par l'accès aux soins de leurs patients, a été créé en 2003, bien avant ses déclarations intempestives.

Ce Collectif a interpellé tour à tour le Conseil de l'Ordre des Médecins, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, à la CNAM, et de la HALDE, Haute Autorité de Lutte contre les discriminations.

Ce collectif a dénoncé dès juin 2008 le caractère discriminatoire de certaines mesures préconisées par l'Assurance Maladie, notamment celles qui autorisaient certains médecins à porter plainte contre des assurés sociaux.

Je ne voudrais pas m'étendre sur ce sujet mais je vous invite à prendre connaissance de ces préconisations, pour le moins surprenantes. Il s'agit de la lettre aux médecins n° 29 et de la circulaire 33 – 2008.

Juste en passant par notre région, on peut retenir que cette étude conduite par le CISS, et rapportée dans les colonnes d'un rapport du 29 mai 2009 que :  
aucun recours avait été formulé en Ariège en 2008, aucune discrimination par des professionnels de santé envers une catégorie d'assuré enregistrée,  
dans la Haute-Garonne, en 2008, une soixantaine de dossiers ont été enregistrés, six en 2009. Aucun manquement grave n'a été relevé allant contre de l'un d'entre eux.

Et enfin, pour ceux qui sont amoureux du Droit, je voudrais rappeler que le testing, pour être reconnu comme preuve par les tribunaux, doit répondre à un certain nombre de règles.

La Cour d'Appel de Montpellier avait rendu en 2000 un Arrêt dans lequel elle indiquait notamment que cette méthode réalisée de manière unilatérale par une association, sans l'intervention d'un officier ou d'un huissier de justice ne constituait pas un moyen de preuve et je cite : « *n'offre aucune transparence et n'est pas empreint de la loyauté nécessaire à la recherche de preuves en procédure pénale et porte atteinte aux droits de la défense* ».

D'ailleurs l'article 225 – 3 du Code Pénal dispose que, dans le but d'affirmer l'existence d'un comportement discriminatoire... il faut, je cite : « *que la preuve de ce comportement soit établie notamment par des constatations effectuées par un officier public ou ministériel* ».

C'est dans ces conditions que le droit français a édicté un certain nombre de règles à respecter pour faire du testing en toute légalité, et en particulier la taille de l'échantillon pour qu'il soit reconnu « représentatif ».

J'en reviens maintenant au projet d'avis que nous avons présenté.

La faille que j'ai dénoncée dès la fin de la séance d'amendements voit son origine dans ce mode procédural tel qu'il est appliqué dans d'autres CES.

Il est urgent, mes Chers Collègues, de comparer notre fonctionnement avec le CES de la République et de recourir au plus tôt à un toilettage soigneux de notre règlement intérieur, afin d'éviter la répétition de telles situations.

Il en va de l'équilibre, de l'harmonie et de la crédibilité de notre institution.

Aujourd'hui, compte tenu de la nature de notre avis, il s'agit en effet d'une auto saisine, que nous avons librement choisi de réaliser.

Compte tenu du travail sérieux effectué par la commission, et Caroline HONVAULT, sa chargée de mission,

Compte tenu de mes engagements personnels,

Le premier collègue votera cet avis, en émettant une réticence majeure sur le point précis que je viens de développer longuement ici.

Je vous remercie de votre attention. »

## **Intervention de Jean-Paul PANIS, représentant le 3<sup>ème</sup> collège,**

« Monsieur le Président du CESR,  
Madame la représentante de Monsieur le Directeur de l'ARH,  
Mesdames, Messieurs

Les 7 propositions développées dans le présent avis ont le mérite de formaliser en termes d'actions à engager, des revendications souvent portées par de nombreuses organisations de la santé, associations familiales, associations de malades, organisations du secteur social.

En préalable, je voudrais cependant rappeler à quel point la cellule familiale et tous les proches se trouvent souvent en première ligne, particulièrement à domicile, pour aider et prendre soin du malade. Le présent avis ne fait pas suffisamment mention de ce rôle essentiel de la cellule familiale et du rôle pivot incontournable du « médecin de famille » dans l'organisation des soins de premier recours. En ce domaine, les solidarités intra-familiales n'ont pas disparu. Cette entraide familiale est complémentaire dans l'organisation de la continuité des soins et assure le soutien psychologique indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient.

Notre système de santé est fondé sur la solidarité nationale et sur l'universalité.  
L'accès à la santé est un droit pour chaque individu au même titre que le droit à l'éducation, le droit au logement, entre autres...

Pour ce faire, la Nation doit garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence, son origine, l'égalité d'accès à des soins de qualité dans le cadre cette solidarité nationale.

Les motivations de la loi CMU de juillet 1999 ont confirmé à quel point les obstacles économiques aggravent le renoncement ou le retard de soins.

Depuis des décennies, de nombreuses dispositions prises par le Législateur vont à contre sens d'une égalité d'accès aux soins. Ces politiques visent uniquement à pénaliser financièrement les malades, en augmentant sans cesse le « reste à charge ».

L'avis donne la liste de ces transferts sociaux, des remboursements, des forfaits et dernières franchises à charge du malade.

**Je voudrais souligner plus particulièrement les points sur lesquels le 3<sup>ème</sup> Collège attache de l'importance, pour garantir une égalité d'accès à des soins de qualité pour tous :**

### **1-La levée des obstacles économiques**

D'une part, ils proviennent de mesures pénalisant les malades et des pratiques exagérées et incontrôlées de dépassements d'honoraires des praticiens.

Nous demandons de ne plus pénaliser financièrement le malade par « des restes à charge et des transferts sociaux » au prétexte de le « responsabiliser ». C'est bien avec un meilleur niveau de couverture de base de sécurité sociale que les obstacles d'ordre économiques et sociaux seront levés. Le principe de solidarité nationale entre les malades et les bien-portants doit rester la règle et être renforcé.

Ensuite, les pratiques de dépassements d'honoraires devenues actuellement « insupportables » doivent être supprimées. Les malades doivent bénéficier de « tarifs opposables » pour la totalité des soins de santé.

D'autre part les effets de seuil de la CMU doivent être corrigés. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, malgré les dernières améliorations apportées par les textes ne répond qu'au trois quart des bénéficiaires potentiels, d'où la nécessité d'informer ces publics et surtout de les accompagner dans leur démarche.

## **2-Un modernisation de l'exercice de la médecine**

La médecine ne peut plus s'exercer en mode isolé. Il convient d'inciter le regroupement de médecins entre eux et avec les professionnels paramédicaux et sociaux, prenant bien en compte la prévention, le suivi sanitaire de la population sur un bassin de vie.

Cette évolution doit intégrer des transferts d'actes, de nouvelles délégations d'actes médicaux entre professionnels de santé et ainsi développer de nouvelles pratiques visant une approche globale de la santé de la population plutôt qu'une logique de distribution cloisonnée de soins. Cette approche collective doit prendre en compte l'ensemble des milieux de vie, environnementaux, sociaux, et du travail.

## **3-L'installation des professionnels de santé sur le territoire doit être encadrée ,**

Il devient maintenant urgent en Midi-Pyrénées :

- de corriger les déséquilibres dans l'offre de soins et éviter l'extension de la désertification médicale aussi bien en zones rurales qu'en zones urbaines socialement fragiles
- -de réduire les délais d'accès aux soins

## **4-De nouvelles catégories de population vont avoir des difficultés dans l'accès aux soins**

La diminution de moitié du nombre des lits hospitaliers **des unités de soins de longue durée** (anciennement appelés « longs séjours ») pour leur redéploiement en EHPAD (dont le niveau de médicalisation est inférieur aux « longs séjours » à l'heure actuelle) est un exemple de la baisse de la qualité des soins pour cette population alors que le nombre de Personnes âgées très dépendantes est en augmentation sur un bon nombre de territoires de Midi-Pyrénées.

De la même façon, une attention particulière doit être apportée **à la protection sociale de la jeunesse**, principale victime de la crise actuelle et dont les inégalités sociales tendent à s'aggraver. (à titre d'exemple, les enfants ou étudiants des catégories socialement en difficultés, ou les jeunes en recherche d'emploi, ont moins souvent une vue corrigée, et sans parler des soins dentaires).

## **4- Notre système de santé est prioritairement organisé sur le curatif**

Il est grand temps que l'axe prévention et éducation sanitaire devienne un des piliers d'une véritable politique de santé publique

La prévention vise à améliorer l'état de santé de la population et ainsi éviter l'apparition ou l'aggravation de maladie ou d'accidents.

Une nouvelle organisation de la santé nécessite un engagement des patients, des familles, des professionnels de santé , et même des collectivités **sur le préventif**, au moyen :

- -d'informations et conseils



- -d'actions d'éducation pour la santé
- -d'actions d'éducation thérapeutique pour certaines pathologies et ainsi permettre au malade d'adopter de nouveaux comportements

Avec la complicité des familles, dès le jeune âge, l'éducation sanitaire tendrait à améliorer les bons comportements contribuant à **préserver le capital santé de chaque jeune**

### **5- le refus de soins à l'initiative du praticien**

Dans votre intervention M BENAYOUN, vous avez été un bon avocat des Professions médicales sur « Le testing » !

Pour nous, les obligations dictées par la loi et le code de déontologie médicale doivent être impérativement respectées.

Les pratiques discriminatoires devront être contrôlées et les contrevenants sanctionnés.

### **En conclusion**

Le constat développé dans le présent avis apporte une nouvelle fois la preuve d'une inégalité croissante de l'accès aux soins pour de nouvelles catégories de population et ainsi condamnera les plus fragiles à renoncer aux soins. En tant que citoyen, nous ne pouvons plus supporter ces situations d'inégalités et d'injustice.

D'une façon plus générale, au bénéfice de l'ensemble des assurés sociaux, la culture de la mesure de la qualité des soins doit devenir une priorité pour l'ensemble des acteurs de soins. Ce n'est qu'à cette seule condition que notre système de soins répondra aux besoins de nos concitoyens.

Le 3° Collège votera le présent avis. »

# GLOSSAIRE

|                |   |
|----------------|---|
| <b>AAH</b>     | Allocation Adulte Handicapé   |
| <b>ACS</b>     | Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé   |
| <b>AFSSAPS</b> | Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé                            |
| <b>ALD</b>     | Affection de Longue Durée   |
| <b>AME</b>     | Aide Médicale d'Etat  |
| <b>AMM</b>     | Autorisation de Mise sur le Marché  |
| <b>ANAES</b>   | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé                               |
| <b>APA</b>     | Allocation Personnalisée à l'Autonomie  |
| <b>API</b>     | Allocation Parent Isolé   |
| <b>ARH</b>     | Agence Régionale de l'Hospitalisation   |
| <b>AS</b>      | Allocation Supplémentaire   |
| <b>ASS</b>     | Allocation de Solidarité Spécifique   |
| <b>CADES</b>   | Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale  |
| <b>CAF</b>     | Caisse d'Allocations Familiales   |
| <b>CASO</b>    | Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation  |
| <b>CCAS</b>    | Centre Communal d'Action Sociale  |
| <b>CCPS</b>    | Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté |
| <b>CES</b>     | Contrat Emploi Solidarité   |
| <b>CFES</b>    | Comité Français d'Education pour la Santé   |
| <b>CHR</b>     | Centre Hospitalier Régional   |
| <b>CHRS</b>    | Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  |
| <b>CHU</b>     | Centre Hospitalier Universitaire  |
| <b>CISS</b>    | Collectif Interassociatif Sur la Santé  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>CMU</b>       | Couverture Maladie Universelle   |
| <b>CMU-C</b>     | Couverture Maladie Universelle - Complémentaire                                |
| <b>CNAMTS</b>    | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés              |
| <b>CNSA</b>      | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie                                |
| <b>CODAMU-PS</b> | Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins. |
| <b>CRAM</b>      | Caisse Régionale de l'Assurance Maladie  |
| <b>CRDS</b>      | Contribution au Remboursement de la Dette Sociale                              |
| <b>CSBM</b>      | Consommation de Soins et de Biens Médicaux                                     |
| <b>CSG</b>       | Contribution Sociale Généralisée   |
| <b>DDASS</b>     | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales                   |
| <b>DMP</b>       | Dossier Médical Personnel  |
| <b>DRASS</b>     | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                        |
| <b>DREES</b>     | Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques   |
| <b>EPP</b>       | Evaluation des Pratiques des Professionnels                                    |
| <b>FIQCS</b>     | Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins              |
| <b>FIQSV</b>     | Fonds d'Intervention à la Qualité des Soins de Ville                           |
| <b>FNATH</b>     | Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés                   |
| <b>GHM</b>       | Groupe Homogène de Malades   |
| <b>GHS</b>       | Groupe Homogène de Séjours   |
| <b>HAD</b>       | Hospitalisation A Domicile   |
| <b>HAS</b>       | Haute Autorité de Santé  |
| <b>IGA</b>       | Inspection Générale de l'Administration  |
| <b>IGAS</b>      | Inspection Générale des Affaires Sociales                                      |
| <b>INED</b>      | Institut National d'Etudes Démographiques                                      |

|               |   |
|---------------|---|
| <b>INSEE</b>  | Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques                |
| <b>IRDES</b>  | Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé              |
| <b>IVG</b>    | Interruption Volontaire de Grossesse  |
| <b>LMDE</b>   | La Mutuelle Des Etudiants   |
| <b>MERRI</b>  | Mission d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation                  |
| <b>MIGAC</b>  | Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation               |
| <b>MMG</b>    | Maison Médicale de Garde  |
| <b>MRS</b>    | Mission Régionale de Santé  |
| <b>MSA</b>    | Mutuelle Sociale Agricole   |
| <b>OMS</b>    | Organisation Mondiale de la Santé   |
| <b>ONDAM</b>  | Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie                          |
| <b>ORMIP</b>  | Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées                          |
| <b>ORUMIP</b> | Observatoire Régional des Urgences en Midi-Pyrénées                         |
| <b>PCH</b>    | Prestation Compensation Handicap  |
| <b>PDS</b>    | Permanence Des Soins  |
| <b>PMI</b>    | Protection Maternelle et Infantile  |
| <b>PMSI</b>   | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information                      |
| <b>PSPH</b>   | établissements publics et privés Participants au Service Public Hospitalier |
| <b>RMI</b>    | Revenu Minimum d'Insertion  |
| <b>RSA</b>    | Revenu de Solidarité Active   |
| <b>RSI</b>    | Régime Social des Indépendants  |
| <b>SAMU</b>   | Service d'Aide Médicale Urgente   |
| <b>SDF</b>    | Sans Domicile Fixe  |
| <b>SDIS</b>   | Service Départemental d'Incendie et de Secours                              |
| <b>SMPR</b>   | Service Médico Psychologique Régional                                       |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>SMUR</b>  | Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation    |
| <b>SROS</b>  | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire        |
| <b>SSIAD</b> | Service de Soins Infirmiers à Domicile          |
| <b>SSR</b>   | Soins de Suite et de Réadaptation               |
| <b>UHSA</b>  | Unité Hospitalière Spécialement Adaptée         |
| <b>UHSI</b>  | Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale    |
| <b>UNAF</b>  | Union Nationale des Associations Familiales     |
| <b>UNEF</b>  | Union Nationale des Etudiants de France         |
| <b>URCAM</b> | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie |
| <b>URML</b>  | Union Régionale des Médecins Libéraux           |
| <b>USLD</b>  | Unité de Soins de Longue Durée                  |
| <b>VIH</b>   | Virus de l'Immunodéficience Humaine             |



# **ANNEXES**



# ANNEXE I

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION – FINANCEMENT DES HÔPITAUX PRINCIPES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

*Sources : « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », Zeynep Or et Thomas Renaud, Document de Travail de l'IRDES n°23, mars 2009.*

<http://www.sante.gouv.fr>

La France a introduit en 2005 un système de tarification à l'activité (T2A) pour financer les établissements de santé.

Le principe de payer un prix fixe qui soit directement indexé sur les coûts moyens observés et qui reste commun à tous les types d'établissements étant de plus en plus contesté, la T2A a cherché à modifier cela.

En effet, la T2A met fin aux deux systèmes de financement des établissements de santé par l'Assurance Maladie, qui coexistaient jusque-là :

- La dotation globale annuelle de financement pour le secteur public et le secteur privé participant au service public hospitalier,
- La rémunération à la prestation, pour le secteur privé.

Auparavant, le système de financement de l'établissement, quel qu'il soit, n'établissait pas de lien direct entre le budget et l'activité réalisée. Cette réforme vise à médicaliser le financement des établissements de soins, en le fondant sur leur activité. Le principe est simple : il s'agit d'établir un lien direct entre les activités médicales pratiquées et les ressources financières qu'elles génèrent.

La nature et le volume de l'activité réalisée par les établissements est mesurée sur la base des données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2004 a prévu le passage progressif de l'ensemble des établissements de santé publics et privés à la tarification à l'activité.

Il est en effet prévu une entrée progressive dans la tarification à l'activité en raison des changements de pratiques, d'habitudes et de modalités de gestion que cela entraîne. Un délai de 8 ans (2004 /2012) a été fixé pour permettre aux acteurs et aux structures de s'adapter.

Depuis 2005, l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés est donc financée par la tarification à l'activité (T2A).

Elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés depuis 2005, tandis qu'elle a été appliquée de manière progressive dans le secteur public pour couvrir 100 % de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des établissements publics en 2008.

La France n'est pas le premier pays à introduire une tarification à l'activité des soins hospitaliers. En adoptant ce mode de paiement elle rejoint une vingtaine de pays qui ont déjà mis en place une tarification de ce type. Malgré des principes de base communs, ces systèmes de tarification à l'activité varient néanmoins dans leur architecture globale et chaque pays adopte les paramètres de

fixation des tarifs en fonction de ses besoins et contraintes propres. Il n'existe donc pas un modèle unique de T2A.

### **Le fonctionnement de la T2A**

La T2A est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins.

Deux éléments fondamentaux président à la T2A.

Premièrement, l'activité hospitalière est définie et décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) plutôt que selon les disciplines de services hospitaliers (ou spécialités). Par exemple, l'établissement reçoit un paiement pour un patient à qui l'on a posé une prothèse de la hanche plutôt que pour un patient soigné dans le service d'orthopédie. Les GHM, comme leur nom l'indique, identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations, à condition que l'on puisse fournir une description clinique correcte des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé.

Deuxièmement, les prix des GHM sont définis à l'avance (paiements prospectifs) et fixés au niveau national.

La tarification à l'activité s'appuie sur trois sources principales de financement liées à l'activité réalisée :

#### 1) Les séjours des malades en MCO :

La principale source de financement directement liée à l'activité est constituée des versements de tarifs forfaitaires, dénommés « groupes homogènes de séjours » ou GHS. Chaque tarif de GHS couvre de façon théorique l'ensemble des dépenses de fonctionnement, y compris les coûts de structures (amortissements immobiliers et frais financiers notamment). Il y a en principe adéquation entre le tarif fixé par le GHS et les dépenses qu'ils sont censés couvrir lors d'une hospitalisation.

Ce principe de rémunération au forfait est applicable aux secteurs privé et public, selon deux échelles nationales de tarifs distinctes, pendant la période de transition 2004/2012 ; puis avec l'objectif cible de tarifs de GHS nationaux communs aux 2 secteurs en 2012, c'est-à-dire un même tarif pour un même soin, quel que soit l'endroit où il est pratiqué. Certains GHS admettent la facturation de suppléments au titre de la réanimation, soins continus, néonatalogie, séjours longs. Il existe environ 750 GHS dont les tarifs sont révisés chaque année.

2) Le paiement de consommables (DMI ou dispositifs médicaux implantables et médicaments très onéreux) est possible en plus de la facturation du séjour.

3) Les autres activités non décrites par le GHS : certaines activités qui ne peuvent rentrer dans la classification précédente des tarifs par séjour sont tarifées par des prestations : insuffisance rénale chronique, interruption volontaire de grossesse, hospitalisation à domicile.

### ***Les autres sources de financement***

Certaines activités sont rémunérées sous forme de forfaits annuels :

- les activités d'urgence (1 forfait par passage)
- les prélèvements d'organes (1 forfait par donneur prélevé).

### ***Des financements spécifiques***

Les missions d'intérêt général "MIG" et l'accompagnement des contrats "AC" bénéficient d'une dotation annuelle spécifique. Ce sont des ressources allouées de façon contractuelle par les ARH en application d'un cadre national et d'un arrêté annuel qui fixe le montant de la "dotation MIGAC".



### **La transition entre 2005 et 2012**

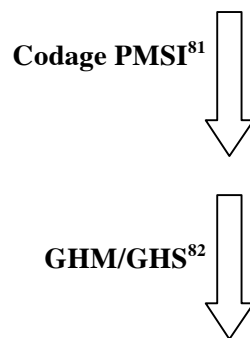
En attendant l'échelle de tarifs de GHS nationaux, unique en 2012, la période transitoire est gérée :

- par un mécanisme de coefficient de transition à appliquer au GHS, pour le secteur privé (l'application d'un tel coefficient déterminé par établissement revient à facturer des GHS propres à chaque établissement),
- par une prise en compte progressive de l'activité tarifée à l'activité, pour le secteur public (la dotation annuelle de financement est maintenue, mais pas dans son intégralité ; pour 2006, la part de la tarification à l'activité est fixée à 35% et une dotation annuelle complémentaire est versée à hauteur de 65%. En 2008, cette part devrait atteindre 50% pour arriver à 100% en 2012).

## **PRINCIPES DE LA T2A**

### **Informations administratives**

### **Informations médicales**



**On obtient une somme en euros  
qui correspond à la somme « théoriquement » dépensée pour ce patient qui sera mis en  
regard de tarifs nationaux qui détermineront la base de calcul des recettes de l'hôpital**

<sup>81</sup> PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

<sup>82</sup> GHM : Groupe Homogène de Malades ; GHS : Groupe Homogène de Séjours

## ANNEXE II

### LES AIDES PUBLIQUES À L'INSTALLATION DES MÉDECINS DANS LES ZONES SOUS-DOTÉES

Les aides publiques à l'installation de médecins ne peuvent intervenir que dans des zones géographiques précises définies par la loi. Elles sont essentiellement attribuées par les collectivités territoriales et l'Assurance-Maladie. Les aides financières de l'Etat sont, quant à elles, plus modestes.

De plus, ces différents dispositifs ne sont pas « cloisonnés » mais ont, au contraire, vocation à être coordonnés (généralement pas les instances locales compétentes pour la gestion du système de santé).

- Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant directement être accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements :

Elles sont de trois ordres :

- Les aides à l'installation ou au maintien de médecins pouvant être accordées (Articles L. 1511-8 et R. 1511-44 à R.1511- 46 du Code général des collectivités territoriales)

|   |  |
|---|--|
| <b>Zones géographiques concernées</b>                         | Zones déficitaires en offre de soins, définies par la Mission Régionale de Santé (MRS) sur la base des critères identifiés par la circulaire du 14 janvier 2005 établie par la DHOS et l'UNCAM   |
| <b>Bénéficiaires</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Les professionnels de santé ;</li><li>- Les centres de santé ;</li><li>- Les structures participant à la permanence des soins, notamment les maisons médicales.</li></ul>  |
| <b>Nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- La prise en charge, en tout ou partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;</li><li>- La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;</li><li>- La mise à disposition d'un logement ;</li><li>- Le versement d'une prime à l'installation ;</li><li>- Le versement, aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.</li></ul> <p>Les investissements immobiliers réalisés par les communes et/ou leurs groupements, destinés à l'installation des professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale, sont éligibles au Fonds de Compensation pour la Taxe sur la Valeur Ajoutée (FCTVA).</p> |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Conditions et procédures</b> | <p>Une convention est obligatoirement conclue entre le professionnel de santé, la collectivité territoriale concernée et l'URCAM.</p> <p>Le projet de convention doit être soumis pour avis à la Mission Régionale de Santé qui se prononce sur la cohérence entre les aides envisagées et celles déjà accordées, le cas échéant, par les organismes d'Assurance Maladie.</p> <p>La convention doit notamment préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les engagements pris par le bénéficiaire en contrepartie des aides accordées, qui incluent obligatoirement l'engagement d'exercice effectif dans une zone prioritaire pour une période minimale de 3 ans ;</li> <li>- Les conditions dans lesquelles les aides prennent fin, notamment de quelle façon l'intéressé s'oblige, en cas de non respect de ses engagements, à restituer, en tout ou partie, les aides perçues.</li> </ul> |
|---------------------------------|--|

- Les aides aux étudiants en médecine pouvant être accordées par les collectivités territoriales et leurs groupements

|  |   |
|--|---|
| <b>Zones géographiques concernées</b>  | Zones déficitaires en offre de soins, définies par la Mission Régionale de Santé.   |
| <b>Bénéficiaires et nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle en médecine générale effectuant leurs stages dans les zones déficitaires <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition de logement ou indemnité de logement ;</li> <li>- Indemnités au titre des déplacements effectués dans le cadre du stage et des trajets entre le lieu de résidence et le lieu de stage.</li> </ul> </li> <li>2. Etudiants, titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'engageant à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste pendant au moins 5 ans dans une zone déficitaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indemnités d'étude et de projet professionnel.</li> </ul> </li> </ol> |
| <b>Conditions et procédures</b>  | <p>Un contrat est conclu entre l'étudiant et la collectivité territoriale accordant l'aide. Il précise notamment les sanctions encourues par les parties contractantes en cas de non-respect des engagements.</p> <p>La Mission Régionale de Santé et le représentant de l'Etat dans le département du futur lieu d'exercice sont informés du contrat ainsi conclu.</p>   |

- L'exonération de la taxe professionnelle en faveur des professionnels de santé exerçant à titre libéral

|   |  |
|---|--|
| <b>Zones géographiques concernées</b>                         | Communes de moins de 2 000 habitants.<br><br>Zones de revitalisation rurale.   |
| <b>Bénéficiaires</b>  | Médecins et auxiliaires médicaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux ;</li> <li>- Exerçant leur activité à titre libéral ;</li> <li>- Qui s'établissent ou se regroupent dans les communes de moins de 2 000 habitants ou les zones de revitalisation rurale.</li> </ul> |
| <b>Nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | Exonération de la taxe professionnelle par les collectivités territoriales ou leurs EPCI <sup>83</sup> dotés d'une fiscalité propre.<br><br>A compter de l'année qui suit celle de l'établissement du professionnel de santé pour une durée fixée par la collectivité, mais ne pouvant être inférieure à deux ans, ni supérieure à 5 ans.                          |
| <b>Conditions et procédures</b>                               | Une délibération de portée générale de la collectivité territoriale ou de l'EPCI.<br><br>Les professionnels de santé concernés doivent, pour leur part, fournir les justificatifs nécessaires au service des impôts.   |

- o Les aides pouvant être accordées par l'Assurance Maladie

- Les aides conventionnelles

Il s'agit d'aides qui sont définies par des accords contractuels conclus entre, d'une part, les partenaires sociaux gestionnaires de l'Assurance Maladie et, d'autre part, les organisations représentatives des professionnels de santé.

Une aide à l'installation ou au maintien des médecins généralistes dans les zones sous-médicalisées est prévue par un avenant (n°20) à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et approuvée par arrêté du 23 mars 2007 du Ministre de la santé.

---

<sup>83</sup> EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale.

|   |   |
|---|---|
| <b>Zones géographiques concernées</b>                         | Zones déficitaires en offre de soins, définies par la Mission Régionale de Santé.   |
| <b>Bénéficiaires</b>  | Médecins généralistes libéraux installés ou s'installant dans une zone déficitaire, et exerçant en groupe <sup>84</sup> .<br>Ces médecins généralistes, exerçant en groupe, ont aussi la possibilité d'exercer au sein d'un cabinet pluridisciplinaire (spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)  |
| <b>Nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | Option conventionnelle permettant aux médecins de bénéficier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une aide financière (forfait annuel représentant 20% de l'activité du professionnel dans la zone concernée) ;</li> <li>- D'un accompagnement personnalisé par un correspondant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (choix du lieu d'installation, formalités administratives, recherche de remplaçants, organisation des vacances, etc.)</li> </ul> |
| <b>Conditions et procédures</b>                               | Le médecin adhérent à cette option conventionnelle doit respecter un certain nombre d'engagements, et notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser les 2/3 de son activité auprès des patients résidant dans la zone déficitaire concernée ;</li> <li>- Rester en exercice dans cette zone pendant au moins 3 ans.</li> </ul>  |

D'autres aides conventionnelles peuvent être accordées aux praticiens de santé par l'Assurance Maladie (et par l'Ordre des médecins) dans certaines zones géographiques. Il s'agit :

- Soit d'aides financières, en contreparties d'engagements contractuels pris, par les professionnels de santé, à l'égard de l'Assurance Maladie (contrats de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural, en zones franches urbaines ou dans les stations de sports d'hiver) ;
- Soit d'aides non financières, accordant aux professionnels de santé et à leurs patients certaines dérogations par rapport à la réglementation générale de la Sécurité Sociale (dérogation au parcours de soins, autorisation de pratique sur lieux multiples, contrat de collaboration libérale).

- Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

L'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 a créé un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Au 1er juillet 2007, ce fonds s'est substitué au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la Dotation de développement des réseaux (DRDR). Ses champs d'intervention sont :

- Les expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ;

<sup>84</sup> L'exercice en groupe s'entend par le regroupement d'au moins deux médecins généralistes exerçant dans les mêmes locaux et liés par un contrat de société, un contrat de collaboration libérale ou tout autre contrat d'association validé par l'Ordre des médecins.

- Le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ;
- Les actions ou structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- Les actions ou structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour permettre un égal accès aux soins sur le territoire ;
- Les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Enfin, il convient de souligner que, afin de remédier aux disparités territoriales liées à l'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, certaines dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 incitent les partenaires conventionnels, mais aussi l'ensemble des autres acteurs concernés, à définir de nouveaux instruments d'action en ce domaine.

○ **Les aides fiscales de l'Etat**

- Exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux).

|   |   |
|---|---|
| <b>Zones géographiques concernées</b>                         | Zones déficitaires en offre de soins définies par la Mission Régionale de Santé.  |
| <b>Bénéficiaires</b>  | Médecins (ou leurs remplaçants) exerçant dans ces zones.  |
| <b>Nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | Exonération de l'impôt sur le revenu de la rémunération perçue : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au titre de la permanence des soins</li> <li>- A hauteur de 60 jours de permanence par an.</li> </ul> |

- Exonération d'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale (conformément à la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux).

|   |   |
|---|---|
| <b>Zones géographiques concernées</b>                         | Zone de revitalisation rurale (liste fixée par arrêté ministériel et révisée annuellement).   |
| <b>Bénéficiaires</b>  | Cette disposition à caractère général peut notamment bénéficier aux cabinets médicaux libéraux créés en zone de revitalisation rurale |
| <b>Nature et/ou montant des aides pouvant être attribuées</b> | Exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les 5 premières années, puis dégressivité durant 9 ans.                           |
| <b>Conditions et procédures</b>                               | La création du cabinet doit être postérieure au 1 <sup>er</sup> janvier 2004.   |

○ **Les actions menées ou soutenues par la Mission Régionale de Santé (MRS)**

La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie a mis en place dans chaque région une Mission Régionale de Santé (MRS) pour renforcer le partenariat entre l'Etat et l'Assurance Maladie sur certains enjeux et notamment l'amélioration de l'efficacité du système de soins.

La MRS se concrétise donc par la mutualisation des moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) pour préparer et exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle est dirigée alternativement, par période d'un an, par le directeur de l'ARH ou le directeur de l'URCAM.

Les MRS ont notamment pour mission de favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire.

Pour cela, elle procède à **l'accompagnement et la mise en œuvre des dispositifs nationaux** telles que la majoration d'honoraires pour les médecins qui s'installent dans les zones déficitaires.

La MRS assure le suivi et l'information sur ces dispositifs : l'objectif est de rendre visible ces mesures, notamment sur internet : instalSanté, accessible via le site de l'URCAM<sup>1</sup>, regroupe ainsi l'ensemble de ces aides.

La MRS a également participé à **la définition de zones plus ou moins favorables par rapport à l'offre de soins**. En 2005, pour Midi-Pyrénées, 25 zones déficitaires ont été définies (du point de vue de la médecine générale).

Une circulaire d'avril 2008 demande aux MRS de définir 5 types de zones, avec une graduation : des zones les plus dotées aux zones sous-dotées.

La MRS encourage également des initiatives plus locales : une convention a ainsi été signée à l'initiative du Préfet du Gers il y a un peu plus d'un an, dans lequel l'Assurance Maladie prenait l'engagement de recueillir et de diffuser les informations transmises par les collectivités territoriales concernant les offres qu'elles proposaient pour favoriser l'installation de médecins. Le dispositif ne fonctionne pas de manière pleinement satisfaisante pour le moment, notamment parce que les collectivités territoriales ne se sont pas emparées de l'outil, mais le principe demeure toutefois intéressant.

---

<sup>1</sup> <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/instalSante.19427.0.html>