

Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural

Pierre Chabas
 Directeur délégué à la Santé
Françoise Vidal-Borrossi
 Chargée de mission
 Association régionale des
 organismes de Mutualité sociale
 agricole du Languedoc-Roussillon.

Selon les régions, le nombre de médecins généralistes varie de 93 à 141 pour 100 000 habitants. Des zones prioritaires ont été définies et des solutions proposées pour encourager l'installation et faciliter le travail des médecins généralistes dans ces secteurs difficiles.

Avec un décalage chronologique par rapport aux acteurs du champ social, ceux du secteur sanitaire ont pris pleinement conscience, ces dernières années, de l'importance de la territorialisation des politiques de santé. C'est ainsi que la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros III) met l'accent sur le territoire de proximité, territoire de premier recours aux soins, qui doit correspondre à un exercice collectif et interprofessionnel (médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens...).

Cette approche de proximité autorise une meilleure prise en compte des déterminants sociaux et ne peut que recueillir l'assentiment des acteurs de santé qui, dans les territoires, sont en première ligne pour assurer les soins à la population. Ces choix politiques marquent bien l'importance de cet acteur de premier niveau qu'est le médecin généraliste et soulèvent la question de la cohérence du dispositif si cette ressource de base fait défaut. On se trouve alors dans une situation paradoxale dans laquelle un système théoriquement parfait de graduation des soins se trouve de fait mis en cause par la défaillance, non pas du niveau le plus élevé et le plus onéreux, mais tout bonnement par le premier degré du dispositif, c'est-à-dire le médecin généraliste lui-même.

Pour le malade, nous connaissons et partageons l'attente selon laquelle il faut qu'il soit « au cœur du dispositif » ; très concrètement, ce que le malade attend,

c'est de pouvoir rencontrer un médecin s'il en ressent le besoin.

C'est à cette question que nous souhaitons répondre ici en limitant nos propos au milieu rural, sachant que des problèmes de continuité des soins peuvent se poser également en ville.

L'enjeu est de plusieurs ordres et en particulier de deux : tout d'abord, il s'agit d'une question de justice spatiale, d'aménagement du territoire. Il faut non seulement faire venir des habitants sur un territoire, mais aussi conserver ceux qui sont sur place ; il en va exactement de même pour les médecins. Il y a donc une communauté de destin entre le corps médical et les habitants d'un territoire donné. Dans les régions où viennent s'implanter des retraités, les élus, en particulier les maires, rapportent que lorsqu'ils reçoivent des candidats à l'installation sur leur commune, la première question, venant en particulier de retraités, est de savoir quels sont les services de santé de proximité disponibles.

L'autre type d'enjeu est d'ordre juridico-institutionnel, c'est celui de la continuité du service public. En effet, à côté du service public hospitalier, il faut reconnaître un service public de médecine ambulatoire. En conséquence l'État, garant et régulateur des grands équilibres, doit assurer un maillage cohérent du territoire pour ce qui concerne ce premier niveau de l'offre de soins.

On analysera ici la question en trois temps. Tout d'abord, on établira un état des lieux qui s'avèrera relativement nuancé ; ensuite, on essaiera de préciser ce que pourrait être le paradigme du médecin rural ;

enfin, on présentera l'action menée par la Mutualité sociale agricole en Languedoc-Roussillon.

Un état des lieux nuancé

En France, si le nombre de médecins est relativement réglementé, il n'en va pas de même pour leur répartition sur le territoire. Cela tient à l'un des grands principes de la médecine libérale, celui de la liberté d'installation. On verra que plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre pour tempérer les effets de cette liberté d'installation. L'approche peut être conduite de façon macro et microéconomique.

Sur le plan national, on ne constate pas de problème particulier quant au nombre de médecins. En effet, les comparaisons internationales font apparaître que la France (335 médecins pour 100 000 habitants) se situe au même niveau de densité médicale (médecins généralistes et médecins spécialistes) que la moyenne de l'Union européenne (337). Ce chiffre est nettement supérieur à celui des États-Unis (280), du Canada (210), du Japon (190).

Cela étant, la médecine générale se pratique dans la proximité ce qui implique donc une analyse plus fine. Or là, sans les exagérer, nous devons bien constater des problèmes de répartition sur le territoire. En effet, la densité médicale (médecins généralistes uniquement) est estimée à 114 ; une comparaison interrégionale fait apparaître des régions très bien dotées (densité médicale en Paca 141, en Languedoc-Roussillon 139), des régions beaucoup moins bien dotées (Centre 93, Picardie 96, Basse-Normandie 98).

Si on pousse plus loin, on se rend compte que, comme on le verra pour le Languedoc-Roussillon, sur le plan intrarégional des problèmes peuvent se manifester également.

Cette situation a amené les pouvoirs publics à déterminer des zones prioritaires. Ces zones prioritaires sont, compte tenu des divers arrêtés pris, au nombre de 343 pour l'ensemble du territoire national. Elles ont été définies afin de mettre en œuvre une politique d'aide à l'installation. Elles comprennent environ 1 600 médecins généralistes (3 % de l'effectif total), 4 500 communes (12 %), 2 600 000 habitants (4 %). À cela manquent des données spatiales qui feraient apparaître qu'au moins la moitié du territoire français serait certainement concernée.

Ces zones prioritaires trouvent leur origine réglementaire dans un décret du 28 novembre 2003 complété par une circulaire DHOS/Uncam 203 du 24 janvier 2005. Elles doivent répondre aux caractéristiques suivantes : une population supérieure à 1 500 habitants, une densité médicale inférieure de 30 % à la densité nationale (soit inférieure à 80), 50 % des médecins doivent avoir une activité « consultations + visites » supérieure de 30 % à la moyenne nationale. Ces références peuvent être modulées selon les particularités géographiques du secteur (par exemple, vallée de montagne enclavée). La circulaire prévoit trois critères additionnels : un délai d'accès au médecin qui ne doit pas dépasser 20 minutes, 10 % de la population au moins doit avoir 75 ans et plus, enfin différents éléments de fragilité sociale caractérisant le territoire peuvent être pris en compte.

Passée au tamis de la circulaire, la situation des régions françaises fait apparaître que sur 22 régions, 3 n'ont pas de zones déficitaires (Alsace, Corse, Paca). Quant à l'amplitude de celles qui en ont, elle va de 2 (Limousin) à 35 (Rhône-Alpes).

Cette situation n'est pas figée, puisqu'il est prévu que les missions régionales de santé (MRS) créées par la loi du 13 août 2004 prennent en charge la mise à jour régulière des zones déficitaires. Au-delà, les MRS doivent également travailler sur les effectifs et la répartition des professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes...).

Cette notion de zone déficitaire a été complétée et enrichie par la notion de « zone fragile ». S'il n'est pas précisé officiellement ce que recouvre cette notion, on peut considérer qu'il s'agit notamment de zones potentiellement en difficulté en particulier du fait de départs à la retraite attendus de médecins généralistes de plus de 55 ans.

La mise en œuvre de ce deuxième élément de priorisation fait apparaître que des régions qui n'ont pas de zones déficitaires ont par contre des zones fragiles, comme par exemple la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (22 zones fragiles). À ce jour, 328 zones fragiles ont été recensées sur le territoire national.

Un troisième élément est également à prendre en compte : celui de l'accès aux secours d'urgence. La Caisse centrale de MSA avait conduit une étude en 2003 sur des zones qu'elle avait qualifiées de

« zones blanches » et qui étaient situées à plus de 30 minutes des moyens de secours terrestres pour les urgences vitales (183 zones, 1 750 000 habitants concernés).

De tout cela, il ressort que l'on ne doit pas avoir de position dogmatique et trop stricte, mais effectuer une utilisation pragmatique et concertée de ces outils. Il faut en avoir une approche étendue, à la fois dans l'espace et s'intéresser par exemple aux zones limitrophes, dans le temps également en prenant en compte l'âge des professionnels et leur désir de mobilité. On notera, à ce propos, la fugacité des situations et la nécessité de bien les anticiper.

Face à cette disparité dans l'accès aux soins de proximité quelles stratégies déployer ?

Une attitude dirigiste est-elle souhaitable ? Est-elle possible ?

Une attitude dirigiste peut procéder par obligations (par exemple : un service national de santé dans les zones défavorisées). Elle peut prendre aussi la forme d'interdictions : interdiction de s'installer, forme directe, ou forme indirecte d'interdiction, par exemple, le conventionnement sélectif de praticiens dont on sait bien que, dans ces zones, il signifierait la mort économique du professionnel non conventionné.

Cette position dirigiste n'est pas retenue dans notre pays eu égard à l'influence du corps médical, mesurée directement à travers le nombre de professionnels de santé qui siègent au Parlement, comme tenant au rôle du médecin comme leader d'opinion.

Le choix a été fait de longue date, dans notre pays, du système libéral quant à la dispensation des soins, et la liberté d'installation constitue, avec le paiement à l'acte, l'un des grands principes de notre système libéral de santé.

Concernant cette problématique de l'accès aux soins en milieu rural, il faut bien observer que toutes les mesures qui sont prises tendent de fait à contourner le paiement à l'acte. Or ces différents dispositifs, à la fois par leur nombre, leur diversité et leur poids économique et financier de plus en plus lourd, devraient amener à poser sereinement la question d'un mode de rétribution aujourd'hui obsolète. Suite aux différents rapports sur cette disparité d'accès aux soins, une réglementation a

Les systèmes incitatifs : rapports et textes juridiques

Concernant cette répartition des médecins sur le territoire, il est en effet procédé depuis de nombreuses années au recours à des systèmes incitatifs. On rappellera ici de façon non exhaustive les sources du droit et les différents rapports qui directement ou indirectement ont inspiré les textes d'aujourd'hui.

En novembre 2002, le doyen Berland remet à Jean François Mattéi, ministre de la Santé, un rapport sur les perspectives démographiques des professionnels de santé ; il aborde en particulier la question du périmètre des métiers.

En juin 2003, le sénateur Descours remet à Jean François Mattéi un rapport sur « les mesures de nature à faciliter l'installation et le maintien des médecins dans les zones peu attractives ».

En octobre 2003, le doyen Berland remet un nouveau rapport sur « la coopération des professionnels de santé et le transfert des tâches et des compétences ».

En avril 2005, le Doyen Berland préside une Commission sur la Démographie médicale qui met en avant des mesures pour attirer et fidéliser les médecins dans les zones aujourd'hui déficitaires.

Le 25 janvier 2006, le ministre Xavier Bertrand présente ses « Réponses au défi de la démographie médicale » et récemment encore le Conseil national de l'Ordre des médecins remet au ministre huit propositions pour l'organisation de la permanence des soins.

Ces travaux préparatoires inspireront différents textes qui sont portés soit par l'État, soit par l'assurance maladie :

– Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 51).

– Circulaire DHOS/Uncam n° 63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes (arrêté du 3 février 2005).

– Circulaire DHOS/Uncam n° 65 du 14 janvier 2005 sur la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

– Décret du 30 décembre 2005 relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre de soins est déficitaire.

été adoptée (cf. encadré). Au sein de ce cadre institutionnel, il est intéressant de voir comment ces textes s'incarnent dans la réalité des territoires au bénéfice des habitants du milieu rural.

Il faut, dans un premier temps, essayer de rassembler l'ensemble des acteurs concernés autour d'une réflexion partagée sur ce que pourrait, devrait être, l'exercice de la médecine rurale. En d'autres termes, il faut rechercher un consensus autour d'un paradigme du médecin rural. Qui est-il ? Quels services sont attendus de lui ?

Le paradigme du médecin rural

Les propositions qui vont suivre nous paraissent pouvoir répondre à la fois aux attentes de la population et à celles des médecins. Ce n'est d'ailleurs que dans ces conditions que, loin de toutes considérations théoriques, on peut envisager de construire des réponses concrètes.

On déclinera en cinq caractéristiques le profil du médecin rural : un acteur de santé, inséré dans un réseau, au temps optimisé, à la rémunération élevée, variable et incitative, et à l'activité évaluée.

- Un acteur de santé : Il est engagé dans des actions d'éducation, de prévention et de soins. Ces choses-là sont bien connues et il ne nous paraît pas nécessaire de les développer. Elles illustrent le fait que ce médecin aura une activité à la fois auprès de personnes, mais également auprès de

groupes, ce qui requiert des compétences particulières. Cet acteur de santé, il faudra le rechercher, l'installer, le maintenir en activité aussi bien sur place que dans le temps.

- Cet acteur est inséré dans un réseau, c'est-à-dire qu'il ne travaille pas seul, ce qui est un élément de sécurisation et de qualité. Ce réseau peut être un réseau horizontal ; le médecin partage son activité, son expérience avec d'autres professionnels de santé qui se trouvent sur le même territoire. Il peut s'agir aussi d'un réseau vertical qui conjugue les degrés de compétences de ses différents participants.

- Un acteur au temps optimisé. On distinguera d'une part les démarches d'appui et relatives à la subsidiarité, d'autre part la gestion du temps médical. Appui et subsidiarité peuvent être recherchés à travers la décharge des tâches gestionnaires (4 à 5 heures par semaine au moins par médecin), la délégation de tâches et de compétences, l'implication du patient, l'appui des technologies de l'information et de la communication (télé-expertise, télé-surveillance, etc.). La gestion du temps médical est un élément essentiel. Le praticien doit pouvoir, s'il le souhaite, disposer de davantage de temps libre, c'est la notion de temps choisi. Sur un autre plan, il faut surtout limiter les déplacements du médecin, limiter ses dérangements. Il

s'ensuivra une plus grande disponibilité pour le patient.

- Un acteur au statut adapté et à la rémunération incitative : il faut éviter la crispation là-dessus et peut-être, à l'instar de ce qui se pratique aujourd'hui dans le dispositif hospitalier, essayer d'évaluer les sommes qui doivent être affectées à la médecine ambulatoire pour la bonne couverture d'un territoire. Pourquoi ne pas définir ainsi, par référence au domaine hospitalier, des « objectifs quantifiés de l'offre de soins » (OQUOS) et les compléter par le chiffrage de « missions d'intérêt général ».

Ce chiffrage prendrait en compte non seulement la volonté d'apporter une offre de soins de proximité, mais également les contraintes géographiques, démographiques, des missions d'éducation et de prévention en santé, etc.

À partir de là, les conditions d'exercice du médecin pourraient être abordées sous deux angles, celui du statut et celui de la rémunération.

Le statut, il pourrait être libéral avec ses différentes adaptations (collaborateur libéral, cabinet secondaire, etc.) ; il pourrait être salarié ; il pourrait aussi être mixte avec un statut d'attaché ou de praticien hospitalier à temps partiel, etc.

La rémunération pourrait prendre en compte les paramètres suivants : bien sûr le volume de la patientèle, mais également les contraintes du territoire,

l'étendue des missions de santé publique prises en compte ou assurées par le praticien, sa qualification, les résultats de son travail...

● Un acteur à l'activité évaluée : cette activité pourrait être évaluée individuellement : respect des protocoles, comportement comme prescripteur, taille et nature des groupes de patients pris en charge...

Cette évaluation pourrait être collective et rassembler l'ensemble des professionnels de santé de la zone en évaluant les actions de santé publique qu'ils ont menées ensemble et puis, à terme, pourquoi pas, en essayant d'approcher l'impact de leurs actions sur la morbidité et la mortalité locales.

En conclusion, on observe que le modèle est ambitieux ; il sera naturellement coûteux car cette ressource médicale sera rare et de qualité. Il convient donc de l'optimiser, d'en tirer le meilleur parti et là se situe l'enjeu le plus fort auquel les institutions en charge de la santé publique sont confrontées aujourd'hui en milieu rural.

Concrètement, les outils précités étant disponibles, les choix stratégiques étant définis, comment faire en sorte que tout cela se mette en mouvement ?

La MSA a réfléchi à cette question. Elle sait qu'un certain nombre d'éléments ne sont pas de sa compétence, mais de celle du législateur ou/et des pouvoirs publics. Par contre, il lui semble qu'elle peut agir sur certains d'entre eux de façon tout à fait concrète et mobiliser les leviers existants pour, par exemple, permettre aux professionnels de santé d'optimiser la gestion de leur temps.

Ce qui est sûr également, c'est que, dans la plupart des situations, l'initiative ne viendra pas des professionnels eux-mêmes. En milieu rural, ils n'ont pas en effet, la plupart du temps, la disponibilité pour réfléchir à ces questions et quand ils le font ce n'est pas toujours de façon collective, ce qui semble pourtant opportun. Il a donc paru à la MSA du Languedoc-Roussillon qu'elle devait se mobiliser sur cet enjeu.

L'action de la MSA en Languedoc-Roussillon

Avant de présenter quelques exemples concrets, on rappellera le pourquoi de cet engagement de la MSA dans ces démarches. Bien sûr, la MSA s'est considérée comme acteur légitime sur ces dos-

siers qui mettent en cause la population rurale et ses territoires de vie. Depuis quelques années, la MSA s'est définie comme « acteur des territoires ». Ses agents de terrain et ses élus locaux sont autant de « capteurs » des attentes et des besoins de la population rurale.

Dans le champ sanitaire, à la suite des ordonnances Juppé, la MSA a créé au plan régional des associations régionales des organismes de MSA, petites structures, sortes d'« administrations de missions » qui sur le terrain s'impliquent particulièrement dans des tâches déléguées par les missions régionales de santé (démographie médicale...).

La MSA s'appuie pour cela sur la compétence de ses professionnels, médecins et cadres administratifs, et sur son expérience en développement local. Depuis près d'un demi-siècle, les travailleurs sociaux de la MSA ont mis au point une méthodologie du développement social local qui est aujourd'hui transposée dans le domaine sanitaire et que l'on qualifiera de « développement sanitaire local ».

Cette démarche d'ingénierie de projet vise à définir un territoire et à collaborer avec ses acteurs : élus, professionnels de santé, responsables d'établissements... On soulignera l'importance de s'appuyer dans les zones rurales difficiles, où les ressources sont rares, sur les établissements chaque fois qu'il y en a et en particulier les hôpitaux locaux qui fonctionnent, faut-il le rappeler, avec des médecins libéraux et ont donc avec eux un destin lié.

On soulignera aussi que l'intercommunalité est un facteur nouveau et favorable pour mettre en œuvre ces démarches de développement sanitaire local.

La démarche vise ensuite à analyser les besoins et à susciter la motivation des professionnels. À l'expérience, il nous est apparu indispensable que ces professionnels fassent l'objet de rencontres individuelles par des binômes médico-administratifs, composés d'un médecin-conseil et du chargé de mission de l'association régionale. Le rôle de ce binôme sera également de repérer parmi les professionnels celui qui jouera le rôle de leader et qui sera l'interlocuteur du groupe.

Il s'agit aussi d'une construction collective, c'est-à-dire que la MSA n'arrive pas avec des solutions de « prêt-à-porter », mais les professionnels, les responsables d'établissements et le binôme travaillent

ensemble pour établir du « surmesure ». Le rôle de l'association régionale réside aussi dans le montage et le suivi du dossier, la recherche de financements en particulier auprès de la Dotation de développement des réseaux et les relations d'interface avec les institutions régionales qui pilotent le dispositif (l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie).

Avant de relater quatre expériences menées en Languedoc-Roussillon, une remarque doit être effectuée pour souligner que toute l'analyse de ces questions de continuité des soins de proximité doit être conduite à un niveau intrarégional. En effet, vu de Paris, le Languedoc-Roussillon apparaît être une région sans problème, bien dotée en professionnels de santé, en particulier médicaux. Une analyse plus fine fait apparaître des zones rurales difficiles. C'est sur celles-ci que l'Aromsa du Languedoc-Roussillon travaille.

Un centre médical

La première expérience est la création d'un centre médical adossé à un hôpital local. L'objectif est de limiter les dérangements et les déplacements des médecins auprès des malades. Les services apportés à la population sont la disponibilité d'un service médical 24 heures sur 24, assuré par les praticiens libéraux en lien avec ce centre médical. Cela concerne tant des consultations que des visites ; un plateau technique est installé dans le centre médical et un véhicule équipé est mis à disposition du praticien de garde ou d'astreinte.

Sur le plan des moyens, les médecins se sont organisés entre eux, ils sont indemnisés, ils sont formés à l'urgence ; du personnel infirmier est disponible, des équipements également (défibrillateur semi-automatique, trousse d'oxygénothérapie...). Des moyens de transmission sont mis à disposition (radio-téléphonie satellitaire, communications privilégiées avec les antennes Smur).

Les résultats sont allés au-delà de nos espérances, puisque, alors que nous attendions 1.200 prises en charge sur les deux premières années, nous en avons eu 2.097. On a noté également, et cela intéresse bien sûr la MSA comme organisme d'assurance maladie, une baisse du nombre de visites, qui représentent aujourd'hui 19 % des recours au centre médical, ce qui est faible.

Enfin, et on ne peut s'empêcher d'établir un lien de cause à effet, alors qu'il s'agit d'une zone particulièrement difficile, de nouveaux médecins sont venus s'installer à proximité du centre médical.

Un réseau de télé-médecine

Au sein de ce centre médical, une autre expérience concerne un réseau de télé-médecine. L'objectif est d'apporter un appui aux médecins à travers la mise en place de la télé-imagerie (radio numérisée, échographie). Cela autorise un diagnostic rapide, de proximité, de qualité et une réponse graduée en lien avec les services de technicité supérieure des centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires qui apportent leur concours. On a là un élément apprécié de lutte contre l'isolement médical.

Des réseaux de médecins correspondants du Smur

La troisième initiative a visé à créer des réseaux de médecins correspondants du service médical d'urgence régional (Smur). Il s'agit de sécuriser les populations isolées et aussi de sécuriser les médecins qui se rendent sur une urgence qui peut être complexe et vitale. Ce sont des médecins libéraux intégrés dans le réseau pré-hospitalier du Samu départemental articulé avec des antennes Smur. Ces médecins prennent l'engagement de se rendre sur le site de toute détresse vitale réelle ou supposée à la demande du Centre 15. Une formation spécifique leur est dispensée par le Samu, le matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence vitale est disponible. Enfin, et c'est très important dans les faits, un relais systématique est pris par le Smur. Une rémunération spécifique forfaitaire est financée par la Dotation de développement des réseaux. Progressivement, l'Aromsa du Languedoc-Roussillon, en concertation avec tous les acteurs concernés, a permis que soit assurée la couverture en médecins correspondants Smur de l'ensemble des zones de la région qui le nécessitent.

Un réseau de médecins remplaçants

La quatrième expérience a consisté en la mise en place d'un réseau de médecins remplaçants. Il s'agit d'alléger la charge de travail des médecins dans les périodes particulièrement denses. Cela concerne en particulier des médecins installés dans des zones touristiques où l'activité estivale

est multipliée par trois. Des étudiants en fin de cycle de troisième année, formés à l'urgence, assurent des gardes certaines nuits et certains week-ends. Une rémunération forfaitaire leur est accordée et la logistique de leur accueil et du fonctionnement est totalement prise en charge par l'hôpital local.

On retirera de tout cela quelques éléments de réflexion quant aux conditions de réussite, aux difficultés et aux limites de la démarche.

S'agissant des conditions de réussite, l'accompagnement des promoteurs, les professionnels de santé, par les collaborateurs de la MSA, personnes extérieures au secteur et experts en lien avec les institutions régionales, est un élément de facilitation.

Il est absolument nécessaire de s'appuyer sur les ressources existantes, pour des raisons d'économie en premier lieu, pour des raisons d'efficacité en second lieu : les professionnels bien sûr, les établissements également, les collectivités territoriales enfin.

La motivation des acteurs par des rencontres individuelles, même si elle est parfois chronophage, s'avère pourtant indispensable, comme la nécessité de trouver un responsable qui rassemble ses collègues autour du pilotage du dispositif.

Il convient également de faire preuve de la plus grande humilité dans la conduite de la démarche de la part des institutionnels. Ils arrivent avec une boîte à idées, des outils et un mode d'emploi, mais les choix et les décisions appartiennent aux acteurs locaux. Le façonnage du projet doit permettre ensuite qu'il soit « institutionnellement correct ». Enfin, et les deux sont liés, un effort d'information et de communication auprès des services de l'État (Ddass), de l'Ordre des médecins, des élus et de la population est tout à fait nécessaire.

Les difficultés de la démarche tiennent en premier lieu aux médecins eux-mêmes. Leurs études, leurs conditions d'exercice ne leur ont pas forcément apporté le sens du travail collectif. Cet individualisme et leur faible disponibilité, compte tenu de leur charge de travail, sont des contraintes importantes.

De plus, en milieu rural ce sont souvent les mêmes personnes ressources qui sont mobilisées et cette concentration des solli-

citations sur les mêmes acteurs est aussi un élément à prendre en compte.

Du côté des institutions en second lieu : la pluralité de financeurs possibles induit souvent une pluralité de dossiers ; même si, au plan régional, des efforts importants ont été faits pour tendre vers un guichet unique. On peut relever aussi qu'alors que, dans le cadre du deuxième train de lois de décentralisation, le législateur a mis un terme au copilotage des politiques publiques, la constitution des missions régionales de santé, dont on connaît les enjeux par ailleurs (agence régionale de santé), est un dispositif administratif qui, malgré la bonne volonté des acteurs, peut s'avérer relativement lourd.

Enfin, plus globalement, il est clair que quelles que soient la pertinence et l'efficacité des mesures et des actions conduites pour attirer les médecins en milieu rural et pour permettre à ceux qui y sont d'y demeurer, des facteurs prédominants qui sont extra-professionnels.

Ils ont trait aux éléments personnels et environnementaux qui président aux choix d'installation des praticiens : travail du conjoint, services (enseignement, etc.). Cela traduit bien que l'engagement pour assurer la continuité des soins en milieu rural ne peut, pour porter pleinement ses fruits, que s'intégrer dans une politique plus globale qui met en jeu tous les champs de l'action publique. ■