

« Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé

AUTEUR

Guillaume ROUSSET, IFROSS (France)

RÉSUMÉ

La question des inégalités territoriales de santé (les « déserts médicaux ») est intéressante car elle permet d'étudier la perception que les pouvoirs publics peuvent avoir des territoires en matière de santé. Or, face à ce problème de territoires déficitaires en offre de soins, les outils juridiques choisis sont essentiellement fondés sur l'incitation, mais se caractérisent par une certaine inefficacité. Ce résultat pousse à s'interroger sur la pertinence d'outils axés, cette fois-ci, sur la coercition. Favorisant l'accès aux soins au dépens de la liberté d'installation, ces mesures révéleraient une approche innovante des territoires en santé, mais pourraient remplacer une complication (les inégalités territoriales de santé) par une autre (une pénurie généralisée de professionnels de santé libéraux, notamment médecins).

MOTS CLÉS

Territoire, santé, inégalités de santé, déserts médicaux, accès aux soins, liberté d'installation

ABSTRACT

The question of health territorial disparities ("medical deserts") is interesting because it enables to study the perception that public authorities can have territories regarding health. But, in front of this problem of overdrawn territory as to care offer, legal tools, essentially based on the incitement, prove rather ineffective. This result urges to question the relevance of other tools centred, this time, on coercion. Favouring the access to healthcare vs. the freedom of installation, these measures could reveal innovative in approaching health territories, but it might replace a complication (territorial health disparities) by an other one (a general shortage of liberal healthcare professionals, in particular doctors).

KEYWORDS

Territory, Health, Disparities of health, Medical deserts, Access to healthcare, Freedom of installation

INTRODUCTION

Lorsque l'on s'intéresse aux rapports que peuvent entretenir territoire et santé, le cas des inégalités territoriales de santé (les fameux « déserts médicaux ») semble particulièrement intéressant. L'analyse de ces inégalités permet en effet de s'interroger sur les éléments essentiels et parfois difficilement conciliables que sont l'accès aux soins et la liberté d'installation des professionnels de santé.

Si l'on tente de réduire les inégalités territoriales de santé, plusieurs dispositifs sont à la disposition des pouvoirs publics (Rousset, 2012 ; Jorret, 2009). Certains sont centrés sur l'incitation. Il s'agit de faire venir les professionnels de santé dans des zones déficitaires en offre de soins. Cela peut notamment se traduire par des aides financières ou matérielles à travers la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés

aux soins. D'autres dispositifs sont fondés sur la coercition. L'idée consiste à contraindre les professionnels à s'installer sur un territoire. Cela peut se manifester par un régime d'autorisation d'installation ou de conventionnement sélectif. Face à la variété de ces outils, il paraît utile de mobiliser la science juridique pour tenter d'établir un bilan de leur application sur les territoires par les pouvoirs publics français. La conclusion est pour le moins mitigée puisque se succèdent un constat d'échec (1.) et des effets limités (2.), ce qui n'empêchera pas d'envisager les innovations possibles (3.) pour agir au mieux sur les territoires en santé à travers les outils juridiques en favorisant l'accès aux soins et la santé publique.

1. AGIR SUR LES TERRITOIRES EN SANTÉ : LE CONSTAT D'ÉCHEC

Par principe, les pouvoirs publics ont tenté de lutter contre les inégalités territoriales en préservant la liberté d'installation des professionnels de santé, laquelle est protégée par loi. C'est dans cet esprit que les instruments mis en place se fondent sur l'incitation. Il s'agit de favoriser l'installation des professionnels dans des zones déficitaires en offre de soins. Deux types d'outils existent selon qu'ils sont classiques ou nouveaux, tous présentant des résultats insuffisants.

L'échec avéré des outils classiques

Historiquement, une grande diversité d'outils incitatifs a ainsi été mise en place. C'est le cas des aides à l'installation ou au maintien de l'exercice (exonérations sociales ou fiscales, majorations d'honoraires) ou l'attention accordée à des questions matérielles avec la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins en contrepartie d'un exercice d'une certaine durée dans la même zone (mise à disposition de locaux professionnels, d'un logement, primes d'installation ou d'exercice).

Aussi bien intentionnés soient-ils, que penser de ces instruments ? Deux reproches peuvent être faits.

D'abord, ils paraissent d'une pertinence relative parce qu'ils se focalisent sur l'aspect financier, ne prenant pas en compte les déterminants sociaux et familiaux d'une installation. Or, il est évident qu'un projet d'installation est influencé par des éléments individuels et contextuels tant dans le choix de l'exercice libéral que dans celui du lieu et des conditions d'installation. Outre la maturation du projet professionnel, cela renvoie au mode de vie espéré, aux projets personnels et familiaux. Ne tenter d'attirer de nouveaux professionnels qu'en axant l'incitation sur des éléments financiers est une réponse potentiellement inadaptée car partielle. Ce ne sont pas des aides de quelques milliers d'euros qui vont pousser un médecin à s'installer dans une zone dans laquelle son conjoint aura des difficultés à trouver un emploi et ses enfants des problèmes pour être scolarisés. Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET, 2015) a pu, en effet, montrer que les facteurs d'attractivité majeurs d'un territoire sont sa qualité et son cadre de vie (distance domicile-travail, type d'agglomération...), les possibilités d'emploi qu'il offre à un conjoint potentiel, l'existence de services a? la population, ses équipements et infrastructures (établissements scolaires ou de garde d'enfant, commerces...).

Ensuite, ces mécanismes incitatifs sont d'une efficacité incertaine pour plusieurs raisons. En premier lieu, la grande diversité des dispositifs favorise le manque de coordination, les rendant peu visibles et sous-utilisés. En second lieu, un effet d'aubaine est souvent

constaté, induisant qu'avec ou sans incitation le parcours personnel du médecin l'aurait fait s'installer de toute manière dans la zone sous-dense¹. Le tout cumulé, tant les autorités publiques, comme la Cour des comptes (2011), que les auteurs étudiant la question (cf. Marié, 2012 : 404) constatent des résultats insuffisants pour lutter contre les inégalités territoriales de santé au vu des investissements réalisés.

L'échec probable des outils nouveaux

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire (dite loi HPST), les pouvoirs publics ont poursuivi la mise en place d'instruments incitatifs (pacte territoire santé). Parmi eux, le contrat de praticien territorial de médecine générale, dit PTMG, lequel est révélateur de l'inadéquation des solutions proposées.

L'idée de ce contrat est de favoriser l'installation et le maintien des médecins dans des zones manquant de professionnels (dites sous-denses) en sécurisant les deux premières années d'exercice, généralement considérées comme les plus délicates économiquement (frais d'installation, temps de constitution de la patientèle...). Le médecin bénéficie, en contrepartie de son engagement à exercer dans cette zone et sous réserve d'un minimum d'activité, d'un complément de rémunération garantissant un revenu net mensuel et d'une protection sociale avantageuse (maladie, maternité/paternité). Ce dispositif est dans la lignée des mécanismes incitatifs, respectant sur le fond la liberté d'installation.

Quelle est la pertinence de ce contrat ? Par certains aspects, il paraît louable, notamment parce qu'il permet aux médecins signataires de bénéficier d'une protection sociale améliorée, élément important pour des libéraux. Par d'autres cependant, ce dispositif est inadapté car il se trompe de cible. Le problème des médecins installés dans des zones sous-denses n'est pas le manque de patients et donc un revenu insuffisant, mais au contraire une patientèle trop importante. Dans ces territoires déficitaires en offre de soins, l'arrivée d'un nouveau professionnel est le plus souvent à l'origine d'une activité forte. De ce fait, la difficulté à laquelle est confrontée le nouveau médecin n'est pas la viabilité économique de son activité, mais une surcharge de travail qui peut aboutir à un épuisement professionnel. Indépendamment de cela, le nombre de contrats proposés est faible au vu de l'ampleur du problème auquel il tente de répondre. Le premier bilan montre en 2013 180 contrats de PTMG signés sur un objectif de 200, ce qui paraît peu pour un enjeu concernant 2 millions de personnes.

2. AGIR SUR LES TERRITOIRES EN SANTÉ : LES EFFETS LIMITÉS

Lorsque l'on veut étudier l'action des pouvoirs publics sur les territoires en matière d'inégalités territoriales de santé, l'une des étapes essentielles est la loi HPST déjà citée, elle-même centrée sur la notion de territoire. Or, il ressort que l'orientation générale de ce texte est ambivalente et son impact sur ces inégalités assez faible.

Une conciliation aux effets limités

Le principal outil est le contrat d'engagement de service public (Mandin, 2013). Assurément, ce contrat est intéressant puisqu'il permet le versement aux étudiants en médecine/odontologie, à compter de leur 2^e année, d'une allocation pendant toute la durée des études (1 200 € bruts/mois) en échange d'un engagement à exercer à titre

1 Comme peuvent le montrer les entretiens réalisés avec certaines agences régionales de santé (ARS) à propos de ce type de dispositifs.

libéral ou salarié dans une zone sous-dotée ou dans une spécialité moins représentée pendant une durée équivalente à celle de versement. Ce contrat présente de réels avantages puisqu'il a une utilité sociale, en contribuant au financement de longues études, et une utilité citoyenne, en réduisant les inégalités territoriales. Face à ces éléments, faut-il se féliciter de ce dispositif qui réussit à concilier lutte contre les inégalités territoriales de santé et liberté d'installation ?

Nous n'en sommes pas totalement certains pour plusieurs motifs.

Le premier est qu'il est encore peu appliqué. Une étude réalisée en 2011 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS, 2011) du ministère en charge de la santé a montré que seulement 148 contrats avaient été signés sur les 400 prévus. La faiblesse de ces premiers résultats semble assez logique puisque le contrat était alors récent et mal connu des étudiants. Pour autant, les résultats ultérieurs ne sont pas plus encourageants : le bilan provisoire du pacte territoire santé est en baisse, avec 353 contrats signés en 2012 contre 238 en 2013, indiquant une baisse. L'objectif des 1 500 contrats fixé pour 2017 est-il alors réaliste ?

Le second motif se fonde sur trois considérations. D'abord, l'obligation de service que doit respecter le jeune médecin installé est limitée dans le temps puisqu'elle doit correspondre à une durée égale à celle de versement de l'allocation avec un minimum de 2 ans. Ensuite, le régime juridique permet au professionnel de « racheter » les sommes versées pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme. Enfin, les effets sont différés : la signature d'un contrat avec un étudiant en 2^e année de médecine n'aura de conséquence qu'une fois les études achevées et le projet d'installation lancé, soit une dizaine d'années plus tard. Cela ne signifie pas que ce contrat n'est pas utile, mais qu'en tant qu'investissement sur l'avenir des installations il ne contribue pas à agir, comme il est pourtant nécessaire, immédiatement sur les inégalités territoriales.

Une conciliation avortée

La loi HPST propose un outil s'orientant vers une forme de coercition : le contrat santé solidarité. Sur la base de zones sous-denses déterminées grâce à l'évaluation des résultats du Schéma régional d'organisation des soins, outil de planification (SROS), le directeur général de l'ARS peut proposer aux médecins exerçant dans les zones très bien dotées d'adhérer à un contrat par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-dotées. En cas de refus de signature ou, s'il y a signature, de violation des obligations, une contribution forfaitaire annuelle doit être versée.

Ce contrat est audacieux parce qu'il constitue une violation de la liberté contractuelle et marque une contrainte portée à la liberté d'installation traduisant, au final, une forme de coercition. Par voie de conséquence, la neutralisation de ce nouveau dispositif a été envisagée de manière sérieuse. C'est ainsi que ce contrat a d'abord été enterré de fait lorsqu'en 2010 le ministre en charge de la Santé, R. Bachelot, a annoncé qu'elle ne prendrait pas le décret d'application de cette disposition. Il a ensuite été enterré de droit par la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, laquelle a supprimé non pas le contrat santé solidarité mais la pénalité en cas de refus de signature du contrat ou de sa violation. Sans son caractère coercitif, ce contrat perd son originalité comme son utilité, poussant à s'interroger sur la motivation des pouvoirs publics.

3. AGIR SUR LES TERRITOIRES EN SANTÉ : LES INNOVATIONS ENVISAGÉES

Deux pistes peuvent être envisagées : le conventionnement sélectif et le *numerus clausus* à l'installation.

Le conventionnement sélectif

Le conventionnement sélectif est une piste sérieuse. Le but est de permettre le conventionnement sans contrainte pour les professionnels s'installant dans des zones sous-dotées, mais de le limiter au seul remplacement des professionnels qui cessent leur activité dans une zone sur-dotée. Ainsi, un médecin qui souhaite s'installer dans un territoire sur lequel l'offre est excédentaire en aurait tout à fait la possibilité technique, mais ne pourrait pas être conventionné s'il s'installe en plus – et non à la place – des professionnels déjà présents.

Ce mécanisme existe déjà pour deux autres professions de santé libérales. Historiquement, ce sont les infirmières qui l'ont mis en place par l'avenant de 2008 à la convention infirmière. Du fait des résultats intéressants, cette orientation a été développée avec la nouvelle convention notamment en augmentant les zones sur-dotées soumises à conditions d'installation. Ce concept a ensuite été repris par les masseurs-kinésithérapeutes en 2011-2012 (bien que cette disposition ait été annulée par le Conseil d'État dans un arrêt du 17 mars 2014 pour un motif de procédure).

Mettre en place un tel système pour les médecins pourrait être intéressant. Techniquement, elle ne porte pas directement atteinte à la liberté d'installation, puisque le professionnel a toujours la possibilité de s'installer dans la zone en question, même en n'étant pas conventionné. Pour autant, lorsque l'on connaît l'importance économique du conventionnement pour un professionnel libéral, ce système restreint fortement la liberté d'installation et risque, de ce fait, d'être mal accueilli.

Le *numerus clausus* à l'installation

La seconde piste est le *numerus clausus* à l'installation (Rousset, 2015). Il consiste à soumettre l'installation des professionnels à une autorisation administrative. Est-ce pertinent ? Le principe d'une autorisation administrative n'est pas choquant en soi puisque ce système existe déjà pour d'autres professions de santé. Le cas le plus emblématique est celui des pharmaciens officinaux, lesquels voient l'implantation de leur officine soumise à autorisation depuis une loi du 11 septembre 1941. Cet exemple est d'autant plus marquant qu'il s'applique à une profession qui n'est pas libérale mais commerciale. Il ne serait donc pas incohérent de l'imaginer pour les médecins. Malgré tout, une difficulté importante existe et pousse à se demander si la coercition est la solution aux inégalités territoriales de santé. Certes, l'on peut penser que cette régulation est opportune lorsque l'on voit l'échec des mesures incitatives et le peu d'ambition des mesures actuelles. Mais, l'on peut aussi estimer, à l'inverse, que la coercition n'est pas la solution dans un contexte de désaffection croissante des étudiants pour la médecine libérale. En contraignant ainsi les professionnels, ne risque-t-on pas de remplacer une complication (les inégalités territoriales de santé) par une autre (une pénurie généralisée de médecins libéraux) ? Ne va-t-on pousser ces professionnels vers le salariat, aboutissant à un faible nombre de médecins libéraux en activité ? La réponse n'est pas certaine mais la question mérite d'être posée.

RÉFÉRENCES

Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), 2015, *Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires*, Paris, Premier ministre.

Cour des comptes, 2011, *Rapport sur la sécurité sociale*, Paris, La Documentation française.

DGOS, 2011, *Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année*, Paris, ministère en charge de la Santé.

Jornet F., 2009, « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, HS « Territoire et santé », pp. 108-115.

Mandin F., 2013, « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, pp. 591-598.

Marié R., 2012, « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *Droit social*, n° 4, pp. 404-411.

Rousset G., 2012, « La lutte contre les "désert médicaux" depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6, pp. 1061-1073.

Rousset G., 2015, « Vers une régulation coercitive de l'installation des médecins ? », *La semaine juridique. Édition administrations et collectivités territoriales*, n° 14, pp. 311-313.

L'AUTEUR

Guillaume Rousset

IFROSS

Université Jean Moulin Lyon 3

guillaumerousset@free.fr