

Première séance du vendredi 30 octobre 2009
Projet de loi de financement de la sécurité sociale

Daniel Garrigue pose le problème de la démographie médicale en milieu rural.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 110.

La parole est à M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Madame la ministre, mes chers collègues, dans le monde rural, nous sommes confrontés à la désertification médicale. Ce phénomène qui a tendance à s'accélérer touche tous les territoires ruraux, y compris, paradoxalement, ceux dont la population augmente de façon sensible.

Pour tenter de l'enrayer, plusieurs modes d'organisation ont été essayés : les maisons médicales de garde ont pris en charge la permanence des soins dans les villes petites et moyennes, les maisons de santé rurales ont été créées, et certaines collectivités ou certaines caisses de MSA ont fait des efforts afin de créer des conditions attractives pour les médecins – en la matière, nous risquons d'ailleurs d'assister à des situations de surenchère comme celles qu'a connues le Québec. Le développement des EHPAD est également susceptible d'aider des médecins à se maintenir en zone rurale.

Malheureusement, tous ces éléments ne jouent qu'à la marge : ils ne suffisent pas à enrayer le phénomène.

Aujourd'hui, nous sommes donc soumis à une véritable exigence de régulation. Le problème touche des millions de nos concitoyens et il s'agit désormais d'organiser un nouveau service public dans les zones rurales.

Madame la ministre, dans l'avant-projet de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, vous aviez tenté d'apporter une réponse à ce problème. Malheureusement, vous n'avez pas pu présenter ces dispositions au Parlement ; je pense pourtant qu'elles étaient indispensables.

Mon amendement s'inspire de votre avant-projet de loi. Il propose une solution fondée sur la concertation entre les syndicats de médecins et les caisses régionales d'assurance maladie. Elle permettrait de fixer des règles tant en matière territoriale qu'en ce qui concerne les spécialités. Pour un certain nombre de spécialités, en effet, le problème se pose même dans les villes moyennes, au-delà des zones rurales.

Si nous ne voulons pas, d'ici quelques années, nous trouver dans l'obligation d'adopter des dispositions de régulation beaucoup plus autoritaires que celles-ci, je pense qu'il est indispensable de voter mon amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Monsieur Garrigue, vous ouvrez à nouveau le très long débat que nous avons eu sur ce sujet lors de l'examen de la loi HPST.

Il faut laisser à cette loi le temps de s'appliquer. Elle prévoit déjà que les agences régionales de santé auront la charge d'étudier le schéma régional d'organisation des soins sur le territoire, donc de lutter contre les déserts médicaux.

Toute une stratégie a déjà été mise en œuvre avec, par exemple, la création de bourses incitatives : il faut attendre d'en voir les effets.

Il n'est donc pas encore temps de revenir sur ce débat. Je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cher Daniel Garrigue, M. Didier Migaud, le président de la commission des finances, a bien fixé les limites et l'éthique de l'examen de ce

PLFSS en nous invitant à ne pas « jouer le deuxième tour » de la loi HPST. Je crois qu'il a eu raison.

Je connais les problèmes que pose la démographie médicale, et je sais que le département de la Dordogne est miné par ce phénomène.

Dans la loi HPST nous avons prévu un dispositif extrêmement complexe qui s'appuie sur la formation des médecins ; sur leurs modalités d'installation pilotées par les ARS qui joueront le rôle de guichet d'aide à l'installation ; sur la création d'un corps de médecins boursiers, ou encore sur l'établissement d'un SROS ambulatoire. Nous avons également largement commencé à mettre en place des coopérations entre les professionnels de santé, ainsi que le financement de maisons médicales pluridisciplinaires.

Dans les trois ans qui viennent, si ces mesures ne sont pas suffisantes, le contrat santé solidarité, prévu par la loi, permettra de donner encore un coup d'accélérateur à cette politique.

Nous disposons donc d'un large éventail de dispositifs complexes et très ambitieux : avant de songer à prendre les mesures coercitives que propose votre amendement, nous devons laisser le temps à ces mesures de faire toutes leurs preuves.

J'ai bien compris que votre amendement était plutôt un amendement d'appel destiné à permettre que la question de la démographie médicale soit à nouveau évoquée dans cet hémicycle.

M. Michel Issindou et **M. Jean Mallot**. Un amendement d'appel : bien sûr, c'est tellement évident !

M. Daniel Garrigue. Si c'est un appel, c'est un appel au secours !

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. S'il s'agit d'un amendement d'appel, nous allons nous en saisir, car le problème de l'installation des médecins dans les zones à faible densité est extrêmement préoccupant.

Je comprends bien qu'il n'est pas opportun de faire « revenir en deuxième semestre » la loi HPST, mais le PLFSS comprend tout de même une pléthore d'articles portant des mesures de régulation, à commencer par celui que nous venons d'adopter et par celui que nous examinerons dans un instant.

Manifestement, la loi HPST ne répond ni aux attentes des professionnels des secteurs concernés, ni à celles des jeunes médecins qui souhaitent s'installer, ni à celles de la population qui constate que rien ne change. Donner un coup d'accélérateur en la matière ne serait donc pas une mauvaise chose.

Cela serait possible, d'autant que l'attente de la mise en place des institutions issues de la loi HPST, comme les ARS, ne vous a pas empêché de prendre, par anticipation, certaines mesures quand elles vous arrangent. Nous pouvons rappeler l'affaire des blocs opératoires : il s'agissait typiquement d'une mesure qui relevait des ARS, mais vous n'avez pas attendu que ces dernières s'installent. Pourquoi faudrait-il patienter pour ce qui concerne l'installation des médecins dans les zones sous-denses alors que, sur d'autres sujets, vous avez déjà agi ?

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il y a une très grande confusion dans l'esprit de Mme Touraine : les mesures en question ne concernent pas la fermeture de blocs opératoires, il s'agit seulement de moderniser l'appareil réglementaire qui fixe les normes de sécurité.

Ces normes datent en effet de 1956, et l'on ne peut que reconnaître qu'elles méritaient d'être toilettées.

M. Jacques Domergue et **M. Guy Lefrand**. Évidemment !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. En effet, depuis un demi-siècle, le système

de santé a tout de même connu un certain nombre d'évolutions.

Mes prédécesseurs ont d'ailleurs engagé ce travail il y a plusieurs années, et il a fait l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes : la Haute autorité de santé, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de la chirurgie, les sociétés savantes et les syndicats professionnels.

Nous établissons des normes de sécurité pour moderniser les règles en cours, car la puissance publique, garante de la sécurité, a besoin d'un cahier des charges.

Nous avons tenu compte de la notion de proximité puisque, à ma demande, le seuil de 2 000 interventions annuelles, que recommandaient les sociétés savantes et le Conseil national de la chirurgie, a été abaissé à 1 500. Il s'agit d'un outil réglementaire dont va se servir la puissance publique, en particulier les ARS, pour organiser les transformations nécessaires à la sécurité des malades. Il ne s'agit absolument pas de décisions de fermetures.

Si une telle affirmation était proférée par une autre personne que vous, madame Touraine, je penserais à de l'incompétence ; mais ici, je pense à de la malveillance... (« Oh ! » sur plusieurs bancs du groupe SRC.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, il n'est pas question de malveillance : les uns et les autres veulent seulement apporter leur contribution au débat.

Le seuil de 1 500 interventions annuelles est sans doute très intéressant, mais il ne peut avoir de sens si l'on considère seulement les établissements : il faut aussi prendre en compte les praticiens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les mesures de normes ne se réduisent pas au nombre d'actes : le système est évidemment plus complexe !

Mme Catherine Génisson. La démographie médicale est un problème majeur qui nous a beaucoup occupés pendant l'examen de la loi HPST ; et vous-même, madame la ministre, pour des raisons diverses, avez été contrainte de défendre des propositions très en deçà de celles que vous aviez annoncées quelques semaines ou quelques mois avant le débat.

Les mesures que vous avez énoncées pour répondre à M. Garrigue sont évidemment bonnes à prendre, mais, pour la grande majorité d'entre elles, elles sont déjà très largement appliquées, ce qui permet de se rendre compte qu'elles sont très largement insuffisantes.

En conséquence, le débat ouvert par M. Garrigue et l'amendement qu'il défend me semblent être très opportuns.

M. le président. La parole est à M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Madame la ministre, je ne crois pas que M. Migaud refuserait que nous discussions de dispositions qui ont, à l'évidence, un impact financier non négligeable sur notre système de sécurité sociale.

Mon amendement n'est pas un amendement d'appel mais un amendement d'appel au secours.

M. Jean Mallot. Très bien !

M. Daniel Garrigue. Selon vous, il mettrait en place une coercition, mais cela n'est pas le cas puisqu'il prévoit, au contraire, une concertation.

Il s'agit véritablement d'un enjeu de service public. Le service public de la santé n'est plus assuré en milieu rural.

M. Michel Issindou et **M. Jean Mallot.** Il a raison !

M. Daniel Garrigue. Dans ces circonstances, les pouvoirs publics ont l'obligation de réguler. On parle de régulation dans tous les domaines ; il n'y aurait donc qu'en matière de santé que la

régulation n'aurait pas de raison d'être !

(L'amendement n° 110 n'est pas adopté.)