

N° 372 | FÉVRIER | 2020

# 36 000 COMMUNES

LE MENSUEL DES MAIRES RURAUX DE FRANCE

Actualités  
**UN NUANÇAGE  
À NUANÇER**

Dossier

## SANTÉ : VOUS REPRENDREZ BIEN UN PEU DE DÉSERT ?

Parole à

## DES MAIRES RURAUX TÉMOIGNENT



CHERCHE  
MEDECIN GENERALISTE

## VOUS REPRENDRÉZ BIEN UN PEU DE DÉSERT ?

Il y a un an, les citoyens exprimaient avec force dans les cahiers de doléances et de propositions leur constat des inégalités territoriales, et notamment leurs difficultés pour accéder aux services de soins, parfois les plus élémentaires. Depuis, malgré les alertes quotidiennes relevées par les élus et les drames évoqués dans la presse, peu a été fait en matière de santé, comme si la situation, documentée par des tonnes d'études statistiques, pouvait une fois encore être remise au fond des armoires du ministère de la Santé. Mais derrière la réalité statistique des faits, c'est bien de la défense d'un système de santé sur tout le territoire français, et pour tous les Français, dont il est question.

**D**is-moi où tu habites, je te dirais comment tu mourras. Pour aussi glaçante qu'elle soit, cette assertion est loin d'être dénuée de fondements, tant la réalité subie par de nombreux Français pour accéder aux services de soins s'est dégradée ces dernières décennies. Si elle n'est plus l'apanage des ruraux, tant les déserts médicaux ont gagné un nombre important de zones urbaines (voir les éléments de cadrage page suivante), l'aggravation des difficultés d'accès à l'offre de soin doit faire l'objet d'une prise de conscience collective sur la nature même de notre pacte républicain.

### Conservé un maillage territorial efficace

Comme pour d'autres sujets, la causalité n'est pas unique et rencontre d'autres leviers de l'action publique, que ce soit la mobilité, le logement, l'emploi, etc. De la même manière que pour l'ensemble des services publics, dont le retrait a été le révélateur du mal être des populations rurales, tout est question de « proximité ». Mais en l'absence de définition claire, celle-ci reste, au mieux, condamnée à l'abstraction, au pire, une variable d'ajustement pour justifier de la rétractation du maillage territorial. Or, comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé, « *le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable* ». C'est pourquoi l'AMRF milite pour définir la proximité comme : pour une urgence vitale, l'espace au sein duquel une équipe médicale

(comprenant donc un médecin urgentiste) peut intervenir en moins de 30 minutes ; et pour une consultation, l'espace au sein duquel le temps d'accès à un médecin généraliste est inférieur à 20 minutes. En tout état de cause, il y a urgence à établir les bases solides d'un diagnostic et d'objectifs communs.

### La santé reste aux soins intensifs

Faute de vision, et malgré une loi en juillet 2019, des plans et une kyrielle de stratégies (« Ma santé 2022 », « Plan national de santé publique », « Pacte de refondation des urgences », etc.), la crise s'aggrave et l'erreur consisterait à attendre l'acmé du manque de médecins généralistes en zone sous-dense prévue autour de 2025, comme un horizon engageant vers des jours meilleurs. Trop de sujets comme le développement de la télémédecine et l'émergence de nouveaux statuts plus souples (médecins salariés, infirmières en pratiques avancées, périmètres des pharmaciens, etc.) permettant d'explorer de nouvelles voies entre la liberté d'installation des médecins et le droit des patients, ou encore celui de la place des élus au sein des CPTS, symbole de leur éloignement du champ de la décision, doivent être remis à plat en ce moment de crise. C'est pourquoi les Maires ruraux rappellent l'urgence d'agir sur d'autres bases que celles qui ont prévalu jusqu'à maintenant, afin que le ministère de la Santé cesse d'arguer de la statistique et des ratios, et se décide enfin à mettre l'humain au centre de ses préoccupations.

## Éléments de cadrage

Si elle ne date pas d'aujourd'hui, la désertification médicale ne cesse de s'accroître à un rythme effréné. Selon de nombreuses projections, le pire est même à venir. Ces deux cartes permettent d'observer qu'en l'espace de 7 ans, la qualité de l'offre de soin s'est très nettement dégradée sur l'ensemble du territoire national. Un quart de la population française vit aujourd'hui dans des territoires où l'offre de soin est mauvaise.

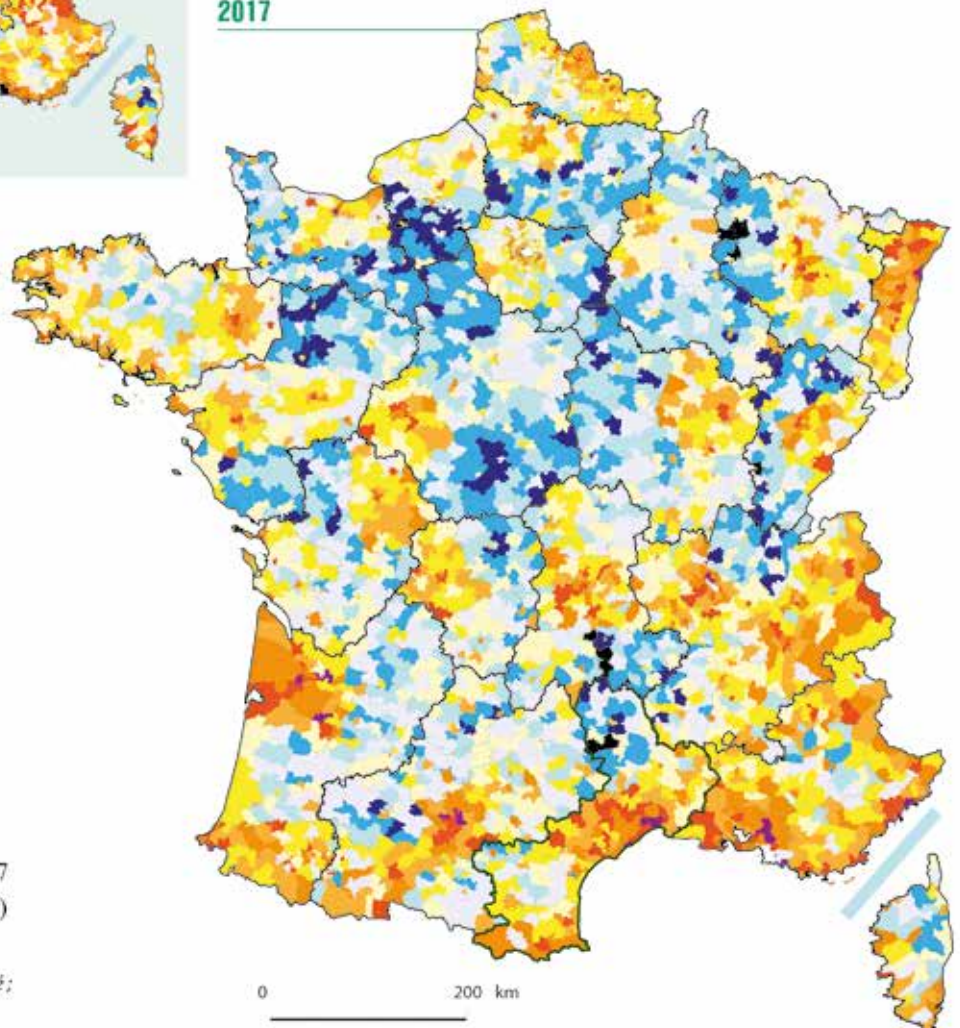
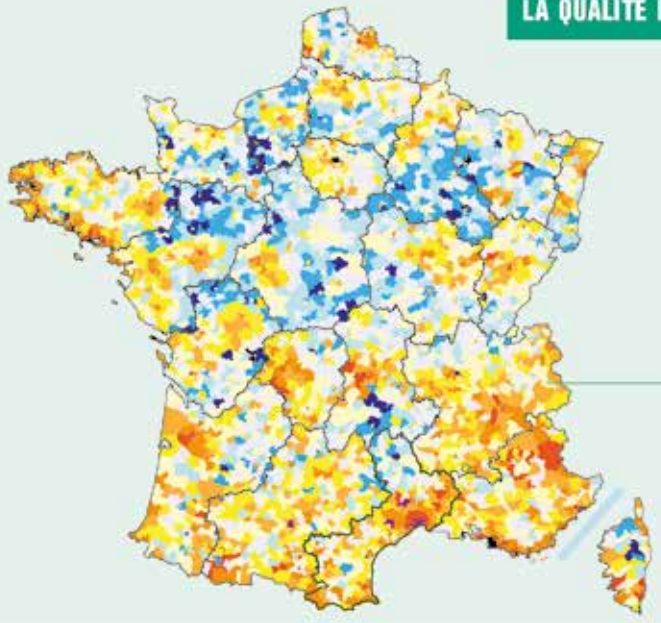
### LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOIN DANS LES CANTONS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE

#### MÉTHODE

Une note de 0 à 10 a été attribuée à chaque canton pour qualifier la qualité de l'offre de soin. Cette note est calculée en fonction de la densité des effectifs de praticiens, au niveau du canton pour les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes libéraux et les médecins généralistes salariés, et au niveau du département pour les médecins spécialistes.

#### 2010

#### 2017



|                 | Note de synthèse | Nb d'hab. concernés en 2017 |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| Très mauvaise   | 0                | 34 000                      |
|                 | 1                | 847 000                     |
|                 | 2                | 3 millions                  |
| Dans la moyenne | 3                | 4,8 millions                |
|                 | 4                | 6,8 millions                |
|                 | 5                | 8,9 millions                |
|                 | 6                | 11,3 millions               |
|                 | 7                | 9,2 millions                |
| Très favorable  | 8                | 9,7 millions                |
|                 | 9                | 9,4 millions                |
|                 | 10               | 3,6 millions                |

Réalisation : Emmanuel Vigneron, 2017  
(avec l'aimable autorisation de l'auteur)

Source des données : RPPS 2017, ministère de la santé pour les effectifs de professionnels de santé ; INSEE RP 2016 pour les effectifs de population  
Source cartographique : © Artique

## ENTRETIEN

**EMMANUEL VIGNERON**

géographe à l'Université  
de Montpellier,  
spécialiste des questions  
de santé en France

### Après être devenus un sujet médiatique et politique, les déserts médicaux connaissent-ils une régression ces dernières années ?

*C'est tout le contraire ! Quel que soit le secteur, on observe qu'il y a une aggravation de l'accès aux soins : la densité médicale diminue dans les déserts médicaux, les distances s'accroissent et les difficultés pécuniaires s'intensifient. Autant d'indicateurs aggravants pour de nombreux territoires ruraux, où les difficultés de mobilités et la composition sociale des territoires rendent les populations plus fragiles. C'est un cercle vicieux, car la faible consommation de soin est liée à la faiblesse des revenus des ménages, et parallèlement l'offre de soin est corrélée aux revenus des habitants. On a donc moins de consommation et moins d'offre sur les territoires. Le pire est que tout cela est très facile à documenter : que ce soit l'absence de médecins référents ou l'éloignement des spécialistes, la cartographie de l'offre de soin (voir page ci-contre) révèle un grand nombre de territoires en situation de sous-densité médicale.*

### Comment analyser cette aggravation ?

*On en a marre de répéter les mêmes choses ! Tout ce qui était vrai il y a 10 ou 20 ans, l'est toujours. La nouveauté c'est que les déserts médicaux ne concernent plus seulement les habitants des communes isolées qui, sans que ce soit normal, ont toujours dû faire quelques kilomètres pour trouver un médecin. Mais aujourd'hui, des arrondissements, des cantons entiers, des départements, et même des régions, sont en proie à une désertification médicale très avancée. La Mayenne, la Lozère par exemple, voir même le Centre-Val de Loire, bordé par des régions qui ne sont pas beaucoup mieux loties comme la Bourgogne-Franche-Comté ou l'Auvergne. La distance devient si excessive qu'elle entraîne un renoncement à des soins qui seraient pourtant nécessaires.*

### Comment cela se matérialise concrètement pour les populations ?

*Le retard de dépistage chez les patients de la campagne est bien documenté. Cela veut dire par exemple qu'un enfant de la campagne a plus de risque de se faire opérer de l'appendicite, la faute à l'absence d'un radiologue de garde en capacité de faire un diagnostic échographique précis pour éviter l'intervention chirurgicale. On sait aussi qu'il y*

*a moins d'opérations de la cataracte à la campagne qu'en ville, car il faut souvent attendre plus de neuf mois pour avoir un rendez-vous chez un ophtalmologue. Le sentiment de devoir attendre s'est installé comme une fatalité, alors que cela peut avoir des conséquences importantes, quand on sait que la vue joue sur le maintien à domicile des personnes, avec des risques de chutes et de dégradations en cascade. Derrière un mot simple comme le délai d'attente chez l'ophtalmologue, c'est en réalité une perte pour la société toute entière, notamment en termes de dignité.*

### Quel rôle peut jouer la communauté médicale pour améliorer la situation ?

*On ne peut pas faire 1000 études pour dire toujours la même chose ! C'est par exemple pareil pour le cancer de la prostate, on sait que les hommes qui vivent en milieu rural sont plus opérés par chirurgie que ceux de la ville qui, grâce à un meilleur suivi médical, sont d'avantage traités par célioscopie, ce qui a beaucoup moins d'impact sur l'état de santé général. Tout est donc question d'accès au soin, mais la médecine libérale s'est bâtie sur la liberté d'installation, contre la volonté des premières caisses de sécurité sociale de l'entre-deux guerres. Que les médecins protestent contre les restrictions de la liberté de prescription, c'est normal, c'est la vie syndicale. Mais, en contrepartie, on n'ose pas toucher à la liberté d'installation.*

**Les élus ne sont pas assez associés.  
Le ministère a une vision  
qui néglige les réalités rurales :  
à Paris les gens ne se rendent pas  
compte de ce que c'est de faire 15 km !**

### Les élus ont-ils la clé des solutions ?

*Les élus ne sont pas assez associés. Le ministère a une vision qui néglige les réalités rurales : à Paris les gens ne se rendent pas compte de ce que c'est de faire 15 km ! Or il faut arriver à penser les exceptions territoriales pour réduire les distances grâce au maintien des établissements au titre de la solidarité nationale. Cela suppose de mettre des normes d'accès, mais l'État est particulièrement frileux là-dessus. Il faut se mettre autour de la table, médecins, élus et sécurité sociale, pour équilibrer la question d'un nécessaire volume d'activité minimal, avec celle d'une distance maximale, en fonction bien entendu des spécialités. Les élus mènent sur le terrain des actions concrètes qui devraient faire jurisprudence pour adapter le contexte législatif. Car à force de ne pas poser les bonnes questions, on court le risque d'un effacement et d'une invisibilité du monde rural.*

## La liberté d'installation en question pour lutter contre les inégalités territoriales

En se déclarant à 60% favorables à des mesures plus coercitives pour lutter contre les déserts médicaux (Le Figaro 03/06/2019), les Français font montre d'une incompréhension teintée d'impatience, au point de s'attaquer au totem de la liberté d'installation défendue bec et ongles par les syndicats de médecins. Nombreux aujourd'hui, constatant les drames relayés dans la presse quotidiennement, considèrent, comme les rapporteurs de la mission ruralité, que « *les professionnels de santé ne peuvent se contenter de revendiquer le principe de liberté d'installation sans ne prendre aucune part dans la résolution du problème de l'inégale répartition géographique des professionnels de santé, ou renvoyer cette résolution à la seule responsabilité des pouvoirs publics, nationaux ou locaux, alors même que la profession médicale s'appuie très largement sur la solidarité nationale que ce soit pour le financement des études de médecine ou la solvabilisation de la patientèle* ».

Si la mission ruralité a entendu les réserves de nombreux acteurs sur la faisabilité de mesures consistant en une obligation d'installation dans les secteurs sous dotés, elle propose que l'État négocie sans délai avec les syndicats représentatifs des professionnels de santé, les associations de collectivités et les Universités un « accord national de responsabilité collective » traduisant la mobilisation de l'ensemble des acteurs pour répondre à l'enjeu national que représente la résorption des déserts médicaux. À défaut d'accord, les rapporteurs de la mission ruralité demandent au Gouvernement de prendre une mesure de régulation temporaire, visant à interdire tout nouveau conventionnement au régime de sécurité sociale dans les secteurs mieux dotés que la moyenne nationale. Pour l'AMRF, cette méthode, privilégiant le dialogue mais assortie d'une éventuelle mesure de régulation, paraît constituer un bon compromis aux débats incessants sur la question de la liberté d'installation des médecins.

Dans son rapport (au vitriol) sur l'ordre des médecins daté de décembre 2019, la cour des comptes dénonce les actions trop timorées de l'Ordre en faveur de la mobilité des médecins : « **L'ordre n'a pas toujours œuvré à l'assouplissement de la réglementation, nécessaire pour faciliter les conditions d'installation, d'exercice et de mobilité des médecins tout particulièrement dans les zones en voie de désertification médicale** ».

### CHIFFRES CLÉS

Selon le Ministère de la Santé 9 100 000 Français (13% de la population) vivent dans ce que l'on appelle un « désert médical », soit parce que les résidents consultent un médecin généraliste moins de 2,5 fois par an (44,4%) contre plus de 4 en moyenne ; ont plus de 30 minutes de trajet (en voiture) pour se rendre aux urgences (31,3%) ; ou ont plus de 10 minutes de trajet (en voiture) pour accéder à une pharmacie (6,5%).

Pourtant, 297 000 médecins (libéraux et salariés) sont inscrits à l'ordre des médecins en 2019, soit 35 000 de plus qu'en 2010 (source :

PPL G. Garot). On en dénombrait 334 pour 100 000 habitants en 2016 : c'est 60 de plus qu'en 1985, et 44 de plus que nos voisins belges (source : Insee). Le problème n'est donc pas leur nombre mais la manière dont ils sont répartis dans le pays.

Un médecin généraliste sur deux est âgé d'au moins 60 ans, et la France forme 40% de nouveaux praticiens de moins qu'en 1970. Les départs à la retraite ont été multipliés par six en dix ans et les projections anticipent une hausse continue jusqu'en 2025 (source : ministère de la Santé).



### LE POINT DE VUE DU DOCTEUR JÉRÔME MARTY, président du syndicat « Union Française pour une Médecine Libre »

« L'obligation d'installation n'est plus possible aujourd'hui, car on a laissé s'effondrer les prix des consultations et de nombreux médecins partent à l'étranger où le prix moyen des consultations est supérieur (50 € en Europe, 75 € en Allemagne ou 100 € en Suisse, contre 25 € en France). On évoque par ailleurs souvent le fait de « rembourser » les études de médecine, mais c'est oublier que c'est aujourd'hui les internes qui font tourner l'hôpital et étant sous-payés.

Il faut réunir autour d'une table tous ceux qui président à l'aménagement du territoire et particulièrement les élus. C'est à l'État de revoir ses priorités, en misant fortement sur la ruralité, car le médecin est un élément de l'ensemble (écoles, commerces, etc.) pour fixer la population en un lieu. On a trop "bercy-isé" la santé ! **Le politique ne doit pas réfléchir à ce que cela coûte, mais à ce que la présence d'un médecin rapporte au territoire.** Les mesures actuelles ne rendent pas l'installation attractive, c'est du palliatif, or le palliatif ça ne guérit pas, ça assiste la mort... »



### LE POINT DE VUE DE GUILLAUME GAROT, député de la Mayenne, auteur de plusieurs propositions de lois sur la santé

« Il n'y aura pas de solution durable sans régulation de l'installation. Le pacte entre la nation et ses médecins doit être refondé. Jamais les inégalités entre les territoires n'ont été aussi profondes et face à l'angoisse de nos concitoyens de ne plus trouver de médecins, il y a urgence à se rendre compte que les politiques d'incitations ne produisent pas d'effets. Plutôt que d'obliger les médecins, je propose d'instaurer un "conventionnement sélectif", qui limite la concentration des médecins en n'autorisant plus l'installation là où les besoins de santé sont déjà pourvus. Cela implique de travailler à la mise en place d'un indicateur transparent et partagé de tous, qui aurait force de loi. On a besoin de toutes les énergies, celle des élus et celle des médecins pour avancer. Mettons tout ça sur la table et **sortons des postures contraires à l'intérêt général, en valorisant nos territoires ruraux pour dire aux jeunes médecins : "n'ayez pas peur, engagez-vous !"**. On vit bien chez nous en milieu rural et pour le prouver il serait pertinent de faciliter l'orientation des jeunes ruraux vers les études de médecine, car ils seront, au final, les meilleurs ambassadeurs de la ruralité ».

## UN ARRÊTÉ POUR INTERDIRE DE MOURIR LE DIMANCHE

Pour dénoncer la pénurie de médecins, Isabelle Dugelet, maire de La Gresle (42), a pris un arrêté interdisant aux habitants de sa commune de décéder à leur domicile les samedis, dimanches et jours fériés. « *Un arrêté absurde pour dénoncer l'absurdité d'un système* » qui, faute de garde médicale dans un secteur rural sous-doté en médecins, a laissée l'élue dépourvue au moment de faire constater un décès survenu un dimanche. Une initiative symbolique à reproduire pour dénoncer la situation sanitaire catastrophique de votre commune ?

« Il faut arrêter de détruire le service public et tout particulièrement celui de la santé [...] et apporter plus de soutien au personnel de santé qui est submergé [...] Il y a de la place dans nos campagnes et la vie pourrait y être belle [...] Mais il y a un mal-être dans notre pays [...] J'ignore si ma démarche sera prise en considération, mais c'est avec espoir que je profite de l'occasion des cahiers de doléances. »

*Extraits de l'expression d'une habitante des Alpes-Maritimes dans le cahier de doléance et de proposition de sa commune - janvier 2019.*

## L'activisme des maires pour lutter contre les déserts médicaux

Pour "réinstaller" des médecins, deux visions semblent toujours s'opposer. Incitative d'un côté et quasi coercitive de l'autre. Tout le monde en parle, mais faute de résultats, les élus doivent réfléchir à des solutions alternatives, complémentaires mais concrètes. Les maires savent en effet qu'en plus des problématiques foncières réelles qui rendent l'installation difficile, les jeunes médecins ont aussi des questionnements sur l'attractivité territoriale des villages, et évidemment des interrogations de fond sur leur épanouissement professionnel et sur les difficultés, comme tout un chacun, de se construire une vie personnelle et familiale.

Pour garantir une offre de soin de qualité aux 22 millions de ruraux, les communes agissent pour prendre en compte cette nouvelle équation générationnelle. Ainsi, des aides incitatives sont débloquées par des élus locaux courageux et visionnaires, pour répondre à ceux qui parmi les jeunes médecins, réclament du travail en équipe, du partage d'expériences et de compétences pour vivre sereinement leur engagement en repensant leur temps d'exercice de la médecine et en optimisant leurs conditions de travail. Au-delà des exemples de maisons de santé, l'Association des maires ruraux des Alpes-Maritimes a travaillé sur une réflexion globale de l'attractivité du territoire en lien avec le préfet qui a initié des rencontres entre le conseil de

l'ordre, la faculté de médecine, l'ARS et les élus. Ces réunions permettent certes d'échanger sur les dispositifs existants que chacun développe de son côté, mais pour Jean-Paul David, président de l'AMR 06, il s'agit surtout de « *réinjecter de l'humain entre les élus et les jeunes praticiens. Jamais les maires ruraux n'avaient rencontré les responsables de la faculté de médecine, or ce qui marche c'est l'accompagnement humain. Les jeunes médecins sont à la recherche d'une qualité de vie, et ces échanges permettent de sortir de l'incantation en mettant notre énergie au service d'un accompagnement personnalisé qui puisse mettre en valeur l'attractivité de nos territoires* ».

Pour améliorer le quotidien des citoyens et des médecins et pour lutter contre les déserts médicaux, le digital, la médecine connectée et les téléconsultations peuvent également aider les élus ruraux qui sont nombreux à y être prêts. La téléconsultation (voir ci-contre) se présente comme une solution à même de désengorger les urgences des hôpitaux et de renforcer l'accès à un médecin traitant. Elle permet aussi de réinventer le temps médical pour les citoyens mais aussi pour tous les médecins.

*Le ministère de la Santé a publié un guide pratique à destination des élus pour les aider à agir en faveur de l'accès aux soins. À retrouver sur le site [www.amrf.fr](http://www.amrf.fr)*

### Une cabine médicale à la mairie



Faire de la mairie le lieu d'accès aux services publics, et notamment aux services médicaux, c'est l'ambition de John Billard, maire de Le Favril (28) et vice-président de l'AMRF, qui a mis en service une cabine de télé-médecine dans les locaux de la mairie. Cette première en France s'appuie sur la technologie développée par la société H4D qui a créé une cabine permettant de faire une consultation dans les mêmes conditions qu'une visite en cabinet classique, grâce aux outils présents dans la cabine.

En plus de lutter contre la désertification médicale, la cabine de télé-médecine est aussi une manière de remettre la mairie au cœur de la vie des habitants. Pour la secrétaire de mairie, Laurance Elisabeth, l'orientation et l'accompagnement des patients sont certes une charge supplémentaire, mais « *cela apporte un renouveau dans le quotidien qui est très enrichissant. On en parle beaucoup avec mes amis et collègues secrétaires, et beaucoup veulent la même cabine dans leur village ! C'est une nouvelle responsabilité qui correspond, je pense, à ce que nos administrés cherchent aujourd'hui dans leur mairie.* »

## Ce qu'en dit l'Agenda Rural

Si chacun peut s'accorder à penser que les mesures annoncées récemment par le Gouvernement et inscrites dans le projet de loi sur la santé, comme la fin du numerus clausus, la création d'assistants médicaux ou la possibilité donnée aux pharmaciens de prescrire certains médicaments sur ordonnance, vont dans le bon sens, celles-ci risquent de s'avérer insuffisantes et surtout elles mettront du temps à porter leurs effets. C'est pourquoi, la mission ruralité, chargée de travailler à l'adoption d'un Agenda Rural suite à l'initiative de l'AMRF, a fait une série de propositions à satisfaire en urgence, auxquelles le Gouvernement a donné des réponses partielles et souvent en attente de leur décret d'application. Après les paroles, les actes ?



### DOMINIQUE DHUMEAUX

maire de Fercé-sur-Sarthe (72),  
vice-président de l'AMRF  
et membre de la mission ruralité.

*La question de l'accès aux soins est devenue, sans aucun doute, la préoccupation numéro un des habitants des territoires ruraux, tant la situation en matière de démographie médicale s'est dégradée ces dernières années et tant cette dégradation cristallise le sentiment d'abandon qui se développe dans ces espaces. Quand il faut plusieurs mois pour décrocher un rendez-vous avec un spécialiste, qu'il est devenu impossible de trouver un médecin référent ou que le premier service d'urgence est à plus d'une heure de route, ce sont bien les fondements de notre égalité républicaine qui sont remis en cause. Or, il y a urgence. Le Gouvernement doit, en la matière, déclarer une véritable mobilisation générale et en appeler à la responsabilité de tous : État, collectivités et professionnels de santé.*

| PROPOSITIONS DE LA MISSION RURALITE :<br>« Ruralités : une ambition à partager »  | MESURES RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT :<br>« Faire des campagnes des territoires d'avenir »  |
|---|---|
| Négocier un accord national de responsabilité collective entre l'État, les Agences régionales de santé (ARS), les syndicats et les universités, fixant un objectif ambitieux et quantifié de résorption des déserts médicaux, assorti d'une éventuelle mesure de régulation après évaluation sous deux ans. | Dans le cadre de l'ambition portée par "Ma santé 2022", formaliser un partenariat entre l'État, les collectivités territoriales, les universités et les représentants des professionnels et établissements de santé, visant un niveau d'engagement élevé en matière de lutte contre les difficultés d'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux.  |
| Rendre obligatoire les stages des internes en milieu rural, ce qui représenterait l'équivalent de 3000 médecins immédiatement disponibles.  | Déployer les stages d'internes en médecine dans les zones sous-denses, en priorité dans les territoires ruraux avec un encadrement adapté.<br><i>La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a instauré l'obligation pour les internes de réaliser un stage en zones sous-denses dans le cadre de leur formation, afin de les familiariser avec l'exercice médical en zone sous-dense.</i> |
| Accélérer le recrutement de 400 médecins salariés par le Gouvernement en zones sous-dotées et porter ce nombre à 600.   | Accélérer le recrutement et le déploiement des 400 postes de médecins salariés ou à exercice mixte ville-hôpital en zones sous-dotées, et porter ce nombre à 600 (dont 200 qui seront déployées en priorité dans les zones rurales).  |
| Élargir le champ d'intervention des pharmaciens et infirmières en développant de nouvelles pratiques en faveur de l'ambulatoire (délégation d'actes, infirmières en pratique avancée).  | Renforcer le champ d'intervention des professionnels de santé non-médecins (pharmaciens, infirmières...) en développant de nouvelles pratiques en faveur de l'ambulatoire.<br><i>Il s'agit en particulier de développer la délégation d'actes et la pratique avancée pour améliorer la prise en charge des patients en zones rurales.</i>   |
| Développer les plateformes de télémédecines dans les territoires ruraux, par exemple dans les Maisons France Services, les pharmacies d'officine ou les maisons de santé.   | Développer les plateformes de télémédecine dans des points de contact adaptés dans les territoires ruraux.<br><i>Les pharmacies, les maisons de santé, ou encore les Ehpad pourront accueillir ce type d'équipement pour faciliter le parcours de soins en milieu rural.</i>  |
| Demander aux ARS de participer au recrutement dans les hôpitaux et les 63 territoires sous-dotés.   | <i>Proposition non-retenue.</i>   |
| Généraliser à l'échelle départementale des plateformes téléphoniques communes (pompiers, gendarmerie, SAMU, urgences, médecin de garde, etc.) pour apprécier le bon niveau de prise en charge et orienter les appels.   | Mise en place du "service d'accès aux soins" (SAS), plateformes territoriales qui centralisent 24h/24 la réponse à l'ensemble des besoins de soins urgents et installation d'une équipe projet interministérielle pour renforcer l'articulation du SAS avec les autres services d'urgence (pompiers, gendarmerie).  |
| Encadrer le recours à l'activité intérimaire pour les médecins hospitaliers sauf s'ils interviennent dans plusieurs établissements différents, afin de limiter le coût pour les hôpitaux.   | Renforcer l'encadrement du recours à l'activité intérimaire médicale à l'hôpital, afin de disposer de ressources humaines stables et pérennes pour assurer les soins hospitaliers.  |
| Introduire une dotation supplémentaire pour les services d'urgences dans les secteurs sous-dotés afin de mieux tenir compte du surcroît d'activité liée à la faible densité en médecins.  | <i>Proposition non-retenue.</i>   |
| Organiser de manière impérative les gardes des médecins généralistes à l'échelle bassin de santé ou d'un département.   | Garantir la prise en charge des soins non programmés dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de soutenir les gardes par les médecins en zones rurales.  |