

Mars 2018

LES DÉSERTS MÉDICAUX EN ÎLE-DE-FRANCE

De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?



ÉTAT DES CONNAISSANCES

OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE SANTÉ
ÎLE-DE-FRANCE



LES DÉSERTS MÉDICAUX EN ÎLE-DE-FRANCE

**De quoi parle-t-on ? Quels
leviers d'action ?**

Mars 2018

Auteurs

Catherine MANGENEY (ORS Île-de-France)

Sous la direction d'Isabelle GRÉMY (ORS Île-de-France)

Remerciements

Ce travail a été réalisé en cohérence avec les politiques favorisant l'accès aux soins de premier recours menées par l'ARS Île-de-France dans les territoires en difficulté d'offre médicale.

Il a bénéficié des données fournies par l'ARS Île-de-France ainsi que de l'apport scientifique et technique des personnes qui œuvrent sur ces politiques au sein de l'agence.

Qu'elles en soient ici vivement remerciées.

Suggestion de citation

Mangeney C, Grémy I. Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en œuvre par les puissances publiques.

Méthodes

Ce rapport est principalement basé sur une revue de la littérature scientifique, sur une lecture des rapports parlementaires ou de la Cour des Comptes, mais aussi sur des articles de presse, des sites internet (organismes syndicaux ou représentants des professionnels de santé, usagers ou des étudiants en médecine), des comptes rendus de colloques organisés par les associations de collectivités territoriales de différentes échelles. Ce rapport de synthèse identifie les éléments de constat, de consensus ou les éléments de débats mais aussi les différents leviers actionnés, leurs objectifs, leurs contradictions et leurs portées. Les pistes d'amélioration évoquées ont été également mises en avant, de même que les apports des éclairages étrangers.

Résultats

Face à la foison des éléments et des actions et au rythme des études et rapports publiés sur la question, ce rapport dresse néanmoins un panorama qui montre, sans aucun doute, les efforts engagés par les pouvoirs publics pour résorber les déficits d'accès aux soins de premier recours.

Certes, le problème reste encore d'actualité et l'efficacité de certaines mesures est encore à améliorer, en les réorientant ou, plus simplement, en les articulant ou en les faisant connaître. Des marges de manœuvre nouvelles sont également identifiées, notamment en s'appuyant sur l'intelligence et l'innovation locale. En tout état de cause, chacun semble s'accorder sur le fait que la résolution du problème passera par un ensemble de mesures combinées.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
1 QUELLE ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE DE SOINS ET LES BESOINS EN ÎLE-DE-FRANCE ?.....	11
1.1 Une croissance des besoins de soins.....	12
1.2 Une baisse de l'offre de soins libérale de premier recours.....	12
1.2.1 Une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux qui devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025.....	12
1.2.2 Des niveaux d'activité en baisse.....	14
1.2.3 Une situation qui concerne aussi les autres professionnels de santé libéraux de 1er recours.....	15
1.2.4 Des densités médicales qui chutent.....	15
1.3 Une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire.....	17
1.3.1 Les densités médicales des départements franciliens parmi les plus élevées ET les plus basses de France.....	18
1.3.2 Des disparités infra-départementales conséquentes.....	20
1.3.3 Des disparités territoriales qui renvoient aux aspirations des professionnels de santé.....	21
1.4 L'accessibilité temporelle, financière et culturelle remet aussi en question l'accès aux soins.....	23
1.5 Des conséquences multiples.....	23
2 LES ZONAGES DÉFICITAIRES : QUELLE DÉLIMITATION ? PAR QUI ? QUELLES LIMITES ?.....	25
2.1 La territorialisation des questions de santé : un phénomène récent en France.....	25
2.2 Années 2004 - 2006 : des zones déficitaires en médecins généralistes délimitées par les MRS.....	26
2.3 Mars 2012 puis 2015 : des zones pluridisciplinaires déficitaires ou fragiles définies par les ARS.....	27
2.4 De 2012 à 2017 : émergence de l'APL, nouvel indicateur de mesure.....	28
2.5 En 2017, l'APL utilisé comme outil de zonage.....	33
2.5.1 Une méthodologie nationale avec une large marge de manœuvre laissée aux ARS.....	33
2.5.2 Les limites de l'approche APL nationale en Île-de-France.....	35
3 LES LEVIERS D'ACTION : PANORAMA ET ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION.....	37
3.1 Les différents plans et lois.....	39
3.2 Les actions visant à agir sur le nombre de professionnels de santé en exercice.....	41
3.2.1 Augmenter le numerus clausus.....	42
3.2.2 Revaloriser la médecine générale.....	46
3.2.3 Développer les stages chez les médecins généralistes libéraux pour attirer vers la spécialité.....	49
3.2.4 Développer les statuts intermédiaires et souples.....	54
3.2.5 Maintenir les médecins en activité.....	55
3.2.6 Faire appel aux médecins étrangers.....	56

3.3	Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans les zones sous-dotées : incitations financières.....	57
3.3.1	Les bourses d'études	58
3.3.2	Les contrats de praticien territorial gérés par les ARS : aides à l'installation et aux remplacements.....	60
3.3.3	Les aides de l'Assurance maladie issues des négociations conventionnelles.....	61
3.3.4	Les mesures fiscales.....	63
3.3.5	Les aides à l'installation des collectivités	64
3.4	Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans les zones sous-dotées : mesures non financières	67
3.4.1	Informier et orienter les professionnels de santé dans la nébuleuse des aides	68
3.4.2	Les initiatives « découvertes » et campagnes de recrutement.....	69
3.4.3	Diversifier les profils sociaux et territoriaux des futurs médecins	71
3.4.4	La piste de la médecine « foraine » ou itinérante.....	72
3.4.5	Le dossier médical partagé	73
3.5	Les actions visant à augmenter le temps médical	75
3.5.1	La coopération entre professionnels de santé.....	76
3.5.2	Alléger le poids des charges administratives	77
3.6	Les actions visant à répondre aux aspirations des médecins..	79
3.6.1	Développer les structures d'exercice collectif.....	80
3.6.2	Faciliter la vie quotidienne.....	88
3.6.3	L'aménagement du territoire	88
3.7	La télémédecine.....	89
3.7.1	La télémédecine : une pratique encadrée	90
3.7.2	Les différentes formes que peut prendre la télémédecine.....	90
3.7.3	Limites et pistes	92
3.7.4	La télémédecine : un risque ?	93
3.8	Les actions visant à diminuer les besoins de soins	95
3.8.1	Développer prévention et éducation à la santé	95
3.8.2	Former les médecins à la « prévention globale ».....	95
3.8.3	Urbanisme favorable à la santé.....	95
3.9	Les velléités de coercition ou de désincitation.....	96
3.9.1	Instaurer une année de séniorisation ?	96
3.9.2	Le contrat santé solidarité	97
3.9.3	Mise en place d'une autorisation d'installation ou conventionnement sélectif	97
3.10	Tableaux récapitulatifs.....	101
	CONCLUSION	109
	LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	113
	ANNEXES.....	117
	BIBLIOGRAPHIE.....	125

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schéma des facteurs à mesurer pour estimer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population	11
Figure 2. Inversion de la pyramide des âges des médecins en France entre 1990 et 2012	12
Figure 3. Les régions qui ont perdu ou gagné des médecins généralistes	13
Figure 4. Nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes - De l'observé (2007-2015) à l'attendu (2020) - Île-de-France par département.....	13
Figure 5. Répartition (en %) des médecins selon leur temps de travail hebdomadaire..	14
Figure 6. Nombre de spécialistes libéraux et mixtes - De l'observé (2008-2015) à l'attendu (2020) - Île-de-France et France par spécialité – Base 100 en 2008	15

Figure 7. Effectifs de médecins, offre de soins et densité standardisée à l'horizon 2040 d'après le scénario tendanciel de la Drees - France entière.....	16
Figure 8. Évolution des densités de médecins généralistes dans les départements de France métropolitaine entre 2007 et 2016.....	16
Figure 9. Densités de professionnels de santé libéraux et mixtes dans les départements français en 2016.....	18
Figure 10. Typologie des bassins de vie de la région Île-de-France selon leur densité et leur dynamisme médical.....	20
Figure 11. Attraits et freins à l'installation dans les territoires ruraux et banlieues défavorisées.....	21
Figure 12. Où se sont installés les jeunes médecins généralistes durant la décennie 2000 ?	22
Figure 13. Les zones déficitaires en médecins généralistes en Île-de-France en 2005.....	26
Figure 14. Les zones déficitaires et fragiles en Île-de-France en 2015.....	28
Figure 15. De la population aux besoins, poids du recours par tranche d'âge.....	29
Figure 16. Dégressivité du recours au médecin généraliste libéral en fonction de la distance.....	30
Figure 17. Schéma des étapes de calcul de l'APL (<i>chiffres fictifs</i>).....	31
Figure 18. Accessibilité potentielle localisée en 2013 (Drees) par commune en Île-de-France.....	32
Figure 19. Les éléments de sélection des territoires déficitaires soumis aux ARS en 2017.....	34
Figure 20. Cartographie du zonage francilien 2018.....	36
Figure 21. Les deux étapes de régulation lors du cursus de formation médicale.....	42
Figure 22. Évolution du numerus clausus en médecine depuis sa création.....	43
Figure 23. Part des médecins à diplôme étranger parmi les médecins exerçant en France en 2014, selon la nationalité.....	44
Figure 24. Pourcentage d'étudiants qui changent de région à l'entrée de l'internat.....	45
Figure 25. Médecins exerçant dans la région où ils ont eu leur diplôme (en %) Comparaison 2004 – 2013.....	45
Figure 26. Les territoires franciliens concernés par les exonérations fiscales.....	63
Figure 27. Le contenu du DMP.....	74
Figure 28. Les étapes clés pour concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle ...	83
Figure 29. Le zonage infirmier en Île-de-France (arrêté du 21 décembre 2011).....	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes en 2015 - Île-de-France par département.....	14
Tableau 2. Les différentes étapes de la lutte contre les déserts médicaux.....	39
Tableau 3. Pourcentage d'étudiants, par région, ayant effectué le stage de médecine générale de 2 ^e cycle (2015-2016).....	50
Tableau 4. Les 4 types de contrats de la convention médicale 2016.....	62
Tableau 5. Modalités de calcul des nouveaux modes de rémunération.....	86
Tableau 6. Les leviers d'action mentionnés dans les rapports officiels.....	102
Tableau 7. Récapitulatif des principaux leviers d'action existants et éléments d'évaluation.....	104

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Les inégalités sociales de santé.....	17
Encadré 2 : Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous médical.....	23
Encadré 3. Les nouveaux modes de rémunération présentés sur le site internet de la Fédération des maisons de santé Nord (FEMASNORD).....	85

INTRODUCTION

La question des « déserts médicaux » ou plus globalement la question de l'accès aux soins de ville est aujourd'hui une problématique jugée suffisamment préoccupante pour être saisie par une pluralité d'acteurs, y compris hors du champ de la santé publique.

Ce fut le sujet du premier groupe de travail mis en place, en 2012, après la création de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire du Sénat.

Ce fut également « le thème numéro un » du débat d'ouverture du 99^e congrès de l'Association des maires de France (AMF) en mai 2016. Et un des thèmes d'un colloque organisé par l'association des Maires d'Île-de-France en juin 2017 ou du congrès de l'Association des Régions de France de septembre 2017 (La santé sur les territoires, la médecine du futur : un double défi pour la Région) : « *Après des années de prudence, les Régions ont investi le champ de la santé. Qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de leurs compétences en matière de formations paramédicales, de la lutte contre les déserts médicaux, du soutien à l'innovation pour la médecine du futur, l'imagerie médicale ou la e-santé, les Régions ont mis la santé de leurs concitoyens dans l'agenda politique* ».

D'autres exemples, déclinés à toutes les échelles géographiques, pourraient être cités pour illustrer la place croissante que prennent les questions de santé et d'accès aux soins dans les débats politiques et de société aujourd'hui, et ce, de manière d'autant plus cruciale que le virage ambulatoire, aujourd'hui en cours, va conduire à une évolution profonde de l'organisation des parcours de soins.

Pour autant, les nombreuses mesures mises en œuvre par l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales depuis plusieurs années ne semblent pas arriver à enrayer le processus.

C'est que la question est complexe puisqu'elle touche aux besoins de soins et à leur territorialisation mais aussi à l'offre de soins, à sa quantification, à sa qualification et à sa géolocalisation mais aussi à sa coordination au sein d'un parcours de soins.

C'est, en outre, l'adéquation entre l'offre et la demande qu'il s'agit de vérifier, adéquation qui s'évalue en termes d'accessibilité financière, temporelle, culturelle et enfin physique, ce qui renvoie également aux questions de pratiques, de mobilité et de déplacements.

Pointe également la question des contraintes budgétaires auxquelles sont de plus en plus soumises les politiques publiques.

La pluralité des acteurs, la diversité des statuts des professionnels de santé ainsi que la liberté d'installation dont la plupart jouissent viennent encore complexifier l'appréhension du phénomène.

Peu étonnant donc que les mesures en projet ou mises en œuvre, tout autant que les diagnostics et délimitations des zonages déficitaires, fassent débat. Ce document fait une synthèse des éléments d'information disponibles et des divers éléments d'évaluations portées par les différentes parties prenantes.

La présente étude est structurée en trois parties :

- La première présente un certain nombre d'éléments questionnant l'adéquation entre l'offre et les besoins de soins et a vocation à replacer le débat dans le contexte des évolutions démographiques et sociologiques.

- La seconde retrace la problématique de la territorialisation des questions de santé en France et l'historique de la délimitation des territoires déficitaires en offre de soins depuis le début des années 2000 jusqu'au tout nouveau découpage en cours de discussion, ou plutôt de débat, actuellement.
- Enfin, la troisième présente, sans prétendre à l'exhaustivité, les différents registres d'actions et leviers actionnés par les pouvoirs publics pour tenter d'endiguer la désertification médicale de certains territoires. L'objectif étant de les mettre en perspective avec les éléments d'évaluation qui ont pu être conduits ou de présenter certaines initiatives locales intéressantes et connues. Des pistes d'amélioration sont également présentées.

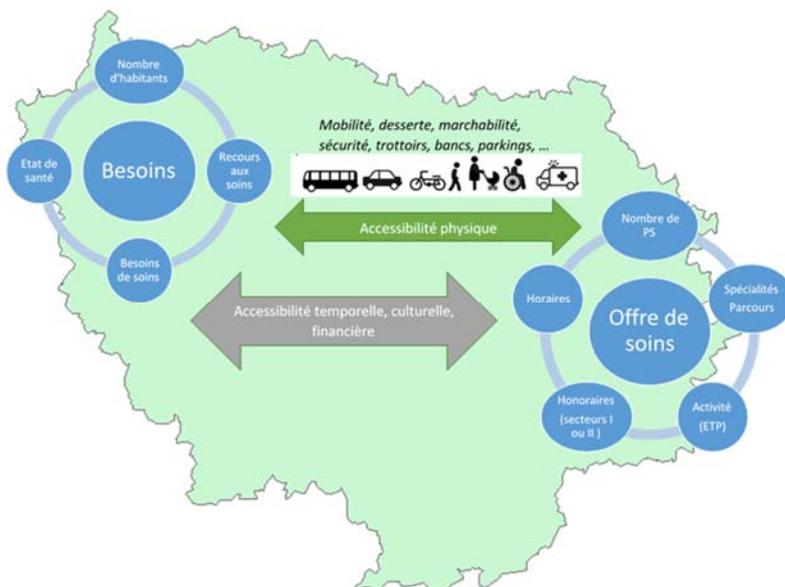
Les analyses de ce rapport sont, dans une première approche, très centrées sur les médecins généralistes. Elles mériteraient d'être complétées en approfondissant la question pour d'autres professionnels de santé tels que les pédiatres, dentistes, ophtalmologistes, gynécologues, infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes, les « déserts médicaux » étant pluri-professionnels.

1 | QUELLE ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE DE SOINS ET LES BESOINS EN ÎLE-DE-FRANCE ?

LES POINTS ESSENTIELS

- > Une croissance des besoins ;
- > Une diminution du nombre et de l'activité des médecins libéraux qui devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025 ;
- > Une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, avec une désaffectation des zones rurales et socialement défavorisées ;
- > Les attaches personnelles, le projet professionnel, le cadre de vie (pour le médecin et sa famille) sont les critères déterminants du choix du lieu d'installation des médecins ;
- > L'isolement, l'insécurité, la surcharge de travail et un cadre de vie dégradé sont les principaux freins à l'installation ;
- > L'Île-de-France n'est pas épargnée par ce phénomène de pénurie médicale.

Figure 1. Schéma des facteurs à mesurer pour estimer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population



PS : Professionnels de santé - Source : ORS Île-de-France

1.1 Une croissance des besoins de soins

En Île-de-France, comme ailleurs en France, les besoins en matière de soins, notamment en soins de ville, ne cessent de s'accroître, en vertu :

- de l'augmentation générale de la population ;
- de son vieillissement ;
- de la précarité d'une partie de la population francilienne ;
- de la transition épidémiologique (augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques qui nécessitent plus de suivi et de recours aux soins) ;
- du virage ambulatoire (hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire avec retour au domicile très rapide, ...) préconisé pour un meilleur confort du patient mais aussi pour des raisons d'efficacité budgétaire.

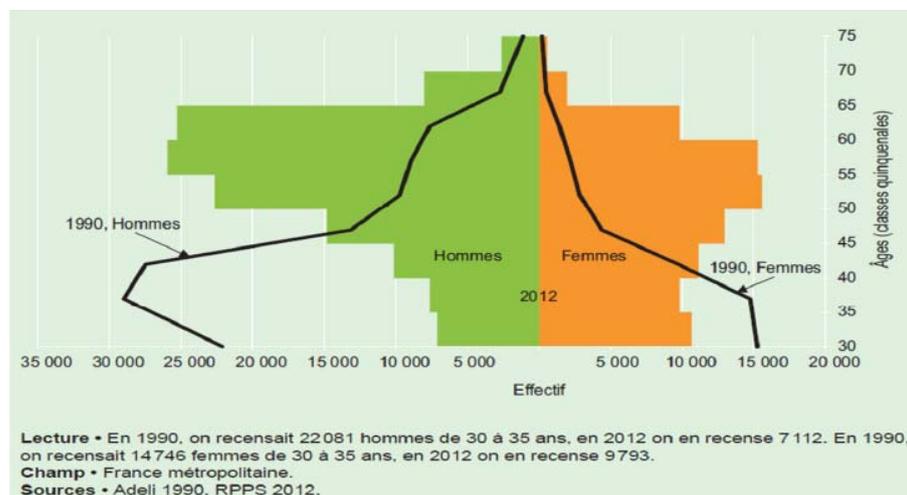
1.2 Une baisse de l'offre de soins libérale de premier recours

1.2.1 Une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux qui devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025

Parallèlement à la croissance des besoins, l'offre évolue dans un sens peu favorable en raison :

- d'un vieillissement des médecins et de départs à la retraite fréquents ;
- d'une faible attractivité de la spécialité de médecine générale chez les jeunes internes¹ ;
- d'une appétence croissante pour l'exercice salarié au détriment de l'exercice libéral.

Figure 2. Inversion de la pyramide des âges des médecins en France entre 1990 et 2012

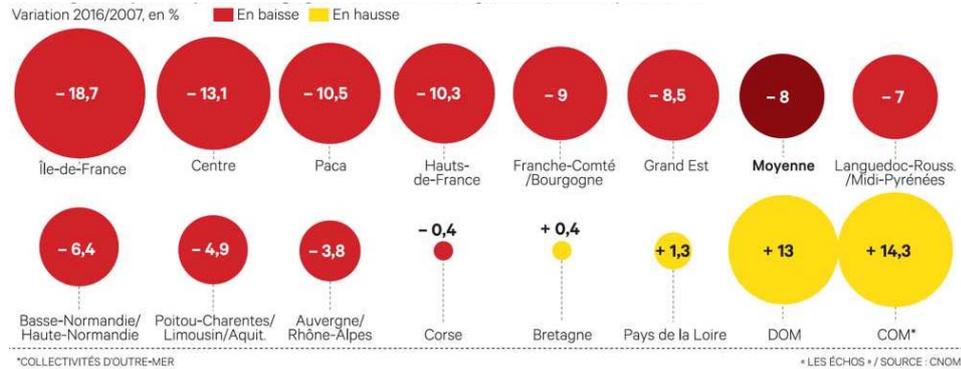


Source : Drees, in « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », chapitre V du rapport de la Cour des Comptes 2015 sur la Sécurité Sociale.

¹ Selon Le quotidien du médecin (20.09.2017), l'analyse des choix de spécialité d'internat de septembre 2017 des 7 977 étudiants en médecine montre que les spécialités les plus prisées sont l'ophtalmologie, la cardiologie, la dermatologie, la chirurgie plastique ou les maladies infectieuses. Les autres spécialités médicales de premier recours sont par contre à la peine : la gynécologie et la pédiatrie arrivent en 25^e position (sur 44 spécialités proposées), la psychiatrie en 39^e position et la médecine générale en 43^e position.

Ainsi, bien que le nombre global de médecins (toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus) augmente en moyenne en France, l'effectif de médecins généralistes libéraux (pivots du premier recours) diminue chaque année [Vergier et Chaput, 2017]. La grande majorité des départements français sont touchés, et plus particulièrement les départements de Paris et de la Nièvre (-25 %) et de l'Yonne et des Yvelines (- 21 %). A l'échelle régionale, l'Île-de-France a perdu, entre 2007 et 2015, 17 % de ses généralistes libéraux (et mixtes) en activité.

Figure 3. Les régions qui ont perdu ou gagné des médecins généralistes

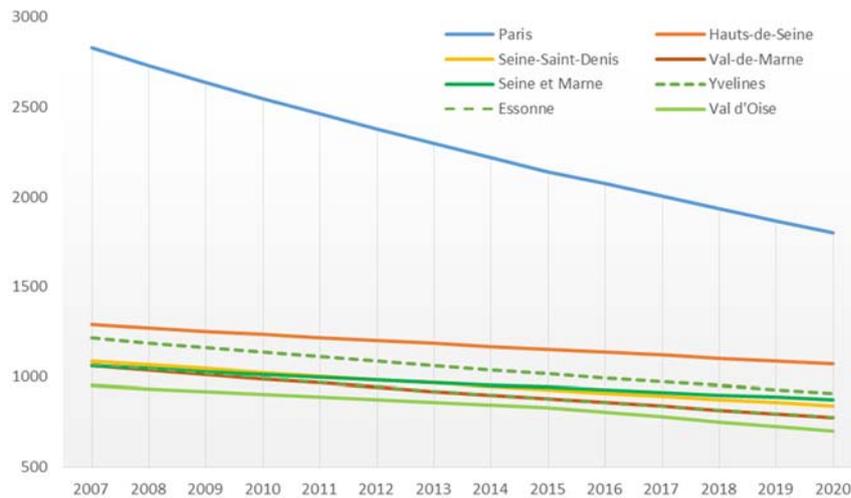


Source : Les Echos, 3 juin 2016

« Cette chute [du nombre de généralistes] devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025 », alerte le Conseil national de l'ordre des médecins [Cnom, 2015]. En effet, âgés en moyenne de 56 ans en 2015, plus d'un tiers (35 %) des médecins généralistes libéraux et mixtes franciliens sont âgés de 60 ans et plus et seulement 10 % ont moins de 40 ans.

La chute du nombre de généralistes libéraux devrait se poursuivre jusqu'en 2025 avec la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025 selon le CNOM

Figure 4. Nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes¹ - De l'observé (2007-2015) à l'attendu (2020) - Île-de-France par département



Source : Atlas régional de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins, 2015

¹ Les professionnels de santé peuvent opter pour différents modes d'exercice : ils peuvent travailler exclusivement en libéral (libéraux exclusifs) ou dans un établissement hospitalier, un centre de santé, une PMI, ou toute autre structure dont ils sont salariés (salariés). Ils peuvent également partager leur temps entre activité libérale et activité salariée. On parle alors d'une activité « mixte ».

Tableau 1. Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes en 2015 - Île-de-France par département

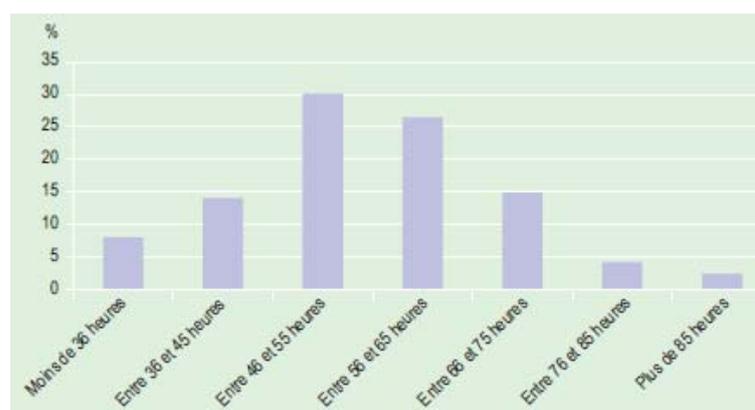
Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Essonne	53,9	26,7%	10,4%	46,3%
Hauts de Seine	54,3	30,1%	10,2%	57,4%
Seine et Marne	53,7	26,1%	10,8%	51,1%
Seine Saint Denis	54,9	31%	9%	44,1%
Val de Marne	53,9	26,7%	10,0%	61,4%
Val d'Oise	53,7	25,3%	10,2%	33,7%
Ville de Paris	55,0	34,3%	10,9%	56,5%
Yvelines	54,3	29,3%	8,8%	38,8%

Source : Atlas régional de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins, 2015

1.2.2 Des niveaux d'activité en baisse

Parallèlement à la baisse des effectifs, le temps d'activité des médecins diminue également (féminisation, changement des modes de vie, ...) : les modes d'organisation du travail du médecin généraliste ont subi des mutations fortes [Lapeyre, Robelet, 2007]. D'une part, les jeunes praticiens privilégient les exercices mixtes (partage de leur temps professionnel entre un exercice libéral et un exercice salarié dans une structure de soins hospitalière ou médico-sociale par exemple). D'autre part, l'organisation de leur travail au quotidien se transforme dans un contexte de mutation sociale plus large (aspiration au temps « libre », meilleure conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle [Micheau, Molière, 2010], développement des couples bi-actifs et stratégies d'articulation des deux carrières dans les couples, implication croissante des hommes dans l'éducation des enfants...). La valorisation d'un partage plus équilibré entre vie personnelle et vie professionnelle tend à remplacer l'« éthos » traditionnel du médecin valorisant la disponibilité permanente. De plus, les médecins ayant le plus souvent un(e) conjoint(e) ayant un haut niveau de diplôme, le fait de pouvoir compter sur le revenu du (de la) conjoint(e) autorise un moindre investissement temporel au travail ou une autre façon de faire la médecine (consultations plus longues par exemple) [Robelet, Lapeyre, Zolesio, 2006].

Figure 5. Répartition (en %) des médecins selon leur temps de travail hebdomadaire



Lecture : 30 % des médecins travaillent entre 46 et 55 heures par semaine.

Champ : Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

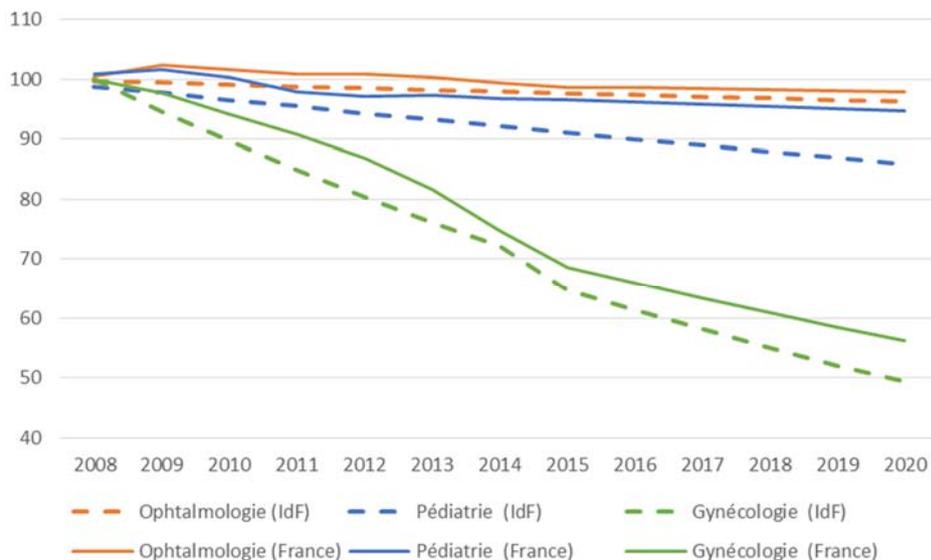
Source : Drees, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011) – [Jakoubovitch & al., 2012].

Ainsi, les nouvelles générations de médecins n'acceptent plus de faire des journées de 15 heures et d'être disponibles soirs et week-ends (même s'ils conservent un temps de travail important). Si bien que la baisse de l'offre globale de soins est d'une ampleur plus importante que la seule baisse des effectifs de médecin [Jakoubovitch & al., 2012].

1.2.3 Une situation qui concerne aussi les autres professionnels de santé libéraux de 1er recours

La situation précédemment exposée pour les médecins généralistes se décline en Île-de-France pour d'autres professions médicales de premier recours, notamment les gynécologues libéraux ou les pédiatres.

Figure 6. Nombre de spécialistes libéraux et mixtes - De l'observé (2008-2015) à l'attendu (2020) - Île-de-France et France par spécialité – Base 100 en 2008



Source : Atlas national et régional de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins, 2015

1.2.4 Des densités médicales qui chutent

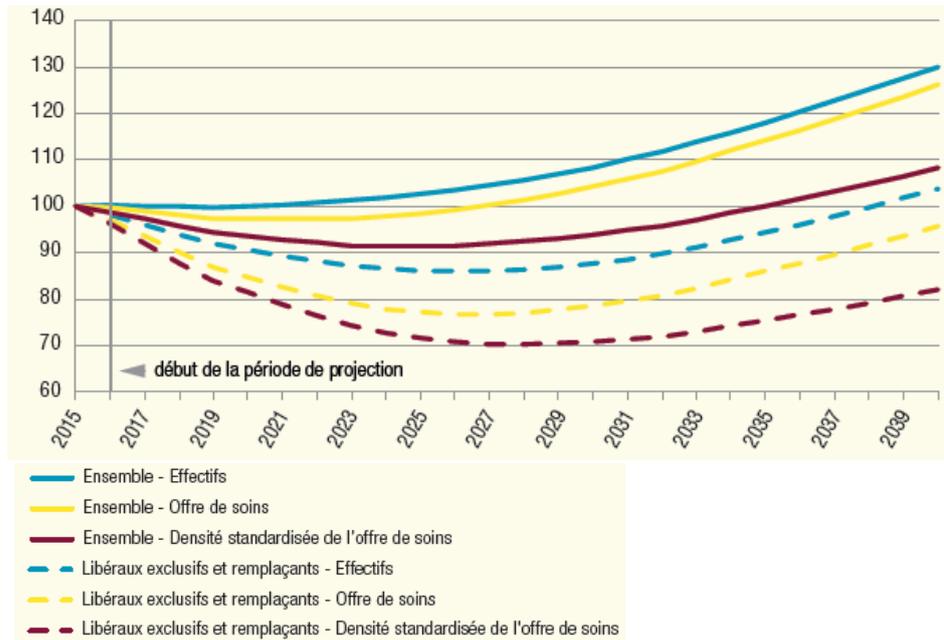
Conséquence de ces deux tendances combinées (augmentation des besoins et diminution du niveau de l'offre), le nombre de médecins disponibles par habitant (la densité médicale) diminue. Les projections de la Drees montrent que cette diminution s'observe avec d'autant plus de force que l'on tient compte :

- des caractéristiques des populations (et donc qu'on affine l'estimation des besoins en standardisant la population par sa structure par âge) ;
- de la diminution de l'activité médicale (et donc que l'on affine l'estimation de l'offre de soins en considérant des « équivalents-temps-plein »).

La densité médicale diminue sous l'effet cumulé de la baisse des effectifs de médecins libéraux, de la diminution de la durée moyenne d'activité et de l'augmentation de la population

La Drees [Bachelet, Anguis, 2017] a réalisé des projections de démographie médicale à l'horizon 2040 qui donnent à voir (Figure 7), pour l'ensemble des médecins et pour les libéraux (toutes spécialités confondues), la différence entre les courbes représentant l'évolution des effectifs de médecins (courbes bleues), les courbes représentant l'évolution des effectifs de médecins pondérés par leur temps d'activité (courbes jaunes – offre de soins) puis, toujours inférieures, les courbes représentant les évolutions de densités médicales compte tenu des caractéristiques de la population (courbes marrons – densité standardisée de l'offre de soins, soit nombre d'ETP pour 1 000 habitants). Cette dernière courbe tient compte à la fois de la hausse attendue de la population mais également des consommations de soins différenciées selon l'âge.

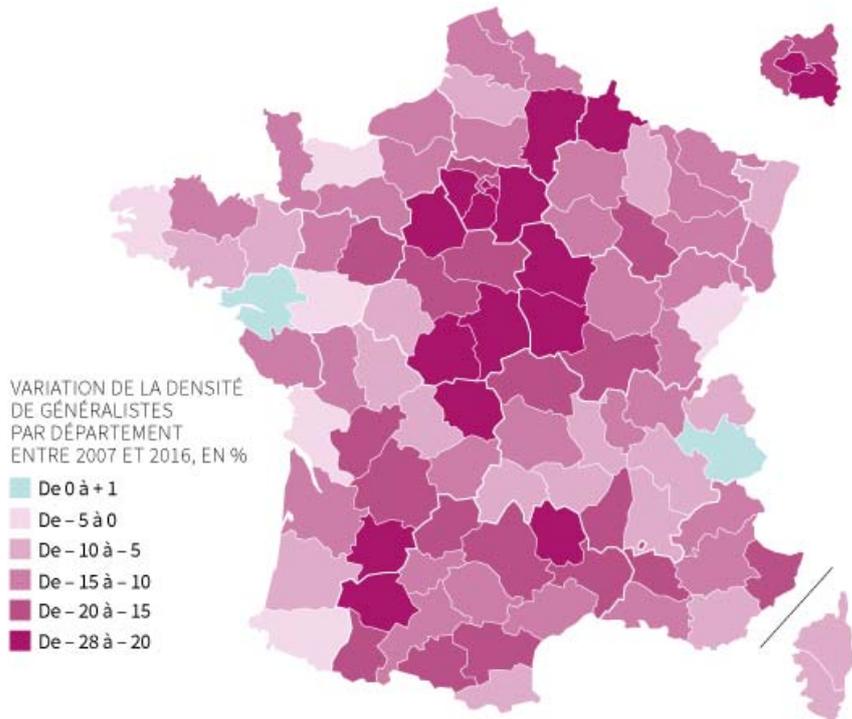
Figure 7. Effectifs de médecins, offre de soins et densité standardisée à l'horizon 2040 d'après le scénario tendanciel de la Drees - France entière



Source : Projections Drees, 2015, calculs Drees, in Bachelet et Anguis, 2017

Ce phénomène n'épargne presque aucun département : en effet, d'après le CNOM (2016), seuls deux départements français (la Savoie et la Loire-Atlantique – en bleu sur la Figure 8) échappent à la baisse de leur densité médicale en généralistes entre 2007 et 2016.

Figure 8. Évolution des densités de médecins généralistes dans les départements de France métropolitaine entre 2007 et 2016



INFOGRAPHIE LE MONDE SOURCES : CNOM, INSEE, G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, 2016

Source : Le Monde, 3 juin 2016

1.3 Une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire

A la question purement numérique s'ajoute l'inégale répartition de l'offre médicale sur le territoire, sans corrélation immédiate avec la répartition de la population et donc des besoins. Ces disparités se traduisent par une accessibilité aux soins différente selon le lieu de résidence des patients et viennent aggraver les effets des inégalités sociales sur la santé de la population [Haut conseil de santé publique, 2017].

Encadré 1 : Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui largement connues et documentées [Selig, 2014 ; Suhard, Safon, 2016 pour ne citer que deux dossiers bibliographiques] : par exemple, en France, à l'âge de 35 ans, un homme cadre supérieur a une espérance de vie totale supérieure de 6 années par rapport à un homme ouvrier. Les inégalités sociales de santé se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale conduisant les chercheurs à utiliser le terme de gradient social de santé (une catégorie sociale donnée aura ainsi une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé moins élevée que la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure).

Tout au long de la vie, l'état de santé se structure et se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs désignés comme les « déterminants de la santé » tels que les facteurs liés au style de vie personnel (comportements à risque, hygiène, alimentation, activité physique, ...), les facteurs liés à l'environnement et à l'intégration sociale (soutiens, interactions sociales ou isolement, ...), les facteurs liés aux conditions de vie et de travail (conditions de logement, accès aux services et aux commerces, accès à l'éducation, ...) et les facteurs liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

En 2016, les densités médicales varient d'une région à l'autre, d'un facteur 1,4 pour les généralistes, d'un facteur 2,9 pour les spécialistes, mais aussi d'un facteur 5,4 pour les infirmiers libéraux ou mixtes, d'un facteur 3 pour les chirurgiens-dentistes, 3,4 pour les masseurs-kinésithérapeutes ou encore 4,2 pour les orthophonistes.

Les disparités sont encore plus fortes entre départements, entre communes ou même entre quartiers, au sein d'une même commune. Patrick Bouet, le président de l'Ordre national des médecins, précise qu'« *aujourd'hui, aucun territoire du pays n'est à l'abri* » d'un déficit d'offre médicale.

Les densités médicales varient d'une région à l'autre, d'un département à l'autre, d'une commune à l'autre, et même d'un quartier à l'autre

1.3.1 Les densités médicales des départements franciliens parmi les plus élevées ET les plus basses de France

Loin des idées reçues d'un « éden francilien » ou d'un oasis francilien dans un désert français, les densités médicales et paramédicales montrent, qu'en ce qui concerne la médecine de ville libérale, la situation francilienne est loin d'être homogène d'un département à l'autre mais aussi d'une spécialité à l'autre.

Si l'on classe l'ensemble des départements de France métropolitaine en fonction de leur densité médicale pour différentes spécialités libérales (Figure 9), il apparaît que les départements franciliens ne se positionnent pas tous et pas toujours dans le haut du classement.

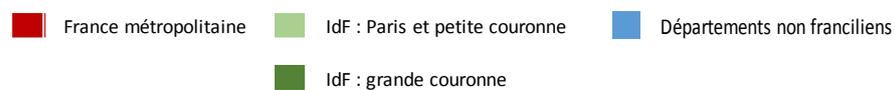
Certains départements franciliens, comme la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne, particulièrement touchés par de faibles densités

De fait, le département rural de la Seine-et-Marne et le département socialement défavorisé de la Seine-Saint-Denis apparaissent quasiment systématiquement en queue de distribution française ou francilienne : que ce soit pour les densités de généralistes (Figure 9 – A), pour les densités de spécialistes de premier recours (Figure 9 – B, C, D, F), de dentistes (Figure 9 – E) ou d'infirmiers libéraux (Figure 9 – G).

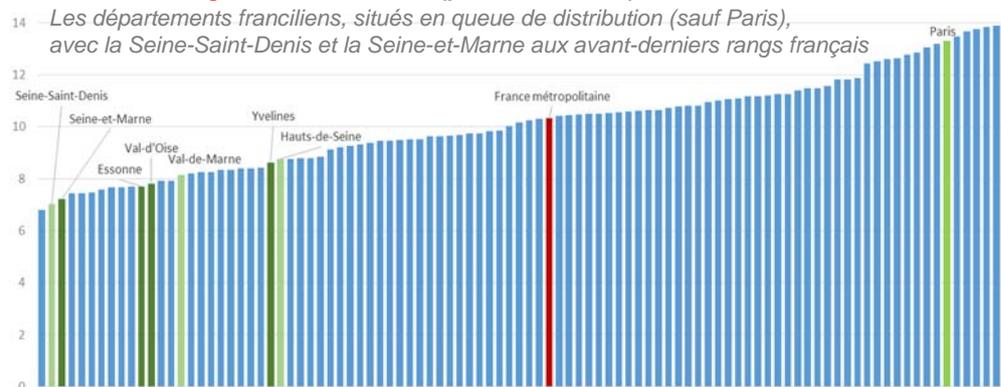
Ces éléments laissent penser que les habitants de ces départements cumulent les inégalités d'accès à différents types de professionnels de santé libéraux, plaidant pour une définition de « déserts » médicaux qui seraient pluri-professionnels.

A noter également la situation particulièrement déficitaire pour l'ensemble des départements franciliens, en ce qui concerne les infirmiers libéraux.

Figure 9. Densités de professionnels de santé libéraux et mixtes dans les départements français en 2016

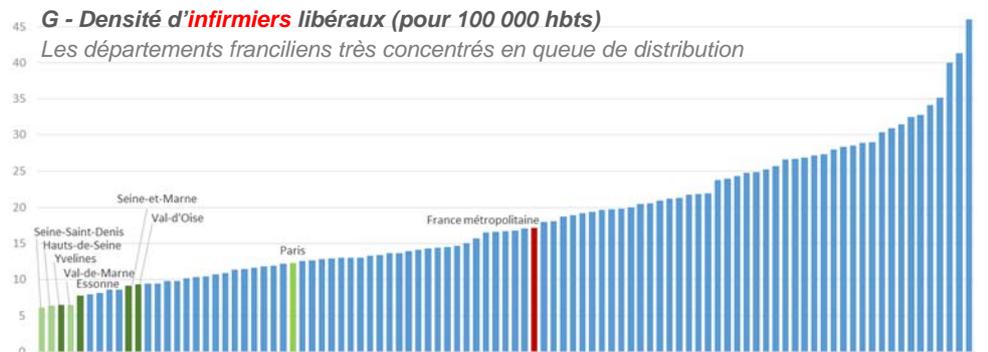
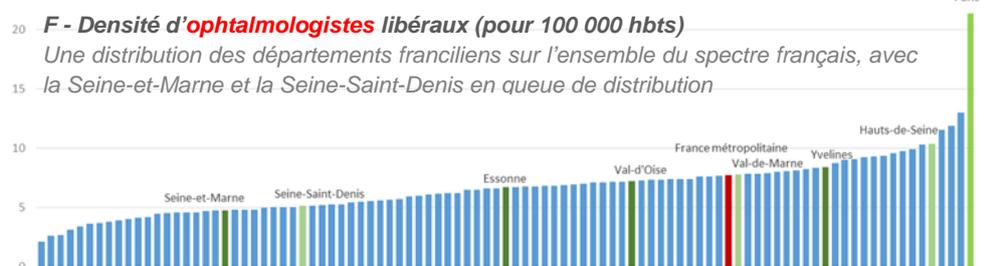
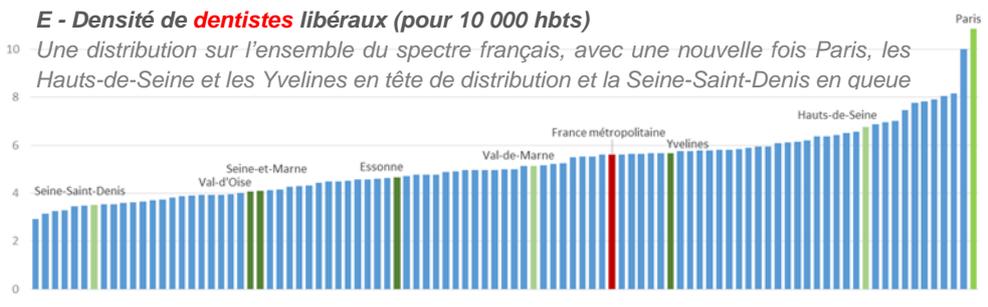
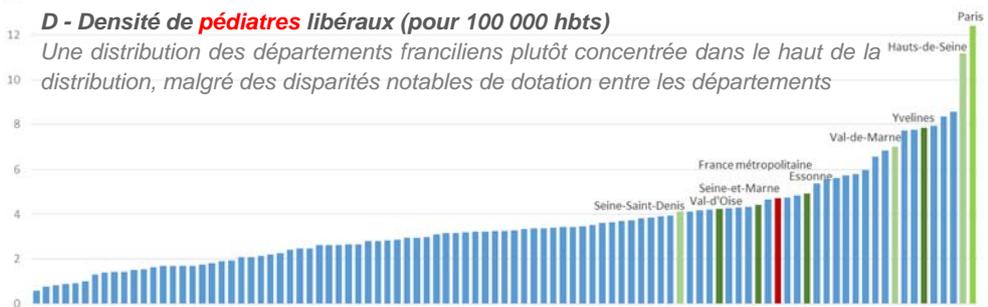
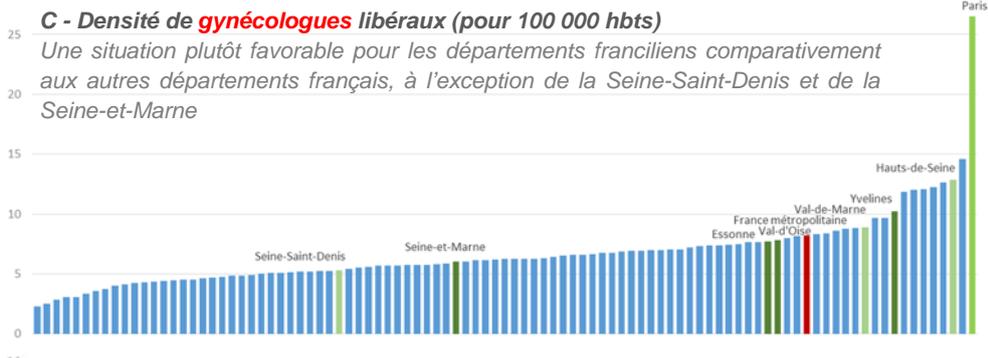


A - Densité de *généralistes libéraux* (pour 10 000 hbts)



B - Densité de *spécialistes libéraux* (toutes spécialités confondues) (pour 10 000 hbts)





Source : RPPS et ADELI pour les paramédicaux – Drees- Fnors – 2016, traitements ORS Île-de-France

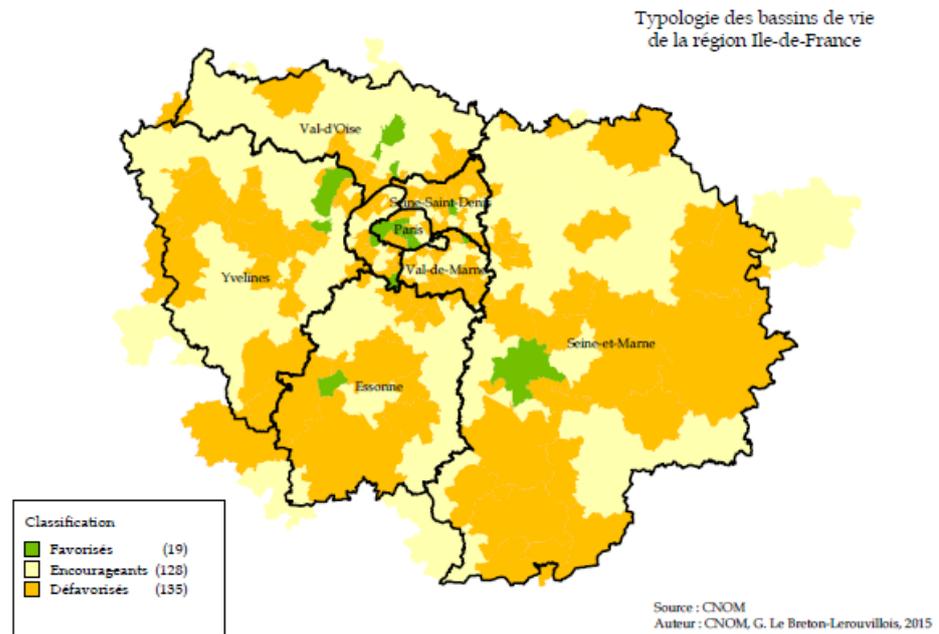
1.3.2 Des disparités infra-départementales conséquentes

Si les disparités régionales et départementales sont fortes, la situation n'est pas moins contrastée au sein même des départements.

**Des inégalités territoriales
qui se déclinent à toutes les
échelles**

Au niveau des bassins de vie et pseudos-cantons franciliens par exemple, le Conseil de l'ordre des médecins, dans son dernier atlas régional, présente une typologie des espaces franciliens, croisant densité et mesure de l'attractivité¹ en termes d'offre en généraliste. On y lit une disparité des espaces, avec des zones défavorisées dans le rural de grande couronne mais également en zone dense urbanisée.

Figure 10. Typologie des bassins de vie de la région Île-de-France selon leur densité et leur dynamisme médical



Grille de lecture :

- Favorisés : Densités de médecins généralistes et variations des effectifs entre 2007 et 2015 sont supérieures ou égales à la moyenne régionale ;
- Encourageants : Une des deux variables est égale ou supérieure à la moyenne régionale et une des deux variables est inférieure à la moyenne régionale ;
- Défavorisés : Densités et variations sont inférieures à la moyenne régionale.

Sources : CNOM, 2015

Différentes études, plus anciennes, conduites par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAU îdF) à l'échelle de mailles de 250 mètres de côté sur le territoire francilien [Mangeney, 2011] et par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) et la Drees au niveau national [Bardet & al., 2012], montrent également des disparités d'accès aux soins tout à fait conséquentes entre communes et au sein même des différents quartiers d'une même commune.

¹ La mesure de l'attractivité des territoires pour les médecins est ici calculée à partir de la variation des effectifs de professionnels de santé entre 2007 et 2015 : si les effectifs augmentent, le territoire est défini comme attractif.

1.3.3 Des disparités territoriales qui renvoient aux aspirations des professionnels de santé

Pour expliquer ce phénomène, il convient de mettre en regard la géographie sociale et morphologique francilienne et les aspirations des médecins. En effet, ces derniers expriment le souhait, comme le reste de la société française, d'une meilleure conciliation entre carrière professionnelle et épanouissement personnel qu'ils envisagent dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes mais aussi pour leur conjoint (accès à l'emploi, aux loisirs, à la culture, à un cadre de vie agréable et sécurisé) et leurs enfants (accès à des équipements scolaires, sportifs et culturels de qualité notamment) [Urcam, 2002 ; URML, 2003 ; Sawaya, Bouillot, 2013].

Après les attaches (professionnelles ou personnelles) antérieures au territoire, les trois facteurs d'attractivité territoriale prépondérants mis en avant par les jeunes médecins et internes en médecine générale [Jerber, 2015] sont la possibilité de travailler dans le cadre d'un projet professionnel collectif, la qualité du cadre de vie et la possibilité pour le conjoint d'accéder à un emploi. L'aide à l'installation, la présence d'autres structures médicales mais aussi d'équipements, services et infrastructures (écoles, commerces, transports, ...) sont également déterminants dans leur choix d'installation.

Les critères répulsifs sont par contre des prévisions de sur ou de sous-charge de travail, l'isolement professionnel, ainsi que le coût d'un éventuel investissement immobilier.

Les médecins souhaitent concilier vie professionnelle et vie personnelle, qu'ils envisagent dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes mais aussi pour leur conjoint et leurs enfants

Les attaches antérieures au territoire, un projet professionnel collectif, la possibilité pour le conjoint d'accéder à un emploi et la qualité du cadre de vie sont les principaux facteurs d'attractivité territoriale pour les médecins

Figure 11. Attraits et freins à l'installation dans les territoires ruraux et banlieues défavorisées

	ATTRAITES	FREINS
Territoires ruraux	<ul style="list-style-type: none"> - Attrait du cadre de vie et qualité de vie personnelle (nature, logement,...) - Qualité des relations humaines avec les patients - Diversité de l'exercice liée à l'absence ou l'éloignement de l'offre spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement professionnel (notamment absence de plateau technique et autres spécialités et professionnels de santé) - Difficulté pour le conjoint de trouver un emploi - Charge de travail trop importante, visites à domicile et permanence des soins contraignante - Manque d'activités et de loisirs pour la famille
Banlieues défavorisées	<ul style="list-style-type: none"> - Utilité sociale - Aides financières et revenus plus élevés 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement de travail moins agréable - Insécurité - Charge de travail trop importante - Exercice de la médecine plus difficile : problèmes sociaux, relations parfois difficiles avec les patients - Barrière culturelle
<ul style="list-style-type: none"> - 55 % des internes en médecine générale seraient prêts à exercer en zone rurale. 37 % des internes en médecine générale seraient prêts à exercer en banlieues défavorisées. - 19 % des médecins déjà installés depuis moins de cinq ans en zone convenablement dotée seraient prêts à exercer en zone rurale ou en banlieues défavorisées 		

Source : Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones « délaissées », enquête BVA commanditée par le ministère en charge de la santé, octobre 2010/ cf. annexe 2

In : Jerber, 2015

Ces critères de choix du lieu d'implantation semblent être assez pérennes dans le temps : une étude, réalisée en 1999 sur un échantillon de 1 706 médecins généralistes et spécialistes, montrait déjà que 81 % des professionnels de santé privilégiaient les motifs d'ordre personnel (activité du conjoint, qualité du cadre de vie, possibilités d'études pour les enfants, etc.) dans leur choix de localisation [Bui et Lévy, 2000]. Une seconde étude, réalisée entre 1998 et 2001 et menée au niveau cantonal pour une population d'omnipraticiens libéraux, montrait également que les facteurs explicatifs du choix de l'installation n'étaient pas tant le revenu et le niveau d'activité du cabinet que le contexte économique (taux de chômage, niveau de formation de la population, niveau de revenu, etc.) et démographique (opposition entre cantons jeunes et âgés) ainsi que les conditions de vie (distance d'accès à des services de proximité). **Les métropoles régionales, les grandes villes et les cantons urbains favorisés sont ainsi des zones attractives alors que les cantons ruraux isolés restent peu attractifs** [Couffinal & al., 2002].

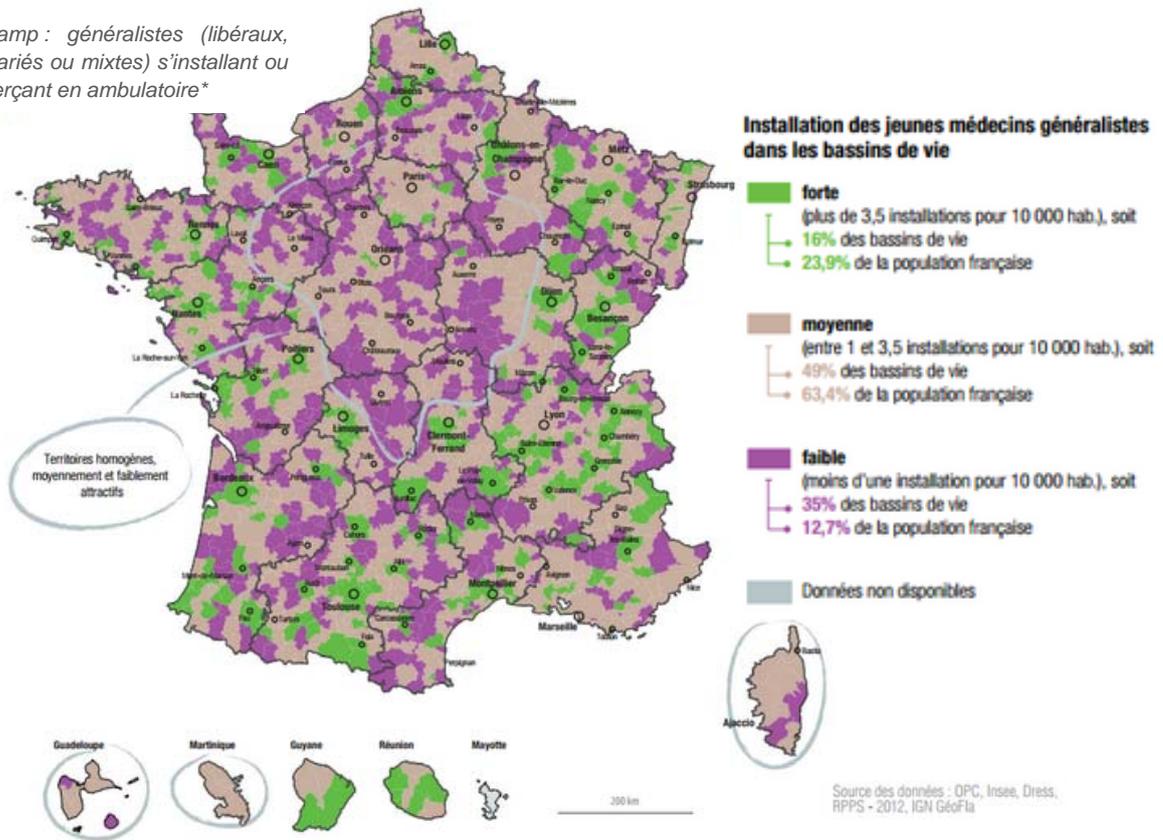
Les métropoles régionales, les grandes villes et les cantons urbains favorisés sont ainsi des zones attractives alors que les cantons ruraux isolés restent peu attractifs

Une autre étude, plus récente, menée sur les 87 médecins qui se sont installés dans les Hauts-de-Seine entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2012 montre, par ailleurs, que le nombre de patients ne semble pas non plus être un critère de choix d'installation déterminant : les jeunes médecins ne vont pas spontanément dans les zones où la densité médicale est la plus faible. Au contraire, c'est dans les communes les plus denses, en population comme en médecins, que s'installent les nouveaux omnipraticiens [Abecassis et Domin, 2014].

Le Commissariat général à l'égalité des territoires (Cget) publie également une cartographie contrastée des bassins de vie français en fonction de l'attractivité qu'ils ont exercée sur les jeunes médecins généralistes durant la dernière décennie.

Figure 12. Où se sont installés les jeunes médecins généralistes durant la décennie 2000 ?

*Champ : généralistes (libéraux, salariés ou mixtes) s'installant ou exerçant en ambulatoire**



LES FACTEURS D'ATTRACTIVITÉ

LES FACTEURS D'ACTIVITÉ PRÉPONDERANTS

- La qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire** (proximité de la mer et/ou de la nature, climat agréable, agglomération de taille moyenne, distance domicile-travail entre 15 et 30 minutes).
- L'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif** sur le territoire, porté par des confrères (maison de santé pluri-professionnelle, cabinet de groupe, etc.).
- Les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire.**

AUTRES FACTEURS DÉTERMINANTS

- L'accompagnement dans les démarches d'installation** (autre les aides financières) : recherche et mise à disposition de locaux, démarches administratives, insertion professionnelle du conjoint, etc.
- La présence de confrères** sur le territoire et de professionnels paramédicaux ; **la proximité d'équipements et de services médicaux** (radiologie, laboratoire, etc.) ; **la proximité d'un service d'urgence.**
- L'existence de services à la population, équipements et infrastructures sur le territoire** (établissements scolaires, garde d'enfants, commerces, etc.).

* L'exercice ambulatoire correspond à la médecine de ville (à la différence de l'exercice hospitalier).

Sources: OPC, Insee, Drees, RPPS – 2012, IGN GéoFla, in Hurel & al., 2015

1.4 L'accessibilité temporelle, financière et culturelle remet aussi en question l'accès aux soins

Les évolutions précédemment citées, que les études prospectives nous invitent à considérer comme devant perdurer, s'accompagnent de problématiques liées au secteur de conventionnement (dépassements d'honoraires) et à l'accès financier aux soins mais aussi de problématiques de renoncement aux soins du fait d'une accessibilité dégradée ou de trop longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Le manque de professionnels de santé sur certains territoires obère aussi leur capacité à prendre en charge des soins non programmés, à assurer convenablement la permanence des soins, à permettre au patient de bénéficier d'un parcours de soins fluide, complet et de qualité.

Encadré 2 : Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous médical

D'après une enquête de l'Ifop pour le cabinet Jalma et l'Observatoire de l'accès aux soins, les délais d'attente pour consulter un spécialiste ont augmenté de 13 jours en moyenne depuis 2012 (Les Echos, 23/03/2017, « Nette dégradation de l'accès aux soins en France »). Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste ne cessent d'augmenter pour atteindre une moyenne de 61 jours en 2017, sans qu'aucune spécialité ne soit épargnée. Le record étant détenu par l'ophtalmologie où il faut attendre en moyenne, en ville, 117 jours - quatre mois, soit 13 jours de plus qu'en 2012 - pour obtenir un rendez-vous. En gynécologie et dermatologie, les délais d'attente sont aussi très longs : respectivement 68 et 64 jours (23 jours supplémentaires qu'en 2012). Pour les généralistes, le délai d'obtention d'un rendez-vous est de plus d'une semaine (8 jours), soit deux fois plus qu'en 2012, engendrant des risques de renonciation aux soins, ou de recours non justifié à l'hôpital.

1.5 Des conséquences multiples

Outre l'impact sur l'état de santé des populations¹ [Vigneron, 2011] et la qualité de vie des médecins eux-mêmes, la dégradation de l'accessibilité à l'offre de soins de proximité a également des conséquences sur l'ensemble de la chaîne de soins ainsi que sur les dépenses générales du système (engorgement des urgences, prévention en berne, patients pris en charge plus tardivement et nécessitant des soins plus complexes et donc plus onéreux ...).

Si le caractère fondamental des enjeux semble faire consensus, les éléments de diagnostic et les mesures correctrices à mettre en œuvre font l'objet de profonds débats.

Le premier concerne la délimitation des territoires de mise en œuvre des dispositifs d'aide au maintien et à l'installation des professionnels de santé (les zones déficitaires définies par décret).

Le second concerne les mesures mises ou à mettre en œuvre, et l'évaluation de leur efficacité.

¹ L'impact des inégalités d'accès aux soins ambulatoires sur l'état de santé des populations, et notamment sur les inégalités sociales de santé, est difficile à estimer mais il semblerait toutefois que si l'essentiel des inégalités de santé s'expliquent par des facteurs sociétaux, le système de soins « a sa part de responsabilités » [Lombrail, Pascal, Lang, 2004]. Pour autant, la « distance » d'accès aux soins semble moins souvent mise en avant qu'un renoncement aux soins pour raisons financières ou qu'une dégradation de la qualité de prise en charge avec la distance sociale [HCSP, 2009]. La question de l'impact d'un déficit local de médecins de premier recours sur la santé des populations reste donc à évaluer plus précisément.

2 | LES ZONAGES DÉFICITAIRES : QUELLE DÉLIMITATION ? PAR QUI ? QUELLES LIMITES ?

Si le constat d'un déficit d'accessibilité à l'offre de soins de premier recours sur certains territoires fait aujourd'hui consensus, la délimitation des secteurs géographiques concernés fait en revanche l'objet de vifs débats, à la fois d'un point de vue :

- méthodologique (mesure des indicateurs d'offre, de besoins, d'accessibilité à l'offre et choix des seuils, question des échelles) ;
- théorique (définition du déficit d'accessibilité, à quels types de professionnels de santé ?) ;
- et plus politique (les zones délimitées servant de référentiel aux mesures correctrices, leur taille est limitée par les contraintes budgétaires).



2.1 La territorialisation des questions de santé : un phénomène récent en France

En France, la territorialisation de la santé trouve ses origines dans la planification sanitaire mise en place par la loi hospitalière de 1970 qui prévoit la délimitation de régions et de secteurs sanitaires dans lesquels les besoins doivent être définis, au travers de ratios d'équipement. Cette organisation sera vite considérée comme trop quantitative, rigide, technocratique et hospitalo-centrée [Chevillard, 2015]. La loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière va affirmer l'échelon régional comme socle de l'organisation sanitaire et créer les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui mettent fin au service public hospitalier issu de la « carte sanitaire » de 1970. C'est d'ailleurs en avril 1991 que le mot « désertification médicale » apparaît pour la première fois dans les débats de l'Assemblée nationale, à propos de la « chute des hôpitaux généraux » [Fromentin, 2015].

Ensuite, ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) lancées par les ordonnances d'avril 1996 puis le plan Hôpital 2007 qui mettent fin définitivement à la carte sanitaire pour instituer les "territoires de santé". Cette appréhension du soin à partir des réalités spatiales du territoire marque un changement de paradigme dans l'organisation des soins et révèle de profondes disparités territoriales. En 2004, les missions régionales de santé (MRS) sont instaurées, notamment pour déterminer des "zones déficitaires" permettant une meilleure attribution des subventions et des aides conventionnelles (installation et maintien de l'activité médicale, aides pour les étudiants de 3^e cycle, exonération fiscale, etc.). Comparativement, l'identification de zones déficitaires pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire existe depuis 1948 en Angleterre, 1970 aux États-Unis et 1977 en Allemagne [Coldefy, Lucas, 2012].

2.2 Années 2004 - 2006 : des zones déficitaires en médecins généralistes délimitées par les MRS

Un premier zonage déficitaire en médecins généralistes

En France, la loi du 13 août 2004 crée les missions régionales de santé (MRS), en charge notamment de délimiter des **zones déficitaires en médecins généralistes**. Ce zonage ne remet pas en question la liberté d'installation des médecins mais définit des zones, complémentaires aux zones rurales ou en politique de la ville, dans lesquelles les médecins peuvent recevoir des aides des collectivités, de l'État ou de l'Assurance maladie.

Les besoins de soins estimés selon l'âge, l'état de santé et les caractéristiques sociales

Ces zones ont été définies, avant ajustement par les acteurs de terrain, à partir d'indicateurs identifiant au niveau multi-communal :

- une **faible densité médicale** et une **forte activité** des médecins en exercice ;
- des **besoins importants** (Affections de longue durée (ALD) et part de personnes âgées notamment) ;
- des situations de **fragilité sociale** ou d'enclavement.

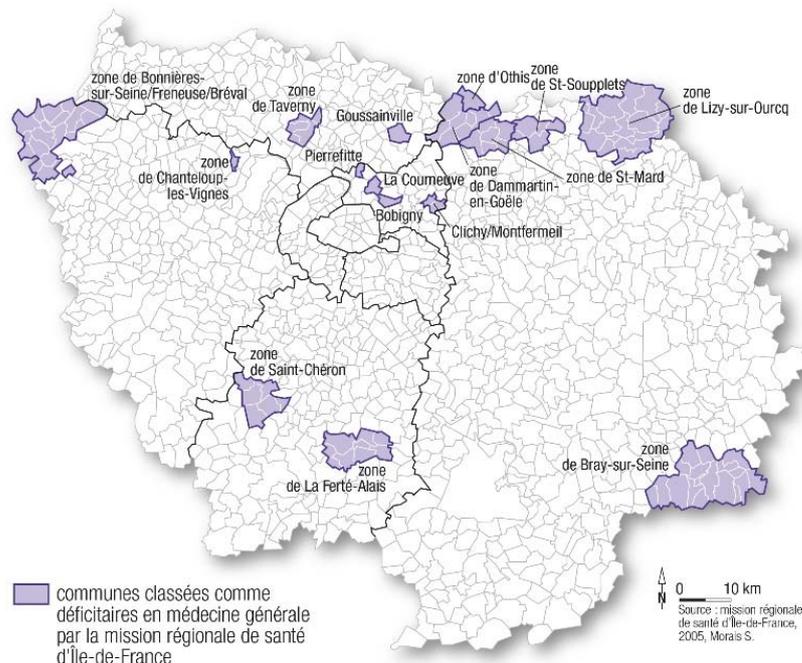
Un découpage mono professionnel et non prospectif

Ainsi, les besoins des populations étaient appréciés à partir de l'état de santé (ALD), de l'âge, mais aussi de la situation sociale. Cependant, on a pu reprocher à ce découpage le fait qu'il ne concernait que les seuls généralistes, et, d'autre part, qu'il n'intégrait aucun élément prospectif.

Peu de territoires franciliens concernés

Un critère de dimensionnement a également prévalu : il a été décidé de ne sélectionner qu'un nombre réduit de zones (pour éviter le saupoudrage des aides), excluant de fait, dans un premier temps, les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne (Figure 13).

Figure 13. Les zones déficitaires en médecins généralistes en Île-de-France en 2005



Source : MRS Île-de-France, Morais S., 2005

2.3 Mars 2012 puis 2015 : des zones pluridisciplinaires déficitaires ou fragiles définies par les ARS

Avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la détermination des zones déficitaires en offre médicale devient la prérogative du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) dans le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation de soins (SROS). C'est dans ces zones que peuvent s'appliquer les actions portées par les collectivités territoriales, l'Assurance maladie ou l'État (Contrat d'engagement de service public, exonération fiscale sur les revenus perçus au titre de la permanence des soins ambulatoire, ...). C'est également la référence pour la mise en œuvre des nouvelles mesures démographiques définies par la convention médicale du 27 juillet 2011.

Sur la base des règles fixées par un arrêté du 21 décembre 2011 et précisées par une instruction ministérielle du 4 janvier 2012, les ARS ont chacune développé leur méthodologie de détermination de ces zones.

En Île-de-France, leur délimitation a reposé sur les principes suivants :

- la population totale des zones définies ne doit pas excéder 7 % de la population francilienne (question d'enveloppe budgétaire) ;
- les zones doivent être constituées d'unités territoriales référencées par l'Insee (en Île-de-France, les pseudo-cantons ou les zones urbaines sensibles (ZUS) ont été retenus).

A partir de ces principes, le zonage a été réalisé selon une méthodologie combinant quatre indicateurs :

- o **L'accessibilité au généraliste** : score densité/activité, permettant d'identifier les zones à faible densité de professionnels et où la demande (évaluée par l'activité de ces professionnels) est très forte ;
- o **La complémentarité des soins** : score prenant en compte l'offre en spécialistes de premier recours (psychiatres, ophtalmologistes, pédiatres, gynécologues), centres de santé, infirmiers, et masseurs-kinésithérapeutes ;
- o La **fragilité de l'offre** en médecine générale (**vision prospective**) : faible évolution du nombre d'omnipraticiens sur les trois dernières années et part importante de médecins de 55 ans et plus ;
- o Les **besoins** de la population (**IdH2 < 2ème décile**)¹.

Un second zonage qui devient pluri-professionnel, intègre une part de prospective et une dimension sociale des besoins

L'ARS arrive ainsi à un zonage couvrant **7,01 % de la population régionale** en 29 territoires déficitaires, regroupant 251 communes qui cumulent des résultats négatifs pour les quatre facteurs et deux ZUS (l'ARS souhaitant faire ressortir des zones de fragilité dans Paris intra-muros).

Le zonage de 2015 complète les zones déficitaires par une sélection de zones dites « fragiles ».

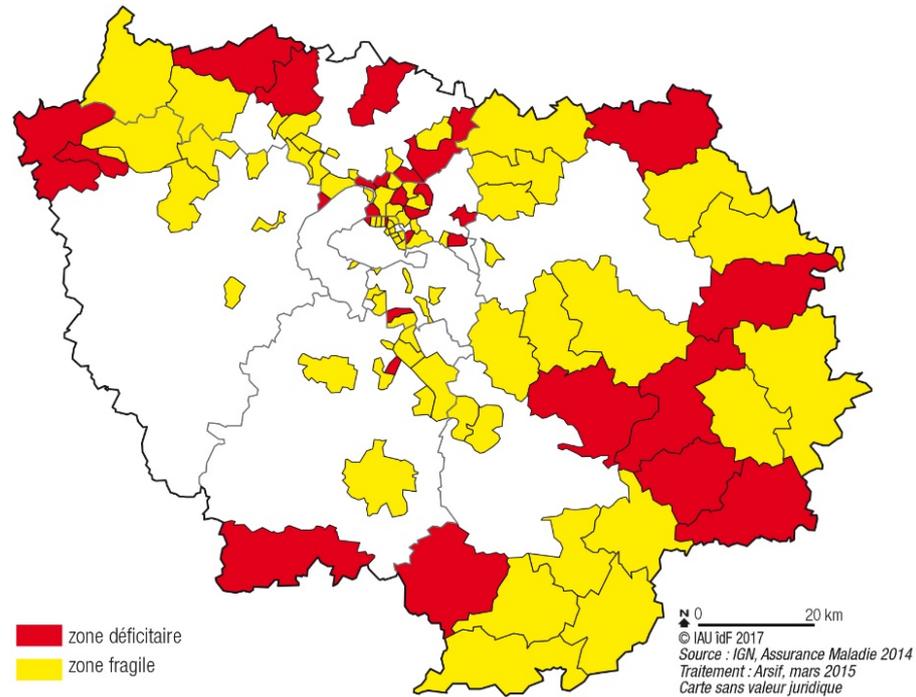
Ces zones déficitaires sont opposables. Allant au-delà du seuil de 7 %, l'ARS Île-de-France a également délimité **en 2015** des zones dites « fragiles ». Ces dernières ne sont pas opposables, mais peuvent bénéficier des aides de l'État destinées à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Ce zonage déficitaire couvre, en Île-de-France, 7 % de la population régionale.

¹ En 1990, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) a proposé un nouvel indicateur, l'indice de développement humain, pour mesurer les disparités sociales. L'IAU ÎdF et l'ORS ont adapté cet indicateur à l'échelle des communes franciliennes (IDH2), tout en conservant ses trois dimensions : santé (espérance de vie), éducation (part des diplômés parmi les sortants du système scolaire) et revenu (revenu médian par unité de consommation) [Nascimento, 2014].

Ce zonage de 2015 constituait le cadre réglementaire qui s'appliquait jusqu'en 2018.

Figure 14. Les zones déficitaires et fragiles en Île-de-France en 2015



Source : ARS Île-de-France

2.4 De 2012 à 2017 : émergence de l'APL, nouvel indicateur de mesure

L'indicateur APL est développé par la Drees et l'Irdes pour mieux mesurer les inégalités d'accès aux soins

Ce n'est pas initialement un outil de zonage mais un outil d'analyse

Face aux limites¹ des indicateurs de mesure classiques (densité et proximité au médecin le plus proche), pour tenir compte à la fois des temps d'accès aux médecins et de la disponibilité de l'offre (tension entre l'offre et la demande) et rompre avec les effets de frontière, la Drees et l'Irdes ont développé, à l'échelle communale, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet de calculer le nombre de consultations/visites que peuvent proposer, à toute entité géographique, l'ensemble des médecins de son aire d'accessibilité, compte tenu de la distance qui les sépare mais aussi des autres patients que les médecins ont par ailleurs à satisfaire. La Drees et l'Irdes ont encore affiné cet indicateur en améliorant la mesure de l'offre (Equivalents-Temps-Plein (ETP) en fonction du volume d'acte réalisé par les médecins) et, par certains aspects², la mesure des besoins (la population est standardisée selon l'âge pour tenir compte des recours aux soins plus importants chez les plus jeunes et les plus âgés).

Cet indicateur se construit en plusieurs étapes (Figure 17).

¹ Forte sensibilité à la taille de l'unité spatiale choisie, étanchéité des frontières administratives qui ne correspond pas aux pratiques de recours aux soins, absence de quantification du volume d'offre pour les indicateurs de distance, et, pour ceux basés sur la distance au plus proche médecin, non prise en compte des usages effectifs, dont l'analyse montre que, pour les médecins comme pour de nombreux autres services, l'usage du plus proche n'est pas la norme.

² L'indicateur, tel qu'il est calculé à ce jour, ne tient pas compte de la catégorie sociale des populations. Si les données de l'Assurance maladie fournissent des informations permettant le calibrage des besoins différenciés selon l'âge, l'appréciation d'une formule de pondération pour tenir compte de besoins différenciés selon la position sociale est beaucoup moins aisée et documentée.

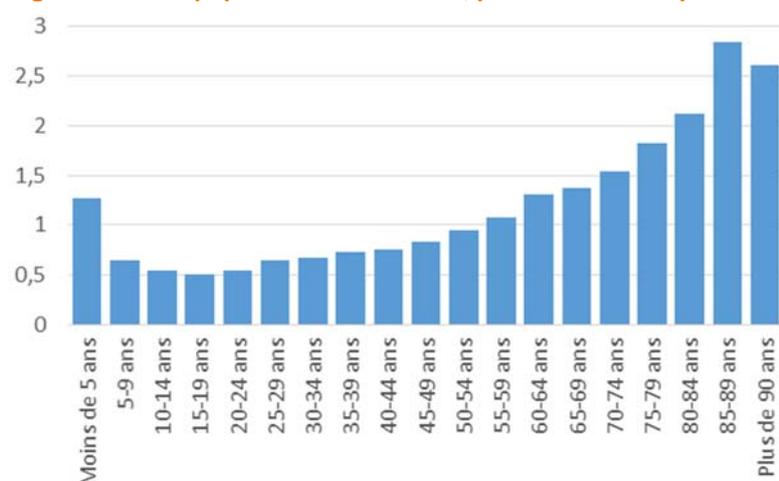
Une prise en compte des besoins de soins différenciés selon l'âge

L'âge est un déterminant important de la santé et du recours aux soins primaires : les personnes âgées et les enfants de moins de 5 ans ont par exemple une consommation de soins plus élevée que les adultes plus jeunes.

Pour tenir compte de cet élément, et en se basant sur les taux de recours aux soins généralistes observés en France par groupe d'âge (Figure 15), les populations de chaque zone ont été « standardisées » par âge, ce qui revient à affecter un poids plus important aux tranches d'âges les plus consommatrices de soins de médecins généralistes. Ainsi, en termes de besoins, un enfant de moins de 5 ans comptera pour 1,27, un jeune de 15 à 19 ans comptera pour 0,51, tandis qu'une personne âgée de 85 à 89 ans comptera pour 2,84 [Barlet & al., 2012].

Une partie des besoins de soins mieux estimés : la population est pondérée par sa structure par âge

Figure 15. De la population aux besoins, poids du recours par tranche d'âge



Sources : Sniiram 2009, Cnamts ; Population municipale 2008, Insee. Champ : Médecins généralistes libéraux, tous régimes - In Lucas-Gabrielli V. et al., 2016

L'offre n'est plus mesurée à partir des seuls effectifs mais intègre les temps d'activité

La deuxième étape du calcul de l'APL consiste à apprécier le niveau de l'offre en médecins généralistes : pour cela, différents ajustements sont nécessaires pour passer du nombre de praticiens exerçant sur un territoire à l'offre effective de ce territoire. Il s'agit de comptabiliser les médecins à exercice particulier n'ayant pas une activité de médecine générale (acupuncteurs par exemple) et de calculer, pour les autres, des « équivalents-temps-plein » afin de tenir compte des temps de présence du médecin dans le cabinet (temps partiels hospitalier, temps partiel pour raisons familiales, exercice en cabinet secondaire...).

L'offre de soins mieux quantifiée : l'APL tient compte des temps-partiels

Distance-temps pour se rendre des zones habitées vers les zones avec médecins

Une fois l'offre et la demande quantifiées et localisées, il convient de définir la matrice de distance-temps utilisée pour schématiser l'accessibilité entre la demande et l'offre. L'APL utilise pour ce faire une matrice des temps de parcours en voiture, moyennant les vitesses heures creuses / heures pleines (modèle Odomatrix¹), entre chaque mairie ou chef-lieu de commune. L'offre de soins et les habitants sont tous localisés au chef-lieu et les habitants d'une même commune ont tous le même temps d'accès (qui est nul, par convention, si la commune est équipée).

L'accessibilité est mesurée en voiture particulière entre mairies ou chefs-lieux des communes de résidence et d'offre de soins

¹ L'outil Odomatrix, développé par l'Inra, calcule des distances routières en km et en temps entre les mairies ou chefs-lieux des communes de France. La modélisation du réseau routier est établie à partir de la base de données « Route 500® », de l'IGN, qui contient les principaux éléments du réseau routier français (autoroutes, routes nationales, routes départementales, etc.).

La disponibilité de l'offre est intégrée au calcul : l'APL prend en compte le nombre de patients de l'aire de patientèle du médecin

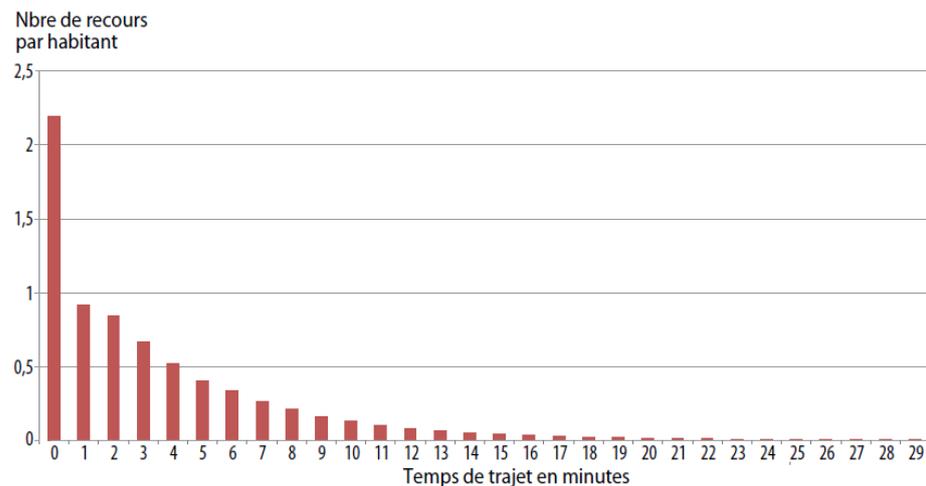
L'APL tient compte du recours dégressif aux soins selon la distance

Les temps médicaux sont répartis au sein de la zone de patientèle

Il s'agit ensuite, pour tenir compte de la disponibilité de l'offre, de répartir l'offre produite par chaque médecin entre tous les patients susceptibles de faire appel à ce médecin.

Pour ce faire, des « zones de patientèle » sont tracées autour de chaque professionnel de santé et l'offre produite par ce médecin est répartie au sein des patients de cette zone de patientèle au prorata des poids de population mais aussi de la distance qui sépare les individus de ce médecin. En effet, les données de l'Assurance maladie montrent une décroissance continue du recours aux médecins généralistes en fonction de la distance (Figure 16).

Figure 16. Dégressivité du recours au médecin généraliste libéral en fonction de la distance



Lecture : On compte en moyenne 2,2 consultations par habitant effectuées dans leur commune de résidence (temps de trajet en minutes=0).

Source : Sniiram 2010 ; Insee 2008.

In : Lucas-Gabrielli V. et al., 2016

Les temps médicaux reçus depuis tous les offreurs de soins par chaque secteur d'habitation sont additionnés

A l'étape précédente, l'activité médicale de tous les médecins a été répartie au sein de leur zone de patientèle. Dans cette zone de patientèle sont présents différents secteurs d'habitation.

Chacun de ces secteurs d'habitation peut être également situé dans la zone de patientèle d'un ou de plusieurs autres médecins.

Ainsi chaque secteur d'habitation reçoit des parts d'activité médicale de tous les médecins qui lui sont accessibles (« aire de recours »).

L'ensemble de ces temps d'activités médicales reçues sont alors sommées, au prorata de la distance qui les sépare de l'offre de soins.

Les temps médicaux potentiellement accessibles sont rapportés à la population

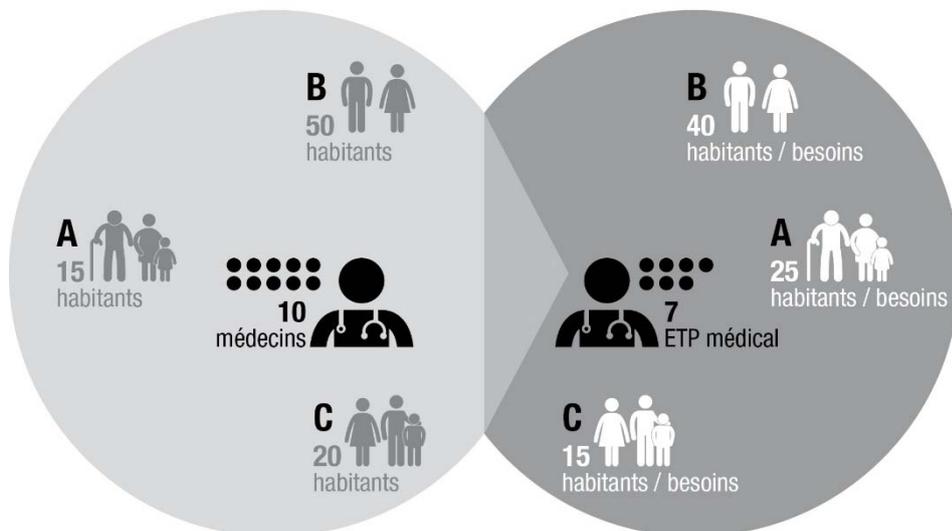
Pour chaque secteur d'habitation, le nombre total de « parts » de médecins (ou de temps médical) accessible est rapporté à la population totale de la zone (standardisée par l'âge).

Ainsi, des densités d'offre médicale potentiellement accessible par habitant sont obtenues, indicateur facilement lisible par tous.

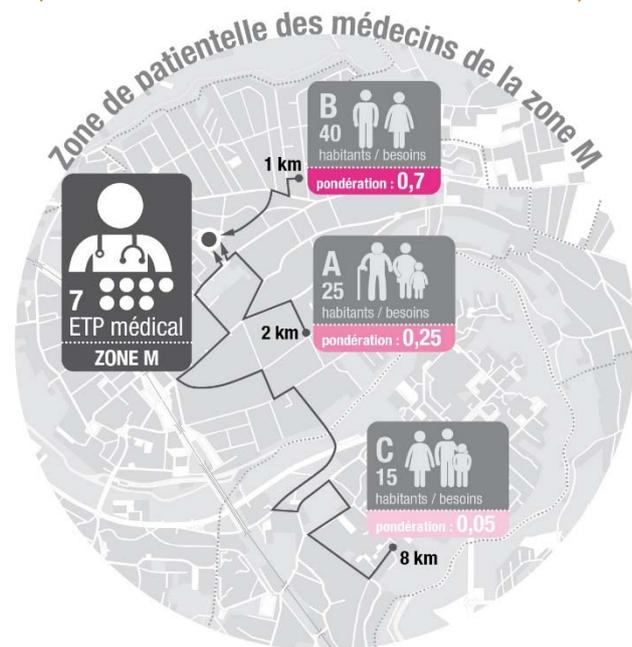
Un indicateur qui se lit facilement : nombre de médecins « potentiellement accessibles » par habitants

Figure 17. Schéma des étapes de calcul de l'APL (chiffres fictifs)

Pondération des populations selon l'âge et calcul des équivalents-temps-plein pour l'offre médicale

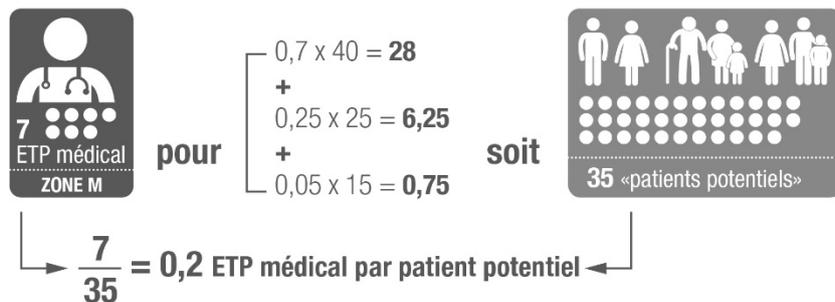


Répartition de l'offre médicale au sein de sa zone de patientèle



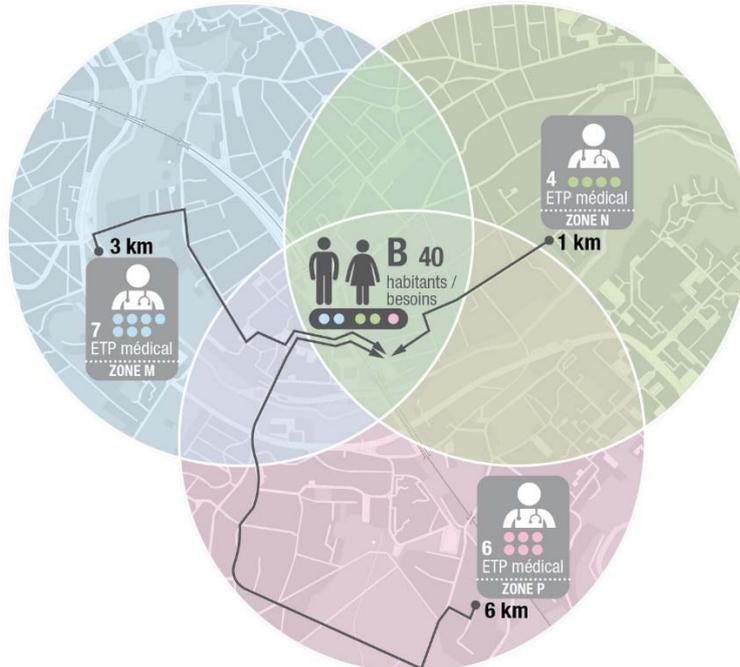
Les sept ETP offerts en « M » seront répartis entre les habitants de la zone de patientèle, au prorata de leurs besoins et de la distance qui les sépare de la zone M.

En résumé



Somme des offres médicales reçues

La dernière étape consiste à se recentrer sur les secteurs de résidence et d'additionner (au prorata de la distance) le nombre d'ETP médical reçu par les habitants de la zone depuis tous les offreurs de soins qui leur sont accessibles (ici, zones M, N et P).

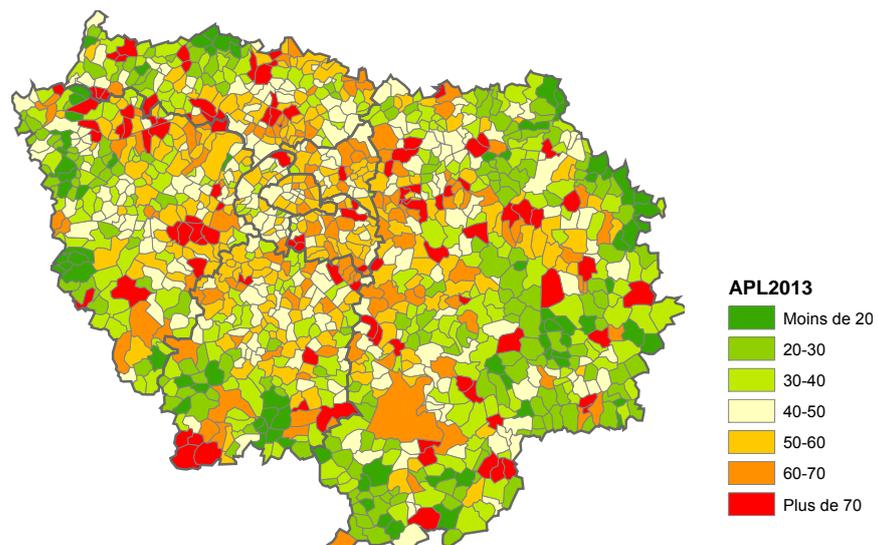


Chaque habitant du secteur de résidence « B » reçoit 0,2 ETP de médecins de « M ». Il reçoit également 0,2 ETP de médecins de « N » et 0,1 ETP de médecins potentiellement accessibles de P (chiffres fictifs). Ainsi, finalement, chaque habitant de la zone B dispose de 0,5 ETP médical potentiellement accessible.

Sources : IAU îdF, ORS Île-de-France, Irdes, inspiré de Barlet & al., 2012

Ainsi calculée, l'APL permet de rendre compte, à l'échelle communale, des niveaux d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes.

Figure 18. Accessibilité potentielle localisée en 2013 (Drees) par commune en Île-de-France



L'APL est ici indiquée en nombre d'ETP de généralistes libéraux ou exerçant en centres de santé pour 100 000 habitants.

Source : Open data Drees, traitements ORS Île-de-France

2.5 En 2017, l'APL utilisé comme outil de zonage

La méthodologie de l'indicateur communal APL, calculée à l'échelle des bassins de vie (ou des territoires de vie¹), sert aujourd'hui de socle à la délimitation des nouvelles zones déficitaires réglementaires² [Vergier et Chapuis, 2017].

La méthodologie a été quelque peu adaptée :

- Le distancier Métric³ de l'Insee remplace l'usage d'Odomatrix ;
- Seuls les médecins de moins de 65 ans sont comptabilisés ;
- Le seuil d'accessibilité fixé à moins de 15 minutes antérieurement a été élargi à 20 minutes ;
- L'échelon géographique a été modifiée.

2.5.1 Une méthodologie nationale avec une large marge de manœuvre laissée aux ARS

L'usage de l'APL comme outil de zonage traduit une évolution significative de la méthodologie de délimitation des secteurs déficitaires en offre de soins, non seulement d'un point de vue méthodologique, mais également sur le principe : en effet, les règles de calcul se voulaient désormais identiques sur l'ensemble du territoire national. Les zones déficitaires étant définies sur des bases statistiques similaires, que l'on se situe en zone dense, en zone rurale, en zone de montagne.

Toutefois, si certaines zones sont sélectionnées directement par ce traitement statistique (zones avec un APL inférieur à 2,5 - Figure 19), une marge de manœuvre non négligeable est laissée aux ARS, qui peuvent sélectionner d'autres communes au sein d'un « vivier » (APL < 4), dans la limite d'une enveloppe globale qui leur est allouée⁴.

Une sélection nationale automatique mais une large marge de manœuvre laissée aux ARS au sein du « vivier »

Finalement, à l'issue des concertations régionales, trois types de zones seront retenues :

- Les « **zones d'intervention prioritaires** » qui pourront bénéficier de l'ensemble des aides prévues par la réglementation (y compris les aides conventionnelles⁵).

Ces zones seront constituées :

- o Des zones⁶ relevant de la sélection nationale (« sélection automatique » des zones présentant un APL inférieur à 2,5 consultations disponibles par an et par habitant (pour une moyenne France entière égale à 3,8 C/an/habitant et en ne considérant que les médecins de moins de 65 ans) ;
- o De territoires sélectionnés par les ARS au sein du « vivier » selon une méthodologie adaptée aux contextes régionaux, à condition de respecter l'enveloppe globale qui leur est fixée (36,7 % de la population pour l'Île-de-France pour l'ensemble des zones d'intervention prioritaires).

¹ Les bassins de vie sont ceux définis par l'Insee en 2012. Pour les bassins de vie de plus de 50 000 individus, ce qui est le cas du bassin de vie parisien, les territoires de vie de l'Insee, plus fins, sont retenus, ce qui correspond à l'échelle communale, dans la majeure partie de l'UU de Paris.

² En application du décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).

³ Comme Odomatrix, Metric permet le calcul des distances et durées théoriques de déplacement en voiture du chef-lieu de la commune d'origine au chef-lieu de la commune de destination. Il utilise le fonds routier de la BD TOPO (IGN).

⁴ Cette enveloppe est calculée, région par région, en fonction de la part de population régionale vivant dans les zones où l'APL serait inférieur à 2,5 si l'on ne retenait que les médecins de moins de 62 ans.

⁵ Voir partie 3 du présent rapport.

⁶ L'indicateur est, dans cet exercice, calculé au niveau des territoires de vie et correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant cette unité territoriale.

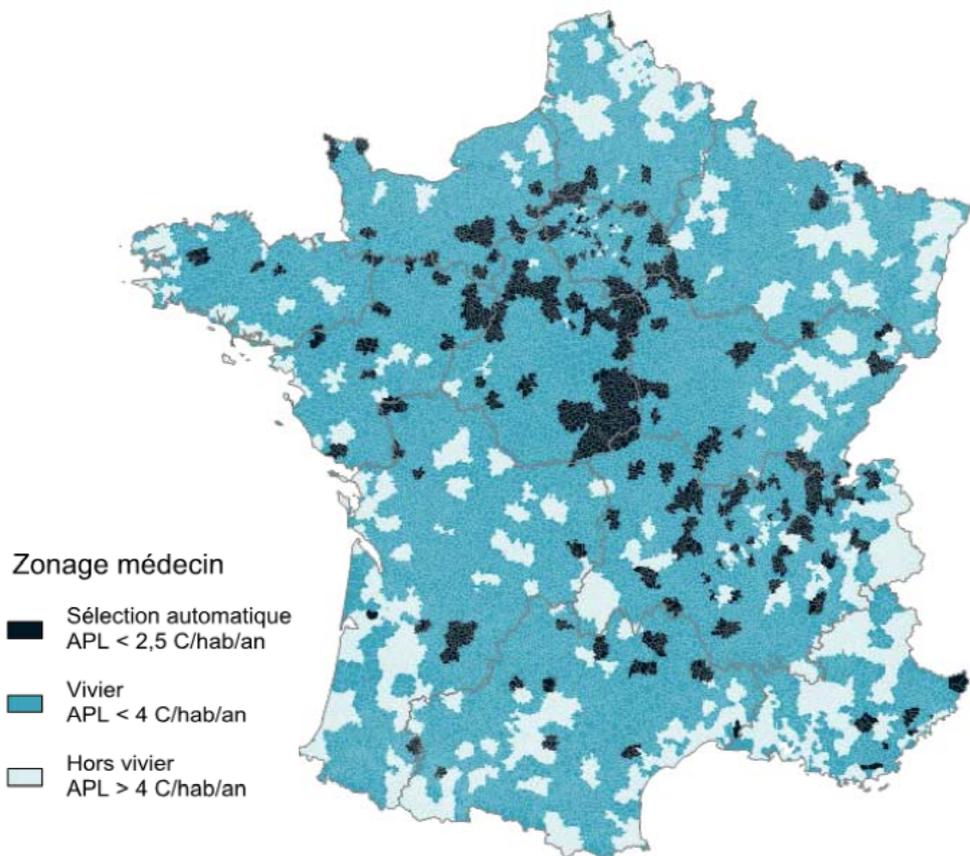
- Les « **zones d'action complémentaire** », sélectionnées par les ARS au sein du « vivier », qui pourront également bénéficier des aides réglementaires, à l'exception cependant des aides conventionnelles.
- Les « **zones de Vigilance** » qui seront également sélectionnées parmi le reste du vivier mais qui ne bénéficieront que d'aides spécifiquement décidées par chaque ARS sur ses fonds d'intervention régionaux (FIR)¹.

Un enjeu fort puisque le zonage détermine les territoires éligibles aux aides publiques

Les autres communes, considérées comme suffisamment dotées, ne seront pas éligibles aux aides.

Ainsi, l'enjeu de ce découpage est fort. Et, même si une très large marge de manœuvre est laissée aux ARS et si les seuils de population à couvrir ont été considérablement augmentés, il reste que les résultats de la sélection nationale ont suscité un certain nombre de questionnements.

Figure 19. Les éléments de sélection des territoires déficitaires soumis aux ARS en 2017



Source : Sniiram 2015, CNAM-TS, Insee 2013, Drees, Vergier et Chapuis, 2017.

¹ Le fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

2.5.2 Les limites de l'approche APL nationale en Île-de-France

La présentation de la carte présentée ci-dessus en Figure 19 a fait l'objet de vives réactions. A titre d'exemple, la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) a publié le 2 août 2017 un communiqué de presse assez virulent à ce propos (« Un zonage qui renforce les inégalités sociales de santé »).

En effet, si l'APL apporte des innovations méthodologiques intéressantes pour proposer une analyse des inégalités d'accès aux médecins généralistes sur tout le territoire français, l'application de la méthodologie nationale produit une « sélection automatique » de communes en décalage assez profond avec la photographie des inégalités socio-territoriales appréhendées habituellement. Certaines des communes sélectionnées appartiennent non seulement à des territoires connus pour abriter des populations à niveau de vie relativement élevé, mais également présentés par les atlas régionaux du Conseil de l'Ordre comme présentant des densités médicales en généralistes (mais aussi en pédiatres par exemple) dans la moyenne régionale voire au-dessus.

Une approche nationale qui conduit à une « sélection automatique » en décalage assez profond avec la photographie des inégalités socio-territoriales franciliennes appréhendées habituellement

Inversement, les territoires de Seine-Saint-Denis notamment, connus pour leurs cumuls de difficultés, n'apparaissent pas dans la sélection automatique. Et pourtant, ce sont bien ceux où les indicateurs sanitaires sont les moins bons (par exemple, faible espérance de vie à la naissance) et où le potentiel financier des communes est également le plus faible, et donc les marges d'action publique les plus limitées.

Ce décalage mériterait d'être expertisé plus avant, notamment en Île-de-France, en questionnant ce que deviendrait l'APL si l'on tenait compte également de la mobilité en transport en commun, de la dimension sociale des besoins et des mobilités, de la dimension pluri-professionnelle de l'accès aux soins, et des disparités infra-communales.

La question des potentiels d'action des collectivités pourrait également être posée puisque le zonage déficitaire sert bien à cibler les secteurs au sein desquels seront concentrées les aides publiques visant à résorber des déficits d'accès aux soins ambulatoires (voir partie 3 du présent rapport).

La géographie des niveaux d'accessibilité potentielle produite par l'APL (sélection automatique) est intéressante également à ce titre : en effet, elle questionne les fondements même de la mesure des déficits d'accès aux soins et par là même les leviers à actionner pour les résorber. La problématique de l'accès aux soins (et l'interrelation entre niveau d'offre accessible et déficit d'accessibilité) se pose très probablement dans des termes différents, au sein même des territoires de la sélection automatique, selon que l'on se situe à Houdan, Auvers-sur-Oise, Nemours, Dourdan, ou que l'on réside à Versailles, Saint-Germain en Laye, Saint-Cloud, Sèvres ou encore à Villejuif ou Villiers-le-Bel.

Le décret n°2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'agence régionale de santé permet, entre autres, aux ARS des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur d'agir sur la délimitation des zonages déficitaires en adaptant y compris la sélection nationale.

Le 7 mars 2018, l'ARS Île-de-France a ainsi publié une nouvelle cartographie des zones déficitaires en offre de soins (voir Figure 20), sur des critères liés à la méthode APL croisée avec des données sociales, de co-présence médicale ou d'attractivité du territoire pour les professionnels de santé (basé sur les évolutions récentes observées).

Ce nouveau zonage multiplie par 5,2 (de 7 % à 37 %) la population des territoires dans lesquels les médecins, et notamment les médecins généralistes, peuvent bénéficier d'aides de l'Assurance Maladie. Il multiplie par 2,5 (de 30 % à 76 %), la population des territoires dans lesquels les médecins, peuvent bénéficier d'aides de l'Etat.

3 | LES LEVIERS D'ACTION : PANORAMA ET ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Jusque dans les années 90, c'est la question de l'excédent de médecins qui se posait aux pouvoirs publics, en lien avec celles des dépenses de santé et de la nécessité de préserver des possibilités de rémunération suffisantes pour les jeunes médecins. Ainsi, pour parvenir à une diminution des dépenses et permettre le maintien des revenus des médecins, il semblait nécessaire de diminuer le nombre de médecins.

Pour autant, dès 1997, le rapport d'ensemble sur la démographie médicale de J. Choussat pour l'IGAS prédisait un renversement de tendance pour la fin des années 2000, où la question ne serait plus « de freiner l'augmentation du nombre de médecins mais de prendre position sur le rythme de décroissance des effectifs : pour la première fois dans l'histoire, les pouvoirs publics vont être confrontés à une baisse tendancielle de la démographie médicale » [Choussat, 1997].

De fait, dès le début des années 2000, les projections en matière de démographie médicale prévoient des baisses du nombre de médecins et des risques de pénuries géographiques et disciplinaires. L'état de l'offre de soins de premiers recours (effectif, niveaux d'activité mais aussi répartition territoriale et déserts médicaux) devient une préoccupation majeure des pouvoirs publics, des élus locaux et des professionnels de santé [Chevallard, 2015], comme en attestent notamment les nombreux rapports officiels sur cette question (Berland, 2002 ; Descours, 2003 ; Berland, 2005 ; Juilhard, 2007 ; Bernier, 2008 ; Vallancien, 2010 ; Hubert, 2010 ; Bruguière, 2011 ; Maurey, 2013 ; Cardoux & Daudigny, 2017) ou encore la création en 2003 d'un observatoire national dédié à la démographie des professions de santé (ONDPS).

Ces rapports (voir Tableau 6 page 102) prônent la mise en place d'un « bouquet » de mesures visant à :

- augmenter le nombre de médecins de premier recours, et notamment de généralistes libéraux, en exercice ;
- dégager du temps médical ;
- répondre aux aspirations nouvelles des médecins pour garder la profession attractive ;
- faciliter l'accessibilité à l'offre de soins ;
- inciter les médecins (actuels et futurs) à exercer en zones sous dotées (qu'il reste à mieux délimiter) et faciliter les parcours de soins coordonnés ;
- réduire les besoins en développant prévention et éducation thérapeutique ;
- se doter d'outils de pilotage et d'évaluation des politiques publiques mises en œuvre.

Ces propositions et l'ensemble de ces leviers d'actions sont repris les uns après les autres dans les différents plans et lois visant à assurer un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national (voir tableau 2).

Les mesures incitatives sont privilégiées d'une part parce que la demande des professionnels de santé en ce sens est forte, d'autre part parce que les exemples étrangers semblent montrer de potentiels effets négatifs des mesures coercitives.

Pour autant, les rapports d'évaluation ainsi que les constats territoriaux montrent que les mesures engagées par les pouvoirs publics (État, Assurance maladie et collectivités territoriales) n'ont pas encore atteint leur plein objectif, loin s'en faut.

Face à ce constat, le dernier rapport au Sénat sur la question [Cardoux et Daudigny, 2017] préconise d'adopter une démarche pragmatique, actionnant une diversité d'outils simultanément dans un cadre souple mais coordonné, et, plus concrètement, de soutenir les initiatives et innovations locales visant à accompagner les mutations nécessaires de l'offre de soins.

3.1 Les différents plans et lois

La résorption des déserts médicaux est à la croisée des problématiques de gouvernance et d'efficacité du système de santé, de démographie médicale et de territorialisation des questions de santé, mais aussi plus globalement de gouvernance et de compétences des collectivités locales ainsi que d'articulation des politiques publiques à différents échelles.

Avant de détailler les leviers actionnés pour tenter de résorber les déserts médicaux, il semblait intéressant de re-contextualiser leur mise en place dans l'historique législatif y afférent (Tableau 2).

Jusqu'au début des années 2000, la dynamique législative visait, entre autres, à réduire le nombre de praticiens. A partir des années 2000, la problématique s'inverse et le dispositif législatif tente au contraire d'augmenter le nombre de professionnels de santé de premier recours exerçant en cabinet de ville, mais aussi de mieux répartir l'offre médicale sur le territoire national.

Tableau 2. Les différentes étapes de la lutte contre les déserts médicaux

1971	Mise en place des conventions nationales et <i>Loi du 31.12.1970</i> instaurant la carte sanitaire.
1988	Création du MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins).
1991	<i>Loi hospitalière</i> : planification sanitaire et SROS (Schémas régionaux d'organisation sanitaire).
1996	<i>Plan Juppé</i> : création des ARH, objectifs régionalisés.
1999	Création de la CMU et CMU-C.
2000	Hausse du numerus clausus.
2003	<i>Plan Mattei</i> : suppression de la carte sanitaire et instauration des territoires de santé (et de la T2A pour les hôpitaux). <i>Loi Fillon</i> : Suppression du MICA, autorisation du cumul emploi-retraite . <i>Loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine</i> : promotion de l'installation et du développement des maisons et réseaux de santé en zones urbaines sensibles.
2004	<i>Loi de santé publique</i> : objectifs prioritaires de santé, plans stratégiques, politique régionale de santé modifiée. <i>Loi Douste-Blazy</i> : instauration du médecin traitant et création des missions régionales de santé (MRS) en charge de définir des zonages déficitaires en offre de soins. <i>Réforme de l'internat</i> : la médecine générale devient une spécialité à part entière. <i>Loi relative à l'Assurance maladie</i> : la télémédecine est mise en avant.
2005	<i>Loi relative au développement des territoires ruraux</i> : les collectivités territoriales peuvent soutenir la réalisation de stages pour les internes, l'installation ou le maintien de médecins sur leurs territoires, s'ils sont classés en zone déficitaires par les MRS.
2009	<i>Loi HPST</i> : - Création des ARS, nouveaux territoires de santé, SROS ambulatoire (non opposable), création du FIR (fond d'intervention régional) en remplacement du FIQCS ; - Contrat local de santé (CLS) entre l'ARS et une collectivité ; - Instauration de l'affectation des internes par subdivision territoriale ; - Contrat d'engagement de service public (CESP), - Portails régionaux d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) et référent-installation dans chaque ARS.

2012	<p>Pacte territoire santé (PTS) - volet 1 : 12 engagements (voir annexe 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Formation et installation</u> : Stage en médecine générale pour 100 % des étudiants ; 1 500 « contrats d'engagements de service public » (CESP) d'ici 2017 ; 200 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) dès 2013 ; Mise en place d'un référent installation unique dans chaque région. - <u>Conditions d'exercice</u> : développement du travail en équipe et télémédecine, rapprocher maisons de santé et universités, accélérer les transferts de compétences ; - <u>Territoires isolés</u> : soins urgents à moins de 30 minutes pour tous ; soutien des hospitaliers aux structures ambulatoires de ces territoires ; adaptation des hôpitaux de proximité ; conforter les centres de santé.
2013	<p>Loi de finance de la Sécurité sociale (LFSS) 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création du contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) garantissant revenu minimum et protection sociale aux primo-installants en contrepartie d'exercice dans une zone déficitaire.
2015	<p>Pacte territoire santé - volet 2 : 10 engagements (voir annexe 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Suites du PTS 1</u> : Stage en ambulatoire ouverts à l'ensemble des internes (pas que MG) ; aide à l'installation dans les territoires fragiles ; favoriser le travail en équipe ; accès aux soins urgents pour tous en moins de 30 minutes. - <u>Innover par la formation</u> : augmentation ciblée par région du numerus clauses ; augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants ; soutenir la recherche en soins primaires ; - <u>Innover dans les territoires</u> : accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien ; télémédecine ; adaptation des hôpitaux de proximité ; organisations et adaptabilité de l'offre aux territoires et aux patients (soutien aux communautés professionnelles territoriales de santé, et aux innovations de prises en charge et de parcours).
2016	<p>Loi de modernisation de notre système de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'équipes de soins primaires (ESP) ; - Constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec projet de santé et contractualisation avec l'ARS autour de ce projet (contrat territorial de santé - CTS) ; - Transposition aux centres de santé des modes de rémunération (autres que paiement à l'acte) prévus par les conventions des professionnels libéraux ; - Généralisation du tiers-payant pour les soins de ville ; - Déploiement effectif du Dossier médical partagé (DMP) ; - Pratiques avancées et statuts intermédiaires.
2017	Revalorisation de la consultation des médecins généralistes de 23 à 25 euros
2017	Report par la nouvelle ministre en charge de la santé, Agnès Buzyn, de la généralisation du tiers payant en ville.
2017	<p>Plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » : 4 axes (voir annexe 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Renforcement de l'offre de soins</u> : élargissement du volume de population maximal pour les zones déficitaires, facilitation du cumul emploi-retraite dans les zones en tension, contrat de solidarité Territoriale Médecin (CSTM), visant à inciter à la réalisation de consultations avancées en zone sous-dotée, création de postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital, généralisation du contrat de médecin-adjoint, développement des stages en médecine de ville, facilitation des remplacements, des exercices mixtes et de la coopération entre professionnels de santé. - <u>Révolution numérique pour abolir les distances</u> : définition d'une tarification pour la téléconsultation et la télé-expertise, accompagner l'équipement des structures, généraliser le DMP et promouvoir les initiatives telles que la prise de RdV en ligne et autres services numériques. - <u>Organisation des professions de santé</u> : poursuivre le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné, développer la permanence des soins, création d'un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé. - <u>L'innovation locale comme nouvelle méthode</u> : accorder plus de place à l'innovation locale, mise en place d'un fonds national pour l'innovation organisationnelle financé sur l'ONDAM (objectif national de dépenses d'Assurance maladie) et augmentation des crédits FIR pour soutenir l'exercice coordonné et les projets de territoire (10 millions d'euros de crédits supplémentaires sont prévus dès 2018).
2018	Nouveau découpage du zonage déficitaire.

3.2 Les actions visant à agir sur le nombre de professionnels de santé en exercice

LES POINTS ESSENTIELS

Constat initial :

- > Un besoin de médecins libéraux de premier recours ;
- > La médecine générale : une spécialité peu attractive ;
- > L'exercice libéral, exclusif et isolé : en perte de vitesse.

Les leviers d'action :

- > Augmentation du numerus clausus (N.C.) ;
- > Développement des stages en cabinet libéral ;
- > Revalorisation de la médecine générale : enseignement, rémunération et protection sociale, développement de lieux d'exercice collectif, facilitation des exercices mixtes ;
- > Maintien des médecins en exercice ;
- > Recours à des médecins étrangers.

Éléments d'évaluation :

- > Les processus de régulation et de filialisation : contournés par les étudiants ;
- > N.C. : Effet différé (10 ans), faible impact sur la répartition territoriale des médecins ;
- > Des initiatives locales foisonnantes ET « concurrentes » ;
- > Les « déserts » médicaux : peu pourvus en médecins et donc en maîtres de stage potentiels ;
- > Des statuts intermédiaires : peu connus et peu exploités
- > Des exercices mixtes qui se heurtent aux charges fixes des cabinets libéraux ;
- > Le dispositif de cumul « emploi-retraite » : participe peu au rééquilibrage territorial de l'offre de soins.

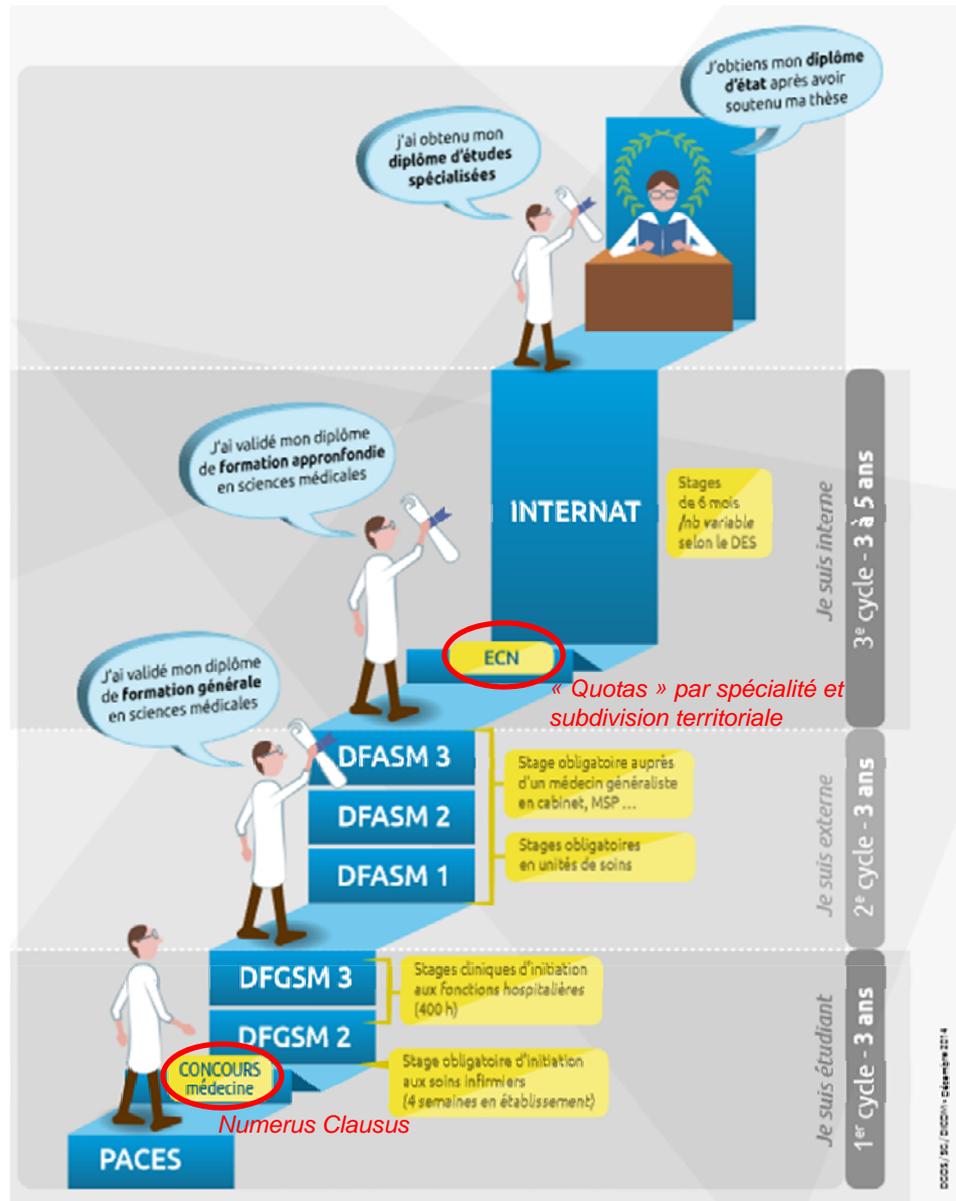
Pistes :

- > Former à la gestion d'une entreprise médicale libérale pendant les études de médecine ;
- > Engager des campagnes de recrutement de maîtres de stage, faciliter la formation, revaloriser les indemnités ;
- > Rendre obligatoire la présence de maîtres de stage dans les structures d'exercice collectif labellisées ?
- > Coordonner les initiatives locales ;
- > Communiquer sur les statuts intermédiaires et faciliter encore les exercices mixtes ;
- > Rendre le dispositif de cumul « emploi-retraite » plus attractif en zone-sous-dotée.

3.2.1 Augmenter le numerus clausus

En France, le premier et principal instrument de régulation démographique des professionnels médicaux est le numerus clausus (NC) qui, dans chaque filière (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), fixe, par unité de formation et de recherche (UFR), le nombre de places offertes pour poursuivre les études médicales après la première année commune d'études en santé (PACES) post-baccalauréat.

Figure 21. Les deux étapes de régulation lors du cursus de formation médicale

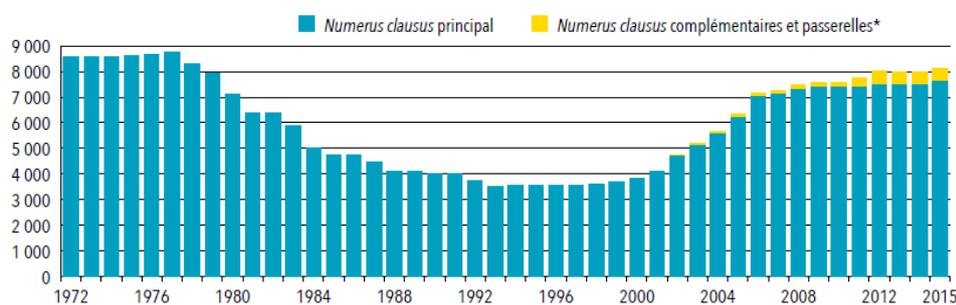


Évolution du numerus clausus depuis sa création

La diminution du numerus clausus a été régulière depuis sa création en 1971 jusqu'au milieu des années 90, passant de près de 8 600 en 1971-1972 à 3 500 en 1992-1993. Les projections alarmantes en matière de démographie médicale conduisent les autorités à réagir en augmentant le nombre d'étudiants formés en médecine via le numerus clausus, qui repart à la hausse dans les années 2000, se stabilise autour de 7 500 dans le milieu des années 2010, pour augmenter à nouveau à partir de la rentrée de 2016.

En 2017, 8 124 places ont été ouvertes, soit une hausse de 478 places (6 %) par rapport à 2016, concentrée sur 26 facultés de médecine, « dans des régions déficitaires » en médecins. Pour 2018, Agnès Buzyn s'est opposée à toute hausse du numerus clausus : « Nous aurons en 2030 exactement l'inverse de ce que nous connaissons aujourd'hui, une catastrophe dans l'autre sens. Et il nous faudrait alors un ONDAM¹ à 7 % et pas à 2,3 % comme aujourd'hui », a-t-elle averti².

Figure 22. Évolution du numerus clausus en médecine depuis sa création



* Estimation provisoire concernant les n.c. complémentaires pour la rentrée 2015.

Champs : France entière.

Sources : ONDPS (rapport 2013-2014). Actualisation DGOS, Barlet, 2016.

Un levier à effet différé et modéré compte tenu des nouvelles pratiques

Compte tenu de la durée des études médicales (10 ans en moyenne), les effets d'une telle modulation des quotas de formation commencent tout juste à se faire sentir, mais n'arrivent pas encore à contrebalancer les effets de la période creuse des années 90, les départs à la retraite plus nombreux des médecins en exercice, la diminution moyenne du volume d'activité des nouvelles générations et le recul de l'âge à l'installation.

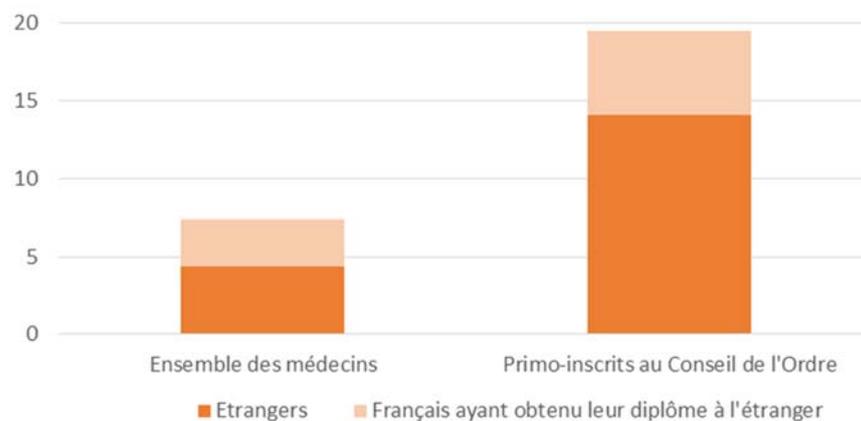
Un dispositif dont la logique même est remise en question par les diplômés étrangers

D'autre part, le rapport 2013-2014 de l'ONDPS souligne les questionnements autour de l'efficacité du dispositif, notamment en raison d'un phénomène récent qui en dégrade la logique : la forte augmentation des professionnels à diplôme étranger (de nationalité française ou étrangère) qui s'installent en France, après avoir été formés à l'étranger.

¹ L'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Créé par les ordonnances de 1996, il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

² Le quotidien du médecin, 17/11/2017.

Figure 23. Part des médecins à diplôme étranger parmi les médecins exerçant en France en 2014, selon la nationalité



Lecture : 7,4 % des médecins exerçant en France ont un diplôme de médecine obtenu à l'étranger. Cette proportion passe à 19,5 % parmi les médecins qui débutent une activité médicale en France (primo-inscrits). Parmi ces médecins à diplôme étranger, certains sont des Français qui ont effectué leurs études médicales et obtenu leur diplôme à l'étranger.

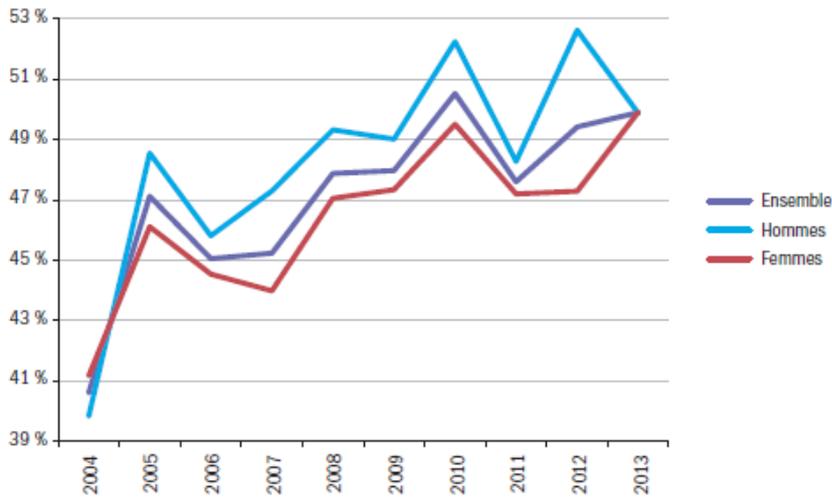
Source : Observatoire national des professions de santé (rapport 2013-2014)

Un levier à faible impact sur la répartition de l'offre médicale sur le territoire

Bien qu'il soit devenu à la fois un instrument de régulation quantitative nationale et de répartition régionale de l'offre de soins, puisque sa fixation par UFR doit tenir compte « des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés » (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011), la modulation du *numerus clausus* ne résout pas les inégalités de répartition des médecins sur le territoire ni les disparités régionales de formation :

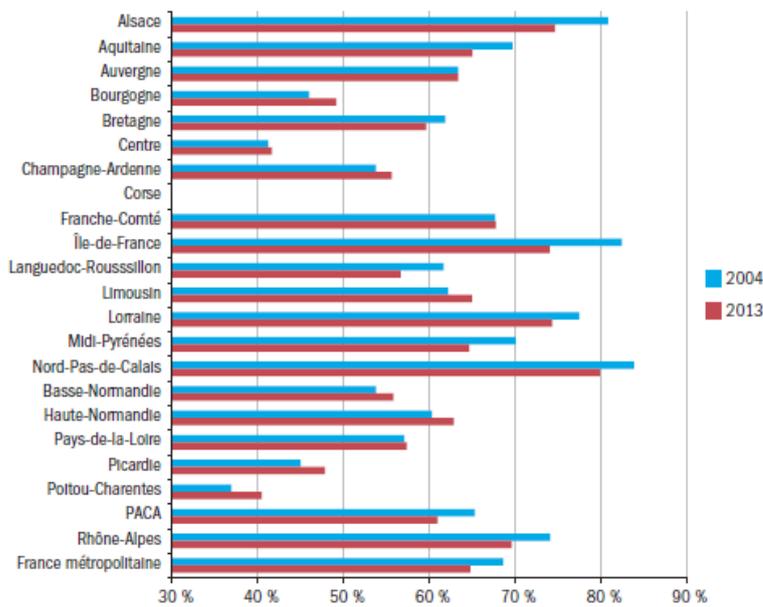
- après la 6^e année, les futurs médecins sont réaffectés géographiquement lors des épreuves classantes nationales (ECN) ce qui entraîne une mobilité géographique importante [Anguis, 2017] et relativise les effets du relèvement ciblé par région du *numerus clausus* ;
- La fidélité des médecins à leur(s) région(s) de formation n'est ni totale, ni homogène selon les régions (de 80 % en Nord-Pas-de-Calais à 40 % en Poitou-Charentes) ou selon les spécialités (82 % pour les généralistes en Île-de-France) et aurait tendance à diminuer : les jeunes générations seraient plus mobiles (constat observé dans l'ensemble des professions, y compris non médicales) [Cardoux & Daubigny, 2017] ;
- le *numerus clausus* étant arrêté annuellement pour la rentrée universitaire suivante, les sites de formation ne disposent pas d'une visibilité suffisante pour faire évoluer leur offre ;
- Les inégalités territoriales de répartition des médecins se jouent à un niveau géographique bien plus fin que l'échelle régionale. De ce fait, les « quotas » régionaux de formation n'impliquent pas une implantation des médecins en zone dite « sous-dense ». Le rapport Cardoux & Daubigny (2017) note par ailleurs, à partir de l'exemple des infirmiers, qu'une augmentation conséquente des effectifs de professionnels formés ne se traduit pas automatiquement par une réduction des inégalités territoriales.

Figure 24. Pourcentage d'étudiants qui changent de région à l'entrée de l'internat



Source : Données CNG, traitement DREES, ONDPS (rapport 2013-2014).

Figure 25. Médecins exerçant dans la région où ils ont eu leur diplôme (en %) Comparaison 2004 – 2013



Source : ONDPS (rapport 2013-2014).

3.2.2 Revaloriser la médecine générale

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Elle confère donc au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

La médecine générale : une spécialité médicale à part entière

Jusqu'au début des années 2000, la médecine générale n'était pas une spécialité médicale : les généralistes l'étaient par défaut d'inscription dans une spécialité. Après plusieurs décennies de militantisme syndical, la médecine générale a été reconnue comme une spécialité à part entière avec la réforme de l'internat en 2004.

Aujourd'hui, les étudiants en médecine passant les épreuves classantes nationales (ECN) pour devenir internes après leurs six premières années d'études, s'engagent tous dans un parcours de spécialiste.

En fonction de leur rang de classement aux ECN, mais aussi du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, les étudiants choisissent depuis 2010 une spécialité ET une subdivision (un lieu de formation). En effet, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 22 juillet 2009 a introduit plusieurs nouveautés pour les épreuves classantes nationales. Elle dispose qu'« *un arrêté du ministre chargé de l'Enseignement supérieur et du ministre chargé de la Santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité¹, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée* » (article 43).

Ainsi, conformément au décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fait des propositions aux ministres concernant le nombre et la répartition des effectifs d'internes en médecine à former par région ou subdivision pour les cinq années à venir.

Deux arrêtés sont ensuite publiés, l'un sur le nombre de postes offerts aux ECN pour l'année universitaire suivante, l'autre sur le nombre détaillé de postes offerts pour chacune des cinq années à venir. Une révision annuelle est prévue pour ajuster ces quotas, en adéquation avec le diagnostic sur les besoins médicaux réalisés par les agences régionales de santé (ARS) [Fauvet, 2011].

La spécialité « médecine générale » reste peu attractive pour les jeunes médecins

Selon Le quotidien du médecin (20.09.2017), l'analyse des choix de spécialité d'internat de septembre 2017 des étudiants en médecine montre que la médecine générale reste peu prisée : elle arrive en 43^e position des spécialités les plus demandées (sur 44).

A l'issue de la procédure d'affectation, près de 4 % des postes proposés n'ont pas été pourvus (contre 4,5 % en 2016) et les cinq spécialités qui ne font pas le plein d'étudiants sont la psychiatrie (98,4 % des postes pourvus), la santé publique (94 %), la gériatrie

¹ Alors que de 2004 à 2009, les internes devaient effectuer leurs choix de poste parmi onze « disciplines », le choix est désormais « filiarisé » et les internes doivent « pré-choisir », en fonction de quotas déterminés chaque année par arrêté, une spécialité parmi 3 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique.... La liste de ces spécialités a été quelque peu modifiée par la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine de 2017.

(85,5 %), la médecine du travail (65 %) et, comme l'an dernier, la médecine générale (93,5 %). Au final, 3 099 postes ont été pourvus en médecine générale contre 3 507 en 2016.

Les stratégies de contournement des étudiants

Le dispositif pluriannuel d'ouverture de postes visant à mieux anticiper la réponse aux besoins localisés se heurte à des stratégies de contournement des étudiants n'ayant pas obtenu un choix correspondant à la spécialité ou à la localité souhaitée : en se faisant invalider un stage hospitalier, ils redoublent leur sixième année et s'octroient ainsi une seconde chance [Hubert, 2010]. De fait, en médecine générale par exemple, entre 10 et 20 % des postes proposés ne sont pas pourvus chaque année depuis 2006.

D'autres, une fois formés, s'orienteront vers une spécialité supplémentaire (mésothérapie, acupuncture, tabacologie, ...) et se détourneront de la médecine générale de premier recours.

L'enseignement de la médecine générale : le parent pauvre des universités

L'enseignement de la médecine générale reste le parent pauvre des universités [Bernier, 2008 ; Hubert, 2010 ; Intersyndicale des internes de médecine générale, 2013] : le diplôme d'études spécialisées (DES) des généralistes ne s'étale que sur trois ans quand les autres spécialités médicales disposent d'une année supplémentaire, seuls 3 % des postes d'enseignants en médecine sont alloués à la médecine générale alors que les futurs professionnels des soins primaires représentent 50 % des internes à former, le statut de chef de clinique en médecine générale n'est pas attractif¹, la formation des médecins maitres de stage en cabinet libéral reste à la charge des médecins eux-mêmes, l'indemnité des maitres de stage reste faible...

L'exercice libéral ne séduit plus les jeunes générations de médecins

Alors que dans les années 80, un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral à l'issue de ses études, le rapport Bernier (2008) note qu'« un nombre substantiel de médecins choisissent aujourd'hui d'occuper des fonctions médico-administratives salariées, souvent éloignées des soins de premier recours, notamment par souci d'équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle ».

En 2012, seuls 9,5 % des médecins dits « entrants » ont choisi d'exercer la médecine en libéral (69 % choisissaient le salariat - CNOM, 2012). Ainsi, l'activité libérale paraît de moins en moins attractive pour les futurs médecins.

Cette désaffection pour l'exercice libéral limite les effets des actions de régulation du nombre de médecins formés et ne joue pas dans le sens d'une meilleure répartition de l'offre (les hôpitaux étant encore moins bien répartis que les médecins en ville). Dans sa déclaration du 12 décembre 2012 au journal Le Monde, la ministre en charge de la santé, Marisol Touraine, utilisait cet argument pour se défendre de tout frein à la liberté d'installation des médecins : « la contrainte ne marchera pas. Elle pèserait uniquement sur les nouvelles générations et serait contournée puisque les jeunes médecins choisissent en majorité le salariat ».

Pour enrayer ces processus, différentes mesures sont proposées.

Former à la gestion d'une « entreprise » médicale libérale

Au cours de leurs études, les futurs médecins sont formés à la pratique médicale. Pour leur permettre d'envisager sereinement un exercice libéral, il conviendrait également qu'ils soient initiés - pendant leur cursus et par des médecins libéraux - à la gestion d'une entreprise médicale ou au management d'équipe.

¹ Par définition, un généraliste libéral exerce en cabinet de ville et non à l'hôpital. Ses charges de cabinet doivent donc être payées alors même qu'il enseigne à l'université.

Revaloriser et diversifier les modalités de rémunération des médecins généralistes

« Une politique d'amélioration de l'accès aux soins passe par une politique de revalorisation de l'exercice libéral de la médecine générale, mode d'exercice le plus efficace en termes de coût, pour les soins de premier recours. Il faut revoir complètement le rôle du médecin généraliste (...) et son mode de paiement, avec une dominante forfaitaire, et améliorer sa protection juridique et sociale » [Maurey, 2012].

De fait, la différence de rémunération, si elle entretient une infériorité de statut, décourage aussi de se diriger vers la médecine générale. De plus, le travail de coordination du parcours de soin dévolu au médecin généraliste n'est pas rémunéré dans notre système français de rémunération à l'acte.

Outre la revalorisation de la consultation de 23 à 25 euros entrée en vigueur en 2017 après six années de stagnation, de nouveaux tarifs sont envisagés pour les consultations médicales dites « complexes » (premières consultations de jeunes femmes en matière de contraception, pathologies lourdes comme VIH ou cancer...), pour lesquelles le médecin généraliste sera rémunéré entre 46 et 60 euros.

« Cette augmentation de tarif constitue une première marque de reconnaissance du travail effectué par le médecin sur ces consultations plus difficiles, qui nécessitent de prendre plus de temps pour bien accompagner le patient », a salué, le 31 octobre 2017 auprès de l'AFP, Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France (FMF). « La durée moyenne d'une consultation chez un généraliste est de treize à quatorze minutes », explique à Libération Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé, qui fédère plus de 70 associations de représentants d'usagers. « Or, poursuit-il, il faut évidemment plus de temps pour prendre en charge un patient atteint d'Alzheimer ou de cancer. Ces nouveaux tarifs permettent de reconnaître la nécessité pour les médecins d'approfondir les choses, sans toutefois leur accorder un droit de tirage illimité, puisque leur nombre est généralement limité à deux ou trois par patient ».

Trop récentes pour être évaluées, ces mesures vont en tout état de cause dans le sens de la revalorisation souhaitée de la médecine générale.

Attirer vers la spécialité en améliorant la protection sociale des médecins libéraux

La difficulté de l'exercice libéral est aussi liée aux conditions de rémunération lors de certains épisodes de vie (maladie ou maternité). Pour une profession qui se féminise de plus en plus, la meilleure couverture sociale des médecins en matière de congé maternité est une revendication qui a été vigoureusement portée par la profession.

L'article 72 de la LFSS de 2017 et l'avenant n°3 de la convention médicale de la même année instaure une aide financière complémentaire (ASM) versée pendant 3 mois aux médecins en cas de naissance ou d'adoption. Cette indemnité est modulée selon le secteur d'activité du médecin : de 3 100 euros bruts par mois pour les médecins exerçant en secteur 1 (ou en secteur 2 à tarif maîtrisé – OPTAM), elle est ramenée à 2 066 euros pour les médecins en secteur 2 à tarifs non maîtrisés.

Pour autant, tout en saluant cette initiative, et d'autres qui pourront aller dans le sens d'une meilleure protection sociale des médecins libéraux (comme la diminution du nombre de jours de carence en cas de maladie, fixé actuellement à 90 jours), le rapport sénatorial de 2017 invite à considérer que ces mesures générales pourraient faire perdre de leur attractivité aux contrats spécifiques d'incitation à l'installation et à l'exercice en zone sous dotée en offre médicale (voir ci-après point 3.3.2), car une des spécificités de ces contrats porte justement sur l'inclusion d'un volet protection sociale.

Développer les lieux de stage et favoriser les exercices collectifs et mixtes

Ces pistes d'actions font l'objet de développement approfondis ci-après.

3.2.3 Développer les stages chez les médecins généralistes libéraux pour attirer vers la spécialité

En 2008, le rapport Bernier soulignait « l'élitisme hospitalo-universitaire » des études médicales au détriment de la médecine générale de ville. De fait, la plupart des rapports pour remédier aux difficultés territoriales d'accès aux soins de premier recours préconisent de développer les stages de médecine générale pour mieux faire connaître et sensibiliser les futurs médecins à cet exercice professionnel.

Le « stage d'initiation à la médecine générale » au cours du 2^e cycle (externat), instauré par l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (article 8) a connu une mise en œuvre difficile. Son organisation, notamment le financement de la formation des maîtres de stage, n'ayant été précisé qu'en novembre 2006¹. Sa généralisation, pourtant obligatoire, se heurte par ailleurs à la difficulté à trouver des maîtres de stage. « *Un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants d'ici à 2017* » reste, de fait, un des 12 engagements du volet n°1 du Pacte territoire santé de 2012.

Le 3^e cycle (internat) des études médicales se déroule sous forme de stages successifs de 6 mois, stages qui se déroulent essentiellement en centres hospitaliers. Seuls les internes en médecine générale ont dans l'obligation de réaliser, dans les premières années de leur internat, un stage chez un généraliste libéral. Un autre stage ambulatoire (non obligatoire) en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) est également proposé, depuis 2004, aux internes en médecine générale en fin d'internat.

Certains [Hubert, 2010 ; Maurey, 2017 ; syndicats de médecins, 2017²] proposent de le rendre obligatoire.

L'engagement numéro un (sur 10) du volet 2 du Pacte territoire santé (2015-2017) va plus loin en préconisant un développement des stages en cabinet de ville pour les étudiants, stages qui ne seraient plus réservés qu'aux étudiants en médecine générale mais ouverts aussi à d'autres spécialités, comme l'ophtalmologie ou la pédiatrie. Ce point est, de fait, présent dans la réforme du 3^e cycle des études de médecine qui est entré en vigueur à la rentrée 2017.

Pourtant, en 2017, la question reste d'actualité : si les possibilités d'accueil des stagiaires ont été renforcées (4 657 maîtres de stages sont agréés en 2014 contre 2 197 en 2012), le rapport au Sénat de juillet 2017 insiste sur le caractère encore insuffisant de ces terrains de stage pour permettre un plein développement des stages en cabinet libéral, et a fortiori dans les zones déficitaires en médecins (et donc en maîtres de stage potentiels).

1 Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

2 Lors de la consultation des médecins réalisée par Agnès Buzyn avant l'annonce de son plan d'action pour améliorer la situation de la démographie médicale (Le quotidien du médecin, 20.07.2017), la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) insistait en effet sur la formation comme levier majeur pour renforcer l'attractivité de la médecine libérale. Il suggérait de rendre obligatoires des stages de découverte en cabinet de ville dès le second cycle des études médicales, et préconisait, pendant le troisième cycle un stage de six mois en cabinet de médecine spécialisée ou en établissement privé et deux stages (12 mois) pour les internes de médecine générale.

Le Syndicat des médecins libéraux (SML) a également défendu la mise en place d'un stage tous les ans en libéral pour les internes, et le choix d'un médecin « parrain » qui suivrait l'étudiant tout au long de son cursus, tandis que la Fédération des médecins de France (FMF) souhaitait rendre obligatoire une année de stage en libéral pour tous les étudiants en médecine et créer une sorte « *d'Erasmus français pour les étudiants en médecine* » afin de leur apporter une ouverture sur leur pratique. Les médecins engagés dans le « mentorat » seraient valorisés, « *par exemple grâce à une rémunération calquée sur celles que reçoivent les hôpitaux pour prendre en charge ces jeunes* ».

Tableau 3. Pourcentage d'étudiants, par région, ayant effectué le stage de médecine générale de 2^e cycle (2015-2016)

Région	%	Région	%
Grand Est	100	Auvergne Rhône-Alpes	81
Bretagne	100	Hauts-de-France	71
Bourgogne – Franche-Comté	93	Occitanie	65
Pays-de-la-Loire	89	PACA	63
Centre Val de Loire	84	Normandie	50
Nouvelle Aquitaine	84	Île-de-France	42

Source : DGOS, rapport Cardoux JM et Daudigny Y., 2017.

Le tout dernier plan gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux¹ d'Agnès Buzyn reprend cet objectif de « favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation » des différentes spécialités, en :

- simplifiant les démarches pour devenir maître de stage ;
- développant des facilités d'hébergement et de transport pour les étudiants en partenariat avec les collectivités, les facultés de médecine et les ARS, ou, à défaut, en leur octroyant une indemnité de 200 euros.

L'objectif du plan est de créer 500 nouveaux lieux de stage en ville (350 pour la médecine générale, 150 pour les autres spécialités).

Diversifier et multiplier les lieux de stage

Une condition première au déploiement des stages est le renforcement du nombre de maîtres de stage des universités agréés pour accueillir des étudiants en formation. L'engagement n°6 du volet 2 du Pacte territoire santé posait comme objectif de doubler le nombre de médecins libéraux enseignants. Selon la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), « il faudra augmenter le nombre de médecins libéraux maîtres de stage universitaires. L'objectif est qu'un tiers d'entre eux le deviennent ».

De fait, certaines collectivités territoriales ont mis en place des actions proactives, en partenariat avec les antennes locales du conseil de l'ordre des médecins, en vue de recruter des maîtres de stage susceptibles d'accueillir les internes et de les former : c'est par exemple le cas du **département de l'Aveyron**, dont l'action semble avoir eu une portée intéressante [Cardoux, Daudigny, 2017].

Citons également l'initiative du **SAN de Sénart**² qui, dans son programme d'action pour la mise en œuvre de sa stratégie territoriale de santé a mis l'accent sur l'accueil des stagiaires et s'est appuyé sur les médecins déjà maîtres de stage pour diffuser auprès de leurs confrères cette culture d'accueil des étudiants (réunions d'échanges et d'informations, et diffusion d'un guide du maître de stage).



Cardoux et Daudigny (2017) préconisent d'aller plus loin et qu'une campagne active de recrutement dans les zones sous-dotées soit systématiquement organisée par les ARS, en liaison avec les universités et les conseils régionaux et départementaux de l'ordre. En particulier dans les structures d'exercice collectif, telles que les maisons de santé pluri-

¹ Plan intitulé « Renforcer l'accès territorial aux soins » d'octobre 2017.

² Syndicat d'agglomération nouvelle de Sénart qui a intégré en 2016 l'intercommunalité « Grand Paris Sud Seine-Essonne-Sénart ».

professionnelles, qui offrent un cadre propice pour l'accueil de stagiaires, parfois plus adapté en termes d'encadrement et de locaux. L'accueil de stagiaires pourrait même, selon les rapporteurs, devenir une obligation pour ces structures, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui¹.

Le développement des maisons médicales universitaires², à l'instar, entre autres, de celle ouverte à Fontainebleau en avril 2015 est ainsi une piste intéressante : créée avec la faculté de médecine de Créteil, chaque médecin de cette maison médicale est maître de stage des étudiants. C'est le cas également, pour n'en citer que quelques-unes, de la maison de santé pluridisciplinaire et universitaire ouverte en 2016 au Mée-sur-Seine, près de Melun, en partenariat avec la faculté Pierre et Marie Curie (Paris VI), de celle de Torcy ouverte en 2015, de celle de Sucy-en-Brie ouverte en 2016.

Le développement des maisons médicales universitaires : une piste intéressante

Citons également l'exemple des « îlots de formation en médecine générale décentralisés » mis en place en **région PACA** [Jerber, 2015] depuis 2012 et pour lesquels les retours d'expérience semblent très positifs. Pour contrer l'« hospitalo » et l'« urbano » centrisme des études médicales, un professeur de médecine en lien avec l'URPS-PACA, les facultés de médecine et d'autres partenaires locaux, initie un projet d'enseignement décentralisé en huit « îlots de formation », permettant aux internes de réaliser des stages de trois fois six mois et de suivre tout ou partie de leur troisième cycle dans ces antennes situées en zones sous-denses. Ce dispositif s'appuie sur des structures collectives existantes et bénéficie d'aides au logement et aux déplacements accordées par les Conseils départementaux et du financement par l'ARS de deux postes de chefs de clinique en médecine générale.

Enfin, Cardoux et Daudigny (2017), faisant suite à des préconisations plus anciennes, prônent la valorisation de la fonction de maître de stage : les praticiens agréés maîtres de stage reçoivent à l'heure actuelle, par les UFR, une indemnité de compensation de 600 euros bruts par mois de stage, pour chaque étudiant ou interne en stage auprès d'eux. Pour que le statut soit plus attractif, ce montant pourrait être réévalué pour compenser l'effort de transmission engagé par les professionnels, en particulier dans les zones sous-dotées où la charge de travail des libéraux est déjà très lourde.

Attirer les étudiants vers les stages de médecine générale

Pour encourager la formation des jeunes futurs médecins hors CHU, les acteurs s'accordent à penser qu'il convient de lever tous les freins : les stages ne « *devront rien coûter aux étudiants* » selon la CSMF, grâce à des indemnités logement ou à un forfait pour rembourser les frais de déplacement. La création, en 2012, d'une indemnité forfaitaire de transport de 130 euros par mois pour les internes effectuant un stage ambulatoire loin de leur domicile ou de leur établissement d'enseignement répond en partie à cette attente. Mais le soutien des collectivités locales est également recherché. De fait, ces dernières rivalisent d'initiatives pour inciter les futurs médecins à réaliser un

Les collectivités rivalisent d'imagination pour attirer les futurs médecins sur leur territoire

1 L'accord conventionnel signé en 2017, comme le règlement arbitral de 2015 qu'il remplace, ne fait de la formation qu'un indicateur optionnel pour le versement des financements de l'Assurance maladie aux structures d'exercices collectif labellisées. En 2015, seules 64 % des MSP accueillent des stagiaires, selon l'État des lieux des pôles et maisons de santé de 2016 du portail internet solutionsmedicales.fr.

² Le statut de maison de santé universitaire (MSPU) se précise d'un point de vue réglementaire avec l'arrêté du 18 octobre 2017 fixant « les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation (...) des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires ». Une MSP peut dorénavant établir une convention avec l'ARS et un établissement d'enseignement compétent (universitaire ou CHU), pour devenir maison de santé universitaire. Cette convention permet à l'équipe de développer la formation et la recherche en soins primaires. Les prérequis sont : la présence de maîtres de stage médicaux agréés, la présence d'au moins un enseignant titulaire de médecine et d'un chef de clinique de médecine générale, la réalisation d'activités de recherche en soins primaires.

stage sur leur territoire : prime de stage, facilitation d'hébergement, mais aussi journées et week-ends de découvertes¹, stands de promotion du territoire dans les universités ...

Le **Pays Roannais** a, quant à lui, décidé de mettre à disposition de locaux (appartenant au centre hospitalier et rénovés par la collectivité) pour constituer une « maison des internes » qui propose, sur 154 m² meublés, quatre chambres, trois salles de bains, un salon et un bureau. Les internes y sont accueillis avec des loyers modérés et bénéficient d'initiatives visant à la création de liens affectifs et professionnels avec le territoire : rencontres professionnelles, soirées à thèmes avec des confrères, événements avec les élus locaux, ...

Tableau 4. Quelques exemples d'incitations à l'exercice d'un stage en médecine générale portées par les collectivités locales

Régions		
Grand-Est	De 800 à 3 000 euros (stage d'internat)	Selon la distance au lieu d'études
PACA	2 400 € / 6 mois (stage d'internat)	
Conseils départementaux		
Ain	De 1 200 et 3 600 € / 6 mois (stage d'internat)	Selon l'éloignement % au CHU de Lyon
Alpes de Haute-Provence	De 1 800 à 3 600 € / 6 mois selon zone (stage d'internat)	Ou mise à disposition d'un logement à titre gratuit
Aude	1 200 € / 6 mois (stage d'internat)	Pour prise en charge d'une partie du loyer
	Hébergement individuel au centre sportif de l'Aube	Pour les externes en médecine (stage de six semaines –hôpital ou cabinet de ville)
Ardèche	2 400 € / 6 mois (stage d'internat)	
Aveyron	420 € / 6 mois (stage d'internat)	400 € de bonification au troisième stage en Aveyron
Gers	500 € / 6 mois (stage d'internat)	Et recensement des logements disponibles à tarif plafonné
Hautes-Alpes	1 000 € pour le 1 ^{er} stage (stages d'internat)	2 000 € pour un second
Isère	400 € par mois (stage d'externat)	À réaliser en zone sous dotée
Loir et Cher	1 800 € / 6 mois (stage d'internat)	
Lozère	2 400 € / 6 mois (stage d'internat)	
Saône-et-Loire	2 400 € / 6 mois (stage d'internat) ²	+ Prime de 3 000 € pour stage optionnel de médecine générale (SASPAS)
Yonne	600 € / 6 mois (stage d'internat)	300 € pour un stage d'externat

¹ Dans le cadre de sa politique de lutte contre la désertification médicale intitulée « *Futurs médecins, Dites 32* », en partenariat avec le Conseil de l'ordre des médecins, le département du Gers organise, à chacune de leur session semestrielle de stage, des journées découvertes du Gers pour les internes en médecine. Sont partenaires de ces journées les communes et intercommunalités gersoises qui proposent des visites de leur territoire. L'objectif affiché et assumé pourrait se résumer ainsi : « *Découvrir le Gers, l'aimer et s'y installer !* ».

Le département de l'Aveyron privatise quant à lui, pour les internes et jeunes médecins, « *son plus grand terrain de jeu à ciel ouvert pour vous faire vivre un week-end unique cool, drôle et fort en sensations : canyoning, saut à l'élastique, paddle, tyrolienne, hydrospeed... Venez vivre une expérience unique dans un cadre à couper le souffle !* ».

² Dispositif abandonné en 2016 : l'exécutif départemental l'ayant jugé trop peu efficace.

EN AVEYRON NOUS PRENONS SOIN DES MEDECINS ?

**INTERNES EN MEDECINE
LE CONSEIL DEPARTEMENTAL
VOUS RESERVE
UN ACCUEIL SUR MESURE**

UN CADRE
DE VIE VIVRE

UN TERRAIN DE JEU
PURES SENSATIONS

TOUJOURS LES CIEUX
EMOTIONS GARANTIES

**AVEYRON
VIVRE VRAI**

LE PAYSAGE MEDICAL AVEYRONNAIS

DECAZVILLE - 150 €/mois (interna stage) - ambulatoire, 20€/mois (en terme) (stage hospitalier) - appartement 3 couchages (1 sur convertible) - Contact : Bodie - rocca-boudie@orange.fr - 06 69 07 00 58 - Facebook : associationmbd - mail : aymbd@outlook.fr

SAINTE-CYPRIEN - Gratuit - appartement de 3 couchages - Dr Hamel - 05 65 69 62 71

MILLAU - Résidence CROUS - studio - 40 boulevard Richard - tel : 05 62 25 62 00 - Préférez une demande par mail sur le site : http://www.crous-millau.fr/

VILLENEUVE - 300€/mois - appartement 3 couchages (1 sur convertible) - Dr Salignat - 06 92 97 30 79 / personnel.salignat@free.fr

FANJONS - Gratuit - 1 couchage chez le maître de stage - Dr Meuriot - 05 65 29 13 10

RODÉZ - Gratuit - appartement 2 couchages - Dr Ricard - 05 65 74 00 24

VILLEFRANCHE - Internat 9 chambres - Affaires médicales Mme Sebille - 05 65 58 58 04

SAINTE-APOLLONIE - 600€/mois - maison 4 couchages (sur 4 couchages) - Contacts : Anny Gaelle Iann, maître de St-Ap - 05 65 96 29 18 / anny@ville-sainteapollonie.fr

© 2018 - CDD - Date : Septembre 2018

INFORMATIONS LOGEMENTS

LAGUOLE - 150€/mois - appartement 2 couchages (1 ou couple sur convertible) - Contact : Dr Melouf / philippe.melouf@gmail.com

RODÉZ - 300€/mois ou 17€/nuit 2 couchages en chambre individuelle à l'ITRM sur Rodéz - ITRM - contact : alim.sauvage_rdz@univ-bpclerm.fr - 05 65 96 00 43

RODÉZ - Internat 15 chambres Affaires médicales Mme Bourguin - 05 65 55 10 12

SEVERAC - 100€/mois + électricité selon consommation - Appartement 1 coucage (12 ou couple sur convertible) - Contact : Dr Wilson - 05 65 71 61 98

MILLAU - Internat - Affaires médicales Mme Escoubé - 05 65 58 33 65

SAINTE-RADONNÈDE - 200€/mois CC Appartement 3 couchages - Dr Pechoux - 06 08 64 93 72

SAINTE-GEORGES - Gratuit - appartement 2 couchages (1 sur convertible) - Dr Combes - 06 74 67 48 09

LE BURNIERS - Gratuit - studio 1 couchage - Dr Delahaye - contact : delahaye@univ-bpclerm.fr - 05 65 42 58 69 / 06 88 05 55 52

FUTURS MÉDECINS #DITES32

CHOISISSEZ LE GERS
POUR FAIRE
VOTRE INTERNAT

A L'HÔPITAL

OU

DANS UN CABINET LIBÉRAL

Le Gers vous accueille et vous accompagne tout au long de votre stage avec une équipe structurée et motivée, un suivi régulier, un accueil facilité avec 500 € d'aide à l'hébergement, une liste de logements disponibles et des soirées ou sorties offertes.

ÉTUDIANTS EN 3^{ÈME} CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LE PAYS MIDI-QUERCY EN TARN-ET-GARONNE VOUS ACCUEILLE

Midi-Quercy, une vraie qualité de vie !

L'Eure-et-Loir prend soin de vous.

PLAN SANTÉ 28

Médecins, dentistes, kinés...
INSTALLEZ-VOUS !

#EURELOIRPROFES

Facilité d'installation
Qualité de vie
à seulement 1h de Paris

Eure-et-Loir
UN DÉPARTEMENT EN ÉQUILIBRE

Week-end Adrénaline Aveyron 23/24 septembre 2017 à Millau

Venez vivre une expérience unique dans un cadre à couper le souffle! Le département de l'Aveyron privatise pour vous son plus grand terrain de jeu à ciel ouvert pour vous faire vivre un week-end unique, cool, drôle et fort en sensations : canyoning, saut à l'élastique, paddle, tyrolienne, hydrospeed...

#WAA!

Week-end Adrénaline Aveyron

Ce week-end exclusivement réservé aux internes et jeunes médecins, vous est proposé par le Conseil départemental de l'Aveyron. Cette offre est limitée aux 200 premières inscriptions

QUI CONTACTER ?

Conseil départemental de l'Aveyron

Cellule « Aide Médecin »

Pôle Aménagement et Développement du Territoire

Place Charles de Gaulle - BP 724

12007 RODEZ CEDEX

Tél. : 05 65 75 81 69
Courriel : aidemedecin@aveyron.fr
Facebook : Week-end Adrénaline Aveyron

3.2.4 Développer les statuts intermédiaires et souples

Différentes données et études montrent le souhait des étudiants en médecine générale de se réserver un temps d'adaptation et de découverte de la médecine libérale avant de s'installer. Une enquête réalisée auprès de jeunes internes en médecine générale fin 2010 [Munck & al., 2015] illustre bien cela : les futurs médecins ont indiqué vouloir effectuer des remplacements à la sortie de leurs études (64 %), travailler en tant que collaborateur libéral (9,2 %) ou en tant que salarié ambulatoire (8,2 %) plutôt que de s'installer (18,6 %). Pour laisser le temps aux jeunes praticiens de se familiariser avec la pratique libérale et ainsi essayer d'enrayer sa perte d'attractivité, plusieurs dispositifs ont été mis en place par les acteurs publics pour développer des statuts intermédiaires, permettant des modes d'exercice plus souples et moins exclusifs.

Reconnaître conventionnellement le statut de remplaçant

Première étape vers l'installation, le remplacement est très prisé chez les tous jeunes médecins généralistes (40 % des nouveaux inscrits à l'Ordre en 2015 ont opté pour ce mode d'exercice, avant de s'installer plus durablement dans un cabinet libéral).

Les représentants des internes et des jeunes médecins demandent que le statut de remplaçant obtienne une reconnaissance conventionnelle, ce qui permettrait, notamment aux médecins exerçant sous ce statut en zone sous-dotée de bénéficier des nouvelles dispositions de protection sociale, notamment en cas de maternité (voir chapitre 3.3.2).

Cela fait l'objet d'une des préconisations du plan 2017 du présent gouvernement qui promet d'ouvrir une option d'affiliation au régime général pour les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant en tant que remplaçant ou pratiquant un exercice mixte (salarié et libéral).

Citons également le dispositif « remplaçant-assistant » dans la **région des Hauts-de-France**, dispositif porté par l'association « RemplaNor » (aujourd'hui RemplaFrance) et validé par l'ARS et le conseil de l'ordre, qui permet à un jeune remplaçant de travailler en même temps que le médecin qu'il assiste¹.

Des statuts intermédiaires à mieux faire connaître

D'autres statuts, plus souples et moins restrictifs que celui de remplaçant, existent mais restent peu connus et mal exploités [Cardoux, Daudigny, 2017]. Ils mériteraient d'être plus largement présentés.

Le statut d'adjoint

Le statut d'adjoint à un médecin, initialement prévu « *en cas d'afflux exceptionnel de population* » et étendu, depuis une instruction ministérielle du 24 novembre 2016, aux zones présentant « *une insuffisance voire une carence d'offre de soins* », permet à de jeunes médecins ou étudiants en médecine d'exercer dans le cabinet du médecin de référence, et en même temps que lui, pour une durée de trois mois, durée qui peut être renouvelée après agrément du conseil départemental de l'Ordre.

Le statut de médecin collaborateur libéral

L'article 18 de la loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a autorisé les médecins à exercer le statut de « collaborateur associé libéral », auparavant réservé aux avocats et chirurgiens-dentistes. Ce médecin collaborateur est

¹ En dehors de ce dispositif, le statut de remplaçant interdit au médecin remplacé d'exercer une quelconque activité médicale pendant son remplacement. Ce dispositif comprend également une application permettant aux praticiens installés de déposer des annonces lorsqu'ils souhaitent être remplacés (pendant leurs vacances par exemple), aux jeunes médecins de trouver des remplacements mais également les annonces des médecins qui partent à la retraite et qui cherchent un successeur.

rémunéré à l'acte et peut se constituer sa propre patientèle. Ce statut peut faciliter la transition entre un médecin et son futur successeur, et permettre la transmission des acquis.

Le statut de médecin collaborateur salarié

Le décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié a supprimé l'interdiction qui était faite au médecin de salarier un confrère. Pour autant, le rapport Bernier (2008) notait la nécessité de préciser les modalités législatives et conventionnelles de mise en œuvre de ce statut.

L'exercice en cabinet secondaire

Un médecin peut exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de son lieu d'exercice habituel lorsqu'il existe une carence de l'offre de soins dans le secteur.

Faciliter l'exercice libéral à temps partiel

L'exercice à temps partiel partagé entre le salariat et le libéral est un mode d'exercice plébiscité par la jeune génération, et dont la facilitation pourrait permettre de contrebalancer la désaffection des jeunes générations pour l'exercice libéral exclusif.

Cet exercice mixte peut constituer une transition vers un exercice libéral à temps plein, mais également permettre de développer des partenariats entre professionnels de santé et ainsi faciliter la fluidité du parcours de soins des patients.

Pour autant, « rien ne favorise [aujourd'hui] l'exercice de la médecine libérale à temps partiel : en effet, une large part des frais professionnels liés à l'exercice libéral sont fixes, notamment, la cotisation du régime de base qui est calculée de façon forfaitaire » [Bernier, 2008]. Il serait utile de moduler ces frais pour favoriser le retour de ces médecins à l'activité libérale, à tout le moins en zone sous-dotée [Cardoux, Daudigny, 2017].

3.2.5 Maintenir les médecins en activité

Le cumul emploi/retraite

Après avoir été créé en 1988, le MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) est supprimé en 2003. Au contraire, la loi Fillon du 21 août 2003 autorise alors les médecins libéraux ressortissant de la CARMF (Caisse autonome de retraite des médecins de France) à cumuler leur retraite avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la Sécurité Sociale (43 250 euros environ pour les médecins ayant pris leur retraite après 65 ans, 33 250 pour ceux l'ayant prise avant). En cas de dépassement, la retraite était suspendue.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées. Désormais, les médecins retraités (s'ils ont liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraite obligatoires et s'ils justifient d'une durée d'assurance suffisante pour obtenir une liquidation à taux plein ou s'ils ont atteint l'âge de 65 ans) peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction.

Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale de 2011 pointe sur les effets qu'elle juge insatisfaisants de ce dispositif de cumul emploi-retraite : selon ce rapport, le déplaçonnement du cumul retraite-activité libérale a fait plus que doubler le nombre de médecins utilisant ce dispositif qui est passé, selon la CARMF, de 1 814 à 4 457 entre le 1er janvier 2009 et le 1er janvier 2011 et concernait, à cette date, 11 % des retraités. Cependant, la Cour des comptes considère que la mesure a été sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant d'exercer sur place. En outre, ce cumul a bénéficié très majoritairement à des spécialistes (61 % des médecins concernés au 1er janvier 2011) et pas toujours dans des zones sous-dotées.

Pour autant, ce dispositif semble être utilisé par certaines collectivités pour pallier leur déficit d'offre de soins :

- Le **conseil départemental du Loiret**, en partenariat avec l'ordre des médecins propose aux médecins libéraux retraités qui le souhaitent de poursuivre, quelques heures par mois, leur activité professionnelle au sein des services du département. Ces praticiens contribuent ainsi à la continuité du service public et à la qualité des soins alloués aux Loirétains par l'évaluation des personnes âgées et handicapées, la consultation de nourrissons, les visites médicales dans les écoles... ;
- Le **conseil départemental de l'Ordre de Mayenne**, avec l'appui du conseil régional des Pays-de-la-Loire (subvention de 30 000 euros), a initié une structure médicale à Laval au sein de laquelle les consultations sont assurées par douze médecins retraités, à raison de quatre jours par mois chacun. Le centre accueille également des internes de la Faculté d'Angers, en dernière année d'études, qui viennent y exercer une journée par semaine.

En outre, certains auteurs [Vigier, 2012, 2016 ; Maurey, Nicolay, 2017 ; Cardoux, Daudigny, 2017] proposent de rendre ce dispositif encore plus attractif dans les zones sous-dotées par la suppression de la cotisation retraite.

Le plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » de l'actuel gouvernement présenté en octobre 2017 reprend en partie cette idée. Il préconise en effet de relever, dans les zones en tension, de 11 500 euros à 40 000 euros le plafond de revenu annuel en-deçà duquel les médecins peuvent demander à être dispensés de cotiser au régime prestation complémentaire vieillesse.

3.2.6 Faire appel aux médecins étrangers

Face à la pénurie médicale sur certains territoires ou dans certaines spécialités, le recours à des médecins étrangers a eu, un moment, le vent en poupe. Pour autant, cela n'a pas véritablement permis de résorber les déserts médicaux : ces médecins exercent principalement dans les structures hospitalières, et ceux qui s'installent dans les cabinets de ville, souvent salariés par les collectivités, y restent peu d'années.

Pour autant, ce levier n'est pas totalement ineffectif. Certains souhaitent développer des formations complémentaires pour que leur exercice corresponde aux normes françaises. D'autres expérimentent d'autres voies : le **conseil départemental de Saône-et-Loire** par exemple a décidé de proposer une aide au financement de cours de français médical pour les étrangers.

3.3 Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans les zones sous-dotées : incitations financières

LES POINTS ESSENTIELS

Constat initial :

- > Les médecins : peu attirés vers les zones déficitaires ;
- > Un exercice à rendre plus attractif.

Les leviers d'action :

- > Allocation de bourses d'études contre engagements d'exercice (ARS et collectivités territoriales) ;
- > Aides à l'installation : chèques installation, mise à disposition de locaux, secrétariat, vigile... (Collectivités territoriales) ;
- > Contrats de praticiens territoriaux : garantie de revenu et protection sociale (ARS) ;
- > Primes et majoration d'honoraires (Assurance maladie – dispositifs conventionnels) ;
- > Exonérations fiscales (État).

Éléments d'évaluation :

- > Les bourses d'études et aides à l'installation : une foison d'initiatives parfois concurrentes, peu lisibles et peu contraignantes ;
- > Encore peu de contrats de praticiens territoriaux signés et effectifs, un dispositif à mieux cibler ;
- > Les dispositifs conventionnels de 2001 : impacts limités, effets d'aubaine, distorsion de l'aide car indexée sur le volume d'activité ;
- > Les zonages : manque d'homogénéité, effets de frontière ;
- > Les incitations financières : ne répondent pas aux enjeux principaux des médecins (cadre de vie, emploi du conjoint, projet territorial de santé, horaires raisonnables).

Pistes :

- > Mieux faire connaître et mieux coordonner les bourses d'études et les aides à l'installation ;
- > Permettre aux étudiants de revoir leur engagement en cas de modification du zonage déficitaire ;
- > Évaluer le dispositif de renforcement et de diversification des dispositifs conventionnels mis en place en 2016 ;
- > Homogénéiser les zonages d'application des dispositifs ;
- > Développer d'autres types d'incitation (non financière).

Il existe un certain nombre d'incitations financières à l'installation ou à l'activité en zone sous-dotée, portés par les ARS, l'Assurance maladie ou l'administration fiscale et les collectivités territoriales.

Ces dispositifs ne cessent d'évoluer au gré des législations et au vu des évaluations qui pointent sur leur efficacité plus ou moins avérée. Pour autant, s'ils ne permettent pas d'infléchir véritablement les inégalités territoriales d'accès aux soins, et si les motifs d'installations relèvent plus de la qualité du cadre de vie et de travail, le rapport sénatorial de 2017 leur confère malgré tout deux intérêts.

Le premier est de compenser l'effort fourni par les professionnels de santé s'installant ou exerçant dans ces zones sous dotées.

Le second est de faciliter le passage du cap de l'installation en libéral pour les jeunes médecins ayant choisi d'exercer en zone déficitaire.

3.3.1 Les bourses d'études

Le contrat d'engagement de service public

Instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009, puis réaffirmé par le Pacte territoire santé, ce contrat d'engagement de service public (CESP), financé par l'Assurance maladie, propose aux étudiants en médecine de bénéficier d'une bourse d'études de 1 200 euros bruts mensuels, en contrepartie de quoi ils s'engagent à exercer en secteur 1 et en zone sous dotée (déficitaire ou fragile) pendant une durée égale à la durée de versement de la bourse (avec un minimum de 2 années).

Après cinq années d'existence, 1 141 contrats (en médecine et odontologie) avaient été signés (sur les 2 134 CESP offerts, soit 53,5 %). Depuis 2013, le taux de contrats engagés par rapport aux contrats offerts augmente, mais semble marquer un léger recul tout dernièrement [Cardoux et Daudigny, 2017]. Différents éléments peuvent expliquer l'engouement limité des étudiants pour ce dispositif : l'un d'eux est le contexte d'incertitude dans lequel il met les étudiants. En effet, les zones sous-dotées dans lesquelles ils s'engagent à exercer ne sont pas connues au moment où ils contractent leur engagement¹.

Un déploiement d'initiatives de la part des collectivités territoriales

Sans qu'elles soient recensées de manière exhaustive, les initiatives des collectivités territoriales en vue d'attirer des futurs médecins sur leurs territoires et notamment en zones déficitaires sont nombreuses² : allocation de bourses d'études en contrepartie d'exercice dans un territoire sous-doté pour une durée déterminée à l'issue des études, le plus souvent en secteur conventionné (secteur I).

Par exemple, les CRES (contrats régionaux d'exercice sanitaire), offerts par certains conseils régionaux s'adressent aux étudiants en médecine générale, gynécologie, odontologie, ophtalmologie, kinésithérapie ainsi qu'aux infirmiers, et sage-femmes. Pendant leurs deux dernières années d'études, ces futurs praticiens perçoivent, pendant deux ans maximum, une allocation mensuelle de 1 000 euros par mois, versée en partie par l'ARS ou le conseil régional de la zone et par une collectivité publique. Cette aide pouvant être cumulable avec des bourses d'études ou autres fonds d'aides sociales mais

¹ Le syndicat des internes souhaite obtenir la possibilité de rompre le contrat si la zone dans laquelle le futur médecin s'était engagé à exercer n'est plus dans la liste des zones sous-dotées au moment de son installation.

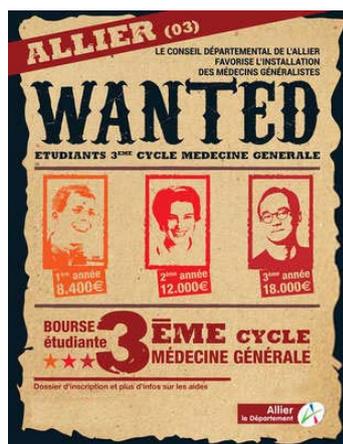
² La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a modifié l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales pour leur permettre d'attribuer des aides à l'installation et au maintien des médecins en zones déficitaires. Elle leur permet également d'attribuer des indemnités d'études et de projet professionnel aux étudiants en médecine en contrepartie d'exercice dans un secteur déficitaire, et des indemnités de logements et de déplacement aux étudiants effectuant un stage de médecine générale dans ces zones déficitaires.

pas avec d'autres contrats d'aide à l'installation des médecins et paramédicaux comme le CESP.

Pour percevoir cette aide, les étudiants s'engagent, à appliquer des tarifs conventionnels de secteur 1, dans le cadre d'un exercice libéral ou salarié au sein d'une zone fragile ou déficitaire prédéfinie par l'ARS dans la région pendant au moins trois ans. Cette mesure était proposée en Île-de-France jusqu'en 2017, déclinée un peu différemment en région Auvergne-Rhône Alpes tandis que d'autres régions comme Bourgogne-Franche-Comté réservent ces bourses aux étudiants des formations paramédicales et sociales.

Les conseils départementaux (et EPCI), quant à eux, sont nombreux à proposer ce type d'aide. Ces dernières sont variables à la fois dans les montants alloués aux étudiants et dans la durée d'exercice exigée en contrepartie. En voici quelques exemples :

- Département de l'Allier : 8 400 € la 1^{ère} année du 3^{ème} cycle, 12 000 € la 2^e année et 18 000 € la 3^e année contre 6 ans d'exercice ;
- Département de l'Ardèche : 10 000 € par an contre 10 ans d'exercice ;
- Département de Charente-Maritime : 9 600 € pour la 1^{ère} année d'étude du 3^e cycle, 13 200 € pour la 2^{ème} année et 19 200 € pour la 3^e année, contre 4 ans d'exercice ;
- Département du Cher : 7 200 € par an contre 5 ans d'exercice ;
- Département de l'Isère : 12 000 € par an contre 5 ans d'exercice ;
- Département du Loiret : 24 000 € par an contre 3 ans d'exercice ;
- Département de Lozère : 8 400 € par an contre 5 ans d'exercice ;
- Département de la Nièvre : 500 € par mois contre une durée d'exercice comparable à celle de versement de la bourse ;
- Département de Saône-et-Loire : entre 6 000 et 12 000 € par an contre 3 ans d'exercice ;
- Département de Seine-et-Marne : 12 000 € par an (dans la limite de 3 ans) contre 5 ans d'exercice ;
- Département de Seine-Saint-Denis : 12 000 € par an pendant 2 ans, contre 4 ans d'exercice en PMI ;
- Département de l'Yonne : 9 000 € la 1^{ère} année, 12 000 € la 2^e année, 18 000 € la 3^e année contre 5 ans d'exercice ;
- Département de la Vienne : 400 € par mois pendant les 4^e et 5^e années d'études et 600 € par mois de la 6^e à la 9^e année d'études (Si la bourse est accordée à partir de la 6^e année d'étude, son montant est de 800 € par mois jusqu'à la 9^{ème} année d'étude incluse. Le montant total de la bourse est de 38 400 € ; si la totalité n'a pas été versée pendant les années d'études, le reste est versé au moment de l'installation) contre 7 ans d'exercice ;
- Communauté de Communes Ardenne Rives de Meuse : 7 000 € par an contre 5 ans d'exercice ;
- Communauté d'agglomération de Maubeuge-Val-de-Sambre : 8 400 € par an pendant les 3 dernières années de formation, contre 5 ans d'exercice.



Source : <http://www.rejoignezallier.fr/> et <http://www.seine-et-marne.fr/>

Ces dispositifs, non cumulables avec le CESP, parfois mis en place antérieurement au CESP, témoignent d'un engagement fort des collectivités en faveur de la question de l'accès aux soins mais entrent également en « doublon » ou en concurrence avec le dispositif national, et ne concourent pas à leur efficacité ou lisibilité [Chevillard, Jerber, 2016]. D'autre part, leur efficacité semble remise en cause par le fait que le montant engagé soit trop facilement remboursable par les étudiants à l'issue de leurs études.

3.3.2 Les contrats de praticien territorial gérés par les ARS : aides à l'installation et aux remplacements

Les contrats de praticien territorial visent à inciter des médecins, généralistes ou spécialistes, installés ou remplaçants, à venir exercer en libéral en zone déficitaire ou fragile (en rouge et jaune sur la Figure 14 page 28 du présent rapport).

Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)

Introduit dans le code de santé public par la LFSS de 2013, et géré par les ARS, le contrat de PTMG, réservé aux primo-installants ou aux généralistes installés en libéral depuis moins d'un an, vise à inciter les jeunes médecins à s'installer en libéral dans les zones sous-dotées, en les faisant bénéficier, pendant la durée du contrat (2 ans maximum) :

- d'une **garantie de revenu** (6 900 euros bruts mensuels pour 4,5 jours de travail hebdomadaire, 3 450 euros en deçà) ;
- d'une **protection sociale** améliorée en cas de congé maladie ou maternité (maintien du versement d'une rémunération complémentaire forfaitaire).

En contrepartie, le jeune praticien s'engage, pendant la durée du contrat, à exercer la médecine générale en cabinet libéral dans une zone dite sous-dotée (en tant que médecin installé ou médecin collaborateur libéral), et à pratiquer des tarifs opposables. De plus, il s'engage à un certain volume d'activité.

Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

Ce dispositif (garantie de revenu et protection sociale) a été élargi à d'autres spécialités médicales en 2015 à travers le PTMA (statut de praticien territorial de médecine ambulatoire), pour des contrats conclus pour trois à six ans. En contrepartie, ces médecins s'engagent à exercer en libéral dans une zone sous-dotée, en respectant des tarifs opposables ou à dépassements d'honoraires limités (dans le cadre des contrats d'accès aux soins¹), et à se faire remplacer en cas de congé lié à la naissance d'un enfant².

Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)

En 2017, le dispositif a encore été complété par la création du contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR), afin de faciliter les remplacements en zones sous-dotées. Ce contrat engage, pour une durée de 1 à 6 ans, le professionnel qui l'a signé à exercer une activité libérale de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés en zones sous-dotées. Cette activité ne doit pas être inférieure à un certain volume d'actes. Il dispose en contrepartie d'une garantie minimale de rémunération et d'un service d'appui administratif.

Éléments d'évaluation

Le nombre de contrats signés et en vigueur semble indiquer une portée encore modeste du dispositif : entre août 2013 et mars 2017, seuls 795 PTMG ont été signés (et seuls 389 PTMG et 2 PTMA sont actifs en mars 2017). De fait, seuls 40 % des contrats donnent lieu à un complément de rémunération mensuelle, puisque la problématique la plus courante en zone sous-dotée est plus la surcharge d'activité que le manque.

Mais ce dispositif a l'avantage de soutenir les médecins dans les premiers mois de leur installation le temps de constituer leur patientèle, et d'être d'un coût économique modéré (1,8 millions d'euros en 2016 pris en charge par le FIR) [Cardoux et Daudigny, 2017].

¹ Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012. Il est entré en vigueur le 1er décembre 2013. En contrepartie de quelques avantages de rémunération et de prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales, les médecins signataires de ce contrat s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires et à pratiquer un certain volume d'actes sans dépassement.

² Un dispositif similaire (PIAS : praticien isolé à activité saisonnière) a été mis en place pour les zones isolées à forte activité saisonnière (montagnes par exemple).

3.3.3 Les aides de l'Assurance maladie issues des négociations conventionnelles

En France, la convention médicale, négociée tous les 5 ans, établit les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie : en échange de tarifs régulés pour leurs actes, dont la consultation, une partie de leurs cotisations (assurance maladie, assurance vieillesse) et charges est portée par l'Assurance maladie.

2007 : Premières mesures conventionnelles pour une meilleure répartition de l'offre sur le territoire

La première mesure conventionnelle visant une meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire a consisté à instaurer une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires. L'autre volet prévu (minoration de la participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales des médecins décidant de s'installer en zone très sur-dotée) n'a pas résisté à la levée de bouclier du corps médical.

D'après la Cour des comptes¹, le dispositif s'est avéré très coûteux pour un résultat extrêmement faible. Entre 2007 et 2010, le coût de cette majoration de rémunération a été d'environ 20 M€ par an soit 25 000 € par praticien concerné. Or, seulement 60 médecins supplémentaires se sont installés dans les zones sous-denses de France, les mesures ayant bénéficié principalement aux médecins déjà installés.

Les deux dispositifs de la convention 2011 : des effets limités

La convention de 2011 a mis fin aux mesures précédentes et a institué deux nouvelles options incitatives comportant des aides plafonnées :

- l'**option « démographie »** qui proposait une aide forfaitaire à l'investissement² et à l'activité³ pour tout médecin s'engageant à s'installer ou à demeurer installé dans une zone sous-dotée, ou à proximité immédiate, et à y exercer pendant une durée d'au moins trois ans, avec au moins 2/3 de son activité réalisée au sein d'un cabinet de groupe ou d'un pôle de santé ;
- l'**option « santé solidarité territoriale »** qui ouvrait droit à une aide à l'activité⁴ et à une prise en charge des frais de déplacement pour tout médecin s'engageant, au moins pour trois ans, à travailler un minimum de 28 jours par an en tant que vacataire dans une zone sous-dotée.

Ces dispositifs n'ont eu que des effets limités :

- l'option démographie a bénéficié principalement à des médecins déjà installés dans les zones sous-dotées (seuls 185 nouveaux généralistes et 5 nouveaux spécialistes en 2013 et 2014 ont profité de ce dispositif) ;
- du fait de l'indexation des aides sur le volume d'activité, les nouveaux installés ont, le temps de stabiliser leur patientèle, reçu moins d'aide que les médecins déjà installés ;
- seuls 39 % des nouveaux installés dans les zones sous-dotées en 2014 avaient sollicité cette aide (méconnaissance du dispositif, aide trop tardive ...) ;
- très peu de professionnels ont profité de l'option « santé solidarité territoriale ».

¹ Cour des comptes, « Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014.

² 5 000 euros par an pour les médecins en cabinet de groupe, 2 500 pour les membres d'un pôle de santé.

³ 10 % des honoraires annuels dans la limite de 20 000 euros pour les médecins en cabinet de groupe (5 % et 10 000 euros pour les médecins de pôles).

⁴ 10 % des honoraires annuels dans la limite de 20 000 euros par an.

Renforcement et diversification des dispositifs pour la convention 2016

Dans la convention médicale de 2016, les aides ont été renforcées et diversifiées : quatre types de contrats y sont prévus (voir Tableau 4), s'appliquant uniquement sur les zones déficitaires (en rouge sur la Figure 14 page 28 du présent rapport) et non sur les zones dites fragiles.

Tableau 4. Les quatre types de contrats de la convention médicale 2016

	CAIM <i>Contrat d'aide à l'installation des médecins</i>	COSCOM <i>Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins</i>	COTRAM <i>Contrat de transition pour les médecins</i>	CSTM <i>Contrat de solidarité territoriale médecin</i>
Objet	Favoriser l'installation des médecins : aide forfaitaire à l'installation pour faire face aux frais d'investissement	Valoriser la pratique des médecins s'inscrivant dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients	Soutenir les médecins préparant leur cessation d'exercice en accueillant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet	Favoriser l'intervention ponctuelle de médecins dans les zones fragiles
Bénéficiaires	Médecin conventionné secteur 1 ou Optam1, Primo-installant ou installé depuis moins d'un an	Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice	Médecin conventionné, toutes spécialités, âgé de 60 ans et plus	Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice
Aides	- jusqu'à 50 000 € pour un exercice d'au moins 4 jours/semaine - Majoration de 2 500 € en cas d'exercice partiel dans un hôpital de proximité	- 5 000 €/an - Majoration de 1 250 €/an en cas d'exercice partiel dans un hôpital de proximité - Majoration de 300 €/mois en cas de maîtrise de stage et d'accueil de stagiaire	- + 10 % des honoraires conventionnés, plafonnés à 20 000 €/an	- + 10 % des honoraires conventionnés liés à l'activité en zone fragile, plafonnés à 20 000 €/an - Prise en charge des frais de déplacement engagés
Engagements socles ou optionnels	- S'installer en zone déficitaire et y exercer en libéral pendant 5 ans - Exercer au moins 2,5 jours/semaine - Participer à la permanence des soins (PDSA) - Réaliser une partie de l'activité au sein d'un hôpital de proximité (optionnel)	- Être installé en zone déficitaire et y exercer une activité libérale conventionnée - Exercer en groupe ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (ESP) - Réaliser une partie de l'activité au sein d'un hôpital de proximité (optionnel) - Exercer des fonctions de maître de stage (optionnel)	- Être installé en zone déficitaire - Accueillir, au sein du cabinet, un médecin libéral conventionné âgé de moins de 50 ans qui s'installe dans la zone ou y est installé depuis moins d'un an et accompagner l'installation libérale de ce confrère	- Être installé hors d'une zone déficitaire - Exercer au minimum 10 jours par an en zone fragile (dans une ou plusieurs de ces zones) selon différentes modalités possibles
Durée	Contrat de 5 ans non renouvelable	Contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction	Contrat de 3 ans renouvelable une fois	Contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction

Source : CNAM-TS, convention médicale 2016, rapport Cardoux et Daudigny, 2017.

¹ Depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO). En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Il reçoit certains avantages en contrepartie (Pour plus de détails, voir site Ameli.fr).

3.3.4 Les mesures fiscales

Il n'existe à proprement parler qu'un seul dispositif fiscal bénéficiant aux médecins exerçant en zone sous-dotée : il s'agit d'un dispositif visant à fluidifier la permanence des soins en zones déficitaires, plutôt qu'à inciter à l'exercice ou à l'installation dans ce type de secteur.

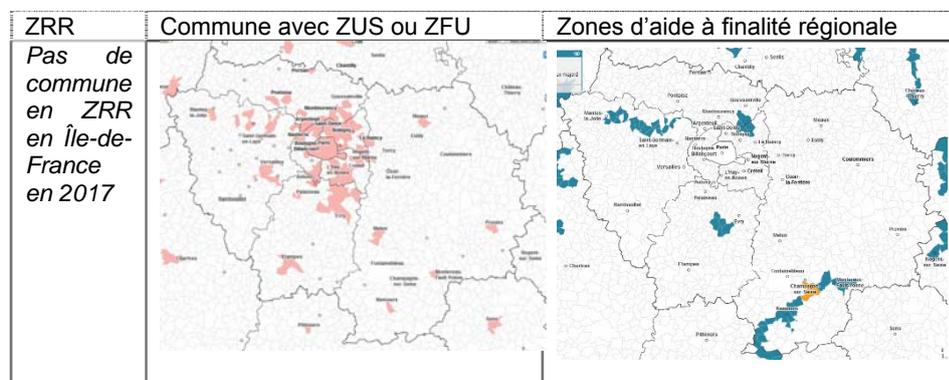
Toutefois, les médecins peuvent bénéficier d'exonérations fiscales s'appliquant à toute profession libérale exerçant en zone de revitalisation rurale (ZRR)¹ et en secteur relevant de la politique de la ville (zones franches urbaines ou ZFU, Zone urbaine sensible ou ZUS, zone de revitalisation urbaine ou ZRU).

Dans les ZRR, les médecins bénéficient d'exonérations d'impôt sur le revenu et de charges sociales.

Dans les secteurs en politique de la ville, ils peuvent bénéficier d'exonération partielle et dégressive de l'impôt sur le revenu et d'exonération de la taxe professionnelle pour une durée de cinq ans.

Enfin, dans les « zones d'aide à finalité régionale », les professionnels de santé peuvent également bénéficier, pour une certaine durée, d'exonération d'impôts sur les revenus ou sur les sociétés.

Figure 26. Les territoires franciliens concernés par les exonérations fiscales



Source : CGET, Observatoire des territoires

Les limites de ces mesures

Si ces exonérations fiscales peuvent faciliter (plus qu'inciter) l'installation de médecins libéraux dans ces secteurs ruraux ou en politique de la ville, il reste que les secteurs sur lesquels elles s'appliquent ne recoupent que très partiellement les zones déficitaires en médecins.

Pistes d'améliorations

L'impact des dispositifs fiscaux sur la résorption des inégalités territoriales d'accès aux soins pourrait ainsi être amélioré si la nature des territoires sur lesquels ils s'opèrent était étendue aux zones sous-dotées en offre sanitaire.

¹ Aucune en Île-de-France.

3.3.5 Les aides à l'installation des collectivités

Le dispositif Paris Med

La ville de Paris, qui abrite différents secteurs en déficit d'offre de soins, propose aux médecins un dispositif de soutien à l'installation, dans des cabinets d'exercice partagé : ce dispositif vise à aider les professionnels à acquérir des locaux adaptés à des prix modérés (problématique particulièrement importante à Paris), à apporter un soutien financier de 15 000 euros par professionnel pour aménager ces locaux, et enfin à mettre en relation les différents professionnels de santé qui souhaitent s'installer dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel.

Les conditions et contreparties sont d'exercer dans un cabinet comptant au moins un généraliste mais également d'autres professionnels de santé, dont des paramédicaux ; d'exercer en secteur 1 ou de pratiquer des tarifs opposables (sans dépassements d'honoraires), de s'installer dans un des secteurs déficitaires de Paris, et de s'engager à y rester pour une période minimale de 3 ans.

Le plan de lutte contre les déserts médicaux de la région Île-de-France

La région Île-de-France (voir annexe) soutient l'installation des professionnels de santé à hauteur de 50 % des dépenses avec un plafond de 15 000 € pour les équipements individuels et de 150 000 € pour les équipements collectifs, tandis que son aide à l'acquisition foncière et aux travaux pour les structures d'exercice collectif est fixé à 30 % de la dépense avec un plafond de 300 000 €.

Ces aides sont proposées à tous les médecins (secteurs I ou II avec engagement de modération tarifaire) mais aussi aux professions paramédicales, qu'ils exercent seuls ou en groupe.

La région s'affranchit par ailleurs du zonage déficitaire de l'ARS et propose ses aides sur l'ensemble du territoire régional, à condition toutefois que les porteurs de projet démontrent, par un diagnostic préalable, une forte demande locale.

La région Île-de-France propose également une aide à la sécurisation des locaux, à hauteur de 50 % des dépenses dans un plafond de 15 000 €.

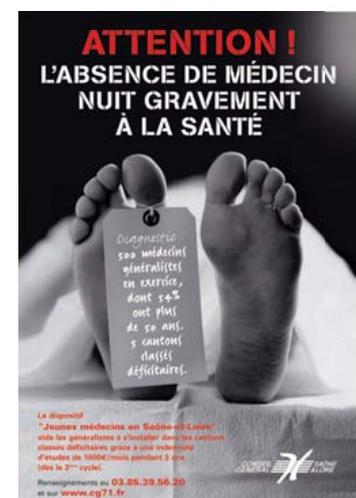
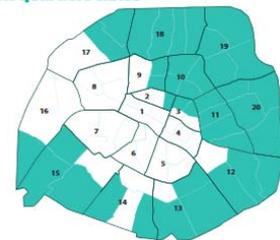
Les aides à l'installation : dispositif largement mobilisé par les collectivités territoriales

Sans prétendre à l'exhaustivité, notamment du fait de l'absence d'un portail unique recensant et donnant à voir l'ensemble des initiatives locales en faveur d'un rééquilibrage de l'offre de soins, nous n'en citerons ici que quelques-unes :

La région Midi Pyrénées octroie une prime de 8 000 € à l'installation destinée aux médecins généralistes en zone déficitaire et qui s'engagent à y rester au moins 5 ans.



Les quartiers ciblés



Sources : <http://www.paris.fr/>, <http://www.installleunmedecin.com/>, <http://www.letudiant.fr/>

La région Rhône-Alpes accordait également un chèque « installation » de 12 000 € (contre 6 ans d'exercice). 15 000 € contre 5 ans d'exercice (secteur I) pour le conseil départemental de l'Indre, 15 000 € contre 3 ans d'exercice dans le Loiret.

Le conseil départemental de Saône-et-Loire, quant à lui, propose un « chèque installation » de 5 000 € pour les généralistes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychiatres, et de 10 000 € pour les ophtalmologistes.

Le conseil départemental de l'Isère participe au financement d'équipements et matériels médicaux de première installation (à concurrence de 50 % du coût total TTC engagé et plafonné à 20 000 €).

Le département des Alpes-Maritimes propose aux primo-installés une prise en charge de 50 % des dépenses d'installation des cabinets médicaux (matériel médical, informatique ou mobilier), calculée sur les factures transmises et plafonnée à 5 000 €, contre 3 ans d'exercice).

La commune de Bonnemain, en Ile-et-Vilaine, va jusqu'à promettre un salaire garanti de 6 900 € par mois pour les six premiers mois d'installation. D'autres villages proposent un loyer gratuit et se chargent d'embaucher une secrétaire. La mairie de Saint-Jean-de-Maruéjols (Gard) a également réalisé 100 000 € d'investissements (avec 25 000 € de l'État et 30 000 € du fonds de dotation rurale) pour construire, dans un local communal, un nouveau cabinet médical aux normes d'accessibilité, avec studio à l'étage et parking. Ce cabinet médical flambant neuf sera proposé, gracieusement pendant deux ans, à tout généraliste acceptant de s'installer sur la commune.



Source : <http://www.yonne-sante.fr/>

Un impact mitigé

Mais ces « petits cadeaux » proposés par les élus sont souvent insuffisants, peut-on lire dans un article du Monde de juin 2016, qui cite, entre autres, l'exemple de Saint-Bonnet-de-Valclérieux, commune rurale de la Drôme où le maire propose en vain depuis deux ans de louer « gracieusement » un local à qui viendra remplacer l'actuel généraliste sur le départ.

Effet de concurrence

L'ensemble des aides incitant les professionnels de santé à s'installer en zone déficitaire soumettent les territoires voisins à forte concurrence. En effet, ces derniers, sans être strictement en situation de pénurie médicale, pourraient le devenir.

Pour faire face à ce risque, certaines collectivités anticipent et mettent en place des mesures visant à concurrencer les aides offertes par les territoires déficitaires : fin septembre 2017, le conseil municipal de Châteauroux (Indre), par exemple, a adopté un

plan d'aide à l'installation pour attirer des médecins sur son territoire, pas encore déficitaire mais dans une situation en tension, du fait des départs à la retraite prévus mais aussi de la concurrence de territoires voisins appartenant au zonage déficitaire et offreurs des aides qui s'y appliquent. L'objectif affiché très explicitement était de contrebalancer la concurrence liée aux aides octroyées dans les zones classées comme déficitaires : « *Nous n'avons ni la mer, ni la montagne... Et il faut pourtant se rendre attractif* », analyse l'adjointe au maire de Châteauroux au Quotidien du médecin (28/09/2017). « *Avec cette aide, nous pouvons répondre à la concurrence des zones sous-dotées qui nous entourent et qui bénéficient, elles, des dispositions de la convention* ». La commune s'engage ainsi à verser 10 000 euros par an, pendant cinq ans, à chaque médecin (généralistes ou spécialistes, exerçant en secteur I ou II, exerçant à temps plein ou temps partiel en cabinet libéral) nouvellement installé en ville (offre limitée à un maximum de dix médecins), à condition (pour éviter tout effet d'aubaine) que ce professionnel ne soit pas déjà installé ailleurs dans le département.

Ce cas n'est pas isolé. Chevillard et Jerber (2016) notaient que des structures ouvertes en zones de revitalisation rurale ou dans les anciennes zones franches urbaines (ZFU) pouvaient attirer les professionnels de santé de la structure médicale voisine, située dans une localité ne bénéficiant pas des « avantages » liés au zonage.

Les auteurs notent d'ailleurs le « danger » de la pérennité des investissements publics engagés quand ces effets de concurrence les dénaturent.

Ils précisent également qu'à l'échelle des intercommunalités ou des communes, la concurrence peut porter sur les avantages proposés aux médecins qui, en position de force, négocient auprès des collectivités territoriales (loyer ou prêt du local, du logement, achat du matériel etc.).

3.4 Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans les zones sous-dotées : mesures non financières

LES POINTS ESSENTIELS

Constat initial :

- > Une diversité d'aides et d'opportunités mais peu connues et peu structurées ;
- > Méconnaissance des territoires déficitaires par les internes qui n'en sont, pour la plupart, pas issus ;
- > Réticence à l'installation à temps plein dans les zones déficitaires.

Leviers d'action :

- > Informer et orienter (portails d'accompagnements des professionnels de santé, référent régional installation...) ;
- > Marketing territorial : initiatives « découvertes » et campagnes de recrutement ;
- > Une initiative Picarde visant à aider des jeunes issus des zones sous-dotées à intégrer les études médicales ;
- > Un assouplissement du cadre d'exercice de la médecine « foraine » dans les zones sous-dotées ;
- > Un soutien aux initiatives locales innovantes.

Éléments d'évaluation :

- > Des initiatives encore trop peu lisibles, disparates et concurrentielles ;
- > Une réponse encore trop partielle aux besoins d'accompagnement des jeunes médecins ;
- > Elargir le profil socio-territorial des étudiants en médecine : un levier d'action qui a fait ses preuves à l'étranger mais qui reste encore trop peu exploité en France ;
- > Médecine foraine : une qualité des soins qui reste à évaluer, un engagement nécessaire des collectivités territoriales, le dossier médical partagé (DMP) à relancer.

Pistes :

- > Engager un travail de recensement plus exhaustif des dispositifs (lisibilité, partage des efforts et des bonnes pratiques) ;
- > Coordonner et mutualiser les efforts ;
- > Créer de véritables « guichets uniques » (appui global au « projet de vie » des médecins et de leur famille) ;
- > Diversifier les profils sociaux et territoriaux des étudiants en médecine ;
- > Assurer les conditions de succès du DMP : souplesse, confidentialité, compatibilité avec les systèmes d'information hospitaliers, adhésion des médecins libéraux et des patients.

3.4.1 Informer et orienter les professionnels de santé dans la nébuleuse des aides

La pluralité des aides à l'installation et à l'exercice en zone sous dotée, de même que la diversité des acteurs qui les portent, les rend assez peu lisibles et obère en partie leur efficacité. Face à ce constat, la loi HPST a instauré des portails régionaux d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) portés par chaque ARS tandis que le Pacte territoire santé créait les référents régionaux pour l'installation. L'URPS Île-de-France complète cette offre avec ses permanences locales d'aide à l'installation.

Les portails d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)

Ces portails informatiques, développés dans chaque région, permettent d'informer sur les différents éléments du parcours (formation, installation, exercice) médical, ainsi que sur l'ensemble des aides auxquelles peuvent prétendre les professionnels de santé.

Ces portails présentent le panorama complet des aides conventionnelles et de l'État. En revanche, ils sont, selon les régions, plus ou moins exhaustifs sur les aides proposées par les collectivités territoriales.

Le référent régional pour l'installation

Instauré par le Pacte territoire santé, un (ou plusieurs) référent régional pour l'installation est désigné dans chaque ARS et a vocation à informer et accompagner les étudiants et professionnels médicaux aux différentes étapes de leurs parcours (formation, installation, exercice). Il fournit informations et accompagnement juridique et technique individualisé.

En Île-de-France, deux référents régionaux sont désignés ainsi qu'un correspondant installation dans chaque délégation départementale de l'ARS.

Les permanences locales d'aide à l'installation

En Île-de-France, l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) a également mis en place, en partenariat avec l'ARS, des permanences locales d'aides à l'installation, où les professionnels de santé ayant un projet d'installation en libéral peuvent bénéficier de conseils et de réponses à leurs questions. Un entretien individuel de 30 minutes environ leur est proposé avec la présence de représentants de l'ARS et de sa délégation territoriale concernée, l'Assurance maladie, l'URPS et l'Ordre concerné.

Les limites de ces mesures

Ces différents dispositifs, pour intéressants qu'ils soient, semble n'apporter qu'une réponse encore trop partielle aux besoins d'accompagnement des jeunes professionnels

Pistes d'amélioration

Le rapport sénatorial de 2017 propose de généraliser des expérimentations menées dans différents départements, tels que l'Aisne, qui ont mis en place de véritables « guichets uniques », plateformes encore plus intégrées que les PAPS, permettant :

- d'informer sur l'ensemble des aides et dispositifs existants, y compris ceux portés par les collectivités territoriales ;
- d'accompagner les professionnels de santé dans l'ensemble des démarches administratives liées à l'installation (démarches auprès de l'Ordre, immatriculation à l'Urssaf et aux organismes de protection sociale, recherche d'un local, ...) ;
- d'appuyer les professionnels plus globalement dans la réalisation de leur « projet de vie » (recherche d'un logement, inscription des enfants dans les écoles, appui à la recherche d'emploi du conjoint, ...).



Source : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/>

La diversité des aides et politiques publiques initiées par les différents acteurs locaux en France pour lutter contre la désertification médicale rend difficile leur recensement, obère la capacité des médecins à s'y retrouver et freine la diffusion des bonnes pratiques ou la mutualisation des efforts.

3.4.2 Les initiatives « découvertes » et campagnes de recrutement

Les collectivités territoriales, en partenariat avec des professionnels de santé, les associations d'internes, de médecins, d'usagers, ou encore en collaboration avec les instances régulatrices, actionnent les leviers de marketing territorial pour attirer vers leurs territoires. Certaines vont même jusqu'à engager elles-mêmes des campagnes de recrutement.

Les initiatives découvertes

En octobre 2016 se tenait, à Toulouse, le premier « Forum de l'installation en médecine générale », organisé à l'initiative de l'association des Internes de médecine générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP). L'objectif étant d'aider les futurs médecins à rencontrer leurs aînés installés en secteur rural et leur permettre d'entrer en contact avec les responsables de collectivités territoriales qui souhaitent favoriser leur installation sur leurs territoires. « 60 % des internes de médecine générale ne sont pas originaires de la région. Ils n'en connaissent donc pas les territoires. Il faut leur donner les moyens de les découvrir en faisant des stages chez des généralistes installés en zone rurale » précisait la présidente de l'association. Si l'on ne dispose pas d'une évaluation précise des retombées du dispositif, il reste que 80 internes en médecine générale y ont participé et ont rencontré 70 médecins et responsables territoriaux.

Cette initiative rencontre celle développée dans le Finistère par l'ARS Bretagne, qui organise, tous les ans depuis octobre 2015, un "*Généraliste dating*". Le concept étant que des généralistes mais aussi des pharmaciens ou des infirmières tiennent chacun un stand dans la Faculté de médecine de Brest. L'occasion de promouvoir la commune dans laquelle ils exercent et ainsi d'inciter des jeunes médecins à y faire des remplacements voire à s'y installer avec eux. En plus du stand, ils ont tous réalisé, le plus souvent avec l'aide des habitants, un clip de 60 secondes dans lequel ils présentent les atouts de leur territoire et leurs spécificités : maison médicale rassemblant des médecins et des paramédicaux, société coopérative d'intérêt collectif, salariat...

On pourrait également citer :

- les « nuits de l'installation » dans les Pays-de-la-Loire ;
- le week-end « sensation » organisé, fin septembre 2017, par la cellule « aide médecin » du conseil départemental de l'Aveyron : « *Venez vivre une expérience unique dans un cadre à couper le souffle !* » est le slogan pour convier internes et médecins occitans et d'autres confrères du reste de l'Hexagone, à Millau pour un « Week-end adrénaline en Aveyron ». Outre les activités de via ferrata, saut à l'élastique, etc., un cocktail dînatoire est organisé le samedi soir, pour « leur faire rencontrer des professionnels aveyronnais et qu'ils échangent entre eux », et présenter les offres de postes à pourvoir dans le département... ;
- le dispositif « *Instaltoïdoc-centrevaldeloire.fr* » de la région Centre-Val-de-Loire (novembre 2017). Le site internet, créé en collaboration avec l'ARS et les organisations professionnelles, la CPAM, la Mutualité sociale agricole et la Faculté de médecine de Tours, propose aux étudiants en médecine et aux internes une offre globale d'information et de services sur les perspectives d'installation en région Centre-Val de Loire mais aussi sur les offres d'emploi et de remplacement. Il détaille l'accès aux aides conventionnelles en fonction des zonages ou encore les implantations des structures d'exercice regroupé. Il met également en avant les atouts du territoire, son art de vivre et le foisonnement de l'offre culturelle et associative.

Campagnes de recrutement

Lors de l'assemblée plénière du 22 juin 2017 du Conseil départemental de Saône-et-Loire a été examiné le principe du recrutement d'une trentaine de médecins généralistes salariés du département, sur la base de contrats à 35 heures pour un salaire mensuel de 5 000 euros, affectés dans un centre de santé multi-sites qui serait créé à l'échelle du territoire à l'horizon 2018. Ce projet serait réalisé en partenariat avec la fédération des centres de santé, en concertation avec la caisse primaire d'assurance maladie, l'ARS et l'ordre des médecins. Il fait suite au dispositif « installeunmedecin.com », instauré en 2013, qui a permis à 92 médecins de bénéficier d'une aide financière, pour un montant total d'un million d'euros mais qui n'a pas enrayeré de processus de désertification de l'offre médicale dans les territoires les plus déficitaires. Le centre départemental de santé est prévu pour 2018, l'appel à candidature de médecins se fera ensuite. Reste à savoir s'il trouvera preneurs. Lors du dernier congrès national des centres de santé d'octobre 2017, où il était venu présenter cette initiative, André Accary, président du conseil départemental résumait le projet : « médecins : venez chez nous pour exercer la médecine. Nous, on s'occupe de tout le reste (ingénierie, organisation administrative, secrétariats...) ».

Pour ne citer qu'un autre exemple des efforts déployés par les collectivités territoriales pour recruter des médecins, l'exemple du bourg de Plénée-Jugon (Côtes d'Armor) qui a lancé, en février 2017, une campagne de recrutement (panneaux urbains, un à l'entrée de la ville, l'autre, lumineux, au cœur du centre-bourg) pour maintenir une présence médicale dans le bourg (après deux échecs avec des médecins étrangers). Ils laissent au candidat potentiel le choix de reprendre le cabinet médical existant, de s'intégrer à un pôle pluriprofessionnel (pédiatre et paramédicaux) ou encore d'être salarié par la commune. En contrepartie de quoi, ils ne demandent ... rien.



Crédit photo : Plénée-Jugon

3.4.3 Diversifier les profils sociaux et territoriaux des futurs médecins

Si les territoires ruraux ou défavorisés sont globalement désertés par les services (publics et marchands), différentes études montrent que le profil sociologique des médecins (issus généralement de milieux urbains et favorisés) est un élément supplémentaire de désaffection de ces territoires par les médecins [Institut Montaigne, 2013].

Déserts médicaux



© Plantu

En effet, les mesures visant à réformer la formation initiale sont assez développées dans les pays anglo-saxons (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni). Celles portant sur le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans des zones mal desservies, comme par exemple ceux qui en sont originaires semblent les plus prometteuses et les plus efficaces [Bourgueil & al., 2006]. En s'appuyant sur plusieurs rapports internationaux, l'OMS (2010) a également évalué positivement les politiques favorisant la formation médicale pour des étudiants originaires des zones déficitaires.

L'enquête sur les déterminants des projets d'installation des internes [Munck & al., 2015] semble aller également dans ce sens : les internes ayant un projet d'installation à l'issue de leurs études étaient, comparativement aux autres, plus âgés mais aussi moins urbains.

L'institut Montaigne (2013), dans ses propositions, propose de « *mettre au point des procédés de recrutement ciblés pour les études médicales par le biais de conventions avec des lycées en zone rurale ou en zone urbaine sensible* », pouvant s'appuyer sur l'expérience des « *conventions d'éducation prioritaire (CEP)* » mises en place par Sciences Po. L'institut Montaigne propose également, au vu de la durée des études médicales et des coûts induits, d'accompagner cette initiative d'une majoration des bourses pour les élèves afin de leur permettre d'envisager sereinement de longues études. Les sénateurs Maurey et Nicolay dans leur rapport d'information sur l'aménagement du territoire en 2017 reprennent l'idée de faire évoluer les études de médecine notamment en menant une « *réflexion approfondie pour adapter les critères de sélection lors de l'accès aux études de santé, afin notamment d'élargir les origines sociales et géographiques des étudiants, peu propices à l'installation dans les zones sous dotées* ».

Dans ce sens, une initiative picarde intéressante est relevée par Cardoux et Daudigny (2017) : en utilisant le financement FIR, l'ARS de Picardie avait, en 2014, initié, en partenariat avec l'université et le rectorat, une « *filière d'excellence* » visant à sélectionner, sur dossier scolaire, motivation et critères sociaux, des jeunes issus de territoires déficitaires pour les accompagner vers la réussite du concours de 1^{ère} année de médecine. Mise en place depuis 2016, cette mesure reste à évaluer en fonction des résultats qu'elle produira, mais la diversification des profils sociaux et territoriaux des futurs médecins est une piste intéressante pour former des professionnels qui devraient, par leur histoire de vie, être plus enclins ou moins réfractaires à s'installer dans ces zones qu'ils connaissent. Un dispositif de ce type est, depuis 2012, proposé par le conseil départemental de Seine-Saint-Denis et l'université Paris XIII qui dispensent une année préparatoire à la PACES pour les bacheliers du département sur critères de notes mais aussi de motivation. Cette préparation est quasi-gratuite.

Dans son rapport de décembre 2017 [Castaigne, Lasnier, 2017], le CESE préconise également de développer une filière d'initiation aux métiers de la santé dans les lycées implantés en zone sous-dotée, ou encore de développer les passerelles entre cursus universitaires.

3.4.4 La piste de la médecine « foraine » ou itinérante

En 2012, une des dix propositions de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) pour résorber les inégalités territoriales d'accès aux soins vise à permettre la médecine « délocalisée » ou « foraine », permettant « *d'assurer la présence de professionnels de santé dans des zones sous-denses sans qu'ils aient à y habiter ou y exercer toute l'année* »¹.

Cela demande que les puissances publiques (ARS ou collectivités) mettent à disposition de ces professionnels « itinérants » une infrastructure au sein de laquelle ils pourront exercer.

Lors de la consultation organisée par Agnès Buzyn à l'été 2017 auprès des syndicats de praticiens libéraux, la CSMF (Confédération des syndicats médicaux français) préconisait également de sortir du modèle unique de la maison de santé pluriprofessionnelle et recommandait la création de lieux de consultations dans des zones isolées, mis à disposition par les collectivités territoriales, et permettant le passage d'un médecin, une ou plusieurs demi-journées par semaine, avec à la clé des honoraires revalorisés et la prise en charge des frais de déplacement.

L'ANEMF propose aussi la mise en service de véhicules de santé pluriprofessionnels (VSPP), équipés de matériel médical semblable à celui d'un cabinet de ville et permettant plusieurs consultations en parallèle.

Pourtant, le code de déontologie médicale et l'article 74 (article R.4127-74) du code de la santé publique interdisent l'exercice de la médecine foraine, même si des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique, dans un cadre très strict. Les raisons de cette interdiction s'appuient sur la qualité des soins, le fait que les patients doivent pouvoir joindre leur médecin quand ils en ont besoin... Des conditions qui ne sont pas réunies en l'absence d'une offre médicale suffisante sur le territoire.

C'est pourquoi, malgré la réticence de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) au développement d'un tel mode d'exercice, l'article 74 a été assoupli en 2012 et instaure désormais que les besoins de la population peuvent conduire à mobiliser des médecins pour donner des soins dans des conditions inhabituelles. Dans l'intérêt de la santé publique, le conseil départemental de l'Ordre peut alors autoriser un médecin à exercer dans une unité mobile selon un programme défini à l'avance. "*Nous soutiendrons toutes les initiatives allant dans le sens d'une médecine plus mobile*" et "*répondant à des besoins temporaires*", a d'ailleurs déclaré en mai 2012 à l'AFP le secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux (SML).

Dans cet esprit, l'expérimentation du « cabinet éphémère » de Pontarlier, ouvert le 5 octobre 2017, est intéressante. Ce cabinet éphémère a été créé en attendant l'ouverture d'une maison de santé pérenne, en cours de réalisation. Dans ce cabinet éphémère, des médecins généralistes volontaires – en activité (hors zone déficitaire) ou retraités (depuis moins de deux ans) – recrutés dans un rayon de 65 kilomètres, assurent en alternance (9H/19H) un jour par semaine, des consultations aux tarifs de secteur I. Avec l'appui de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, de l'URPS, de l'Ordre des médecins et de la caisse

¹ Cela rejoint en partie différentes initiatives visant à inciter les médecins à exercer, à temps partiel, dans les zones sous dotées, comme par exemple les initiatives des contrats santé solidarité, les centres de santé multi-sites, ...

primaire, la mairie a imaginé cette solution inédite qui accueille les patients de la commune qui sont sans médecin traitant dans les locaux d'un ancien cabinet médical qui, après sa fermeture, a été racheté par la ville pour un montant de 385 000 euros (matériel compris). L'Ordre a, quant à lui, accordé une dérogation pour permettre aux médecins de se faire remplacer dans leur cabinet principal. Avec l'accord de la CPAM, les consultations sont facturées dans le cadre du parcours de soins d'urgence afin d'éviter toute pénalité financière aux patients (sauf en cas d'orientation vers un spécialiste). L'ARS a mobilisé une enveloppe de 45 000 euros qui s'ajoute au budget mobilisé par la ville pour régler les factures de chauffage, d'électricité et d'eau. Cette enveloppe permet de financer tous les autres frais afin que l'opération soit blanche pour les généralistes impliqués : frais de déplacement, logiciel métier, abonnement à un agenda pour la prise de rendez-vous, consommables... L'aide de l'ARS permet surtout de financer une garantie de revenu correspondant à 24 consultations par jour. En cas de moindre fréquentation uniquement, l'ARS assure la compensation financière (ce qui semble peu probable étant donné le succès de l'opération).

La question qui reste cependant ouverte face à ces expérimentations est celle de l'équilibre entre présence médicale et qualité des soins délivrés. L'ouverture à l'initiative locale du plan « *Renforcer l'accès territorial aux soins* » pourra peut-être conduire au développement de ce type d'initiatives.

3.4.5 Le dossier médical partagé

La mise en place du dossier médical partagé (DMP) faciliterait également bien évidemment la prise en charge des patients s'ils ne consultent pas toujours le même professionnel. Pour autant, des considérations éthiques¹ et techniques ont, jusqu'à aujourd'hui, freiné son développement.

Le dossier médical partagé (DMP) est né d'un projet public lancé par la loi n°2004-210 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Développé par l'Asip, et opérationnel sous l'appellation « Dossier médical personnel » depuis 2011, le DMP n'a pas rencontré le succès escompté. Seuls 500 000 patients disposaient d'un DMP après le déploiement alors que plus de 20 millions de Français avaient ouvert un compte Ameli.

Partant du constat de ses insuffisances et dans un objectif d'amélioration de la coordination des soins, il a été redéfini et rebaptisé « Dossier médical partagé » par loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui lui a par là-même attribué un nouveau régime juridique [France Assos Santé, 2017]. Son déploiement est confié à la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie), déjà en charge du service Ameli.

Le DMP est un dossier informatisé contenant des informations personnelles de santé alimenté par les professionnels de santé et stocké chez un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé par le ministère en charge de la Santé. Le respect de la vie privée et du secret médical doit être garanti dans le cadre de ce dispositif, par ailleurs, non obligatoire. Pour autant, une des critiques récurrente qui lui est faite est justement cette importante dérogation au secret médical qu'il pourrait engendrer. Enfin, le DMP ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé, mais son remplissage reste à la charge de chaque médecin, augmentant encore les temps non proprement médicaux qui lui incombent.

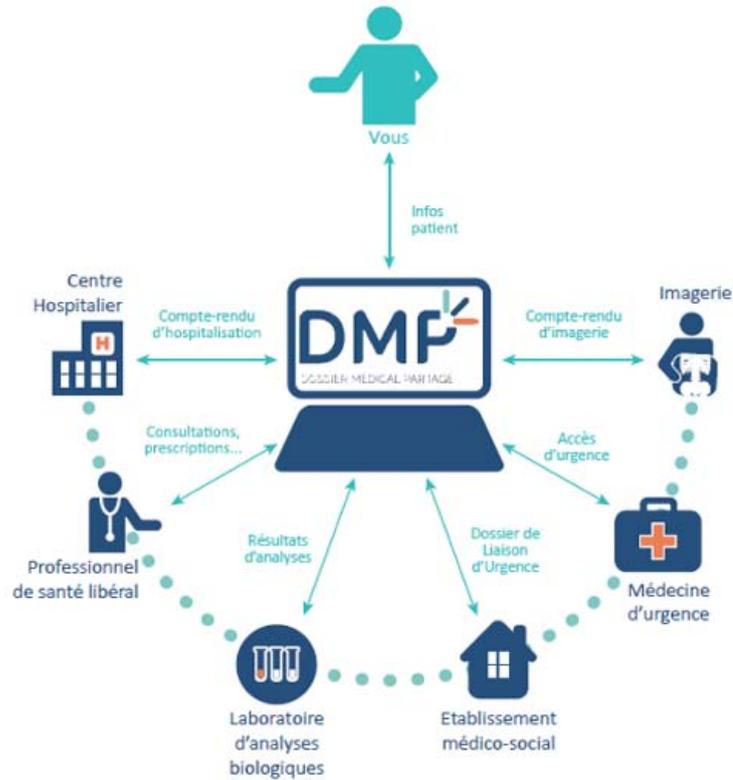
« Après plus de 10 ans de pérégrinations juridiques et politiques, il est temps d'inscrire la culture du partage des données de santé afin de limiter toute perte de chance d'être utilement et pertinemment pris en charge. Cette évolution doit s'exercer dans le respect des droits des usagers du système de santé, condition essentielle à son succès. Dans le

¹ Notamment le risque de porter atteinte à la confidentialité de données sensibles et de discrimination des personnes ou de constituer des banques de données dont l'usage pourrait, demain, être dévoyé par l'industrie pharmaceutique, les assurances, la sécurité, l'État...

cadre du déploiement du dossier médical partagé, nous serons vigilants sur le respect de ces principes » [France Assos Santé, 2017].

Il conviendra également, pour que cette nouvelle étape n'aboutisse pas à une impasse comme les précédentes, que le système soit souple et convivial pour que les patients puissent simplement choisir d'en retirer les informations qu'ils désirent. Il conviendra également de s'assurer de sa compatibilité avec les systèmes d'information hospitaliers pour qu'ils puissent l'alimenter en routine.

Figure 27. Le contenu du DMP



Source : <https://blog.mondocteur.fr>

3.5 Les actions visant à augmenter le temps médical

LES POINTS ÉSENTIELS

Constat initial :

- > Montée en compétence des paramédicaux : des initiatives positives mises en place à l'étranger ;
- > Les médecins consacrent en moyenne près d'une demi-journée par semaine à des tâches administratives.

Leviers d'action :

- > Évolution des compétences et délégations de tâches entre professionnels de santé ;
- > Allègement ou aide à la prise en charge des tâches administratives pour libérer du temps médical.

Éléments d'évaluation :

- > Évolution des compétences et délégations de tâches : un levier d'action intéressant, des expérimentations prometteuses ;
- > La France, moins en avance en ce domaine que d'autres pays occidentaux - des freins réglementaires et corporatistes au développement du partage des compétences ;
- > Des décrets d'application qui se font attendre ;
- > Un levier d'action peu effectif quand les déserts médicaux sont pluri-professionnels.

Pistes :

- > Encourager les coopérations, notamment par une clarification des tâches et par la définition, dans le cadre d'une négociation interprofessionnelle, d'un régime de financement incitatif ;
- > Déployer les dispositifs expérimentaux existants ;
- > Poursuivre et développer les actions visant à décharger les médecins des tâches administratives.

3.5.1 La coopération entre professionnels de santé

Devant la perspective d'une diminution du nombre de médecins, des travaux confiés en 2002 et 2003 au professeur Berland avaient préconisé la mise en place de délégations de tâches vers les professions paramédicales.

A la suite de ces propositions, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2007 a, sous forme d'expérimentation, ouvert aux infirmiers la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux. Ce texte a également autorisé les opticiens lunetiers à adapter, sous certaines conditions, les prescriptions délivrées par les ophtalmologistes.

Avec la loi HPST de 2009, la coopération entre professionnels de santé a été sortie de son cadre expérimental. La loi laissant aux professionnels de santé l'initiative d'instaurer entre eux une démarche de coopération. Le bilan est cependant très décevant en raison des nombreuses difficultés auxquelles se heurte la mise en place de la coopération entre professionnels de santé : lourdeur excessive de leur dispositif de validation par les instances régulatrices¹, modalités de rémunération, partage des responsabilités, mais aussi réticence des milieux professionnels, chacun défendant son identité professionnelle. Le rapport Hubert (2010) a notamment fait ce constat, en particulier de la part de médecins généralistes qui parlent de délégation de tâches et non de transfert, ou de certaines infirmières réticentes à transférer aux aides-soignantes les soins d'hygiène.

Des délégations de compétences ont pourtant été mises en place dans de nombreuses régions, vers les infirmières diplômées d'État, hospitalières et libérales, pour la prise en charge de certaines pathologies comme le diabète. En Poitou-Charentes, en particulier dans les Deux-Sèvres, où le dispositif « ASALEE » élargit le champ de compétences des infirmières diplômées d'État, en partenariat avec les médecins généralistes. Ces dernières, chargées plus particulièrement d'éducation thérapeutique, sont intégrées aux maisons de santé pluridisciplinaires, avec un statut particulier. Cette piste de délégations de compétences est intéressante mais le cadre réglementaire peu facilitant [Arnault, 2016].

Dans l'idée également d'une montée en compétence des professionnels paramédicaux, à l'instar de ce qui se pratique aux USA, au Canada, Royaume Uni, Australie, Suisse... « l'exercice en pratique avancée »² a été introduit par l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Les professionnels de santé y semblent plus favorables, notamment les infirmiers qui y voient, au contraire de la délégation des tâches, une opportunité d'évoluer, de se former, et d'être rémunérés en conséquence. D'aucun [Cardoux et Daudigny, 2017 ; Beinier, 2017] regrettent cependant que ce dispositif ne soit pas encore rendu opérationnel faute de publication des décrets d'application³.

Le plan 2017 « Renforcer l'accès territorial aux soins » semble encourageant puisqu'il promet de déployer le dispositif ASALEE, notamment en zone sous-denses. Il préconise aussi de développer les pratiques avancées, notamment en précisant les conditions de rémunérations spécifiques des praticiens qui y adhéreront.

¹ Les protocoles de coopération entre professionnels de santé sont soumis à la validation de l'ARS et de l'HAS avant de pouvoir être déployés.

² Ce dispositif, prévu à l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique, permet à des auxiliaires médicaux, notamment au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin, de se voir confier la réalisation de certains actes (activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, actes techniques et de surveillance clinique, certaines prescriptions...), sous réserve qu'ils soient titulaires d'un diplôme ad hoc de niveau Master 2 délivré par une université habilitée à cet effet.

³ Pourtant, deux masters existent déjà en France pour permettre aux infirmiers de poursuivre vers la pratique avancée infirmière. L'un se déroule à l'université de Saint-Quentin, l'autre à l'université d'Aix-Marseille.

3.5.2 Alléger le poids des charges administratives

Une enquête de la Drees (2010) sur le temps de travail des médecins libéraux montrait que le « travail administratif » faisait l'objet, pour les médecins, d'une véritable organisation : des plages de l'agenda lui sont réservées le matin avant la consultation, à l'heure du déjeuner ou le soir en fin de consultation selon les professionnels. D'autres encore lui réservent une demi-journée ou une journée entière par semaine. Pour d'autres enfin, les choses sont plus floues et ce travail est fait dans les marges : le soir, le week-end, à la maison souvent, parfois avec un retour au cabinet. Malgré l'absence de sources de données véritablement fiables et actualisées, il est possible d'estimer ce temps de travail administratif hebdomadaire à environ 4,5 heures en moyenne (entre 2 et 10 heures selon les études) [Le Fur, 2009].

La consultation menée en 2015 par le CNOM auprès des médecins [CNOM, 2015] a pointé le désarroi des médecins face à l'importance (croissante selon eux) des tâches administratives qui leur incombent : 97 % des 35 000 médecins ayant répondu à la consultation en ligne ont estimé qu'ils subissaient trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives, et qu'ils souhaitaient retrouver du temps médical. C'est même la priorité n°1 pour 86 % d'entre eux.

Le CNOM demande donc que soit mise en place une aide administrative pour redonner du temps médical aux médecins. C'est en partie ce qu'a réalisé la ville d'Ermont qui a investi pour une première maison médicale pluriprofessionnelle (MSP), dans laquelle la municipalité non seulement paye le loyer et le mobilier, mais aussi les salaires des secrétaires. « *Les médecins peuvent ainsi se concentrer sur leur métier. En contrepartie, ils s'engagent à respecter les tarifs du secteur 1 et soigner tous les patients relevant de la CMU* » expliquait le maire au Parisien (07/05/2015). Face au succès de cette première MSP, le maire prévoyait l'ouverture d'une seconde structure de ce type dans un autre quartier de la ville (pour un coût estimé à 800 000 euros).

C'est également le cas de la maison médicale installée en 2014 à Gournay-en-Bray (Seine-Maritime) : « *À quarante-cinq minutes de Rouen, elle a su attirer de jeunes médecins car elle a mis en place une organisation coordonnée très innovante, avec une secrétaire qui fait tout l'administratif et une infirmière. Le médecin fait de la vraie médecine. C'est une vraie motivation, bien plus que la carotte financière* », explique un des médecins y exerçant [Le Figaro, 13/12/2016].

Le CESE, dans son rapport de décembre 2017 [Castaigne, Lasnier, 2017] propose également que les cotisations sociales versées par les médecins de secteur 1 pour un emploi de secrétariat mutualisé soient fortement réduites dans les zones sous-dotées.

3.6 Les actions visant à répondre aux aspirations des médecins

LES POINTS ESSENTIELS

Constat initial :

- > L'exercice collectif : plébiscité par les professionnels de santé ;
- > Importance prépondérante du cadre de vie pour eux-mêmes et pour leur famille dans les choix des lieux d'installation et d'exercice des professionnels de santé.

Leviers d'action :

- > Appui au développement des structures d'exercice collectif (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé) ;
- > Aides complémentaires (embauche d'un secrétariat ou d'un vigile, organisation de la desserte ...) ;
- > Faciliter la vie quotidienne et l'exercice des professionnels de santé.

Éléments d'évaluation :

- > Les structures collectives répondent aux aspirations des professionnels de santé, aux besoins des patients et aux enjeux de santé publique et d'aménagement du territoire ;
- > Des projets à soutenir dès l'amont (ingénierie de projet, locaux, équipement informatique...) ;
- > Implication d'au moins un médecin requise dès le début ;
- > Un modèle économique qui reste à consolider (rémunération des actions de coordination notamment) ;
- > Des risques de centralisation accrue de l'offre médicale et/ou de concurrence avec l'offre libérale déjà installée aux alentours ou entre projets.

Pistes :

- > Coordonner les initiatives ;
- > Étendre les innovations en termes de nouveaux modes de rémunération ;
- > Créer et/ou pérenniser (financer) des emplois de « coordinateur » et de « médiateurs en santé » ;
- > Soutenir d'autres formes d'exercice coordonné (réseaux de professionnels, structures multi-sites, ...) ;
- > Mieux articuler les différentes politiques publiques (aménagement du territoire, politique de la ville, revitalisation rurale, urbanisme favorable à la santé, études d'impact sanitaire, ...).

3.6.1 Développer les structures d'exercice collectif

L'exercice collectif : à la croisée des intérêts des professionnels, des patients, des pouvoirs publics

L'exercice regroupé et pluri-professionnel est plébiscité par les jeunes générations de médecins, car il permet de rompre avec l'isolement, d'échanger, d'améliorer les conditions d'exercice et le cadre de travail, de mutualiser les charges et les investissements en équipements médicaux, d'organiser les temps de travail et de congés avec plus de marges de manœuvre... Au-delà des bénéfices pour les professionnels de santé, ces structures collectives présentent également l'intérêt, pour les patients, d'augmenter l'accessibilité horaire des cabinets médicaux, d'organiser des parcours de soins plus fluides... Les pouvoirs publics s'y retrouvent également puisque ces structures permettent de répondre à différents objectifs d'une offre de santé de proximité et de qualité : projet de santé, continuité et permanence des soins, suivi des patients et coordination des soins, prise en charge de populations en difficulté, amélioration des pratiques, coopérations interprofessionnelles, développement d'actions de prévention, d'éducation thérapeutiques, participation à la veille épidémiologique, à la formation des jeunes médecins...

Des structures en plein développement

Peu étonnant donc que le développement de ces structures, notamment dans les zones rurales, dans les quartiers en politique de la ville ou autres zones déficitaires en offre de soins, soit plébiscité par l'ensemble des rapports sur la question de l'accès aux soins de premier recours et soutenu par l'Assurance maladie, l'État (santé, aménagement du territoire, ruralité, politique de la ville) et de très nombreuses collectivités territoriales.

Déjà, en juin 2001, le rapport Lucas sur "l'exercice médical face à la permanence des soins" analysait les solutions possibles contre la désertification médicale : « *En zones rurales, la désertification médicale n'est que le reflet d'une désertification générale. (...) Il nous semble qu'une solution serait de faciliter la constitution de maisons médicales qui s'implanteraient au centre d'une zone, par regroupement des professionnels de santé, en assurant le déplacement des patients.* ». Depuis, chaque plan, programme, ou rapport reprend cette mesure comme un des leviers phare de la lutte contre la désertification médicale sur certaines parties du territoire national.

Les structures d'exercice collectif peuvent être de différentes formes : centres de santé, maisons de santé pluri professionnelles ou pôles de santé

De fait, le modèle des **centres de santé** (structures collectives où les professionnels de santé sont salariés, anciens dispensaires, portés généralement par des municipalités, associations ou congrégations) existe depuis longtemps. Du fait de son modèle économique (voir ci-après), ce n'est pas lui qui était mis en avant jusqu'à présent lorsqu'était évoquée la piste des structures collectives pour remédier aux déficits territoriaux d'offre de soins. C'est plutôt le modèle des **maisons ou pôles de santé pluri-professionnelles** (MSP), mono ou multi sites, regroupant des professionnels de santé libéraux (généralistes, spécialistes et paramédicaux) autour d'un projet de santé partagé et validé par l'ARS, qui est mis en avant.

De fait, ces MSP se sont fortement développées depuis la fin des années 2000 : alors qu'on n'en comptait que 20 en 2008, on dénombre aujourd'hui (mars 2017) en France 910 structures ouvertes et 334 en projet, selon la DGOS. Le Président de la République Emmanuel Macron, lui, promet de doubler leur nombre pendant son quinquennat (400 millions d'euros seraient prévus à cet effet dans le programme d'aide à l'investissement qui devrait être lancé fin 2017).

Un fort soutien des pouvoirs publics

Différentes collectivités territoriales et financeurs publics (État, Caisse des dépôts, Europe, Assurance maladie) apportent leur soutien au développement de ces structures, notamment dans les zones rurales ou en politique de la ville.

Citons par exemple le plan d'équipement de 250 maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural lancé par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du

territoire (Ciadt) du 11 mai 2010 [Chevallard, Jerber, 2016]. Ou encore le plan « Dynamique espoir banlieues » du Comité interministériel des villes (CIV) de 2008 visant, entre autres actions en faveur des 215 quartiers prioritaires de la Politique de la ville, à y créer dix maisons de santé par an, ou plus récemment, ou bien, plus récemment, la circulaire de 2016 prévoyant que l'enveloppe de 250 millions d'euros de fonds propres réservés par la Caisse des dépôts à ses investissements immobiliers (commerces, résidences, médico-social...) à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) soit en partie consacrée à des investissements pour des futurs projets immobiliers de création, d'extension ou de rénovation de maisons ou centres de santé implantés dans les QPV ou à proximité.

En ce qui concerne les collectivités territoriales, régions, départements mais aussi intercommunalités et communes sont parties prenantes du développement de ces MSP [APVF, 2016] et autres structures d'exercice, selon les modalités qui, encore une fois, leur sont propres. Par exemple, pour n'en citer que quelques-unes :

- Le **département du Cher** aide à la création de MSP mais aussi de cabinets médicaux non labellisés MSP comme à Châteauneuf-sur-Cher (2015), Saint-Martin-d'Auxigny (2016), Veaugues (2017) - En 2015 et 2016, le département a investi plus de 1 244 000 € dans ces structures ;
- Le **département de la Côte d'or** offre une subvention pour la création d'une MSP variable selon la localisation du projet : 15 % de la dépense éligible HT dans un plafond de 125 000 € hors zone sous-dotée, 25 % de la dépense et plafond de 250 000 € dans les zones sous-dotées ;
- Le **département du Loir-et-Cher** favorise l'implantation de MSP en subventionnant les projets à hauteur de 10 % du coût d'investissement HT avec un plafond de 60 000 € mais aide également à l'ingénierie pour le regroupement des professionnels de santé porteurs d'un projet privé de regroupement à hauteur de 50 % du coût de l'assistance à maîtrise d'ouvrage avec un plafond de 40 000 € ;
- Le **département de Seine-et-Marne** engage en 2017 près de 3 millions d'euros, contre 872 000 en 2016, et 297 000 en 2015 pour soutenir l'investissement immobilier des maisons médicales ;
- La **région Île-de-France**, qui en 2017 a provisionné 3,5 M€ à la lutte contre les déserts médicaux (1,6 pour les MSP), s'engage, quant à elle, à soutenir financièrement l'installation de tous les praticiens (médecins généralistes, spécialistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes etc.), de toutes les structures (collectives et isolées), de toutes les formes d'exercices (salarié et libéral), qui exercent en secteur 1 et 2 (à tarif modéré). Elle portera l'aide à l'équipement et aux travaux pour les cabinets isolés ou de groupe à 50 % (plafonné à 15 000 €) et apportera une aide financière de 15 000 € pour la sécurisation des locaux des praticiens libéraux. Pour les structures d'exercice collectif, elle peut subventionner les travaux d'installation (30 % de la dépense subventionnable dans la limite de 300 000 €) ou d'acquisition d'équipements mobiliers ou informatiques (50 % de la dépense subventionnable dans la limite de 150 000 €). En contrepartie, les bénéficiaires de la subvention s'engagent à maintenir l'affectation des biens immobiliers à l'activité subventionnée pendant au moins 25 ans (3 ans pour les biens mobiliers) ;
- La **région Auvergne Rhône Alpes** a décidé en 2017 un doublement de ses aides aux maisons de santé (le soutien régional passant de 100 000 à 200 000 € par projet en investissement) avec l'objectif d'accompagner au moins « trente opérations » dans les zones défavorisées pour un montant de 6 millions d'euros en 2017 ;
- La **région Nouvelle Aquitaine** dans son ensemble, a, en 2016, soutenu la création de 22 MSP ;
- La **région Centre-Val de Loire** a investi 1,7 M€ pour soutenir la création de huit MSP sur l'ensemble de son territoire en 2016, 1,3 M€ en 2015... ;

Les maisons de santé pluri-professionnelles, un modèle largement soutenu par les pouvoirs publics et les collectivités territoriales

- La **région Grand Est** propose un financement plafonné à 150 000 €, dont le montant dépend de la zone d'implantation du projet en zones fragiles dites prioritaires, de l'intérêt du projet relativement aux besoins de santé identifiés sur le territoire, de la qualité du diagnostic présenté, et de la qualité et du contenu du projet de santé. La région précise qu'elle vérifie, avant d'octroyer le financement que le projet n'entrave pas la concurrence dans la zone de rayonnement, que le projet démontre, par des lettres signées, l'engagement des professionnels de la santé à exercer leur activité pendant au moins cinq ans au sein de la maison de santé pluridisciplinaire, et enfin que le porteur de projet s'engage à rester propriétaire du bâtiment pendant au moins dix ans, à compter de la date de décision d'attribution de la subvention ;
- La **région Occitanie** propose une subvention d'investissement qui s'élève, pour les maisons de santé, à 20 % d'une assiette éligible plafonnée à 650 000 € avec une aide maximum de 130 000 € par projet, et, pour les centres de santé, à 30 % d'une assiette éligible plafonnée à 650 000 €, aide maximum de 195 000 € par projet, le taux cumulé d'aides publiques étant plafonné à 80 %. La région fixe plusieurs conditions à l'obtention de cette subvention : outre le diagnostic territorial préalable et le projet de santé pluriprofessionnel, il faut que l'implantation entre deux structures (maison de santé ou centre de santé) soit au minimum distante de 20 km ou d'un temps de trajet de 20 minutes, que les professionnels médicaux et paramédicaux s'engagent à exercer leur activité au sein de la maison de santé pendant une durée minimale de 3 ans à compter de son ouverture, qu'ils soient en capacité de recevoir des étudiants en stage, que le projet soit également porté par une autre collectivité territoriale ;
- La **région Bourgogne** elle, a décidé d'aider au financement de locaux ou studios pour accueillir des médecins ou leurs remplaçants, ou pour créer des cabinets secondaires pour permettre un rayonnement plus large des structures d'exercice collectif. Dans les secteurs qu'elle définit avec l'ARS comme sous-dotés, la région Bourgogne propose une aide de 10 000 € pour les cabinets médicaux et paramédicaux qui se situent dans une zone à conforter (5 000 € pour les cabinets médicaux et paramédicaux qui se situent hors des zones à conforter) avec un taux de subvention maximum de 40 % et la nécessité pour les professionnels de santé de s'engager à y exercer pendant une durée minimum de 3 ans.

Le risque des « coquilles vides »

Cardoux et Daudigny (2017) mettent en avant plusieurs éléments d'alerte. Le premier étant le risque de construire des « murs » qui restent vides de tout médecin.

À Villers-Pol (Nord), petite commune de 1260 habitants, le maire n'a pas trouvé de médecin pour occuper la maison médicale qu'il vient de rénover pour 250 000 euros. « *J'ai eu des vendeurs de médecins qui me garantissaient un médecin sous quinze jours pour plusieurs milliers d'euros, et me le remplaçaient s'il ne convenait pas, j'ai refusé* » (le Monde, 03/06/2016).

À Hautefort, en Dordogne, « *les locaux (de la MSP) sont magnifiques. On a le plus beau cabinet de kiné de toute la région* », assure au quotidien La Croix (12/10/2017) une des six infirmières qui y travaillent aux côtés de deux pédicures, deux psychologues, un ostéopathe et bientôt une sage-femme. « *Mais, nous n'avons pas un seul médecin* ». Pourtant, cette maison avait été mise en place dès 2012 à l'initiative de deux médecins, partis s'installer ailleurs au bout de 2 ans.

Même scénario à Avanton, petite commune de 2 000 habitants près de Poitiers, où la MSP des infirmières et un ostéopathe mais ne trouve pas preneur pour les cabinets médicaux : « *Nous (la municipalité) avons eu des contacts sérieux avec deux jeunes généralistes. Le premier a finalement choisi une autre région, le second un cabinet de la région avec trois autres confrères* ». Et pourtant, pour construire ces locaux, la commune avait investi 430 000 €. L'adjoint au maire résume : « *Officiellement, tout le monde réclame des médecins. Mais en pratique, tout n'est pas si simple* ».

Officiellement, tout le monde réclame des médecins, mais en pratique, ce n'est pas si simple

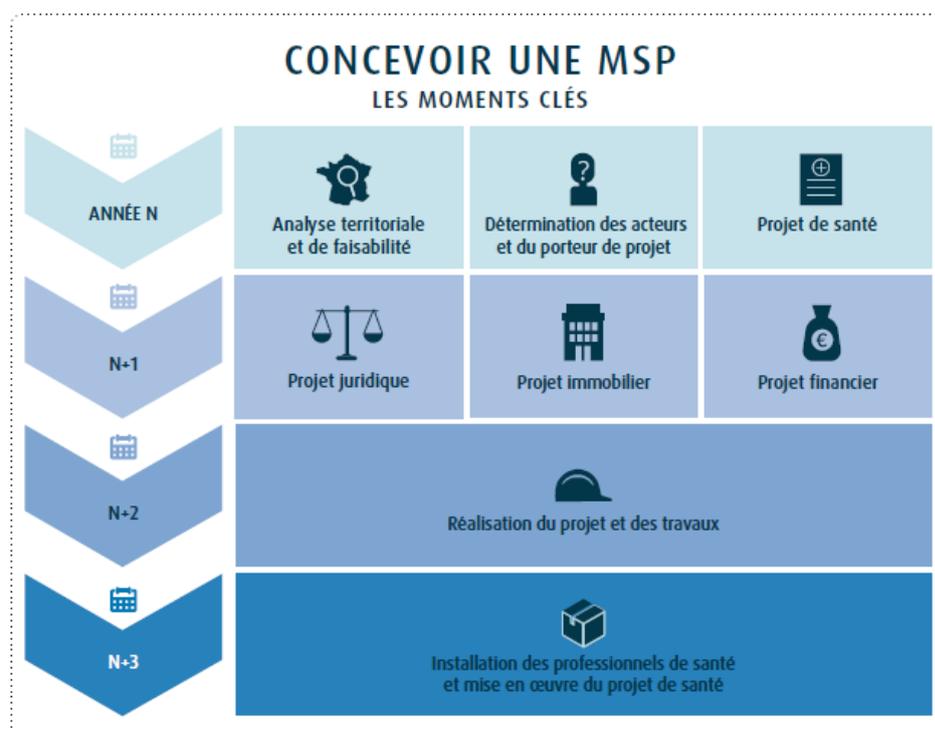
Face à ces constats, de nombreuses collectivités tentent également de salarier elles-mêmes les professionnels de santé, français ou étrangers, qu'elles arrivent, pour un temps plus ou moins long, à attirer dans leur structure. Ce levier est, dans les faits, actionné avec plus ou moins de bonheur selon les cas.

« Si les bâtiments restent vides, c'est souvent parce que les élus font les choses à l'envers. Ils construisent d'abord les murs et s'adressent ensuite aux médecins pour les faire venir. Alors que la première chose à faire, avant de lancer la construction, c'est d'élaborer un projet de santé cohérent en lien avec les professionnels », souligne-t-on à la Fédération nationale des maisons de santé (La Croix, 12/10/2017).

Les « murs » ne suffisent pas

Cardoux et Daudigny (2017) reprennent les facteurs de réussite régulièrement cités : se donner le temps de la maturation du projet, temps durant lequel doivent se rencontrer d'une part un engagement fort d'au moins un professionnel de santé pour impulser le projet et d'autre part, une bonne collaboration avec les élus et autres pouvoirs publics partenaires.

Figure 28. Les étapes clés pour concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle



Source : site internet de la Mutuelle d'assurance des professionnels de santé (MACSF)

En effet, les « murs ne suffisent pas à faire venir des professionnels de santé ». Plusieurs collectivités s'en sont aperçues à leur détriment : « les maires qui construisent une maison et pensent pouvoir la remplir plus tard courent à la catastrophe » [Arnault, 2016]. « Les politiques volontaristes pour recruter des médecins sont rarement efficaces : elles permettent parfois de trouver un praticien étranger, mais ce dernier risque de partir au bout de quelques années. Les expériences les plus réussies ont été initiées par des professionnels de santé ».

Le risque de concurrence

Inversement, les élus de leur côté doivent être vigilant aux effets concurrentiels de leurs initiatives : un article du Quotidien du médecin du 2 mai 2013 intitulé « Quand les maisons et pôles de santé se heurtent à l'hostilité des élus » expose un témoignage où le consensus dégagé autour de l'utilité d'une structure d'exercice regroupée avait volé en éclats car chaque élu voulait son médecin ou cabinet médical sur son territoire. D'autres

Mutualiser et coordonner plutôt que rivaliser

témoignages font état d'un effet d'attractivité des nouvelles structures au détriment (et non pas en complément) des structures pré-existantes.

Lors du colloque du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS - association d'usagers) de 2015, le président du CISS de Poitou-Charentes alertait sur le fait que si de nombreuses maisons de santé pluri-professionnelles remplissent bien leur rôle, d'autres n'ont fait que concentrer les médecins présents aux alentours, allongeant ainsi la distance que les usagers doivent parcourir pour se faire soigner.

Des structures qui semblent contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins dans les zones sous dotées

Le développement de ces structures collectives semble, entre autres, avoir contribué au rééquilibrage de l'offre de soins dans les zones fragiles [Chevillard, 2015] mais également à la qualité des soins et de la prise en charge coordonnée des patients.

Un modèle économique qui reste à stabiliser

Pour autant, en 2010, le rapport Hubert déplorait que ce mode d'exercice, pour intéressant qu'il soit, peine à se développer du fait de la fragilité juridique de ces exercices regroupés, de l'absence de modèle économique stabilisé¹, des dispositifs d'aides dispersés et mal connus, parfois inadaptés et inconstants, l'absence d'accompagnement au montage des projets et lourdes contraintes administratives, des archaïsmes déontologiques (impossibilité de considérer la structure globale comme « structure traitante » en lieu et place du « médecin traitant », obstacles législatifs au partage des informations entre médecins et paramédicaux, alors que cela se fait sans souci à l'hôpital).

Une organisation de l'offre de soins qui est plébiscitée et à qui il convient de donner un modèle économique stabilisé

La coordination des soins a un coût

De fait, les maisons de santé pluriprofessionnelles se heurtent, entre autres, à certaines des difficultés rencontrées antérieurement par les centres de santé : la rémunération à l'acte laisse un vide financier pour tout ce qui concerne la coordination des soins, la gestion du tiers payant, les missions de prévention ou les actions sociales connexes, l'emploi d'un coordinateur pour la structure...

Les centres de santé pâtissaient, pour leur part, également de « désavantages » par rapport aux maisons médicales libérales : les conditions d'emploi de salariés administratifs étaient moins avantageuses pour les centres de santé que dans les structures libérales par exemple [Georges et Waquet, 2013]. Leur modèle économique intrinsèquement fragile impliquait donc un effort financier parfois important de la part des collectivités ou associations gestionnaires des centres. Après avoir ainsi eu mauvaise presse, et connu une période de désengagement progressif de leurs financeurs, ils semblent aujourd'hui connaître un regain d'intérêt. Le 3 octobre 2014, lors du 54^e congrès national des centres de santé, Myriam El Khomri, alors secrétaire d'État chargée de la politique de la ville, parlait même des centres de santé comme de l'« *avant-garde de la médecine de demain* ». De même, la ville de Paris renonçait, en 2015, à fermer ses centres de santé et entamait un programme de modernisation.

Un regain d'intérêt pour les centres de santé

Les nouveaux modes de rémunération : une mise en place attendue

Des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunération (NMR) ont été d'abord testés² puis étendus pour aider au financement, par des montants forfaitaires, des actions spécifiques de ces structures (MSP et centres de santé) en termes de collaboration et de coopération entre professionnels de santé, enjeu de santé publique et d'amélioration du parcours de soins pour les patients (voir Encadré 3 – Accord conventionnel inter-professionnel - ACI). L'inclusion des centres de santé à ces dispositifs (dans le cadre de l'ACI ou de l'accord national des centres de santé de 2015) est salué par la Fédération nationale des centres de santé qui y voit une opportunité véritable de « *poser les bases*

¹ Investissement de départ élevé, de 800 000 euros en moyenne selon l'Ordre des Médecins.

² Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008.

d'un véritable virage du financement de l'ambulatoire pour les équipes de soins primaires » et qui en attendent une augmentation de rémunération de 30 à 50 %.

Pour prometteurs qu'ils soient, ces nouveaux modes de rémunération resteront à évaluer.

Encadré 3. Les nouveaux modes de rémunération présentés sur le site internet de la Fédération des maisons de santé Nord (FEMASNORD)

Après quatre années d'expérimentations (ENMR), pilotées par les ARS, auprès de 150 maisons et centres de santé sélectionnés en 2010, puis 150 nouvelles structures en 2014, les nouveaux modes de rémunération (NMR) sont entrés dans le champ conventionnel en février 2015.

L'accord conventionnel interprofessionnel n'ayant pas abouti fin 2014, un règlement arbitral a été approuvé par arrêté du 23 février 2015, publié au Journal officiel du 27 février 2015. Une nouvelle négociation a eu lieu en avril 2017, afin de pérenniser et faire évoluer ces NMR. 17 syndicats représentatifs des professionnels de soins primaires et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) le 20 avril 2017. Cet ACI établit donc une nouvelle convention pour cinq ans, permettant de pérenniser les nouveaux modes de rémunération et ainsi de favoriser le travail pluriprofessionnel en maison de santé, mais aussi en centre de santé.

Ces NMR ont vocation à valoriser la coordination pluriprofessionnelle, qui ne peut être rémunérée à l'acte. Pour en bénéficier, il faut avoir élaboré un projet de santé, validé par l'ARS, en cohérence avec le projet régional de santé ; être constitué en SISA¹ (ou s'engager à constituer une SISA dans les 6 mois) ; établir un contrat d'une durée de 5 ans entre l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP, la CPAM et l'ARS.

Comment est calculée la rémunération ? En signant ce contrat, l'équipe pluriprofessionnelle s'engage sur 3 axes : l'accès aux soins, le travail en équipe, l'utilisation d'un système d'informations partagé.

Dans chacun de ces axes, figurent des engagements socles (obligatoires pour bénéficier des NMR) et des engagements optionnels (bonus).

Pour chacun de ces axes, il y a une part fixe et une part variable (en fonction de la taille de la patientèle).

Le niveau de rémunération est calculé selon un système de points, où 1 point = 7€. La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la MSP (patients CMUC et AME). Si ce taux est supérieur au taux national, une majoration égale à cette différence s'applique à la rémunération.

¹ La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est un cadre juridique pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en maison de santé pluridisciplinaire. Elle doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés.

Tableau 5. Modalités de calcul des nouveaux modes de rémunération

Accès aux soins		Travail en équipe		Système d'information	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Socles		Socles		Socles	
<p>Ouverture de la MSP et accès à des soins non programmés Ouverture de la MSP : 8h-20h (soit 12h/jour) + samedi matin = 800 pts 10h à 12h/jour + samedi matin* = -60 pts 8h à 10h/jour + samedi matin* = -150 pts Fermeture samedi matin* = -120 pts Fermeture maximum 3 semaines pendant les vacances scolaires = -20 pts *sauf organisation territoriale</p>		<p>1. Protocoles pluriprofessionnels, selon les thématiques de santé prioritaires dans la région : 8 au maximum. 100 pts par protocole.</p> <p>2. Fonction de coordination (professionnel de santé ou personnel administratif) 700 pts</p>		<p>Si labellisé niveau 1, ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature. 500 pts + 200 pts par professionnel à équiper, jusqu'à 16 professionnels (au delà : +150 pts par professionnel supplémentaire à équiper).</p>	
<p>Optionnels</p> <p>1. Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure, au moins 1j/semaine 250 pts</p> <p>2. Idem, au moins 0,5 ETP/semaine 250 pts</p> <p>3. Au sein de l'équipe: au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien ou au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>4. Au sein de l'équipe : au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien et au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>5. Au moins deux médecins Contrat Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) 200 pts</p> <p>6. Evaluation de la satisfaction des patients 100 pts</p>		<p>Optionnels</p> <p>Concentration pluriprofessionnelle formalisée et régulière autour de cas patients. Comptes rendus intégrés dans le SI, permettant une requête informatique. Objectif: au moins 6 réunions par an et 5% des patients MT (et enfants) en ALD ou âgés de plus de 75 ans sans ALD, par an. 1000 points</p> <p>Fonction de coordination : Patientèle entre 4000 et 8000 patients 1350 pts supplémentaires Fonction de coordination : Patientèle au-delà de 8000 patients 1000 pts supplémentaires par tranche de 4000 patients.</p>		<p>Optionnels</p> <p>Coordination extérieure : mise en place de procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les services et établissements sanitaires et médicosociaux (volet de synthèse médicale transmis) (200 pts)</p> <p>Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages /an) 450 pts</p> <p>Si labellisé niveau 2, ASIP santé 100 pts</p>	

Source : Site internet de la Fédération des maisons de santé Nord (FEMASNORD)

La piste des accompagnateurs/médiateurs régionaux ou départementaux

Pour répondre à certains dysfonctionnements (discordes entre professionnels ou avec les élus, élus ne trouvant pas de médecins pour exercer dans leurs maisons de santé...) pouvant mettre en péril la réussite d'un projet de MSP, Chevillard et Jerber (2016) préconisent de s'appuyer sur des **accompagnateurs régionaux ou départementaux** (ARS, Conseil de l'Ordre, URPS, fédérations régionales des maisons et pôles de santé). Ces derniers joueraient un rôle d'anticipation et de résolution des conflits (externalisation du problème, diffusion des bonnes pratiques, mise en relation des acteurs clés, ...) tel que cela a été mis en place par la fédération régionale des maisons et pôles de santé de Rhône-Alpes, en partenariat avec l'ARS.

Nécessité d'un coordinateur...

Les pôles et maisons de santé sont composés au minimum de deux médecins généralistes et d'un paramédical mais, en moyenne, ils comptent plus de neuf professionnels de santé. Pour assurer le fonctionnement collectif de ces structures, un certain nombre de missions transverses de coordination requièrent l'embauche d'un **coordinateur** (pérennité des missions administratives, missions de communication, relations internes et externes à la maison de santé). Ce dernier pouvant être embauché à temps partiel, ou mutualisé avec une ou deux autres structures. Cet élément semble être aujourd'hui intégré puisqu'a été, en 2017, pérennisée la subvention moyenne de 40 000 euros par an pour l'embauche d'un coordinateur pour les structures d'exercice collectif. Le but est qu'en 2022, les 2 000 maisons de santé en aient un, contre 500 aujourd'hui. Cela coûtera alors 90 millions d'euros à l'Assurance maladie.

Pour fonctionner, les maisons et pôles de santé ont besoin d'un coordinateur

... et de médiateurs en santé ?

Outre la fonction de coordination, certaines structures collectives exerçant dans des secteurs socialement défavorisés emploient des « **médiateurs en santé** » dont le rôle est d'améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. Aux Francs Moisis à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) par exemple, le centre de santé (qui n'évoque aucune difficulté à attirer des médecins) est préoccupé aujourd'hui par l'incertitude de savoir s'ils vont pouvoir garder leurs médiatrices en santé qui sont en emplois aidés, qui y jouent pourtant un rôle tout à fait crucial, selon les médecins du centre.

Un modèle prometteur mais qui ne doit pas empêcher d'autres formes d'organisation de se développer

L'intérêt du développement de ces structures d'exercice collectif ne doit pas rigidifier le système et obérer le soutien à d'autres formes d'organisation innovantes : la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 prévoit notamment la facilitation des expérimentations, mais aussi le déploiement d'équipes de soins primaires¹ (ESP) et de **communautés professionnelles territoriales de santé**² (CPTS).

¹ Article 64 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 et article L.1411-11-1 du Code de la santé publique : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. ». Elle contribue à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

² Article 65 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 et article L.1434-12 du Code de la santé publique : « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet régional de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé ».

Un rapport du CNOM de 2016 présente également des initiatives réussies ou intéressantes (Arnault, 2016) dont le projet (pas encore effectif) du **conseil départemental de la Côte d'Or de l'Ordre des médecins** qui a fait une proposition aux collectivités territoriales et aux médecins pour la création d'un pôle à partir d'une MSP privée, libérale. Chaque mairie des bourgades sous-dotées, situées à une distance moyenne de la MSP privée signerait une convention avec la MSP. Cette convention prévoirait que la municipalité affecte un local simple mais aménagé (moyens de communication et de transmission des données vers le serveur de la MSP) permettant la venue d'un médecin de la MSP une ou deux fois par semaine, afin d'assurer une présence hebdomadaire sur le village. Le secrétariat de l'antenne médicale resterait au sein de la MSP centrale ainsi que l'archivage des éléments du dossier de chaque patient et assurerait la prise des rendez-vous.

Jerber (2015) cite également l'exemple d'un dispositif de mise en réseau et de coopération entre professionnels de santé sur le Pays de Combrailles (Puy-de-Dôme) : après concertation, professionnels de santé et élus ont élaboré un projet territorial de santé, structuré autour de quatre zones géographiques au sein desquelles les moyens et forces vives pouvaient être mutualisés. L'organisation de ce pôle de santé multi-sites a ensuite été définie avec la nomination notamment de référents et d'un coordinateur de pôle. D'autre part, le projet a pu être financé en partie par l'ARS, dans le cadre d'un **contrat local de santé** (CLS). Ce projet semble avoir donné satisfaction et eu un effet d'entraînement puisque de 18 professionnels au départ, ils en comptent plus de 40 aujourd'hui, qui expriment leur sentiment de mieux travailler ensemble de façon plus participative et plus souple, pouvant par exemple travailler sur le territoire quelques jours par semaine sans s'y installer totalement s'ils ne le souhaitent pas.

D'autres initiatives de collaboration mériteraient également d'être recensées d'une manière systématique pour permettre une diffusion des innovations et bonnes pratiques : citons par exemple le centre de santé de Gennevilliers qui, depuis l'été 2017, s'est inscrit dans le cadre du projet « médecins partenaires » initié par l'AP-HP et dans lequel se sont déjà engagés près de 1 500 professionnels de ville. Le centre municipal de santé de Gennevilliers sera le premier centre de santé à devenir dans ce cadre une structure hospitalière avancée de l'AP-HP.

Ce développement d'initiatives alternatives est d'autant plus important que certains territoires ne se prêtent pas à la mise en place réussie de maisons de santé pluri professionnelles mono site [Chevillard, Jerber, 2016].

3.6.2 Faciliter la vie quotidienne

Pour répondre aux aspirations des professionnels de santé, les initiatives en faveur d'une facilitation des conditions d'exercice sont prometteuses : aides au secrétariat et aux tâches administratives, on l'a vu, mais aussi aide à la mise aux normes des locaux, aide à la sécurisation des locaux... Certaines initiatives concernant les facilités de déplacements sont intéressantes : remboursement des frais de pneus crevés pour les infirmières exerçant dans des quartiers difficiles, ou carte de stationnement gratuit « PRO Santé » tout juste mise en œuvre par la ville de Paris pour faciliter la mobilité des professionnels de santé (médecins ou paramédicaux) et la réalisation de consultations à domicile. Pour les professionnels de santé n'effectuant pas de visites à domicile, la Ville de Paris a prévu la carte « PRO Sédentaire », qui prévoit un stationnement à tarif réduit.

3.6.3 L'aménagement du territoire

Bien entendu, puisqu'un des facteurs primordiaux pour les jeunes médecins est la qualité de leur cadre de vie, toutes les politiques publiques d'aménagement du territoire, d'amélioration des conditions de formation, d'animation, d'accès à la culture, aux sports..., notamment dans les zones peu attractives pour les médecins, pourront participer au rééquilibrage territorial de l'accès aux soins. Ce si vaste champs d'action ne sera pas détaillé ici, mais l'articulation des politiques sanitaires avec les autres politiques publiques semble aujourd'hui de plus en plus préconisée.

3.7 La télémédecine

LES POINTS ESSENTIELS

Constat initial :

- > Les technologies de l'information et de la communication : un fort potentiel pour permettre un bond qualitatif dans les prises en charge des patients ;
- > La télémédecine ne peut pas remplacer le colloque singulier entre le patient et le médecin ;
- > Des risques éthiques : développement d'une médecine par internet ou à deux-vitesses, confidentialité...

Leviers d'action :

- > Aide à l'équipement et soutien à l'innovation locale ;
- > Reconnaissance et rémunération des pratiques de téléconsultation et de télé-expertise ;
- > Soutien aux téléservices ;
- > Encadrement réglementairement très strict des pratiques de télémédecine.

Éléments d'évaluation :

- > Un potentiel encore trop peu exploité en France ;
- > Un vivier d'innovation – une opportunité de modernisation et d'efficience pour notre système de santé – une opportunité pour les territoires peu dotés en présence médicale ;
- > Des freins à lever : question éthiques et technologiques, investissements d'équipement, modalités de rémunération, partage des responsabilités.

Pistes :

- > Appuyer ou prendre en charge les investissements (acquisition des équipements et outils informatiques nécessaires) ;
- > Rendre effectif le développement du dossier médical partagé ;
- > Définir les modalités de rémunération et clarifier les responsabilités ;
- > Finaliser la couverture numérique de l'ensemble du territoire national.

Après le développement des structures d'exercice collectif, la télémédecine est le sujet le plus largement évoqué pour résorber les déserts médicaux. Les potentialités qu'elle offre ouvrent véritablement la voie à une transformation profonde de notre système de santé.

3.7.1 La télémédecine : une pratique encadrée

C'est la loi HPST de 2009 qui définit pour la première fois la télémédecine (art. L. 6316-1 du code de santé publique), et le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé qui rend obligatoire l'élaboration d'un programme régional de télémédecine.

Les actes de télémédecine, définis dans le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, sont des actes médicaux. Ils sont actuellement au nombre de cinq : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance médicale et régulation médicale.

Le déploiement de la télémédecine est également un des dix engagements du Pacte territoire santé, réaffirmé dans le plan de lutte contre les déserts médicaux de 2017. La généralisation de la téléconsultation et de la télé-expertise est une des mesures de loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2018, dont l'article 54 prévoit d'en finir avec les expérimentations et de basculer le financement de la téléconsultation et de la télé-expertise dans le droit commun de la Sécurité sociale, et de renouveler les expérimentations de télésurveillance par pathologie.

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (DGOS).

Elle permet :

- d'établir un diagnostic ;
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique ;
- de requérir un avis spécialisé ;
- de préparer une décision thérapeutique ;
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des actes ou prestations ;
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret (art. L6316-1 du code de la santé publique).

3.7.2 Les différentes formes que peut prendre la télémédecine

La télésurveillance

La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient (données recueillies sur le lieu de vie du patient) et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. La télésurveillance et l'utilisation des objets connectés devraient ainsi faciliter le maintien à domicile de patients âgés atteints de pathologies chroniques et diminuer le recours à l'hospitalisation tout en améliorant la qualité du suivi médical. Quelques exemples commencent à se développer sur le territoire national dans le cadre de phases expérimentales qu'il conviendrait maintenant de pérenniser.

La téléconsultation

La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet

au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

Très développée dans les pays nordiques (Danemark, Norvège ou au Canada par exemple), la téléconsultation est en train de se développer en France mais les exemples restent encore très marginaux. Cardoux et Daudigny (2017) présentent une initiative développée dans le Loiret. La commune de La Bussière, dans un contexte médical tendu, y a mis en place pour un investissement de 30 000 euros HT (hors frais de fonctionnement), une plate-forme mobile de téléconsultation dans laquelle le patient est accueilli par un infirmier ou un auxiliaire médical, le médecin n'étant mobilisé que pour les tâches qui mobilisent son expertise.

La télémédecine encore sous-exploitée en France

Les cabines de téléconsultation, « Consult station » conçues par une petite société française H4D, permettent de mesurer seul (et simplement) sa tension artérielle, le taux de saturation de son sang en oxygène, de connaître son poids, sa taille, sa température, mais aussi de faire des tests d'acuité visuelle, d'audition, de passer un électrocardiogramme, d'évaluer sa glycémie... Elles permettent également de se faire examiner par un médecin situé ailleurs. Ce dernier peut interroger le patient, consulter ses résultats, regarder ses radios et envoyer une ordonnance à distance, le tout en temps réel. Installées dans certains locaux des mutuelles étudiantes, elles pourraient permettre de limiter le non recours aux soins des étudiants. À Roanne (Loire), une cabine de télémédecine a été installée dans les locaux d'une pharmacie du centre-ville.

La région Île-de-France s'investit également dans le soutien aux projets d'e-santé, et notamment aux projets de télémédecine. Elle a par ailleurs inscrit dans son plan de lutte contre les déserts médicaux de septembre 2017 son souhait d'aider à l'acquisition de dispositifs connectés en santé, de dispositifs préventifs ou d'accompagnement des patients.

Le développement de téléconsultation, tant dans le cadre de la continuité des soins que de la permanence des soins, est également particulièrement intéressant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : le personnel soignant de l'EHPAD pourrait solliciter le médecin traitant de la personne âgée hébergée et le mettre en contact visuel et sonore avec cette dernière. En facilitant l'échange, l'interrogatoire et l'orientation diagnostique, la téléconsultation devrait être un facteur évitant un recours inapproprié à une prise en charge hospitalière.

La télé-expertise

La télé-expertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est d'abord un acte médical et une action asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas). Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale (DGOS).

Cette action ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent. Pourtant, la télé-expertise, associée à la délégation de tâches évoquée dans les chapitres précédents, offre - dans le cadre de protocoles précis et ciblés - des pistes prometteuses pour améliorer la prise en charge des patients.

Un exemple en cours de développement est celui du programme sur la *rétinopathie diabétique*, porté conjointement entre les orthoptistes et les ophtalmologistes¹.

¹ L'accès à un médecin ophtalmologue étant difficile dans certains territoires de la région, l'État a autorisé, via le décret n° 2014-1523 du 16 décembre 2014, le dépistage de la rétinopathie diabétique avec interprétation des photos à distance (par le biais d'une messagerie sécurisée de santé (MSSanté)). Le médecin prescripteur fait une demande de dépistage. Après accord du patient, celle-ci est transmise à un orthoptiste ou à un infirmier qui réalise les clichés et transmet l'ensemble des

La téléassistance

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation

La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

Et aussi... les télé-services

Les télé-services sont aussi une réponse à la question du renforcement du temps médical disponible. La prise en ligne de rendez-vous mais aussi rappel de rendez-vous par SMS permet, d'après la société Doctolib, de sauver une heure et demie de temps de consultation par semaine. Par ailleurs, certains services se développent également pour donner à voir les temps médicaux disponibles « en temps réels » (suite à des désistements par exemple).

3.7.3 Limites et pistes

Le développement de la télémédecine reste encore, en France, entravé par de nombreux freins [Cour des comptes, 2017], même si certains sont en cours d'être levés.

Le déploiement général des équipements nécessaires

Le premier obstacle au développement de la télémédecine est technique et concerne l'informatisation du système de santé : émiettement des prestataires de services, absence d'interopérabilité des divers logiciels, cloisonnement des systèmes d'informations ville/hôpital, mais aussi niveau d'équipement des cabinets médicaux et coût d'investissement préalable à la charge des médecins...

Le développement effectif du dossier médical partagé est également un véritable enjeu.

Responsabilités clarifiées et financements assurés

Par ailleurs, le développement de la télémédecine ne pourra se faire que dans le cadre d'une rémunération de droit commun, discutée dans le cadre conventionnel. Cette rémunération doit concerner autant le médecin requérant que le médecin spécialiste. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2018, actuellement à l'étude au Parlement est en ce sens prometteur (sortie de la phase d'expérimentation et financement de la téléconsultation et de la télé-expertise dans le droit commun de la Sécurité sociale).

Au-delà de la rémunération, la responsabilité professionnelle des différents acteurs de la télémédecine doit être clairement définie et délimitée notamment celle des établissements, des professionnels de santé y intervenant, des prestataires de services ainsi que des fournisseurs de matériel.

La téléconsultation en médecine spécialisée pourrait se développer dans des structures regroupées (maison de santé pour les professionnels, cabinets de groupe, centres médicaux etc.).

La couverture numérique de tout le territoire

Le développement de la télémédecine passe également, bien entendu, par la résorption des « zones blanches » numériques et nécessite une couverture totale du territoire national par la 4G, 5G ou fibre optique.

informations à un ophtalmologue qui réalise l'expertise des clichés et envoie son compte rendu au médecin prescripteur.

3.7.4 La télémédecine : un risque ?

Selon le CISS (association d'usagers de la santé), la télémédecine pourrait constituer un risque si elle était perçue comme une solution aux déserts médicaux puisqu'aucun moyen technique, même le plus performant, ne pourra jamais se substituer à la présence d'un médecin. Par contre, tous s'accordent sur son intérêt si elle est utilisée comme une plus-value au service des professionnels de santé et des patients, pouvant permettre un bond qualitatif dans les prises en charge ou dans l'organisation des parcours de santé.

3.8 Les actions visant à diminuer les besoins de soins

Le présent chapitre ne prétend aucunement à l'exhaustivité. Il ne vise qu'à évoquer des leviers d'action qui contribuent, en agissant sur le dénominateur, à la résorption des déficits d'accès aux soins. Il s'agit des leviers stratégiques majeurs d'une politique de santé visant à améliorer la santé et le bien-être et à réduire l'occurrence des maladies¹, et, par conséquent, à diminuer les besoins de soins.

3.8.1 Développer prévention et éducation à la santé

La notion de prévention se rapporte à « *l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer l'état de santé* ». Il s'agit ainsi d'un concept très vaste incluant, dans le registre médical, des actions de type vaccinations ou éducation à la santé (prévention primaire), des actions de dépistage (prévention secondaire) ou des actions d'éducation thérapeutique (prévention tertiaire) et, dans une acception plus large du concept, d'actions de promotion de la santé (règles d'hygiène de vie, habitudes alimentaires, exercice physique...), d'actions de résorption de l'habitat insalubre, de diminution des conditions de travail néfastes à la santé...

Moins de 5 % des dépenses de santé comptabilisées en France sont consacrées à la prévention (même si la traçabilité des financements consacrés à la prévention s'avère complexe). Les collectivités territoriales y jouent un rôle important [Etienne, Corne, 2012].

3.8.2 Former les médecins à la « prévention globale »

Un rapport de 2008 sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Flajolet, 2008] incitait à considérer que les études médicales étaient trop focalisées sur la dimension technique du soin, favorisant l'hyper spécialisation des praticiens, sans former les étudiants à leur « *rôle de professionnel de premier recours et à la psychologie, sans laquelle la médecine est réductrice* » et sans laquelle la compréhension des patients et leur implication dans leur propre parcours de santé ne peuvent pas être optimales (notion de « prévention globale »²). Le rapport Bernier (2008) propose également de mieux former les étudiants au dialogue avec le patient et sa famille, pour mieux les impliquer et ainsi mieux traiter les malades les plus vulnérables et prendre en charge les pathologies liées à la précarité socio-économique, comme l'obésité par exemple.

3.8.3 Urbanisme favorable à la santé

Initié par le réseau des « Villes-santé » de l'OMS en 1987, le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS) vise à encourager des choix d'aménagement et de planification qui permettent de promouvoir la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations et avec les populations. En effet, les choix d'aménagement pourraient aider à répondre aux enjeux contemporains de santé publique (obésité, asthme, stress, isolement, inégalités de santé, cancers...) et aux conséquences environnementales liées au développement urbain de nos territoires (pollution atmosphérique, nuisances sonores, étalement urbain...) sur la santé. Si des initiatives se développent, les effets favorables sur la santé d'un urbanisme pensé dans ce sens restent encore à promouvoir [Le Gall, Cuzin, 2014].

¹ Pour ne donner qu'un exemple de l'importance de l'impact potentiel de la prévention sur la santé, un rapport de l'OMS qui indique que 80 % des cas prématurés de cardiopathies vasculaires et d'accidents cérébraux, 80 % des cas de diabète de type II ainsi que 40 % des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant de l'exercice physique et en évitant le tabac [OMS, 2006]. L'usage nocif de l'alcool est également un facteur de risque important, sur lequel les pouvoirs publics pourraient jouer [OMS, 2017].

² La "prévention globale" est entendue comme la gestion de son capital santé. Les actions de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique sont déclenchées par un ou des professionnels. Mais une participation active de la personne ou du groupe ciblé est également systématiquement recherchée.

3.9 Les velléités de coercition ou de désincitation

En France, le débat entre incitations et coercition revient très régulièrement sur le devant de la scène, les médecins étant très attachés à la liberté d'installation dont ils jouissent, tandis que d'autres voies s'élèvent pour actionner des leviers coercitifs pour rééquilibrer la démographie médicale sur le territoire.

La coercition : une fausse bonne idée ?

Quelles que soient les tentatives initiées par les politiques et législateurs pour instaurer une part de coercition dans la régulation de la démographie médicale territoriale, elles se sont soldées par un abandon. Pour autant, les exemples étrangers semblent indiquer que la coercition n'est pas un levier opérationnel dans le contexte d'une pénurie médicale et d'une désaffection de la profession.

3.9.1 Instaurer une année de séniorisation ?

Le rapport Hubert (2010), repris par le rapport Maurey et Nicolay (2017), préconisait de créer une année de « séniorisation » après le 3^e cycle afin de « parfaire la formation des médecins généralistes et de les préparer à l'exercice en cabinet libéral ». Cette année se ferait sous la forme d'un exercice à temps plein, en autonomie au sein de la région de rattachement de l'ex-interne, sous le tutorat d'un médecin généraliste de référence, dans des territoires identifiés comme sous denses en médecins ou en voie de sous-densification. A l'instar d'un collaborateur libéral, ce jeune médecin serait « installé dans un cabinet dont il n'aurait pas à assurer l'installation et la gestion ». Ses charges seraient portées, « non pas par un médecin déjà installé, mais par les collectivités territoriales ». Il bénéficierait d'une garantie de rémunération minimale pour « lever tout sentiment d'insécurité et toute réticence vis-à-vis de ce mode d'exercice ».

Cette proposition, qui avait comme objectif premier d'améliorer la formation pratique des internes en médecine générale, entremêle d'autres objectifs (renforcer l'offre en zone sous-dense, mobiliser les collectivités locales dans le financement de cet effort alors qu'elles ne possèdent pas la compétence santé).

De fait, les mesures prises ces dernières années reprennent en partie ces propositions, à l'exception de l'idée initiale de parfaire la formation des jeunes médecins et de les contraindre dans leur lieu d'exercice.

Pourtant, l'idée d'une période d'exercice obligatoire en zone sous-dense à l'issue des études médicales se retrouve dans d'autres scénarios : Cour des comptes, Fédération hospitalière de France et proposition de loi "visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire", déposée par Philippe Vigier¹ et une cinquantaine de députés UMP en 2012 et rejetée en première lecture par l'Assemblée nationale.

En 2012, à l'issue de son séminaire ordinal annuel sur le thème de l'accès aux soins, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) avait d'ailleurs surpris avec ses propositions sur la régulation de l'exercice médical en préconisant "une régulation des conditions du premier exercice dans une période quinquennale éventuellement révisable". Selon cette proposition, tout médecin serait tenu, après obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, d'exercer pendant une période de cinq ans dans sa région de formation de troisième cycle. Cette obligation s'appliquerait également aux médecins choisissant de faire des remplacements une fois leur diplôme obtenu (une situation de plus en plus fréquente) et aux médecins à diplôme étranger ayant obtenu l'autorisation d'exercer. De plus, "la détermination des lieux d'exercice, quelles qu'en soient leurs modalités, à l'intérieur de la région se ferait sous la conduite de l'ARS en fonction des

¹ Ce dernier prévoyait une obligation d'exercice de 3 ans en zones déficitaires.

besoins identifiés par unités territoriales, et en liaison étroite avec le Conseil régional de l'Ordre".

Cette proposition, qui ne sera pas retenue, a fait émerger un conflit de génération au sein du corps médical : la proposition du Conseil national de l'Ordre ne touchait pas les médecins déjà installés.

Une proposition dérivée fait l'objet d'une des promesses faites par le président de la République Emmanuel Macron, qui souhaite créer un « service sanitaire » pour 40 000 étudiants en médecine, afin de faire de la prévention et du dépistage en zone rurale ou fragile (Les Echos, 12 mai 2017).

3.9.2 Le contrat santé solidarité

La loi HPST du 21 juillet 2009 avait initialement prévu la mise en place d'un « contrat santé solidarité » afin de lutter contre les déserts médicaux. Ce contrat prévoyait que les médecins des zones sur-dotées auraient obligation, à compter de 2012, de porter assistance à leurs collègues des zones sous-dotées. À défaut, ils se seraient vus astreints au versement d'une contribution de solidarité d'un peu moins de 3 000 euros annuels, destinée à financer des mesures d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées.

Quelques mois plus tard, en juin 2010, Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, annonçait qu'elle mettait « entre parenthèses » cette mesure phare dont les décrets d'application n'avaient pas encore été publiés [Vigier, 2012]. La loi Fourcade de 2011 entérine cet enterrement. En lieu et place de ce dispositif, le ministère de la Santé confiait à l'ordre des médecins la mission de repérer les territoires et les périodes où la continuité des soins risquait de ne pas être assurée, afin de trouver, avec les médecins concernés et les pouvoirs publics, les réponses les plus adaptées, selon un dispositif à déterminer ensemble. Le contrat santé solidarité étant remplacé, dans la convention médicale de 2016, par un contrat entre l'agence régionale de santé et les médecins, *basé sur le volontariat*, avec notamment la proposition de contreparties aux médecins qui s'engagent à exercer dans une zone sous-dotée plusieurs demi-journées par semaine (cf. supra, chapitre 3.3.3 sur les aides conventionnelles et le CSTM – contrat de solidarité territoriale médecin).

3.9.3 Mise en place d'une autorisation d'installation ou conventionnement sélectif

Vigier (2012 puis 2016), dans sa proposition de loi, souhaite conditionner l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire, de la profession de sage-femme, de la profession d'infirmier libéral, et de masseur-kinésithérapeute à l'octroi d'une autorisation d'installation délivrée par le représentant de l'État et le directeur général de l'ARS selon des critères de démographie médicale. L'idée étant de se laisser la possibilité d'interdire les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquences de conduire au dépassement d'un nombre plancher de professionnels de santé pour 100 000 habitants. Les professionnels de la santé qui contreviendraient à ces règles d'installations ne verraient plus leurs actes remboursés par la sécurité sociale. L'idée d'un conventionnement sélectif est reprise par la toute récente proposition de loi déposée par Olivier Faure [Faure, 2017].

Le rapport de la Cour des comptes de 2017 reprend l'esprit de ces propositions, mais propose de conditionner les autorisations d'installation en zone sur-dotées aux médecins s'engageant à exercer en secteur I et d'imposer également un plancher d'actes à tarifs opposables aux médecins déjà installés en secteur II dans ces zones sur-dotées.

Les négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et certains professionnels de santé libéraux ont, de fait, conduit à restreindre les principes de liberté d'installation et de conventionnement automatique afin de contribuer, en complément des aides individuelles visant à attirer les professionnels dans les zones sous-dotées, au rééquilibrage territorial de l'offre de soins.

Le dispositif de « conventionnement sélectif », effectif à ce jour pour deux professions (infirmiers et sages-femmes)¹, conditionne l'accès au conventionnement dans les zones identifiées comme sur-dotées à la cessation définitive de l'activité libérale d'un confrère conventionné.

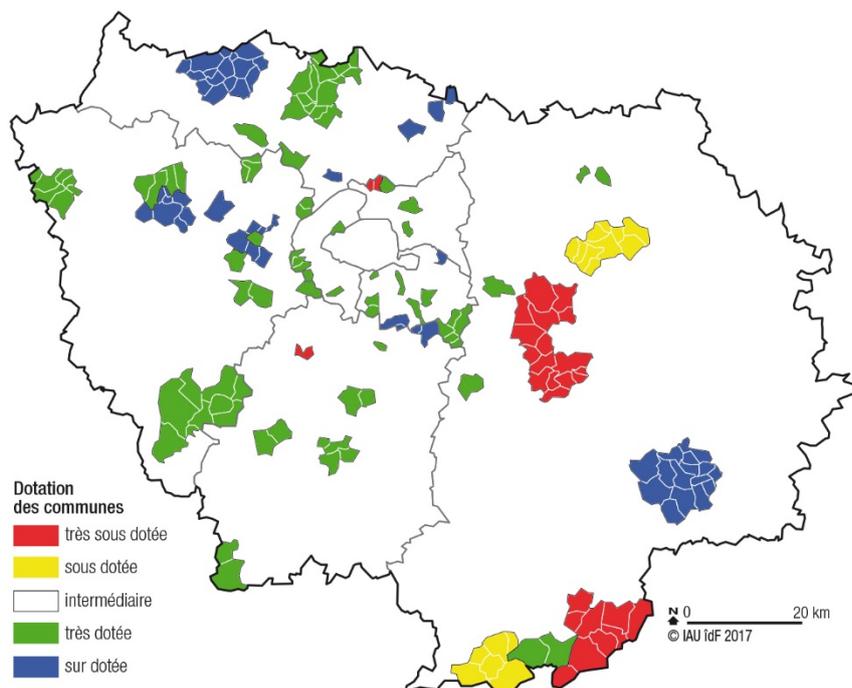
Pour les infirmiers libéraux, cette mesure a été introduite dans l'avenant n°1 à la convention nationale approuvée en octobre 2008, d'abord à titre expérimental pendant deux ans, avant d'être pérennisée par l'avenant signé en septembre 2011, avec un doublement des zones concernées.

La profession des infirmiers y était favorable. En effet, cette mesure s'est inscrite dans un contexte de croissance très dynamique des effectifs. Corrélée à un enjeu de régulation des dépenses, elle a été le fruit d'un compromis dans la négociation (en contrepartie d'une hausse tarifaire) et un moyen de revaloriser la profession : les actes infirmiers de soins, ou nursing, avaient tendance à se développer dans les zones à forte densité, jouant un rôle de variable d'ajustement de l'activité, au détriment des actes « cœur de métier », les actes médico-infirmiers, plus importants dans les zones où la densité en professionnels est faible. De plus, ce zonage permet aux infirmiers qui souhaitent s'installer de connaître l'état du « marché ».

Pour autant, l'évaluation de la mesure semble modérée : « *les mesures de conventionnement sélectif ont permis un rééquilibrage, réel quoique modéré, de l'offre sur le territoire* », selon Cardoux et Daudigny (2017), précisant que si le nombre d'installations en zone sur-dotées a effectivement baissé (à un rythme qui se stabilise), cela s'est fait principalement au bénéfice des zones « intermédiaires » plus que des zones sous-dotées ou très sous-dotées. De plus, les représentants de l'Ordre des infirmiers ont noté des « effets de bord » avec des installations à la frontière des zones sur-dotées.

¹ Un dispositif similaire avait été approuvé par la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2012, mais a été annulée en Conseil d'État en 2014 face aux réticences des professionnels, notamment au vu des conditions très contestées de mise en place du zonage. Le Conseil d'État a considéré que ces mesures ne pouvaient être approuvées en l'absence d'une habilitation expresse du législateur. La base législative a été introduite à l'article 72 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 : sans imposer ce type de régulation pour les professions visées, l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale ouvre désormais la possibilité, pour les masseurs kinésithérapeutes mais également les chirurgiens-dentistes, de fonder l'accès au conventionnement sur des critères géographiques. Un nouveau projet d'avenant conventionnel, établi en mai 2017 à la suite des négociations engagées entre l'Assurance maladie et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, envisage de rétablir le conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées, en parallèle d'un renforcement des aides dans les zones sous-dotées et d'une revalorisation des actes. Toutefois, les deux syndicats ont annoncé, le 10 juillet, refuser de le signer, jugeant les revalorisations tarifaires insuffisantes [Cardoux et Daudigny, 2017].

Figure 29. Le zonage infirmier en Île-de-France (arrêté du 21 décembre 2011)



L'unité géographique de base est le bassin de vie au sens de l'Insee, sauf pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants où les « pseudos-cantons » sont retenus.

Chacune de ces entités géographiques a été classée selon son niveau de dotation en zone très sous-dotée, sous-dotée, à dotation intermédiaire, très dotée, ou « surdotée ».

Les scores ont été calculés selon des indicateurs de besoin de soins (part des personnes âgées de 75 ans ou plus et activité des infirmiers en exercice) et des indicateurs d'offre (densité d'infirmiers pour 100 000 habitants, standardisés par l'âge et nombre moyen d'indemnités kilométriques des infirmiers). La distribution de référence est la situation nationale. Le score de chaque entité pour chaque indicateur dépend de sa position par rapport aux déciles et quartiles nationaux, des ajustements étant réalisés selon l'indicateur de densité, ou, à la marge, selon des indicateurs de desserte ou d'accessibilité du territoire.

Source : CNAMTS, 2012.

En ce qui concerne les médecins, ce conventionnement sélectif est assez régulièrement demandé par les élus locaux ou par les usagers du système de santé.

Une initiative un peu similaire avait été tentée avec minoration 20 % de la participation aux cotisations sociales de l'Assurance maladie en zone sur-dotées (prévue dans l'avenant conventionnel 20 de 2007) mais a finalement fait long feu.

Pour autant, différents éléments semblent prédire à ce genre de mesure des effets incertains :

- La première étant la forte hostilité des médecins à l'instauration d'une telle mesure, risquant de les détourner encore plus de la pratique de la médecine générale libérale ;
- La seconde étant l'effet relatif sur les installations en zones sous-dotées des dispositifs infirmiers (limitant les installations dans les zones sur-dotées, sans faire monter le nombre d'installation dans les zones sous-dotées) ;

Ces deux limites ont d'ailleurs été observées en Allemagne où un dispositif de ce type (le « Bedarfsplan ») a été mis en place [Cours des comptes, 2017]. Les politiques de coercition administrative à l'installation conduites également au Royaume-Uni ou en Autriche n'ont pas non plus, semble-t-il, permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique (elles ont plutôt conduit à une désaffection pour la médecine) [Bourgueil & al., 2006].

3.10 Tableaux récapitulatifs

La question de l'accès aux soins ambulatoires, et notamment aux médecins généralistes, est ainsi aujourd'hui un enjeu en France comme dans de nombreux autres pays étrangers.

Cette problématique a fait l'objet (et continuera semble-t-il de faire l'objet) de nombreuses réflexions et débats publics. Les actions mises en œuvre pour enrayer la « désertification » médicale sont très diverses, à l'image des facteurs identifiés comme étant constitutifs du phénomène. Elles touchent aussi bien le volume global de praticiens en exercice que leur répartition territoriale ou leurs pratiques tarifaires. Elles visent aussi bien les étudiants en médecine (actuels et futurs), les jeunes médecins, les médecins installés et les médecins retraités. Différentes entités gouvernementales, l'Assurance maladie ou encore les collectivités territoriales sont mobilisées pour les financer ou les mettre en œuvre.

Sans prétendre à l'exhaustivité, le tableau n°6 présenté dans ce chapitre tente de donner à voir les pistes d'actions proposées (nouvelles ou d'ores et déjà mises en œuvre mais nécessitant aménagements ou renforcements) dans les différents rapports officiels depuis le début des années 2000.

Certaines pistes sont préconisées de manière récurrente, d'autres n'apparaissent que dans quelques-uns des rapports recensés ici, sans que cela permette de hiérarchiser la pertinence de la mesure proposée. L'objectif de ce tableau est uniquement de proposer une vision synthétique des différents leviers d'actions envisagés ainsi que de permettre au lecteur de se référer aux rapports parlementaires y afférents.

Dans le même ordre d'idée, le tableau n°7 tente de faire la synthèse à la fois des actions mises en œuvre, du ou des porteurs de l'action, mais aussi des éléments d'évaluations ou des pistes d'amélioration ou de réorientation de l'action. Encore une fois, l'exhaustivité n'est pas assurée. Se dégage cependant la foison des leviers actionnés par les différents acteurs publics, la difficulté à les recenser avec précision ainsi que les écueils auxquels chaque initiative se heurte. De manière plus positive, certaines pistes prometteuses sont identifiées qui restent à mettre en œuvre, tandis que des orientations sont proposées pour améliorer l'efficacité d'autres mesures déjà actives.

Tableau 6. Les leviers d'action mentionnés dans les rapports officiels

	Berland 2002	Descours 2003	Berland 2005	Juilhard 2007	Bernier 2008	Vallancien 2010	Hubert 2010	Bruguère, 2011	Cour des Comptes 2011	Maurey 2013	PTS 2012 et 2015	C. comptes 2015-2017	Cardoux 2017	Plan A. Buzyn 2017
Améliorer les outils de pilotage et de suivi														
Évaluation régionale des besoins de soins	X	X	X		X	X				X		X		
Meilleure évaluation de l'efficacité des mesures prises			X	X		X				X			X	X
Augmenter le nombre de médecins, notamment généralistes libéraux														
Attirer vers la médecine générale libérale														
Filiatation des disciplines médicales	X	X	X	X	X		X							
Revalorisation de la médecine générale (tarif conventionnel)					X									
Répondre aux aspirations des médecins														
Encourager / faciliter l'exercice de groupe	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Faciliter les exercices mixtes et les statuts intermédiaires	X	X	X		X		X						X	X
Faciliter installation conjoint et enfants							X						X	
Aménagement du territoire, cadre de vie						X								
Améliorer la protection sociale des PS libéraux							X		X				X	
Lors de la formation														
Augmenter le numerus clausus	X	X	X	X	X				NON		X			NON
Meilleure place à médecine générale dans facultés			X		X	X	X							X
Développer les stages chez généralistes libéraux			X		X	X				X	X		X	X
Développer les lieux de stages		X	X			X							X	
Améliorer l'attrait de la fonction de maître de stage					X	X				X	X		X	X
Faciliter déplacements et hébergement des stagiaires			X			X				X	X		X	
Rendre les stages en médecine générale obligatoires										X				
Conditionner le label « MSP » à l'accueil de stagiaire										X			X	
Universitariser les MSP qui ont des moyens suffisants pour assurer formation jeunes médecins			X			X					X			
Former les internes à la gestion d'un cabinet libéral							X			X			X	
Retarder la cessation d'activité														
Favoriser le cumul emploi-retraite					X	X								
Favoriser le retour en activité des médecins ayant cessé d'exercer (formation - mise à jour des connaissances)					X									
Augmenter le temps médical														
Transfert de tâches et de compétences	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X
Décharger médecins des tâches administratives	X			X	X	X	X							X
Améliorer parcours de soins, innovations...														
Nouveaux modes de rémunération				X	X	X	X			X	X		X	X
Réduire les besoins de soins														
Développer l'éducation sanitaire de la population	X		X											
Développer les actions de prévention et former les médecins à la « prévention globale »					X	X								
Rendre accessible														
Améliorer desserte TC des cabinets de groupe		X	X	X	X	X	X							
TIC, télémédecine et e-santé	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X

	Berland 2002	Discours 2003	Berland 2005	Juilhard 2007	Bernier 2008	Vallancien 2010	Hubert 2010	Bruguière, 2011	Cour des Comptes 2011	Maurey 2013	PTS 2012 et 2015	C. comptes 2015-2017	Cardoux 2017	Plan A. Buzyn 2017
Accroître le rôle et le montant du FIR												X	X	X
Diversifier le profil socio-territorial des médecins			X				X			X			X	
Améliorer lisibilité des zonages et des aides														
Améliorer la lisibilité du zonage, homogénéiser, concerter		X	X	X	X		X		X				X	X
Atténuer les effets d'aubaine, de frontières et de concurrence		X			X		X	X					X	
Structurer l'information sur aides existantes, guichet unique			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Attirer et fidéliser dans les zones déficitaires														
Lors de la formation														
Instaurer un concours régional classant	X	X	X	X	X		X			X				
Encourager les stages (hôpitaux locaux ou cabinets de ville)		X	X	X	X			X					X	
Revaloriser rémunération maîtres de stage en zone def				X	X								X	
Indemnités logement / déplacement pour stages en zone def.			X	X			X	X					X	
Bourses d'études en contrepartie d'un engagement d'exercice		X	X	X	X			X			X			
Avant l'installation														
Année(s) d'exercice en zone def. à l'issue des études		X			X		X	X		X				
Faciliter les remplacements en zones def.		X	X	X							X			
Lors de l'installation														
Appui administratif et ou informatique	X		X		X	X		X						X
Facilitation installation (locaux) par collectivités territoriales	X	X	X	X	X	X	X	X						
Aides à l'installation, exonérations fiscales, ...	X	X	X		X		X				X			X
Pour l'exercice en zone déficitaire														
Majoration de rémunération		X	X	X	X									
Forfait « mission service public »		X					X							
Exonérations fiscales ou de charges sociales	X	X	X		X		X							
Encourager l'exercice groupe (MSP ou centres de santé)	X	X	X	X		X						X		
Aides au secrétariat					X									
Restreindre la possibilité de cumul « emploi-retraite » aux zones déficitaires										X				
Rendre plus attractif de cumul « emploi-retraite » en zone déficitaire (suppression cotisation retraite)													X	X
Faciliter l'exercice en zone déficitaire														
Créer / valoriser le statut collaborateur salarié, associé, adjoint	X	X	X	X	X		X		X	X			X	X
Autorisation / facilitation exercice en cabinet secondaire ou multi-site (consultations avancées)	X	X	X	X	X		X		X		X		X	X
Retarder les départs à la retraite (autoriser dépassements d'honoraires pour les MG >60 ans en zone def.)					X									
Développer des réseaux de santé (PS) ou ville-hôpital	X	X	X	X	X						X		X	
Salarier des médecins par l'ARS pour assurer des remplacements en zones fragiles										X				
Autoriser / faciliter la médecine « ambulante » ou foraine					X		X							
Mesures contraignantes / désincitatives		Non	Non	X	X		/		X	X		X	Non	Non

Tableau 7. Récapitulatif des principaux leviers d'action existants et éléments d'évaluation

	Assurance maladie (Conventions)	État (Ministère Santé, ARS)	Collectivités Territoriales	État (autres)	Éléments d'évaluation (+ et -), pistes d'amélioration (italique) et propositions d'actions (*)
Augmenter l'offre médicale, notamment en ville					
<i>Dispositifs de régulation lors des études médicales</i>		↗ numéris clausus depuis les années 2000	Picardie : filière d'excellence pour jeunes issus des zones sous-dotées (pour réussir concours)		+ Compensation des baisses d'effectifs des années 70-90 ; - Effet à retardement, formations à l'étranger, risque de sur-densité à terme, faible impact sur répartition territoriale : <i>besoin d'anticipation</i> ; + Diversification des profils socio-territoriaux des futurs médecins : des évaluations positives (étranger), <i>un levier qui reste à déployer en France.</i>
		Régulation par filière et subdivision territoriales des ECN (internat)			+ Rééquilibrage spécialités / région ; - Effet fidélisation PS à leur région d'exercice remis en cause par la hausse « sociétale » des mobilités ; - Stratégies de contournement des étudiants : <i>besoin de revaloriser la médecine générale ET l'exercice libéral</i>
<i>Dispositifs pour revaloriser la médecine générale</i>	Contrat COSCOM (zones def.) : intègre majoration de l'aide si accueil de stagiaire	Stages en médecine générale ambulatoire pour 100 % des externes	Aides pour faciliter déplacements et hébergement des étudiants Campagnes de recrutement de maîtres de stage		+ Découverte de la spécialité ; - Manque de maîtres de stage, notamment en zones déficitaires : <i>simplifier les démarches pour devenir maître de stage et augmenter forfait compensatoire</i> ; ♦ <i>Organisation de campagnes de recrutement formalisées (ARS / Collectivités / Universités / Conseils de l'Ordre) ?</i> ♦ <i>Rendre obligatoire la présence de maîtres de stage dans les MSP labellisées ?</i>
		Développement maisons médicales universitaires et/ou « îlots de formation décentralisés » (en lien avec universités)			+ Sortir de l'hospitalo-centrisme des études médicales : <i>poursuivre évaluation qui semble aujourd'hui positive</i> ;
	↗ rémunération (23 à 25 € / C, consultations complexes, ...)				+ Reconnaissance du travail effectué : <i>évaluer et déployer plus de rémunération forfaitaire (rôle pivot) ?</i> ; - Cout économique ;
<i>Dispositifs pour attirer vers la médecine de ville</i>		Développement des stages en cabinets de ville pendant l'internat	Aides pour faciliter déplacements et hébergement des étudiants		+ Fait connaître la médecine de ville ♦ <i>Inclure, dans les études de médecine, un module de formation à la gestion d'une entreprise médicale</i>
	Amélioration de la protection sociale des PS libéraux				+ Comble un frein à exercice libéral : <i>évaluer et déployer (pour tous PS et tous territoires ?)</i> ; - Vient en concurrence avec aides incitatives pour exercice en zone sous-dotée : <i>coordonner les actions</i> ;

	Assurance maladie (Conventions)	État (Ministère Santé, ARS)	Collectivités Territoriales	État (autres)	Éléments d'évaluation (+ et -), pistes d'amélioration (italique) et propositions d'actions (♦)
Augmenter l'offre médicale, notamment en ville					
<i>Dispositifs pour réserver un temps d'adaptation et de découverte aux jeunes médecins</i>		Assouplissement du statut de remplaçant, mise en place autres statuts intermédiaires			+ Répond à une aspiration des PS ; - Des statuts encore mal connus : <i>besoin de communication / information</i> - Des charges fixes peu compatibles avec exercice mixte : <i>moduler les charges, notamment les cotisations au régime de base</i> ;
<i>Dispositifs pour répondre au souhait des médecins de diversification de leurs modalités d'exercice et pour les réseaux de soins</i>	Majoration forfaitaire des CAIM et COSCOM en cas d'exercice partiel dans un hôpital de proximité	Facilitations réglementaires exercice mixte, cabinets secondaires, exercice multi-sites	Saône et Loire : centre de santé départemental multi-sites		+ Répond à une aspiration des PS ; + Assure une présence médicale, même temporaire sur les territoires déficitaires ; - Des investissements nécessaires de la part des collectivités territoriales pour fournir des locaux équipés : <i>quid de leur marge de manœuvre financière ?</i> ; - Besoin d'une coordination des soins : <i>à quand un DMP effectif ?</i> ; ♦ <i>Quelle qualité pour une « Médecine foraine » ?</i>
<i>Dispositifs de cumul emploi-retraite</i>			Loiret : postes salariés réservés aux médecins retraités pour vacances dans PMI, médecine scolaire, ... Laval : structure médicale retraités / internes		+ Augmentation de l'offre de soins ; - Un dispositif cumul emploi/retraite qui n'a pas rééquilibré l'offre de soins d'un point de vue territorial : <i>rendre le dispositif plus attractif en zone sous-dotée (cf. plan 2017 A. Buzyn).</i>
<i>Dispositifs pour augmenter le temps médical</i>		Délégations de compétences ou pratiques avancées (pharmaciens, paramédicaux, ...)			+ Des expérimentations étrangères positives, de même que expérimentations françaises ; + Libère du temps médical, opportunité d'évoluer pour les paramédicaux ; + Améliore prise en charge du parcours de soins - Des freins réglementaires et corporatistes : <i>à lever, notamment par publication de décrets d'application et clarification responsabilités et rémunérations</i> ;
			Prise en charge du secrétariat	Emploi aidés	♦ <i>Création d'un métier « assistant de santé » avec filière d'études adaptée associant connaissances médicales, connaissances informatiques et de gestion.</i>

	Assurance maladie (Conventions)	État (Ministère Santé, ARS)	Collectivités Territoriales	État (autres)	Éléments d'évaluation (+ et -), pistes d'amélioration (italique) et propositions d'actions (*)
Augmenter l'offre médicale, notamment en ville (suite)					
<i>Dispositif organisationnel pour améliorer le parcours de santé</i>	Cadre de rémunération des actes de télémedecine	Autorisation/appui investissements télé-consultation, expertise, surveillance, téléservices	Appui à l'investissement informatique	Couverture numérique de l'ensemble du territoire national	+ Levier d'action recommandé dans tous les rapports ; + Gain de temps pour les PS – Gain d'accessibilité pour les patients ; + Bond qualitatif possible dans parcours de santé ; + Cadre de mise en œuvre très réglementé ; - Informatisation incomplète et disparate des structures sanitaires : <i>structurer et soutenir les investissements</i> ; - Risque éthique et de dégradation de la qualité des soins : <i>utiliser la télémedecine comme un outil au service des PS et des patients (et pas comme outil de substitution)</i>
Favoriser l'exercice collectif et coordonné					
<i>MSP, pôles de santé, centres de santé et autres formes d'exercice collectif (ESP, CPTS)</i>	Nouveaux modes de rémunération	Appui à investissement Place à l'innovation et à l'initiative locale	Appui à investissement dans les MSP ou centres de santé	Appui politiques ruralité, politique de la ville	+ Rencontre aspiration des PS, enjeux de coordination des soins, qualité de prise en charge des patients, visibilité et facilité de desserte pour les collectivités ; + Premières évaluations positives, y compris pour rééquilibrage territorial ; - Risque de coquilles vides : <i>soutien à ingénierie de projet, montage du projet avec corps médical, d'autres solutions à rechercher sur certains territoires</i> ; - Concurrence et risque de centralisation : <i>besoin de coordination à une échelle supra-communale</i> ; - Modèle économique à conforter : <i>développer le financement de la coordination, de la prise en charge du tiers payant, emplois de coordinateurs, secrétaires, médiateurs de santé...</i>
Accompagner les PS					
<i>Orientation et accompagnement</i>		PAPS et référent installation			+ Premier effort de recensement des aides et appui utile aux PS ; - Pas de recensement systématique des aides locales, réponse trop partielle aux besoins d'accompagnement des PS : <i>vers un véritable « guichet unique »</i> .
<i>Cadre de vie</i>			Facilitation de stationnement, politiques publiques diverses	Politiques publiques diverses	+ Enjeu fort pour PS ; + Des politiques publiques disposant de budgets variables ; - Une attractivité de certains territoires difficile à regagner.
<i>Diminuer les besoins</i>	Donner moyen aux PS de faire prévention et pivot avec social	Former les PS à laprévention globale	Urbanisme favorable à la sante, Études d'impact sanitaire, promotion santé, Prévention, accompagnement vers le soin, ...		+ Enjeu majeur (bien être – efficience) ; - Moins de 5 % des dépenses de santé consacrées à la prévention : <i>à développer</i> .

	Assurance maladie (Conventions)	État (Ministère Santé, ARS)	Collectivités Territoriales	État (autres)	Éléments d'évaluation (+ et -), <i>pistes d'amélioration (italique) et propositions d'actions (*)</i>
Actions spécifiques sur territoires ciblés					
<i>Zonage des territoires déficitaires</i>		En charge de la délimitation du zonage			+ Identification des territoires prioritaires ; + Intégration dimensions accès + disponibilité ; - Arbitrage nécessaire (contrainte budgétaire) ; - Effet de frontière ; - Méthodologie de zonage toujours perfectible.
<i>Attirer lors des études</i>			Stages / manifestations « découvertes » / marketing territorial / forums dans universités		+ Intérêt découverte, car souvent grande méconnaissance des territoires par les étudiants : <i>impacts à évaluer</i> ; - Concurrence : <i>besoin de communication / information / coordination</i>
<i>Bourses d'études en contrepartie d'années d'exercice</i>		CESP <i>(zones def. + fragiles)</i> Bourse de 1 200 € bruts / mois Contrepartie : exercice en secteur I, durant même durée que versement de la bourse (minimum 2 ans)	Initiatives locales <i>(zones def. + fragiles)</i> Montants divers des bourses (de 300 à 2 000 € / mois). Contrepartie : exercice en secteur I, durant durées diverses (3 à 10 ans).		+ Soutien aux internes pendant leurs études, assurer une présence médicale sur les territoires sous-dotés, espoir de fidélisation plus pérenne ; - Foison (concurrence / surenchère) et manque de lisibilité des aides : <i>besoin de communication / information / coordination</i> - Manque de visibilité sur les territoires d'engagement (CESP - pas bourses coll. T.) : <i>besoin d'une adaptation</i> ; - Modalités de remboursement à l'issue des études : <i>en cours de refonte</i> .
<i>Incitation à l'installation (primo-installant ou installés depuis moins d'un an)</i>	CAIM <i>(Zones def.)</i> Forfait installation (de 31 250 à 50 000 €) 5 ans Niveau activité min. Secteur I ou OPTAM Participation PDSA	PTMG - PTMA <i>(Zones def.+ fragiles)</i> Garantie de revenu (3500 à 6900 € bruts / mois, selon volume activité) Protection sociale 2 à 6 ans Niveau activité min. Secteur I ou OPTAM	Initiatives locales <i>(Zones def.+ fragiles)</i> Locaux et MSP / loyers / chèques installation / Mise en relation PS / logement / secrétaire / garantie de revenu / salariat / vigile / recherche emploi conjoint, crèche, inscription écoles... Engagement des PS : 0-5 ans - Secteur I (le plus souvent)		+ Soutien des PS pour les 1 ^{ers} mois d'installation + Cout économique modéré + Protection sociale : un vrai manque pour les PS - Ciblage des aides (en zone sous dotée, le problème = surcharge d'activité (pas manque)) : <i>à redéfinir ?</i> - Foison (concurrence / surenchère) et manque de lisibilité des aides : <i>besoin de communication / information / coordination</i> - Ne répondent pas entièrement aux besoins : <i>nécessité de développer les accompagnements plus globaux</i>

CONCLUSION

Depuis une vingtaine d'années, l'accès aux soins de ville de premier recours est ainsi soumis, en France comme dans d'autres pays occidentaux, à un effet ciseaux entre des besoins qui s'accroissent et une offre qui diminue, voire qui disparaît sur certaines portions du territoire. Ce double mouvement est d'autant plus problématique que la stratégie nationale de santé prône un virage ambulatoire de notre système de santé.

Les pouvoirs publics, du niveau national au niveau le plus local, tentent, depuis près de 20 ans d'inverser le processus de désertification médicale de certains territoires, tout en garantissant une efficacité durable du système de soins français.

Lois et programmes se succèdent, ralentissant la dégradation de la situation, mais sans être arrivés, à ce jour, à inverser la tendance. Les rapports d'évaluation produits par la Cour des comptes ou par les commissions parlementaires ne cessent de pointer les effets relatifs des mesures engagées. Les exemples étrangers ne sont pas plus heureux.

Pourtant, les mesures mises en œuvre renvoient à l'ensemble des facteurs de blocages identifiés aujourd'hui :

- Attractivité de la profession médicale de premier recours et de l'exercice libéral en berne ;
- Volonté croissante des jeunes médecins, comme du reste de la population, de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle ;
- Désertification générale de certaines parties du territoire national par la plupart des équipements et services, y compris publics ;
- Mobilité accrue des jeunes générations (mouvement sociétal global) qui les ancrent un peu moins durablement dans leur territoire d'étude.

Ainsi, pour enrayer la baisse des effectifs et la désaffection des jeunes pour la médecine générale de ville, le *numerus clausus* a été régulièrement augmenté, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière, l'examen national classant a été réorganisé pour conduire à une régulation par filière et par subdivision territoriale, le développement des stages en médecine générale de ville a été largement soutenu, les modalités d'exercice mixte ont été assouplies, la rémunération revalorisée, l'exercice collectif plébiscité par les jeunes médecins largement développé, le cumul emploi-retraite a été facilité, de même que l'embauche de médecins étrangers...

Mais ces mesures semblent encore insuffisantes pour redonner suffisamment d'éclat à la médecine générale et libérale aux yeux des futurs médecins.

Certaines sont encore trop récentes pour en estimer véritablement les effets.

D'autres, comme la régulation par filière et subdivision territoriale, se sont heurtées à des stratégies de contournement des étudiants, à leur mobilité accrue, ou tout simplement, à leur renoncement à exercer la profession.

D'autres encore, largement recommandées dans la majorité des rapports et des revendications professionnelles, sont en cours de redéploiement ou d'intensification : le développement des stages en cabinet libéral et de l'exercice collectif, la diversification des modalités de rémunération et des conditions d'exercice, l'amélioration de la protection sociale des professionnels de santé, les passerelles et coopérations entre professionnels et entre structures, les incitations à l'installation...

Certaines sont également évoquées fréquemment au gré des différents rapports et débats mais mériteraient encore d'être explorées plus avant, en complément des mesures déjà engagées : la valorisation de la médecine générale dans le cursus universitaire,

l'accompagnement des praticiens pour les soulager d'une partie de leurs tâches administratives, la prise en charge pérennisée de professionnels chargés de coordonner les structures collectives ou de professionnels médiateurs de santé, la mise en œuvre effective de la délégation des tâches ou de pratiques avancées...

Enfin, certaines mesures sont préconisées de manière moins fréquente dans les différents rapports, mais semblent pourtant prometteuses d'après ce que peuvent nous enseigner des évaluations réalisées à l'étranger : formation à la gestion d'un cabinet libéral pour les futurs médecins, ou encore diversification sociale et territoriale du profil des étudiants admis en première année...

En parallèle de ces incitations à exercer la médecine générale de ville et à développer la coordination des soins, une palette de mesures toute aussi fournie vise à combler les déficits territoriaux et à lutter contre les déserts médicaux (dont la délimitation fait par ailleurs l'objet de très vifs débats).

Sans en nier l'intérêt et sans préconiser leur abandon, les différentes évaluations pointent cependant - de manière assez consensuelle - le fait que les incitations financières de l'État, de l'Assurance maladie, des collectivités, offertes au moment des études, de l'installation, de la période d'activité et même lors de la retraite ne font pas réellement recette : la problématique dans les territoires sous dotés en offre médicale ne semble pas être ni financière ni concerner une éventuelle sous-charge de travail.

Les problématiques, au contraire, sont l'isolement, la surcharge de travail, et parfois l'insécurité, ainsi que le cadre de vie, pour le praticien mais aussi pour son conjoint et ses enfants.

Les puissances publiques s'attèlent également à bras-le-corps à lutter contre ces facteurs de blocages : développement des maisons de santé pluri-professionnelles équipées ou sécurisées, développement des liens avec le secteur hospitalier, marketing territorial, facilitation des conditions d'installation dans le territoire pour le médecin mais aussi pour sa famille, politiques publiques d'aménagement du territoire et de renforcement de l'attractivité des bourgs et villages ruraux ou des territoires en politique de la ville par exemple.

Et cela semble fonctionner dans certains territoires, qui ont vu soit leur offre médicale s'étoffer soit l'érosion s'endiguer. Mais d'autres lieux n'arrivent toujours pas à attirer des médecins.

La solution est-elle alors de passer de l'incitation à la coercition, en obligeant les médecins à exercer dans les secteurs sous dotés, de manière définitive ou temporaire, à la fin de leurs études pour quelques années, au cours de leur vie active pour quelques heures par semaine, au cours de leur retraite au moment du cumul emploi-retraite ? La coercition, demandée par certains à corps et à cri, n'a jamais pu être instaurée en France pour les médecins. Les exemples étrangers ou bien le conventionnement sélectif mis en place en France pour les infirmiers par exemple conduisent à penser que la coercition n'apporte pas les effets escomptés et peut, à l'inverse, être contre-productive.

De fait, les médecins sont effectivement en position de force (de venir s'installer, d'arrêter la médecine générale libérale...) et, dans les zones en tension, les collectivités territoriales, par exemple, rivalisent d'ingéniosité et de générosité pour les attirer sur leur territoire.

C'est peut-être dans cette rivalité que réside une piste d'action prometteuse : la mutualisation et la coordination des efforts à une échelle territoriale plus large pourraient permettre :

- une meilleure utilisation des ressources,
- une diminution des effets négatifs d'une concurrence exacerbée,
- une organisation maillée de l'offre de soins et la concrétisation de véritables projets sanitaires et partagés de territoire,

- un développement des structures multi-sites pour assurer une présence - même temporaire - sur les territoires qui n'attirent pas les médecins.

Elles pourraient permettre également d'envisager d'autres pistes d'actions comme la mise en place de transports à la demande, la montée en puissance de la télémédecine...

A tout le moins, tous les rapports s'accordent à dire que les efforts engagés à travers les portails d'information et la mise en place des référents-installation doivent être poursuivis pour tendre vers des formes plus intégrées, et devenir de véritable « guichets uniques » d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Un autre point fait aussi consensus : il s'agit de la nécessité de continuer à user d'une très large palette d'outils, qu'il s'agit d'évaluer et de réorienter autant que nécessaire, de compléter mais aussi de coordonner, et ce, à toutes les échelles (du local au national).

Évidemment, la réduction des besoins de soins est également un champ d'action à part entière, qui renvoie aux champs de la prévention, de l'éducation à la santé, du social, de l'accès au droit, de l'accompagnement vers le soin. L'intégration, dans la méthodologie nationale actuelle de première sélection des territoires déficitaires, d'une dimension sociale des besoins et des inégales capacités financières des collectivités à faire face aux besoins mériterait d'ailleurs d'être examinée plus avant.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACI :	Accord conventionnel inter-professionnel
AIMG :	Association des internes de médecine générale
ALD :	Affection de longue durée
AME :	Aide médicale de l'État
AMF :	Association des maires de France
ANEMF :	Association nationale des étudiants en médecine de France
AP-HP :	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APL :	Accessibilité potentielle localisée
APVF :	Association des petites villes de France
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
ASIP :	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASM :	Avantage supplémentaire maternité
CAIM :	Contrat d'aide à l'installation des médecins
CARMF :	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CEP :	Convention d'éducation prioritaire
CESE :	Conseil économique, social et environnemental
CESP :	Contrat d'engagement de service public
CGET :	Commissariat général à l'égalité des territoires
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CIADT :	Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire
CISS :	Collectif inter-associatif sur la santé (devenu France Assos santé)
CIV :	Comité interministériel des villes
CLS :	Contrat local de santé
CMU :	Couverture maladie universelle
CMU-C :	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS :	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM :	Conseil national de l'ordre des médecins
COSCOM :	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins

COTRAM : Contrat de transition pour les médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRES : Contrats régionaux d'exercice sanitaire

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

CTS : Contrat territorial de santé

CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin

DES : Diplôme d'études spécialisées

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : Épreuves classantes nationales

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENMR : Expérimentations des nouveaux modes de rémunération

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ESP : Équipes de soins primaires

ETP : Équivalent temps-plein

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FIR : Fond d'intervention régional

FMF : Fédération des médecins de France

FNCS : Fédération nationale des centres de santé

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HPST : Hôpital-patient-santé-territoire (loi du 21 juillet 2009)

IAU îdF : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France

IDH : Indice de développement humain

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LMSS : Loi de modernisation du système de santé (26 janvier 2016)

MACSF : Mutuelle d'assurances du corps de santé français

MICA : Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins

MRS : Mission régionale de santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSPU : Maisons de santé pluriprofessionnelle universitaire

NMR : Nouveaux modes de rémunération

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'Assurance maladie

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

ORS : Observatoire régional de santé

PACES : Première année commune d'études en santé

PAPS : Portail régional d'accompagnement des professionnels de santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoire

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PNUD : Programme des Nations unies pour le développement

PTMA : Contrat de praticien territorial de médecine générale

PTMG : Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire

PTMR : Contrat de praticien territorial médical de remplacement

PTS : Pacte territoire santé

QPV : Quartier en politique de la ville

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

SAN : Syndicat d'agglomération nouvelle

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SML : Syndicat des médecins libéraux

SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

SROS : Schéma régionaux d'organisation sanitaire

T2A : Tarification à l'activité

UFR : Unité de formation et de recherche

UFS : Urbanisme favorable à la santé

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VSPP : Véhicules de santé pluri-professionnels

ZFU : Zone franche urbaine

ZUS : Zone urbaine sensible

ZRR : Zone de revitalisation rurale

ZRU : Zone de revitalisation urbaine

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation des volets 1 et 2 du Pacte territoire santé

Le volet 1

Le volet 1 du Pacte territoire santé se décline en 12 engagements qui s'articulent autour de trois objectifs forts :

Objectif 1 - Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

Une prime de responsabilité va être allouée à tous les stagiaires qui effectuent leur stage en ville. Par ailleurs, les étudiants seront incités à effectuer leur stage dans des zones éloignées – à plus de 15 km du lieu de formation ou de résidence – grâce à la création d'une indemnité forfaitaire de transport de 130€/mois.

Engagement 2 : 1 500 contrats d'engagement de service public (CESP) signés d'ici 2017.

Engagement 3 : 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » (PTMG) dès 2013.

Engagement 4 : un « référent installation » unique dans chaque région

Simplifier l'installation des médecins en les accompagnant dans leurs démarches et en instaurant un « guichet unique » régional.

Objectif 2 - Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

Engagement 5 : développer le travail en équipe

Favoriser le regroupement des professionnels de santé pour faciliter une prise en charge complète des patients.

Créer des conditions d'installation attractives notamment dans les territoires manquant de professionnels.

Généraliser la rémunération d'équipe : une négociation entre l'Assurance maladie et les représentants des professionnels doit permettre de généraliser cette rémunération. Sans attendre, près de 300 structures bénéficieront dès 2014 du financement de l'Assurance maladie.

Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités

Faire émerger l'innovation au profit des soins de proximité, en décloisonnant les activités cliniques et de recherche. Les maisons de santé et centres de santé pourront porter directement – et indépendamment d'un établissement hospitalier – des projets de recherche.

Engagement 7 : développer la télémédecine

Passer à une phase de déploiement des expérimentations engagées en secteur hospitalier, notamment en expérimentant des modalités de rémunération des actes de télémédecine, réalisés au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale.

Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

Améliorer le suivi des maladies chroniques et l'accès aux soins, en diminuant les temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous.

Créer de « nouveaux » métiers en respectant la sécurité des pratiques.
Libérer du temps médical et permettre aux professionnels de retrouver leur cœur de métier, en développant des formes innovantes d'organisation des soins.

Objectif 3 - Investir dans les territoires isolés

Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Engagement 10 : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire

Engagement 12 : conforter les centres de santé

Le volet 2

Le Pacte territoire santé 2 est destiné à répondre à une priorité : l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national.

Il est bâti autour de deux axes majeurs :

AXE I - Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte territoire santé 1

Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

Jusqu'alors réservés aux étudiants en médecine générale, les stages en ville seront ouverts aux étudiants d'autres spécialités comme l'ophtalmologie ou la pédiatrie.

Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

Renforcer les aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles (objectif de 1 000 généralistes ou autres spécialités installés d'ici 2017, grâce à des garanties de revenus ouvertes aux généralistes depuis 2012, mais désormais aux spécialistes également).

Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

Le soutien financier apporté au travail en équipe (1 000 maisons de santé en fonctionnement d'ici 2017) et la création ou rénovation de maisons ou centres de santé dans les quartiers prioritaires de la ville, grâce à un partenariat avec la caisse des dépôts et de consignations.

Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

L'augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU (700 d'ici 2017) pour garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes partout sur le territoire.

AXE II - Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires

Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

Hausse de 6,4 %, de manière ciblée, du numerus clausus dans dix régions manquant de médecins.

Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

Doublement du nombre de médecins généralistes "chefs de clinique" d'ici 2017 et une revalorisation de la rémunération versée aux maîtres de stage.

Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires

Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

L'ouverture d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé (www.paps.sante.fr) pour les aider, de leur installation à leur exercice quotidien, avec une déclinaison dans chaque région.

Consulter le portail d'accompagnement des professionnels de santé : <http://www.paps.sante.fr/Accueil.520.0.html>

Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients atteints de pathologies chroniques et pour les soins urgents

Un investissement de plus de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville, en particulier pour les patients chroniques et les soins urgents.

Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Un accompagnement financier spécifique des cabinets médicaux pour accueillir des patients sans rendez-vous, pour éviter le recours aux services d'urgence lorsque ce n'est pas nécessaire.

Annexe 2 : Présentation du Plan 2017 « Renforcer l'accès territorial aux soins »

Le plan est bâti autour de quatre priorités (site du ministère des solidarités et de la santé) :

Priorité n°1 - Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients

Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension

- De nouvelles aides conventionnelles destinées à favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-denses ont été introduites dans la dernière convention médicale qui est entrée en vigueur en 2017. Elles prévoient notamment 50 000 euros sur 3 ans pour l'installation d'un médecin. La mise en œuvre de ces aides suppose cependant la publication d'un nouveau zonage des territoires en tension, applicable aux médecins.
 - Publier l'arrêté zonage pour les médecins généralistes : il s'agit de mieux identifier le nombre de territoires en zone sous-dense.
 - Lancer les travaux sur la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités en tension (ophtalmologistes, gynécologues, dermatologues, pédiatres...).
- Les travaux débiteront en 2018 pour élargir le zonage à d'autres spécialités, afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours, ainsi que les autres professions de santé : kinésithérapeute, infirmier diplômé d'État libéral (IDEL), orthophonistes, sages-femmes, dentistes etc.

200 millions d'euros sur 5 ans d'aides conventionnelles sont prévues pour aider à l'installation en zone sous-dense.

Faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur le territoire

Le plafond de revenu annuel en-deçà duquel les médecins peuvent demander à être dispensés de cotiser au régime prestation complémentaire vieillesse (PCV) des cotisations sera relevé de 11 500 euros à 40 000 euros dans les zones en tension.

Développer les consultations avancées

Renforcer l'offre de soins des médecins généralistes et des autres spécialistes déjà installés, selon des modalités convenues dont chaque acteur peut convenir librement, en fonction des besoins des territoires.

Une valorisation des contrats conventionnels dans le cadre des zones sous-denses, dont le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), visant à inciter à la réalisation de consultations avancées en zone sous-dotée.

L'aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones fragiles, dans la limite d'un plafond de 20 000 € par an, sera valorisée à hauteur de 25%.

L'action de l'Ordre des médecins, chargé d'autoriser les activités multisites, maillons essentiels du maillage territorial, sera facilitée. Elle accompagnera les pouvoirs publics en simplifiant les procédures et encadrera les possibilités d'appel des décisions.

Créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital

Permettre à tous les jeunes médecins diplômés un exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense. Ces postes feront l'objet d'un travail conjoint entre l'ARS, l'hôpital, les collectivités locales et l'URPS. Dès 2018, 300 postes « d'assistants partagés » dédiés aux zones sous-denses seront créés.

Généraliser le contrat de médecin adjoint

Ce contrat permet à des internes d'exercer en zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie. Ce statut est accordé par la préfecture, lorsque les conditions sont remplies. Il se développe de plus en plus dans les zones considérées comme sous-denses, mais de façon ponctuelle. Il s'agit aujourd'hui de le généraliser aux zones sous-denses.

Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation

Développer des stages extra-hospitaliers pour la médecine générale et les autres spécialités via la revalorisation financière de l'indemnité des maîtres de stage en zone sous-dense de 50 % (soit 300 euros), par le biais de conventions médicales ; la simplification des démarches en diminuant le temps nécessaire pour devenir maître de stage de 3 ans à 2 ans d'exercice.

Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation, en développant les aides et en améliorant leurs conditions d'hébergement et de transport, de manière si possible coordonnée avec les collectivités territoriales, les facultés et les agences régionales de santé. Les stages ambulatoires seront ouverts à toutes les spécialités en plus de la médecine générale, avec des financements associés.

Création de 500 nouveaux lieux de stage en ville dont 350 pour la spécialité de médecine générale et 150 pour les spécialités hors médecine générale.

Faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/libéral)

Améliorer la protection sociale des remplaçants pour simplifier l'exercice mixte, en diminuant les charges relatives à l'exercice libéral et en permettant aux médecins de ne souscrire qu'à un seul régime.

Actuellement, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) bénéficient d'un régime d'assurance obligatoire spécifique pour la maladie, la maternité et le décès.

La mesure consiste à ouvrir une option d'affiliation au régime général pour les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant en tant que remplaçant et pratiquant un exercice mixte (salarié et libéral).

Développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population

Déployer de nouvelles infirmières ASALEE dans les zones sous-denses : le dispositif sera pérennisé d'ici fin 2017.

Diffuser de nouveaux protocoles de coopération simplifiés entre les professionnels de santé.

Déployer des pratiques avancées à partir de 2018 : de nouvelles formations seront proposées dès la rentrée 2018 permettant à des professionnels, par exemple des infirmières, d'acquérir de nouvelles compétences, qui seront ensuite reconnues par des rémunérations spécifiques.

Organiser la contribution des centres médicaux des armées

Permettre aux professionnels de santé militaires d'exercer dans les structures coordonnées ou les établissements de santé. Des conventions collectives seront signées entre l'agence régionale de santé, les structures d'organisation des soins, et les centres médicaux des armées.

Priorité n°2 - Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distancesInscrire la télémédecine dans le droit commun dès 2018

Lancer des négociations conventionnelles permettant de définir une tarification pour la téléconsultation et la télé-expertise. L'Assurance maladie et les médecins négocieront, et fixeront, au premier trimestre 2018 le tarif de droit commun des actes de télémédecine.

Accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémédecine

L'objectif est d'équiper tous les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et toutes les zones sous-denses d'ici 2020 d'un matériel permettant la téléconsultation afin d'éviter les hospitalisations inutiles et améliorer la qualité du suivi des patients résidents.

28 000 euros par établissement sanitaire ou médico-social ou structure d'exercice coordonné pour l'accompagnement, la mise à disposition de locaux et l'investissement nécessaire à la télémédecine.

Les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) destinés au développement de la télémédecine seront doublés dès 2018 pour passer à 18 millions d'euros.

Faire émerger les territoires digitaux

Généraliser le dossier médical personnel (DMP) en 2018.

Développer des services numériques pour faciliter les échanges d'information et la coordination entre professionnels au service du patient.

Développer la compatibilité entre les logiciels des différents acteurs de soins, établissements de santé et professionnels de ville.

Généraliser les possibilités de prises de rendez-vous en ligne pour les hôpitaux et les structures ambulatoires.

Priorité n°3 - Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

Soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné

Le travail en équipe et l'exercice pluri-professionnel permettent à chaque professionnel de santé d'échanger avec ses pairs, de continuer à se former et de progresser professionnellement. Cela permet aussi de libérer du temps médical en dotant les professionnels de santé de moyens d'appui administratif et d'outils informatiques.

Pour le patient, être suivi par des professionnels travaillant en équipe facilite son accès aux soins au moment où cela s'avère nécessaire. Cela lui permet de bénéficier d'une coordination des soins qui allie qualité et sécurité.

L'objectif est de doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 5 ans et d'augmenter le nombre de maisons de santé bénéficiant de nouvelles rémunérations par équipe (de l'ordre de 40 000 euros par an en moyenne).

400 millions d'euros sont prévus dans le cadre du grand plan d'investissement pour soutenir le développement des structures.

Tous les modes d'exercice coordonné seront encouragés en fonction des territoires (équipes de soins primaires (ESP), qui associent des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, ou communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui associent l'ensemble des professionnels de santé).

Garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles

Lancement avant la fin de l'année d'une mission sur les soins non programmés.

Appuyer les initiatives des professionnels pour l'accès aux soins non programmés. Les ARS devront mettre en place, avec les professionnels de chaque territoire, des organisations permettant de garantir sur chaque territoire une offre de soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, ainsi que le samedi matin, afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières.

L'objectif est de donner un cadre de référence aux projets des professionnels grâce à l'élaboration d'un cahier des charges national précisant les critères de qualité et de sécurité minimaux ; de décliner régionalement ce cadre avec une contractualisation ou une labellisation par les ARS selon des modalités propres à chaque région, pour tenir compte de la diversité des projets et dynamiques territoriales ; et de faire évoluer les dispositifs réglementaires existants, notamment dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en élargissant, par exemple, les plages d'ouverture des maisons médicales de garde.

Créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé

Tous les professionnels de santé auront accès par téléphone ou par internet à un point d'information unique. Ils pourront construire leur projet professionnel et personnel et être accompagnés dans leurs démarches administratives, depuis leur installation jusqu'à leur retraite par des équipes dédiées.

Simplifier la prise en charge des patients en situation complexe en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui aux parcours complexes selon les territoires

Il existe de nombreuses structures d'appui aux professionnels sur les territoires. Celles-ci sont présentes pour aider les professionnels de santé à la prise en charge de cas complexes. Elles sont pourtant parfois redondantes, et les modalités d'accès sont difficiles pour les professionnels de santé. Ces dispositifs seront fusionnés pour plus de simplicité et d'efficacité.

Priorité n°4 - Autonomiser les acteurs des territoires pour construire des projets et innover

Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires

Développer les projets adaptés aux caractéristiques des territoires est une clé du succès. S'appuyer sur la responsabilité territoriale en réunissant les acteurs au niveau régional à travers les projets régionaux de santé et les contrats locaux de santé.

Créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations

Mettre en place un cadre commun permettant d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles expérimentations. Ce cadre bénéficiera d'un Fonds national pour l'innovation organisationnelle financé sur l'ONDAM (objectif national de dépenses d'Assurance maladie).

Évaluer régulièrement la mise en place des différentes actions territoriales

Un comité d'évaluation sera mise en place dans le cadre du plan. Il permettra de suivre chaque action territoriale et aura pour objectif la mise en place des remontées et leur coordination. Il nécessitera de mettre en place une batterie resserrée d'indicateurs de résultats, assortis d'objectifs d'amélioration.

Appuyer les agences régionales de santé dans l'accompagnement des projets de territoire

Augmenter les crédits FIR pour une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire : *10 millions d'euros de crédits supplémentaires sont prévus dès 2018.*

Coordonner les financements entre les ARS et les collectivités territoriales.

Annexe 3 : Présentation du Plan de lutte contre les déserts médicaux du conseil régional d'Île-de-France (délibération n° CR 2017-126 du 21 septembre 2017)

Forte du constat d'une offre de soins en tension sur le territoire régional, et d'une répartition disparate de l'offre qu'elle soit médicale ou paramédicale, la région Île-de-France a décidé de :

- Créer un choc de simplification du dispositif de lutte contre les déserts médicaux et de positionner la Région comme une collectivité volontariste au service des patients et des professionnels de santé ;
- S'affranchir du zonage statistique au profit d'une démarche dynamique, permettant au-delà du zonage d'apporter un soutien aux territoires sur la base d'un diagnostic local démontrant les besoins ;
- Soutenir l'installation de tous les praticiens, exerçant seuls ou en cabinet de groupe et quel que soit le secteur de conventionnement (à condition d'être engagé dans un dispositif de modération tarifaire), tout en privilégiant les médecins engagés dans une structure collective ou un partenariat favorisant la continuité des parcours de soins ;
- Simplifier et élargir l'accès aux aides ;
- Soutenir l'investissement, les travaux, l'informatisation et la sécurisation des locaux des professionnels de santé ;
- Soutenir les structures d'exercice collectif quel qu'en soit le mandataire (collectivité, établissement public, bailleur social, associations, ...), mais sous condition d'avoir démontré le besoin local, de proposer des conditions de location aux professionnels de santé favorables par rapport aux prix du marché, de participer aux démarches de recrutement des professionnels de santé, d'accueillir au moins un stagiaire pendant une période de deux mois minimum ;
- Réorienter le dispositif CRES vers une bourse aux étudiants des formations paramédicales et de sages-femmes ;
- En accompagnant le développement de l'e-santé, par des aides en investissement à l'expérimentation.

BIBLIOGRAPHIE

Abecassis P., Domin J.P., « S'installer en ville : l'exemple des jeunes médecins généralistes des Hauts-de-Seine », *Métropolitiques.eu*, 04 juin 2014.

APVF, 2016. L'offre de soins dans les petites villes : dans la difficulté, les maires innovent, rapport de l'Association des Petites Villes Françaises, février, 19 p.

ANEMF, 2012. Les 10 propositions de l'ANEMF en matière de démographie médicale, 15 p.

Anguis M., En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées, *Études et résultats*, n°1006, Drees, mars 2017

Arnault F., 2016. Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires, rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, décembre, 26 p.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France, DT n°51, Irdes.

Barlet M. et Marbot C. (sous la direction de), 2016. « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 », *Collection Panoramas de la Drees - Santé*, avril 2016, 160 p.

Bachelet M., Anguis M., 2017, Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée, *Études & Résultats*, n°1011, Drees, mai 2017.

Beaucourt, C., Kustos, I., Masingue, A. & Roux, L., 2014. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gestion et management public*, volume 2/4,(2), pp. 61-79.

Beinier A., 2017. La face cachée des déserts médicaux ou l'inexploitation de la loi ?, site de Anne Beinier - Conseillère de Mme Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé - Publié le 15 février 2017.

Berland Y., 2002. Rapport de la mission « Démographie des professions de santé », rapport n°2002135, novembre 2002, 113 p.

Berland Y., 2005. Rapport de la commission « Démographie médicale » pour le gouvernement, avril 2005, 61 p.

Bernier M., 2008. L'égal accès de tous aux soins de premier recours : une priorité de santé publique, *rapport provisoire de la mission d'information à l'Assemblée nationale sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, 192 p.

Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A., 2006. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, Irdes, Rapport n° 534, juin, 70 p.

Bruguière M.T., 2011. Les territoires et la santé, Rapport d'information au Sénat fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, n°600, session ordinaire de 2010-2011, enregistré le 14 juin 2011.

Bui Dang Ha Doan et Lévy D., 2000, « Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 40, n° 3-4, p. 257-345.

Calvez C., 2016. Les réformes de santé en France, *Dossier documentaire de l'EHESP*.

Cardoux J.N., Daudigny Y., 2017, « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », rapport au Sénat fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, session extraordinaire de 2016-2017, rapport n°686, 26 juillet 2017, 129 p.

Castaigne S., Lasnier Y., 2017. Les déserts médicaux, *Les avis du CESE*, décembre, 63p.

Chevillard, G., 2015. « Dynamiques territoriales et offre de soins: l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine », Thèse de doctorat, université Paris 10.

Chevillard G., Jerber M., 2016. Bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural 2010-2013, CGET, juillet, 82 p.

Choussat J., 1997. Rapport d'ensemble sur la démographie médicale, IGAS, La documentation française, 44 p.

CISS, 2015. Déserts médicaux, territoires en tension : de quoi parle-t-on ? Quelles réponses ?, Actes de la journée « Assurance maladie » CISS-FNATH-UNAF du 4 novembre 2015.

CNOM (Conseil national de l'ordre des médecins), Atlas régional de la démographie médicale, 2015, et 2017.

CNOM, 2015. Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions, 55 p.

Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., 2012. Revue bibliographique sur la définition des zones déficitaires en professionnels de santé au Royaume-Uni, en Allemagne et aux États-Unis, *Notre de travail Irdes*, non diffusée, décembre.

Couffinhal A., Lucas-Gabrielli V. et Mousquès J., 2002. « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 », *Questions d'économie de la santé*, n° 61, Irdes, décembre.

Descours, C. 2003. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, Rapport au Sénat, 69 p.

Etienne J.C., Corne C., 2012. Les enjeux de la prévention en matière de santé, Avis du Conseil économique, social et environnemental, journal officiel de la république française, mandature 2010-2015 – séance du 14 février 2012.

Faure O., 2017. Proposition de loi n°477 visant à lutter contre la désertification médicale, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 décembre 2017.

Fauvet L., 2011. « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010 », *Études & résultats*, n°767, Drees.

Flajolet A., 2008. Rapport de la mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

France Assos Santé, 2017. Le dossier médical partagé, Santé Info Droits PRATIQUE, A.3.5, 4 p.

Fromentin V., 2015. « Et si les « déserts médicaux » étaient un mirage ? », *La lettre de Galilée*, 6 avril 2015.

Georges P., Waquet C., 2013. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, Rapport de l'IGAS, juillet, 138 p.

Haut Conseil de la santé publique, 2017. Contribution à la « Stratégie Nationale de Santé », Septembre 2017.

- HCSP, 2009. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, rapport de décembre 2009, 101 p.
- Hubert E., 2010. Rapport de la mission de concertation sur la médecine de proximité pour le Président de la République, 183 p.
- Hurel K., Jerber M., Le Guyader S., 2015. (CGET) Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires, En Bref #4, CGET, Septembre.
- Institut Montaigne, 2013. Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale, rapport de mai 2013, 79 p.
- Jakobovitch S. & al., 2012, Les emplois du temps des médecins généralistes, *Études & résultats*, n°797, Drees, mars 2012.
- Jerber M., 2015. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins, *rapport d'étude du CGET*, novembre 2015, 95 p.
- Juilhard J.M., 2007. Rapport d'information au Sénat fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale, Session ordinaire 2007-2008, n°14, 3 octobre 2007, 86 p.
- Juilhard J.M., Corchemore B., Toubia A., Vallancien G., 2010. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, rapport au gouvernement, 52 p.
- Lapeyre N., Robelet M., 2007. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation, l'expérience des jeunes médecins généralistes, *Sociologies pratiques*, 2007/1, n°14, Presses de Sciences Po, pp. 19-30.
- Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C., 2009. Le temps de travail des médecins généralistes, Question d'économie de la santé, n°144, Irdes, juillet.
- Le Gall A.R., Cuzin Y., 2014. Agir pour un urbanisme favorable à la santé: le rôle central des ARS, in *Territoires, incubateurs de santé ?*, Les Cahiers de l'IAU îdF, n° 170-171 - septembre 2014, pp. 105-107.
- Lombrail P., Lang T., Pascal J., 2004. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?, *Santé, Société et Solidarité*, n°2, Dossier inégalités sociales de santé, pp. 61-71.
- Lucas J., 2001. L'exercice médical face à la permanence des soins, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001, 34 p.
- Lucas J., 2010. Les coopérations entre professionnels de santé, coordination des soins au bénéfice des patients, Rapport de la Commission nationale permanente adoptée lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins du 19 juin 2010, 42 p.
- Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M., 2016. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée, *Document de travail*, n° 70 - Irdes – Février.
- Mangeney C., 2011, La mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France, Paris, IAU îdF.
- Maurey H., 2013. Rapport d'information au Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, rapport du Sénat au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, rapport n°335, session ordinaire 2012-2013, 133 p.
- Maurey H., Nicolay L.J., 2017. , Aménagement du territoire : plus que jamais une nécessité,

Rapport d'information au Sénat n° 565 (2016-2017) fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le 31 mai 2017.

Micheau J., Molière E., Plein Sens, 2010. L'emploi du temps des médecins libéraux, Dossiers Solidarité & Santé, n°15, Drees.

Micheau J., Molière E., Plein Sens, 2010. Activité et emplois du temps des médecins libéraux, Document de travail de la Drees, n°98, mai, 97 p.

Mousques J., Bourgueil Y., 2014. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, *Les rapports de l'Irdes*, n°559, décembre, 153 p.

Munck S., Massin S., Hofliger P., Darmon D., 2015. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, *Santé publique*, n°1, janvier-février, pp. 49-58.

Nascimento I., 2014. L'IDH2, un outil d'évaluation du développement humain en Île-de-France, *Notes rapides Outils & Méthodes*, n°656, IAU îdF, ORS IDF, Mipes, mai.

OMS, 2006. Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs.

OMS, 2010. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation – recommandations pour une politique mondiale, 84 p.

OMS, 2017. Maladies non transmissibles, *Aide-mémoire N°355*, Juin.

ONDPS, 2015. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, volume 1, mars, 101 p.

Rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale, 2011.

Rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale, 2015, chapitre V « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant ».

Rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale, 2017, chapitre V « La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins » et chapitre VII, « La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre ».

Rapport n° CR 2017-126 du Conseil régional d'Île-de-France intitulé « Lutte contre les déserts médicaux » de septembre 2017.

Revue « Pratiques », n°60, janvier 2013, dossier : « déserts médicaux : où est le problème ? », 100 p.

Robelet M., Lapeyre N., Zolesio E., 2006. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans, Note de synthèse pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier, 18 p.

Sawaya Z., Bouillot A., 2013. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France, Etude TNS Sofres – SIHP, Rapport d'analyse.

Selig E., 2014. Les inégalités sociales de santé, Dossier documentaire du Crips Île-de-France, janvier, 10 p.

Suhard V., Safon M.-O., 2016. Les Inégalités sociales de santé, Synthèses et dossiers bibliographiques, Irdes, 250p.

Urcam, 2002. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux, 1^{ère} exploitation, 31 p.

URML Île-de-France, 2003. A quoi rêvent les jeunes spécialistes ?, Livre Blanc des internes, 48 p.

Vigneron E., 2011. Les inégalités de santé dans les territoires français, Elsevier Masson.

Vergier N., Chaput H., Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, *Les Dossiers de la Drees*, n°17, mai 2017. Rapport ONDPS, 2013-2014

Vigier P., 2012. Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, n°284, Assemblée nationale, 14^{ème} législature, enregistrée le 10 octobre 2011 et rejetée en première lecture par l'Assemblée en janvier 2013.

Vigier P., 2016. Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, n°4119, Assemblée nationale, 14^{ème} législature, 12 octobre.



Observatoire régional de santé Île-de-France

15, rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-1912-5