

N° 14

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 3 octobre 2007

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur la **démographie médicale,***

Par M. Jean-Marc JUILHARD,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, MM. Bernard Seillier, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Mugnette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	7
I. RÉDUCTION DE L'OFFRE DE SOINS : UN CONSTAT INQUIÉTANT	9
A. LA CRISE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE PRÉSENTE UNE DOUBLE DIMENSION	9
1. <i>La perspective d'une pénurie de professionnels de santé</i>	<i>9</i>
a) Des variations d'effectifs imputables aux pouvoirs publics.....	9
b) Le scénario des quinze prochaines années	10
2. <i>Des inégalités de répartition territoriale en matière d'offre de soins</i>	<i>12</i>
a) Des écarts importants de densité médicale	12
b) Le ciblage des zones en difficulté	14
B. LES ASPIRATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE	16
1. <i>Le choix du lieu d'installation.....</i>	<i>17</i>
a) Le milieu rural est perçu comme une zone de fortes contraintes	17
b) Les jeunes médecins souhaitent être conseillés	19
2. <i>Les nouvelles conditions de travail des médecins</i>	<i>19</i>
a) Des aspirations différentes	20
b) Une carrière de plus en plus courte	21
II. LES ACTIONS VISANT À CORRIGER LES INÉGALITÉS TERRITORIALES	23
A. UNE POLITIQUE QUI PRIVILÉGIE L'INCITATION	23
1. <i>Avant l'installation</i>	<i>23</i>
a) Adapter le nombre d'étudiants aux besoins.....	23
b) Attirer les étudiants en zone sous-médicalisée	24
2. <i>Lors de l'installation.....</i>	<i>25</i>
a) Les mécanismes d'incitation financière	25
b) Le rôle croissant des collectivités territoriales	27
B. LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE PARVIENNENT-ILS AUX RÉSULTATS ESCOMPTEÉS ?.....	28
1. <i>Les dispositifs d'incitation sont mal connus</i>	<i>28</i>
2. <i>Compléter les dispositifs en vigueur.....</i>	<i>29</i>
a) La mobilisation des centres de santé et des hôpitaux locaux	29
b) La promotion de solutions innovantes	31
3. <i>Faut-il envisager d'autres mesures que celles fondées sur l'incitation ?.....</i>	<i>32</i>
a) Le choix d'une autre politique	32
b) L'exemple du protocole annexé à la convention infirmière.....	33

III. L'EXERCICE REGROUPE, UN NOUVEAU MODE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS	36
A. LE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES POUVOIRS PUBLICS	36
1. <i>Un attrait nouveau pour l'exercice regroupé</i>	36
a) Les caractéristiques des cabinets de groupe	36
b) L'intérêt des médecins pour ce mode d'activité	37
2. <i>Un mode d'exercice encouragé par les pouvoirs publics</i>	38
a) Des mesures législatives et réglementaires spécifiques	38
b) Une nouvelle incitation financière	38
B. L'EXPÉRIENCE CONVAINCANTE DES MAISONS DE SANTÉ	39
1. <i>Que sont les maisons de santé ?</i>	39
a) Un concept qui n'est pas défini	39
b) Le choix de la pluridisciplinarité	40
2. <i>Les aides apportées par les caisses et les pouvoirs locaux</i>	41
a) Les soutiens financiers	41
b) Le projet de maisons de santé rurales	42
3. <i>Pour une labellisation des maisons de santé</i>	43
a) Définir un statut	43
b) Accompagner le fonctionnement	44
ANNEXES	47
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	57
TRAVAUX DE LA COMMISSION	61
I. EXAMEN DU RAPPORT	61
II. AUDITIONS ET TABLE RONDE	70
• Audition du professeur Yvon Berland président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé	70
• Audition du professeur Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé	75
• Table ronde	77
III. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION	85

Quinze recommandations pour réduire la fracture territoriale en matière d'offre de soins

Optimiser les mesures déjà prises

1. Évaluer l'efficacité des dispositifs tendant à réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ;
2. Recenser les besoins en professionnels de santé du secteur médico-social ;
3. Simplifier les démarches administratives pour l'obtention des aides à l'installation ;
4. Développer la télémédecine ;
5. Promouvoir des actions innovantes en matière de transports afin de favoriser l'accès du patient aux médecins ;
6. Favoriser l'installation des centres de santé dans les zones sous-médicalisées par l'attribution des aides accordées aux médecins libéraux ;
7. Permettre aux partenaires conventionnels de réguler les installations dans les zones médicalement surdotées ;

Sensibiliser les étudiants et les jeunes médecins

8. Mieux informer les étudiants en médecine sur les mécanismes d'aides à l'installation ;
9. Transformer l'examen classant national (ECN) en examen régional et rééquilibrer la répartition des postes dans chaque université suivant l'existence ou non de zones sous-médicalisées ;
10. Organiser dans chaque région une journée d'information sur les carrières médicales destinée à présenter les besoins régionaux en matière d'offres de soins ;
11. Encourager les stages de médecine générale en zone sous-médicalisée ;
12. Revaloriser la rémunération des maîtres de stage en zone sous-médicalisée ;

Compléter l'organisation de l'offre de soins : la maison de santé pluridisciplinaire

13. Définir un label « maison de santé » ;
14. Recenser les dispositifs d'aides à l'installation et au fonctionnement versés aux maisons de santé ;
15. Expérimenter un contrat propre aux maisons de santé leur permettant de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Mesdames, Messieurs,

Le nombre de médecins en exercice n'a jamais été aussi élevé et pourtant, les disparités entre régions deviennent trop importantes pour assurer un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire : on constate, par exemple, un écart de 1 à 3 entre le nombre de médecins installés dans le Pas-de-Calais et ceux exerçant dans les Alpes-Maritimes.

Cette situation s'aggravera dans les années à venir. On prévoit une réduction du nombre de médecins en activité causée, d'une part, par une baisse de l'offre en raison du nombre insuffisant d'étudiants en formation et de nombreux départs en retraite, d'autre part, par le vieillissement de la population.

Conscient de ce risque de pénurie, **le gouvernement a concentré ses efforts sur les médecins** dont la situation démographique est la plus critique au sein des professionnels de santé, et même plus particulièrement sur les médecins généralistes, les plus impliqués dans la prise en charge de premier recours.

Depuis trois ans, des mesures ont été prises pour agir aux différentes étapes qui vont de la formation à l'installation des médecins. Elles visent à augmenter le nombre d'étudiants en formation et à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-médicalisées.

Quelles améliorations faut-il en attendre ? Comment apporter à cette démographie médicale en crise les solutions qui permettent d'offrir à nos concitoyens un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ?

Tel est l'objet du présent rapport.

I. RÉDUCTION DE L'OFFRE DE SOINS : UN CONSTAT INQUIÉTANT

L'attention des pouvoirs publics a été attirée sur une possible pénurie de professionnels de santé dès le milieu des années quatre-vingt-dix. Cette prise de conscience est survenue brutalement, à l'issue d'une période où le discours dominant faisait état d'une abondance, voire d'un excès de médecins.

Le Gouvernement a fait de ce thème de la pénurie une priorité de sa politique sanitaire au début des années 2000. C'est à cette époque que Jean-François Mattei, alors ministre chargé de la santé, a procédé à la création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), dispositif d'analyse jusqu'alors inexistant.

Sa première mission a été de recenser les effectifs et d'établir un audit dans le domaine de la démographie médicale. Sur la base de ces travaux, les pouvoirs publics ont été en mesure d'élaborer une première série de réponses pour anticiper la crise de la démographie médicale.

A. LA CRISE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE PRÉSENTE UNE DOUBLE DIMENSION

1. La perspective d'une pénurie de professionnels de santé

L'hypothèse d'une pénurie à venir des professionnels de santé, et plus particulièrement des médecins, paraît d'autant plus paradoxale que les praticiens en activité n'ont jamais été aussi nombreux en France (on comptait 207 277 médecins au 1^{er} janvier 2006 contre 186 000 il y a vingt ans). Elle s'explique par les déséquilibres de la pyramide démographique qui vont provoquer une réduction du nombre de médecins en exercice par rapport à la population à prendre en charge. Situation aggravante, le vieillissement de la population se traduira très probablement par une demande de soins plus importante.

a) Des variations d'effectifs imputables aux pouvoirs publics

L'action sur le *numerus clausus* a longtemps constitué le seul mécanisme employé par les pouvoirs publics pour agir sur le niveau de l'offre de soins. La création de ce dispositif en 1971 visait à répondre au souhait des autorités sanitaires de maîtriser la démographie médicale.

Supérieur à 8 000 dans le courant des années soixante-dix, le nombre de postes offerts aux étudiants est demeuré élevé jusqu'au début des années quatre-vingt.

A partir de 1983, le nombre de postes ouverts à la fin de la première année des études de médecine a été régulièrement abaissé jusqu'à atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 postes ouverts).

Sous l'effet de cette politique, **l'effectif des médecins libéraux n'a fait que croître jusque dans les années quatre-vingt-dix**, augmentant de 4,4 % en moyenne au cours de la période 1961-1990 (3,7 % pour les omnipraticiens et 5,6 % pour les spécialistes). Il s'est depuis stabilisé, l'augmentation du nombre de médecins (0,4 % sur la période 1991-2004) étant proche du taux de croissance de la population (0,5 %).

Evolution de la densité médicale française entre 1985 et 2004

Unité : nombre de médecins pour 100 000 habitants

Année	1985	1990	1995	2000	2004
Densité des généralistes	151	162	163	162	166
Densité des spécialistes	115	144	159	170	173
Total densité médicale	266	306	322	332	339

Source : Conseil national de l'ordre des médecins

Mais, à compter de 2007, **les installations sont moins nombreuses** du fait de la politique de réduction du nombre d'étudiants en médecine.

Parallèlement, **les cessations d'activité vont aller croissant** au cours des années à venir passant, selon les statistiques publiées par le Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie, de 4 000 par an aujourd'hui à près de 9 000 entre 2010 et 2015¹. Ces départs concernent les promotions de médecins des années soixante-dix qui ont bénéficié de *numerus clausus* élevés.

b) Le scénario des quinze prochaines années

Pour évaluer l'impact de ce double mouvement sur l'évolution du nombre de médecins en activité à l'horizon 2025, les services du ministère de la santé ont élaboré un scénario prospectif.

Etabli en 2002 et réactualisé en 2004, ce scénario retient l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 7 000 à compter de 2006, puis stabilisé à ce niveau pour les années suivantes, et d'un âge de départ à la retraite à soixante-quatre ans. Il suppose constants et identiques les comportements des médecins et étudiants observés dans les années les plus récentes en termes de redoublement, de choix de spécialité, d'installation et de cessation d'activité.

Sur ces bases, trois phases peuvent être distinguées :

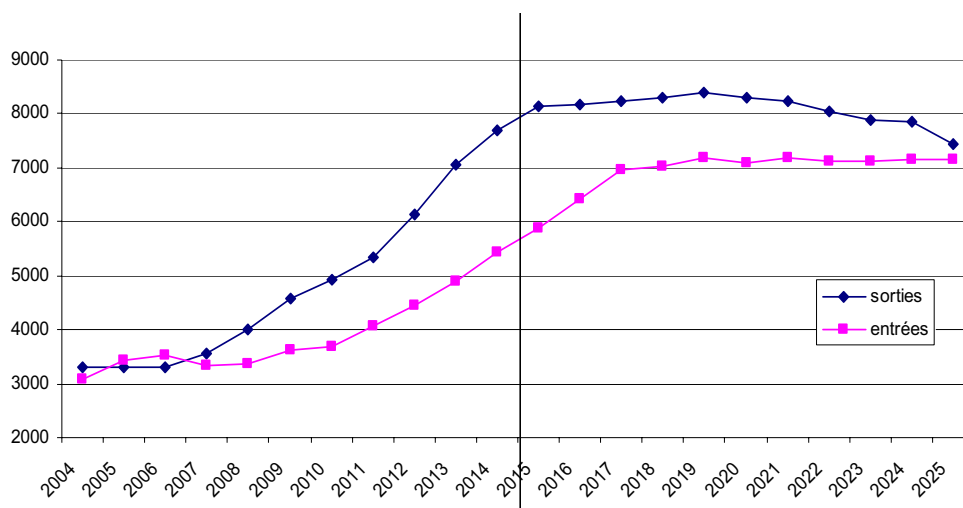
- jusqu'en 2007, le nombre de médecins en activité demeure stable ;
- de 2008 à 2015, les cessations d'activité sont supérieures aux installations et le déficit s'accroît progressivement. Pendant cette période, les

¹ Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux, hcaam, mai 2007.

modifications de *numerus clausus* n'auront aucune influence sur le nombre de médecins en activité ;

- à compter de 2016, le nombre d'installations croît plus rapidement que celui des cessations d'activité, mais il faut attendre 2025 pour que le nombre d'entrées soit égal à celui des sorties.

Entrées et sorties par année projetée



Source : ONDPS

« Ce scénario conclut à la baisse du nombre total de médecins en activité de 9,4 % entre 2006 et 2025 (soit 21 000 médecins de moins).

« La densité médicale diminuerait de 15,6 %, passant de 336 médecins pour 100 000 habitants à 283 pour 100 000. Elle retrouverait ainsi en 2025 un niveau proche de celui du milieu des années quatre-vingt¹ ».

Ce tableau déjà sombre pourrait être encore aggravé par des tendances dont l'évolution reste mal connue, notamment la féminisation du corps médical.

Selon l'ONDPS : « jusqu'à présent, les femmes privilégient en effet l'exercice salarié, ce qui conduirait, puisque leur nombre s'accroîtrait fortement, à concentrer la majeure partie de la baisse à venir des effectifs sur l'exercice libéral, si leur comportement se maintenait à l'identique. Les projections réalisées avec le modèle du ministère de la santé mettent ainsi en évidence, sous l'hypothèse de constance des comportements passés, que le nombre de médecins libéraux chuterait en un peu plus de vingt ans de 15 %, passant de 122 300 en 2002 à 103 800 en 2025, alors que la diminution serait quasi nulle pour les hospitaliers, dont le nombre passerait de 59 000 en 2002 à 58 800 en 2025. »

¹ Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux, hcaam, mai 2007.

2. Des inégalités de répartition territoriale en matière d'offre de soins

La baisse prévisible des effectifs de médecins en activité aura pour effet d'accentuer les inégalités d'accès aux soins déjà présentes sur l'ensemble du territoire. Les travaux de l'ONDPS ont en effet permis de constater que les écarts de densité médicale par rapport à la population globale « *après avoir diminué de façon significative entre 1985 et 1995, apparaissent globalement stables depuis cette date¹* ». Cette situation traduit l'absence de politique efficace en matière d'installation des professionnels de santé.

Ce qui a changé, **ce sont la structure d'âge des populations, les modes de prise en charge des pathologies et des patients et le niveau d'exigence des populations en matière sanitaire.** De sorte qu'une offre de soins adaptée doit maintenant apporter une réponse satisfaisante aux besoins d'une population dont les caractéristiques, l'espérance de vie sans incapacité et les attentes sont différentes de ce qu'elles étaient il y a trente ans.

a) Des écarts importants de densité médicale

La répartition territoriale de l'offre de soins se présenterait comme suit en 2004 :

La densité moyenne des médecins généralistes au niveau national est de 166 pour 100 000 habitants. Le niveau régional le plus fort est constaté dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (194 pour 100 000), ainsi qu'en Ile-de-France et en Languedoc-Roussillon. A l'opposé, les régions qui présentent les plus faibles densités sont les régions Centre (137 pour 100 000), Haute et Basse-Normandie, et Picardie.

¹ Les effectifs et l'activité des professionnels de santé, ONDPS, rapport 2004, tome 1.

**Effectifs et densité des médecins par région (généralistes/spécialistes)
pour 100 000 habitants**

Régions	Effectif total de médecins	Densité	Généralistes		Spécialistes	
			Effectif	Densité	Effectif	Densité
Alsace	6 169	345	2 961	166	3 208	180
Aquitaine	10 597	354	5 071	169	5 526	184
Auvergne	3 944	297	2 143	162	1 801	136
Bourgogne	4 596	283	2 483	153	2 113	130
Bretagne	9 213	308	4 677	156	4 536	152
Centre	6 653	268	3 394	137	3 259	131
Champagne-Ardenne	3 726	276	2 019	149	1 707	126
Corse	943	353	492	184	451	169
Franche-Comté	3 316	292	1 749	154	1 567	138
Ile-de-France	47 663	426	20 842	186	26 821	240
Languedoc-Roussillon	9 051	377	4 455	186	4 596	192
Limousin	2 405	336	1 292	180	1 113	155
Lorraine	6 924	296	3 547	152	3 377	144
Midi-Pyrénées	9 682	367	4 682	177	5 000	189
Nord-Pas-de-Calais	11 895	293	6 611	163	5 284	130
Basse-Normandie	3 979	275	2 028	140	1 951	135
Haute-Normandie	4 876	270	2 511	139	2 365	131
Pays de la Loire	9 226	278	4 817	145	4 409	133
Picardie	4 826	256	2 670	142	2 156	114
Poitou-Charentes	4 927	294	2 670	159	2 257	135
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 475	417	9 045	194	10 430	223
Rhône-Alpes	19 401	333	9 488	163	9 913	170
France métropolitaine	203 487	339	99 647	166	103 840	173

Source : estimations au 1^{er} janvier 2004 - Insee

Une étude menée sur les cinq professions les plus importantes sur le plan numérique (infirmières, médecins, pharmaciens, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes) place les régions Picardie, Champagne-Ardenne, Haute et Basse-Normandie parmi celles les moins bien pourvues.

« Le constat souvent évoqué, de la plus facile accessibilité aux soins au sud qu'au nord se trouve très largement confirmé.¹ ». Et, comme l'a souligné le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette « disparité de densité dans l'installation ne peut pas être justifiée par les différences que l'on constate entre les populations (âge, pathologies dominantes, etc.)² ».

¹ ONDPS, synthèse générale du rapport 2004.

² Hcaam, rapport 2004.

b) Le ciblage des zones en difficulté

En 2004, un groupe de travail réunissant les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), la mutualité sociale agricole (MSA) et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (Canam) **s'est attaché à cibler les zones en difficulté et les zones fragiles au regard de l'offre de généralistes en France métropolitaine.**

Le territoire national a été découpé en 7 442 « zones de recours », une zone étant définie comme le bassin d'attraction des généralistes exerçant dans une commune, avec un seuil minimal de population de 1 500 habitants. Ce découpage a été préféré au découpage cantonal, plus hétérogène en termes de population.

Pour approfondir l'analyse, plusieurs indicateurs ont été retenus :

- l'activité moyenne des généralistes de la zone (consultations et visites), la proportion de médecins effectuant plus de 7 500 actes dans l'année, ainsi que la proportion de médecins de plus de soixante ans étant considérées comme un critère spécifique de fragilité ;

- les consultations et visites des personnes de soixante-quinze ans et plus (à cet âge, une consommation faible traduit un problème d'accès aux soins) ;

- les déplacements hors de la zone pour se faire soigner, de manière générale et pour les plus de soixante-quinze ans (des déplacements importants pouvant signaler un problème d'accès aux soins dans la zone).

Sur la base de ces critères une zone est considérée comme problématique dès lors qu'**elle combine une densité faible, une forte activité des praticiens en exercice et un recours aux soins peu important.** Une distinction supplémentaire a été établie entre les zones fragiles et les zones en difficulté en fonction de l'écart existant entre les indicateurs retenus et la moyenne nationale.

Caractéristiques des zones

	Ensemble	Zones sans problème	Zones fragiles	Zones en difficulté
Nombre de zones concernées	7 442	6 799	524	119
Population concernée	59 518 395	56 099 678	2 042 266	376 451
% de population	100 %	95,9 %	3,5 %	0,6 %
Nombre moyen d'habitants	7 863	8 251	3 897	3 163
Effectif des généralistes actifs au 31 décembre 2002	54 405	53 065	1 192	148
Nombre d'actes moyen par généraliste	5 033	4 995	8 486	8 868
Part de généralistes effectuant plus de 7 500 actes par an	14 %	12 %	69 %	88 %
Âge moyen des généralistes	47,4 ans	47,4 ans	47,9 ans	50,3 ans
Part du recours aux soins des 75 ans et plus dans la zone	62 %	63 %	58 %	47 %

Source : ONDPS

Selon ce recensement 2,377 millions de personnes vivent dans des zones identifiées en difficulté ou fragiles au regard de ces critères, et deux millions dans des zones fragiles.

Depuis 2004, les missions régionales de santé¹ sont chargées de définir les zones rurales et urbaines éligibles aux dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé. Ce travail de recensement a été rendu public en 2006. Le résultat global n'est pas identique à celui obtenu par le groupe de travail initial, **les zones déficitaires déterminées lors de ces deux recensements successifs ne se superposant que partiellement.**

Dans un rapport récent, la Cour des comptes souligne que « *le zonage réalisé par les MRS s'avère hétérogène car les méthodes utilisées ont différé en fonction de la région. Cette situation pose un problème car le classement des zones est opposable aux partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans ces zones déficitaires*². »

¹ Créées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les missions régionales de santé sont une structure réunissant les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie. Elles sont chargées de définir les orientations relatives à l'évolution et à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

² Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2007.

Un nouveau recensement des zones sous-médicalisées devait être achevé au 1^{er} janvier 2007. Cette opération a été retardée afin de résoudre les problèmes méthodologiques. Des mesures législatives devraient prochainement être prises en ce sens (projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

Le caractère stratégique de ces recensements requiert en effet de conforter la légitimité des missions régionales de santé, soit par le renforcement de la structure, par exemple sa transformation en agence régionale de santé, soit en associant les collectivités territoriales concernées à la détermination des zones, ces mesures n'étant pas exclusive l'une de l'autre.

Par ailleurs, cette question comporte à la fois une dimension sanitaire et d'aménagement du territoire. Il conviendrait donc de superposer les zonages existant (zones sous-médicalisées, zones de revitalisation rurale, zones franches urbaines) afin de s'assurer de l'existence d'une cohérence globale des dispositifs d'aide auxquels ils ouvrent respectivement droit.

B. LES ASPIRATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE

La question des mécanismes à employer pour réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ne peut être traitée sans prendre en compte les aspirations des étudiants en médecine et des jeunes médecins quant à leurs modes d'exercice professionnel.

Celles-ci font désormais l'objet de nombreuses études menées sous l'autorité du ministère chargé de la santé, des caisses d'assurance maladie et du conseil national de l'ordre des médecins.

Au regard des résultats de ces travaux, un constat s'impose : **les étudiants en médecine et les jeunes médecins manifestent peu d'intérêt pour l'exercice dans les zones rurales ou dans les zones urbaines en difficulté** en raison de la disponibilité permanente qu'elles exigeraient selon eux.

En outre, la question de la première installation est cruciale car « *la mobilité professionnelle postérieure à la première installation est faible et que l'installation se fait très majoritairement dans la région où les médecins sont formés*¹ ».

¹ Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, Yann Bourguéil, Julien Mouquès, Ayden Tajahmadi, Irdes, juin 2006.

1. Le choix du lieu d'installation

Le choix du lieu d'exercice repose sur plusieurs éléments. Avant de prendre leur décision, les médecins analysent plus ou moins méthodiquement la charge de travail future, c'est-à-dire la patientèle, l'organisation de la permanence des soins, la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique, mais également la qualité de vie au sens général.

De surcroît, ce choix est rarement individuel : le plus souvent, il s'agit d'un choix de couple. La décision finale résulte donc d'un compromis entre vie professionnelle et vie personnelle, recherche d'un cadre de vie agréable et possibilités d'activité professionnelle du conjoint.

a) Le milieu rural est perçu comme une zone de fortes contraintes

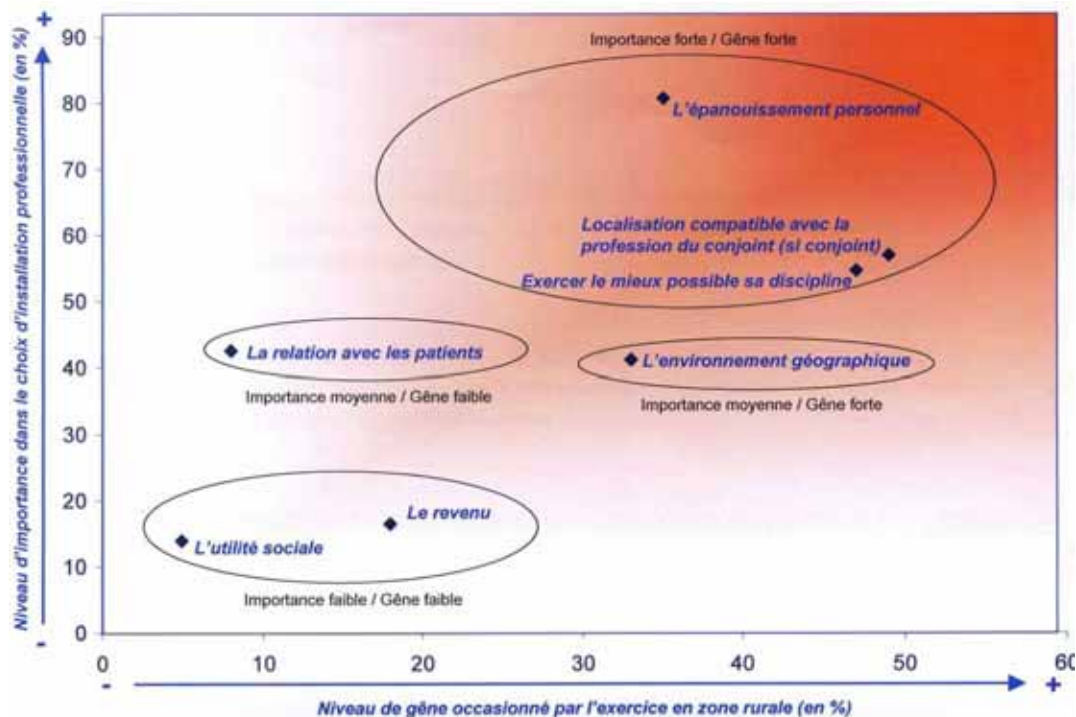
Dans l'esprit des jeunes médecins, l'exercice médical en milieu rural est synonyme d'une importante charge de travail, notamment en raison des contraintes supposées ou réelles de la permanence des soins et de la solitude des médecins.

Un sondage réalisé pour le compte du conseil national de l'ordre des médecins fait apparaître que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale¹.

Trois arguments sont mis en avant pour justifier ce manque d'appétence : « *on n'y a pas autant de loisirs qu'en ville* » (60 % des étudiants et 61 % des jeunes médecins), « *il est très difficile d'y entraîner son conjoint* » (57 % et 64 %), « *on doit toujours être sur les routes plutôt qu'en cabinet* » (49 % et 56 %).

¹ Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, BVA, Cnom, mars 2007.

Importance des handicaps en zone rurale d'après les étudiants



Source : Conseil national de l'ordre des médecins

Ces réponses recèlent leur part de paradoxe puisque près de 80 % d'entre eux estiment pouvoir par leur présence éviter la désertification des campagnes.

Ces résultats défavorables à l'exercice en milieu rural sont confortés par une étude menée sur les installations effectuées en Bretagne, entre 1998 et 2003, illustre les résultats de l'enquête menée sous l'égide du Conseil de l'Ordre. Celle-ci montre que 75 % des installations se sont faites en zones urbaines où les opportunités d'installation sont les plus importantes. Une distinction par sexe indique toutefois que les femmes médecins sont plus nombreuses dans les pôles urbains et les couronnes périurbaines, alors que les hommes s'installent plus fréquemment dans les espaces ruraux.

Le choix du lieu d'installation est souvent influencé par deux facteurs : la connaissance antérieure de la localité (en particulier à l'occasion de stages ou de remplacements) **et la proximité d'un hôpital**. Les médecins qui déclarent avoir fait une étude de marché avant de s'installer sont minoritaires. Tous se renseignent, mais la démarche est loin d'être systématiquement menée.

Les auteurs de cette étude soulignent que : *« les incitations à l'installation en milieu rural ne sont jamais considérées comme un critère à prendre en compte, et sont jugées inefficaces car la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale. Elle*

renvoie à l'évolution des modes de vie et aux problèmes d'aménagement du territoire¹ ».

b) Les jeunes médecins souhaitent être conseillés

Les jeunes médecins déplorent l'absence de conseil ou d'assistance lors des démarches administratives nécessaires à leur installation. Ils soulignent l'absence de soutien dans cette démarche vécue comme d'autant plus difficile qu'ils n'y ont pas été préparés.

Ces difficultés ont été prises en compte par les pouvoirs publics, l'université et les caisses d'assurance maladie.

Certaines facultés proposent des modules de formation à la gestion des cabinets mais cette activité demeure très limitée dans le cadre de la scolarité.

Les caisses **ont pour leur part créé au cours des dernières années de véritables outils d'aide à l'installation pour les professionnels de santé.** Le dispositif le plus innovant, dénommé Instals@nté, est développé par les unions régionales des caisses d'assurance maladie. **Ce service a pour vocation de guider les professionnels de santé dans leur choix du lieu d'installation.** Il diffuse des informations sur les aides à l'installation et les démarches associées, fait connaître les dispositifs d'aide à la pratique professionnelle, permet des échanges entre les professionnels de santé, les élus et les autres acteurs.

Un second outil, dénommé cartos@nté, permet aux professionnels désireux de s'installer de disposer des principales informations sanitaires (population, nombre de communes, consommation médicale, nombre de médecins) relatives aux cantons dans lesquels ils souhaitent ouvrir un cabinet.

La diffusion de ces dispositifs, accessibles par l'intermédiaire des sites Internet des unions régionales, constitue un apport utile pour les médecins. Ces réponses ne satisfont pas pleinement les jeunes médecins qui réclament des informations sur leur lieu futur d'exercice, mais également une simplification des démarches à accomplir lors de l'installation. Ce discours fait écho à celui des médecins en exercice qui considèrent que le travail administratif (relations avec les caisses) occupe une place trop importante dans leur activité professionnelle.

2. Les nouvelles conditions de travail des médecins

La modification législative des conditions de travail des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé (prise en compte des gardes, mise en œuvre de repos de sécurité) a entraîné une réduction de leur temps de travail.

¹ *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne, les dossiers de l'Urcam, décembre 2004.*

Or, contrairement aux idées reçues, **le problème de la durée de travail se pose aussi en activité libérale**, pour laquelle on observe de fortes variations au sein d'un même métier, en fonction des conditions d'exercice, des périodes et des zones d'installation ou du déroulement de la carrière.

Par construction, chaque réduction du temps de travail, quel qu'en soit le motif, se traduit par une diminution du temps médical disponible et donc par une dégradation de la situation générale en matière d'offre de soins.

a) Des aspirations différentes

« *Le modèle vocationnel et artisanal à la fois, qui voulait que le médecin se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison, semble révolu en tant que référence*¹ ». Les médecins aspirent à des modes d'exercice différents et à la conciliation de l'activité professionnelle avec d'autres activités en termes de temps libres et de proximité d'accès aux services et de liberté d'organisation.

Cette préoccupation entraîne le rejet de certaines des contraintes attachées à la médecine, « *la fragmentation de l'activité, les interruptions nombreuses, l'absence de temps pour soi programmé*² », et notamment **à la médecine générale perçue comme un exercice particulièrement contraignant** en raison de la permanence des soins, des visites et des horaires de travail (80 % des généralistes libéraux travaillent le samedi matin).

Il en résulte que **le modèle libéral d'exercice ne s'impose plus comme une évidence**. En Bretagne par exemple, 55 % des jeunes s'installent en exercice libéral et 45 % sont salariés. L'hôpital public est devenu le premier employeur de généralistes.

Par ailleurs, les jeunes médecins libéraux optent souvent pour l'exercice regroupé qui favorise les échanges professionnels et permet une meilleure organisation du travail.

Enfin, **les médecins ne choisissent pas toujours d'exercer à temps plein**. Le recours au temps partiel est de plus en plus fréquent et les statistiques montrent que les médecins sont surtout actifs pendant les douze premières années de leur activité³.

¹ Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne, les dossiers de l'Urcam, décembre 2004.

² Dossier Urcam précité.

³ Etude de la Dress - Juin 2007.

b) Une carrière de plus en plus courte

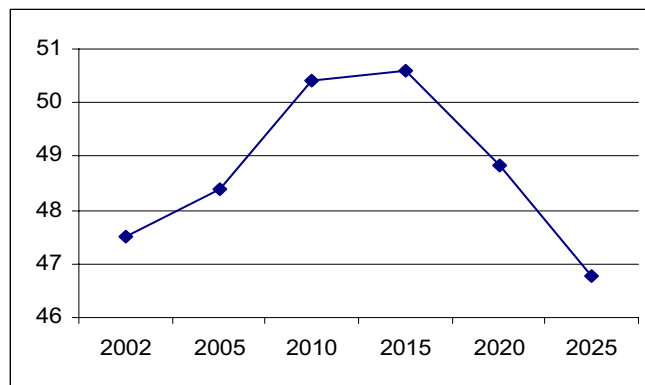
Un autre élément dont il faut tenir compte est celui lié à **la durée des carrières** qui tend à raccourcir.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné dans une note récente que les jeunes médecins s'installent de plus en plus tard, tandis que les cessations d'activité des médecins libéraux sont plus précoces que celles des médecins hospitaliers et des médecins salariés ¹.

Cette installation plus tardive s'explique par le fait qu'elle est souvent précédée de remplacements et de vacations salariées. On considère que ces périodes peuvent constituer jusqu'à 25 % de la carrière d'un médecin généraliste, dès lors qu'il souhaite pratiquer avant de s'installer à son propre compte ou bénéficier d'une activité professionnelle rémunérée tout en disposant de temps libre.

On constate également une tendance à l'élévation de l'âge moyen de la profession médicale : il sera de 50,6 ans en 2015 contre 47,5 ans actuellement. La part des médecins âgés de cinquante-cinq ans et plus devrait atteindre 44,5 % en 2015 contre 20,3 % en 2002.

Evolution de l'âge moyen des médecins en activité



Source : ONDPS

Simultanément, les médecins libéraux procèdent à des cessations d'activité plus précoces, parfois avant cinquante ans contre cinquante-six ans pour les médecins salariés non hospitaliers et cinquante-sept ans pour les hospitaliers. Cette constatation est toutefois à nuancer : sur la période récente, les départs en retraite des libéraux avant cinquante-neuf ans ont été conjoncturellement plus nombreux, **en raison d'un mécanisme d'incitation à la cessation de l'activité** (Mica) organisant leur préretraite dès l'âge de cinquante-sept ans.

¹ Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux, hcaam, mai 2007.

Ce constat a conduit Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à regretter qu'aucune mesure ne soit envisagée *« pour accroître l'activité des médecins, notamment pour augmenter le travail des femmes médecins et freiner la forte baisse d'activité qui s'amorce autour de 58/60 ans »*, d'autant que *« la proportion des généralistes cessant leur activité est toujours plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale, quelle que soit la durée d'exercice. Ce résultat va à l'encontre de l'idée que les difficultés d'exercice souvent exprimée par les médecins exerçant en zone rurale provoqueraient plus d'abandons de carrières dans ces zones. »*

II. LES ACTIONS VISANT À CORRIGER LES INÉGALITÉS TERRITORIALES

On l'a vu, la crise de la démographie médicale se manifeste aussi par l'inégal accès aux soins constaté sur le territoire national. **Ces inégalités territoriales ne sont pas nouvelles**, mais la baisse prévisible du nombre de professionnels de santé en exercice devrait accroître les tensions dans certaines zones d'ores et déjà sous-médicalisées ou en situation fragile.

Des dispositifs ont été mis en œuvre pour tenter d'y remédier. Signe des difficultés particulières ressenties en zone rurale, ils figurent le plus souvent dans les lois relatives non pas à la santé ou l'organisation des soins mais à l'aménagement du territoire¹.

A. UNE POLITIQUE QUI PRIVILÉGIE L'INCITATION

Différentes mesures ont été mises en œuvre depuis deux ans, lorsque les pouvoirs publics ont pris conscience de la mesure du problème. Elles ont pour objectif, sur un mode pédagogique, d'amener les professionnels à modifier leurs comportements actuels lors de la formation initiale et à l'arrivée sur le marché du travail, mais aussi d'améliorer les conditions de travail des médecins exerçant en zone sous-médicalisée.

1. Avant l'installation

Le Gouvernement a choisi d'agir dès la formation initiale en actionnant deux leviers : l'augmentation des effectifs de médecins en formation et la détection des étudiants susceptibles de s'installer dans les zones sous-médicalisées.

a) Adapter le nombre d'étudiants aux besoins

Une des premières décisions des pouvoirs publics, pour résoudre la crise de la démographie médicale, a consisté à **augmenter le nombre de professionnels de santé en formation**. Pour les médecins, cette mesure a pris la forme d'un relèvement du *numerus clausus* qui régit l'admission des étudiants en deuxième année.

De 6 300 en 2005, il a été porté à 7 000 en 2006 puis à 7 100 en 2007 et doit être maintenu à ce niveau au moins jusqu'en 2010 afin d'enrayer la diminution globale des effectifs. Toutefois, la durée de la formation fait que les décisions relatives au *numerus clausus* ne produiront leur effet qu'au terme d'une période de neuf à douze ans.

¹ Par exemple la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

De plus, l'action sur le *numerus clausus* a pour limite de n'accorder **aucune garantie de meilleure répartition de l'offre de médecins**, notamment au niveau infra-départemental où l'on constate aujourd'hui les principales difficultés.

Les projections faites par l'observatoire national de la démographie des professions de santé montrent que, si les internes de médecine générale adoptent le comportement déjà connu des internes de spécialités au moment du choix après l'internat (installation retardée, choix d'un cabinet en zone urbaine), les inégalités territoriales seront aggravées.

L'action sur le *numerus clausus* doit donc être complétée **par des mesures visant à stabiliser les étudiants dans la région dans laquelle ils auront achevé leurs études**¹. Il faut également amener les étudiants vers les spécialités médicales déficitaires et, notamment, vers la médecine générale.

Une solution pourrait être envisagée en **modifiant la nature des épreuves classantes nationales (ECN) sur deux points** :

- premièrement, celles-ci seraient organisées au niveau régional afin de fixer les étudiants dans la région où ils se sont inscrits pour concourir, sans leur interdire de passer l'examen dans plusieurs régions ;

- deuxièmement, une meilleure adéquation devrait être trouvée entre le nombre de postes ouverts à l'examen et celui des candidats. Aujourd'hui le ministère chargé de la santé propose davantage de postes que de candidats, ce qui se traduit mécaniquement par des postes non pourvus. Il en résulte une désaffectation pour les postes de médecine générale considérés comme les moins attractifs (542 postes non pourvus en 2007). En réduisant le nombre de postes offerts, dans des conditions qui restent à définir, les autorités sanitaires disposeraient d'un levier supplémentaire pour infléchir le choix des étudiants².

b) Attirer les étudiants en zone sous-médicalisée

Le moment de la formation initiale est particulièrement propice à l'intervention des pouvoirs publics car c'est une période au cours de laquelle le choix du lieu d'exercice des futurs médecins peut être influencé. L'incitation prend ici la forme d'un système de bourses prévues réservées aux étudiants de troisième cycle et allouées par les collectivités territoriales.

En application de la loi du 23 février 2005 relative aux territoires ruraux ces bourses se présentent sous deux formes distinctes.

- Elles peuvent consister en une aide financière aux étudiants souhaitant **effectuer leur stage de médecine générale dans une zone sous-médicalisée**.

¹ Cf. les travaux de la commission démographie médicale installée par Philippe Douste-Blazy, alors ministre chargé de la santé, pour apporter des réponses concrètes aux défis de la démographie médicale, rapport présenté par le professeur Yvon Berland, avril 2005.

² Les centres hospitaliers universitaires, rapport au Premier ministre, Francis Giraud, sénateur, juin 2006, proposition n° 10.

Ce stage, obligatoire depuis 2006, a pour intérêt de faire découvrir à l'étudiant la pratique libérale en cabinet et en milieu rural.

Pour inciter les étudiants à s'établir dans ces zones, **certaines collectivités, la région Bourgogne par exemple, versent des indemnités de logement et de déplacement aux stagiaires.**

Toutefois, malgré les efforts déployés par les collectivités territoriales et l'opinion favorable exprimée par les étudiants¹, les stages en zones sous-médicalisées peinent à se développer, soit en raison de l'absence d'offres (faible nombre de structures d'accueil), soit en raison d'un manque d'attractivité.

- Ces bourses peuvent également avoir pour but de s'assurer du lieu d'installation du futur médecin, dans ce cas celui-ci peut recevoir, durant ses études de troisième cycle, jusqu'à 24 000 euros, en contrepartie d'**un engagement d'exercice en zone sous-médicalisée pendant une durée maximale de six ans.**

Plusieurs conseils régionaux ou généraux ont mis en œuvre ce dispositif selon des modalités diverses. **La solution la plus fréquente consiste à verser une bourse mensuelle dont le montant va croissant avec l'avancée de la scolarité.** C'est le choix fait, par exemple, par les départements de l'Allier et de la Manche, ainsi que par la région Picardie.

Cette formule est apparue convaincante pour 61 % des étudiants interrogés par le conseil national de l'ordre des médecins ; cet agrément ne préjuge pas de leur volonté de s'engager personnellement dans ce dispositif.

2. Lors de l'installation

Au stade de l'installation, l'objectif des pouvoirs publics est d'**attirer ou de maintenir les médecins dans les zones sous-médicalisées** déterminées par les missions régionales de santé.

Les mécanismes incitatifs prévus à cet effet sont mis en œuvre par l'Etat, les partenaires conventionnels (assurance maladie et professionnels de santé) ou les collectivités territoriales.

a) Les mécanismes d'incitation financière

Plusieurs mécanismes d'incitation financière tendent à favoriser l'installation dans les zones sous-médicalisées déterminées par les missions régionales de santé².

¹ *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, Conseil national de l'ordre des médecins, mars 2007.*

² *Un tableau récapitulatif des aides figure en annexe du présent rapport.*

- **Les exonérations fiscales**

Deux d'entre elles s'appliquent à l'impôt sur le revenu. Ne sont pas imposables la rémunération perçue au titre de la permanence des soins, dans la limite de soixante jours par an, ou les revenus des professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale. Dans ce dernier cas la non imposition est totale pendant les cinq premières années, puis dégressive les neuf années suivantes.

Une troisième prévoit l'exonération de taxe professionnelle lors de la création d'un cabinet dans une commune de moins de 2 000 habitants ou dans une zone de revitalisation rurale. Le bénéfice de cette exonération peut être accordée dans l'année qui suit l'installation et pour une durée de deux à cinq ans. Un cabinet installé en zone de revitalisation urbaine, en zone urbaine sensible ou en zone franche urbaine peut également bénéficier de cette mesure pour une durée qui n'excède pas cinq ans.

- **Les exonérations de charges sociales**

Sous certaines conditions, l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale peut bénéficier d'une exonération partielle des cotisations patronales pour une durée de douze mois.

- **Les mesures d'aides à l'installation ou de maintien des professionnels constituent le cœur du dispositif**

Il s'agit pour l'essentiel de primes à l'installation, de la mise à disposition de locaux professionnels ou d'un logement, de la prise en charge de tout ou partie des frais d'investissements ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

- **Les autres dispositifs**

- Une **majoration des honoraires** de 20 % est versée par l'assurance maladie aux médecins exerçant en groupe dans les zones sous-médicalisées et s'engageant à poursuivre cet exercice pendant trois ans.

- Des **dérogations au parcours de soins** sont prévues afin que les assurés consultant les médecins nouvellement installés dans les zones sous-médicalisées ne soient pas pénalisés pour non-respect des règles du médecin traitant. Cette dérogation est accordée, pour une durée de cinq ans, à tout médecin s'installant dans une zone sous-médicalisée.

- **Les conditions d'exercice de la médecine ont été aménagées.** L'ouverture d'un cabinet secondaire a été rendue possible et un statut de collaborateur libéral a été créé. Le recours à ces modes d'organisation professionnelle peut favoriser les installations, mêmes partielles, dans les secteurs fragiles. Ces mesures sont complétées par le développement d'un dispositif d'aide au remplacement qui doit permettre aux professionnels exerçant dans des zones sous-médicalisées de bénéficier de conditions de remplacement plus favorables que celles prévues par le droit commun.

A l'exception des exonérations d'impôts sur le revenu, toutes ces mesures sont financées par l'assurance maladie et les collectivités territoriales.

Ces dispositifs divers ont été adoptés successivement, sans véritable stratégie d'ensemble et dans un laps de temps court. Ils comportent donc quelques faiblesses : la principale d'entre elles tient à la diversité des zonages auxquels il est fait référence (zones MRS, ZFU et ZRR), ce qui ne va pas sans poser quelques difficultés aux acteurs de terrain.

Malgré ces défauts, une étude quantitative commandée par le conseil national de l'ordre des médecins confirme l'adhésion de principe des étudiants et des jeunes médecins à cette politique d'aides : la mise à disposition d'un local professionnel recueille 84 % d'opinions favorables, la majoration des honoraires 48 %, et plus de 70 % des personnes interrogées se déclarent favorables à la mise en œuvre d'un « bouquet de mesures incitatives »¹.

b) Le rôle croissant des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales se sont également saisies du dossier de la démographie médicale. Chaque niveau - région, département, commune ou structure intercommunale - mène sa propre réflexion sur les remèdes concevables et définit des politiques innovantes.

Il s'agit, on l'a vu, de la création par certains conseils généraux de bourses destinées à convaincre les futurs médecins de venir s'installer dans les zones fragilisées ; ou bien encore de la participation de plus en plus fréquente des collectivités, sous l'impulsion des communes, aux investissements immobiliers destinés à l'accueil de cabinets médicaux ou de maisons de santé.

Cette situation peut d'ailleurs avoir pour conséquence de provoquer des surenchères entre les collectivités pour attirer une structure de soins sachant que celle-ci joue un rôle majeur dans l'aménagement du territoire. Elle constitue un élément de son attractivité et favorise le développement d'autres projets.

L'intervention des collectivités territoriales dans la gestion de l'offre de soins ne fera que croître à l'avenir. Certaines régions (Aquitaine, Bretagne, Limousin) développent déjà une politique volontariste en matière de recensement des besoins sanitaires et structurent leurs dispositifs d'aides sur cette base.

Cette action renforcée dans le domaine sanitaire est de nature à provoquer une décentralisation de la régulation de l'offre de soins. Les initiatives locales se multiplient pour assurer la présence d'une offre de soins de premier recours. Ces politiques se renforcent, s'organisent et se diversifient. En contrepartie, de leur action, les collectivités territoriales pourraient donc légitimement demander à être associées à la « planification sanitaire » (schémas régionaux d'organisation sanitaire, détermination des

¹ *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, Conseil national de l'ordre des médecins, mars 2007.*

zones sous-médicalisées) afin de s'assurer que les besoins exprimés par leur population sont suffisamment pris en compte.

B. LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE PARVIENNENT-ILS AUX RÉSULTATS ESCOMPTÉS ?

1. Les dispositifs d'incitation sont mal connus

La complexité du dispositif d'ensemble exigerait de conduire une **politique d'information plus complète en direction des étudiants et des jeunes médecins**. Or, semble-t-il, la diffusion de l'information est restée, très insuffisante et, ignorant le détail de ces dispositifs, les bénéficiaires potentiels n'y ont pas suffisamment recours.

Se pose alors la question de savoir qui assurer la diffusion de cette information : l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités territoriales ?

A ce jour, seules les collectivités territoriales ayant mis en œuvre des politiques très volontaristes destinées à attirer les étudiants les font connaître avec une certaine efficacité mais que les autres acteurs n'ont pas fait preuve du même dynamisme.

En l'absence de politique coordonnée, certaines initiatives locales se développent, comme celles organisées en concertation avec les facultés de médecine et les syndicats professionnels. Elles **prennent la forme de rencontres ouvertes aux étudiants mais également à l'assurance maladie et aux collectivités territoriales**.

Dans un rapport récent, **l'académie de médecine** confirme la pertinence de ces actions et **recommande d'organiser dans chaque faculté de médecine une journée d'information des carrières médicales** « *sous la responsabilité du doyen et avec la participation des médecins généralistes, pour présenter les besoins régionaux d'offre de soins et les mesures incitatives existantes¹* ».

Au-delà de ces actions, il est indispensable d'organiser la coordination de cette politique d'information. Or, seuls deux acteurs sont susceptibles d'en assurer la direction : l'Etat et l'assurance maladie.

Confier cette tâche à l'assurance maladie paraît légitime car une part non négligeable des aides est versée (aide à l'installation) ou actionnée (dérogation au parcours de soins) par l'intermédiaire des caisses. Par ailleurs, elle est déjà chargée d'une mission générale d'information des médecins qu'elle mène à bien par l'intermédiaire du site Internet www.ameli.fr et des sites des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

¹ Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? Groupe de travail dirigé par le professeur Pierre Ambroise-Thomas, académie nationale de médecine, avril 2007, p. 4.

Pour autant, l'Etat, garant du principe de l'égalité d'accès aux soins, doit aussi prendre sa part dans cette politique d'information, ne serait-ce que pour s'assurer de la constitution d'un matériel de communication homogène et complet et de sa diffusion dans les universités. Bien que cette mission ne relève pas expressément de sa compétence, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) pourrait faire bénéficier de son expertise le ministère chargé de la santé afin d'élaborer un matériel de communication spécifique destiné aux facultés de médecine.

A terme, cette démarche doit déboucher sur la constitution d'un « guichet unique » chargé de délivrer l'information sur les aides à l'installation.

2. Compléter les dispositifs en vigueur

a) La mobilisation des centres de santé et des hôpitaux locaux

Il existe aujourd'hui en France environ 1 500 centres de santé regroupant 14 000 personnels soignants. Qu'ils soient mutualistes, municipaux ou associatifs, ces centres ont été développés pour répondre aux besoins des populations tout en pratiquant *« un autre mode de distribution des soins, garantissant un égal accès aux soins pour tous, dans le respect des tarifs de la sécurité sociale¹ »*.

Leur fonctionnement est régi par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique qui dispose que *« les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé, soit par des collectivités territoriales »*.

Ces centres de santé peuvent bénéficier des aides prévues au titre de la lutte contre les inégalités territoriales en matière d'offre de soins (primes à l'installation, dérogation aux règles du parcours de soins, majoration d'honoraires). Toutefois, ils ne constituent pas, à proprement parler, un moyen d'action du gouvernement dans sa politique de lutte contre les effets de la pénurie de professionnels de santé. En effet, la création des centres de santé résulte aujourd'hui sur des initiatives locales qui ne s'appliquent pas toujours à des zones sous-médicalisées.

Une réflexion devrait être engagée par les pouvoirs publics sur les moyens d'inciter à la création de centres de santé dans les zones les plus fragiles, notamment dans zones urbaines sous-médicalisées dans lesquelles les médecins libéraux hésitent à s'installer. La Croix-Rouge disposait de telles

¹ *Les centres de santé : place et avenir dans le système français. Regroupement national des organismes gestionnaires de centre de santé, décembre 2006.*

structures dans le département de la Seine-Saint-Denis avant de les fermer pour des raisons financières.

L'apport des centres de santé à la réduction des inégalités territoriales en matière de santé : l'exemple du centre de santé de Cagnac (Tarn)

La commune de Cagnac, 2 125 habitants, est située à huit kilomètres d'Albi. Elle se trouve dans un ancien bassin minier, ce qui explique que 375 de ses habitants relèvent de la caisse de sécurité sociale des mines. Jusqu'à une période récente, l'offre de soins se partageait entre un médecin libéral et un médecin minier qui exerçait à temps partiel.

Le départ du médecin libéral a conduit la commune à rechercher une solution susceptible de maintenir une offre de soins suffisante en liaison avec les responsables du régime minier.

Ce partenariat a débouché sur la création d'un centre de santé qui regroupe sur un même site deux médecins miniers, deux infirmiers miniers à temps partiel, trois kinésithérapeutes libéraux, une pédicure et une pharmacie libérale. Les médecins du centre n'assurent pour l'instant qu'un exercice à temps partiel mais qui est appelé à se développer avec l'arrivée prochaine d'un troisième médecin.

Le recours à ce type de solution permet le maintien, sur place, d'une offre médicale et paramédicale de premier recours cohérente.

Un second partenariat pourrait être mobilisé : celui des hôpitaux (centres hospitaliers et hôpitaux locaux) et des réseaux de santé. Les premières mesures ont été arrêtées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 afin de favoriser le recrutement de médecins libéraux par les hôpitaux locaux. Cette mesure « gagnant-gagnant » permet de maintenir, à la fois, sur des territoires fragiles, des professionnels libéraux et des structures hospitalières.

Une réflexion est en cours quand aux les moyens d'associer les hôpitaux à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Le débat oscille entre la nécessité de fermer les établissements qui n'offrent plus les garanties de sécurité nécessaires en raison de la faiblesse de leur activité et la nécessité de conserver des établissements de proximité. Or, ces structures sont à même de favoriser, par leur présence, le maintien ou l'implantation des médecins libéraux. Elles pourraient également, comme c'est le cas dans la Creuse, permettre à leurs médecins spécialistes de procéder à des « consultations hors les murs » dans les zones sous-médicalisées.

Le recours aux réseaux de santé doit également être envisagé.

L'exemple du réseau de santé du Haut-Nivernais

Le réseau du Haut-Nivernais, créé autour du centre hospitalier de Clamecy, fournit une autre illustration de l'efficacité de cette collaboration entre ville et hôpital.

En activité depuis 1995, il regroupe les différents acteurs locaux (les médecins généralistes, les professionnels de la protection maternelle infantile [PMI] et du centre hospitalier) et couvre une zone géographiquement isolée, notamment pour la prise en charge des femmes enceintes. Son but est de développer tous les moyens permettant l'amélioration de la prise en charge coordonnée, préventive et curative, de la population desservie par l'ensemble des professionnels de santé.

Ce réseau a progressivement fédéré la plupart des professionnels de la zone en faveur desquels il mène une politique dynamique d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel et d'échanges des pratiques, dans le cadre de rencontres régulières. Ce faisant, il participe à la politique de réduction des inégalités territoriales d'offre de soins.

b) La promotion de solutions innovantes

Votre rapporteur constate, pour le déplorer, la faible place accordée à **la télémédecine** comme moyen de résoudre certaines difficultés d'accès aux soins.

Reconnue comme acte médical par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, **celle-ci peut jouer désormais un rôle majeur dans l'organisation des soins** et participer à l'aménagement du territoire en matière d'accès aux soins.

En 2005, le doyen Berland soulignait déjà **les effets bénéfiques attendus de la télémédecine en matière de proximité et de coordination des soins**. Le recours à ces nouvelles technologies est de nature à favoriser *« l'installation et le maintien des médecins en zones rurales isolées en rompant l'isolement et en décloisonnant les activités exercées en secteurs public et privé »* et permet de répondre *« à des attentes croissantes de la population qui souhaite bénéficier de la meilleure prise en charge possible sur son lieu de vie »*¹.

Or, des ajustements sont encore nécessaires avant de pouvoir développer le recours à la télémédecine, et d'abord la définition d'un **cadre juridique clair**. Certes, l'article 32 de la loi relative à l'assurance maladie dispose que *« la télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical »*, mais des clarifications doivent être apportées pour définir les droits et devoirs de chacun, les règles d'expression du consentement du patient et l'organisation de l'archivage des télétransmissions.

¹ Commission démographie médicale, rapport 2005 précité.

Demeure aussi posée la question du financement de ces activités, bien que l'article 67 de la même loi précise que les réseaux de télémedecine sont, au même titre que les réseaux de santé, financés par les missions régionales de santé.

Enfin, les règles de rémunération des professionnels de santé libéraux ne sont pas adaptées.

Outre le recours aux nouvelles technologies, faciliter l'**accès aux soins** passe aussi par des solutions innovantes, par exemple celle consistant à organiser l'accès du patient au médecin et non l'inverse. On peut ainsi imaginer de **favoriser les systèmes de transport des patients à mobilité réduite**, de manière collective ou individuelle, vers les cabinets médicaux et les maisons de santé, notamment dans les territoires déficitaires. Une expérience de ce type est menée par le conseil général de la Marne.

3. Faut-il envisager d'autres mesures que celles fondées sur l'incitation ?

Jusqu'à présent, les autorités sanitaires ont fait le choix de recourir à des mécanismes incitatifs. Comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : *« la réflexion dominante est qu'il n'est pas opportun d'adopter des mesures contraignantes qu'il s'agisse de la spécialité ou du lieu d'exercice choisis par les médecins lors de leur installation »*.

Ce discours n'est concevable, toutefois, que dans la mesure où les dispositifs d'incitation mis en œuvre auraient fait preuve de leur efficacité. Or *« ces mesures incitatives n'ont jusqu'à présent pas eu beaucoup d'effets¹ »*.

Certains envisagent que d'autres types de mesures soient actionnées.

a) Le choix d'une autre politique

La possibilité de recourir à des mécanismes plus coercitifs s'installe progressivement dans le débat.

L'Académie de médecine évoque la possibilité de recourir, en dernier ressort, à des mécanismes coercitifs. Ceux-ci consisteraient, dans un premier temps, à *« rendre obligatoire la prise de fonction des internes dans les postes où ils sont affectés en fonction de leur classement, cette prise effective de fonction conditionnant la possibilité de présenter cet examen une seconde fois »*. Puis, *« dans la mesure où la situation dans les zones sous-médicalisées n'est pas en cours d'amélioration significative »*, des mesures plus contraignantes devront être envisagées².

¹ Bulletin du conseil de l'ordre des médecins, n°7, septembre 2007

² Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? Groupe de travail dirigé par le professeur Pierre Ambroise-Thomas, académie nationale de médecine, avril 2007.

Dans son rapport annuel pour 2007, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie **juge nécessaire de dépasser la politique actuelle de « moindre contrainte »** et propose :

« - d'intervenir sur le flux entrant (examen classant national) à venir afin de diminuer le nombre de postes ouverts. Cette réduction entre postes ouverts et nombre d'étudiants présents aux examens classants nationaux (ECN) amènerait mécaniquement les étudiants à la médecine générale ;

« - de mettre en place des mécanismes plus directs d'installation, à travers notamment des mécanismes de désincitation à l'installation dans les zones surmédicalisées ;

« - d'étudier la proposition de la conférence nationale de la santé de moduler plus fortement le numerus clausus des professions de santé d'un point de vue géographique, au niveau régional mais aussi infra régional. »

En dépit des réactions négatives de la communauté médicale, l'idée de recourir à des mesures plus coercitives comme outils de lutte contre les inégalités territoriales semble retenir aujourd'hui l'attention des pouvoirs publics. C'est ainsi que le Président de la République a déclaré dans son intervention du 18 septembre 2008¹ : *« en matière de démographie médicale, il faut au minimum s'inspirer des négociations entre l'assurance maladie et les infirmières ».*

b) L'exemple du protocole annexé à la convention infirmière

En effet, le 21 juin 2007, l'assurance maladie et les infirmières et infirmiers libéraux ont signé deux accords : la convention nationale régissant les rapports entre les caisses et les infirmières et infirmiers libéraux, puis un protocole relatif à la régulation des installations.

Ces accords proposent de développer, sous réserve de l'acceptation des pouvoirs publics, la délégation de tâches des médecins vers les infirmières et infirmiers, notamment dans le domaine de la vaccination antigrippale, et de promouvoir une politique de régulation des installations qui dépasserait le stade de l'incitation.

Le protocole prévoit la possibilité de **pratiquer un conventionnement sélectif destiné à favoriser un rééquilibrage de la démographie des infirmiers libéraux en fonction des besoins exprimés au niveau des régions**. En application de ce protocole, selon le schéma évoqué par les partenaires conventionnels, seuls les infirmiers libéraux s'installant dans les zones sous-médicalisées bénéficieraient d'un conventionnement, c'est-à-dire de la possibilité de voir leurs actes pris en charge par l'assurance maladie. Il s'agit donc d'une mesure dissuasive particulièrement forte : en effet, **il est aujourd'hui extrêmement rare que les professionnels de santé libéraux exercent leur activité sans conventionnement** (0,2 % des médecins, aucun infirmier libéral).

¹ A l'occasion du 40^e anniversaire de l'association des journalistes de l'information sociale.

Les partenaires conventionnels envisagent de mettre en place ce dispositif de régulation pour une durée expérimentale de deux ans.

Toutefois, son entrée en vigueur est pour l'heure impossible car le recours au conventionnement sélectif n'est pas encore autorisé par la loi. Les partenaires conventionnels ont donc interpellé les pouvoirs publics pour que les modifications législatives nécessaires à l'application de ces accords soient adoptées.

Il est vraisemblable qu'une impulsion politique favorable soit donnée à cette requête si l'on en juge par l'intervention du Président de la République citant cet accord comme un modèle à suivre en matière de lutte contre les inégalités territoriales.

Afin de limiter les risques de conflit avec les professions de santé, la possibilité d'actionner ces mécanismes devrait être confiée aux partenaires conventionnels.

Trois outils seraient désormais à la disposition des partenaires sociaux :

- **l'action sur la rémunération des professionnels de santé**

Cette possibilité existe déjà sous la forme d'une majoration du tarif des consultations effectuées par les médecins exerçant dans un cabinet de groupe situé en zone sous-médicalisée. Les partenaires conventionnels pourraient envisager d'aller plus loin dans ce domaine en prévoyant de réduire le tarif de consultation des professionnels de santé s'installant dans une zone surmédicalisée. Cette politique de désincitation financière est pratiquée au Canada, par exemple ;

- **la modulation de la prise en charge des cotisations sociales**

Aujourd'hui, cette mesure ne bénéficie qu'aux médecins, pour tous ceux exerçant en secteur I (tarifs opposables fixés par les partenaires conventionnels). Mais la loi autorise les partenaires conventionnels à fixer cette participation « *en fonction du lieu d'installation ou d'exercice* ». Ce mécanisme, qui figure dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹, n'a pas encore été actionné par les partenaires conventionnels.

La mise en œuvre de ces mesures d'ordre financier (tarif de consultation et prise en charge des cotisations), moyens d'action d'ores et déjà à la disposition des partenaires conventionnels, constitue deux leviers supplémentaires pertinents pour favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, sans remettre en cause le principe de libre installation garanti par la loi (article L. 162-2 du code de la sécurité sociale) ;

¹ Article 49 de la loi du 1^{er} août 2004 relative à l'assurance maladie modifiant l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

- **la possibilité de recourir à un conventionnement sélectif dans les zones surmédicalisées**

Cette dernière mesure suppose qu'au préalable les missions régionales de santé déterminent précisément ces zones, recensement imparfaitement réalisé jusqu'à présent, les missions ayant en priorité défini les zones sous-médicalisées.

III. L'EXERCICE REGROUPE, UN NOUVEAU MODE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

La crise de la démographie médicale est l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes d'exercice de la médecine ou de nouveaux modèles d'organisation de l'offre de soins. L'observatoire national de la démographie des professions de santé s'est engagé dans cette voie en promouvant la délégation de tâches entre professionnels de santé, des médecins vers les auxiliaires médicaux.

La pratique de l'exercice regroupé, quelle qu'en soit la forme semble répondre aux aspirations des professionnels de santé en matière d'activité professionnelle et de qualité de vie

On constate aussi le succès rencontré par une initiative née du terrain et qui mérite qu'on s'y arrête : celui des maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé.

A. LE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES POUVOIRS PUBLICS

L'exercice médical en groupe n'est pas en soi un mode d'organisation nouveau pour les professionnels de santé. Les cabinets de groupe existent en France depuis 1920. Leur création est le fait des professionnels de santé et, jusqu'à présent, les autorités sanitaires ne s'étaient jamais préoccupées de leur développement.

1. Un attrait nouveau pour l'exercice regroupé

Selon une étude de la Cnam réalisée en 2002, 44 % des médecins libéraux exercent en cabinet de groupe et cette organisation est de plus en plus fréquente (+ 18 % entre 2000 et 2003). Cette évolution est suffisamment importante pour qu'un hebdomadaire médical puisse intituler un de ses dossiers : « *la mort annoncée de l'exercice isolé* »¹.

a) Les caractéristiques des cabinets de groupe

La France présente des tendances au regroupement variables selon les spécialités exercées : celui-ci concerne 42 % des omnipraticiens et 52 % des spécialistes. Il existe un taux de corrélation fort entre le niveau des investissements nécessaires à la pratique professionnelle et le recours au cabinet de groupe. **Les disciplines qui enregistrent le plus fort taux de regroupement sont celles qui s'exercent sur des plateaux techniques**

¹ *Panorama du médecin*, n° 5040, 11 décembre 2006.

importants (médecine nucléaire, radiothérapie, anatomie et cytologie pathologique ou chirurgie viscérale).

A contrario, les disciplines cliniques qui n'appellent pas d'investissements importants pour leur exercice (dermatologie, pédiatrie, gynécologie médicale, stomatologie) sont plus faiblement concernées.

Chez les auxiliaires médicaux, le taux d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes (professions qui rassemblent 80 % des auxiliaires médicaux ayant un exercice libéral) exerçant en groupe est respectivement de 37 % et 36 %, soit à peine inférieur à celui des médecins généralistes.

b) L'intérêt des médecins pour ce mode d'activité

On constate désormais que l'exercice regroupé se pratique entre **médecins et autres professionnels de santé**. Ce faisant, il peut constituer une réponse aux problématiques d'aménagement du territoire et de la santé publique, tout en satisfaisant aux contraintes d'organisation des professionnels de santé.

Il constitue ainsi un moyen de les décharger des tâches administratives grâce à la mise en commun des moyens nécessaires à l'activité professionnelle : locaux, équipement, personnel non médical prenant en charge des dossiers administratifs de plus en plus lourds (parcours de soins, prise en charge des affections de longue durée).

Il facilite aussi l'organisation du travail et la prise en compte des aspirations des médecins en matière de qualité de vie. La présence de plusieurs professionnels simplifie la gestion des emplois du temps et permet de mieux accueillir les patients. Par ailleurs, l'expérience montre qu'un cabinet de groupe recrute facilement des médecins assurant les remplacements ou de nouveaux associés, lorsqu'un membre du cabinet souhaite cesser son activité.

L'exercice regroupé a également pour intérêt d'améliorer la permanence des soins et de permettre aux médecins de confronter les pratiques professionnelles. Au cours de leurs études, les futurs médecins généralistes sont en effet peu préparés à l'exercice individuel de la médecine car ils sont formés à l'hôpital lieu de partage permanent de l'information et des diagnostics. Exercer en groupe à l'issue de la scolarité leur permet de conserver un cadre d'exercice plus familier.

Il est en revanche incontestable qu'un **cabinet de groupe présente un coût de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet isolé**, puisqu'il nécessite des locaux appropriés et l'embauche d'un secrétariat.

2. Un mode d'exercice encouragé par les pouvoirs publics

Dans le cadre des réponses apportées aux défis posés par la démographie médicale, **le ministère de la santé a choisi de soutenir l'exercice regroupé¹**.

a) Des mesures législatives et réglementaires spécifiques

Depuis 2004, les pouvoirs publics facilitent, sur le plan législatif et réglementaire, l'exercice regroupé en levant les obstacles juridiques ou déontologiques susceptibles d'en freiner le développement.

Cette démarche emprunte la voie d'un aménagement des règles d'exercice professionnel.

Se sont d'abord **les règles déontologiques relatives à l'exercice en cabinet secondaire qui ont été assouplies**. Il s'agit de permettre à un médecin d'exercer à titre prioritaire dans un cabinet situé en ville, tout en assurant des consultations, à temps partiel, dans un cabinet secondaire implanté dans une zone sous-médicalisée. L'objectif est bien entendu de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients, notamment dans les zones mal dotées. Ce mode de fonctionnement permet aux praticiens de se rapprocher des patients, par exemple en consultant au sein du cabinet d'un confrère ou d'une maison de santé. Il constitue un aménagement utile des règles d'exercice professionnel.

Dans le même esprit, un statut de collaborateur libéral a été créé depuis 2005. Cette innovation doit permettre aux jeunes médecins d'entamer leur carrière professionnelle en collaborant avec des confrères déjà installés évitant ainsi la contrainte des remplacements successifs ou les risques d'une installation en cabinet isolé. Le médecin collaborateur n'est pas un remplaçant, il n'exerce pas en lieu et place d'un médecin dont il suit la clientèle, mais auprès d'un médecin ; il peut dans ce cadre constituer sa propre clientèle. Ce dispositif vient compléter la démarche entreprise en faveur de l'exercice en groupe.

b) Une nouvelle incitation financière

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les **unions régionales des caisses d'assurance maladie ont pour mission de promouvoir les différentes formes d'exercice regroupé**. Des aides peuvent être accordées par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs), devenu le 1^{er} juillet 2007 le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) pour favoriser les regroupements dans les zones sous-médicalisées.

¹ Cf. le plan présenté par Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, en janvier 2006, www.sante.gouv.fr

Cette démarche s'appuie sur les partenaires conventionnels et comporte une forte dimension régionale.

Les partenaires conventionnels sont également chargés de développer une politique tarifaire incitative en faveur des médecins exerçant en groupe. L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la possibilité de mettre en œuvre une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice.

L'avenant 20 à la convention régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie, conclu en février 2007, prévoit ainsi que les honoraires des médecins exerçant dans des cabinets de groupe implantés dans ces zones pourront être **majorés de 20 %**.

Cette aide est réservée aux médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables. Elle doit les inciter soit à s'installer en cabinet de groupe ou en maison médicale pluridisciplinaire, soit à recourir à des remplacements dans ces structures.

La mise en œuvre de cette aide est limitée dans le temps à la durée de la convention nationale, soit à la date du 11 février 2010.

B. L'EXPÉRIENCE CONVAINCANTE DES MAISONS DE SANTÉ

L'exercice regroupé prend depuis quelques années une forme nouvelle : celle de la maison de santé, concept non défini mais qui rencontre un succès réel auprès des professionnels de santé et des élus locaux.

On estime leur nombre compris entre cent et deux cents, en l'absence de recensement de la part des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie. Une fédération nationale des maisons de santé existe depuis un peu plus d'un an, sans que l'on puisse se prononcer sur sa représentativité.

1. Que sont les maisons de santé ?

a) Un concept qui n'est pas défini

L'exercice regroupé ne fait pas l'objet d'une définition particulière : il se constate dès lors que deux médecins, ou plus, décident de mettre en commun des moyens administratifs et techniques.

Dans le secteur de la santé, différents modes de collaboration sont apparus sous des appellations diverses : maison médicale, maison médicale de garde, maison de santé pluridisciplinaire ou maison de santé.

- **Une maison médicale** est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs médecins, c'est-à-dire un cabinet de groupe. Ce mode d'exercice n'est pas défini sur le plan législatif ; seul le code de déontologie médicale y fait

référence pour rappeler le principe d'indépendance professionnelle de chaque médecin¹.

- **Une maison médicale de garde** est une structure affectée à la permanence des soins. Une circulaire ministérielle récente² la définit comme « *un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la mission régionale de santé* ». Il existe environ deux cents maisons de garde actuellement.

- **Une maison de santé pluridisciplinaire ou maison de santé** est un mode d'exercice libéral relativement nouveau. Elle rassemble des professions médicales et paramédicales, organise son activité autour d'un projet médical commun et y associe parfois des intervenants extérieurs à la sphère médicale *stricto sensu*.

b) Le choix de la pluridisciplinarité

Une maison de santé naît de l'aspiration de professionnels à rompre avec un exercice isolé et à regrouper dans un même lieu plusieurs professions médicales. Le plus souvent, ces regroupements surviennent lorsqu'un médecin cesse son activité sans être remplacé et que les praticiens encore en place doivent pallier cette réduction de l'offre médicale. En effet, une telle structure permet de créer des synergies lorsque la couverture médicale de la zone se fragilise.

L'ambition est de développer une pratique médicale plus collective et mieux organisée qui, par certains côtés, rappelle le travail en équipe que les médecins ont pratiqué lors de leur formation. Votre rapporteur a constaté que les maisons médicales se sont dotées de chartes destinées à préciser ce mode de fonctionnement.

Le noyau dur d'une maison de santé est généralement constitué d'un ou plusieurs médecins généralistes et infirmiers exerçant à temps plein. D'autres professionnels de santé interviennent à temps partiel : médecins spécialistes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens et, le cas échéant, des psychologues et des ergothérapeutes. Cette coopération permet de mettre à la disposition de la population une offre de soins complète.

Démarche innovante, ces structures accueillent en leur sein des acteurs sociaux. Cette collaboration est organisée dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales (communes et conseils généraux), suivant qu'il s'agit d'assistantes sociales, d'un service de portage des repas et d'aide à domicile ou d'un centre local d'information et de coordination (Clic).

¹ Article 93 du code de déontologie des médecins et article R. 4127-93 du code de la santé publique.

² Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Une maison de santé n'est donc pas la juxtaposition de cabinets médicaux individuels, ni un simple projet immobilier ou technique : elle se construit autour d'actions en direction de la population (prise en charge coordonnée des soins, prévention, éducation du patient).

Ces structures sont susceptibles de rendre l'exercice de la médecine de premier recours plus attractif dans les zones rurales et périurbaines, grâce à une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. L'organisation plus souple du travail facilite l'accueil de remplaçants et l'expérience montre par ailleurs que les maisons de santé constituent un lieu de stage recherché par les étudiants, dont elles peuvent influencer le futur lieu d'implantation.¹

2. Les aides apportées par les caisses et les pouvoirs locaux

Les caisses d'assurance maladie peuvent apporter une aide financière aux maisons de santé *via* leurs unions régionales (Urcam). Dans certaines régions, une politique très structurée de soutien à la création de maisons de santé a été mise en œuvre. L'Urcam de la région Bourgogne a édité un fascicule destiné à accompagner les promoteurs de maison de santé (professionnels de santé, mais aussi collectivités territoriales) dans toutes les étapes du projet².

a) Les soutiens financiers

Outre les aides conventionnelles versées sous forme de majoration d'honoraires, les caisses d'assurance maladie disposent d'un levier pour aider à l'installation, puis au fonctionnement, des maisons de santé : le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (Fiqcs) dont la vocation est de participer au financement d'expérimentations dans le domaine des soins de ville.

La Cnam a diffusé auprès de son réseau un cahier des charges qui peut constituer un outil d'aide à la décision dans l'instruction des demandes d'appui financier adressées par les promoteurs de maisons de santé.

Pour en bénéficier, le projet doit remplir à des critères relatifs à sa zone d'implantation, son fonctionnement, son programme. Le plus souvent, la maison de santé pluridisciplinaire doit s'implanter dans une zone déficitaire en offre de soins.

L'instruction du dossier doit être l'occasion de vérifier la réalité des besoins sur le secteur considéré, la cohérence du dossier avec les projets d'aménagement du territoire et la capacité des promoteurs à obtenir l'adhésion d'un nombre significatif de professionnels exerçant sur la zone.

¹ A 93 %, les étudiants considèrent que la création des maisons de santé dans les zones sous-médicalisées constitue une « mesure convaincante » pour attirer les professionnels de santé. Cf *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, conseil national de l'ordre des médecins, mars 2007.*

² *Maisons médicales en Bourgogne, comment s'y prendre ? Urcam Bourgogne.*

Le projet doit comporter des engagements collectifs portant sur la participation de la maison de santé à la permanence des soins, à l'organisation de la continuité des soins, sur le respect des dispositions conventionnelles et réglementaires relatives aux tarifs des séances de soins, la participation à des actions de santé publique locales et à la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Le fonctionnement de cette structure doit être coordonné avec l'offre de soins existante, centre hospitalier, hôpital local, médecins spécialistes, services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), ainsi qu'avec les services d'urgence.

Dans ce contexte, **l'appui de l'assurance maladie peut concerner l'aide à la conception du projet, une participation aux équipements (informatique, aménagements de locaux destinés à l'organisation de réunions ou à l'accueil de stagiaires), une aide au démarrage pour les frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice pluridisciplinaire.** Compte tenu de la mission du Fiqcs, cette aide est limitée dans le temps et dégressive.

Le versement de ces dotations est accompagné d'un dispositif de suivi et d'évaluation assuré chaque année sous la forme d'un tableau de bord trimestriel de l'activité par catégorie de professionnels de santé. Le champ et la portée de l'évaluation sont adaptés en fonction de la nature et de l'importance de l'aide accordée.

Les collectivités territoriales apportent également leur soutien à ces projets de maisons de santé. Le plus souvent, cette participation prend la forme d'une aide à l'acquisition des locaux susceptibles d'accueillir la structure. Votre rapporteur a constaté que **les interventions des collectivités territoriales**, qui relevaient dans un premier temps d'initiatives ponctuelles des communes et de leurs regroupements, complétées par des aides départementales, **se structurent progressivement.** C'est ainsi qu'en Lorraine, le conseil régional, l'agence régionale d'hospitalisation et l'Urcam ont signé une convention visant à promouvoir et à développer les maisons de santé

b) Le projet de maisons de santé rurales

Sensible à la situation particulière des territoires isolés, notamment ruraux, la mutualité sociale agricole (MSA) a conduit sa propre analyse sur la question de l'offre de soins dans ces zones. Trois constats particulièrement préoccupants ont été établis :

- les territoires ruraux souffrent d'une accessibilité aux soins inférieure à la moyenne nationale ;

- la question de la permanence des soins demeure posée pour de nombreuses zones éloignées des grands centres urbains. Des études ont fait apparaître l'existence de 183 « zones blanches » situées à plus de trente minutes d'accès d'un service médicalisé d'urgence et de réanimation (Smur), soit au total une population d'environ 1,75 million d'habitants ;

- la population vivant en milieu rural est plus âgée que le reste de la population française.

Les difficultés inhérentes à l'exercice de la médecine dans ces zones (activité particulièrement soutenue, souvent solitaire, déplacements fréquents) expliquent la faible attractivité qu'exercent ces zones sur les professionnels de santé.

Pour contribuer au maintien et à l'amélioration de l'offre de soins sur ces territoires, la MSA a développé un projet expérimental : **la maison de santé rurale**. Il s'agit d'un lieu de regroupement, en milieu rural, de professionnels de santé. L'expérimentation porte sur la création de neuf maisons situées en zones rurales ou semi-rurales afin de démontrer l'attractivité de ces zones aux professionnels de santé qui bénéficieront de l'appui des caisses, mais également des collectivités territoriales et des services déconcentrés de l'Etat, pour s'installer.

Ces maisons de santé rurales, dont l'ouverture doit s'échelonner entre juillet 2007 et mars 2008, sont réalisées sur la base d'un cahier des charges établi par la MSA.

3. Pour une labellisation des maisons de santé

Afin d'assurer la promotion de ce mode d'organisation de l'offre de soins, la consolidation et le développement des relations que les maisons de santé entretiennent avec l'assurance maladie et les autorités sanitaires, il apparaît nécessaire de créer un label spécifique « maison de santé ».

a) Définir un statut

La création d'un label constituerait en effet une étape importante vers la reconnaissance, par les pouvoirs publics, de ces structures dans la prise en charge sanitaire de la population. Elle faciliterait leur fonctionnement et permettrait d'étendre leur champ d'intervention.

La procédure de labellisation a pour intérêt de proposer un cadre souple aux acteurs de terrain. Le label pourrait être délivré sur la base d'un cahier des charges fixant les obligations de la maison de santé en matière de fonctionnement (horaires d'ouverture, participation à la permanence des soins) et déterminant des indicateurs chiffrés de suivi de l'activité médicale et paramédicale (vaccination antigrippale, dépistage du cancer du sein, etc.).

La reconnaissance officielle des maisons de santé aurait aussi pour mérite de **clarifier le statut juridique de ces structures dont l'Igas a souligné la fragilité** : *« Les relations instaurées entre les professionnels peuvent être requalifiées en salariat par les Urssaf. Ce risque n'est pas nul lorsque près de 80 % de la clientèle d'un infirmier est induite par les médecins participant au groupe. Des risques fiscaux peuvent en outre apparaître en termes de requalification de bénéfices non commerciaux en*

bénéfices industriel et commercial si l'organisation retenue ne laisse aucune indépendance économique aux participants au groupe.¹ »

Par ailleurs, un label offrirait un support pour développer de nouveaux modes de relations entre les maisons de santé et les autorités sanitaires.

La politique de gestion du risque menée depuis deux ans par l'assurance maladie, c'est-à-dire la recherche d'un recours aux soins et d'une organisation du système de santé les plus efficaces possibles, pourrait trouver des relais supplémentaires en s'appuyant sur les maisons de santé.

En effet, celles-ci ont notamment pour objectif au-delà des soins curatifs à dispenser, de mener des politiques de prévention et d'éducation thérapeutique qui ne sont pas compatibles avec le paiement à l'acte.

Engager cette collaboration suppose de développer de nouveaux modes de relations contractuelles. Le système actuel est fondé sur des contrats (contrats de bonne pratique, contrats de santé publique) conclus entre un médecin et l'assurance maladie. S'il est indispensable de conserver le lien individuel, il pourrait aussi être utile d'imaginer une procédure spécifique de contractualisation entre l'assurance maladie et une structure collective.

Enfin, un label permettrait également une collaboration entre les maisons de santé et les groupements régionaux de santé publique. Ces groupements créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ont pour mission la mise en œuvre des programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique. A ce titre, ils recourent à des opérateurs locaux chargés d'exécuter des actions particulières. Compte tenu de leur composition pluridisciplinaire et de leurs objectifs, les maisons de santé pourraient parfaitement tenir ce rôle.

b) Accompagner le fonctionnement

On l'a vu, les maisons de santé, au même titre que les cabinets de groupe bénéficient d'aides de la part de l'assurance maladie mais aussi des collectivités territoriales en vertu de la loi du 23 février 2002 relative aux territoires ruraux.

La contribution de l'assurance maladie est déterminée par les Urcam gestionnaires d'une partie des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville. **Ces aides peuvent être très variables :** elles vont d'une simple participation à l'acquisition de matériel lors de la création de la structure, au versement de dotations destinées à assurer une partie du fonctionnement administratif et médical de la maison de santé.

¹ *Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral, Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2004-044, avril 2004, p. 67.*

Ces aides ont pour intérêt **de libérer du temps médical en déchargeant les professionnels de santé des tâches administratives, selon que la maison de santé a choisi :**

- soit de bénéficier de **la mise en place d'un financement spécifique par l'assurance maladie**, et qu'elle recrute un assistant de direction chargé des questions administratives et financières ;

- soit **d'externaliser la gestion administrative**. Une expérience est en cours dans la région Franche-Comté où la maison de santé de Bletterans a recours à une société privée moyennant le paiement d'une redevance.

Le fonctionnement pluridisciplinaire de la maison de santé suppose également une coopération renforcée entre les professionnels qui la composent. Il faut donc prévoir :

- la rémunération des actions menées à l'intérieur de la structure au titre de la coordination des soins, de l'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel et des échanges de pratiques interprofessionnelles ;

- la rémunération éventuelle d'un médecin coordonnateur de la structure.

En définitive, si l'on veut promouvoir une politique volontaire de soutien aux maisons de santé, cela suppose d'une part, d'harmoniser les procédures suivies par chaque Urcam, d'autre part, de généraliser le versement d'une aide au fonctionnement. Le label « maison de santé » permettrait de désigner les structures susceptibles de bénéficier de cette aide.

Ensuite, la pérennisation de ces aides au fonctionnement doit être envisagée. Le rôle du Faqsv était de favoriser le financement d'expérimentations dans le domaine des soins de ville. En application de ce principe, les aides accordées ne dépassaient pas une durée de trois ans. Dans certains cas, les maisons de santé ont réussi à assurer la prorogation du versement de ces aides en ayant recours à des financements en provenance de la dotation régionale des réseaux (DRDR). La création du Fiqs qui se substitue au Faqsv et à la DRDR à compter du 1^{er} juillet 2007 est l'occasion de remettre à plat cette situation à plat.

Enfin, les règles d'instruction des dossiers et d'attribution des aides doivent faire l'objet d'une harmonisation. Sachant par ailleurs que la constitution des dossiers de demandes d'aides est complexe, il serait opportun de prévoir **la reconduction tacite de l'aide** lorsque les indicateurs chiffrés établis lors de la signature de la convention ont été respectés.

A l'issue d'un débat dont le compte rendu figure en annexe, **la commission a autorisé la publication du présent rapport.**

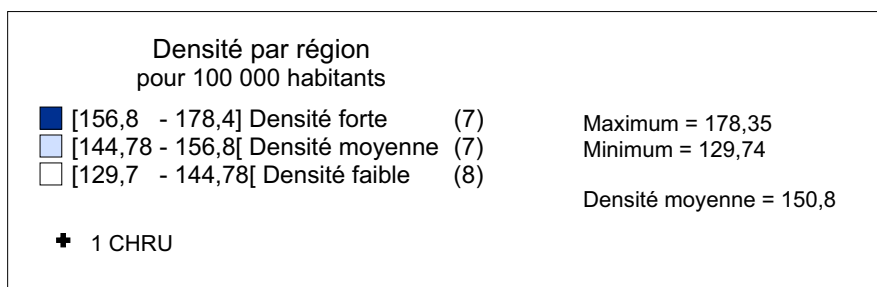
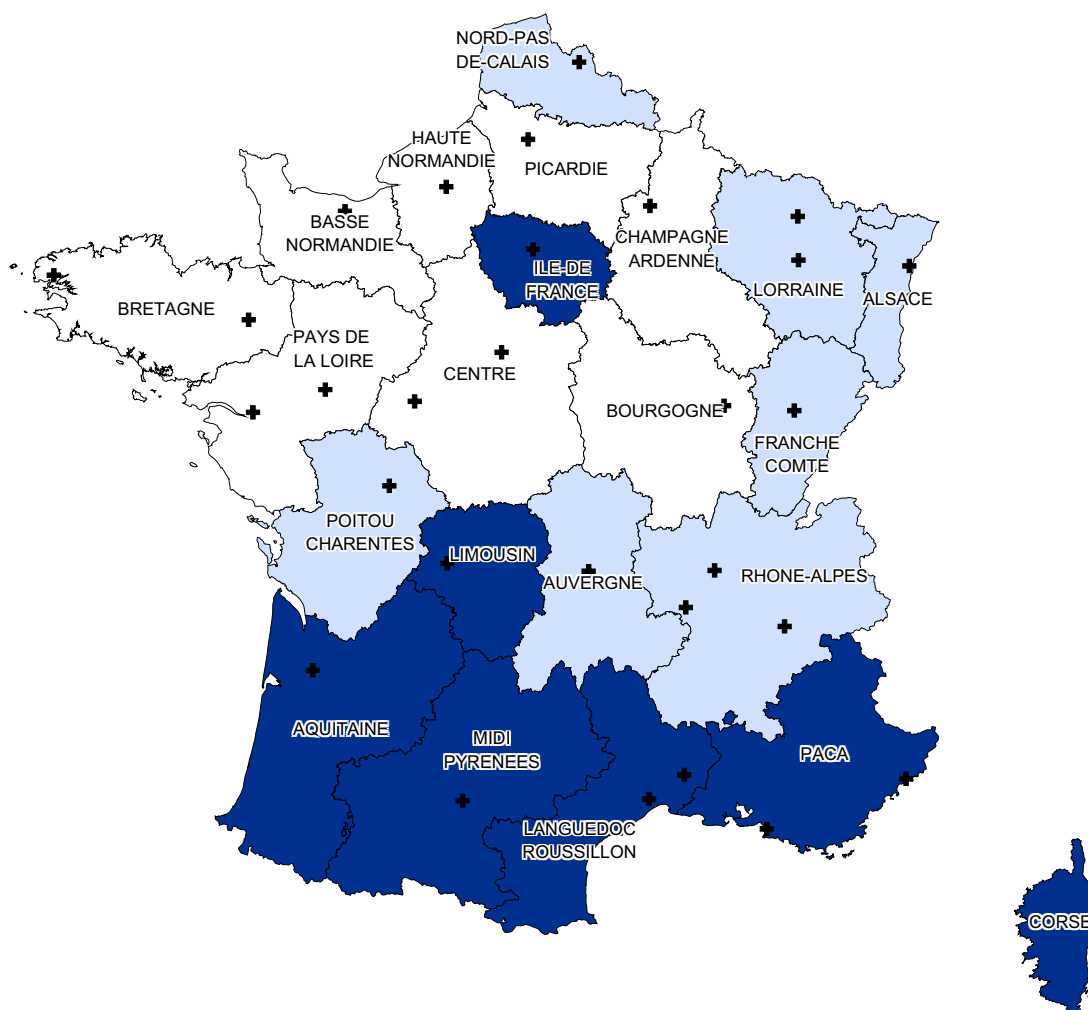
*

*

*

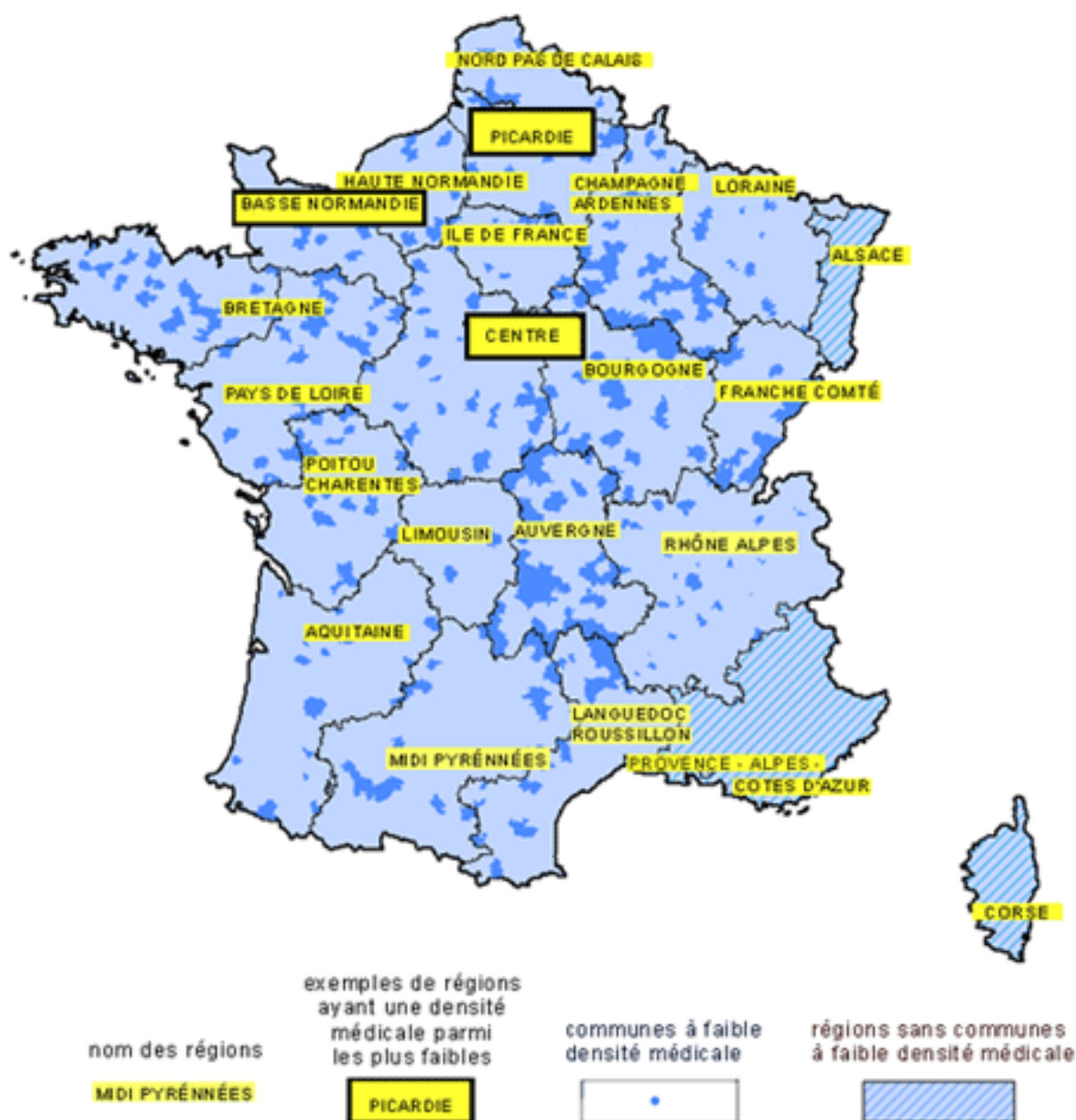
ANNEXES

Densité des médecins généralistes par région

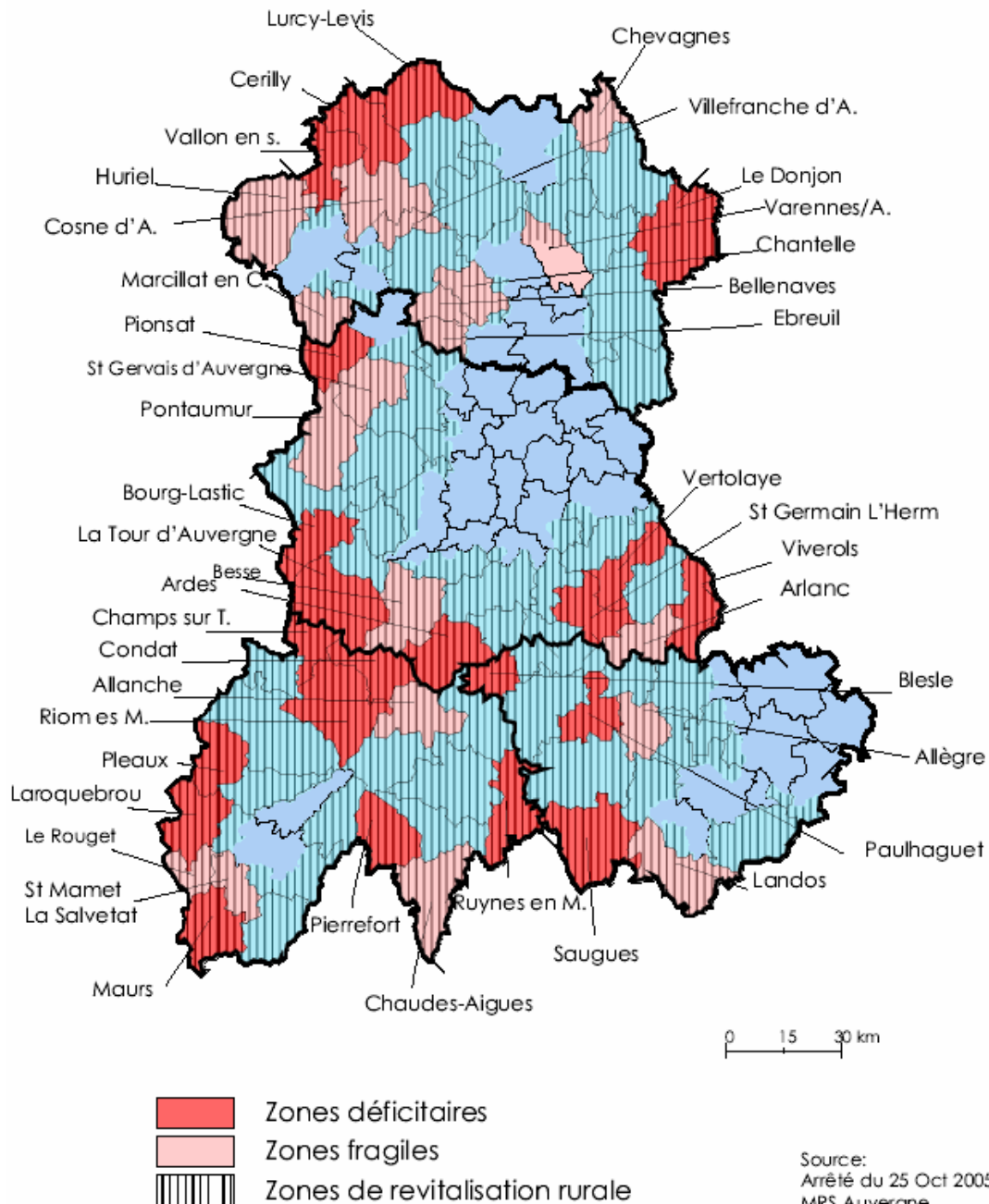


Source : CNOM, 2007 ; réseau CHU 2007 ; INSEE 2006

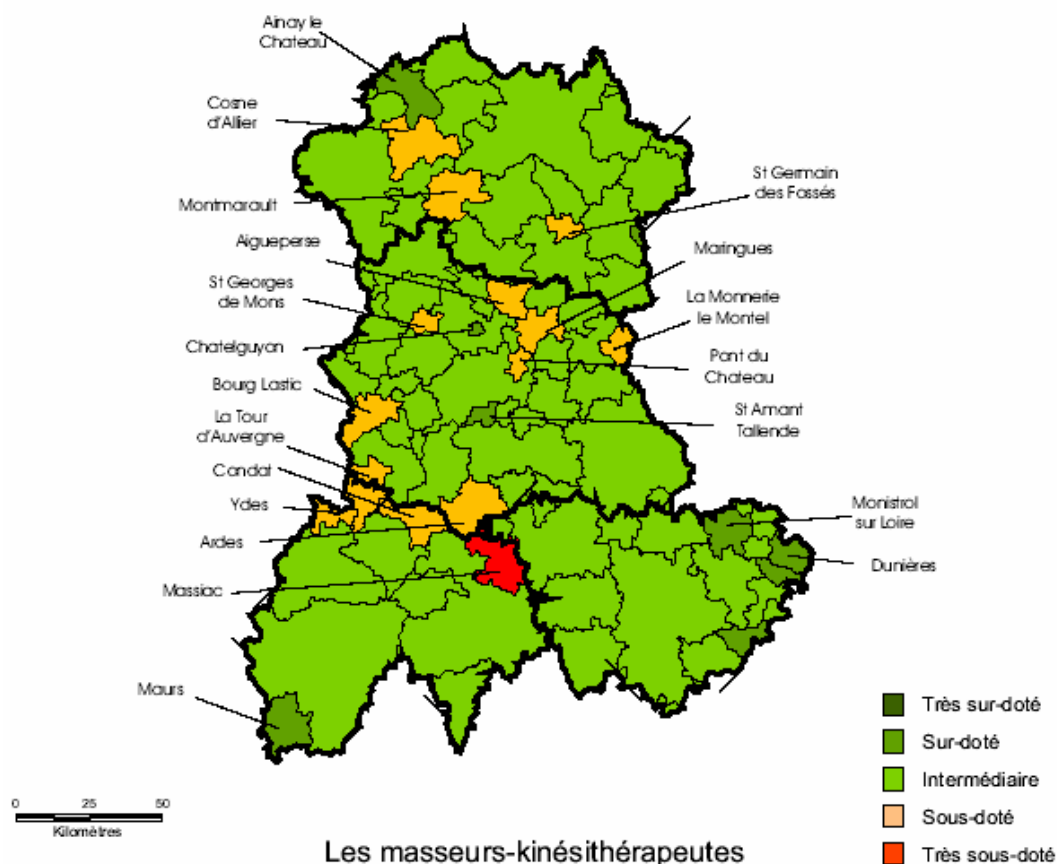
Communes déficitaires en médecins généralistes



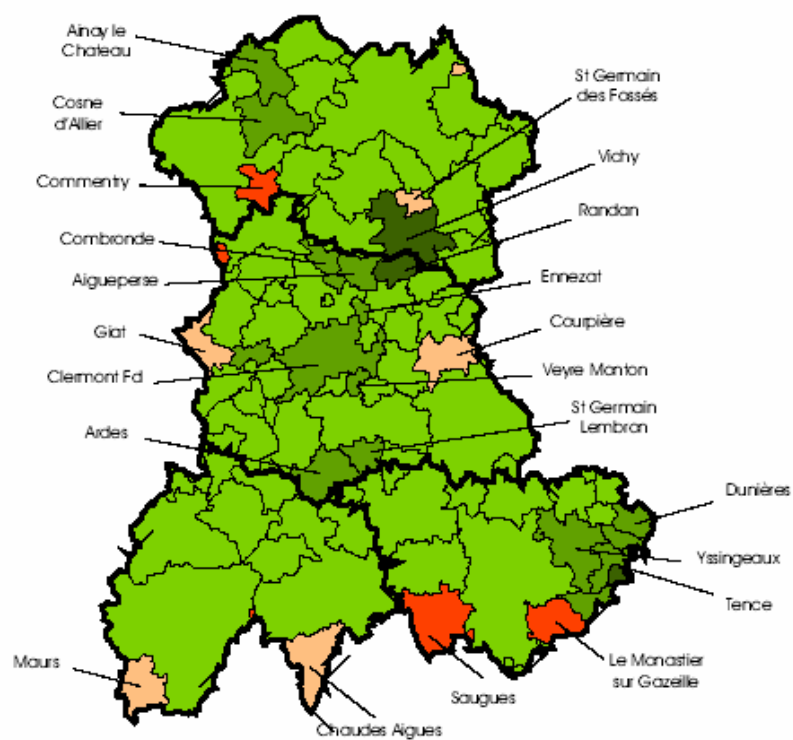
Incitations à l'installation des professionnels de santé :
Les territoires concernés en Auvergne



Les infirmiers



Les masseurs-kinésithérapeutes



Les aides au maintien ou à l'installation des professionnels de santé libéraux

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation/ Contact	Texte de référence
Aides aux étudiants	Indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3^e cycle de médecine générale en stage dans les zones déficitaires	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS*	Déplacements et trajets résidence/ stage : base kilométrique fixée par la collectivité locale Pour le logement : montant mensuel plafonné à 20 % des émoluments forfaitaires de 3 ^e année d'internat Installation pour au moins cinq ans dans la zone déficitaire concernée	Collectivités territoriales ou leur regroupement Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant Information de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Décret n° 2005-1728 du 30/12/2005 Art. L. 1511-8 du code des collectivités territoriales
	Indemnités d'étude et de projet professionnel pour les titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Montant annuel plafonné à celui des émoluments annuels de 3 ^e année Engagement d'exercer au moins cinq années dans la zone déficitaire concernée en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien- dentiste	Collectivités territoriales ou leur regroupement Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant Information de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Décret n° 2005-1728 du 30/12/2005 Art. 80 de la loi n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007 Art. L. 1511-8 du code des collectivités territoriales

* Mission régionale de santé

Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation/ Contact	Texte de référence
Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé	Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et des centres de santé	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	- prime d'exercice forfaitaire, - mise à disposition d'un logement - prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Décret n° 2005-1724 du 30/12/2005
	Aides à l'installation ou au maintien des médecins généralistes	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	- Accompagnement individualisé et offre de service pour analyses - Aide forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité du médecin dans la zone - Aide sous conditions dont : . l'exercice en groupe . l'exercice pendant trois ans dans la zone	Arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'avenant 20 à la Convention nationale avec les médecins
* Caisse primaire d'assurance maladie				
Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé	Dérogation au parcours de soins	Première installation en exercice libéral : sur tout le territoire Installation ou exercice dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone déficitaire en offre de soins définies par la MRS	Pendant cinq ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste dans l'une des deux situations ci-contre sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins	Art. L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale Art. D. 162-1-8 du code de la sécurité sociale Art. 72 LFSS pour 2007
	Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste dans les stations de sports d'hiver (CBP)	Cabinet situé dans une station de sports d'hiver située dans les départements : 04 ; 05 ; 06 ; 09 ; 12 ; 15 ; 31 ; 34 ; 38 ; 39 ; 43 ; 64 ; 65 ; 66 ; 73 ; 74 ; 63 ; 88	2 000 € / an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat Engagement pour trois ans	Annexe à la convention nationale de janvier 2005

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation/ Contact	Texte de référence
Aides au remplacement	Contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural	Cabinet éloigné de + 20 minutes d'un service urgence et exercice dans un canton dont la densité de généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000	300 €/jour de remplacement dans la limite de 10 jours par an Engagement pour trois ans	Instruction de la demande et contrôle du respect des critères par URCAM * Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM	Annexe à la convention nationale de janvier 2005
	Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste en zones franches urbaines	Zones franches urbaines (ZFU) Liste fixée par la loi	300 €/jour de remplacement dans la limite de 18 jours par an + 240€/vacation d'une demi-journée de prévention et éducation à la santé et/ou de coordination médicosociale dans la limite de douze par an	Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM	Annexe à la convention nationale de janvier 2005

* Union régionale des caisses d'assurance maladie

Modes d'exercice particuliers	Exercice sur lieux multiples	Sur tout le territoire où l'intérêt de la population le nécessite et notamment lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins	Mesure non financière Possibilité d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle	Autorisation délivrée par le conseil départemental de l'ordre des médecins	Art. 85 du code de déontologie
	Contrat de collaboration libérale	Sur tout le territoire	Mesure non financière Possibilité de conclure un contrat de collaboration libérale entre praticiens de même discipline	Conseil départemental de l'ordre des médecins (un contrat type peut être fourni)	Art. 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises

Exonérations fiscales	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation/ Contact	Texte de référence
	Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Exonération fiscale qui concerne les médecins ou leur remplaçant Dans la limite de soixante jours par an	Administration fiscale	Art. 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Instruction fiscale 5G-2-07
	Exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale	Création d'un cabinet en zone de revitalisation rurale (ZRR) Liste fixée par arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant cinq ans puis dégressivité durant neuf ans (installation > 01/01/04)	Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant « entreprises nouvelles »	Art. 7 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Circulaire DIACT du 02/05/06
	Exonération de la taxe professionnelle pour les professions libérales soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux	Création d'un cabinet dans une commune de moins de 2 000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR)	Exonération de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation accordée pour deux à cinq ans	Délibération de la collectivité territoriale Demande auprès de l'Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant « entreprises nouvelles »	Art. 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005) Art. 1464D et 1465A du code général des impôts Instruction fiscale 6E-10-05
	Exonération partielle de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone franche urbaine	Zones franches urbaines (ZFU) Liste fixée par la loi	Exonération partielle de l'impôt sur le revenu pendant neuf ans Dégressivité au bout de cinq ans Montant maximal 61 000 euros	Administration fiscale	Art. 5 de la loi relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville (loi n° 96-987 du 14/11/1996) Art. 28 de la loi pour l'égalité des chances (loi 2006-396 du 31/03/2006) Art 44 <i>octies</i> du code général des impôts
	Exonération de la taxe professionnelle pour les établissements situés en zone urbaine sensible, en zone de revitalisation urbaine ou en zone franche urbaine	Création d'un cabinet dans une zone urbaine sensible (ZUS), une zone de revitalisation urbaine (ZRU) ou une zone franche urbaine (ZFU)	Exonération de la taxe professionnelle dans la limite de cinq ans	Délibération de la collectivité territoriale	Art. 4 de la loi relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville (loi n° 96-987 du 14/11/1996) Art. 1466 A du code général des impôts

Exonérations de charges sociales	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation/Contact	Texte de référence
	Exonération des cotisations patronales	Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale Liste fixée par Arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Sous conditions : Exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale Durée douze mois	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de l'Urssaf du département Demande sur imprimé spécifique auprès de la DDTEFP (direction départementale du travail et de l'emploi)	
	Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRE)	Sur tout le territoire	Sous conditions : Exonération d'une partie des cotisations sociales personnelles Accompagnement administratif sous la forme de chèques conseils	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de la DDTEFP (direction départementale du travail et de l'emploi) Demande sur imprimé spécifique Cerfa n° 12254*02	Art. L. 351-24, R. 351-41 et suivants du code du travail Art. L. 161-1, L. 161-1-1, L. 161-24 et D. 161-1, D. 161-1-1, D. 161-1-1-1 du code de la sécurité sociale

Cumul emploi/retraite	Permettre aux médecins libéraux de prolonger leur activité en cumulant retraite et activité	Sur tout le territoire	Revenus annuels < à 130 % du plafond SS (plafond SS annuel = 32 184 euros du 01/01 au 31/12/07)	Informez la caisse autonome de retraite des médecins de France, CARMF* et la CPAM	Art. L. 643-6 et D. 643-10 du code de la sécurité sociale
-----------------------	---	------------------------	---	---	---

* Caisse autonome de retraite des médecins français

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mardi 13 mars 2007

- **Mme Irène Kahn-Bensaud**, présidente de la section santé publique et démographie médicale du conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)

Mardi 20 mars 2007

- **M. Daniel Lenoir**, directeur général, **Mme Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, et **M. Vincent Figureau**, responsable du département relations extérieures de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
- **M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)
- **MM. Gérard Pelhate**, président, **Yves Humez**, directeur général, **Pierre-Jean Lancry**, directeur de la santé, et **Christian Fer**, directeur des affaires juridiques, de la mutualité sociale agricole (MSA)

Jeudi 5 avril 2007

- **M. Michel Serin**, président de la fédération nationale des maisons de santé (FNMS)
- **M. Thierry Le Brun**, vice-président de MG France (médecins généralistes)
- **M. Eric Pastor**, secrétaire général du conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes
- **M. Didier Hoeltgen** de l'association des maires de France (AMF)
- **M. Yann Bourgueil**, auteur du rapport « *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ?* », de l'institut de recherche et documentation en économie de santé (Irdes)

Mercredi 16 mai 2007

- **Pr Pierre Ambroise-Thomas** de l'académie nationale de médecine
- **MM. René-Paul Savary**, président du conseil général de la Marne, et **Laurent Bourguignat**, conseiller du premier vice-président, de l'assemblée des départements de France (ADF)
- **M. Gérard Dériot**, président du conseil général de l'Allier
- **MM. Emmanuel Gallot**, porte-parole, et **Guillaume Coindard**, chargé de mission « Permanence des soins », de l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
- **M. Fabien Quédeville**, secrétaire général du syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJGM)
- **Professeur Yvon Berland**, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

Mardi 22 mai 2007

- **Dr Vincent Renard**, président du syndicat des généralistes enseignants
- **M. Denis Piveteau**, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **M. Michel Chassang**, président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Mardi 29 mai 2007

- **M. Bernard Cazeau**, sénateur, président du conseil général de la Dordogne

Mercredi 20 juin 2007

- **Dr Jacques Lucas**, secrétaire général, et **Dr Patrick Bouet**, secrétaire général adjoint, du conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)

Mardi 3 juillet 2007

- **Mmes Laurence Nivet, Isabelle Leclerc et Chloé Bateau** de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Mercredi 3 octobre 2007
Auditions en commissions

- **Pr Yvon Berland**, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
- **Pr Jean-Michel Chabot**, conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé (HAS)
- **Table ronde :**
 - **Dr Michel Serin**, responsable de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye ;
 - **Dr Pierre de Haas**, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain ;
 - **Dr Jean-Michel Mazué**, responsable de la maison de santé de Bletterans.

DÉPLACEMENTS

Rennes - Mercredi 4 avril 2007
Rencontre avec les acteurs régionaux

- **MM. Henri Simorre**, directeur des solidarités, et **Elie Gueguen**, directeur général adjoint, du pôle de compétence « solidarités et formation tout au long de la vie » au conseil régional de Bretagne
- **M. Claude Humbert**, directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Bretagne
- **M. François-Xavier Schweyer**, docteur en sociologie, enseignant à l'école nationale de santé publique (ENSP)

Clermond-Ferrand - Mercredi 25 avril 2007

Rencontre avec les acteurs régionaux

- **M. Jean-Pierre Brenas**, président de la section régionale de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)
- **M. Daniel Barri**, directeur de Urcam Auvergne, et **Mme Ritz**, adjointe au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Auvergne
- **M. Michel Picard**

Saint-Amand en Puisaye - Clamecy - Jeudi 26 avril 2007

**Visite de la maison de Saint-Amand-en-Puisaye
et du réseau de santé du Haut-Nivernais**

- **Dr Michel Serin**, responsable de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye
- **Mmes Odile Doreau**, maire de Saint-Amand-en-Puisaye, et **Pascale de Mauraige**, maire d'Arquian, présidente de la communauté de communes du canton de Saint-Amand-en-Puisaye, conseiller général
- **Dr Stéphane Casset**, Réseau de santé du Haut Nivernais
- **Mme Marie-Hélène Fautrier**, Réseau de santé du Haut Nivernais
- **Dr Michel Filidori**, Réseau de santé du Haut Nivernais
- **Dr Isabelle Nolot**, Réseau de santé du Haut Nivernais
- **M. Guillaume Gruot**, Urcam Bourgogne

Ain - Mercredi 30 mai 2007

Visite de la maison de santé de Pont-d'Ain

- **Dr Pierre de Haas**, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain
- **M. André Ferry**, maire de Pont-d'Ain
- **Mme Françoise Hegoburu**, responsable du département « santé » de la caisse primaire d'assurance maladie de Bourg-en-Bresse

Jura - Mercredi 11 juillet 2007

Visite de la maison de santé de Bletterans

- **Dr Jean-Michel Mazué**, responsable de la maison médicale de Bletterans
- **M. Pierre Benichou**, vice-président du conseil général du Jura
- **M. Jean Raquin**, conseiller général de Bletterans
- **M. Francis Piot**, société 2 G Promotion

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 25 juillet 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport d'information de M. Jean-Marc Juilhard sur la démographie médicale et la permanence des soins.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a souligné que si la France n'a jamais compté autant de médecins, elle va pourtant devoir faire face à une crise de la démographie médicale. Le constat d'une possible pénurie de médecins dans les années à venir n'a été véritablement établi que voici trois à cinq ans grâce aux travaux approfondis menés par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ses conclusions font apparaître une baisse future de 9,4 % du nombre de médecins en activité entre 2006 et 2025 : l'offre de soins retrouverait ainsi en 2025 un niveau proche de celui du milieu des années quatre vingt.

Cette crise comporte plusieurs aspects : une baisse des effectifs des professionnels de santé, l'accentuation des inégalités territoriales en matière d'offre de soins, un vieillissement de la population et une évolution des modes de prise en charge des patients qui augmente le niveau d'exigence des assurés en matière sanitaire.

Pour enrayer cette dégradation, les pouvoirs publics ont procédé à une augmentation régulière du numerus clausus depuis 2002. Le nombre de postes offerts aux étudiants s'élève désormais à 7 100 chaque année mais, compte tenu de la durée des études médicales, cette mesure ne produira ses effets que dans une dizaine d'années.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a fait observer que l'augmentation du numerus clausus ne suffira pas à résoudre les inégalités de répartition territoriale. Un recensement effectué par les missions régionales de santé fait apparaître, sur les 7 442 zones qui composent le territoire métropolitain, l'existence de 524 zones dites fragiles et de 119 zones en difficulté, qui rassemblent environ deux millions et demi d'habitants.

Le Gouvernement s'est préoccupé de la question des zones sous-médicalisées en faisant le choix d'une politique fondée sur l'incitation. Les mécanismes mis en œuvre visent les différentes étapes de la formation, de

l'installation et de l'exercice professionnel des médecins. Toutes ces mesures poursuivent une cible principale : favoriser l'installation et/ou le maintien de médecins dans les zones sous-médicalisées.

Il existe six formes différentes d'aides : l'octroi de bourses aux étudiants de troisième cycle, en contrepartie d'un engagement d'exercer en zone sous médicalisée pendant une durée maximale de cinq ans ; des exonérations fiscales ; des mesures d'aides à l'installation ou de maintien des professionnels ; une majoration des honoraires de 20 % pour les médecins exerçant en groupe dans les zones sous-médicalisées ; des dérogations au parcours de soins, afin que les assurés consultant les médecins nouvellement installés dans ces zones ne soient pas pénalisés pour non-respect des règles du médecin traitant ; des aménagements apportés aux conditions d'exercice de la médecine.

Le financement de ces aides incombe à l'assurance maladie et aux collectivités territoriales. Ces dernières disposent de véritables leviers d'action pour mener une politique active et favoriser l'implantation des médecins sur leurs territoires.

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a toutefois estimé que les collectivités territoriales doivent se protéger de toute initiative superflue. Les témoignages recueillis durant les auditions et les déplacements préparatoires à l'établissement du rapport convergent pour signaler que les projets de structure médicale conçus par les collectivités, sans la participation des professionnels de santé, se sont soldés par des échecs.*

Ces risques de dérapage sont d'autant plus importants que la présence d'une structure médicale est un élément majeur de l'aménagement du territoire ; elle joue un rôle central d'attractivité et permet le développement de nouveaux projets.

La mise en œuvre de divers mécanismes touchant à la fois la formation et l'installation des médecins ne doit d'ailleurs pas occulter la réflexion sur les moyens de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Deux pistes méritent d'être explorées : optimiser le rôle de l'ensemble des acteurs du système de santé, en s'assurant que toutes les forces disponibles sont mobilisées, et favoriser l'émergence de solutions innovantes.

On peut, sur ce point, s'étonner de la faible place accordée à la télémedecine comme moyen de résoudre certaines difficultés d'accès aux soins. Cette situation est due à des problèmes d'installation d'un réseau à haut débit sur l'ensemble du territoire, et donc dans les zones les plus isolées, mais également au fait que le développement de la télémedecine nécessite un aménagement de son cadre juridique actuel et un ajustement des règles relatives au financement des structures et à la rémunération des professionnels de santé.

Outre ces nouvelles technologies, d'autres moyens pourraient favoriser un meilleur accès aux soins : ne pourrait-on pas, par exemple, favoriser les systèmes de transport collectif ou individuel des patients à mobilité réduite vers les cabinets médicaux et les maisons de santé, notamment dans les territoires déficitaires ?

Par ailleurs, on déplore l'insuffisance de l'information des étudiants et des professionnels de santé sur l'existence des diverses aides, qui explique pourquoi ils y ont si peu recours. Une telle défaillance nuit évidemment à l'efficacité du système d'aide.

Enfin, il faut rappeler que, dans son rapport annuel pour 2007, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, instance qui réunit l'ensemble des acteurs du système de santé, estime indispensable de dépasser la politique actuelle de « moindre contrainte » et de mettre en place des mécanismes plus directifs d'installation, à travers notamment des mécanismes de désincitation à l'installation dans les zones surmédicalisées.

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a ensuite évoqué une piste particulièrement fructueuse, à son sens, pour répondre aux besoins locaux en offre de soins : la création de maisons de santé, dont il existe plusieurs exemples probants sur le territoire. Les pouvoirs publics pourraient utilement favoriser la généralisation de ces expériences nées du terrain, à l'initiative de quelques professionnels de santé entreprenants, et qui font aujourd'hui tâche d'huile.*

En effet, ces maisons présentent un mode de fonctionnement novateur qui allie la pluridisciplinarité et l'élaboration d'un projet médical commun. La nouveauté ne réside pas dans la collaboration entre médecins et auxiliaires médicaux : de tels cabinets existent déjà, même s'ils ne représentent pas le mode d'exercice regroupé le plus fréquent. L'innovation tient aux modalités de fonctionnement de ces structures, à l'existence d'un projet médical commun, ainsi qu'à l'association d'autres acteurs extérieurs au champ sanitaire.

Ces projets ont retenu l'attention des caisses d'assurance maladie. Le suivi en est assuré par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) qui ont en charge la gestion de la part régionale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), compétent en matière de création et de fonctionnement de ces maisons de santé.

Outre les aides conventionnelles versées sous forme de majoration d'honoraires, les caisses d'assurance maladie participent, sous certaines conditions, au financement des tâches administratives afférentes à ces structures, tandis que les collectivités territoriales apportent leur aide à l'acquisition et la rénovation des locaux. La création d'un label « maison de santé » est, à son sens, une nécessité pour en faciliter la promotion. Une telle reconnaissance permettrait en effet de développer les relations entretenues par ces structures avec l'assurance maladie et les pouvoirs publics sur des bases plus claires :

- d'abord, en favorisant l'harmonisation des aides accordées par les Urcam aux maisons de santé ;

- ensuite, en simplifiant les relations administratives car les responsables des structures médicales souhaitent un allègement des démarches administratives nécessaires pour bénéficier d'une aide versée par l'assurance maladie ;

- enfin, en permettant le développement d'une politique de gestion du risque spécifique, le système conventionnel de gestion du risque passant aujourd'hui quasi exclusivement par des procédures individuelles (contrats de bonne pratique, contrats de santé publique, entretiens confraternels, visite des délégués de l'assurance maladie).

M. Jean-Marie-Juilhard, rapporteur, a donc souhaité l'apparition, aux côtés des aides conventionnelles existantes, de nouveaux dispositifs favorisant la qualité des soins, le développement des politiques de santé publique et les actions d'éducation thérapeutique. Ces politiques pourront prendre d'autant plus appui sur les maisons de santé, qui disposent d'intervenants pluridisciplinaires et touchent une patientèle plus large qu'un cabinet isolé, si la création d'un label « maison de santé » permet de consolider l'environnement juridique de ces structures et de faciliter l'intervention des collectivités territoriales.

Mme Janine Rozier a fait observer que les problèmes de démographie médicale existent dans la quasi-totalité des départements qui ont, chacun à leur manière, essayé d'y remédier. Ainsi, la maison médicale visitée par le rapporteur dans la Nièvre ressemble aux structures mises en place dans le Loiret. Il serait à son avis souhaitable que les maisons médicales se développent dans l'ensemble des zones rurales.

Saluant le fait que le rapporteur ne soit pas médecin lui-même, et qu'il ne peut, de ce fait, être accusé de corporatisme, **M. Francis Giraud** a rappelé que les médecins doivent avant tout être au service de la population.

Le problème soulevé par les inégalités géographiques d'accès aux soins constitue plus largement le signe d'une modification profonde de l'organisation de la société : la diversification des zones rurales concerne tous les secteurs d'activité et appelle une réflexion globale sur l'accès de tous aux services publics et commerciaux.

En ce qui concerne la télémedecine, elle ne peut en aucun cas remplacer la présence effective du médecin auprès du patient, même si la consultation d'un spécialiste par un autre médecin peut être utile dans certains cas.

Il a jugé scandaleux le système de l'examen classant national où des postes proposés en médecine générale demeurent régulièrement vacants. Une réflexion devrait être engagée sur la régionalisation du système et sur la régulation du nombre de spécialistes par le biais de l'attribution des postes d'internes. En effet, certaines spécialités comme la chirurgie, l'obstétrique et

la pédiatrie sont menacées alors que d'autres, aux contraintes de garde moindres, sont surreprésentées.

L'exemple du nombre considérable de médecins en région Provence-Alpes-Côte d'Azur montre que la liberté d'installation est source d'inégalité géographique. Pour y remédier, le regroupement de médecins dans les communes isolées constitue une solution intéressante.

Il s'est ensuite fait l'écho de la thèse développée par Yvon Berland dans son rapport sur la démographie médicale, selon laquelle la réponse pourrait venir du renforcement du rôle des auxiliaires médicaux. Certes, la séparation entre médecins et auxiliaires médicaux est aujourd'hui exagérée mais il s'est déclaré dubitatif sur les projets de redistribution des compétences évoqués par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

***M. Guy Fischer** a demandé si les grands quartiers populaires sont comptabilisés comme zones sensibles par les missions régionales de santé. Dans ces quartiers, la présence médicale et paramédicale est en effet largement insuffisante même si la problématique diffère de celle des zones rurales. Aujourd'hui, on constate que bien souvent le service de santé des quartiers populaires est essentiellement assuré par des médecins et des pharmaciens d'origine étrangère.*

Puis il a souhaité connaître les différences existant entre les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et les maisons médicales de garde.

Il a pris l'exemple de la fermeture récente du centre de santé du quartier des Minguettes et des difficultés de gestion rencontrées par sa maison médicale pour s'inquiéter du financement non pérenne des maisons de santé pluridisciplinaires par l'Urcam et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui oblige les collectivités territoriales à assurer une grande partie des coûts.

***M. Louis Souvet** a fait observer qu'il existe des différences fondamentales entre l'exercice de la médecine en ville et en zone rurale, où les conditions de vie offertes au médecin et à sa famille sont souvent plus sommaires. Ce constat s'applique d'ailleurs à l'ensemble des activités et la situation ne peut guère être améliorée par l'action des pouvoirs publics. De fait, les collectivités territoriales ne peuvent imposer unilatéralement aux médecins libéraux une organisation de l'offre de soins. Il s'est aussi interrogé sur les inégalités géographiques existant au niveau hospitalier.*

***M. Alain Milon** a fait valoir que le rapport porte sur la démographie médicale, et non sur les techniques de soins, et a jugé que la commission ne devait pas hésiter à proposer des solutions audacieuses pour lutter contre la sous-médicalisation de certaines zones.*

Il a fait état de l'insuffisance de la formation initiale en matière d'obligation de permanence des soins et a souhaité que les pouvoirs publics soient plus coercitifs pour en assurer l'effectivité. Ce recours à la coercition peut aussi être envisagé pour lutter contre les inégalités géographiques car la répartition des jeunes médecins entre spécialités et entre régions devrait être plus strictement organisée.

S'agissant de la création des maisons de santé pluridisciplinaires, il a souligné le rôle déterminant joué par la volonté des médecins qui permet à la maison de santé de Gap, par exemple, de fonctionner très bien, alors que l'absence de motivation empêche celle de Sorgues de voir le jour. Pourtant, dans cette ville, sur quatorze médecins généralistes, douze partiront en retraite d'ici quatre ans et les jeunes médecins ne veulent plus assurer de gardes pendant la nuit et le week-end.

***M. Paul Blanc** a insisté pour que le rapport propose des solutions adaptées aux enjeux. Citant le rapport Berland, il a regretté l'absence de diagnostic étiologique de la démographie médicale. Or, selon lui, les causes du problème sont doubles : elles tiennent, d'une part, à la féminisation du corps médical qui fausse le *numerus clausus* puisque de nombreux médecins femmes n'exercent pas ou travaillent à temps partiel, d'autre part, à la judiciarisation de l'exercice de la médecine qui dissuade les jeunes médecins de choisir des spécialités exposées comme la chirurgie ou l'obstétrique.*

Il a fait observer que les maisons de santé pluridisciplinaires existent en réalité depuis longtemps, à l'instar de celle de Prades créée en 1971. Elles ne pourront toutefois pas pallier le manque de médecins dans les zones les plus reculées. Ainsi, alors que la proportion de médecins par habitant est de 1 pour 300 dans l'agglomération de Perpignan, il ne reste presque plus de médecins en activité dans les villages de montagne. Ce constat résulte de l'urbanisation croissante de la société, qui amplifie le phénomène car la présence d'un médecin conditionne l'installation de nouveaux habitants.

*Il s'est déclaré inquiet pour l'avenir. Cette situation dramatique est la conséquence de la diminution drastique du *numerus clausus* en 1982, puis en 1996, de la suppression des certificats d'études spécialisées, et elle ne pourra être réellement améliorée que par l'application d'un *numerus clausus* d'installation, comme il en existe pour les pharmaciens, les notaires ou les huissiers.*

***M. Bernard Seillier** a déclaré que les élus sont inquiets et désemparés par cette évolution, qu'ils ne peuvent améliorer sans un partenariat étroit avec les médecins. En effet, pour qu'une maison pluridisciplinaire de santé fonctionne, l'initiative doit d'abord venir des professionnels de santé.*

Il a souhaité que soit ajouté au rapport un lexique précisant la définition des termes utilisés : maison médicale, maison médicale de garde, centre de santé.

Mme Gisèle Printz s'est émue de la longueur du délai nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologue dans le département de la Moselle, ce qui montre que le problème démographique touche aussi la répartition des praticiens entre spécialités.

Elle a souhaité obtenir des précisions sur les propos tenus par le rapporteur au sujet du taux d'activité des femmes et des médecins âgés.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle a souligné les incohérences de l'examen classant national : en 2007, par exemple, le nombre de postes proposé en psychiatrie est faible alors que les besoins vont aller croissants ces prochaines années.

Elle a également demandé si la nouvelle spécialité de médecine générale, qui a allongé de deux ans le cursus de formation des étudiants, ne pourrait pas être enseignée en formation continue pour permettre aux médecins généralistes de s'installer plus rapidement.

M. Paul Blanc a rappelé que la création de cette spécialité avait été réclamée essentiellement pour des questions de niveau d'honoraires.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe a fait observer qu'une distinction doit être opérée, à son sens, entre médecine générale et médecine spécialisée. La situation est en effet plus inquiétante pour certaines spécialités, l'ophtalmologie, par exemple, pour laquelle les patients doivent attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous.

M. Bernard Cazeau s'est opposé à cette observation en rappelant que les urgences sont toujours assurées par les médecins spécialistes.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe a ensuite fait siennes les analyses du professeur Guy Valencien, dans son ouvrage sur la téléchirurgie, en faveur des maisons de santé pluridisciplinaires et du numerus clausus d'installation car il considère que le problème résulte moins du nombre insuffisant de médecins que de la liberté d'installation. Il a souhaité qu'une réflexion soit également menée sur la nécessité de réformer les études de médecine.

M. Pierre Bernard-Reymond a établi un parallèle avec les instituteurs qui ne sont pas formés au cours de leurs études sur les modalités de coopération avec les partenaires sociaux du quartier. De la même manière, il conviendrait à son sens de préparer les étudiants en médecine à une installation en zone rurale.

Il est convenu que la création et le bon fonctionnement d'une maison de santé pluridisciplinaire dépendent de la volonté du corps médical, de l'investissement de la mairie et du soutien de la population. A Gap, la mairie a ainsi mis à la disposition de la maison de santé un terrain situé en face de l'hôpital de façon à désencombrer les urgences.

Il a également demandé si le rapport écrit précise les fonctions et l'organisation des maisons de santé.

Il a enfin estimé que la télémedecine peut parfois constituer une solution adaptée pour pallier le manque de médecins, notamment dans les villes touristiques et les stations de sports d'hiver où la médecine est essentiellement une médecine de consommation immédiate, mais sans nouer de lien personnel avec le patient.

***Mme Muguet Dini** a souhaité avoir des précisions sur la place des médecins formés à l'étranger dans le système de soins français.*

***Mme Patricia Schillinger** a confirmé l'insuffisante formation des médecins à l'installation et à la gestion de personnel. Elle s'est enquis de l'état d'avancement du projet de création des chèques-emploi pour les cabinets médicaux.*

Elle a estimé que les médecins doivent être incités à s'installer en groupe dans les zones rurales dans une structure associée à des infirmières libérales. En cas d'échec, il conviendra de réfléchir à l'instauration d'un numerus clausus d'installation.

***M. Nicolas About, président,** a demandé au rapporteur qu'il précise la définition des termes utilisés et a estimé que la notion d'obligation des soins devrait être établie.*

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a rappelé que le rapport s'attache exclusivement à la démographie des médecins généralistes, car la répartition par spécialités relève d'une autre problématique.*

Il a confirmé sa demande de labellisation des maisons de santé pluridisciplinaires car celles qu'il a visitées au cours de la préparation du rapport présentent toutes un mode de fonctionnement différent : à Saint-Amand-en-Puisaye, la communauté de communes participe au financement et a offert le terrain ; à Pont d'Ain, la mairie a promu l'installation d'un centre d'assistantes sociales dans les locaux de la maison de santé ; à Bletterans enfin, le maire n'étant pas favorable à l'installation de la maison de santé, celle-ci ne bénéficie d'aucune aide publique pour son fonctionnement. Quel que soit leur mode de financement, toutes ces maisons sont confrontées aux mêmes problèmes et à la difficulté d'exercer la médecine tout en gérant une entreprise. La création d'un label devrait faciliter la gestion de ces structures par des établissements financiers et assurer plus facilement leur pérennité après le départ des médecins fondateurs.

Il a ensuite présenté les définitions qui figurent dans le rapport écrit : les maisons médicales sont des cabinets regroupant plusieurs médecins tandis que les maisons de santé pluridisciplinaires comportent également des professionnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes ou infirmiers par exemple). Les maisons médicales de garde en revanche - elles sont plus de deux cents en France - sont chargées d'assurer la permanence des soins en médecine générale et sans rendez-vous.

M. Paul Blanc a fait observer que les maisons de santé et les maisons médicales peuvent également faire fonction de maisons médicales de garde.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, en est convenu, précisant que l'inverse n'est toutefois pas possible. Il a ajouté que les centres de santé sont concentrés autour des grandes villes et dans le Nord de la France et fonctionnent avec des professionnels de santé salariés.

Il a rappelé que la télémedecine permet d'apporter un diagnostic plus rapide grâce au dialogue entre deux médecins.

M. Paul Blanc a fait valoir qu'une liaison internet à haut débit est indispensable au bon fonctionnement de cette technologie.

En réponse à M. Guy Fischer, M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a reconnu que les quartiers populaires connaissent également des difficultés pour attirer les médecins sur leur territoire. Les maisons de santé pluridisciplinaires peuvent constituer une solution à ce problème même lorsqu'elles sont implantées en centre-ville.

Approuvant les propos de M. Paul Blanc sur le numerus clausus d'installation, il a déploré le refus du Gouvernement, des médecins et des étudiants en médecine de voir s'appliquer une telle réforme.

Il a enfin précisé à Mme Gisèle Printz que les femmes médecins et les praticiens en fin de carrière préfèrent souvent travailler à temps partiel. Leur installation dans une maison de santé pluridisciplinaire leur permettrait de partager leur temps de travail avec leurs collègues.

La commission a ensuite examiné les quinze propositions du rapporteur pour réduire les inégalités territoriales face à l'offre de soins. Après un large débat, elle a décidé de reporter le vote du rapport et de ses conclusions au mois de septembre prochain. Ce vote sera précédé par l'organisation d'une table ronde sur le thème de la démographie médicale destinée à approfondir la réflexion des commissaires sur les mesures à promouvoir.

II. AUDITIONS ET TABLE RONDE

Audition du professeur Yvon Berland président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

Réunie le mercredi 3 octobre 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu le professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

M. Nicolas About, président, a rappelé que l'ONDPS, créé en 2003, a contribué à la réalisation de nombreuses études sur la démographie médicale, dont les conclusions peuvent être différentes selon les critères et les méthodes d'analyse retenus. Il a notamment souligné le paradoxe qui veut que le nombre total de médecins en activité augmente, surtout dans les classes d'âge élevé, alors qu'apparaissent et se multiplient des zones déficitaires où la présence médicale est insuffisante, voire inexistante. L'objet du débat est de savoir dans quelle mesure on peut parler en France de « déserts médicaux », quels sont les critères pour les définir et quelles solutions pourraient y remédier.

M. Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, a rappelé que la démographie médicale a fait l'objet d'un premier rapport remis en 2002 au ministre de la santé de l'époque, Jean François Mattei, et qui a débouché sur la création de l'observatoire. Certes, il est singulier que le nombre de médecins augmente et que l'on constate une pénurie dans certaines zones, mais cette situation peut s'expliquer par le fait que la durée hebdomadaire d'activité des médecins a tendance à diminuer. Cette évolution correspond aux attentes des jeunes médecins qui ne souhaitent plus travailler sept jours sur sept et préfèrent libérer du temps pour leur famille ou d'autres activités personnelles. La féminisation de la profession joue également un rôle : 37 % des médecins sont des femmes ; en 2020, ce chiffre devrait atteindre 50 %. Or, en moyenne, les femmes produisent 30 % de soins de moins que les hommes.

Par ailleurs, les pratiques médicales ont changé : on observe notamment une augmentation du temps consacré à la prise en charge administrative et médicale du patient, ce qui réduit d'autant le temps dédié aux soins. Ainsi, les médecins traitent aujourd'hui, en moyenne, moins de malades dans une journée qu'auparavant.

*Dans ces conditions, certaines tâches ou activités pourraient être assurées par d'autres professions intermédiaires, médicales ou paramédicales, ce qui libérerait du temps pour accomplir les soins qui ne peuvent être assumés que par les médecins. **M. Yvon Berland** a donc préconisé une meilleure collaboration entre professionnels et une utilisation de chaque profession de santé à son juste niveau de compétences afin d'optimiser les interventions des médecins.*

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur**, a souligné le grand intérêt des analyses de l'observatoire, dont les conclusions ont servi de base aux orientations retenues dans le rapport. Il s'est toutefois demandé s'il existe véritablement un espace suffisant pour créer un diplôme intermédiaire entre celui d'infirmier et de médecin. Il a, pour sa part, plaidé en faveur du regroupement des professionnels de santé dans des maisons pluridisciplinaires, sollicitant sur ce point l'éclairage de l'ONDPS sur les formes de regroupement qui pourraient être retenues.*

***M. Yvon Berland** s'est dit favorable à la création de nouvelles professions médicales et paramédicales entre les niveaux de qualification bac + 3 et bac + 11. L'exemple de la cancérologie ou des thérapies appliquées à l'hépatite C montre que certains actes médicaux, précisément fixés dans un protocole, peuvent être effectués par des personnes de qualification intermédiaire spécifiquement formées.*

***M. Nicolas About, président**, a souhaité que l'on revienne sur le problème de la disparité médicale qui conduit certains départements à être privés de médecins, tandis que des grandes villes connaissent une situation de surpopulation médicale.*

***M. Yvon Berland** a souligné que le cœur du problème réside en premier lieu dans l'attractivité des territoires, la question ne se posant pas seulement dans le domaine médical. Il faut être conscient de la difficulté que peut représenter l'installation de médecins, notamment des femmes, dans des zones faiblement équipées en services publics d'accueil de la petite enfance. Certes, des mesures incitatives existent, mais elles n'ont été renforcées qu'en 2005 et il est encore difficile d'en apprécier pleinement les effets.*

***M. Nicolas About, président**, s'est montré sceptique sur l'effet des mesures d'ordre financier, car le revenu moyen des médecins exerçant dans les zones sous médicalisées est déjà supérieur à celui de leurs collègues installés dans des zones excédentaires.*

***M. Yvon Berland** est convenu que le paramètre financier est bien moins déterminant que celui tenant à la qualité des conditions de vie.*

***M. Louis Souvet** a souhaité connaître la nature des activités liées à la prise en charge médicale du patient et qui ne justifient pas forcément l'intervention du médecin.*

M. Francis Giraud a demandé des précisions chiffrées concernant les zones médicalement déficitaires et excédentaires, en distinguant médecins généralistes et spécialistes. On pourrait imaginer que le nombre de médecins requis dans chaque spécialité soit défini en fonction de ces chiffres.

Il s'est également interrogé sur la réelle possibilité d'envisager un corps intermédiaire entre les médecins et les infirmiers et sur la nature de ses activités. Toute décision en ce domaine doit faire prévaloir la sécurité du patient.

M. Jean-Pierre Michel s'est félicité que l'on se propose de réhabiliter les politiques en faveur de l'aménagement du territoire, contrairement à ce que préconise aujourd'hui le garde des sceaux dans le domaine de la justice. Il a souhaité avoir des précisions sur la notion de « profession intermédiaire ».

M. François Autain a considéré que la solution ne réside pas dans la création d'un corps intermédiaire. Il est en revanche nécessaire d'approfondir les pistes qui préconisent une limitation des installations de médecins dans les zones surmédicalisées ainsi que celles qui prévoient la suppression de la rémunération à l'acte au profit d'une rémunération au forfait.

Estimant qu'il n'existe pas de solution unique, **M. Paul Blanc** a envisagé plusieurs améliorations : une réforme de l'internat afin que les étudiants soient davantage préorientés vers les spécialités lacunaires ; la spécialisation des infirmiers pendant leurs études, comme tel est le cas des infirmiers anesthésistes ; enfin, pour anticiper les nombreux départs à la retraite attendus d'ici cinq à dix ans, le développement de maisons médicalisées, assurant un service minimum avec la présence d'un médecin. Ces propositions risquent toutefois de se heurter à la résistance au changement du corps médical.

Il s'est par ailleurs demandé si l'instauration d'un *numerus clausus* lors de l'installation des médecins, comme tel est le cas pour les pharmaciens, pourrait être de nature à résoudre le problème de la surpopulation médicale dans certaines régions.

M. Jean-Pierre Godefroy a souligné l'ampleur du problème qui se pose dans certains territoires et pour certaines spécialités, notamment la pédiatrie et la gynécologie. L'absence de médecins spécialistes libéraux a de fortes répercussions sur l'organisation du système hospitalier. C'est pourquoi son département, la Manche, a mis en place des bourses d'étudiants accordées en échange de l'engagement d'une installation pour au moins cinq ans dans les zones les plus déficitaires. Enfin, il a souhaité avoir des précisions sur le coût de la surpopulation médicale, dans certaines zones, pour l'assurance maladie.

*S'agissant du développement de professions intermédiaires, **M. Pierre Bernard-Reymond** a souhaité savoir s'il s'agit de créer de nouveaux métiers ou, simplement, de modifier la répartition des actes médicaux entre métiers existants. Suggérant une expérimentation en ce domaine, il s'est demandé quelle pourrait en être la durée.*

Il a enfin souligné le problème aigu que posent les gardes de nuit et du week-end, lorsqu'il n'y a qu'un seul médecin pour deux ou trois cantons ruraux.

***M. Jean-Claude Etienne** a rappelé que la surmédicalisation concerne surtout les médecins généralistes. Il a souhaité connaître les positions concrètes de l'observatoire pour remédier à cette situation. L'allongement, de sept à neuf ans, de la durée des études des médecins généralistes n'était pas une bonne idée.*

Il est ensuite convenu que le niveau de revenus ne constitue pas un élément attractif suffisant pour que les jeunes médecins s'installent dans les zones déficitaires ; en revanche, il est exact qu'un étudiant s'installe plus volontiers dans le département où il a fait son internat ou son externat.

***M. Gérard Dériot** a préconisé une sensibilisation plus grande des jeunes à l'activité de médecin généraliste libéral au cours des études de médecine. L'octroi de bourses aux étudiants en contrepartie d'un engagement à exercer pendant au moins six ans dans les zones déficitaires, expérimenté dans son département, l'Allier, se révèle efficace : des étudiants de Paris ou de Marseille sont ainsi venus s'installer à Moulins ou à Dreux. En revanche, il s'est montré réservé sur le développement de professions intermédiaires.*

***M. Nicolas About, président**, a souligné le paradoxe qui veut que le médecin généraliste soit au centre du système de soins, alors que l'on observe parallèlement une désaffection pour cette profession.*

***M. Yvon Berland** a souligné tout l'intérêt d'une nouvelle répartition des actes selon le niveau de formation. Il ne s'agit pas forcément de créer de nouveaux métiers, mais de diversifier les niveaux de formation des métiers existants. Il a ainsi donné l'exemple des infirmiers qui pourraient poursuivre leur formation jusqu'à un niveau bac + 5, équivalent du master. A cet égard, deux rapports de l'ONDPS sont instructifs : le premier, de 2003, décrit les cinq expérimentations conduites en faveur d'une meilleure coopération des professionnels de santé grâce aux transferts de compétences ; le second, de 2006, en a fait une évaluation positive qui devrait conduire à leur prorogation, notamment à Lisieux et à Montélimar. Aujourd'hui, dix expérimentations sont en cours et devraient faire l'objet d'une analyse approfondie par la Haute Autorité de santé afin de faire progresser les professions médicales et paramédicales vers une meilleure complémentarité.*

Enfin, en ce qui concerne les critères de définition des zones déficitaires ou excédentaires, il a rappelé que l'observatoire a conduit quatre études pour les omnipraticiens avec des méthodologies différentes. Il a souligné, à ce sujet, la grande difficulté à définir des critères pour chaque spécialité.

***M. Nicolas About, président,** a précisé que sur les quatre mille zones déficitaires mises respectivement en évidence par différentes études, seules mille sont superposables, ce qui pose la question cruciale des critères de définition à retenir pour les identifier.*

***M. Yvon Berland** a indiqué que la définition des critères relève des missions régionales de santé (MRS).*

***M. Nicolas About, président,** a suggéré d'en confier la responsabilité à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ou à la direction générale de la santé (DGS)*

***M. Yvon Berland** s'est dit ouvert sur ce point, privilégiant la proposition de la DHOS. S'agissant de la méthode de recensement, il serait toutefois prudent de distinguer le nombre de praticiens réellement en exercice et le nombre d'étudiants théoriquement diplômés. En conséquence, une politique fondée uniquement sur le numerus clausus au niveau des étudiants ne peut assurer une bonne régulation de la démographie médicale : on observe en effet des différentiels parfois importants, jusqu'à 40 % selon les régions, entre les fins d'études et les installations. C'est pourquoi les études médicales devraient intégrer très tôt des informations relatives à l'activité du médecin généraliste libéral et aux différents lieux d'exercice.*

***M. Jean-Claude Etienne** a proposé de favoriser l'implantation de facultés de médecine dans les zones déficitaires, ayant constaté que les étudiants s'installent souvent sur le lieu de leurs études et de leurs stages en milieu hospitalier. A cet égard, il a souhaité attirer l'attention de la commission sur la difficulté de trouver en deux ans quinze mille stages d'internes supplémentaires à la suite de l'augmentation du numerus clausus.*

**Audition du professeur Jean-Michel Chabot,
conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé**

*Puis elle a entendu le **professeur Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé.***

*En préambule, **M. Nicolas About, président,** a rappelé que la commission est particulièrement intéressée par le développement des maisons de santé pluridisciplinaires, en raison de leur effet potentiel sur l'harmonisation de l'offre de soins sur le territoire. Ce nouveau mode d'exercice de la médecine libérale est-il susceptible de résoudre le problème des inégalités territoriales ?*

***M. Jean-Michel Chabot,** conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé, a d'abord fait savoir que les problèmes de la démographie médicale et de l'organisation des soins sont liés : une mauvaise organisation des soins entraîne des problèmes démographiques, de même qu'une régulation déficiente du nombre de médecins aboutit à des problèmes d'organisation des soins.*

Les maisons de santé ont deux caractéristiques : une pratique médicale spécifique et la pluridisciplinarité. Premièrement, les médecins exerçant dans les maisons de santé élaborent un protocole de soins et travaillent à partir d'un dossier médical commun, sans relation exclusive avec leurs patients. Ils se réunissent chaque semaine pour faire le point sur les malades et évaluer leurs pratiques médicales. Deuxièmement, les maisons de santé sont pluridisciplinaires, elles regroupent généralement des médecins, généralistes ou spécialistes, et des personnels paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes...).

La Haute Autorité de santé (HAS) s'est particulièrement intéressée aux maisons de santé en raison des processus d'évaluation qui y sont développés. Ceux-ci ne se réduisent pas à des procédures, mais sont réguliers et intenses. Les médecins, grâce à l'accès commun au dossier médical du patient et à leur organisation collective, sont en effet amenés à auto-évaluer systématiquement leurs pratiques. C'est tout l'intérêt de ce mode d'évaluation, qui n'est pas étrangère à la pratique médicale mais participe de la pratique médicale elle-même. Ce modèle d'auto-évaluation est également développé dans les réunions de cancérologie organisées par l'institut national du cancer ou la Ligue contre le cancer par exemple.

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a souligné que la pluridisciplinarité est la clé du succès des maisons de santé, dans la mesure où celle-ci permet à chaque intervenant, médecin ou profession paramédicale, de se consacrer uniquement à son domaine de compétence propre.*

M. Jean-Michel Chabot a fait valoir que les maisons de santé permettent effectivement un gain de temps important pour les médecins qui y trouvent l'assistance paramédicale nécessaire. C'est ce qui explique que les internes ayant effectué un stage dans ces maisons souhaitent, pour la grande majorité d'entre eux, y travailler par la suite.

M. Francis Giraud a souhaité connaître le nombre de maisons médicales actuellement en fonctionnement. Il s'est également interrogé sur la pertinence du système de formation universitaire des médecins. Celui-ci se focalise en effet sur la spécialisation, et entraîne par contre-coup une dévalorisation de la médecine générale et une modification de l'état d'esprit des médecins sur leurs futurs choix professionnels.

M. Jean-Michel Chabot a estimé entre cent et deux cents le nombre de maisons de santé existant sur le territoire national en 2007. Elles regroupent mille à deux mille généralistes sur les 50 000 exerçant à ce jour.

M. Jean-Claude Etienne a indiqué qu'une étude récente révèle que la recherche d'épanouissement personnel est le premier facteur qui influence le lieu d'installation des jeunes médecins. Il est donc logique que les maisons de santé, par les conditions de travail qu'elles proposent, recueillent leur faveur.

M. Francois Autain a relativisé le succès des maisons de santé, en rappelant que des formes d'exercice médical groupé avaient déjà été expérimentées dès la fin des années soixante. Il a également souhaité savoir si les maisons de santé sont tenues de se référer aux protocoles de soins définis par la HAS.

M. Jean-Michel Chabot a confirmé que les protocoles des maisons de santé, s'ils sont définis par les médecins qui y travaillent, doivent bien être conformes aux normes posées par la HAS. Il a ensuite précisé que les maisons de santé ne reçoivent généralement pas de subventions publiques, même si certaines ont bénéficié du fonds pour l'amélioration et la qualité des soins (FAQS) ou de la dotation nationale de développement des réseaux.

Table ronde

La commission a ensuite organisé une table ronde réunissant les responsables de maison de santé et de maison médicale : le docteur Michel Serin, responsable de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, le docteur Pierre de Haas, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain, et le docteur Jean-Michel Mazué, responsable de la maison médicale de Bletterans.

MM. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, et Jean-Pierre Michel ont souhaité que soit clairement indiquée la différence existant entre les maisons médicales et les maisons de santé.

M. Pierre de Haas, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain, a précisé que les maisons médicales, qui existent depuis plusieurs dizaines d'années, ne regroupent que des médecins alors que les maisons de santé, qui sont apparues plus récemment, rassemblent différents professionnels médicaux et paramédicaux, dans un objectif plus large d'amélioration de la santé d'un bassin de population donné. Cette différence n'est toutefois pas toujours très visible sur le terrain, ce qui nécessite une qualification plus stricte des appellations de chaque structure, selon des critères qui pourront être définis par la Haute Autorité de santé.

A M. Gérard Dériot qui souhaitait connaître le nombre d'habitants de Pont-d'Ain, M. Pierre de Haas a indiqué que la population stricto sensu s'élève à 2 500 personnes mais que la maison de santé touche un bassin plus large d'environ 6 000 habitants.

M. Jean-Pierre Michel ayant demandé si le conseil général de l'Ain avait aidé la création de la maison de santé, M. Pierre de Haas a précisé qu'elle a été créée sous la forme d'une société civile immobilière (SCI), avec les seuls capitaux apportés par les professionnels de santé. La maison de santé n'a bénéficié d'aucune subvention mais la commune et le conseil général lui ont octroyé quelques avantages en nature, notamment la jouissance d'un parking et d'une salle de réunion.

M. Michel Serin, responsable, présente la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye. Celle-ci rassemble quatorze professionnels de santé, dont trois médecins généralistes, la création de cette structure ayant d'ailleurs permis de recruter un médecin généraliste après le départ à la retraite d'un confrère. La création de la maison de santé répond à une logique plus large que celle du soin pour lui préférer une approche globale de la santé de la population.

Pour son financement, la communauté de communes de Saint-Amand-en-Puisaye a obtenu des aides de l'Etat et du conseil général. Pour assurer son fonctionnement, la maison de santé dispose en outre d'une subvention de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Bourgogne, versée par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), qui permet de mener des actions de santé publique (paiement d'un diététicien, d'un ergothérapeute, soutien aux aidants des malades d'Alzheimer, etc.) et de financer les charges administratives de la maison de santé, notamment le salaire de l'assistante de direction.

Sur le plan de son fonctionnement interne, il n'existe pas, au sein de la maison de santé, de hiérarchie entre les professionnels de santé.

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a demandé que des précisions soient apportées sur le rôle du Fiqcs.*

***M. Michel Serin** a rappelé que ce fonds a remplacé le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).*

*Présentant à son tour la maison de santé de Bletterans, **M. Jean-Michel Mazué** a indiqué qu'elle accueille vingt-deux professionnels de santé, dont sept médecins généralistes, pour 1 400 habitants. Son objectif est également de proposer une prise en charge globale des patients. Après deux ans de réflexion, la structure a été créée grâce aux fonds propres des professionnels de santé. Elle emploie aujourd'hui dix salariés, est ouverte tous les jours de huit heures à vingt heures et réalise un chiffre d'affaires de 3 millions d'euros. La maison de santé a noué des partenariats avec des laboratoires d'analyses médicales et le service d'urgence du centre hospitalier de Lons-le-Saunier. Elle appartient à la fédération des maisons de santé comtoises, qui s'attache à aider ses cinq maisons à assumer leurs frais de gestion, qui ne sont pas financés par le paiement à l'acte. La fédération a obtenu une aide du Fiqcs pour employer deux infirmières et envisage de confier la gestion de ces maisons à une entreprise privée. Ce temps gagné sur les actes administratifs permettra aux médecins de se concentrer sur leur activité de soins, tout en ne travaillant que trente-huit heures par semaine grâce à un système de roulement.*

***M. Nicolas About, président,** ayant souhaité connaître le nombre d'habitants susceptibles de recourir à la maison de santé de Bletterans, **M. Jean-Michel Mazué** l'a estimé à environ 20 000.*

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a demandé si les maisons de santé constituent une réponse au problème de démographie médicale.*

***M. Jean-Michel Mazué** a considéré qu'effectivement, le travail en équipe est à son sens le seul moyen d'attirer de jeunes médecins dans les zones rurales. Ce mode d'exercice leur permet également de prendre moins de risques financiers à l'installation, puisqu'ils peuvent plus facilement vendre*

des parts dans une maison de santé qu'une clientèle lorsqu'ils souhaitent interrompre leur activité.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a estimé que les maisons de santé ne répondent pas forcément aux besoins des zones rurales les plus reculées.

M. Michel Serin a fait valoir que l'installation isolée des professionnels de santé a engendré chez certains d'entre eux un stress psychique bien connu, appelé « dépression de la blouse blanche ».

M. Pierre de Haas s'est montré plus réservé. Il a considéré que, certes, les maisons de santé permettent d'attirer de jeunes professionnels, mais dès lors que ces maisons disposent elles aussi de leur liberté d'implantation, rien ne les oblige à s'installer dans une zone sous-médicalisée.

La question de la démographie médicale requiert donc une réflexion plus large entre les médecins et les élus : d'autres solutions doivent également être envisagées, comme la création des cabinets secondaires ou à mi-temps. L'objectif de ces mesures doit être in fine de maintenir la qualité des soins sur l'ensemble du territoire national et non de répondre au problème de démographie médicale.

M. Jean-Michel Mazué a ajouté que les maisons de santé ne peuvent pas être créées n'importe où puisqu'elles ont besoin, pour être rentables, d'un seuil critique minimal d'habitants.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, ayant demandé si un cabinet secondaire peut être relié à une maison de santé, **M. Pierre de Haas** a reconnu que cette solution est demandée par certaines communes très isolées mais qu'elle engendre des frais supplémentaires pour le médecin, qui demeure toujours payé à l'acte.

M. Jean-Michel Mazué a fait état de l'expérimentation d'un cabinet médical roulant dans le Haut-Doubs, regroupant médecins et infirmières de plusieurs maisons de santé et se déplaçant pour visiter régulièrement les villages les plus reculés.

Mme Marie-Thérèse Hermange a souhaité savoir si les femmes, qui représentent 37 % des étudiants en médecine, sont plus enclines à exercer dans les maisons de santé. Elle a demandé si l'installation d'une maison de santé entraîne un désengorgement des services d'urgence des hôpitaux les plus proches. Elle s'est également interrogée sur la possibilité de créer ce type de structure au sein des hôpitaux et a demandé si, à tout le moins, les maisons de santé proposent de prendre en charge les patients à leur sortie de l'hôpital.

Mme Isabelle Debré s'est étonnée de ce qu'aucune des maisons de santé représentées à la table ronde ne comprenne d'ophtalmologiste. Elle a demandé si, plus largement, les maisons de santé emploient des médecins

spécialistes. Elle a enfin regretté la faiblesse des subventions publiques pour ce type de structure.

***Mme Sylvie Desmarescaux** a demandé si les psychologues et les assistantes sociales qui travaillent dans les maisons de santé sont détachées par le conseil général ou par les caisses d'allocations familiales et a souhaité savoir par qui et de quelle manière ces professionnels sont rémunérés.*

*En réponse à Mme Hermange, **M. Jean-Michel Mazué** a indiqué que la maison médicale de Bletterans compte 70 % de professionnels femmes car l'exercice collectif facilite le travail à temps partiel. Il a ajouté que certaines maisons de santé emploient des médecins spécialistes.*

***M. Michel Serin** a fait valoir que l'appartenance à une maison de santé permet à un médecin de vivre un peu plus loin de son lieu de travail que s'il exerçait seul. C'est souvent un atout lorsque le conjoint ne désire pas vivre en milieu rural.*

Il a estimé que la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye offre effectivement une meilleure prise en charge des patients, comme le montre l'enquête réalisée récemment auprès de la population. L'ensemble des professionnels travaille en libéral, y compris la psychologue ; par ailleurs, quel que soit le mode d'exercice, le manque d'ophtalmologistes est patent sur l'ensemble du territoire national.

En ce qui concerne les subventions, le conseil régional de Bourgogne expérimente actuellement un système de prise en charge partielle du transport vers la maison de santé, qui laisse à la charge du patient un forfait de 4 euros seulement.

*Revenant sur la pénurie d'ophtalmologistes, **M. Pierre de Haas** a signalé que la maison de santé de Pont-d'Ain travaille uniquement avec les opticiens dès lors qu'il s'agit de patients de moins de cinquante ans et sans pathologie particulière.*

Le conseil général de l'Ain n'a pas souhaité participer à la création de la maison de santé car il considère que la santé ne relève pas de ses prérogatives et que cette initiative est strictement le fait du secteur libéral.

Enfin, pour ce qui concerne la maison de santé de Pont-d'Ain, le neuropsychologue exerce en libéral et l'assistante sociale dépend du conseil général.

***M. François Autain** s'est préoccupé des modalités de rémunération des professionnels exerçant en maison de santé, notamment de la possibilité de concilier rémunération à l'acte et temps de travail identique pour tous. Il a souhaité savoir si le niveau de rémunération est le même pour tous les médecins et si les subventions publiques sont suffisantes pour amortir les charges administratives. Des crédits publics devraient être accordés, selon lui, aux maisons de santé.*

M. Alain Gournac s'est interrogé sur les modalités de fonctionnement des maisons de santé, en particulier la prise de rendez-vous et les visites à domicile. Il a demandé si les habitants acceptent facilement d'être suivis indifféremment par les médecins de la maison de santé et s'est interrogé sur la compatibilité de cette organisation avec le dispositif du médecin traitant.

M. Jean-Claude Etienne a souhaité savoir si les maisons de santé attirent les étudiants en médecine pour leur stage de médecine générale.

M. Jean-Michel Mazué a reconnu que les charges administratives qui pèsent sur les maisons de santé sont élevées. Toutefois, l'emploi de personnel dédié aux tâches administratives et d'infirmières permet de consacrer exclusivement aux soins les trente-huit heures de travail hebdomadaire des médecins : par exemple les prises de sang, les vaccins et les pansements sont systématiquement effectués par une infirmière.

Concernant les subventions publiques aux maisons de santé, il a regretté que les élus locaux n'y soient pas toujours favorables.

M. Nicolas About, président, ayant demandé si les actes délégués aux infirmières, comme les vaccins, se font sous la responsabilité des médecins de la maison de santé, **M. Jean-Michel Mazué** a répondu par l'affirmative. L'ensemble des actes délégués fait l'objet d'un protocole entre les médecins et les infirmières.

Il a indiqué que les dossiers de tous les médecins sont mis en commun, ce qui permet de réunir les informations relatives à chaque patient, même s'il consulte différents médecins de la maison de santé. Il a regretté à cet égard que l'équipe de médecins ne constitue pas une entité au sens de la sécurité sociale pour l'application de la règle du médecin traitant.

M. François Autain a souhaité savoir si les trois maisons de santé représentées exercent dans des zones sous-médicalisées bénéficiant d'une majoration de 20 % du prix de la consultation.

M. Pierre de Haas a indiqué que, par construction, aucune maison ne bénéficie de cet avantage puisque, par sa seule présence, elle rend inapplicable le classement en zone sous-médicalisée.

M. Nicolas About, président, a estimé que le périmètre des zones sous-médicalisées devait être redéfini et ne pas s'en tenir aux frontières communales, qui ne correspondent pas toujours à la réalité des besoins sanitaires.

M. Pierre de Haas a fait valoir que le système de rémunération à l'acte des médecins, qui date de l'après-guerre, ne correspond plus aux besoins d'aujourd'hui, notamment à ceux des médecins qui exercent en maison de santé dont les charges administratives sont élevées. A titre d'exemple, lui-même a dû accepter une diminution mensuelle de son chiffre d'affaires de 1 000 euros par mois en s'installant dans une structure

collective. Il a souhaité qu'une réflexion soit menée sur la diversification des modes de rémunération en fonction des conditions d'exercice et sur le financement de tout ou partie des charges fixes des maisons de santé par un autre moyen que celui des seuls deniers des professionnels de santé.

M. Nicolas About, président, a constaté que la maison de santé permet bien une amélioration de la qualité des soins et offre une qualité de vie supérieure aux professionnels de santé.

M. Pierre de Haas a expliqué que les modalités d'organisation des consultations et de prise de rendez-vous dépendent de chaque maison de santé. Dans celle de Pont-d'Ain, des plages horaires sont réservées au traitement des urgences. A défaut de disponibilité, celles-ci sont au moins prises en charge par téléphone. Les visites à domicile sont d'une fréquence variable d'une zone à l'autre en fonction des habitudes culturelles.

Il a reconnu que la réforme du médecin traitant pose parfois un problème pour le remboursement des patients qui consultent plusieurs médecins au sein de la maison de santé. Ce problème pourrait être réglé rapidement au niveau du système informatique de l'assurance maladie.

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a demandé si les patients acceptent facilement de changer de médecin en fonction de leurs horaires de consultation à la maison de santé.

M. Jean-Michel Mazué a constaté que l'interchangeabilité des médecins au sein de la maison de santé ne pose pas de problèmes aux patients.

Concernant l'organisation de la maison de santé de Bletterans, les consultations se font sur rendez-vous, même si quelques créneaux horaires sont réservés aux urgences. Les horaires sont mis en commun et partagés entre chaque catégorie de professionnels de santé.

M. Michel Serin a expliqué qu'à Saint-Amand-en-Puisaye si un patient souhaite être examiné par un médecin en particulier, il prend simplement rendez-vous à l'avance. La maison de santé s'est par ailleurs organisée avec les hôpitaux et les cliniques de la région pour améliorer les entrées et les sorties de l'hôpital des patients de la maison de santé.

Il a estimé que les structures collectives d'exercice de la médecine permettent effectivement d'attirer les stagiaires en milieu rural. Il a enfin indiqué que le dossier de chaque patient comporte également la liste des vaccins effectués, ce qui autorise le suivi de son statut vaccinal.

M. Pierre Bernard-Reymond s'est interrogé sur les relations qu'entretiennent les professionnels de la maison de santé avec les autres médecins de la commune. Il a également demandé si les maisons de santé permettent de limiter les coûts pour la sécurité sociale ou, au contraire, les augmentent du fait de l'offre de soins supplémentaire qu'elles apportent aux habitants. Il a ensuite souhaité connaître l'opinion des intervenants sur la

télémédecine et leurs propositions sur un mode de rémunération différent de la rémunération à l'acte.

M. Paul Blanc a voulu connaître le nombre d'actes médicaux nécessaire pour payer les frais fixes d'une maison de santé. Il a indiqué qu'en 1971, dans celle qu'il avait lui-même créée à Prades, les frais fixes étaient amortis au bout de dix consultations journalières.

Il a demandé si toutes les maisons de santé pratiquent un partage des honoraires. A Prades, ce n'était pas le cas car les médecins ne s'engageaient pas tous sur la même présence horaire.

Il a souhaité savoir si le renforcement des normes d'hygiène et de sécurité permet encore aux maisons de santé d'effectuer des actes de petite chirurgie sans risquer de poursuites judiciaires en cas d'incident.

Mme Gisèle Printz a souhaité savoir si les maisons de santé doivent obtenir une autorisation particulière avant de s'installer et si les médecins effectuent au préalable une étude de marché.

M. Michel Serin a indiqué que les médecins de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye ne pratiquent pas le partage d'honoraires, également pour des raisons d'organisation horaire. La réalisation d'actes de petite chirurgie ne pose pas de problème particulier, notamment grâce à la bonne qualité du matériel jetable. Il a indiqué que les autres médecins de la commune sont satisfaits de la permanence des soins assurée par la maison de santé. Il a fait valoir, que pour l'Urcam de Bourgogne, la maison de santé constitue une source d'économies. Il s'est dit favorable à l'utilisation de la télémédecine mais a rappelé que le système est encore difficile à utiliser pour des raisons non pas tant techniques qu'administratives et financières de prise en charge par la sécurité sociale. Il a reconnu que, quoi qu'il en soit, l'installation en maison de santé engendre une diminution globale de ses revenus.

M. Pierre de Haas a partagé cette analyse sur les bonnes relations entretenues entre les maisons de santé et les autres médecins libéraux de la zone. En réalité, c'est souvent avec les élus locaux que les contacts sont plus difficiles. Selon lui, l'incidence des maisons de santé sur la consommation médicale est encore incertaine même si l'on peut imaginer que l'amélioration de la qualité des soins permet à terme une diminution des dépenses de santé.

Concernant les modalités de rémunération des médecins, celles-ci pourraient prendre la forme d'un forfait de structure et d'une rémunération en fonction du nombre de patients. A Pont-d'Ain, les frais fixes s'élèvent à 3 000 euros par mois, soit l'équivalent de huit consultations journalières et les médecins n'y pratiquent pas non plus le partage d'honoraires. Il a ajouté que les actes de petite chirurgie n'y posent pas non plus de difficultés particulières, d'autant qu'ils sont plutôt mieux rémunérés que les consultations classiques. Il a enfin souhaité que les médecins soient associés à la redéfinition des zones sous-médicalisées car ils connaissent les spécificités

locales de la patientèle. Il a enfin précisé que les maisons de santé n'ont besoin d'aucune autorisation pour s'installer.

***Mme Annie Jarraud-Vergnolle** a demandé quel est le statut juridique des maisons de santé.*

***M. Jean-Michel Mazué** a indiqué que les maisons de santé sont souvent organisées sous forme de société civile immobilière (SCI). Il a déploré les réticences de l'ordre des médecins et de la sécurité sociale sur la télémedecine qui ne permettent pas au système de se développer sur l'ensemble du territoire national, alors qu'il serait précieux dans les zones sous-médicalisées, notamment pour les actes de radiologie et de dermatologie.*

III. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION

M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a rappelé avoir dressé, lors d'une précédente réunion, un état des lieux de la crise de la démographie médicale française retraçant l'évolution du nombre de médecins en activité, les inégalités constatées entre les territoires et les réponses du Gouvernement pour les corriger, notamment grâce à diverses incitations financières.

Depuis lors, le thème de la démographie médicale a été repris dans le rapport de la Cour des comptes qui consacre un long développement à l'analyse des politiques mises en œuvre pour résorber les inégalités territoriales, mais surtout dans l'intervention du Président de la République, du 18 septembre dernier, au cours de laquelle il a fait part de son intention de prendre des mesures plus structurantes en matière de démographie médicale.

Puis M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur, a proposé à la commission de définir une série de recommandations pour améliorer l'offre de soins. Il a notamment plaidé pour le développement des maisons de santé pluridisciplinaires, en sécurisant leur cadre juridique, en harmonisant les aides dont elles bénéficient pour leur fonctionnement et en prévoyant des modes de rémunération spécifique pour leur permettre de mener des actions de santé publique.

D'autres mesures sont envisageables, durant les études ou au moment de l'installation, pour mieux organiser la présence des professionnels de santé sur le territoire, dès lors que l'on constate, comme le fait le conseil national de l'ordre des médecins, que les mesures simplement incitatives n'ont jusqu'à présent pas produit beaucoup d'effets.

Les professionnels de santé eux-mêmes n'écartent d'ailleurs pas forcément le recours à de nouvelles mesures : les infirmiers libéraux ont déjà signé une convention avec l'assurance maladie afin d'assurer une meilleure régulation de la profession et les médecins libéraux ont envisagé, dans la convention qui les lie à l'assurance maladie, de recourir à des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, si les dispositifs incitatifs restent insuffisants.

Quoi qu'il en soit, ce sujet doit être abordé d'une manière constructive afin d'éviter un conflit entre les pouvoirs publics et les syndicats représentant les professionnels de santé. Le plus judicieux serait de laisser sa place à la négociation entre partenaires conventionnels, tout en s'assurant

que celle-ci intègre une dimension locale afin de renforcer la légitimité des mesures futures.

Deux types d'ajustements sont envisageables : premièrement, donner aux partenaires conventionnels des outils supplémentaires qui leur permettent, puisqu'ils ont en charge, depuis la loi de 2004, la répartition territoriale de l'offre de soins, de mieux la réguler ; deuxièmement, transformer l'actuel examen classant national en épreuve régionale. L'expérience montre en effet que les étudiants ont tendance à s'installer dans la région où ils ont fait leurs études : il est donc possible d'orienter leur choix. En complément de cette mesure, il conviendrait de parvenir à une meilleure adéquation entre le nombre de postes ouverts au concours et le nombre de candidats. Aujourd'hui, et c'est un choix du ministère, on propose plus de postes que de candidats : il en résulte que 542 postes de médecine générale n'ont pas été pourvus cette année, la plupart situés dans des régions dont la situation est déjà fragile.

***M. Jean-Marc Juilhard, rapporteur,** a reconnu que ces propositions sont exigeantes, mais l'évolution des mentalités et la bonne volonté des partenaires conventionnels devraient permettre d'avancer dans cette direction.*

Enfin, la commission a approuvé ces propositions et autorisé la publication du présent rapport.