

**LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
EN BASSE-NORMANDIE
ET SES PERSPECTIVES**

AVIS

du Conseil Economique et Social Régional de Basse-Normandie

adopté à l'unanimité moins 17 abstentions

Séance du 16 octobre 2009

LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN BASSE-NORMANDIE ET SES PERSPECTIVES

L'attachement des français à leur système de soins est profond et régulièrement sinon revendiqué du moins réaffirmé. Il s'agit en effet d'un facteur de cohésion sociale qui ne souffre d'aucune discussion. La disponibilité et la proximité d'un service de santé, collectif (l'hôpital) ou individuel (le médecin en son cabinet), public ou privé, participent incontestablement à la sécurité et à la qualité de vie de l'ensemble de la population. Est-il à ce propos envisageable de vivre ou de s'implanter dans un espace insuffisamment pourvu en la matière ? La réponse s'impose d'elle-même. Elle est négative tant un service de santé aisément accessible constitue une exigence partagée.

En cela la présence médicale, en particulier celle de premier recours c'est-à-dire celle d'un médecin généraliste, est un facteur éminent d'aménagement du territoire. Or, depuis la fin des années 1990, la question de la démographie et donc de la présence médicales se pose avec une acuité croissante.

Des territoires, de plus en plus nombreux, généralement ruraux mais aussi urbains, souffrent en effet d'une offre de soins ambulatoires en diminution constante, au point même que certains secteurs géographiques ou quartiers se trouvent en quasi situation de déshérence médicale.

Quelle sécurité au quotidien, quel confort de vie, quelle attractivité, plus généralement quel avenir pour ces zones en bute à une offre de services sanitaires déliquescence alors que l'accès aux soins le plus égalitaire possible ne doit pas devenir une revendication mais bien demeurer un principe respecté ?

Le Conseil Régional de Basse-Normandie, conscient de cet état de fait et inquiet des perspectives en la matière, participe depuis plusieurs années à une réflexion sur l'offre de soins dans les territoires. Il contribue même financièrement à des actions de sensibilisation et à la mise en place de dispositifs favorisant le maintien d'une offre médicale ambulatoire sur l'ensemble de la région. C'est dans ce contexte que le CESR a été saisi d'une demande d'avis sur la démographie médicale et ses perspectives en Basse-Normandie.

Les constats et les projections sont en ce domaine relativement aisés à opérer : des espaces en difficultés, notamment en milieu rural, et des perspectives de cessations d'activités des médecins d'autant plus alarmistes que les promotions actuelles et à venir de jeunes praticiens sont notoirement insuffisantes. Le présent avis se chargera de formaliser et d'illustrer succinctement l'ensemble de ces paramètres. Seront également évoquées, pour mémoire, les actions mises en œuvre aux différents niveaux institutionnels pour tenter de remédier aux déficits de présence médicale. Enfin, la question plus spécifique des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) sera examinée et analysée plus largement puisqu'il s'agit de la réponse, semble-t-il, la plus opérationnelle mise aujourd'hui en œuvre pour tenter de

maintenir une présence et une offre de soins suffisantes dans les territoires, du moins dans le moyen terme et en y associant l'ensemble des acteurs de la santé.

Avant d'aborder ces différents points, le CESR veut rappeler que trois types de solutions aux problématiques de présence médicale s'imposent de façon presque évidente. Ces réponses ont successivement pour noms développement des actions de prévention et d'éducation à la santé, puis formation d'un nombre accru de professionnels de santé et en particulier de médecins en tenant compte des besoins spécifiques de santé à l'échelle de grands territoires, et enfin, amélioration organisationnelle de l'offre médicale pour en quelque sorte "soigner aussi bien avec moins de médecins".

Si toutes peuvent être déployées de façon concomitante, l'impact de ces réponses sera toutefois échelonné dans le temps. Ainsi, l'accentuation des politiques d'éducation à la santé, de prévention, qui demeurent le parent pauvre du système médical français, ne pourra produire des résultats qu'à long et très long termes, si tant est que des moyens financiers dignes de ce nom soient affectés à ce type de politique de santé.

L'augmentation des capacités de formation aux métiers médicaux (et paramédicaux dans une moindre mesure cependant), en raison du caractère fortement inertiel de ce type de formation, ne fera ressentir ses premiers effets que dans le moyen terme, c'est-à-dire dans les cinq à dix prochaines années.

Enfin et en revanche, l'organisation optimisée de l'offre de soins peut très rapidement (d'ici cinq ans) produire des améliorations sensibles ou tout du moins limiter les effets déstructurants d'une démographie médicale déclinante.

Les deux premières catégories d'actions relèvent de décisions gouvernementales ou à tout le moins centralisées tandis que la troisième offre l'avantage de pouvoir être décidée, architecturée et activée aux niveaux régional, départemental et local, pour autant cependant que les professionnels de santé y participent. C'est pourquoi la réflexion menée par le CESR de Basse-Normandie sera plus particulièrement focalisée sur les tenants et les aboutissants de cette forme de réponse aux besoins de santé actuels et futurs de la population, sachant enfin que cette réflexion s'inscrit dans l'actualité du vote récent de la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires¹.

- **La Basse-Normandie, comme la France, n'a jamais eu autant de médecins ! ...**

L'observateur attentif de la démographie médicale ne peut s'empêcher de rappeler cette vérité, provocante il est vrai pour les territoires démunis, mais dans l'absolu indiscutable. Il n'y a en effet jamais eu autant de médecins en titre et exerçant aux niveaux national et bas-normand.

Ainsi, environ 215 000 médecins (généralistes, spécialistes, libéraux, salariés, hospitaliers...) exercent en France soit une densité légèrement supérieure à 320 praticiens pour 100 000 habitants.

¹ Loi votée le 24 juin 2009.

La situation de la Basse-Normandie, quoique moins favorable, reste globalement correcte ; 4 122 médecins y sont répertoriés (selon le fichier ADELI du Ministère de la Santé), autorisant une densité régionale d'environ 285 praticiens pour 100 000 habitants.

Afin de délivrer une information la plus objective possible, il faut souligner que de nombreux pays, économiquement et socialement développés, proposent à leur population une qualité de soins reconnue avec des densités de médecins significativement inférieures ; c'est le cas par exemple du Danemark (290) ou du Canada (210). En tout état de cause, la moyenne des pays relevant de l'OCDE s'établit à 250 praticiens pour 100 000 habitants.

	Nb total	Généralistes	Densité de généralistes* de 1 ^{er} recours	Spécialistes	Libéraux	Salariés hospitaliers	Salariés non hospitaliers
Basse-Normandie	4 122 (100,0 %)	2 094 (100,0 %)	80	2 028 (100,0 %)	2 275 (100,0 %)	1 415 (100,0 %)	432 (100,0 %)
dont : Calvados	54,5 %	50,3 %	85	58,9 %	53,8 %	55,3 %	55,5 %
Manche	29,6 %	32,0 %	78	27,2 %	30,5 %	28,5 %	28,5 %
Orne	15,9 %	17,7 %	70	13,9 %	15,6 %	16,2 %	16,0 %

* Densité pour 100 000 habitants

Tableau n° 1 : Répartition départementale des médecins selon leur mode d'exercice (généraliste, spécialiste, libéral, salarié, hospitalier...) au 1^{er} janvier 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

• ... mais souffre territorialement de déficits croissants

Mais à y regarder de plus près, la situation est moins rassurante qu'il n'y paraît, et le sera nettement moins encore, toutes choses restant égales par ailleurs, dans le moyen et le long termes.

Tout d'abord, sur les 4 122 médecins répertoriés en Basse-Normandie en 2008, tous n'exercent pas car ayant opté pour des tâches médicales non prescriptives. Il s'agit des médecins conseils, des médecins du travail, des médecins de laboratoires..., pour une proportion estimée à 11 % du total d'entre eux. Il faut ensuite prendre en compte la grande variété des modes d'exercice (temps partiel, modes d'exercice particulier...) ainsi qu'un nombre non négligeable de médecins en situation de non exercice (arrêt de maladie, motifs personnels...). De même, des évolutions sociologiques profondes affectent la profession et se traduisent par l'expression d'une volonté affirmée des jeunes médecins et des internes d'exercer de façon moins intensive qu'auparavant, sans même évoquer les possibles effets d'une féminisation croissante du corps médical.

Tous ces facteurs, à des degrés divers, diminuent d'autant l'offre globale et théorique de soins à destination de la population.

La Basse-Normandie disposait ainsi finalement, au 1^{er} janvier 2007, selon les ordres départementaux des médecins, de 1 175 généralistes de premier recours. Dès lors, toujours selon les instances ordinales, les densités départementales pour

100 000 habitants seraient de 85 médecins généralistes de premier recours dans le Calvados, de 78 dans la Manche et de 70 dans l'Orne.

De surcroît, les densités médicales ci-dessus mentionnées n'expriment que des moyennes. La situation de certains territoires (départements, bassins de vie, cantons...) est à bien des égards dégradée quand elle n'est pas à proprement parler alarmante. En Basse-Normandie, l'observation statistique à laquelle se livrent régulièrement et conjointement l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et les ordres départementaux met en exergue des zones étendues en état de sous-médicalisation (pour ce qui est de la médecine de premier recours). Il en va ainsi de la totalité du département de l'Orne, de la moitié du département de la Manche (par addition de territoires) et d'environ du quart du département du Calvados. Cette situation est encore plus marquée pour les spécialistes d'autant que la grande agglomération caennaise (Caen - Bayeux - Aunay-sur-Odon - Falaise) en concentre presque la moitié d'entre eux².

A cette vision statique préoccupante, il faut en surajouter une autre, dynamique celle là, relative aux perspectives de formation de jeunes médecins et surtout de départs à la retraite de praticiens dans les années à venir.

Pour ce qui est des cessations d'activité, le tableau suivant opère une projection par départements, par période quinquennale à venir, c'est-à-dire en 2013, 2018 et 2023 des départs. Le constat est sans appel. Toutes activités médicales confondues, 54 % des médecins bas-normands actuellement répertoriés auront cessé leur activité d'ici 15 ans et cette proportion dépassera les 60 % dans le département de l'Orne !

	Départs d'ici 2013 de médecins aujourd'hui âgés de 60 ans et +	Départs d'ici 2018 de médecins aujourd'hui âgés de 55 ans et +	Départs d'ici 2023 de médecins aujourd'hui âgés de 50 ans et +	Proportion de partants d'ici 2023 par rapport aux effectifs actuels
Basse-Normandie	488	1 358 (488 + 870)	2 233 (488 + 870 + 875)	54,2 %
Calvados	259	704 (259 + 445)	1 167 (259 + 445 + 463)	51,9 %
Manche	139	399 (139 + 260)	660 (139 + 260 + 261)	54,1 %
Orne	90	255 (90 + 165)	406 (90 + 165 + 151)	62,2 %

Tableau n° 2 : Rythme prévisible d'ici 2023 de cessation d'activité chez les médecins exerçant en Basse-Normandie en 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

Or, pour conserver un nombre de médecins relativement stable, il faut en former et, surtout, en installer autant qu'il va en partir, c'est-à-dire de l'ordre de 2 200 dans les 15 ans à venir. Hélas, les effets encore durables d'un numerus clausus particulièrement contraint ne laissent espérer qu'une petite centaine de sorties annuelles du cursus universitaire médical ces prochaines années alors qu'il en faudrait de l'ordre de 150. Le différentiel est donc tel que ce n'est qu'après 2020 que le nombre d'entrées dans la profession de médecins pourrait égaler le nombre de sorties. Quant à retrouver un même nombre de praticiens et surtout une même

² La présence d'un CHU et de plusieurs cliniques de grande importance explique pour l'essentiel ce phénomène de concentration.

densité³, c'est se projeter dans un avenir tellement éloigné et donc incertain qu'il serait imprudent d'opérer des pronostics.

Il faut souligner par ailleurs que les besoins de santé vont insensiblement évoluer sous l'effet conjoint du vieillissement en cours de la population - en 2020, un tiers des habitants de la Basse-Normandie aura plus de 65 ans -, d'une prévalence accrue de certaines maladies chroniques (diabète notamment et son cortège d'affections) et peut-être, malheureusement, d'une certaine paupérisation qui pourrait sinon accroître du moins modifier la demande de soins.

Enfin, à peine évoquée précédemment, la sociologie du praticien, de la praticienne serait-on tenté d'écrire, connaît une évolution ou plus exactement des mutations : désir d'exercer dans des conditions globalement plus confortables, c'est-à-dire avec moins d'heures de travail (mais encore considérablement plus que la moyenne), en exercice groupé, avec la proximité de plateaux techniques, autrement dit ne plus être isolé comme le sont encore la plupart des médecins en milieu rural.

Il faut ajouter une certaine "prévention" vis-à-vis de l'exercice de la médecine générale, surtout de premier recours, un attrait grandissant pour l'exercice hospitalier, donc salarié, et le maintien d'un héliolittorisme quasi incurable.

Enfin, certaines spécialités, pour des motifs multiples, connaissent une crise des vocations : anesthésie-réanimation, gynécologie - obstétrique, chirurgie, psychiatrie...

Tous ces facteurs de nature plus sociologiques que techniques jouent et vont jouer un rôle indiscutable dans l'implantation, l'installation et la répartition sur le territoire des médecins.

Voici donc les perspectives assez plausibles auxquelles les pouvoirs publics seront confrontés en matière de présence médicale. Des inconnues et des variables doivent être enfin mentionnées pour compléter ce panorama de l'exercice médical : progrès techniques permanents de la médecine, télé-médecine, évolution probable de la répartition et des délégations de tâches et de compétences, possible amélioration de l'éducation à la santé, capacités de financement de la collectivité et des individus vis-à-vis d'un système de soins pesant 9 % du PIB national...

• Les réponses aujourd'hui déployées pour remédier au déclin de la présence médicale

Tous ces paramètres et ces facteurs d'évolution sont connus et ont contribué à façonner la nature et le contenu de l'intervention progressive des pouvoirs publics pour tenter de pallier les effets et les inconvénients d'une démographie et d'une présence médicales déclinantes. Il est ici utile de rappeler de façon condensée les mesures déployées à tous les niveaux depuis une dizaine d'années.

L'Etat, en ce qui le concerne depuis le début des années 2000 a (enfin) élargi un *numerus clausus* tombé à 3 500 places environ en 1999 pour l'amener aujourd'hui à 7 300 places. Toutefois, compte tenu de la nature inertielle du système universitaire de formation médicale - environ 10 ans sont nécessaires pour former un

³ Car pendant ce temps la population totale de la Basse-Normandie va continuer de croître.

généraliste et 12 à 13 pour un spécialiste, en moyenne -, les effets de ce changement de cap ne se feront significativement sentir que d'ici 2015-2020.

Les études médicales, dans leur déroulement et leur contenu, ont fait et font l'objet de régulières évolutions : création des Epreuves Nationales Classantes (ENC), prise de mesures de discriminations positives pour adapter le nombre de postes d'internes aux besoins territoriaux, augmentation progressive du nombre d'enseignants en médecine générale, mesures accentuées par la Loi Bachelot, instauration de stages d'initiation à la médecine générale.

Des mesures financières complètent ces différentes orientations en vue d'inciter les médecins à exercer en zones sous denses, rurales ou urbaines difficiles. Nombreuses, ces exonérations, indemnisations, forfaits divers et variés (énumérés en partie 2 du rapport du CESR, pages 49 et suite) n'ont pas, semble-t-il, produit les effets attendus et endigué le déficit d'installations en zones médicalement sous équipées.

Les Collectivités Territoriales, en particulier les Départements, les communautés de communes et les communes, très directement confrontés aux difficultés de présence médicale, ont, eux aussi, mis en œuvre, de façon coordonnée ou dispersée, tout un éventail de mesures : bourses aux étudiants moyennant un engagement d'installation ultérieure, appel à des cabinets de "chasseurs de têtes" pour favoriser la venue notamment de médecins étrangers issus eux-mêmes de pays en souffrance sanitaire, aide à la création de maisons médicales où l'aspect immobilier l'a parfois emporté sur le projet de santé territorial...

D'une manière générale, cet ensemble de mesures, prises le plus souvent en réponse à des situations d'urgence et de détresse, n'a produit que des effets mitigés, à tout le moins très éloignés des attentes de leurs instigateurs, suscitant même parfois des comportements opportunistes. Avec peu d'implantations nouvelles de médecins en zones sous denses, avec des étudiants manifestant encore un attrait des plus relatifs pour la médecine générale, avec la poursuite de phénomènes de concentration urbaine et/ou héliotropique confirmés, les résultats enregistrés n'ont donc pas été à la hauteur des efforts déployés et surtout des espérances mises dans ces dispositifs.

• En Basse-Normandie, des réponses précoces, diversifiées et innovantes

Face à ce problème crucial de présence médicale, très déstructurant au plan de l'aménagement du territoire, les réponses apportées ou plutôt initiées par les pouvoirs publics en Basse-Normandie et en particulier par les collectivités locales ont été précoces, diversifiées et innovantes.

Elles ont été précoces et diversifiées car dès la fin des années 1990 et le début des années 2000 les communes et surtout les intercommunalités et les conseils généraux, celui de la Manche en particulier⁴, ont développé des actions en faveur

⁴ Le Conseil Général de l'Orne a lancé un peu plus tardivement des mesures assez comparables tandis que celui du Calvados nettement moins confronté à ces difficultés ne s'est penché que très récemment sur ces problématiques.

d'un maintien de la présence médicale. Il s'agissait de maisons médicales, d'octroi de bourses, de recrutements de médecins étrangers, de l'ouverture d'un portail internet (Manche Santé).

Au niveau régional, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et le Conseil Régional, avec le concours de l'URML et des ordres des médecins ont mis en œuvre, séparément ou conjointement, des actions contribuant à la réflexion, à l'observation et à l'élaboration de dispositifs favorables à une présence médicale confortée dans les territoires.

Elles ont été innovantes quand, sous l'égide d'un grand nombre de partenaires⁵, en particulier les conseils généraux et régional, l'URML, l'URCAM, a été élaborée et signée en juin 2008 une Charte partenariale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie.

Il s'agissait pour les pouvoirs publics et les représentants des professions médicales et paramédicales de passer en quelque sorte "à une vitesse supérieure".

Cette charte repose sur la prise en compte d'un grand nombre d'objectifs généraux complémentaires parmi lesquels :

- le développement de modes d'exercice novateurs et attractifs pour les professionnels de santé ;
- la recherche d'une installation favorisée de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté ;
- la contribution à la mise en place d'une offre de soins structurée ;
- la garantie de l'accès aux soins de proximité pour la population bas-normande.

Il convient de préciser que la mise en œuvre de la Charte partenariale et des mesures qui l'accompagnent ne s'est pas traduite pour les départements de la Manche et de l'Orne par l'abandon de toutes les politiques préalablement mises en œuvre ; Ainsi, le Conseil Général de l'Orne conserve son dispositif d'aide à la création de maison de santé ; le Conseil Général de la Manche maintient quant à lui son offre de bourses au profit des internes en médecine.

Enfin, il faut souligner que l'adoption de cette charte partenariale donne à la Basse-Normandie une grande avance sur les actions entreprises dans les autres régions françaises, au point même que le ministère de la santé suit avec intérêt l'avancement de cette initiative.

Pour mener à bien cette charte, et en particulier contribuer à la mise en place des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) sur des bases d'appréciation objectives et partagées de l'offre de soins, un diagnostic territorial commun a été

⁵ Outre les entités précédemment citées, les signataires ont été les suivants : le Préfet de la Région Basse-Normandie, les Préfets de la Manche et de l'Orne, le Directeur de l'Agence Régionale Hospitalière, le Directeur de la Mission Régionale de Santé, le doyen de la faculté de médecine de Caen, les Présidents des Conseils Régionaux et Départementaux de l'ordre des médecins, les présidents des conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes, les présidents des conseils départementaux de l'ordre des infirmiers, les présidents des ordres régionaux des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des pharmaciens, le président de l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie et la présidente du collectif inter-associatif de la santé bas-normand.

réalisé (et actualisé) sur la base d'une analyse de la démographie médicale par bassins de vie en zones rurales et par pseudo-cantons pour les zones urbaines de plus de 30 000 habitants.

La mise en commun de ces différents paramètres a permis l'établissement de cartographies dynamiques car soumises à mises à jour annuelles. La plus finalisée d'entre elles met en évidence les territoires les plus fragiles et les moins bien dotés en termes d'offre médicale qui constituent autant de Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP). Elle traduit bien, en particulier pour les départements de la Manche et surtout de l'Orne, le caractère préoccupant de la situation. Ainsi, la quasi-totalité de l'Orne est classée en zones sous dotées et moins dotées. Près de la moitié du département de la Manche connaît des situations de pénurie comparables et en particulier l'isthme et la côte est du Cotentin et un couloir situé au sud-ouest et allant de Tessy-sur-Vire au Teilleul.

Quant au Calvados, il présente pour l'essentiel trois zones en "souffrance" : le Bocage Virois au sens large, les secteurs de Balleroy et d'Isigny-sur-Mer et une grande partie du Pays d'Auge, territoires auxquels il convient d'ajouter un espace restreint situé à l'est de Caen représentant les zones de Dozulé, Troarn et Cambremer.

• Les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA), une réponse crédible aux problèmes de présence médicale...

Dispositif placé au cœur de la charte partenariale, les PSLA constituent une structure destinée à apporter, à coordonner et à assurer à la population un égal accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire des consultations de généralistes, les soins infirmiers, de kinésithérapie et l'ensemble des autres soins médicaux et paramédicaux.

En termes de contenu, un PSLA institue une organisation cohérente ayant pour périmètre d'action un bassin de vie ; ce dispositif correspond à une unité fonctionnelle pouvant se décliner en une organisation multi-sites, permettant d'associer volontairement, voire de regrouper, des professionnels de santé libéraux auxquels peuvent s'adjoindre des collaborateurs salariés et des salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux, pour dispenser des soins de médecine de proximité au sein d'un territoire défini par le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) avec une possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé.

La taille d'un PSLA est variable car adaptée aux situations locales mais elle doit s'inscrire a minima dans un bassin de vie, échelon généralement pertinent pour apporter des réponses calibrées aux besoins globaux de la population. Dès lors, ce dispositif constitue un véritable élément d'une politique d'aménagement du territoire. Il présente enfin la particularité de devoir être conçu et initié par les opérateurs médicaux et paramédicaux présents au sein du périmètre opérationnel concerné.

Ses objectifs opérationnels sont multiples et par ailleurs énumérés dans le texte même de la Charte. Parmi les plus remarquables, il faut citer la coordination des soins, le développement de réseaux de santé, la mutualisation des moyens et le transfert de compétences, le partage d'informations, l'intégration potentielle dans le

dispositif départemental de permanence des soins, la formation continue des professionnels de santé, la prévention et l'éducation thérapeutique...

Les PSLA innoveront donc indiscutablement par rapport aux réponses antérieurement apportées aux questions de présence médicale. En ce sens, ils reposent sur une réflexion et un volontarisme territorial des professionnels de santé en faveur de la constitution d'un projet global de santé au sein d'un bassin de vie. A la différence également des dispositifs antérieurs (les maisons médicales en particulier), ils associent impérativement plusieurs professions de santé. De la sorte, ils prennent en compte également les questions de complémentarité, de coordination, de mise en place d'une communauté professionnelle médicale et paramédicale, mais aussi de santé publique (prévention, éducation à la santé...), de formation continue... Il n'est pas non plus interdit de penser qu'à moyen terme tous les PSLA intégreront dans leur structuration des acteurs médico-sociaux (EPHAD, SIAD⁶...), ce qui est par ailleurs prévu dans les objectifs énumérés dans la convention partenariale signée en 2008.

Au plan matériel, il est prévu que la plupart des PSLA se dotent d'un coordinateur. Ce dernier, que l'on ne trouvait dans aucun des dispositifs antérieurs, est un rouage indispensable et à bien des égards essentiel au bon fonctionnement du pôle. Il doit assurer des tâches de gestion (encadrement, comptabilité, informatique et information) et de coordination-animation vis-à-vis des professionnels intervenant dans le pôle, des institutions périphériques (établissements de santé, médico-sociaux...) et des collectivités territoriales. Plus généralement, il doit favoriser la libération du temps des professionnels en faveur d'une prise en charge accrue des missions de soins et de santé au profit de la population du bassin de vie. C'est donc une fonction à la fois innovante et garante de l'efficacité du dispositif.

Par ailleurs, les PSLA, de par leur équipement immobilier, informatique et de télécommunication (télémédecine, visioconférences...) seront à même de favoriser les diagnostics médicaux à distance mais aussi les actions de formation continue, de prévention et d'éducation.

Innovateurs, les PSLA sont également fédérateurs puisqu'ils sont portés par une partie croissante des professions médicales, paramédicales et par l'ensemble des pouvoirs publics concernés (Etat, Collectivités Territoriales).

Enfin, et ce n'est pas là la moindre des qualités de ce dispositif, les PSLA disposent d'un réel potentiel d'attractivité à l'égard des professionnels de santé. En effet, ils apportent des réponses adaptées à une partie des freins à l'installation de jeunes professionnels de santé, notamment de médecins généralistes de premier recours : exercice groupé et/ou en réseau, possibilité accrue de pratiquer à temps partiel, allègement des tâches administratives...

C'est là un des intérêts majeurs de la formule car répondant au problème majeur du déficit à venir sinon d'installations du moins d'implantations dans des zones jusqu'alors réputées, à tort ou à raison, peu attractives.

L'existence d'un pôle de santé et l'acquisition progressive d'une certaine notoriété de ceux-ci peuvent donc inciter des professionnels à l'intégrer et de jeunes médecins à le rejoindre, soit en exercice libéral (à titre individuel ou comme

⁶ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, Service Infirmier A Domicile.

collaborateur), soit en tant que salarié. Par ailleurs, ce qui est valable en termes d'attractivité pour les médecins peut l'être aussi pour les autres professions médicales et paramédicales. Ainsi, il n'est pas interdit de penser que la présence d'un PSLA sera de nature à inciter des paramédicaux à s'installer et à le rejoindre. Ce dispositif pourrait même inciter des spécialités paramédicales jusqu'alors absentes à s'implanter dans le périmètre couvert par ce dispositif. En l'occurrence, on peut espérer que le développement des PSLA pourra contribuer à une présence améliorée des sages-femmes sur le territoire régional.

Les PSLA peuvent également se doter de logements destinés à l'hébergement d'internes (et d'étudiants en disciplines paramédicales) en stages. La qualité de l'accueil que pourraient dispenser ainsi les pôles de santé donnerait à la médecine générale de premier recours une image plus positive qu'elle n'est actuellement surtout pour ce qui concerne l'exercice en milieu rural ou semi rural.

Enfin, dès 2010-2011, des PSLA seront opérationnels. Outre ceux inscrits au plan de relance gouvernemental (Villedieu-les-Poëles, Saint-James, Gacé et Orbec), il faut mentionner ceux d'Isigny-sur-Mer, Thury-Harcourt, Saint-Pierre-sur-Dives, Condé-sur-Noireau, Livarot, Quettehou/Saint-Vaast, Barenton-le Teilleul, Carentan, Pont-Hébert/Saint-Jean-de-Daye, l'Aigle, Carrouges, La-Ferté-Macé, Domfront et Mortagne, tous se situant à des degrés variables d'avancement.

- **... à laquelle il convient de donner une efficacité maximale**

Autant les PSLA semblent pouvoir apporter des réponses efficaces à une partie des problèmes de présence médicale actuels et à venir, autant il semble utile au CESR de voir ce dispositif s'inscrire dans une logique où le souci de l'intérêt général doit prévaloir.

Plus prosaïquement, la mise en place de PSLA au sein d'un nombre progressivement important de bassins de vie nécessitera de la part des pouvoirs publics des efforts financiers non seulement considérables mais aussi durables. En effet, un PSLA c'est à la fois de l'investissement (un terrain, des locaux, de l'informatique, des logiciels, de la bureautique...) mais également du fonctionnement (personnel administratif et d'entretien, fluides...).

En contrepartie des efforts consentis par les pouvoirs publics, les PSLA, dès leur instauration, devront prendre en compte un certain nombre de paramètres ayant pour dénominateurs communs la recherche d'une offre optimale de soins, le souci de l'aménagement du territoire et enfin l'objectif de pérenniser les structures ainsi créées. Ces paramètres doivent répondre à des préoccupations générales et à des priorités d'ordre financier, structurel, et territorial.

- Prendre en compte les impératifs territoriaux...

Nés d'initiatives locales et relevant du volontarisme des professionnels de santé, les PSLA doivent, semble-t-il, obéir à une certaine logique territoriale. En l'occurrence, leur apparition progressive sur le territoire régional ne doit pas aboutir à des localisations et à des délimitations souffrant d'incohérences. Ainsi, les différentes structures accompagnant l'émergence des projets de PSLA (Comité Opérationnel Départemental, Comité Technique d'Ingénierie, Comité des Financeurs), chacune à

leur niveau mais de préférence le plus tôt possible, doivent détecter les projets dont l'aire et la dimension territoriales seraient susceptibles de générer des problèmes à court ou à moyen terme.

Ainsi, il faut sans doute inciter à reconsidérer, cela paraît évident, les projets s'inscrivant dans une zone où la relation avec un établissement hospitalier ou un dispositif médicosocial s'avérerait, pour de multiples raisons, délicate.

Sans même évoquer l'éventualité de la création d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ambulatoire, il convient donc de rechercher une répartition optimale des PSLA sur le territoire régional pour éviter des doublons ou des incohérences ou encore des surcoûts. Le rôle des différentes instances citées précédemment apparaît en la matière indéniable, ajoutant à leurs compétences techniques une vision territoriale et prospective indispensable. A cet égard, la question de l'évolution future des PSLA doit d'ores et déjà être intégrée à l'instruction des projets actuels. Ainsi, autant il est possible dans l'immédiat de concevoir la création de deux petits projets de PSLA mitoyens, autant on peut s'interroger à terme sur leur possible fusion et sur le devenir des investissements immobiliers initialement consentis.

Il convient à ce propos de souhaiter que les édiles locaux ne pratiquent pas de surenchères pour disposer, chacun dans son chef-lieu de canton, d'un PSLA au mépris des nécessités de coordination sanitaires et médico-sociales et d'une gestion raisonnable et raisonnée des deniers publics. Le fait d'assurer le bouclage financier des projets de PSLA n'autorise en rien des groupements de communes à favoriser l'émergence de projets dont la pérennité et la légitimité sanitaires sont loin d'être acquises. Un PSLA doit avant toutes choses constituer une réponse cohérente aux besoins de santé d'un bassin de vie et non devenir un enjeu de suprématie entre deux ou trois chefs-lieux de cantons.

Dans le même ordre d'idées, il serait sans doute intéressant, pour chaque projet en émergence, de comptabiliser le nombre de professionnels de santé non adhérents à la démarche car ils sont susceptibles ultérieurement de s'y rallier et donc d'engendrer ce faisant des problèmes de capacités d'accueil. La question est délicate car s'il est nécessaire d'adapter la dimension immobilière du pôle pour en contenir le coût immobilier initial, il serait mal venu d'en limiter les possibilités futures d'extension faute d'espace disponible.

Il est également intéressant de mener une réflexion préalable sur l'intérêt de développer les PSLA en ville. Dans l'absolu et pour répondre à des déficits ponctuels de présence médicale en certains secteurs urbains, l'idée peut être retenue car présentant une certaine légitimité par rapport aux besoins de la population, notamment pour des quartiers en difficultés et reconnus comme tels. Toutefois, il semble que les problématiques de présence médicale en agglomération ne présentent pas la même acuité qu'en milieu rural. Les possibilités de transport vers les lieux de soins (cabinets médicaux, établissements hospitaliers...) sont incomparablement plus aisées en ville et la densité globale en professionnels de santé, en spécialités médicales et en établissements de soins, y est nettement supérieure.

En ce sens, la création de PSLA en milieu urbain semble plus répondre à une problématique de maintien de l'offre de santé existante, d'organisation et/ou de création de réseaux entre professionnels médicaux et paramédicaux qu'à une

demande localisée de soins émanant de la population. En l'occurrence, il semblerait, au moins dans un premier temps, plus judicieux de privilégier une approche plutôt médico-sociale pour mieux persuader les populations des zones urbaines en difficultés de l'intérêt d'un suivi médical et d'une appropriation accrue de certains impératifs d'éducation à la santé. Par ailleurs, une étude approfondie des situations urbaines en termes d'offre de soins doit être préalablement menée.

Dès lors, autant l'émergence de telles structures est envisageable, autant leur financement par les pouvoirs publics ne paraît pas relever ni de la même priorité qu'en milieu rural, ni des mêmes formes de financement. Il faut à ce propos rappeler que la Charte partenariale approuvée en 2008 excluait ce type d'initiative des modes de financement proposés.

- ... structurels...

En tant qu'entités regroupant des professionnels de santé, les futurs PSLA sont confrontés à des problématiques structurelles et plus précisément de dimension et de composition.

La question de leur dimension se pose à plusieurs niveaux. Ainsi, le choix de créer un PSLA regroupant un nombre considérable de professionnels induit dans la plupart des cas la nécessité de disposer ou d'édifier un ensemble immobilier d'accueil de taille importante, d'où des coûts d'investissement élevés. Dans le même ordre d'idées, au-delà d'un certain nombre de professionnels regroupés, le risque de créer à terme un quasi-établissement de soins n'est pas négligeable. Egalement, le fait de concentrer au cœur d'un bassin de vie étendu l'ensemble des professionnels de santé est de nature à créer de véritables déserts médicaux en périphérie. Enfin, un PSLA de taille importante va générer des frais de fonctionnement en augmentation, au-delà en tout cas des économies d'échelle qu'une structure de dimension raisonnable aurait occasionnées.

Inversement, la création de PSLA de taille réduite semble sujette à caution. Trop peu de médecins adhérents (quatre constituant semble-t-il un minimum en deçà duquel la qualité d'exercice est aléatoire) et un trop faible potentiel à terme de professionnels de santé pouvant rejoindre la structure doivent amener les porteurs du projet à une grande prudence.

Il convient donc de faire en sorte que les futurs PSLA adoptent des périmètres qui répondent aux besoins de santé de la population et qui correspondent à l'offre médicale, paramédicale et médico-sociale susceptible d'y adhérer. Cette question de la dimension pertinente des PSLA se révèle particulièrement délicate car elle est tributaire d'un grand nombre de variables : taille du bassin de vie, profil sanitaire de la population, adhésion plus ou moins grande des professionnels de santé au dispositif proposé, capacité des pouvoirs publics à contribuer financièrement au projet...sans méconnaître l'implication plus ou moins grande des élus, voire les concurrences entre eux. La mise en cohérence de cet ensemble de variables exige un temps de réflexion nécessairement élevé et une vision globale et à bien des égards prospective. Il faut à ce propos considérer que l'inscription au plan de relance gouvernemental de certains projets de PSLA a pour effet regrettable d'imposer le respect de délais tellement serrés qu'ils vont à l'encontre d'une réflexion et d'une concertation suffisamment étayées.

La composition des PSLA est une autre thématique d'importance. Le succès des PSLA réside très probablement dans leur faculté de proposer à la population une offre de soins large, incluant la plupart des spécialités indispensables à des soins de premier recours : médecins évidemment mais également pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes...

La mise en place d'un PSLA incluant un éventail élargi de professionnels de santé requiert de la part des fondateurs du dispositif, généralement des médecins, de faire montre d'une réelle capacité à fédérer et à dialoguer en amont avec les autres corporations médicales, paramédicales et médicosociales. Pour évident que cela puisse paraître, cette concertation repose sur une compréhension mutuelle des enjeux représentés par la création d'un PSLA et sur l'établissement d'un dialogue non hiérarchisé entre professionnels de santé.

A ce propos, les paramédicaux expriment parfois la crainte d'une "mainmise" des médecins sur le processus de création du PSLA puis sur le PSLA lui-même. Encore une fois, la qualité de la concertation initiale revêt une grande importance et la recherche d'un fonctionnement "gagnant/gagnant" doit en constituer le fil directeur.

Au-delà de ces questions de nature générale, deux problématiques plus prosaïques doivent ici être évoquées. La première a trait à l'organisation juridique des relations entre professionnels de santé au sein du PSLA. Au moment où ce document est rédigé, il semble que le choix se porte vers la constitution de Sociétés Civiles de Moyens (SCM) Cependant, il semble que ce type de réponse juridique gagnerait à être affinée pour mieux correspondre aux besoins spécifiques des PSLA qui, il faut le souligner, rassemblent des professionnels de santé d'horizons différenciés. La poursuite de la réflexion sur cette question tout à fait importante apparaît indispensable car la survenance de problèmes juridiques une fois les PSLA en vigueur pourrait handicaper leur fonctionnement, leur notoriété, leur pérennité, et finalement leur diffusion sur le territoire.

La seconde problématique concerne la localisation des pharmacies. En effet, qu'elles soient parties prenantes ou non dans les PSLA, la pérennité de ces officines peut être remise en cause par le lieu d'implantation du pôle. Il s'agit d'une question dont l'intérêt dépasse, et de loin, celui, commercial et patrimonial, des pharmaciens directement concernés. En effet, la localisation des pharmacies, qui répond à des critères réglementaires et démographiques, devrait aller de pair avec celle du PSLA, en particulier pour faciliter l'accès des patients à la délivrance des médicaments. De toute évidence, cette question nécessite une réflexion à laquelle le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens est d'ores et déjà associé.

Au-delà de ces différentes problématiques, la nécessité de parvenir à des PSLA reposant sur un éventail élargi de professionnels de santé doit amener à réfléchir à deux questions : le cheminement au sein des PSLA vers un dossier médical partagé et la nécessaire et incontournable intégration des structures médico-sociales (EPHAD, SIAD...) dans ce dispositif.

L'architecture des PSLA doit, autant que possible, épouser les spécificités du bassin de vie au sein duquel il est implanté. En ce sens, la question de la mise en place de cabinets secondaires, sortes de satellites du pôle, mérite d'être posée. En effet, il apparaît particulièrement intéressant de doter le territoire sur lequel est développé un PSLA de cabinets secondaires pour mieux faciliter une ou deux fois par semaine l'accès de la population aux consultations et aux soins.

L'adoption d'un tel maillage présente plusieurs avantages dont trois au moins doivent être soulignés. D'une part, la présence de cabinets secondaires évite la création en certains secteurs du bassin de vie de véritables déserts médicaux. D'autre part, l'accès aux soins est facilité pour la patientèle dont une partie peut être confrontée à des problèmes de mobilité. Enfin, la mise en place de cabinets secondaires est de nature à limiter les frais de transports médicaux qui, en l'absence de ces structures, auraient probablement tendance à augmenter. Cette problématique pose par ailleurs la question d'une offre de transports collectifs densifiée à l'échelle régionale.

En l'occurrence, il ne serait sans doute pas inutile d'entériner au moment de la création définitive d'un PSLA le principe du maintien, pour un laps de temps prédéterminé, de cabinets secondaires. Cet engagement éviterait la tentation de les remettre progressivement en cause et, par ailleurs, garantirait l'usage de locaux dont la collectivité aurait initialement assuré le financement.

- ... financiers

Même si la nécessité de créer des PSLA pour conserver une offre de soins adaptée aux besoins de la population et pour conforter la présence médicale prime sur toute autre considération, il apparaît utile au moment où l'argent public se raréfie de rappeler que ce type d'initiative doit s'inscrire dans une certaine forme d'orthodoxie financière et de mesure. La volonté politique de mettre en place des PSLA sur tout ou partie du territoire bas-normand, si elle est incontestable au plan de l'aménagement du territoire, se doit donc de demeurer dans un cadre financier acceptable pour les pouvoirs publics et en particulier pour les collectivités territoriales d'accueil et leurs contribuables.

Ainsi, les coûts inhérents à la mise en place de cette structure de santé innovante qu'est le PSLA ne doivent pas seulement reposer sur les pouvoirs publics.

En ce sens, les développements précédents relatifs à la dimension et à la structuration optimale des PSLA trouvent notamment leur justification dans la nécessité de tendre, autant que possible, vers des projets de PSLA dont la dimension initiale ne soit pas source de problèmes insurmontables notamment au plan financier. Il semble d'ores et déjà qu'un certain nombre de projets, de par leur taille, aboutissent à des coûts particulièrement élevés pour les financeurs publics et mettent à mal la capacité de ces derniers à financer l'ensemble des dossiers actuellement en émergence. Il convient à ce propos d'observer que la plupart des projets privilégient l'approche immobilière à l'approche "réseau", a priori plus économe car immatérielle. Cette tendance doit être considérée comme légitime car correspondant tout à fait aux aspirations des jeunes générations de médecins en particulier et des professionnels de santé en général, majoritairement hostiles à l'exercice isolé, et sans doute aussi à celles des patients souhaitant disposer d'un éventail étendu de services sanitaires en un même lieu.

En outre, certains détracteurs des PSLA considèrent qu'ils sont avant tout un moyen pour les professionnels de santé en activité de résoudre leurs problèmes immobiliers en transférant sur la collectivité les coûts inhérents à la construction d'une structure d'accueil neuve et équipée. Même si certains professionnels de santé y voient une opportunité, voire une aubaine, il faut avant tout considérer la question immobilière comme un moyen et non comme une fin. De surcroît, il faut admettre

que l'intérêt des médecins relativement âgés pour les PSLA serait tout relatif s'il fallait qu'ils investissent à fonds perdus ou presque dans une structure immobilière. Or ce sont eux qui pour l'instant seront les adhérents majoritaires à ce dispositif. Enfin, si la charge immobilière devait reposer principalement sur les professionnels de santé, l'attractivité du dispositif vis-à-vis des jeunes médecins ou paramédicaux en serait affectée en raison d'une capacité à investir limitée.

Les crédits réservés à cette politique peuvent aujourd'hui, globalement et pour chacun des financeurs, ne pas se montrer suffisants pour faire face à la demande. Deux raisons expliquent cette situation pour le moins surprenante. D'une part, il apparaît que le succès rencontré par les PSLA auprès des professionnels de santé dépasse, et de loin, les prévisions, même les plus optimistes. D'autre part, certains des projets en cours de concrétisation sont d'une taille telle, en particulier au plan immobilier, qu'ils déterminent des coûts globaux élevés, supérieurs pour quelques uns à deux voire à trois millions d'euros.

Ainsi, autant il semble indispensable de revoir à la hausse les enveloppes globales et les montants maximaux attribués par l'ensemble des partenaires publics à cette politique dont la nécessité n'échappe à personne, autant il apparaît indispensable que la surface financière de chacun des projets reste dans les limites du raisonnable. A cet égard, il ne faut pas oublier que la finalisation d'un projet de PSLA repose sur la capacité d'une ou de plusieurs communes, le plus souvent sous la forme d'une communauté de communes, à prendre en charge le reliquat des financements nécessaires au bouclage final du dossier. Or, pour certains projets, le différentiel entre le cumul des financements apportés par l'Etat, l'Europe et les conseils généraux et régional et la part reposant sur les collectivités locales portant le PSLA est tel que ces dernières peuvent être conduites dans des situations financières inextricables ou tout simplement être amenées à abandonner le projet en raison de leur incapacité à en assurer la prise en charge finale.

Cette situation et ces éventualités, à bien des égards complexes, doivent pousser les différentes parties prenantes à réexaminer et, au besoin, à faire évoluer l'architecture actuellement en vigueur du mode de financement des PSLA. Ainsi, ne faudrait-il pas privilégier la mise en place de participations financières variables, du moins proportionnelles aux coûts, mais cependant plafonnées, plutôt que de proposer des montants de subventions forfaitisés ? En effet, en favorisant l'octroi de sommes forfaitaires, on peut inciter à la création de structures épousant plus les contours financiers que proportionnées à l'offre et à la demande locales de soins. De la sorte, il est possible de voir se multiplier des projets de PSLA financièrement supportables mais mal adaptés à la problématique de santé des territoires concernés. Plus explicitement encore, le risque est patent d'inciter les collectivités d'accueil des PSLA, en l'occurrence les communautés de communes, à opter pour des structures de petite dimension et dont la charge financière marginale serait peu élevée, ce nonobstant les nécessités de santé locales.

En outre, en cherchant à favoriser l'émergence de projets de taille limitée car financièrement supportables par l'ensemble des financeurs, ne court-on pas le risque à moyen terme d'assister à des fusions-absorptions de PSLA contigus ? Cette hypothèse, tout à fait plausible, conduirait à devoir résoudre ensuite la question du devenir de tout ou partie de l'ensemble immobilier ayant perdu sa fonction sanitaire et sociale, sans même évoquer le gaspillage afférent de fonds publics.

De façon inverse, la tentation de constituer des PSLA de très grande dimension pourrait avoir pour effet regrettable, d'une part, d' "assécher" temporairement les disponibilités en crédits et, d'autre part, de limiter, au moins temporairement, la capacité à financer de manière concomitante un certain nombre d'autres projets. Or, faute de possibilité de couvrir en PSLA relativement rapidement les territoires les plus menacés par la sous densité médicale, ces mêmes territoires peuvent devenir médicalement et définitivement désertifiés.

Ainsi, la question de la recherche d'un dimensionnement territorial, sanitaire et financier optimal des projets constitue une quasi-obligation tant pour les porteurs de projets que pour les financeurs. De la sorte, une vision globale et cohérente des différents projets doit s'imposer pour éviter soit les redondances futures, soit les dispositifs par trop onéreux. En ce sens, l'idée déjà suggérée de SROS ambulatoire ou de tout autre dispositif favorisant les approches cohérentes à terme doit retenir l'attention de l'ensemble des parties prenantes à cette politique et dès 2010 de l'Agence Régionale de Santé.

Par ailleurs, s'agissant d'une politique d'aménagement du territoire, donc au long cours, il paraît indispensable d'inscrire cette action dans la durée, c'est-à-dire pratiquement sur une décennie, et d'y affecter des crédits significatifs.

La question de la prise en charge des coûts de fonctionnement des PSLA se pose également et ce de façon d'autant plus cruciale que ce type de dépense est caractérisé par sa permanence. En l'occurrence, une fois en activité, les PSLA devront intégrer les coûts en personnel (secrétariat, coordinateur, entretien), ceux liés aux fluides (eau, électricité, chauffage...) et aux communications (téléphone, internet, frais de déplacement...). La prise en charge de l'essentiel, voire de la totalité de ces dépenses doit, selon le CESR, incomber aux professionnels de santé et ce pour deux raisons. D'une part, il s'agit de dépenses ordinaires auxquelles tout professionnel doit pourvoir ; d'autre part, si le regroupement en PSLA occasionne des frais qu'un professionnel n'avait pas auparavant, il procure au même professionnel un confort de travail et des avantages qu'il ne connaissait pas non plus antérieurement.

Pour ces raisons, il convient de réfléchir à l'élaboration d'une convention cadre définissant au plan régional des critères et des règles encadrant la répartition entre collectivités maîtres d'ouvrage et professionnels de santé des principaux types de dépenses. Concernant en particulier les dépenses de fonctionnement, par définition récurrentes, il serait légitime d'envisager une prise en charge progressive de celles ci par les professionnels de santé.

L'ensemble de ces observations et préconisations expriment donc la volonté du CESR de voir la politique des PSLA se développer de façon structurée et cohérente. Il s'agit non seulement d'éviter les projets redondants et/ou concurrents mais encore d'inciter à la création de pôles dans les zones aujourd'hui en situation de fragilité. Il faut donc que les inspirateurs de cette politique, en l'occurrence les collectivités locales et l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux concernés, définissent plus et mieux encore les règles de répartition, d'organisation et de fonctionnement, notamment en ce qui concerne la définition du périmètre, des PSLA afin de conserver sur l'ensemble du territoire régional une offre de soins de premier recours satisfaisante et à un coût supportable pour les finances locales.

- **Finalement un atout en termes d'aménagement du territoire**

Même si leur coût peut paraître à certains égards élevé voire prohibitif, il n'en demeure pas moins que les PSLA constituent pour la Basse-Normandie une opportunité qu'il serait inapproprié de ne pas saisir tant au plan général que sanitaire, d'autant qu'il n'existe pas de solutions alternatives crédibles, sauf à revenir sur le principe de la liberté et des modalités d'installation.

Tout d'abord et d'une façon générale, ils sont de nature à conforter voire à renforcer la qualité de vie en certaines zones du territoire régional. Cet avantage paraît difficilement contestable tant l'exigence de la population vis-à-vis de la santé et de la sécurité sanitaire est grande.

Les PSLA sont également un facteur de maintien des populations et des activités économiques. On voit mal en effet comment pourraient se maintenir des entreprises si la population ne bénéficie pas au quotidien de réponses de premier recours à ses besoins sanitaires. Par voie de conséquences, les PSLA peuvent contribuer à rendre attractifs certains territoires ou, a minima, à conserver leur potentiel.

Au plan sanitaire, ils sont bien évidemment un facteur favorable à une couverture régulière du territoire en offre de soins de premier recours. Mais ils sont surtout une structure défensive autorisant une résistance plus grande à l'érosion inéluctable du nombre de praticiens et en particulier de médecins généralistes.

En faisant preuve d'un optimisme raisonnable, on peut même considérer que les PSLA sont à même de constituer un dispositif attractif favorable à l'installation en milieu rural ou semi-rural de nouveaux professionnels de santé. A ce propos, l'avance de la Basse-Normandie en la matière peut être à l'origine d'au moins deux avantages. D'une part, l'intérêt des étudiants pour la médecine générale pourrait s'en trouver renforcé ; d'autre part, l'attractivité de la faculté de médecine de Caen pourrait également en bénéficier en raison de conditions de stages en cabinet généraliste plus favorables et de possibilités ultérieures d'installation répondant mieux aux aspirations et à la sociologie des futurs médecins.

L'ensemble de ces facteurs doit bien sûr être apprécié avec modération. En effet, que les PSLA connaissent le succès ou qu'au contraire ils sombrent dans l'anonymat des initiatives sans lendemain, ils ne changeront que peu de choses à une démographie médicale déclinante et à ses perspectives préoccupantes à 15 ans. En revanche, ils sont susceptibles de faire progresser l'organisation de l'offre de soins de premier recours en Basse-Normandie et de susciter une réflexion nouvelle sur la coordination entre médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, entre établissements hospitaliers et médecine ambulatoire. En ce sens, les PSLA devront être capables d'évoluer avec le temps, de se coordonner, au besoin de fusionner, et d'adopter des modes de fonctionnement économes.

A ce propos, le vote par le Parlement de la Loi Hôpital-Patient-Santé et Territoires (HPST) et l'entrée en vigueur des Agences Régionales de Santé (ARS) à partir du 1^{er} janvier 2010 peuvent être mis à profit pour bonifier la réflexion et le contenu des PSLA ainsi que plus généralement celui de la Charte Partenariale approuvée en 2008.

Pour autant, la concrétisation et la diffusion des PSLA sur la Basse-Normandie restent tributaires de la faculté financière des pouvoirs publics, c'est-à-dire des collectivités territoriales et de la future Agence Régionale de Santé (ARS), à mobiliser suffisamment de crédits pendant suffisamment longtemps pour voir ce dispositif se développer. Parallèlement, l'appropriation de ce dispositif par les pouvoirs publics dépend également de la sagesse dont les professionnels de santé sauront faire preuve dans le dimensionnement sanitaire et consécutivement financier des projets actuels et futurs de PSLA.

Enfin, la problématique de la démographie médicale, essentielle au plan de l'aménagement du territoire, ne saurait être limitée à celle de la seule présence des médecins. Elle inclut d'autres paramètres qui doivent être pris en considération : l'implantation régulée des professionnels de santé en fonction des besoins de la population, l'offre hospitalière, la disponibilité en professionnels médicaux (notamment les chirurgiens-dentistes) et paramédicaux, le maillage des services médicosociaux, l'offre de transport en particulier à des fins sanitaires, les besoins de santé de la population (qui peuvent différer d'un territoire à l'autre), les perspectives démographiques des bassins de vie, les capacités et les besoins de formation... Ces items, très interdépendants, rendent d'autant plus délicate l'appréhension des questions et des réponses à apporter aux exigences de santé sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi il serait cohérent que le CESR complète sa réflexion sur la présence médicale en Basse-Normandie en l'étendant aux autres acteurs de santé, médicaux (pharmaciens, chirurgiens-dentistes...) et paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes...).

Pour conclure cet avis sur la présence et la démographie médicales en Basse-Normandie, il est indispensable d'évoquer la question des études médicales en région et plus particulièrement celle de la capacité du CHU à faire face à sa mission de formation.

En l'occurrence, il serait incohérent de bâtir une politique globale en faveur d'une présence médicale confortée en Basse-Normandie sans chercher à disposer en parallèle d'un appareil de formation efficient. Or, il faut en convenir, les conditions d'enseignement dans lesquelles la faculté de médecine de Caen, au sein du CHU, assure cette mission doivent être considérablement améliorées.

Sous-capacité d'accueil du fait de l'exiguïté des locaux, frais d'entretien prohibitifs, sous-dotation de la faculté de médecine en enseignants et du CHU en praticiens cliniciens, nombre insuffisants, malgré les efforts accomplis, de chefs de clinique, tout concourt à affecter la notoriété et l'attractivité d'une faculté de médecine pourtant dotée d'équipes de recherche de renom.

Pour remédier à cette situation d'ensemble insatisfaisante et à bien des égards préoccupante, un certain nombre de mesures ont été prises et de projets sont soutenus.

Parmi eux, il faut citer et insister sur le programme de construction future d'un pôle de formation aux métiers de la santé englobant la faculté de médecine, une faculté de chirurgie dentaire et un certain nombre de structures de formations paramédicales, pôle qui constituerait une innovation en matière d'enseignement des

disciplines à vocation médicales. Egalement l'institution en Basse-Normandie de postes (33) d'assistants spécialistes régionaux (ASR), comparables en quelque sorte aux chefs de clinique, doit venir renforcer l'attrait des étudiants en médecine pour accomplir un troisième cycle à Caen, et ce d'autant plus que, depuis fin 2008, ces postes d'ASR sont ouverts aux internes en médecine générale.

Ces mesures de première importance doivent être aussi accompagnées d'un ensemble d'initiatives complémentaires. Un certain nombre d'entre elles sont en émergence ou doivent être concrétisées afin d'alimenter une stratégie d'ensemble de consolidation et d'amélioration de l'enseignement de la médecine en Basse-Normandie.

Parmi elles, il faut citer l'augmentation du nombre d'internes autorisés en faculté de médecine à Caen et accroître parallèlement les lieux de stages afférents : en hôpital public (avec notamment une amélioration des conditions d'accueil) et également privé, en PSLA, sous condition pour ces structures privées de recevoir un agrément. De même, pour faciliter le déroulement de stages dans les établissements hospitaliers éloignés de la capitale régionale, le développement d'un réseau régional hospitalier de visioconférence serait le bienvenu.

L'octroi de postes supplémentaires de professeurs d'université en médecine (notamment générale) nécessite le déploiement d'un véritable lobbying, d'autant plus que la loi HPST prévoit d'en augmenter le nombre au niveau national durant quatre années. Il s'agit d'un enjeu fort et d'une nécessité puisque de l'augmentation de leur nombre dépend par effet domino la qualité de l'enseignement dispensé à un nombre d'étudiants dont le nombre va aller croissant. Dans le même ordre d'idées, la création du nouveau statut d'assistants spécialistes en CHU doit être saisie pour plaider la création d'un nombre conséquent d'entre eux à Caen et ainsi contribuer à la possibilité accrue et à l'intérêt de réaliser un troisième cycle d'études médicales en Basse-Normandie.

Enfin, un meilleur affichage des projets pédagogiques de la Faculté de médecine de Caen devrait être recherché pour en améliorer l'attractivité.

Ces mesures, dans leur diversité, ont pour objet de donner à la Faculté de médecine de Caen une notoriété retrouvée. Elles doivent être soutenues et accompagnées par l'ensemble des acteurs politiques, socioprofessionnels et universitaires bas-normands car la présence d'un centre hospitalier universitaire en région participe significativement au maintien d'une offre de soins en adéquation avec les besoins sanitaires de la population.