

Santé publique

Accès aux professionnels de santé : amélioration, mais toujours des disparités territoriales

Les besoins de prise en charge en ville par des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes ou des sages-femmes se renforcent de par l'évolution des modes de prise en charge et d'organisation des soins, ainsi que le vieillissement de la population. Ainsi, pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ⁽¹⁾, la répartition géographique de ces professionnels de santé exerçant hors des structures hospitalières constitue un enjeu crucial pour la garantie d'un égal accès aux soins dans les territoires.

Mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) ⁽²⁾, l'accessibilité moyenne aux infirmiers libéraux – 145 ETP (équivalents temps plein) pour 100 000 habitants en 2017 pour la France hors Mayotte – s'améliore entre 2016 et 2017 (+ 2,3 %). Pour les masseurs-kinésithérapeutes (103 ETP), l'amélioration est de + 2,8 % et elle est de + 5,4 % pour les sages-femmes (16 ETP pour 100 000 femmes).

Cette meilleure accessibilité s'explique notamment par la dynamique de la démographie de chacune de ces trois professions de santé. Ainsi, entre 1999 et 2017, le nombre d'infirmiers a augmenté de 82 % ; celui de masseurs-kinésithérapeutes, de 71 % ; celui de sages-femmes, de 58 %.

Les inégalités de répartition géographique à ces professions diminuent entre 2013 et 2017 (particulièrement pour les sages-femmes). Cependant, souligne la Drees, les disparités territoriales subsistent : 29 % de la population résident dans une commune présentant des difficultés d'accès à des professionnels de premier recours (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) et même, 16 % cumulent trois difficultés.

En considérant comme éloignées d'une maternité les personnes habitant à 45 mn ou plus de la maternité la plus proche, quelque 167 000 femmes en âge de procréer rencontrent à la foi des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités.

Un arrêt qui va inciter les Ssiad à la prudence !

Le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Vitry-sur-Seine, dans le Val-de-Marne, gère un Service de soins infirmiers (Ssiad) de 57 places. Pour fonctionner, il bénéficie d'une dotation globale avec laquelle il doit prendre en soins des personnes fragilisées pour leur permettre de rester à leur domicile.

Mais que se passe-t-il quand une personne ayant recours à un Ssiad mobilise également d'autres professionnels libéraux – sans d'ailleurs avoir forcément informé le Ssiad ? Normalement, avec sa dotation globale, le Ssiad doit prendre en charge l'ensemble des interventions de soignants, mais que se passe-t-il si une convention n'est pas signée entre le Ssiad et le prestataire ? S'il s'agit



(1) – Blandine Legendre, Clémence Aberki, Hélène Chaput, avec la collaboration de Gaëlle Gateaud (Drees), « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *Études & Résultats* n° 1100 de janvier 2019 (6 p.).

(2) – L'indicateur d'APL permet de mesurer finement la répartition territoriale des professionnels de santé. L'APL se mesure en offre de soins accessibles par an et par habitant pour chaque commune.

d'une intervention à la suite d'une initiative personnelle des bénéficiaires de soins ? Si le Ssiad ne peut ainsi exercer aucun contrôle sur la qualité des prestations ?

En l'occurrence, pour la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne, pas question de payer deux fois : d'une part le remboursement à l'acte et, d'autre part, la dotation globale du service.

En vain, le CCAS a contesté l'interprétation de la Cpam devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale, puis devant la Cour d'appel de Paris (6 juillet 2017). Il a même saisi la Cour de cassation mais celle-ci, dans un [arrêt du 29 novembre 2018](#), a confirmé les jugements précédents. Le CCAS doit ainsi rembourser près de 102 000 euros à la Cpam, avec intérêts au taux légal. La Cour de cassation y ajoute 1 000 euros supplémentaires au titre des frais exposés par la Cpam, indépendamment des dépens...

Les tribunaux font ici une lecture stricte des textes. La Cour de cassation retient que « *le versement d'une dotation globale au Ssiad exclut que la caisse prenne en charge, en plus de ce forfait, des soins prodigués par des praticiens libéraux, même s'ils interviennent à la demande expresse des personnes prises en charge par le service, faisant ainsi payer à la caisse une dette qui n'aurait pas dû exister* ».

Cet arrêt de la Cour de cassation va nécessairement inciter les Ssiad à la prudence, à la vigilance. Des juristes vont sans doute largement commenter cet arrêt et formuler des recommandations.



Peut-être la solution passe-t-elle par une clause spécifique dans le document individuel de prise en charge (Dipec) et/ou le règlement de fonctionnement du service ? Et aussi par une information très explicite dans le livret d'accueil ?

En tout cas, il serait regrettable que cette situation incite les Ssiad, dans leurs critères d'admission, à privilégier les logiques économiques au détriment des besoins des personnes. Certes, les Agences régionales de santé (ARS), notamment avec leurs crédits non reconductibles, peuvent être de précieuses alliées pour les Ssiad quand des situations, pour permettre un maintien à domicile, impliquent de multiples interventions au point de mettre les services de soins infirmiers en difficulté dans leur équilibre budgétaire.

Désertification médicale : un texte « dévitalisé »

Dans le *CÉAS-point-com* n° 811 du 18 janvier 2019, nous présentons la proposition de loi du groupe Socialistes et apparentés pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale. [Le texte a fait l'objet d'un examen au sein de la Commission des affaires sociales](#) – laquelle a supprimé quatre des six articles du texte initial et en a modifié un autre.

Le 23 janvier, au terme des débats en commission, le député Guillaume Garot s'est autorisé à faire part de son « *immense déception* » auprès des membres de la commission. « *En fait, a-t-il déclaré, vous avez dévitalisé ce texte, il n'en reste plus grand-chose, c'est devenu une peau de chagrin. Finalement, on est bien loin de l'ambition initiale* ».

Guillaume Garot a reproché à ses collègues de s'interdire des solutions qui n'ont jamais été éprouvées, qui pourraient être tentées pour l'intérêt général. Et le député mayennais de poursuivre : « *Vous auriez pu envoyer un signal clair à tous ces citoyens qui attendent des actes forts de la part du législateur et de leurs dirigeants en général, afin que l'on puisse refonder (...) ce pacte républicain : nous avons tous droit au même accès à la santé, qui que nous soyons, quels que soient nos revenus et où que nous habitons. Or ce pacte républicain est fragilisé : bon nombre de Français n'ont pas de médecin traitant* ».

Guillaume Garot a assuré qu'en Mayenne, quelque 10 000 habitants sont dans cette situation.

« Cent euros de plus par mois pour les salariés payés autour du smic, annulation de la hausse de la CSG pour les retraités gagnant moins de 2 000 euros par mois, défiscalisation des heures supplémentaires et d'une prime exceptionnelle facultative versée par les entreprises, auxquels s'ajoutent l'annulation de la hausse de la taxe sur les carburants ou encore le gel de la hausse de l'électricité. Cet inventaire à la Prévert a fait des treize minutes du discours du président de la République prononcé lundi 10 décembre le prime time le plus cher de l'histoire de la télévision : environ 1 milliard d'euros les soixante secondes. Ces annonces, évidemment indispensables au regard de la situation, ont néanmoins été rapidement tournées en dérision par ceux qui sont en attente du "grand soir". "Des miettes !", s'est plaint Jean-Luc Mélenchon, le leader de La France insoumise (LFI). "Opération pièces jaunes", a renchéri le député LFI de Seine-Saint-Denis, Alexis Corbière, dans un Tweet. »