

LES SERVICES DE SANTÉ DANS LE SUD DE LA RÉGION CENTRE : ENTRE OFFRE ET ATTENTES, QUELLES PERSPECTIVES D'AVENIR ?

**Benjamin Beaucourt
Tuteur : J. Serrano
Maître de stage : S. Saillant**

**Rapport de Stage de Mag. 3
2005-2006**

REMERCIEMENTS

A Simone Saillant, chef du SRFAR à la DRAF, pour son professionnalisme ;

A Patricia Valma, du SRFAR pour sa présence indispensable ;

A Annie Clerzau, statisticienne à la DRASS et à Daniel Gayet, inspecteur à la DRASS pour leur aide ;

A José Serrano, mon tuteur, en souvenir d'une discussion à Bilbao.

Table des matières

1 / Améliorer l'offre de services de santé dans une optique de santé publique et de réduction des disparités territoriales	5
I Une étude commandée par la préfecture, pilotée par la DRAF Centre.....	6
I.1. Une étude répondant à une commande de la préfecture de la région Centre.....	6
I.2. ...S'appuyant sur un partenariat entre la DRAF et la DRASS.....	6
I.3. Le déroulement de l'étude, du diagnostic de l'offre aux questionnaires.....	7
II Des disparités de la région Centre à la nécessité d'agir dans son Sud.....	8
II.1. Le Sud dans la région Centre	8
II.2. Le Sud régional confronté à des problèmes de développement.....	9
III Les services de santé : opportunité et obligations.....	12
III.1. Au niveau national.....	12
III.2. Les initiatives au niveau régional.....	13
	3

2 / L'étude sur les services de santé dans le Sud de la région Centre, entre perspectives et attentes.....	15
I Étape 1 : la réalisation du diagnostic et le traitement de l'enquête.....	16
I.1. Du diagnostic à l'enquête : méthodes de recueil et de traitement des données.....	16
I.2. Un aperçu succinct des conclusions de cette analyse.....	18
II Des opportunités pour concrétiser les enjeux soulevés.....	24
II.1. Les enjeux dégagés en concertation avec les acteurs locaux de la santé.....	24
II.2. Les possibilités offertes par la LDTR.....	25
II.3. Les regroupements de professionnels de santé.....	28
II.4. Les mesures concernant la permanence des soins et les urgences.....	28
III Au delà de l'accès aux services, le développement territorial.....	30
III.1. Le maintien des services de santé comme outil de maintien de la population.....	30
III.2. Des services spécifiques pour différentes populations.....	31
3 / En conclusion	34
Table des Sigles	35
Annexes	36

1 / **A** améliorer l'offre de services de santé dans une optique de santé publique et de réduction des disparités territoriales

Ce stage d'une durée de 3 mois a été effectué à la DRAF Centre. Son objectif est la réalisation d'une étude sur l'offre et les attentes de la population du Sud de la région Centre en matière de services de santé. Nous allons tout d'abord justifier les raisons d'être de cette analyse, notamment dans une perspective de développement territorial.

I UNE ÉTUDE COMMANDÉE PAR LA PRÉFECTURE, PILOTÉE PAR LA DRAF CENTRE

I.1. Une étude répondant à une commande de la préfecture de la région Centre...

La situation du Sud de la région Centre est préoccupante. Dans l'optique d'amoindrir les disparités territoriales et de tenter de lutter contre la décroissance démographique de cet espace, la préfecture de région a souhaité y initier une réflexion. Elle a ainsi inclu cet objectif dans son Plan d'Action Stratégique de l'Etat (PASER) au sein de l'orientation n°3 intitulée « S'organiser pour favoriser un développement équilibré des territoires ».

Cette orientation propose notamment la réalisation d'une étude portant sur les besoins des habitants du Sud régional en termes de services. Cette étude a été commandée par la préfecture à la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAF Centre), le choix du thème étant dévolu à cette dernière.

I.2. ...S'appuyant sur un partenariat entre la DRAF et la DRASS

La DRAF ayant choisi d'aborder en premier lieu les services de santé, la réalisation de l'étude s'appuie sur un partenariat fort entre celle-ci et la DRASS de la région Centre. Si la DRASS possède des compétences en matière de santé, la DRAF en revanche possède l'expérience de l'action en milieu rural, notamment par la gestion de fonds européens destinés principalement à l'agriculture mais aussi à la qualité de vie.

C'est donc cet organisme, et en particulier le service du SRFAR (le Service Régional de la Forêt et des Affaires Rurales), qui est chargé du pilotage de l'étude. La concertation avec la DRASS est cependant continue car elle apporte ses connaissances générales et statistiques sur la santé et l'offre de soin.

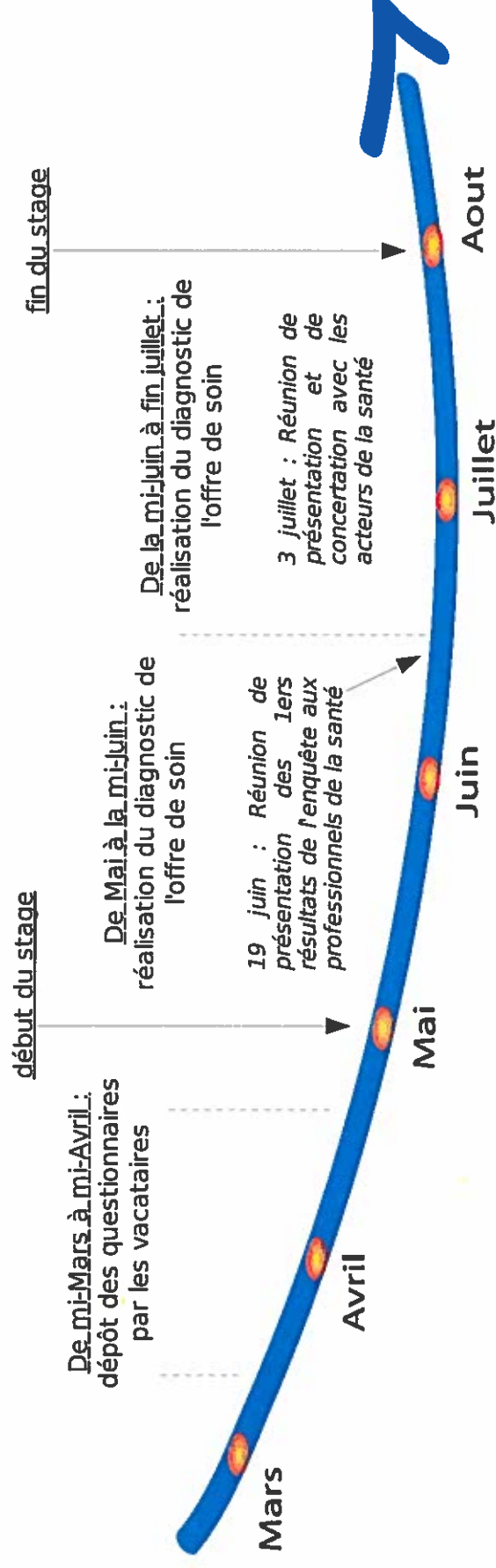
La DRAF et la DRASS ont donc choisi d'analyser l'offre de services et les attentes de la population concernant les médecins généralistes libéraux et les pharmacies, les dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers libéraux, les services de santé (laboratoires d'analyses, centres de radiologie), les spécialistes libéraux, les établissements hospitaliers, et les établissements et services pour personnes âgées.

I.3. Le déroulement de l'étude, du diagnostic de l'offre aux questionnaires

L'étude sur les services de santé dans le Sud régional s'est déroulée en 3 étapes :

- La réalisation d'un diagnostic de l'offre de soin dans le Sud régional ;
- Le recueil et l'analyse des attentes de la population par le biais d'un questionnaire ;
- Et la confrontation de ces deux analyses afin de dégager des pistes de réflexion et d'action.

L'avancement de cette étude est ponctué par deux réunions. La première, au terme de l'analyse des attentes de la population, doit permettre un échange et une discussion autour des résultats avec des professionnels de santé du Sud régional (médecins, pharmaciens, ...). La seconde intervient dans la phase finale de l'étude et le début de sa concrétisation : il s'agit de permettre un retour de l'ensemble de l'analyse en direction des acteurs de la santé de la région Centre dans l'optique de mettre en cohérence les conclusions et le actions déjà engagées, et de dégager des pistes d'actions.



II DES DISPARITÉS DE LA RÉGION CENTRE À LA NÉCESSITÉ D'AGIR DANS SON SUD

II.1. Le Sud dans la région Centre

II.1.1 / Une dynamique démographique contrastée et une perte d'attractivité

La région Centre est composée de 6 départements : le Cher, l'Eure-et-Loire, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher et le Loiret. Sa capitale est Orléans. Même si elle ne compte pas de métropole d'envergure nationale, son maillage de villes semble lui conférer un certain équilibre. Elle observe une croissance positive de sa population : avec +1,9% depuis 1999, elle compte désormais près de 2,5 millions d'habitants. Toutefois le bilan démographique doit être nuancé : cette croissance reste plus faible que pour l'ensemble de la France métropolitaine et va encore s'amenuiser selon les projections de croissance démographique. L'analyse au niveau régional semble délicate : cet espace n'est pas homogène. Certains de ces territoires sont attractifs, d'autres sont en difficulté...

En effet la proximité de la région Centre avec l'Île-de-France la soumet à une forte polarisation. En effet, la métropole parisienne, source de développement, apporte un dynamisme socio-économique marqué dans le nord de la région Centre. A l'inverse, le sud ne bénéficie pas de cette vitalité : il connaît une certaine décroissance démographique et un vieillissement de sa population. L'axe ligérien, traversant la région d'est en ouest, rompt cette polarisation et peu représenter une sorte d'équilibre entre le développement du nord et la tendance à la décroissance du sud.

II.1.2 / Un besoin en services à la population étendu à l'ensemble de la région

La thématique des services à la population couvre l'ensemble de la région, mais tire son origine de situations différentes, en lien avec les dynamiques de développement précédemment évoquées. Ainsi, les franges franciliennes souffrent d'une demande forte, due à la proximité de la capitale, supérieure à l'offre de services. A l'inverse, le Sud régional subit une carence consécutive à son manque de dynamisme et d'attrait socio-économique. Les services à la population sont donc une préoccupation régionale.

II.2. Le Sud régional confronté à des problèmes de développement

Le Sud régional est un espace dont le périmètre varie selon les instances décisionnelles. L'Objectif 2 des fonds structurels européens prend ainsi en compte un territoire qui diffère de celui fixé par le conseil régional pour le Fond Sud (fond pour le développement du Sud régional). Pour cette étude, un espace formé par 6 syndicats de Pays répartis sur l'Indre-et-Loire, l'Indre et le Cher est alors apparu comme le plus pertinent. Rentrant intégralement dans la catégorie "campagnes fragiles" établie par la DIACT (ex-DATAR), il présente en outre des caractéristiques assez semblables en terme de démographie médicale. C'est cette constatation qui a légitimé le choix de la définition du Sud régional pour cette étude. Par ailleurs, le Pays est un territoire de projet : le choix de ce périmètre offre donc non seulement des possibilités en matière de réflexion mais également d'action.

Ces territoires sont fragiles. Ils conjuguent des problèmes démographiques et socio-économiques aboutissant à des difficultés de développement.

II.2.1 / La démographie du sud : entre déclin et vieillissement :

Le vieillissement de la population du Sud régional est la combinaison de 2 facteurs :

- un accroissement naturel souvent négatif ;
- un solde migratoire défavorable qui accentue le phénomène.

II.2.1.1) Un solde naturel négatif :

La moyenne d'âge des habitants du Sud régional est assez élevée. On constate que le solde naturel est négatif c'est à dire qu'il y a plus de décès que de naissances. Si le Pays Touraine Côté Sud s'en sort plus ou moins (-0,13 en 2001), les Pays de La Châtre-en-Berry et Val de Creuse Val d'Anglin en souffrent particulièrement. Même si elle s'accroît peu, la part des plus de 75 ans est importante dans l'ensemble des Pays du Sud. Les services spécifiques que requiert cette tranche d'âge peuvent peiner à s'adapter à la demande.

II.2.1.2) Un solde migratoire accentuant le vieillissement de la population

Le Sud régional peine à garder sur place ses jeunes, et à plus forte raison à en attirer. Les causes sont les mêmes que pour de nombreux territoires ruraux, soit pour résumer : peu d'emplois sur place, peu de services à la population qui apportent un dynamisme socioculturel et économique (autant en termes de scolarité que de loisirs, de commerces de proximité...). Ainsi, les Pays de Brenne, Touraine Côté Sud, de la Châtre-en-Berry, Val de Creuse Val d'Anglin et du Berry Saint-Amandois connaissent un taux élevé de départ des 0-39 ans. Certes les arrivées dans le Pays de population de cette tranche d'âge contrebalancent quelque peu ces données. Toutefois on constate également que les Pays ont également une certaine capacité à attirer des personnes de plus de 60 ans en quête d'une quiétude campagnarde pour leur retraite. Ces facteurs accentuent la tendance au vieillissement de la population. Ces mutations démographiques impliquent des changements de la demande d'offre de soin.

II.2.2 / Le Sud régional : la santé des habitants et leurs conditions de vie

II.2.2.1) Les conditions sociales dans le Sud régional :

Le faible niveau d'activité économique est en partie responsable des conditions sociales des Pays du Sud. En effet, les indices¹ de chômage y sont élevés : en moyenne 13.4 %, la référence² étant de 11.1%. Les pays les plus touchés sont ceux de l'est de la région : Berry Saint-Amandois (14.8 %) et Loire Val d'Aubois (15.3 %). Ce dernier est particulièrement touché par le chômage féminin. Le chômage des jeunes reste également très inquiétant.

Cette conjoncture ne favorise pas le maintien sur place de la population active. Les bénéficiaires du RMI sont nombreux, avec encore une accentuation pour les Pays de l'est du Sud régional. Seul celui de La Châtre-en-Berry compte un nombre de bénéficiaires du RMI largement inférieur à la valeur de référence, néanmoins le nombre de

¹ A ne pas confondre avec le taux de chômage, l'indice est la proportion du nombre de chômeurs par rapport à un nombre total d'actifs.

² C'est une donnée moyenne composée des données de l'ensemble des communes de la région Centre adhérentes à un pays à l'exception de celles qui font partie d'une « grosse » agglomération.

retraités touchant l'allocation solidarité vieillesse y est très élevé. Ce contexte joue sur l'offre de soin. En effet, les dépenses de santé des ménages dépendent pour beaucoup de leur niveau de revenu. Ce constat vaut aussi pour les dépenses d'ordre social, par exemple une personne âgée pourra avoir des difficultés à se loger en maison de retraite si sa pension est insuffisante, car le prix en est élevé.

II.2.2.2) La santé des habitants du Sud régional :

Les départements de l'Indre et du Cher observent un taux de mortalité supérieur à la moyenne régionale et nationale. Par ailleurs, des disparités existent au sein des départements. Ainsi, les Pays qui composent le Sud régional sont en effet plus touchés par cette mortalité élevée que les départements dont ils font partie.

Le comité de la région Centre de l'ONDPS¹ précise que ces données sont à rapprocher de l'âge moyen élevé de la population et donc à relativiser. Néanmoins l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) constate qu'il existe une mortalité prématurée², particulièrement dans le Pays du Berry Saint-Amandois (concernant le Sud régional). Ces décès sont considérés comme évitables. Ainsi, la surmortalité des hommes et femmes de moins de 65 ans s'élève respectivement à 20 % et 34 %.

Adapter l'offre de soin à la demande et aux besoins des habitants semble donc indispensable. Cet objectif se situe dans la perspective de l'amélioration de la qualité de vie dans ces territoires.

<p>Le Sud régional connaît donc des problèmes socio-économiques et structurels importants. L'offre de soin, sans être une thématique uniquement propre à cette partie de la région, apparaît comme un facteur pouvant accroître les disparités constatées. L'enjeu est donc tant relatif à la santé publique qu'au développement territorial.</p> <p>La synthèse de l'offre de soin doit permettre de cerner les atouts de ce territoire et les enjeux que fait peser cette problématique. Le attentes des habitants du Sud régional doivent être étudiées afin de définir les problèmes prioritaires.</p>
--

¹ Cf. Rapport régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Comité régional Centre, p. 5, 2003

² Cf. Mortalité prématurée en région Centre, ORS Centre, 2004

III LES SERVICES DE SANTÉ : OPPORTUNITÉ ET OBLIGATIONS

Parmi les services à la population, l'offre de soin est une thématique importante au niveau national, en témoignent les récentes lois. Aux obligations et opportunités qu'impliquent ces dernières s'ajoute la mobilisation des acteurs locaux de la santé qui souhaitent anticiper la dégradation de l'offre médicale en région Centre.

III.1. Au niveau national

III.1.1 / La LOADDT :

La loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable des Territoires (LOADDT) conforte l'impact de la santé publique dans le développement des territoires. En effet, elle fait état de la nécessité de proposer aux habitants des services de santé à moins de 30 minutes de chez eux, ce qui pose tant le problème de la présence de ces services que de leur accessibilité. Ainsi l'Etat et les collectivités territoriales sont impliquées fortement dans leur organisation.

III.1.2 / La LDTR :

La loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au Développement des Territoires Ruraux (LDTR), quant à elle, offre des opportunités en terme d'adaptation de la présence des services de santé. Elle donne notamment la possibilité à certaines collectivités territoriales d'attribuer des aides pour le maintien ou l'installation de professionnels de santé. Toutefois la réorganisation de ces services est soumise à compatibilité avec les objectifs de qualité de services et d'aménagement du territoire fixés par l'Etat.

III.2. Les initiatives au niveau régional

Si l'offre de soin est une préoccupation nationale, la région Centre souffre d'une carence importante en certains services de santé : une très faible densité de médecins généralistes libéraux dont un nombre important est proche de la retraite, un taux d'équipement en lits de courts et moyens séjour qui la classe à la 19^{ème} position des 22 régions françaises... Face à ce constat, les services concernés par la santé et l'offre de soin s'organisent au travers de la mise en œuvre du SROS, de la mise en place du GRSP et au travers des travaux du comité régional de la démographie des professions de santé.

III.2.1 / Le SROS :

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III, piloté par l'Agence Régionale de l'hospitalisation du Centre, a été finalisé en mars 2006. Pour les années 2006-2011, parmi les orientations générales, spécifiques à la région Centre, on peut relever :

- la prise en compte de l'impact de la démographie médicale ;
- le rapatriement en région Centre de soins qui peuvent y être délivrés (développement de pôles sanitaires,...);
- l'ouverture en direction du secteur médico-social, notamment en direction des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, des adultes handicapés...

Le SROS tient compte des moyens existants, de la démographie médicale et privilégie les besoins de la population régionale en développant les services de proximité, le rapatriement des actions de soins et le maillage territorial.

III.2.2 / Le GRSP :

Les missions du Groupement Régional de Santé Publique, arrêtées par le préfet de région le 29 décembre 2005 se déclinent ainsi :

- meilleur accès de la population à la prévention à partir des actions du Plan Régional de Santé Publique qui

- seront déclinées géographiquement ;
- une plus grande professionnalisation ;
- accentuer l'accès à la prévention et au dépistage par des actions territoriales ;
- disposer d'informations pérennes et fiables sur l'état de santé ;
- développer les liens avec les représentants de la population.

III.2.3 / Le Plan d'action dans le cadre de l'ONDPS :

Dans le cadre du comité régional de l'Observatoire National des Professions de Santé de la région Centre (ONDPS), un plan d'action présidé par le préfet a été mis en place. Diverses mesures ont vu le jour, par exemple l'obtention de l'augmentation du *numerus clausus* (nombre maximum d'étudiants acceptés en médecine), ainsi que l'inscription dans les Contrats de Projets 2007-2013 pour la région Centre précédemment cités de la problématique de la démographie médicale. Sur ce point, un des objectifs est de développer une meilleure coordination entre les acteurs de la santé sur les thèmes allant de la permanence des soins à la prise en charge des usagers.

Par l'étude des services de santé existant sur le territoire du Sud régional et par l'analyse des besoins de la population, il s'agit de mieux mobiliser les dispositifs prévus permettant de remédier aux problèmes constatés et, le cas échéant, de préparer l'avenir. Enfin, au delà de l'enjeu sanitaire et social, comment faire de ces services un levier de développement territorial ?

2 / **L'**étude sur les services de santé dans le Sud de la région Centre, entre perspectives et attentes

Nous allons maintenant aborder l'étude de manière succincte. La première partie s'intéressera à la méthodologie utilisée tant pour la réalisation du diagnostic que du recueil des attentes des habitants du Sud régional en matière de services de santé. Puis après en avoir présenté les principales conclusions et enjeux, nous nous attacherons à en brosser les perspectives et aboutissants, notamment dans une optique de développement territorial.

I ÉTAPE 1 : LA RÉALISATION DU DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ENQUÊTE

I.1. Du diagnostic à l'enquête : méthodes de recueil et de traitement des données

I.1.1 / Les sources de données concernant l'offre de soin

Le diagnostic de l'offre de soin a été rédigé à partir de données statistiques issues de la base de données STATISS¹ de la DRASS Centre et du FINESS² du ministère de la santé. Par ailleurs, plusieurs études réalisées par des acteurs de la santé permettent de compléter ces données en dégagant des problématiques propres à chaque profession de santé.

I.1.2 / La réalisation et le traitement de l'enquête auprès de ménages du Sud régional

I.1.2.1) Une enquête sur les attentes des individus :

L'enquête a été menée auprès des ménages dont la résidence principale se trouve dans le Sud de la région. Le questionnaire est composé de 2 parties :

- une enquête "ménage", relatif aux conditions socio-démographiques de chaque ménage et à leur connaissance des actions et services de prévention ;
- une enquête "individuelle", à laquelle chaque membre du ménage de plus de 15 ans peut répondre. Elle porte sur la consommation des actes de soin et sur la satisfaction (qualité, accessibilité) envers plusieurs professions de santé. Des questions libres émaillent l'enquête, permettant à chaque répondant de s'exprimer et d'émettre des propositions. Des données concernant l'âge, la catégorie socio-professionnelle... du répondant sont également recueillies, dans la garantie de l'anonymat.

¹ STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

² Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

I.1.2.2) Une méthode d'enquête spécifique :

La collecte de l'enquête n'étant pas effectuée par les enquêteurs de l'INSEE, le recensement de population n'a pu servir de base de sondage. Une technique particulière a donc été mise en œuvre : les adresses ont été tirées au hasard dans l'annuaire téléphonique. Pour pallier les inconvénients générés par cette méthode (certaines personnes sont sur liste rouge et tout le monde ne dispose pas d'une ligne téléphonique voire à l'inverse de plusieurs), ce n'est pas le ménage tiré qui est enquêté mais son voisin.

Compte-tenu du niveau de pertinence souhaité, l'objectif est de réaliser l'enquête auprès de 1203 ménages répartis sur l'ensemble des communes des 6 Pays composant le Sud régional. Ce nombre correspond à un taux de sondage de 1,37%, variant suivant le nombre d'habitants de chaque Pays.

	Nombre de ménages enquêtés	Taux de sondage (%)
Touraine Côté Sud	278	1.35
Brenne	165	1.38
Val de Creuse Val d'Anglin	151	1.38
La Châtre-en-Berry	183	1.36
Berry Saint-Amandois	272	1.37
Loire Val d'Aubois	154	1.36
Total	1203	1.37

I.1.2.3) Un taux de réponse satisfaisant mais des précautions d'analyse :

Sur les 1203 questionnaires ménages distribués, 532 ont été retournés. Le taux de réponse avoisine donc 44,2%. Le nombre total de questionnaires individuels s'élève à 842. Les réponses n'ont pu être exploitées directement. En effet, afin de coller au mieux à la réalité du territoire et d'obtenir une représentativité maximale, les résultats ont dû être redressés en fonction de l'âge, du sexe et du Pays d'habitat des répondants (les taux de réponse par Pays sont très variables, allant de 9.3% pour celui de Brenne à 23.3% celui du Berry Saint-Amandois).

Le recours aux intervalles de confiance permet de donner une valeur statistique aux réponses (cf. annexes). Les chiffres avancés sont donc des "moyennes", néanmoins certaines questions n'ont que trop peu de réponses pour être acceptables. Elles n'ont donc pas été analysées.

I.2. Un aperçu succinct des conclusions de cette analyse

Cette étude a pour objectif de dégager des enjeux prioritaires en matière de santé publique. L'analyse suit une trame territoriale, c'est à dire relative au rôle et à la place de chaque profession et service de santé sur les territoires et pour leurs habitants.

I.2.1 / L'information sur l'offre de soin et les services de prévention :

Malgré l'existence de nombreuses structures d'information, comme les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) à destination des personnes âgées, les ménages ayant répondu au questionnaire apparaissent assez insatisfaits. L'appréciation varie cependant selon les thèmes.

Au delà de l'information relative aux services, est également examiné ce qui concerne la prévention, traité par le questionnaire ménage. Le nombre de réponses est faible (inférieur à 50 % pour chacune des questions traitant de la prévention), ce qui laisse présager une certaine méconnaissance des actions engagées et des services existants.

Tableau 3 : Satisfaction relative à l'information



I.2.2 / Les soins "courants", assimilables à des services de proximité :

Cette partie concerne les médecins généralistes libéraux et pharmacies, ainsi que laboratoires d'analyse médicale, centres de radiologie, dentistes, soins infirmiers libéraux et dentistes. La fonction de proximité qu'ils occupent leur confère la même importance, pour une commune rurale, que les services tels la Poste. Nous n'en présenterons que les grands thèmes et enjeux.

1.2.2.1) La médecine générale libérale : entre faibles densités et futurs départs à la retraite :

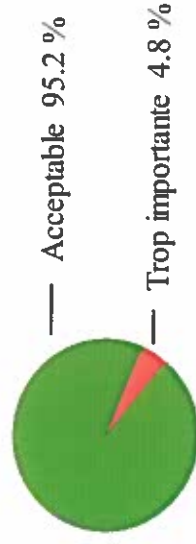
Hormis le Pays Touraine Côté Sud, l'ensemble du territoire souffre d'une faible densité de médecins généralistes. Par ailleurs, l'âge moyen de ces praticiens est élevé, ce qui laisse présager de futurs départs à la retraite qu'il faut anticiper. En dehors de l'aspect de santé publique que symbolise la présence des généralistes se profile l'idée qu'un territoire sans un nombre minimum de services, notamment de santé, n'est pas un espace viable ni viable. La présence des généralistes et leur accessibilité sont donc les deux enjeux principaux de ce service en milieu rural.

Par ailleurs, en avril 2005 est paru le décret relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.¹ Certaines dispositions ont été adoptées :

- dorénavant, la permanence des soins se fait sur la base du volontariat. En cas de carence, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires ;
- L'accès au médecin de permanence se fait maintenant par le biais du SAMU ou d'un centre d'appel d'une association de permanence.

Cette modification du fonctionnement des soins de garde peut fragiliser davantage l'accessibilité des médecins pendant les nuits et les week-end, notamment du fait du volontariat apparaissant comme peu stimulant.

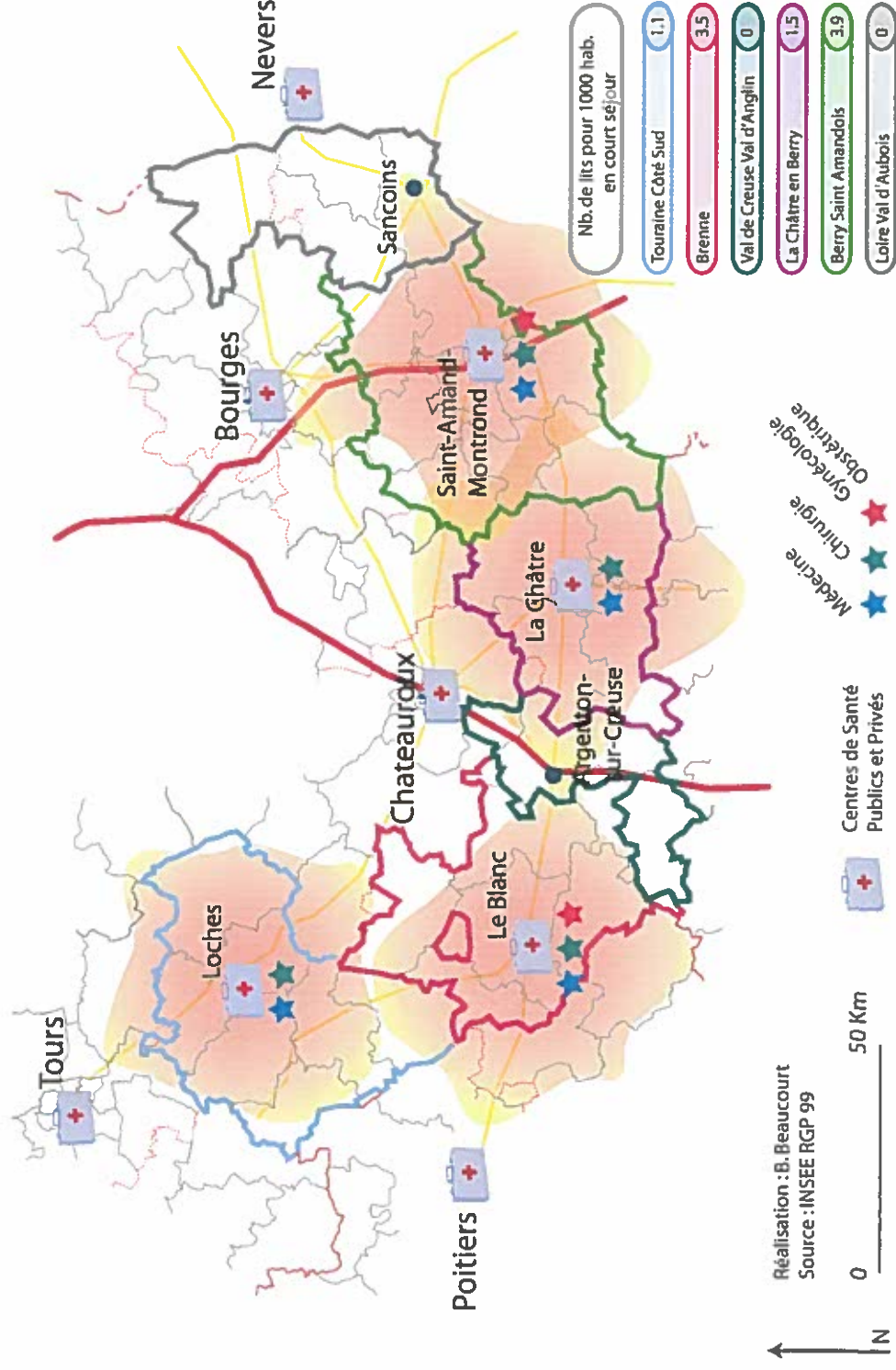
Tableau 4 : Satisfaction relative à l'accessibilité des soins généralistes



Malgré ce constat alarmant, les répondants expriment une très nette satisfaction (ils sont plus de 95%) quant à l'accessibilité des praticiens. Les différences d'appréciation de l'offre par Pays ne sont pas flagrantes. Les répondants de Loire Val d'Aubois sont néanmoins plus de 25% à juger la distance des médecins généralistes libéraux trop importante. Le mécontentement exprimé par les répondants dans ce Pays concerne aussi le thème des horaires d'ouverture, quoique dans une proportion moindre. Cette constatation est à rapprocher de la densité de médecins généralistes libéraux, particulièrement faible pour ce territoire.

¹ Décret n°2005-328 du 7 avril 2005

L'accessibilité des établissements hospitaliers locaux



Cette carte présente les établissements hospitaliers du Sud régional, leurs spécialités et leur aire d'attraction. Celle-ci représente l'ensemble des zones pour lesquelles l'accès à ces établissements est inférieur ou égal à 30 minutes. On constate ainsi qu'il existe des parties de territoire où l'accessibilité aux soins hospitaliers n'est pas aisée.

I.2.3 / Les établissements et services de santé dont l'impact se joue sur un échelon territorial plus vaste : établissements hospitaliers et services pour personnes âgées

Les établissements hospitaliers et les services pour personnes âgées structurent l'offre de soin en milieu rural : opérant à une échelle plus vaste que les services de santé de proximité, ils n'en sont pas moins indispensables pour le développement territorial du Sud régional.

I.2.3.1) Les établissements hospitaliers :

Leur présence est correcte, tant en termes de nombres d'établissements que de lits proposés, même si il subsiste des zones mal desservies, notamment dans le Pays Val de Creuse Val d'Anglin. Ils sont cependant confrontés à des problèmes d'activité (une baisse de la fréquentation au profit de centres proposant plus de spécialités tels ceux de Tours, Châtelleraut, Nevers, ...) et de maintien des compétences (une tendance à la pénurie de personnel).

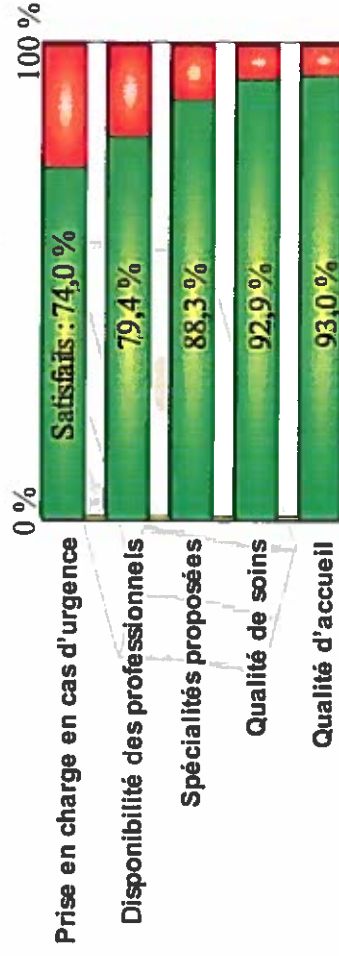
	Nombre total de lits / 1000 personnes en établissement de santé				
	En médecine	Dont en privé	En chirurgie	Dont en privé	En gynécologie obstétrique
Touraine Côte Sud	0,7	0	0,4	0	0
Brenne	1,8	0	1,1	0	0,6
Val de Creuse Val d'Anglin	0	0	0	0	0
La Châtre-en-Berry	1,4	0	0,1	0,1	0
Berry Saint-Amandois	2,0	0,04	1,6	1,6	0,3
Loire Val d'Aubois	0	0	0	0	0

Moyenne nationale en court séjour : 5,5 lits / 1000 hab.

Source : FINESS 2006

Tableau 7 : Les services hospitaliers par Pays

Tableau 8 : La satisfaction concernant le secteur hospitalier



A l'instar des services de proximité, les établissements hospitaliers recueillent de bons suffrages notamment concernant la qualité des soins et d'accueil (respectivement 92,9% et 93%. En revanche, la prise en charge en cas d'urgence reste un des thèmes du secteur hospitalier jugé le moins satisfaisant.

L'étude des réponses par lieu d'habitat permet de mettre en évidence quelques tendances : On constate que les répondants des Pays de Brenne et Touraine Côté Sud apparaissent comme les plus positifs, tous thèmes confondus. A l'inverse, ceux du Pays Loire Val d'Aubois expriment pour chaque thème (hormis pour celui des spécialités) l'avis le plus négatif. Ceci est à mettre en relation avec l'absence d'établissements hospitaliers sur le territoire.

1.2.3.2) Les services pour personnes âgées :

Hormis concernant le Pays Touraine Côté Sud, les territoires présentent des situations et une offre en hébergement pour personnes âgées très hétérogènes en dépit d'un vieillissement de la population généralisée. Le nombre de places en hébergement permanent a tendance à croître, contrairement à l'hébergement temporaire. L'hébergement n'est cependant pas la seule solution : le maintien à domicile prend une place de plus en plus importante, en témoigne le développement des SSIAD précédemment évoqué ainsi que la présence d'associations d'aide à domicile (ADMR, Présence Verte).

La satisfaction reste cependant globalement mitigée, tant vis à vis de la relation entre l'offre de services et les besoins (seulement 14,6% de satisfaits) qu'en fonction de l'information ou du délai d'attente d'une place d'hébergement. Il faut toutefois noter que la proportion de répondants n'émettant pas d'avis sur le sujet est élevée.

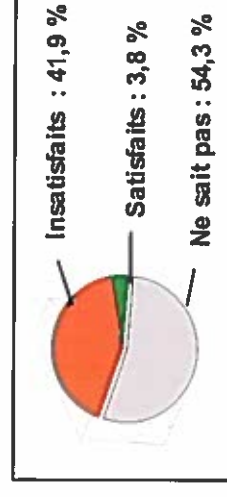


Tableau 9 : Satisfaction relative au délai d'attente d'une place

I.2.4 / La médecine spécialisée

La présence de la médecine spécialisée sur un territoire, bien qu'indispensable, joue un rôle moindre dans la structure territoriale. Il existe de fortes disparités au sein du Sud régional : certains Pays apparaissent relativement bien pourvus comme le Berry Saint-Amandois. A l'inverse, le Pays Loire Val d'Aubois ne compte aucun de ces praticiens. Les Pays Touraine Côté Sud et Brenne sont dans une situation intermédiaire, avec une tendance à la baisse. Les densités pour les Pays Val de Creuse Val d'Anglin et de La Châtre-en-Berry sont faibles. Il résulte de ces mauvaises représentations des temps d'attente très longs pour obtenir un rendez-vous (plus de 60 jours en moyenne, toutes spécialités confondues).

L'insatisfaction des ménages ayant répondu à l'enquête est prononcée (plus de 70 % d'insatisfaits vis à vis des délais d'attentes). Les répondants estiment que ce sont les ophtalmologistes et les cardiologues dont la présence est estimée la plus nécessaire. Cette réponse peut correspondre à la moyenne d'âge des répondants. Le tri des données par âge montre en effet avec une certaine logique que ce sont les 50-75 ans qui se prononcent majoritairement en faveur de ces deux spécialistes, tout comme on constate chez les 25-50 ans un certain intérêt pour les pédiatres et les gynécologues.

Ces résultats ne sont pas forcément instructifs, car somme toute assez logiques. Toutefois ils mettent en lumière le poids de chaque spécialité sur le maintien des différentes catégories de population dans le Sud régional et sont donc importants dans une perspective de stratégie de développement territorial.

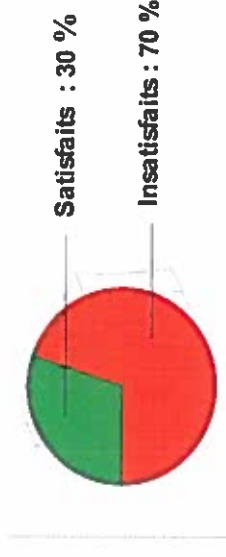


Tableau 10 : Satisfaction relative aux délais d'attente

La réunion avec des professionnels de santé du territoire qui s'est tenue le 19 juin au Blanc dans l'Indre à corroboré ces résultats et a permis d'approfondir quelque peu l'analyse. A la suite de cette étude, des enjeux ont été dégagés et des pistes de réflexion ont été évoquées avec les acteurs de la santé de la région Centre, lors de la réunion qui s'est tenue à Orléans le 3 juillet. Si certaines actions sont déjà engagées indépendamment de cette étude, en revanche certaines opportunités peuvent permettre de concrétiser les enjeux soulevés.

II DES OPPORTUNITÉS POUR CONCRÉTISER LES ENJEUX SOULEVÉS

II.1. Les enjeux dégagés en concertation avec les acteurs locaux de la santé

II.1.1 / Les enjeux : plus de réflexion que d'action ?

- De nombreux leviers d'actions existent mais sont insuffisamment connus : accentuer la communication sur les dispositifs existants ;
- Identifier les réseaux auprès desquels il faut communiquer sur ces dispositifs ;
- Mener des actions de responsabilisation des acteurs à mettre en oeuvre autour de l'éducation et la promotion de la santé ;
- Mener une expérimentation dans une zone prioritaire ;
- Réfléchir à la problématique des transports.

II.1.2 / Les perspectives :

Certaines actions ont déjà été réalisées indépendamment de cette étude. L'augmentation du nombre de cliniciens, par exemple, va permettre d'accroître le nombre d'étudiants en médecine à Tours, seule université de la région Centre à proposer cette formation, et donc d'accroître le nombre potentiel de praticiens dans la région et dans les territoires du Sud. Toutefois cette mesure n'aura d'effet qu'au terme de la formation des nouveaux étudiants, soit dans plus de 7 ans ce qui est tardif (les premiers départs à la retraite des généralistes sont prévus pour dans 5 ans). Par ailleurs, rien ne permet d'assurer que les diplômés s'installeront dans le Centre et à plus forte raison dans les espaces ruraux du Sud régional. La loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au Développement des Territoires Ruraux (LDTR) donne toutefois la possibilité de tenter de résoudre ce problème en proposant aux collectivités territoriales d'attribuer des aides pour le maintien ou l'installation de professionnels de santé dans les zones déficitaires pointées par la Mission Régionale de Santé.

II.2. Les possibilités offertes par la LDTR

La plupart des mesures proposées par la LDTR ne sont applicables que dans les territoires classés « déficitaires » du fait du mauvais état de leur offre de soins : une densité de généralistes inférieure à 30% de la moyenne nationale, et l'activité annuelle de ces médecins supérieure de 50 %. Par ailleurs, 9 critères viennent pondérer ce calcul¹ ;

- Les zones à surveiller se répartissent en 4 cas de figure dont la variation par rapport aux critères nationaux est moindre mais néanmoins inquiétante.

Aux mesures prévues par la LDTR s'en ajoutent d'autres, applicables tantôt sur toutes les communes, tantôt sur les territoires situés en Zones de Revitalisation Rurale². Toutes ces mesures peuvent être classées en 2 catégories : celles applicables aux étudiants, donc celles dont l'effet ne sera pas forcément immédiat, et celles relatives aux professionnels de santé et à l'exercice de leur métier.

II.2.1 / Les aides proposées aux étudiants :

II.2.1.1) Toutes communes confondues :

- proposition d'aides pour effectuer des stages en milieu rural : aides au logement, indemnisation des déplacements... ;

II.2.1.2) Communes situées en Zones Déficitaires :

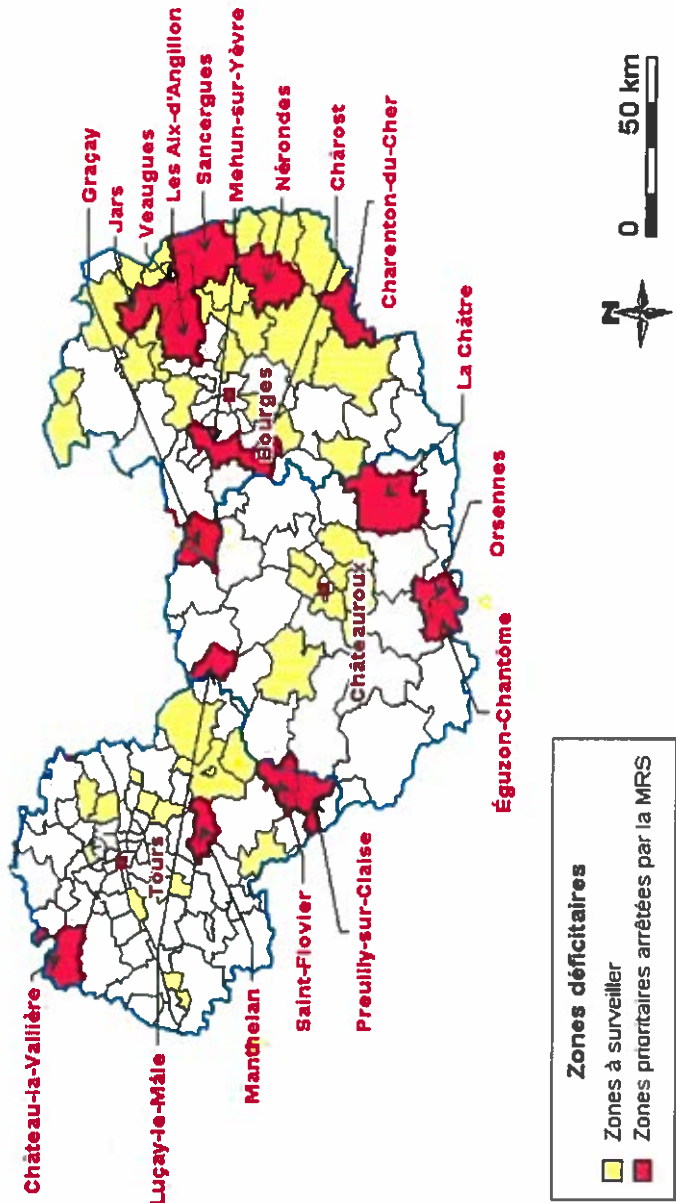
- indemnisation des études en cas d'engagement de tout étudiant en médecine à s'installer en zone déficitaire pendant au moins 5 ans ;
- indemnisation de logement et de déplacement pour les étudiants faisant leur stage de 3ème cycle de médecine générale dans ces zones.

¹ Cf. Note méthodologique de la MRS

² Cf. Carte de localisation des communes situées en Zone de Revitalisation Rurale, en annexe.

Par ailleurs, une piste d'action complémentaire a été dégagée lors de la réunion d'information et d'échange sur cette étude avec les acteurs de la santé. En effet, la sensibilisation des étudiants en médecine sur l'exercice en milieu rural peut permettre de rendre plus effectives les incitations prévues par la LDTR.

Tableau 11 : Les zones déficitaires pointées par la Mission Régionale de Santé en 2005



Le Sud Régional compte 18 zones déficitaires :
7 zones prioritaires
11 zones à surveiller.

Ces dernières sont plus représentées dans les Pays du Cher.

Ce document vise à établir les lieux d'implantation de nouveaux praticiens pouvant faire l'objet d'aides financières dans le but de réduire les disparités.

Source : MRS - Novembre 2005

II.2.2 / Les aides à l'installation et au fonctionnement :

Pour pallier le manque d'attractivité des territoires ruraux, il existe des mesures permettant de subventionner l'installation et le regroupement de professionnels de santé. Des incitations financières favorisent également ces installations ainsi que le fonctionnement des cabinets (notamment concernant la permanence des soins).

II.2.2.1) Toutes communes confondues :

- exonération d'impôts de la permanence des soins.

II.2.2.2) Communes situées en Zones de Revitalisation Rurale et communes de moins de 2000 habitants :

- possibilité d'exonération de taxe professionnelle pendant 5 ans pour les médecins, auxiliaires médicaux et vétérinaires.

II.2.2.3) Communes situées en Zones Déficitaires :

- attribution d'aides pour le maintien ou l'installation de professionnels de santé ;
- attribution d'aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins.

Il est ressorti de la réunion de présentation de cette étude aux professionnels de santé qu'un des enjeux majeurs de l'installation de professionnels de santé en milieu rural concerne l'activité professionnelle du conjoint que la situation de l'emploi dans le Sud régional, comme dans de nombreux territoires ruraux, rend difficile. Les mesures et incitations financières peuvent donc être suspendues à ce problème.

II.3. Les regroupements de professionnels de santé

Le regroupement des professionnels de santé peut contribuer à améliorer et maintenir l'offre de soin sur un territoire. En ce sens les maisons de santé peuvent être un atout non négligeable. Leur subvention rentre dans le cadre de la LDTR et s'applique donc dans les communes situées en zone déficitaires précédemment évoquées.

Les atouts sont multiples et concernent autant la santé des usagers que le bien-être des praticiens :

- Améliorer la lutte contre la désertification des zones déficitaires ;
- Améliorer l'accessibilité, la coordination et la continuité des soins : réunions de coordination, dossiers médicaux partagés, meilleur lien médical-paramédical-social autour du patient primordial dans le contexte actuel de prédominance des maladies chroniques et de développement des soins à domicile ;
- Améliorer la qualité de l'exercice professionnel : échange de pratiques dans un cadre multi-professionnel, évaluation des pratiques professionnelles, formations ;
- Meilleure organisation de la permanence des soins ;
- Développer le champ de l'exercice professionnel notamment dans le domaine de la prévention ;
- Améliorer la qualité de vie des professionnels de santé.

II.4. Les mesures concernant la permanence des soins et les urgences

La LDTR, en complément de certaines mesures financières incitatives précédemment évoquées (exonération d'impôts...), prévoit certaines possibilités destinées à favoriser la pratique de la permanence des soins. Cette loi permet en effet de subventionner la création de maisons médicales de garde (MMG) situées en zones déficitaires. Le but de ces MMG est d'organiser au mieux la permanence tant pour les usagers que pour les professionnels :

- elles regroupent notamment les médecins généralistes libéraux assurant la permanence : cela permet de décharger efficacement les urgences hospitalières ;
- elles sont un repère pour les usagers ;
- elles facilitent l'exercice de la garde pour les professionnels, devenant de plus en plus difficile notamment du fait de l'isolement des praticiens. Ce point est clairement ressorti lors de la réunion de présentation de l'étude aux professionnels de santé.

Dans l'attente des effets engendrés par l'augmentation du numerus clausus, la LDTR offre de nombreuses possibilités, qui peuvent permettre de favoriser l'offre de soin en quantité et en qualité, tant du point de vue des usagers que de celui des professionnels de santé. Le maintien de l'offre de soin doit par ailleurs se baser sur un partenariat entre l'Etat, les acteurs de la santé et les collectivités territoriales. L'engagement de ces acteurs dans cette mission de santé publique devrait en outre permettre un certain maintien, voire un développement du territoire du Sud régional, par la création de services à la population.

III AU DELÀ DE L'ACCÈS AUX SERVICES, LE DÉVELOPPEMENT TERRITORIAL

III.1. Le maintien des services de santé comme outil de maintien de la population

III.1.1 / L'impact de la présence des services de santé sur les territoires

Cette étude a suivi un plan non linéaire mais plutôt relatif au rôle des différentes professions de santé et à leur portée dans une perspective territoriale :

- Les soins "courants" (médecins généralistes libéraux, pharmaciens, dentistes...) sont assimilables à des services de proximité. Leur présence est donc indissociable du maintien des activités économiques de nombreux bourgs ruraux, au même titre que la Poste, l'épicerie... et donc du maintien des habitants dans ces communes ;
- Les services de santé structurants (hospitaliers, ou à destination des personnes âgées) se retrouvent sur un espace territorial plus large, souvent à l'échelle du Pays. Leur présence est quant à elle très importante pour le maintien des activités économiques et de la population à l'échelle de ce territoire ;

Les enjeux pour ces deux types de services sont identiques, bien qu'à des échelles territoriales différentes. Ils apportent une cohésion au territoire : la disparition du moindre d'entre eux peut contribuer à favoriser un déclin tant démographique qu'économique. C'est pourquoi ils ne doivent pas être perçus dans leur seule dimension de santé publique, mais bien dans une perspective plus vaste de maintien, voire de développement des territoires.

- La médecine spécialisée n'a pas directement de rôle structurant. Cependant son impact peut être très important en termes démographiques : chaque spécialité répond au besoin d'un type de population, variant selon l'âge, le sexe... Ainsi, la création d'un nouveau cabinet d'une spécialité donnée peut avoir un effet sur le maintien voire l'attrait de certains habitants. Comme on le verra, cette perspective peut être exploitée dans le cadre d'une politique de développement territorial.

III.1.2 / La mobilité des services pour pallier les faibles densités

Le regroupement pluridisciplinaire des praticiens, notamment institué par la LDTR (cf. partie 3) présente certains atouts mais aussi quelques inconvénients, parmi lesquels la centralisation des services de soin, et donc la création de disparités infra-territoriales. Nous avons pourtant vu l'importance du maintien des services de santé dans les bourgs ruraux. A ce titre, la mobilité des services peut apporter des réponses tant au problème de la mobilité des personnes qu'à celui de l'offre de soin et du maintien des habitants dans les bourgs. En effet, un service de soin itinérant possède, par rapport à un service en cabinet, l'avantage d'aller au devant des personnes (lutter contre les problèmes de déplacements des personnes à mobilité réduite) et de pouvoir s'installer temporairement dans un bourg (maintenir, ne serait-ce que ponctuellement, voire à la demande une offre de soin dans une commune et donc contribuer à son maintien) tout en proposant un service de qualité.

Cette solution alternative et innovante peut être expérimentée en partenariat avec quelques collectivités territoriales.

III.2. Des services spécifiques pour différentes populations

« Dans le contexte actuel, l'adaptation et le maintien des services aux personnes n'est pas seulement un nouvel enjeu pour les populations rurales. C'est aussi un véritable levier pour le développement rural, notamment sur des aspects tels que la création d'emplois et de nouvelles activités, la mobilisation et la cohésion sociale, les nouvelles formes d'utilisation des ressources, les liens avec d'autres territoires. Le tout s'intègre dans un projet d'ensemble de développement territorial. »¹

En effet, en plus d'avoir un rôle structurant sur les territoires, les services de santé peuvent contribuer à créer ou à maintenir une certaine dynamique. Par exemple, un des problèmes du Sud régional est le vieillissement de sa population. Comment peut-on, par la thématique de la santé, tenter d'amenuiser ceci, et par ailleurs se problème peut-il devenir levier de développement ?

¹ *Développer les services à la population en milieu rural*, "Innovation en milieu rural", Cahier n°5, Obs. Européen LEADER, sept. 99

III.2.1 / Eviter l'accentuation du vieillissement de la population par des services de santé spécifiques

En fonction de leur âge, les habitants n'ont pas les mêmes besoins en matière de services de santé. Les résultats du questionnaire sur la consommation des individus nous a par ailleurs confirmé cette évidence. En outre, nous avons constaté que les services de santé pour personnes âgées sont bien présents dans le Sud régional et continuent de se développer. Mais cette problématique ne doit pas occulter les besoins de certains habitants. Le maintien de jeunes couples, par exemple, passe par la présence d'un service de pédiatrie (en cabinet, mobile...). Cela semble certes évident, mais ce constat peut s'intégrer pleinement dans un projet de développement territorial. C'est également le cas pour de nombreux autres services de santé (gynécologue, ...) et services de prévention (Protection Maternelle Infantile, actions de prévention dans les écoles...).

III.2.2 / Les personnes âgées : un avenir pour les espaces ruraux

A l'inverse, le vieillissement de la population peut devenir un levier de développement. Les personnes âgées sont souvent déconsidérées quand il s'agit de réfléchir à la redynamisation d'un territoire. Et pourtant, et sans les réduire à une simple source d'emploi, elles peuvent être le vecteur d'un certain dynamisme économique. Cela passe par les services spécifiques qu'elles requièrent : sanitaires, à domicile ou non, sociaux... qui sont créateurs d'emplois. Dans cette perspective, la formation de travailleurs sanitaires et sociaux en région Centre est un axe majeur, notamment mis en valeur dans le rapport 2004 du Conseil Economique et Social sur le vieillissement. Il préconise par exemple que les formations d'Aides Médico-Psychologiques et du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale puissent se faire en formation initiale, et précise par ailleurs que cette politique de formation ne sera effective que si tout est entrepris pour revaloriser l'image de ces métiers auprès des jeunes¹. De plus, ils contribuent fortement au maintien des services de proximité, en les fréquentant plus que les populations plus jeunes. Ainsi, les personnes âgées peuvent contribuer au maintien voire au développement d'une activité économique de services.

¹ Santé en Région Centre, Tome 1 : le vieillissement, Conseil Economique et Social de la Région Centre, Rapport du 23 janvier 2004

L'offre de soin est une problématique doublement importante : elle relève d'enjeux de santé publique et de développement territorial. Aux enjeux soulevés par cette étude font écho des actions engagées localement et des opportunités offertes par les récentes mesures nationales. Par ailleurs, de nombreux projets alternatifs et innovants peuvent faire l'objet de politiques publiques pilotées territorialement.

Les partenariats (entre professionnels de santé, collectivités territoriales, associations, Etat,...) peuvent apporter une plus-value non négligeable en contribuant à fonder une solidarité entre acteurs locaux pour le développement du Sud régional qui ne peut être que bénéfique en associant les savoirs, les savoirs-faire, les expériences, les financements...

Enfin, la thématique de l'offre de soin n'est qu'un premier pas dans la résolution des problèmes de développement du Sud régional. D'autres thèmes peuvent faire l'objet d'études, comme la mobilité par exemple.

3 / En conclusion...

L'évolution démographique du Sud régional implique une modification de la demande de soin. L'offre de services de santé subit elle même une mutation, notamment induite par une baisse d'effectifs dans certains secteurs et par le changement des conditions d'exercice de ces professions (permanence des soins,...). Même si les habitants de ces territoires ne semblent pas avoir pleinement conscience de la gravité de la situation, les acteurs de la santé se mobilisent pour préparer l'avenir. Le contexte légal offre diverses possibilités d'action pour organiser et améliorer l'offre de soin.

D'un point de vue personnel, ce stage s'est révélé positif. Les apprentissages ont été nombreux : organisation du travail, partenariat et concertation avec des acteurs d'horizons variés... Par ailleurs, le statut de stagiaire se révèle être un intermédiaire entre celui d'étudiant et de salarié qui permet de se confronter, en tant qu'individu emprunt d'idéaux et d'une certaine naïveté, au monde du travail et à ses réalités.

Table des sigles

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural	LDTR	Loi pour le Développement des Territoires Ruraux
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale	LOADDT	Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable des Territoires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	MARPA	Maisons d'Accueil Rurales pour les Personnes Âgées
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination	MRS	Mission Régionale de Santé
DATAR	Délégation à l'Aménagement des Territoires et à l'Action Régionale	MSA	Mutualité Sociale Agricole
DIACT	Délégation Interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (ex-DATAR)	ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
DRAF	Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt	PASER	Plan d'Action Stratégique de l'Etat dans la Région
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales	RP	Recensement de la Population
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	SGAR	Secrétariat Général pour les Affaires Régionales
FEADER	Fonds européen agricole pour le développement rural	SRDES	Schéma Régional de Développement Economique et Social
FEDER	Fonds Européen de Développement Régional	SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
FINES	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux	SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
GRSP	Groupeement Régional de Santé Publique	STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
IDE	Infirmiers Diplômés d'Etat	URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques		

Annexes

Extraits de la LOI n° 2005-157 du 23/02/05 relative au développement des territoires ruraux

(J.O n° 46 du 24 février 2005 page 3073 texte n° 1)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE LIMINAIRE

Article 1

L'Etat est garant de la solidarité nationale en faveur des territoires ruraux et de montagne et reconnaît leur spécificité. Il est institué une conférence de la ruralité qui est réunie chaque année par le ministre en charge des affaires rurales. L'objet de cette conférence est de suivre les progrès des politiques de développement rural, de dresser le cas échéant le bilan des difficultés rencontrées et de formuler des propositions pour l'avenir. Elle est présidée par le ministre en charge des affaires rurales et est composée de membres du Parlement, de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des entreprises publiques et des représentants des secteurs économiques, associatifs et familiaux du milieu rural.

Chapitre II

Dispositions relatives à l'installation des professionnels de santé et à l'action sanitaire et sociale

Article 108

I. - Après l'article L. 1511-7 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 1511-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 1511-8. - I. - Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. A cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé visés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent également être attributaires de ces aides dans les mêmes conditions. Ces aides ne sont pas exclusives des aides déjà attribuées par les collectivités territoriales aux centres de santé implantés sur l'ensemble du territoire.

« La nature et les conditions d'attribution de ces aides, qui peut notamment être subordonnée à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.

« 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.

« Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones définies par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« Un décret détermine le montant maximal et les modalités d'attribution de ces indemnités.

« II. - Une indemnité d'étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités territoriales et leurs groupements à tout étudiant en médecine, à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années dans l'une des zones déficitaires mentionnées au premier alinéa du I. Pour bénéficier de cette aide, l'étudiant signe un contrat avec la collectivité qui attribue l'aide.

« Les conditions générales d'attribution de l'indemnité, son montant maximal ainsi que, le cas échéant, les modalités de son remboursement total ou partiel et de sa réévaluation sont déterminés par décret. »

Article 109

La rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone définie en application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an.

Article 110

Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 177-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 177-2. - *Les caisses de sécurité sociale coordonnent leur politique d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes résidant en zone rurale.*

« Le département assure la coordination globale des dispositifs et services qui concourent à l'insertion et à l'action médico-sociale. Il s'assure à cet effet de la participation de l'ensemble des acteurs concernés. »

Article 111

En zones de montagne, pour assurer le maintien de services, les collectivités territoriales ou leurs groupements ont la possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'équipements sanitaires dans le respect des décisions de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ces investissements peuvent bénéficier du soutien financier de l'Etat, au même titre que les investissements des communes.