

**Commission
Démographie médicale**

Rapport présenté par le Professeur Yvon Berland

avril 2005

Sommaire du rapport

COMPOSITION DE LA « COMMISSION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE »	4
INTRODUCTION	7
1 L'OFFRE DE SOINS MÉDICAUX EST D'UNE GRANDE HÉTÉROGÉNÉITÉ SUR LE TERRITOIRE NATIONAL	8
1.1 L'APPROCHE DE L'OFFRE DE SOINS À PARTIR DES DENSITÉS	8
1.1.1 L'offre de soins appréhendée par la densité : de réelles disparités régionales	9
1.1.2 La densité française des médecins a progressé et les disparités régionales sont aujourd'hui moins importantes qu'il y a 20 ans	10
1.2 L'APPROCHE À PARTIR DES DENSITÉS, BIEN QU'INTÉRESSANTE, EST TRÈS IMPARFAITE	14
1.2.1 Elle s'appuie sur un inventaire des médecins qui ne tient pas compte de l'exercice réel	14
1.2.2 Elle ne tient pas compte des spécificités régionales	15
1.3 LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE : MYTHE OU RÉALITÉ ?	17
1.3.1 Une désertification médicale aujourd'hui limitée	17
1.3.2 Des risques sérieux pour demain	25
2 LES MESURES PRISES D'UNE PART POUR SE DOTER D'OUTILS DE PILOTAGE DE LA DÉMOGRAPHIE, D'AUTRE PART POUR INCITER À UN EXERCICE DANS LES TERRITOIRES DÉFICITAIRES	32
2.1 LES OUTILS DE PILOTAGE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ONT TRÈS LONGTEMPS ÉTÉ NÉGLIGÉS	32
2.1.1 L'ONDPS, un organe indispensable aux diagnostics national et régional de la démographie de l'ensemble des professions de santé	32
2.1.2 Le RPPS, un outil utile pour éclairer l'exercice, mais dont l'usage doit être accompagné pour assurer un diagnostic partagé	34
2.1.3 Les missions régionales de santé pour orienter la répartition territoriale des médecins libéraux	35
2.2 LES MESURES CONTRAIGNANT À L'INSTALLATION ONT ÉTÉ ÉCARTÉES AU PROFIT DE MESURES INCITATIVES	38
2.2.1 Les médecins ne croient pas à l'efficacité de mesures contraignant à l'installation	38
2.2.2 Les mesures prises pour inciter à renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires sont totalement illisibles et donc méconnues	46
2.3 DE NOUVELLES FORMES DE PRATIQUES MÉDICALES COLLABORATIVES ÉMERGENT	50
2.3.1 Les réseaux de santé	50
2.3.2 La télé-médecine	51
2.3.3 Le transfert de tâches et de compétences	55
3 PROPOSITIONS	56
3.1 DES OUTILS DE PILOTAGE QUI DOIVENT ÊTRE CLAIREMENT IDENTIFIÉS PAR LES ACTEURS	56
3.1.1 Une identification de l'offre de soins et de son évolution dans les régions par les comités régionaux de la démographie des professions de santé	57
3.1.2 Une détermination des besoins de la Région par les MRS et les ARH	57
3.1.3 Une offre mise en cohérence avec l'inventaire des besoins	57
3.1.4 Une instance nationale chargée de surveiller l'état de la démographie du pays	58
3.2 DES MESURES POUR ATTIRER ET FIDÉLISER DES MÉDECINS DANS DES ZONES AUJOURD'HUI DÉFICITAIRES	58
3.2.1 Les mesures à prendre lors de la formation	58
3.2.2 Les mesures à prendre pour l'installation	63
3.2.3 Les mesures à prendre pour l'exercice	64
3.3 MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF CAPABLE D'ÉVALUER L'INFLUENCE DES MESURES PROPOSÉES	67
3.3.1 L'évaluation régionale de l'efficacité des mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire	67
3.3.2 Un premier bilan des résultats à un horizon de quatre ans	68
CONCLUSION	69
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	71

Composition de la « commission de la démographie médicale »

Président

Yvon Berland

Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Membres de la commission

Organismes	Membres	Participants
UNCAM	Frédéric Van Roekeghem	Sylvie le Laidier
Conférence Nationale des Doyens de Médecine	Bernard Charpentier	Bernard Charpentier Jean-Paul Francke Patrice Deteix
ONDPS	Dominique Polton	Dominique Polton
ONDPS	Claire Compagnon	Claire Compagnon
DREES	Mireille Elbaum	Sabine Bessière Denise Bauer
DGS	Didier Houssin	Anne-Marie Gallot Sylviane Hitier
DSS	Dominique Libault	Mireille Willaume
DHOS	Jean Castex	Michelle Duret Hélène Faure
Conseil National de l'Ordre des Médecins	Michel Ducloux	Michel Ducloux
Association des Régions de France	Alain Rousset	Ø
Assemblée des Départements de France	Claudy Lebreton	Ø
Préfet	Stéphane Bouillon	Stéphane Bouillon
Conférence des Directeurs d'ARH	Jacques Métais	Patrick Broudic
ISNCCA	Stéphane Litrico	Stéphane Litrico David Guenet Antoine Bruna
ISNIH	Pierre Loulergue	Pierre Loulergue Olivier Mir Arnaud Forgeot Fabrice Boyer
ISNAR-IMG	Pascale Marco	Pascale Marco Delphine Varney
MG France	Pierre Costes	Thierry Lebrun Gilles Urbejtél
CSMF	Michel Chassang	Pierre Lévy
SML	Dinorino Cabrera	Dinorino Cabrera
FMF	Jean-Claude Regi	Jean-Claude Regi Yves Rigal
Alliance	Félix Bénouaich	Ø
ANEMF	Guillaume Müller	Guillaume Müller Florian Pinardon Sandra Petiot
SNJMG	Sandrine Buscail	Sandrine Buscail Yassine Bouakaz

Personnalités auditionnées

Monsieur le Sénateur Charles Descours

Monsieur le Professeur Pierre Fuentes, Président des la Conférence des Présidents de CME-CHU
Monsieur le Professeur Paul Castel, Président de la Conférence des Directeurs de CHU
Monsieur Angel Piquemal, Président de la Conférence des Directeurs de CHG
Monsieur le Préfet Honoraire Bernard Leurquin, Délégué Régional de l'Association pour la Fondation des Pays

*Le Ministre de la Santé
et de la Protection sociale*

SPSS/RS&FB/MAJN/A/65967

347



République Française

Paris, le 30 NOV. 2004

Monsieur le Président,

Le rapport de l'Observatoire national des Professions de santé, que vous présidez, souligne des inégalités territoriales importantes dans la répartition des professionnels de santé, et tout particulièrement des médecins.

Conformément à ce que nous avons décidé lors de notre entretien, il convient de développer la concertation autour de ces sujets, et je vous charge de réunir une commission afin d'analyser les dispositifs incitatifs susceptibles d'améliorer la situation actuelle.

Je souhaite que cette commission regroupe des représentants de la Conférence des Doyens, de l'assurance maladie, de l'Ordre des Médecins, des syndicats médicaux, des chefs de clinique, des internes de spécialité et de médecine générale, et des étudiants en médecine. Je vous laisse toute initiative pour vous adjoindre d'autres partenaires et pour vous appuyer sur les Directions de notre ministère.

Je vous demande de me faire connaître d'ici trois mois les propositions qui seront issues de vos travaux.

Je vous remercie de bien vouloir accepter cette mission, et je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'expression de mes meilleurs sentiments,

Philippe DOUSTE-BLAZY

Monsieur le Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire National
des Professions de Santé
8, bis rue de Châteaudun
75009 - PARIS

8, avenue de Segur - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00

Introduction

Par lettre en date du 30 novembre 2004, le ministre de la santé et de la protection sociale a confié au professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), le soin de réunir la commission de la démographie médicale.

objet de la commission

A la suite de son rapport annuel 2004, l'ONDPS¹ a souhaité émettre 10 préconisations. La préconisation n° 6 précisait : « Pour la majorité des professions de santé, il existe des différences de densité entre les territoires. Ces différences pourraient s'amplifier à l'occasion du renouvellement important des effectifs qui s'annonce, il est nécessaire de mettre en oeuvre des moyens pour réguler l'offre de soins sur le territoire national en l'adaptant mieux à la demande. »

C'est à la suite de la remise du rapport que le ministre a confié au Professeur Yvon Berland le soin de réunir une commission afin d'analyser les dispositifs incitatifs susceptibles d'améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé et tout particulièrement des médecins.

méthodologie suivie

La commission s'est réunie régulièrement afin de faire un diagnostic et de proposer des pistes réalistes permettant d'améliorer la médicalisation des territoires aujourd'hui déficitaires à partir de mesures essentiellement incitatives suivant le souhait du ministre.

Même si le sujet n'était pas celui confié à la mission par le ministre, les membres de la commission ont tenu à exprimer un avis à propos de toute mesure coercitive.

Enfin la commission a souhaité attirer l'attention des pouvoirs publics pour préciser avec force que le sujet du maillage médical des territoires français est intimement lié et dépendant de celui de l'aménagement du territoire national.

plan du rapport

Le présent rapport est articulé autour :

- D'une première partie qui dessine un état des lieux de la répartition de l'offre de soins médicaux sur le territoire national.
- D'une deuxième partie qui résume les mesures prises au cours des dernières années, d'une part pour se doter d'outils de pilotage de la démographie, d'autre part pour inciter à un exercice dans les territoires déficitaires.
- D'une troisième partie constituée des propositions de la commission.

¹ Rapport ONDPS documentation française, octobre 2004
synthèse générale disponible sur le site de l'ONDPS (www.sante.gouv.fr/ondps/index.html)

1 L'offre de soins médicaux est d'une grande hétérogénéité sur le territoire national

Comme l'ONDPS l'a indiqué dans son rapport annuel, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France.

Au 1^{er} janvier 2004, sur l'ensemble du territoire selon le répertoire administratif ADELI - auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire -, conformément au chiffre produit par le CNOM et après redressement effectué par la DREES, on compte 203 487 médecins sur le territoire de France métropolitaine : dont 99 646 omnipraticiens et 103 841 médecins spécialistes. Au cours des quatre dernières années – 2000-2004 – le taux de croissance annuelle a été de 1,2%.

Le problème n'est donc pas tant le nombre que la répartition des médecins. En effet, les écarts de densité sont importants entre les régions les mieux dotées et celles les moins bien dotées.

1.1 L'approche de l'offre de soins à partir des densités

Pour appréhender l'offre de soins, la densité est un indicateur fréquemment utilisé. La densité d'une profession s'établit en rapportant le nombre de professionnels recensés sur une aire donnée à la population vivant sur cette aire. Elle permet donc de quantifier l'offre de soins et de comparer différentes unités géographiques entre elles.

Le premier terme du calcul de la densité est constitué par le nombre de professionnels. En matière de démographie médicale, on constate de légères différences selon les sources mobilisées. Cela s'explique par différentes raisons touchant soit à la définition des métiers, soit aux modalités plurielles d'inscription dans les différents fichiers, soit encore à des procédures variées de mises à jour. S'agissant des médecins, des travaux d'harmonisation ont été menés² – le redressement effectué permet de faire coïncider les effectifs des médecins d'ADELI et du CNOM au niveau départemental - et s'il demeure certains points d'ombre, il est possible aujourd'hui d'expliquer ces différences et, le cas échéant, de corriger les écarts les plus criants comme cela a été fait dans le cadre de l'ONDPS en 2004. Dans une approche territoriale plus fine – par spécialité et/ou sur un plus petit échelon géographique - les effectifs peuvent demeurer différents.

Concernant le second terme permettant de calculer la densité, à savoir la population du territoire, les estimations de population localisées ne posent plus guère de questions, sauf d'éventuels retards d'obtention. En revanche, dans le cadre d'une analyse relative à l'accès aux médecins, certains interlocuteurs objectent que la densité établie sur une population « sans autre précision » est insuffisante et qu'il est utile de tenir compte de la structure de la population selon l'âge (une population plus âgée a une demande de soins de proximité plus forte, qu'une population en moyenne plus jeune et plus mobile). Pour aller plus loin encore, il peut être jugé insuffisant de se contenter d'observer la seule densité médicale, il conviendrait sans doute d'analyser en même temps la densité pour certaines professions de santé notamment, ou de considérer en parallèle l'offre de places dans les établissements médico-sociaux quand, par exemple, il s'agit de personnes âgées, etc.

Enfin dans un cadre d'analyse fin, l'impact de la géographie du lieu peut également interférer et certaines régions peuvent à juste titre prétendre à des densités de praticiens plus élevées en raison des

² Cf. « L'harmonisation des données de démographie médicale », *Rapport du Conseil National de l'information statistique*, n°75, septembre 2002 ; « Les effectifs et l'activité des professionnels de santé » *Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*, tome 1, novembre 2004

difficultés d'accès associées à certains lieux, dans des vallées enclavées ou des zones montagneuses par exemple. L'analyse de la densité médicale pourrait alors être enrichie d'indicateurs d'accessibilité aux soins (distance ou temps d'accès aux professionnels).

1.1.1 L'offre de soins appréhendée par la densité : de réelles disparités régionales

La densité s'établit en métropole à 340 médecins pour 100 000 habitants : 166 omnipraticiens et 173 spécialistes³. Cette densité varie de manière significative selon les régions : la moins pourvue étant la Picardie avec 256 médecins, 142 généralistes et 114 spécialistes ; la mieux pourvue étant l'Île de France avec 426 médecins, 240 spécialistes et 186 généralistes (tableau n°1).

Tableau n° 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	3208	180
Aquitaine	10 597	354	5 071	169	5526	184
Auvergne	3 944	297	2 143	162	1801	136
Bourgogne	4 596	283	2 483	153	2113	130
Bretagne	9 213	308	4 677	156	4536	152
Centre	6 653	268	3 394	137	3259	131
Champagne-Ardenne	3 726	276	2 019	149	1707	126
Corse	943	353	492	184	451	169
Franche-Comté	3 316	292	1 749	154	1567	138
Île-de-France	47 663	426	20 842	186	26821	240
Languedoc-Roussillon	9 051	377	4 455	186	4596	192
Limousin	2 405	336	1 292	180	1113	155
Lorraine	6 924	296	3 547	152	3377	144
Midi-Pyrénées	9 682	367	4 682	177	5000	189
Nord - Pas-de-Calais	11 895	293	6 611	163	5284	130
Basse-Normandie	3 979	275	2 028	140	1951	135
Haute-Normandie	4 876	270	2 511	139	2365	131
Pays de la Loire	9 226	278	4 817	145	4409	133
Picardie	4 826	256	2 670	142	2156	114
Poitou-Charentes	4 927	294	2 670	159	2257	135
Provence -Alpes -Côte d'Azur	19 475	417	9 045	194	10430	223
Rhône-Alpes	19 401	333	9 488	163	9913	170
France métropolitaine	203487	340	99647	166	103 840	173

Source : ADELI – estimations au 01 janvier 2004 - Insee

Il apparaît qu'en général les régions du Sud connaissent des densités plus élevées que les régions du Nord de la France.

Cette loi se vérifie clairement pour les spécialistes, pour lesquels les écarts sont importants : la densité en spécialistes varie du simple au double entre Picardie et Provence -Alpes- Côte d'Azur.

³ Les densités de médecins par zone géographique ou catégorie de la population ici présentée sont calculées à partir des données des estimations localisées de population de l'Insee pour 2002 actualisées à 2004 par application d'un facteur multiplicatif correspondant à l'évolution de la population métropolitaine entre 2002 et 2004.

L'opposition nord-sud est moins franche pour les généralistes : le Nord-Pas de Calais, l'Alsace et l'Auvergne présentent ainsi des niveaux de dotation intermédiaires. Il demeure que les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Corse et Midi-Pyrénées sont les plus dotées en omnipraticiens avec l'Île de France ; le Centre, la Basse-Normandie, la Haute-Normandie, la Picardie, les Pays de la Loire sont les moins dotées.

Dans une étude s'appuyant sur les données de démographie médicale de l'année 2000, la structure par âge a été prise en compte pour corriger les données régionales : il était apparu que ces disparités géographiques ne correspondaient pas à des inégalités de nature démographique de la population française⁴. En outre, ces inégalités régionales sont encore plus marquées au niveau départemental, en raison notamment, comme souligné dans l'article cité en référence, de la propension des médecins spécialistes à exercer dans les départements accueillant une ville universitaire, certaines spécialités ne pouvant s'exercer que dans le cadre hospitalier.

1.1.2 La densité française des médecins a progressé et les disparités régionales sont aujourd'hui moins importantes qu'il y a 20 ans

La densité moyenne française des médecins a progressé au cours des vingt dernières années, beaucoup plus nettement pour les spécialistes, que pour les généralistes. Mais on constate dans le même temps une réduction des disparités médicales entre les régions.

Tableau n° 2 : évolution de la densité médicale française entre 1985 et 2004

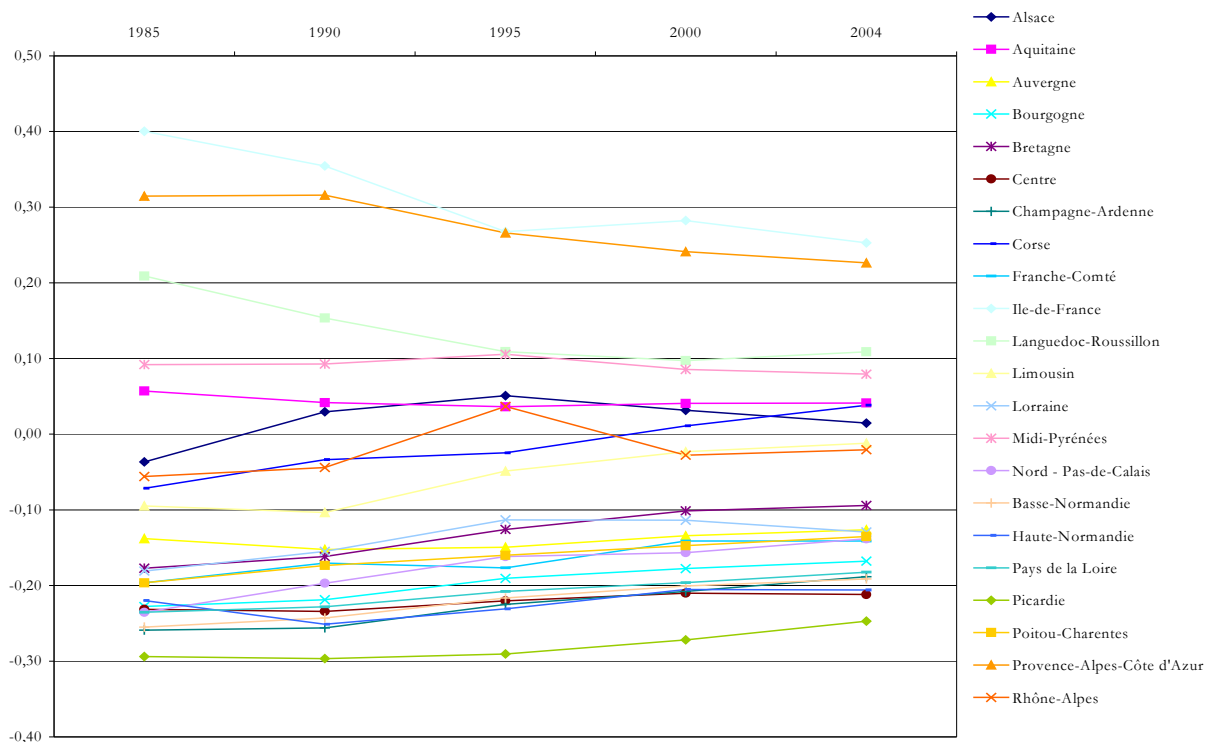
Unité : nombre de médecins pour 100 000 habitants

Année	1985	1990	1995	2000	2004
Densité en généralistes	151	162	163	162	166
Densité des spécialistes	115	144	159	170	173
Densité médicale	266	306	322	332	340

Source : ADELI et CNOM

Graphique n°1 : évolutions des écarts à la moyenne des densités médicales par région entre 1985 et 2004

⁴ NIEL X. « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional » dans *les cahiers de sociologie de démographie médicale* XXXI^{ème} année n°2, pp. 141-172, avril juin 2001.



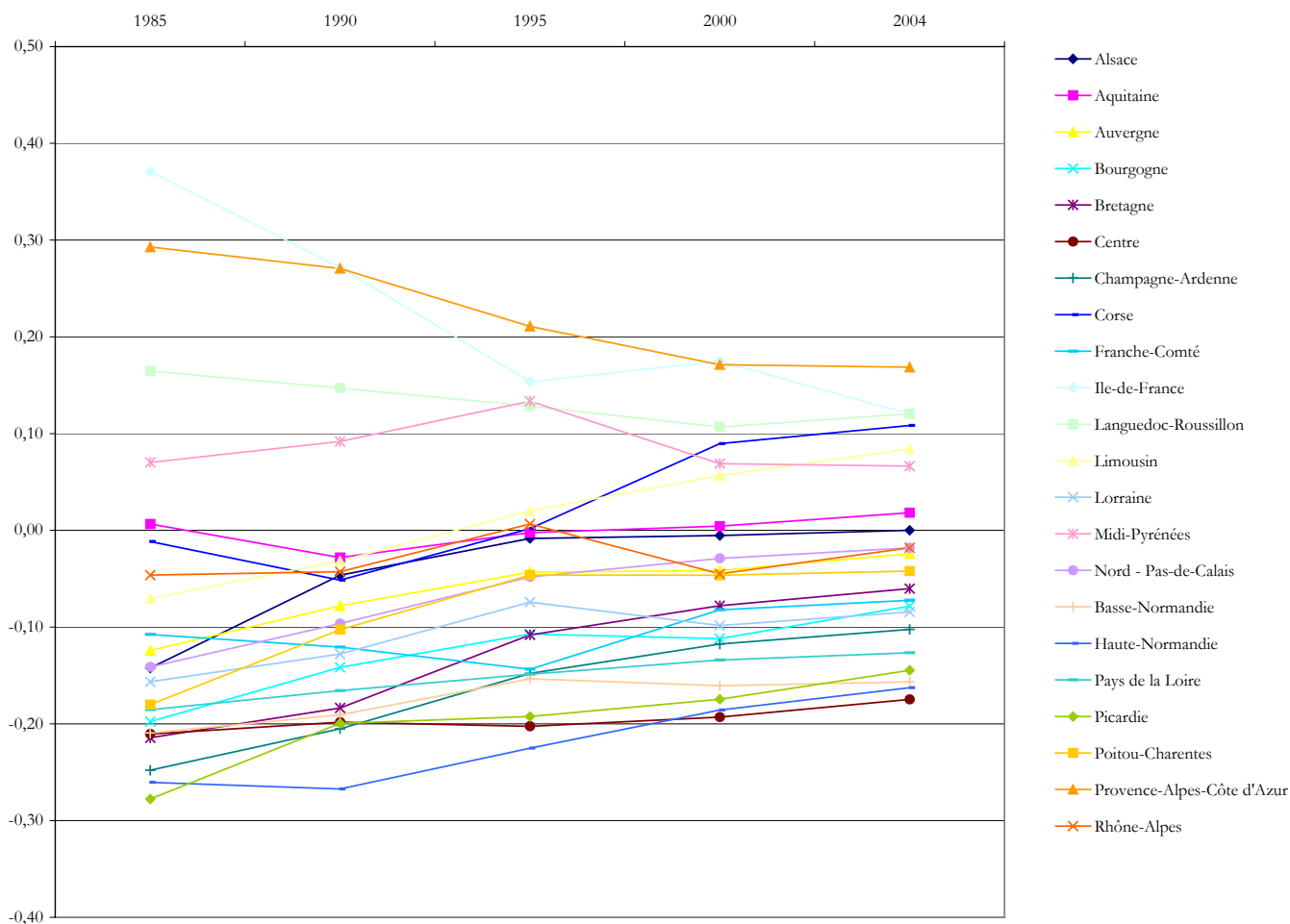
Ce sont les densités médicales les plus élevées qui se sont le plus clairement rapprochées de la moyenne nationale (graphique n°1).

La région Ile de France est passée d'une densité située à plus de 40 % de la moyenne nationale en 1985 à une densité de plus de 25 % seulement en 2004. La région PACA est passée de plus de 31 % à une densité supérieure de 23 % à la moyenne.

Les régions Picardie, Basse-Normandie et Champagne-Ardenne ont pour leur part des densités plus élevées en 2004 qu'en 1985 : passant de moins 29 ou moins 26 % à des valeurs inférieures à la moyenne de 21 à 25 % à la moyenne nationale.

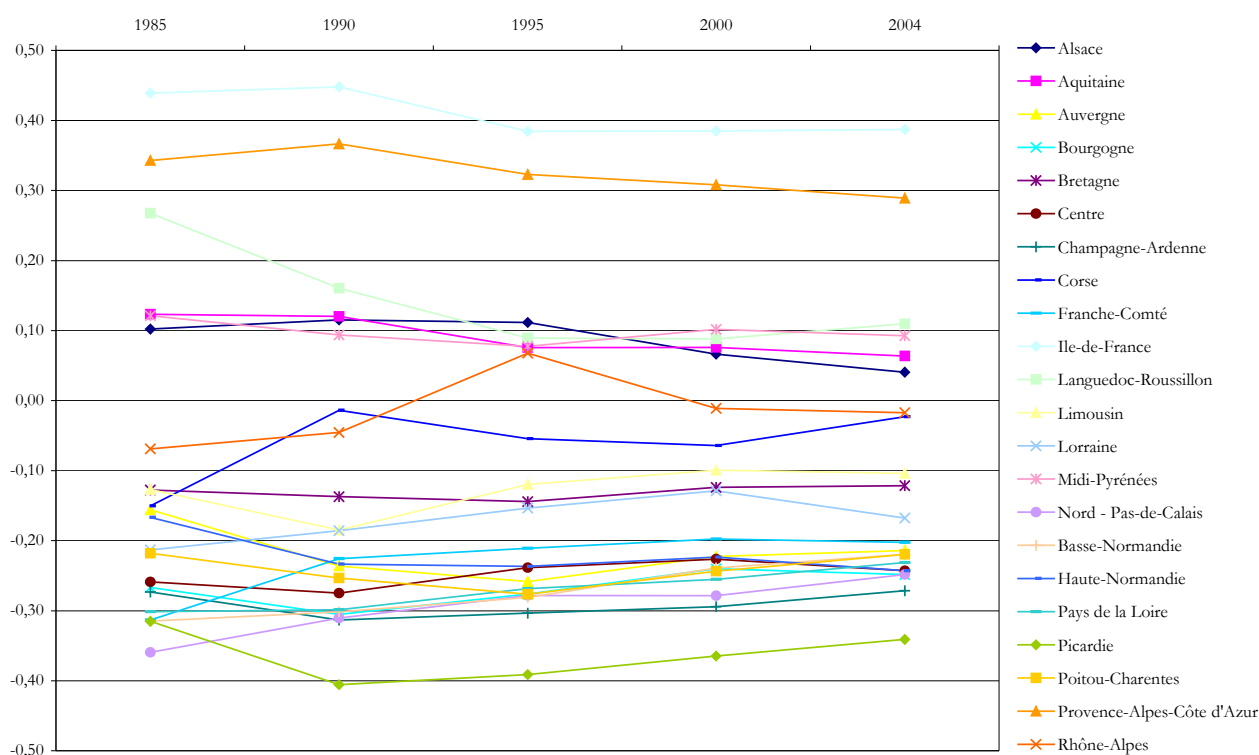
Ce resserrement des densités est clairement visible pour les effectifs de généralistes (graphique n°2), il est peu sensible chez les spécialistes (graphique n°3). Il semble s'opérer essentiellement sur les dix premières années de la période.

Graphique n°2 : évolutions des écarts à la moyenne des densités de médecins généralistes par région entre 1985 et 2004



Alors qu'en 1985, les densités de médecins généralistes s'étaient de moins 28 % à plus 37 % relativement à la moyenne nationale, elles se situent en 2004 dans une fourchette de 20 % de part et d'autre de la moyenne nationale. Sur la même période, les densités régionales de spécialistes ont pour leur part peu évolué dans leur rapport à la moyenne, les disparités restant quasiment à l'identique pendant les dix dernières années.

Graphique n°3 : évolutions des écarts à la moyenne des densités de médecins spécialistes par région entre 1985 et 2004



On constate également que la hiérarchie entre les régions a peu changé sur la période : les cinq régions les mieux dotées en 1985 sont également les cinq le mieux dotées en 2004 ; les cinq régions les moins pourvues en 1985 restent dans ce même groupe en 2004.

Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer les évolutions au cours des vingt dernières années⁵.

- le numerus clausus
- le nombre de postes d'interne
- le taux de réussite au concours de l'internat
- la mobilité à l'installation
- la mobilité professionnelle
- les départs à la retraite
- les variations régionales de la population française

Concernant les quatre premiers facteurs, le numerus clausus et le nombre de postes à l'internat ou aux Epreuves Nationales Classantes qui ont pris la suite, sont par construction clairement maîtrisables, les deux derniers restent aléatoires. La mission menée en 2002 avait observé que l'organisation du concours de l'internat et la mobilité à l'installation rendaient caduc le rôle du numerus clausus et du nombre de postes d'interne pour maintenir la démographie médicale au niveau régional.

⁵ Rapport de mission « Démographie des Professions de Santé » - novembre 2002

Une étude de la DREES montre clairement que le nombre d'étudiants formés, spécialistes et généralistes d'une région, est totalement différent du nombre d'étudiants de cette même région entrant en PC2M à partir du numerus clausus établi. Ce nombre d'étudiants formés dépend certes du nombre de postes d'interne attribué à la région mais également du taux de réussite au concours national de l'internat des étudiants de la région. Ainsi plusieurs combinaisons sont possibles entre un nombre élevé de postes d'interne combiné à une faible proportion d'étudiants qui obtiennent le concours – ce qui augmente considérablement le nombre total d'étudiants formés par rapport au numerus clausus (exemple de la Picardie en 2000) – et un faible nombre d'internes combiné à un fort taux de réussite qui contribue à diminuer le nombre d'étudiants formés (exemple de l'Ile-de-France en 2000).

Le phénomène qui voudrait que les régions bien dotées « exportent » des étudiants au niveau de la sixième année d'études vers les régions les moins bien dotées n'est qu'un constat conjoncturel. Il est en effet lié au fait que les régions à forte densité médicale sont à la fois celles où le nombre de postes d'interne est restreint et celles où le taux de réussite au concours est élevé. L'évolution du comportement des facultés et des étudiants peut tout à fait modifier cette situation sans que cela puisse être prévisible.

Par ailleurs du fait de la mobilité à l'installation, il ne peut y avoir de relation clairement établie entre le nombre de médecins formés dans une région et le nombre d'installations. La part des médecins exerçant dans leur région de diplôme a diminué dès 1989 pour les spécialistes avec l'entrée en activité des promotions concernées par la réforme de l'internat et le phénomène s'est accentué progressivement. En 1980, 80% des spécialistes diplômés depuis moins de 5 ans exerçaient encore dans leur région de diplôme contre 76% en 1995 et 66% en 2000. La plus grande mobilité des spécialistes depuis la réforme de l'internat s'explique sans doute en partie par des retours vers la région de formation d'origine après la migration imposée et non choisie entre le deuxième et le troisième cycle.

La mobilité professionnelle (en cours de carrière) était assez peu élevée. Elle a contribué à accroître les hétérogénéités, mais de manière assez peu significative.

Enfin les départs à la retraite des médecins les plus âgés ont eu un impact plutôt positif en termes de réduction des disparités, car les régions à la densité médicale la plus élevée étaient souvent aussi celles où la part de médecins de plus de 55 ans était plus grande.

1.2 L'approche à partir des densités, bien qu'intéressante, est très imparfaite

Les données démographiques exprimant l'offre de soins par la densité des médecins rapportée à 100 000 habitants, constituent une approche grossière et très imparfaite pour apprécier l'adéquation entre l'offre et la demande. En effet l'indicateur de la densité ne tient pas compte de l'exercice réel des médecins, il ne considère pas non plus les spécificités régionales.

1.2.1 Elle s'appuie sur un inventaire des médecins qui ne tient pas compte de l'exercice réel

L'indicateur de la densité souffre du fait que les données sur les médecins sont à la fois imparfaites et insuffisantes pour rendre compte de l'exercice réel. Ce double constat doit conduire à distinguer les problèmes car les effets sur la pertinence de l'indicateur densité ne sont pas de même nature dans l'un ou l'autre cas.

L'imprécision des données pose un problème à l'indicateur densité, comme il en pose, de façon plus globale, pour l'appréciation des ressources soignantes. Cette imperfection a plusieurs sources. La plus

importante, bien identifiée dans le rapport annuel de l'ONDPS, provient du fait que les médecins ne sont pas tenus de déclarer systématiquement l'activité soignante réellement exercée et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Ainsi l'information disponible est celle qui correspond à leur diplôme ou à leur qualification alors que leur pratique s'en est éloignée. Une illustration de ce phénomène est la situation des 100 000 médecins généralistes recensés dans ADELI et par l'ORDRE dont seulement un peu plus de la moitié, exercent en réalité une médecine de proximité, « de famille » ou de premier recours, si l'on retient les données de la CNAMTS qui portent sur la nature des actes présentés au remboursement par les patients. Pourtant, la densité de généralistes est fréquemment interprétée comme un indicateur de la présence d'une médecine de premier recours.

L'insuffisance des données administratives provient pour l'essentiel de l'absence d'enregistrement dans ADELI de la quotité de travail que représente chaque activité, alors que la polyactivité et le double lieu d'exercice constituent une tendance importante et qui devrait se développer. Une étude menée dans le Nord-Pas de Calais a permis de prendre en compte, en plus de l'activité principale, des activités secondaires (vacations hospitalières, centres de santé...) ⁶ Cette pondération modifie peu l'estimation du nombre total de médecins. En revanche, l'impact est plus important sur la répartition des médecins par secteur d'activité : en effet, cette pondération fait apparaître une baisse relative du nombre de médecins travaillant en cabinet au profit des établissements hospitaliers (les spécialités particulièrement concernées sont la gastroentérologie, la cardiologie en cabinet, la gynécologie médicale, l'ophtalmologie). Une autre illustration a été apportée par les gynécologues, lors de leur audition à l'ONDPS : 31% des 5 590 gynécologues-obstétriciens ayant un exercice libéral ont également une activité salariée en centre de santé ou à l'hôpital.

L'insuffisance des données provient également de la non prise en compte du temps de travail des médecins en exercice. Le raisonnement par la densité retient comme hypothèse qu'un médecin = un temps plein médecin, ce qui ne reflète pas la réalité. Cette équivalence pourrait, de plus, devenir moins fiable si l'on tient compte des souhaits, exprimés par les plus jeunes, de travailler moins que leurs aînés, c'est-à-dire sur un temps plein « normal », et si l'on tient compte également de la nécessité d'accorder un temps plus long à la formation, à la coordination des soins, ou au suivi administratif de l'activité et de la qualité des soins.

Enfin, le fait que les photographies de la densité médicale ne tiennent pas compte de l'âge des professionnels pose un problème pour la prospective. Un indicateur de densité renseigné à partir de deux ratios : nombre médecins / 100 000 habitants ; et nombre de médecins de moins de 55 ans / 100 000 habitants, constituerait sans doute une information d'alerte utile pour la prise de décision. Elle est facile à mettre en œuvre.

1.2.2 Elle ne tient pas compte des spécificités régionales

Des spécificités régionales ou locales doivent être prises en compte dans l'inventaire de l'offre de soins pour affiner le diagnostic.

1.2.2.1 Une offre complémentaire spécifiquement locale

Ainsi le diagnostic sur l'offre de soins de premier recours portée par les comités régionaux de l'ONDPS dans le rapport de l'ONDPS 2004 prend par exemple en compte l'existence d'une offre de soins transfrontalière dans deux régions. Le signe de son impact est cependant plus difficile à déterminer :

⁶ Médecins et Territoires, Gilles Poirier, Olivier Lacoste décembre 2003
Ors NPC pour le compte de la DRASS

- « En Rhône-Alpes, on mentionne la concurrence du « marché » helvétique, qui induit des manques en termes d'offre de soins locale pour certains cantons de l'Ain et de la Haute-Savoie ;
- En Alsace, la population des immigrés allemands semble conserver ses habitudes, en utilisant les services des professionnels allemands tout proches. L'existence d'offres de soins suisses est également à prendre en compte. »

1.2.2.2 Les corrections liées à la structure de la population bénéficiaire des soins

La population bénéficiaire est sans doute un élément à considérer pour élaborer un diagnostic. Une population comportant une part importante de personnes âgées de 75 ans et plus, génère une demande de soins plus forte, à laquelle par conséquent un nombre plus grand de professionnels de santé doit répondre. Elle nécessite également des types de soins différents. A l'opposé, une population plus jeune est faiblement demandeuse et se déplace (ou pourrait se déplacer) plus facilement pour obtenir les soins.

Ainsi, dans le rapport 2004 de l'ONDPS, de nombreuses régions ont tenu compte de la part de la population âgée pour amender les diagnostics de l'offre de soins locale ou les commenter : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, PACA, Rhône-Alpes, Corse. La présence de cette population âgée est de nature à assombrir les diagnostics locaux, même si elle ne modifie pas la densité.

L'existence d'une population plus précaire est aussi un facteur dont il a été jugé utile de tenir compte. Les poches de populations précaires modifient qualitativement la demande. L'impact de la précarité a été mentionné notamment en Ile de France, dans le Nord-Pas de Calais et en Picardie

Enfin l'existence de variations saisonnières de l'effectif de la population peut être considéré comme un facteur de modification de la demande qui bouscule la situation locale à certaines périodes de l'année en Auvergne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, PACA et Corse. Elle génère une demande supplémentaire non négligeable.

1.2.2.3 Des corrections liées à la géographie

Il est indispensable de tenir compte d'une géographie locale, qui conditionne largement les comportements, comme les distances ou les relations (au sens large) entre professionnels et population bénéficiaire.

Dans nombre de cas, le caractère rural de certains cantons les rend difficilement comparables à d'autres, à partir de mêmes critères. Il est difficile de comparer 3 professionnels pour 5000 habitants et 15 professionnels pour 25 000 habitants, les éventuels problèmes d'accès se posent de manière totalement différente. Les effets d'échelle sont réels dans les diagnostics régionaux réalisés dans le cadre du rapport 2004 de l'ONDPS. La dimension rural/urbain a souvent été mobilisée, la notion de canton faiblement peuplé a pu également être utilisée. A l'opposé, le caractère très urbain de certains cantons, au cœur de Paris par exemple, a également été souligné. Cela va de pair avec des comportements de patients réellement différents en termes de recours aux soins : en Ile de France, ils se déplacent plus vite, plus loin et utilisent largement l'ensemble des possibilités qui leur sont offertes. La notion de médecine de premier recours au sein même du canton de résidence perd alors sa signification.

Le rapport existant entre la superficie du canton et l'effectif de sa population, que l'on peut appréhender par la qualification de l'habitat selon qu'il est dispersé ou regroupé, est aussi un

indicateur intéressant. Des comités régionaux de la démographie l'ont avancé pour expliquer un moindre nombre d'actes pour les généralistes, qui dépensent une partie plus importante de leur temps en trajet, pour aller d'un patient à l'autre : en Auvergne, Bourgogne, Limousin, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Rhône-Alpes.

1.3 La désertification médicale : mythe ou réalité ?

Les études qui permettent une analyse précise de l'offre de soins au niveau local, ont porté essentiellement sur l'offre de soins de premier recours. Elles montrent que les difficultés d'accessibilité aux soins primaires ne concernent pas une frange très importante de la population. On manque toutefois singulièrement d'une exploitation des données concernant l'accès aux différentes disciplines médicales et à la prise en charge des grandes pathologies. Le diagnostic est donc partiel et insuffisant. Cela étant de nombreux éléments annoncent une réduction à venir conséquente de l'offre de soins et une augmentation des besoins qui ne feront qu'amplifier les disparités locales déjà observables.

1.3.1 Une désertification médicale aujourd'hui limitée

1.3.1.1 Les inégalités de répartition de l'offre de soins de proximité

En 2003, le nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants varie de 77 en Seine-Saint-Denis à 136 dans les Pyrénées-Orientales, soit une fourchette de 1 à 1,8, sans que cet écart se justifie par des différences de besoins de soins. Il ne se justifie pas non plus, au contraire de certaines spécialités pointues, par la nécessité de concentrer les moyens dans les départements sièges d'hôpitaux universitaires.

Les disparités sont aussi infra-départementales : entre les villes importantes et les cantons à dominante agricole et ouvrière, plutôt défavorisés sur le plan économique, la densité de généralistes varie de 70 à 134 pour 100 000 habitants.

En termes d'évolution, si l'on note, pour les généralistes, une légère tendance au resserrement des écarts départementaux, à un niveau géographique plus fin, les disparités ont plutôt tendance à se creuser, notamment au détriment des cantons ruraux, comme le montre le tableau 3 :

Tableau n°3

Classes	Dénominations	Densité d'omnipraticiens installés / 100 000 habitants (1)	Densité de nouveaux omnipraticiens / 100 000 habitants (2)	Rapport nouveaux / anciens (2 / 1) (%)
	Moyenne nationale	99,2	5,0	5,1
A	Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8	5,7
B	Cantons urbains "défavorisés"	94,6	4,9	5,1
C	Métropoles régionales et villes importantes	134,2	6,7	5,0
D	Banlieues résidentielles	85,7	4,6	5,4
E	Cantons urbains favorisés	100,0	5,0	5,0
F	Rural isolé	91,5	4,0	4,4
G	Cantons ruraux avec artisanat	102,1	4,6	4,5
H	Cantons agricoles et ouvriers, plutôt "défavorisés"	70,7	3,6	5,0

Guide de lecture : les cantons ont été classés en 8 catégories en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques et d'urbanisation. On voit que le ratio « nouveaux installés de 1998 à 2001/ médecins en exercice » est défavorable dans les cantons ruraux.

Au-delà de ces inégalités de répartition qui sont anciennes, on voit apparaître depuis quelque temps des difficultés particulières pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales.

Ce phénomène est moins dû à une baisse globale des effectifs – qui ne se fait pas encore vraiment sentir aujourd'hui – qu'aux évolutions démographiques et sociologiques de la profession médicale : évolution des modèles professionnels et familiaux, évolution des aspirations en matière de temps et de conditions de travail, modification en corollaire des critères de choix de lieu et de forme d'exercice⁷.

Peut-on caractériser et cibler ces zones dont les besoins de soins sont mal couverts ou risquent de l'être dans un avenir proche, compte tenu de leur faible attractivité pour les jeunes générations ? C'est l'objet d'un certain nombre de travaux menés dans la période récente à différents niveaux géographiques.

1.3.1.2 Le ciblage des zones en difficulté

Deux approches récentes menées l'une sous l'égide de l'ONDPS, l'autre complémentirement par la CNAMTS et les URCAM, visent à identifier les zones en difficulté du point de vue de l'offre de soins de proximité.

- **L'analyse de l'ONDPS**

⁷ L'étude citée ci-dessus sur les cantons montre par exemple que ne sont pas tant des facteurs de revenus ou d'activité espérés qui guident le choix du lieu d'installation des omnipraticiens que des critères relatifs au contexte socio-économique ou au niveau d'équipement des cantons. D'autres travaux ont mis en évidence l'importance des conditions d'exercice et des contraintes liées à la permanence des soins.

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a, en 2004, analysé la situation des cantons, en matière d'offre de soins correspondant à 5 professions de premier recours : les médecins généralistes, les infirmières libérales, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens d'officine⁸.

L'intérêt de l'exercice a été d'utiliser des critères uniformes sur l'ensemble du territoire et ainsi de pouvoir comparer la situation de tous les cantons à la même aune. Pour les généralistes, trois critères ont été combinés :

- le nombre de professionnels du canton rapporté à la population, en distinguant les 25% de cantons ayant les plus faibles densités, les 25% ayant les plus fortes densités et les 50% de cantons intermédiaires ;
- le niveau moyen d'activité des professionnels exerçant dans le canton, en considérant que la charge de travail des professionnels est d'autant plus lourde qu'ils ont une activité élevée ;
- la consommation moyenne du canton en soins de généralistes, une faible densité pouvant être considérée moins critique si la consommation de soins est élevée.

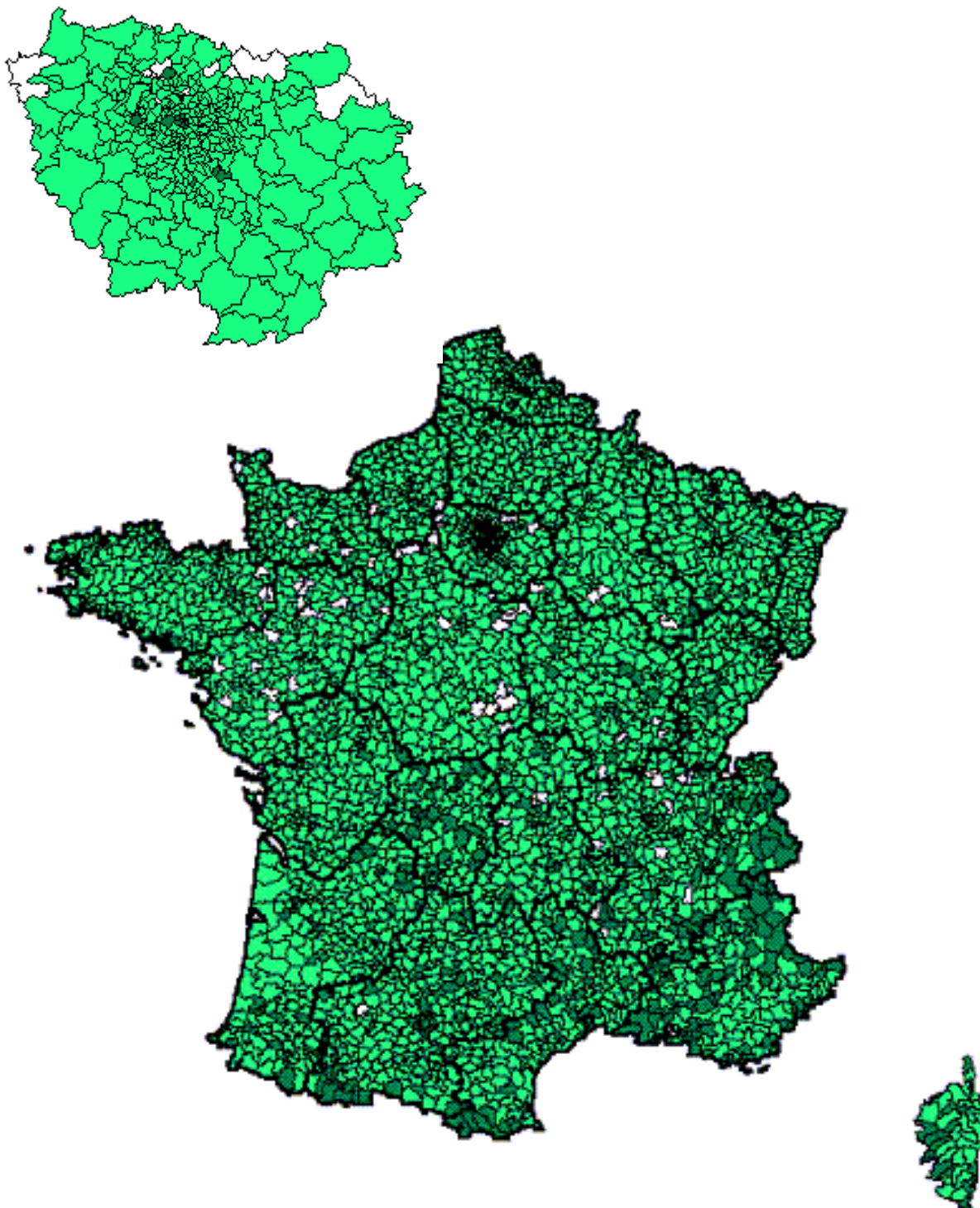
Pour ces deux critères, le même principe de répartition des cantons en 3 groupes a été retenu. Le croisement des trois critères (cantons ayant une densité nulle ou faible, une activité moyenne élevée et un niveau de consommation faible) aboutit à identifier 86 cantons en difficulté sur les 3263 cantons. Outre les départements d'Outre-Mer (18 cantons), les régions les plus concernées sont le Centre, les Pays de la Loire et dans une moindre mesure la région Rhone-Alpes. Les régions méridionales et l'Est de la France ne comptent aucun canton dans ce cas.

Les cantons faiblement dotés sont plutôt des petits cantons (11 000 habitants en moyenne, 18 500 pour l'ensemble des cantons français). Ils totalisent 1,6% de la population française, soit environ un million d'habitants.

⁸ P. Cunéo, C. Cases, S. Bessière, D. Bauer. Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours. Rapport 2004 de l'Observatoire National des Professions de Santé, Tome 4.

Sont représentées sur la carte de France métropolitaine et l'agrandissement de l'Ile de France :

- en blanc, les zones les moins dotées en médecins généralistes libéraux hors MEP
- en vert clair, les zones présentant une offre de soins intermédiaire
- en vert foncé, les zones les mieux dotées en médecins généralistes libéraux hors MEP



La même démarche a été reproduite pour les autres professions de premier recours, en ne retenant cette fois que les deux premiers critères (densité et activité). Les critères étant moins sélectifs pour les autres professions que pour les médecins généralistes, ces professions comptent naturellement un nombre plus important de cantons moins bien dotés, qui n'est pas directement comparable à celui obtenu pour les généralistes. Le nombre de cantons moins bien dotés pour chaque profession est le suivant :

	Nombre de cantons moins bien dotés	% de cantons moins bien dotés	% de population y résidant
Généralistes	86	2,5	1,6
Infirmiers	324	9,8	10,2
Masseurs-kinésithérapeutes	579	17,7	5,8
Chirurgiens-dentistes	517	15,8	4,6

Les régions présentant un nombre plus élevé de zones moins bien dotées ne sont pas les mêmes pour les différents types de professionnels :

- Centre, Pays de La Loire et DOM pour les médecins généralistes,
- régions de l'Est et l'Ile de France pour les infirmiers,
- régions du Nord et de l'Est pour les masseurs-kinésithérapeutes.
- la Guyane, la Normandie et la Picardie pour les chirurgiens-dentistes.

On note par ailleurs de fortes disparités au sein d'une même région, aucune n'étant bien ou mal dotée dans toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours

Si l'on croise les situations pour les médecins généralistes et les infirmiers, 19 cantons (sur 3300) sont à la fois moins bien dotés en médecins généralistes et en infirmiers.

- **L'étude de l'assurance maladie**

Un groupe de travail réunissant des URCAM, la CNAMTS, la MSA et la CANAM a testé une méthodologie un peu différente pour cibler les zones en difficulté et les zones fragiles au regard de l'offre de généralistes. L'étude est limitée à la France métropolitaine.

Le territoire national a été découpé en 7442 "zones de recours", une zone étant définie comme le bassin d'attraction des généralistes exerçant dans une commune (c'est-à-dire que chaque commune sans généraliste est agrégée à la commune où la majorité de ses habitants vont pour se soigner), avec un seuil minimal de population de 1500. Ce découpage a été préféré au découpage cantonal, plus hétérogène en termes de population. Il présente cependant l'inconvénient de ne pas faire apparaître de zones de non-recours, par construction.

Comme dans l'étude précédente⁹, le principe est de considérer une zone comme problématique dès lors qu'elle combine une densité faible, une forte activité des praticiens en exercice et un recours aux soins peu important. Le choix s'est porté sur une batterie d'indicateurs un peu différente :

Pour l'offre de soins (densité / activité), ont été considérées :

- la densité médicale dans la zone (corrigée des flux de population et de la structure par âge),

⁹ CNAMTS- Point de conjuncture n°35-36 avril 2005, disponible sur ameli.fr

- l'activité moyenne des généralistes de la zone (consultations + visites), ainsi que la proportion de médecins effectuant plus de 7 500 actes dans l'année (une proportion élevée de généralistes ayant une forte activité pouvant être relativisée si l'activité moyenne reste raisonnable),
- la proportion de médecins de plus de 60 ans, considérée comme un critère spécifique de fragilité.

Pour le recours aux soins l'étude a retenu :

- les consultations et visites des personnes de 75 ans et plus (considérant qu'à cet âge une faible consommation traduit un problème d'accès aux soins, alors qu'elle peut refléter un bon état de santé chez les plus jeunes),
- des indicateurs mesurant les déplacements hors de la zone pour se faire soigner, de manière générale et pour les plus de 75 ans (des déplacements importants pouvant signaler un problème d'accès aux soins dans la zone).

Des scores ont été construits en fonction des valeurs prises par ces différents indicateurs et en fonction de ces scores, les zones ont été identifiées comme en difficulté, fragiles ou sans problème.

400 000 personnes vivent dans des zones identifiées comme "en difficulté" au regard de ces critères, 2 millions dans des zones "fragiles". Il s'agit des territoires plus petits, en terme de population que les autres. Les médecins compensent, par leur activité, la faiblesse des densités¹⁰ dans ces zones (2,6 et 3,1 respectivement contre 4,9 en moyenne par une activité beaucoup plus importante (la part des généralistes dont l'activité annuelle est supérieure à 7 500 actes est de 14% en moyenne, 69 % dans les zones fragiles, 88 % dans les zones en difficulté). De même, le nombre d'actes moyen est beaucoup plus important (8 500 et 8 900 actes respectivement contre 5000 en moyenne).

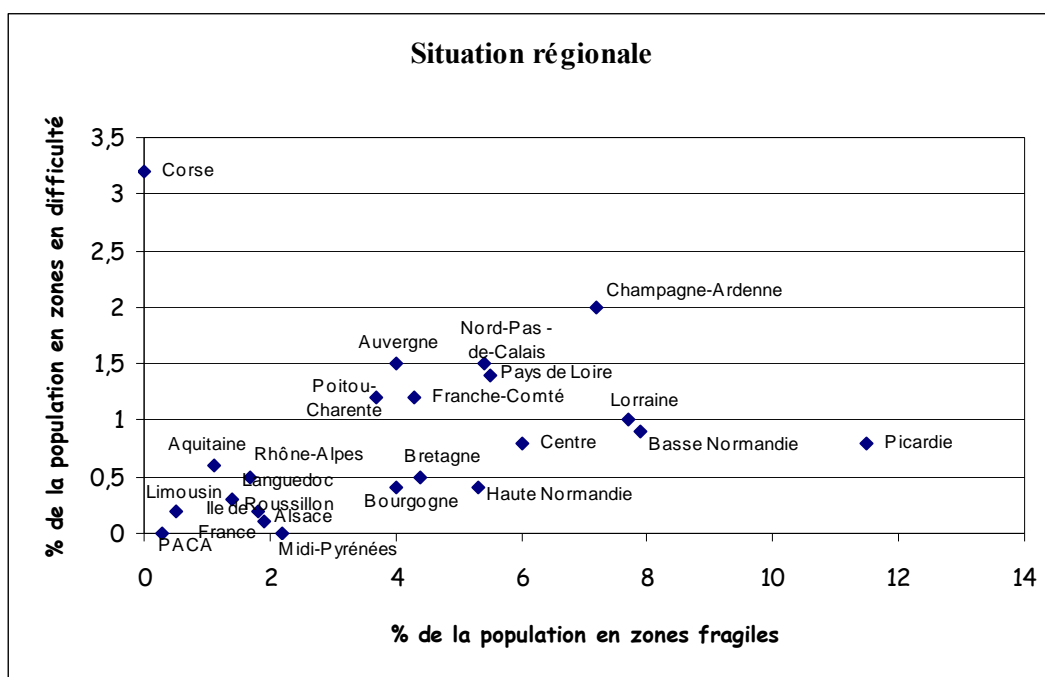
Caractéristiques des zones

	ensemble	zones sans problème	zones fragiles	zones en difficulté
Nombre de zones concernées	7442	6799	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	7863	8251	3897	3163
densité moyenne corrigée des flux et de l'âge	4,9	5,1	3,1	2,6
Effectif des généralistes actifs au 31.12.2002	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 %

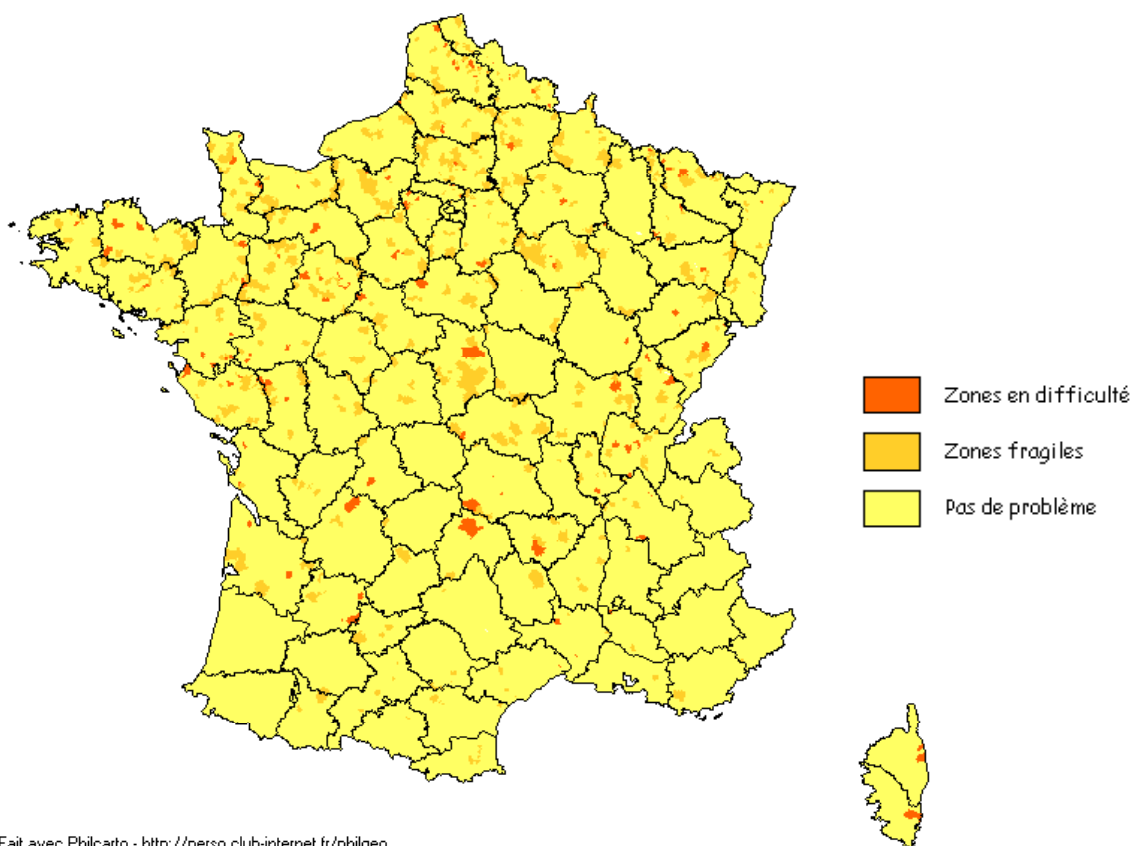
¹⁰ corrigées des flux et de la structure par âge

âge moyen des généralistes	47,4 ans	47,4 ans	47,9 ans	50,3 ans
consommation moyenne des 75 ans et plus	8,4	8,4	8,3	7,9
Part du recours aux soins des 75 ans et plus dans la zone	62 %	63 %	58 %	47 %

Les régions du nord (la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne, la Lorraine, la Basse-Normandie), les Pays de Loire et le Centre sont plus touchées par les problèmes de démographie médicale que les régions du sud, ainsi que l'Ile de France et l'Alsace. Pour certaines régions, la part de population vivant dans les zones fragiles ou en difficulté est très élevée (plus de 12% en Picardie, près de 10% en Champagne-Ardenne, 9% en Basse-Normandie ou Lorraine).



Représentation des zones fragiles ou en difficulté



- **Que retenir de ces deux approches ?**

La même logique globale préside au repérage des zones en difficulté : il s'agit de zones cumulant une faible densité, une forte activité des médecins et un niveau de consommation médicale faible, ce qui laisse à penser que malgré leur surcharge, les médecins en exercice ne parviennent pas à compenser leur faible nombre pour satisfaire les besoins ;

Les résultats ne sont pas directement comparables. La première méthode aboutit sans doute à mettre le « curseur de difficulté » à un niveau intermédiaire entre les « zones en difficulté » et les « zones fragiles » au sens de la deuxième étude. Elle estime la population concernée à 1,6% de la population totale, alors que les proportions sont respectivement de 0,6% et 4,1% dans l'étude CNAMTS. La non comparabilité peut venir aussi du maillage territorial différent : il est possible qu'un canton ne soit pas considéré comme mal doté globalement, mais qu'à l'intérieur, une zone de recours soit malgré tout isolée comme présentant des difficultés particulières. Une analyse plus fine serait nécessaire pour approfondir cette comparaison.

De fait, si les deux études mettent en évidence des résultats communs (les zones concernées sont des zones rurales, peu peuplées, les régions méridionales sont épargnées, celles de l'Ouest présentent des difficultés), elles diffèrent un peu dans le diagnostic de gravité relative des différentes régions. Là encore, il y a sans doute un effet « position du curseur » ; mais il est clair aussi que, selon les critères précis choisis, les bornes retenues, les méthodes de classification (situation relative ou seuils en valeur

absolue), les méthodes employées n'aboutissent pas à identifier exactement les mêmes zones. Il y a donc une certaine sensibilité des résultats aux choix techniques effectués.

Cela renforce encore la nécessité, à partir de ces premières approches, d'affiner le diagnostic région par région, en prenant en compte des indicateurs complémentaires, voire des approches plus qualitatives sur les perceptions locales.

- **Que retenir globalement des résultats ?**

La population concernée par une réelle difficulté d'accès aux soins de premier recours est de 0,6 à 4,1%, selon la définition prise, ce qui ne représente pas une frange importante de la population. Cela étant, il est inacceptable pour cette population qui participent normalement au maintien du système de soins français, d'être marginalisée.

1.3.2 Des risques sérieux pour demain

Les raisons du risque d'une désertification médicale significative sont plurielles. Elles sont liées à une diminution programmée de l'offre globale de soins et à une évolution des comportements des jeunes médecins. Ces éléments ont été parfaitement analysés au cours des toutes dernières années, notamment dans le rapport 2002 « démographie des professions de santé » et dans le rapport annuel 2004 de l'ONDPS. Nous ne ferons donc que reprendre quelques éléments déjà énoncés.

1.3.2.1 Une inquiétante diminution à venir de l'offre de soins

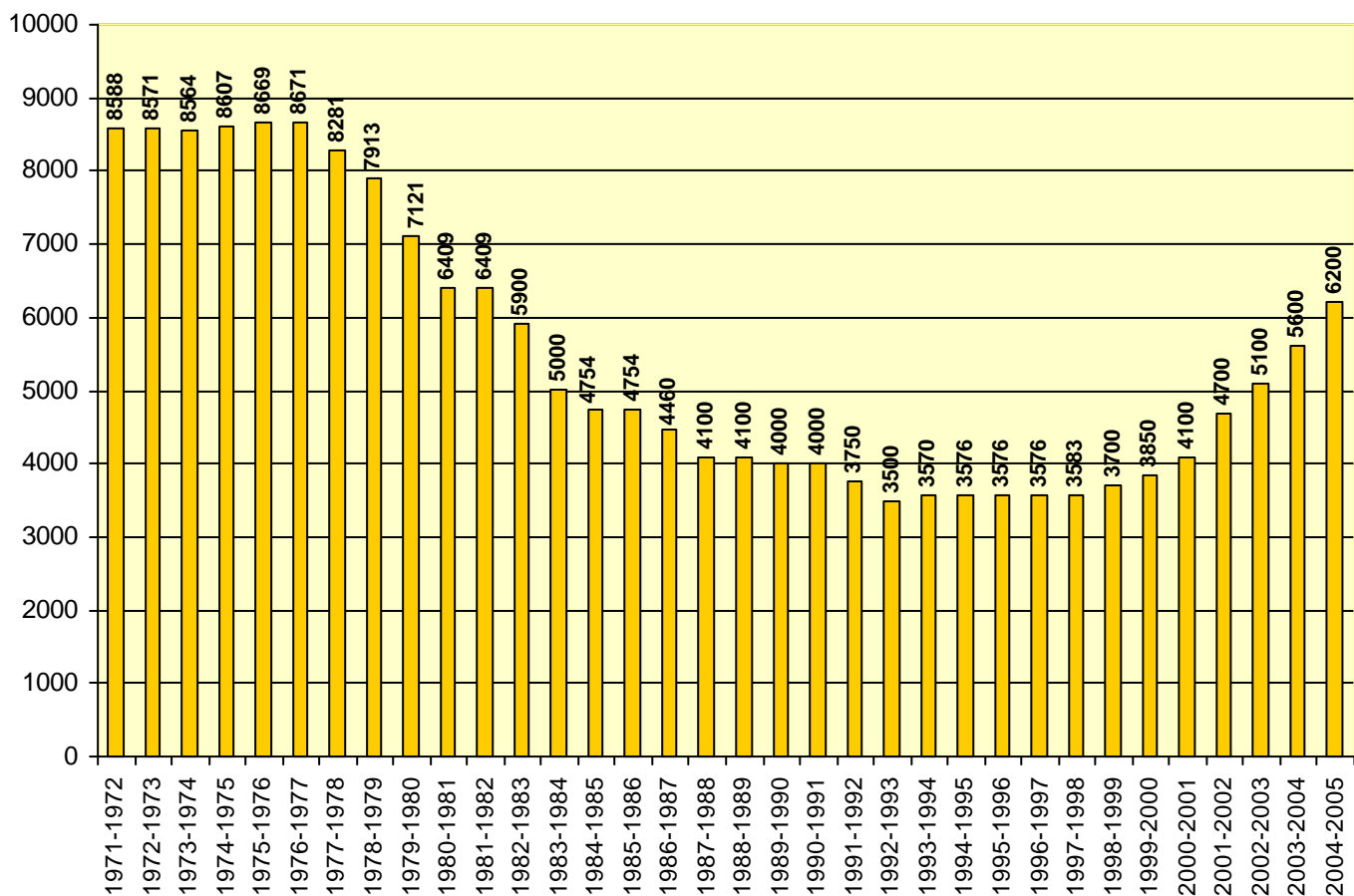
1.3.2.1.1 Une réduction inconsidérée du Numerus Clausus des études médicales

Après un afflux massif d'étudiants en médecine à la fin des années 60, le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter au cours des 20 dernières années passant de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 340 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2004 en France métropolitaine, soit une croissance de 40 %, tandis que la population augmentait de 10 %.

L'accroissement a été rapide au cours des années 80 (+ 3,8 % par an) et plus lent au cours des années 90 (+ 1,6 % par an). Cette réduction de croissance est la conséquence de la régulation des flux de formation après l'instauration d'un Numerus Clausus en 1971 et la diminution régulière de celui-ci.

Le Numerus Clausus des études médicales est effectivement passé de 8 588 places en 1971 à 3 500 en 1992, 1993 et 1994 (graphique n°4).

Graphique n 4: Evolution du Numerus Clausus des médecins entre 1971 et 2005

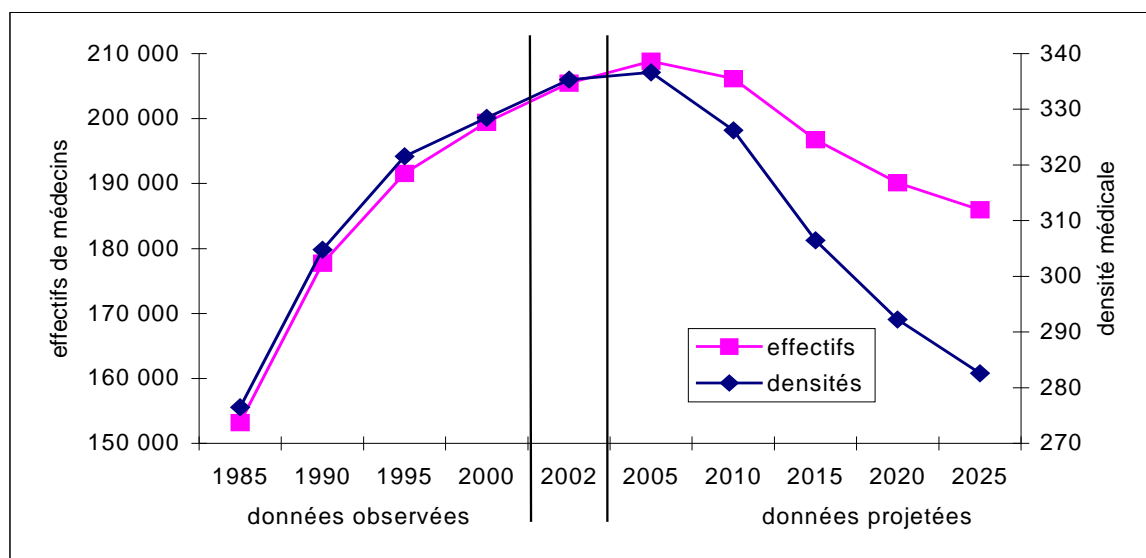


Cette réduction drastique du Numerus Clausus explique que le nombre de médecins entrés en activité, à peu près égal au Numerus Clausus, avec un décalage d'environ 10 ans, compte tenu de la durée des études médicales, soit actuellement à son niveau le plus bas. En parallèle, le nombre de médecins cessant leur activité devrait augmenter fortement dans les années à venir, les promotions ayant bénéficié d'un Numerus Clausus élevé, ou n'y étant pas encore soumises, arrivant à l'âge de la retraite.

Compte tenu de ces éléments et en supposant que le Numerus Clausus soit porté à 7000 à partir de 2006, les projections sur les effectifs et les densités médicales, réalisées dans le cadre de l'ONDPS, pour les 20 années à venir¹¹ sont matérialisées sur le graphique n°5.

¹¹ Rapport ONDPS Tome 2 - 2004

Graphique n°5 : Évolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025*



Source : rapport annuel 2004 ONDPS – Tome 2

* Le scénario central dont les résultats précédent s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Le numerus clausus est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection.
- Pour les spécialités hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du numerus clausus cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.
- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au numerus clausus de la région cinq ans plus tôt.
- Les comportements des médecins et étudiants sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...).

1.3.2.1.2 Une féminisation et un vieillissement des médecins

Il y a une féminisation de la profession médicale. En 2025, selon les projections effectuées en 2004 dans le cadre de l'ONDPS, les femmes représenteraient 52 % des médecins en activité. Or actuellement l'activité des femmes est égale à 70 % de celle des hommes sur une vie professionnelle. Cependant cette activité était égale à 60 % de celle des hommes en 1989. Si ce rattrapage se poursuivait à ce rythme, hommes et femmes pourraient avoir la même activité moyenne vers 2025.

Il y a également une tendance au vieillissement de la profession médicale. L'âge moyen sera de 50,6 ans en 2015 alors qu'il est de 47,5 actuellement. La part des médecins de 55 ans et plus, devrait atteindre 44,5 % en 2015 contre 20,3 % en 2002. Actuellement les médecins de 50 à 55 ans ont la plus forte activité, le vieillissement prévu pourrait donc contribuer à une hausse de la durée moyenne du travail jusqu'en 2012 si les comportements de 2001 perduraient, puis à une baisse pour retrouver ce niveau en 2020¹².

¹² « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix, Xavier Niel, Jean-Philippe Perret, Données Sociales 2002-2003. »

Par ailleurs, le rapport annuel 2004 de l'ONDPS note : « L'augmentation de la proportion des femmes dans le corps médical pourrait notamment contribuer à faire évoluer fortement la répartition du mode d'exercice. 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 de la DREES 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. »

1.3.2.1.3 Une évolution du temps de présence au travail

Le rapport annuel 2004 de l'ONDPS note également : « La diminution du temps de travail a eu des impacts réels sur la disponibilité des professionnels. La modification de la durée légale du travail a eu des effets conjoncturels importants entre 2000 et 2002-2003. Rappelons que, d'une part, la réduction du temps de travail pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, liée à la mise en place de l'ARTT, s'est appliquée à partir du 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés à partir du 1^{er} janvier 2002 dans les hôpitaux publics ; la nouvelle définition du temps de travail pour les personnels médicaux résultant de l'application de la directive européenne 93/104 du 23/11/1993 a, d'autre part, conduit notamment à intégrer les périodes de permanence sur place (les « gardes ») dans le temps effectif de travail.

Ces diminutions de la quotité de travail ont certainement constitué un facteur conjoncturel de déséquilibre entre l'offre et la demande de professionnels.

Le problème du temps de travail concerne aussi l'activité libérale, pour laquelle il existe de fortes variations au sein d'un même métier, en fonction des conditions d'exercice, des périodes et des zones d'installation, ou encore selon la période de la carrière. Mais les statistiques globales d'activité, analysées par la CNAMTS pour ce secteur sur la période 2000-2004, font apparaître que l'activité est en progression pour toutes les spécialités médicales : l'essor du nombre d'actes est ainsi systématiquement supérieur à l'évolution des effectifs libéraux, bien que la part des femmes au sein de ces effectifs soit également croissante. La féminisation est d'ores et déjà un fait, et il est important de suivre l'évolution de la tendance d'un rapprochement des temps de travail observés, pour les médecins libéraux, entre les hommes et les femmes. En effet, sur la période 1989-2001, la structure démographique des médecins a changé, avec une proportion plus importante de femmes (29 % en 1989 ; 36 % en 2001, 37,2 % en 2003), mais, pendant cette même période, le temps de travail moyen des médecins a augmenté de deux heures : il se situe en 2001 à 51 heures par semaine, contre 49 heures en 1989. »

1.3.2.2 Un accroissement et une évolution des besoins

Dans son rapport 2004, l'ONDPS a analysé cet aspect sous plusieurs angles.

1.3.2.2.1 Le vieillissement de la population

Le vieillissement global de la population se traduit par un vieillissement des malades, qui, du fait de leurs polyopathologies, accroît la demande de soins et transforme également les modes de prise en charge. La prise en charge des patients âgés, que permettent l'évolution des techniques et les progrès thérapeutiques pour un nombre grandissant de pathologies, ne présente pas les mêmes caractéristiques que celle des malades plus jeunes en terme de durée des séjours et en terme de structures d'accueil (nécessité de lits d'accueil en aval...). D'un autre côté, une prise en charge plus globale de la

dépendance, incluant les aspects plus sociaux et l'aide quotidienne, est souhaitée et interpelle directement certains professionnels de santé.

1.3.2.2 La diminution des durées de séjour

Le nombre global de journées d'hospitalisation est, tendanciellement, en décroissance (-4,4% de 1998 à 2002), et le nombre des prises en charge en hospitalisation complète davantage encore. Une récente étude de la DREES¹³ montre en revanche une augmentation entre 2002 et 2003 des hospitalisations à temps partiel. Cette tendance est particulièrement sensible dans les disciplines de médecine, chirurgie obstétrique (+ 5, 4%) et de soins de suite et de réadaptation (+ 5, 2%). Le temps accordé au patient est forcément réduit lors des courts séjours, or ce facteur constitue un attribut important de la perception du métier par le professionnel de santé. Par ailleurs, la diminution des durées de séjour hospitalier implique une progression de l'activité dans d'autres secteurs, comme le secteur médico-social ou le secteur ambulatoire.

1.3.2.3 La médicalisation des prises en charge

La question de la médicalisation des prises en charge, c'est-à-dire de tout ce qui recouvre le contenu médical des interventions, renvoie à deux phénomènes contrastés. Le premier implique un accroissement des prises en charge médicales et peut être illustré par l'exemple de la grossesse ; le second renvoie à une remise en question des modes de prise en charge actuels, c'est le cas en santé mentale.

1.3.2.4 Les exigences actuelles en matière de sécurité des prises en charge

Les exigences accrues en matière de sécurité des prises en charge conduisent, quant à elles, à adopter des raisonnements en terme de seuil minimum de compétences. Ce seuil peut d'abord correspondre à un nombre minimal d'actes ou de patients. Il peut également renvoyer à un nombre minimal de praticiens, en deçà duquel des coopérations et des complémentarités indispensables à l'exercice ne sont pas envisageables. Des normes, édictées au niveau national et au niveau européen, définissent souvent ces pratiques de sécurité. La sécurité des prises en charge se traduit également par la progression de tâches, généralement qualifiées d'administratives de par leurs caractéristiques, mais qui participent dorénavant d'une démarche de qualité et font partie intégrante du processus de soins. Il est probable que certaines de ces tâches vont continuer à se développer, en lien avec l'accroissement des démarches de contrôle qualité, de sécurisation des traitements, de protocoles, d'évaluation.

1.3.2.5 L'augmentation des potentialités techniques

Les progrès scientifiques et les potentialités technologiques modifient aussi la nature des interventions des professionnels de santé. Ceux-ci ont souligné, lors des auditions, le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont le coût et l'utilisation exigent une mutualisation des savoir-faire.

En définitive, lorsque l'on analyse le rapport, offre de soins sur demande, le numérateur va incontestablement diminuer alors que le dénominateur augmentera. La mission « démographie des professions de santé 2002 » prévoyait : « Dans les vingt prochaines années, cet impact peut être estimé

¹³ S. Audric, V. Carrasco, M. Coldefy, E. Thomson, L. Trigano, Etudes et Résultats n°382, mars 2005 « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle ». <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er382.pdf>

à 14 %. Il faut ajouter l'évolution de la population de 6 à 7 % pour obtenir une densité corrigée de la structure d'âge dont la baisse prévisible serait alors plutôt de l'ordre de 40 % que de 24 %.

1.3.2.3 Une modification du comportement des jeunes médecins

1.3.2.3.1 Des modalités d'exercice qui ont considérablement évolué

Le rapport 2002 de la mission « démographie des professions de santé » note : « D'une manière générale, l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif.

Pour les généralistes, on observe une installation de plus en plus tardive, conséquence de la prolongation d'une activité de remplacement longtemps après l'obtention du diplôme.

Pour les spécialistes, l'installation est également de plus en plus tardive, du fait d'une formation qui, en moyenne, s'est allongée, et du souhait de prolonger l'activité en milieu hospitalier. »

Au cours des échanges qui ont eu lieu dans la commission, les plus jeunes représentants de la filière médecine générale, ont précisé que l'installation de plus en plus tardive des jeunes médecins généralistes était probablement liée également à une appréhension de l'exercice ambulatoire dans les conditions actuelles, temps de travail très prolongé et permanence des soins mal organisée notamment.

1.3.2.3.2 Des choix de vie professionnelle dictés par des choix de vie personnelle et familiale

Les plus jeunes médecins qui sont et seront de plus en plus des femmes, souhaitent consacrer du temps à leur vie familiale et avoir une vie sociale identique à celle de leurs congénères. Ils souhaitent ainsi consacrer moins de temps à leur vie professionnelle que leurs aînés ne l'ont fait, même si leur intérêt pour cette vie professionnelle est entier. Ils souhaitent en définitive exercer leur métier autrement.

1.3.2.4 Le rejet de l'activité en zone péri-urbaine et en zone rurale

Dans le rapport de 2002, la mission « démographie des professions de santé » a analysé l'état des lieux : « De manière générale, l'offre de soin est principalement concentrée dans les zones urbaines. Les zones péri-urbaines socialement défavorisées sont souvent sous-médicalisées, comme le sont les zones rurales. Les raisons sont différentes.

Dans les zones péri-urbaines, la détérioration du tissu économique et social et l'insécurité conduisent les professionnels à les abandonner.

Dans les zones rurales, l'isolement, la nécessité d'assurer une permanence et continuité des soins très contraignantes retentit sur le cadre de vie. La désertification des zones rurales n'est également pas propice à permettre au conjoint de trouver facilement un emploi et aux enfants d'être scolarisés. La féminisation de la profession médicale aggraverait naturellement la situation actuelle.

La faible attractivité des zones rurales tient aussi pour certaines professions à exercice majoritairement libéral, à des critères de viabilité économique. Les réticences à l'installation dans les zones défavorisées urbaines ou rurales renvoient à la question plus globale de l'aménagement du territoire, comme à l'aménagement des conditions d'exercice des professionnels de santé. »

Ce constat est sans équivoque et conduit irrémédiablement à envisager autrement l'offre de soins en zone périurbaine et en zone rurale, zones aujourd'hui qui évoluent lentement vers une désertification médicale.

2 Les mesures prises d'une part pour se doter d'outils de pilotage de la démographie, d'autre part pour inciter à un exercice dans les territoires déficitaires

Le diagnostic longtemps exprimé par les pouvoirs publics mais aussi les professionnels en matière de démographie médicale a été celui d'une surdotation. Malheureusement, aucun organe de veille n'a été chargé d'assurer le bien fondé de ce diagnostic. C'est une des raisons du questionnement actuel, de l'intérêt et de l'urgence à présent affichés pour résoudre les problèmes de l'offre de soins et de sa répartition sur le territoire national.

2.1 Les outils de pilotage de la démographie médicale ont très longtemps été négligés

Dans son rapport 2002, la mission « démographie des professions de santé » fait le constat suivant : « La nécessité de disposer de données fiables sur la démographie des professions de santé a été souvent rappelée ces dernières années. Le travail d'harmonisation des différentes sources d'information a essentiellement porté sur les médecins. Pour autant, ces sources restent multiples et les procédures de recensement très diversifiées.

L'étude nationale de la démographie médicale et paramédicale ne permet pas d'approcher réellement l'offre de soins. L'analyse menée au niveau régional, et plus encore à l'échelon départemental, est davantage pertinente.

Ainsi est-il souhaitable qu'au-delà des données quantitatives fiables qui résulteraient d'une procédure de recueil, il soit possible d'accéder à des données qualitatives concernant l'offre de soins à un niveau d'analyse régional et départemental. »

Ainsi la mission fait 4 propositions en la matière :

- « Mettre en place un « guichet unique » d'enregistrement des professions de santé,
- Identifier et rassembler des données permettant de nuancer les données démographiques (informations sur le temps de travail, l'activité réellement exercée...)
- Organiser un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé à un niveau régional autour d'un observatoire national tête de réseau,
- Partager les produits de l'observation démographique. »

Depuis ce rapport, des mesures ont été prises pour améliorer le pilotage, avec notamment la création de l'ONDPS, la mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et l'installation des Missions Régionales de Santé (MRS).

2.1.1 L'ONDPS, un organe indispensable aux diagnostics national et régional de la démographie de l'ensemble des professions de santé

L'observatoire qui a été créé par le décret N° 2003-529 du 19 juin 2003, regroupe, sous l'autorité du président, nommé pour trois ans, un conseil d'orientation et des comités régionaux, dont la composition est fixée par arrêté.

Siègent au conseil d'orientation, 5 membres de droit (directeurs de la DGS, de la DHOS, de la DSS, de la DREES et de la CNAMTS) et 10 personnalités qualifiées, nommées par arrêté. Siègent dans les comités régionaux, 5 membres de droit (le président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le président de l'union régionale des médecins libéraux, le président de l'observatoire régional de santé) et quatre représentants des professionnels de santé. Chaque comité régional est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.

Les missions de l'ONDPS sont les suivantes :

- Il rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professions de santé.
- Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème.
- Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional.
- Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et l'évolution de leurs métiers.

Le rapport remis au ministre fournit, chaque année, un état des lieux de la démographie actualisé par les données statistiques et les connaissances administratives produites dans ce domaine. La méthode de travail, définie au cours de la première année de fonctionnement, permet aussi d'engager avec les professionnels une analyse et un diagnostic prospectif, qui prend en compte l'évolution des métiers, les transformations des prises en charge et des besoins de soins et qui intègre la question essentielle de l'attractivité de l'exercice pour les jeunes médecins.

Les apports spécifiques de cette structure pour le diagnostic démographique reposent principalement sur trois aspects :

- La confrontation et la mutualisation des données et des connaissances. Les informations sont nombreuses mais elles ne sont pas systématiquement rassemblées, notamment au sein des différents services de l'administration centrale. Ce partage, qui est au cœur de la mission de l'ONDPS, constitue un apport essentiel pour l'analyse et la préparation de la décision. Il permet aussi une plus grande transparence des éléments qui alimentent et justifient les décisions, ce à quoi sont à l'évidence sensibles les acteurs concernés. A titre d'exemple, on peut souligner l'appui apporté par les travaux de l'ONDPS à la réflexion de la DGS sur la répartition des postes d'internes. Cette démarche, qui doit être consolidée, car elle est essentielle, permet d'examiner les décisions de formation à la lumière de l'état des lieux démographiques et de l'évolution des métiers. La coopération engagée avec la DHOS permet par ailleurs, de mieux relier les données strictement démographiques à la question de l'offre de soins.

De par sa démarche, l'ONDPS développe donc une approche intégrée des éléments qui participent conjointement à la situation démographique et à ses évolutions. Cette approche intégrée doit bénéficier aux institutions locales afin de leur permettre de consolider la capacité d'expertise régionale. On observe en effet que les politiques consacrées à l'offre de soins reposent souvent sur l'application de décrets et de circulaires, qui descendent en tuyau d'orgue, et dont la mise en œuvre sur le terrain peut conduire à une grande déperdition d'énergie. Les comités régionaux, qui ont un rôle d'observation et d'analyse, et qui rassemblent tous les acteurs impliqués dans la définition des politiques de santé, constituent une ressource transversale et un lieu de mise en discussion qui permet d'examiner

conjointement l'ensemble des composantes démographiques indispensables à la mise en œuvre des politiques et à leur efficacité (formation, effectifs, évolution des métiers, offre de soins, conditions d'exercice, répartition...). La structure nationale de l'ONDPS permet aussi aux régions de disposer d'une caisse de résonance de leurs préoccupations et de faire connaître des initiatives méthodologiques qui enrichissent la panoplie des « bonnes pratiques » d'observation démographique.

- Le partage des données et des connaissances avec les professionnels de santé. L'ONDPS constitue un lieu d'échanges qui permet à froid, c'est-à-dire, sans enjeu immédiat et en dehors de toute négociation, de mettre à plat des situations professionnelles et d'exercice et d'en examiner le devenir.
- L'identification des améliorations qui doivent être apportées aux systèmes d'information et à leur usage. Les données sont nombreuses mais on ne sait pas toujours identifier quelles sont les questions qu'elles sont susceptibles d'éclairer, en sorte qu'un grand nombre des données recueillies restent dormantes. L'ONDPS est une structure ouverte à différentes préoccupations car des acteurs divers lui transmettent leurs interrogations. Cela lui permet, de façon collégiale et réactive, d'identifier des zones d'ombre et les informations ou les initiatives qui permettent de réaliser des diagnostics utiles. Par exemple, le recensement effectué par les comités régionaux en liaison avec les facultés de médecine, des DES et des DESC de type 2, permet de réaliser annuellement un rapprochement avec le nombre de médecins installés dans la région et de surveiller ainsi l'attractivité de la région par rapport à ses capacités de formation. Cette analyse dont l'utilité locale est évidente permet d'alimenter la réflexion nationale sur les clefs actuelles de répartition et sur leurs limites.

2.1.2 Le RPPS, un outil utile pour éclairer l'exercice, mais dont l'usage doit être accompagné pour assurer un diagnostic partagé

La création en cours d'un répertoire partagé pour les professionnels de santé (RPPS) s'inscrit dans le cadre des projets de modernisation de l'administration. La mission MARINE, rattachée à la DHOS assure la maîtrise d'ouvrage de l'ensemble des projets concernant la modernisation des répertoires du secteur de la santé.

Trois objectifs sont associés à la mise en place du RPPS :

- L'amélioration de la qualité et de la fiabilité des informations disponibles.
- La simplification des démarches administratives et des procédures parallèles.
- L'amélioration de la connaissance de la démographie des professions de santé.

L'organisation du projet repose sur la formalisation d'un partenariat entre les différents partenaires concernés (Etat, Assurance maladie, Ordres, CNPS, GIP CPS, ONDPS). Ce répertoire contiendra pour chaque professionnel de santé un identifiant unique et pérenne. Actuellement les professionnels de santé s'inscrivent selon des procédures parallèles et sous un numéro différent, à l'Ordre pour les professions à ordre, à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) pour toutes les professions de santé réglementées, à la CNAMTS pour les libéraux et au GIP CPS pour les professionnels équipés de carte CPS (carte professionnel de santé). Les données actuellement recueillies supposent donc des démarches multiples pour les professionnels de santé. Elles ne sont, de ce fait, pas toujours cohérentes entre elles.

Pour toutes les professions réglementées, le RPPS recueillera l'identifiant de la personne, sa profession, ses diplômes, les qualifications et compétences lui permettant d'exercer, des informations sur son activité (début, motif de fin d'activité, fonction, mode et lieu d'exercice). Ces données seront accessibles aux acteurs du domaine de la santé habilités.

La mise en service du RPPS est prévue en 2005 pour les professions à Ordre. L'extension se fera ensuite à l'ensemble des professions de santé réglementées. Les phases ultérieures permettront l'interface avec les établissements de soins, et la mise en place du lien avec les organismes de formation.

Cet outil doit permettre de mettre fin à des recensements parallèles, dont les logiques restent peu lisibles pour ceux qui ne les exploitent pas. C'est le cas des professionnels qui, sans doute pour cette raison, renseignent et actualisent de façon imparfaite ces systèmes. En sorte que la confrontation des chiffres et la réfutation des informations ainsi recueillies se développent au détriment de l'analyse conjointe qui devrait plutôt leur être consacrée. La mise en place d'un répertoire unique devrait donc améliorer la fiabilité des données. En même temps qu'il doit représenter un guichet unique obligatoire d'inscription, le RPPS devrait nous permettre de disposer d'informations quantitatives, par exemple sur le temps de travail, ce qui n'est actuellement pas prévu.

Il paraît toutefois primordial que l'unicité du répertoire permette à chacun de continuer à faire son métier et que chacun puisse mieux le faire à partir de ces données. Cela implique que les données démographiques rassemblées permettent le maintien et le développement de plusieurs types d'exploitation : administratives et statistiques, économiques, professionnelles et scientifiques. La plus grande attention doit donc être portée aux besoins exprimés par les différents partenaires car le plus petit dénominateur commun ne peut être, en matière démographique, ni pertinent, ni durablement consensuel. Si des analyses diverses ne peuvent pas être développées, on prend le risque de voir subsister plusieurs systèmes, ou de réduire la qualité des analyses. Cette qualité repose notamment sur le rapprochement de données qui pour l'instant sont recueillies dans des institutions différentes (par exemple CNAMTS / Ministère). Ce rapprochement doit être absolument préservé afin de permettre un diagnostic national et régional des effectifs enrichi des informations sur l'activité des professionnels.

La qualité devrait aussi ouvrir la possibilité d'un partage des outils d'analyse plus économe et efficace pour la collectivité. Des logiciels cartographiques se développent dans les URCAM, dans les Ordres professionnels..., sans même que leur compatibilité soit envisagée. Cela illustre la pluralité des usages des informations, mais cet état de fait ne favorise pas le meilleur usage public des initiatives et des investissements, car leur éclatement favorise de façon improductive leur concurrence. L'objectif de partage des données assigné au RPPS devrait s'accompagner de l'énoncé plus explicite d'un objectif de mutualisation et de mise en cohérence des analyses. Un tel énoncé politique, appelle un pilotage ministériel, sans doute plus rapproché que celui qui se détermine à partir de la seule mise en application des circulaires.

2.1.3 Les missions régionales de santé pour orienter la répartition territoriale des médecins libéraux

En créant les missions régionales de santé (MRS), l'article 67 de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a organisé un renforcement des liens entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour un pilotage global du système de santé. Dans ce cadre, les MRS déterminent notamment les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

Ces orientations doivent se traduire par la détermination d'orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et par la définition des zones rurales et urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs d'aides conventionnelles prévues à l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

La circulaire n° 63 du 14 janvier 2005 précise : « Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux seront fixées dans un document établissant

un diagnostic de l'offre libérale régionale et proposant à titre indicatif des scénarios pour améliorer l'adéquation avec des besoins de la population avec cette offre [...]. »

Cette circulaire propose en outre aux MRS un certain nombre de critères pour les aider à définir les zones déficitaires en médecins généralistes.

- **Rappel du cadre juridique relatif à l'élaboration de ces orientations**

« L'article L.162-47 du code de la sécurité sociale prévoit que les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux doivent tenir compte du schéma régional d'organisation sanitaire. L'article L.6121-2 du code de la santé publique quant à lui, prévoit désormais que ces orientations sont jointes, à titre indicatif, au schéma régional d'organisation sanitaire.

A la différence du SROS pour les établissements, le document fixant les orientations relatives à l'offre de soins libérale n'est pas opposable aux professionnels de santé libéraux. Il a pour objet de faire des préconisations sans que celles-ci puissent fonder des refus à l'encontre des professionnels, lesquels conservent leur liberté d'installation. »

- **Articulation avec le schéma régional d'organisation sanitaire**

« Le document [...] devra être révisé au moins tous les cinq ans et à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Les MRS sont engagées « avant l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire à établir un bilan partagé ARH-URCAM sur l'organisation du système de santé dans la région afin d'apprécier l'offre de soins et le recours aux soins de ville et hospitaliers en articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale. [...] »

- **Bilan quantitatif régional de l'offre de soins libérale**

« [...] En lien avec les observatoires régionaux de la démographie médicale, un document dressant un bilan relatif à la démographie et à l'activité des professionnels de santé médicaux et para-médicaux en exercice sera élaboré. Ce document analysera également l'adéquation entre l'offre et la réponse aux besoins identifiés de la population, ainsi qu'à leur évolution. Cette réflexion portera enfin sur chacune des professions de santé et sur les éventuelles interactions entre les différents métiers. »

- **Propositions pour l'amélioration de l'offre libérale aux besoins en soins de ville de la population**

« [...] Le document proposera des actions concrètes visant à améliorer l'adéquation entre l'offre libérale et les besoins de la population, en tenant compte de l'implantation et de l'activité des établissements de santé :

- à favoriser l'installation et l'exercice dans les zones déficitaires, notamment par l'attribution d'aides à l'installation ;
- à développer les cabinets de groupe en particulier dans ces zones, grâce aux dispositions du nouvel article L182-1-2 du code de la sécurité sociale issu de la loi mentionnée précédemment ;

- à encourager la coordination au sein de l'offre de ville par les réseaux de santé ou les réseaux de professionnels de santé établis sur la base de l'article L.183-1-1 modifié du code de la sécurité sociale ;
- à développer les réseaux de santé ville-hôpital. »
- **Une cartographie des zones éventuelles où le développement de l'offre libérale n'apparaît pas souhaitable et des zones déficitaires**

« Il sera établi une cartographie régionale décrivant les éventuelles zones où le développement de l'offre libérale n'apparaît pas souhaitable, par profession de santé, et celles où un développement de l'offre de ville apparaît nécessaire.

Conformément à l'article L.162-47 [...], il revient désormais aux MRS d'identifier ces zones. [...] Ces zones seront opposables 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 les zones ainsi définies par la mission régionale de santé. [...] ». La détermination desdites zones étant avancée pour les médecins généralistes, la circulaire en détaille les modalités pour cette discipline.

- **Territoires**

« Les travaux accomplis en matière de zonage ont mis en évidence l'importance de prendre en compte un territoire démographiquement cohérent et lisible pour les bénéficiaires des aides. [...] Le découpage pourra utilement reposer sur une commune, un canton, un regroupement de communes ou de cantons.

[...] Ne pas faire reposer le zonage sur un territoire dont la population est inférieure à 1500 habitants. [...] Il convient de garantir aux cabinets un bassin de population suffisant afin de préserver leur viabilité économique. En outre, déterminer des zones inférieures à ce seuil, accroîtrait le risque d'isolement des praticiens concernés, dont on sait qu'il constitue l'un des freins à leur installation dans les zones déficitaires. »

- **Critères à prendre en compte pour déterminer les zones déficitaires en médecins généralistes**

« La loi relative à l'assurance maladie laisse à la convenance des MRS le soin de déterminer les critères à prendre en compte pour déterminer les zones déficitaires. [...] Critères à adapter lorsque le territoire comporte des particularités dont il vous appartient de tenir compte (vallées de montagnes enclavées par exemple). [...] Prise en compte des critères complémentaires tels que :

- le délai d'accès au médecin généraliste [...];
- les difficultés particulières des territoires liées notamment à la part des personnes âgées de plus de 75 ans [...];
- des fragilités sociales [...]. »

Champs d'application du zonage déterminé par la MRS

« La loi prévoit l'attribution d'aides à l'installation pour les professionnels de santé libéraux et des rémunérations forfaitaires pour l'exercice des praticiens libéraux sur la base des zones déficitaires arrêtées. »

L'attribution des aides à l'installation pour les médecins, qui devrait donc pouvoir intervenir [...] après la publication des zones déficitaires et la définition conventionnelle des contreparties à ces aides, relève du FORMMEL. [...]

A ces deux dispositifs d'aide s'en ajoutent d'autres, en particulier les aides définies à l'article 51 de la loi relative à l'assurance-maladie, mises en œuvre par les URCAM et l'aide de l'Etat, mais également les aides attribuées par les collectivités locales. La loi ne renvoie pas à un zonage spécifique pour ces différentes aides. Dans un souci de cohérence du dispositif et pour éviter une dispersion inutile des aides, celles-ci devront reposer sur les zones arrêtées par la mission régionale de santé. [...] »

On note également que la loi du 23/02/05 sur les territoires ruraux prévoit aussi l'attribution d'aides par les collectivités territoriales pour favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires [article 108]. Elle prévoit par ailleurs la possibilité d'attribution d'une indemnité d'étude aux étudiants en médecine s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins 5 ans dans une zone déficitaire.[article 108].Enfin, l'article 109 stipule que « la rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L6315-1 du code de la santé publique par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone définie en application de l'article L162-47 du code de la SS est exonéré de l'impôt à hauteur de 60 jours de permanence par an. »

En déclinant les objectifs de ces 3 outils de pilotage que sont l'ONDPS, le RPPS et les MRS, on s'aperçoit qu'il sera nécessaire de bien préciser les missions de chacun, principalement en ce qui concerne les rôles respectifs de l'ONDPS et des MRS. Il est indispensable de veiller à ce que ces outils complémentaires ne se transforment pas en des enjeux de pouvoir, ce qui conduirait encore une fois à rendre opaque, voire inopérant pour la prise de décision, notre système d'observation de l'offre de soins.

2.2 Les mesures contraignant à l'installation ont été écartées au profit de mesures incitatives

Comme nous l'avons vu, aujourd'hui, ce n'est pas tellement le nombre de médecins qui exercent qui pose problème mais sa répartition. Contrairement aux tentatives faites dans certains pays ou aux mesures prises en France pour les pharmacies, des mesures visant, de manière coercitive, à assurer une offre de soins harmonieusement répartie n'ont jamais été tentées. Seules des mesures incitatives ont été prises mais elles sont encore très récentes et surtout mal connues des professionnels de santé.

2.2.1 Les médecins ne croient pas à l'efficacité de mesures contraignant à l'installation

Les mesures contraignant à l'installation sont totalement écartées par les professionnels et les étudiants en formation, d'autant plus qu'elles n'ont pas fait la preuve suffisante de leur efficacité là où elles ont été appliquées.

2.2.1.1 L'exemple d'autres pays

Plusieurs pays connaissent des difficultés pour couvrir les besoins de soins dans des zones peu attractives pour les médecins et mènent, parfois de longue date, des politiques visant à favoriser leur implantation dans ces zones.

Nous avons choisi de détailler l'expérience du Québec et, en Europe, de l'Allemagne, après un rappel préalable des résultats de la littérature internationale sur les facteurs qui influencent le choix des médecins.

2.2.1.1.1 *Etat des connaissances sur les facteurs et les leviers pouvant affecter l'implantation des médecins*

Une revue documentaire réalisée récemment par le GRIS¹⁴ synthétise ainsi les conclusions de la littérature internationale sur les facteurs qui favorise l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées (Fournier et al, 2004)¹⁵. Une distinction est faite entre « recrutement » et « rétention », c'est-à-dire entre l'installation dans ces zones et le fait d'y rester.

La principale conclusion issue de cette littérature internationale est que le facteur le plus déterminant du recrutement est d'avoir vécu en milieu rural ; les stages en milieu rural et une maquette de formation incluant une formation spécifique à la pratique en milieu rural semblent également avoir un effet positif. Les évaluations faites sur les programmes d'incitations financières pendant la formation, essentiellement aux Etats-Unis, montrent que celles-ci sont surtout utilisées par les étudiants d'origine rurale, et que beaucoup de médecins (surtout parmi ceux non originaires du milieu rural) quittent les zones rurales après la durée exigée. L'impact des stratégies de promotion qui se développent de plus en plus n'a pas été évalué.

Les études sur les facteurs influençant la rétention sont encore moins nombreuses que celles sur le recrutement et souvent moins robustes méthodologiquement. Elles ne mettent en évidence aucune caractéristique personnelle spécifique, même pas le fait d'être originaire d'un milieu rural. Les facteurs relevés pour expliquer la décision de quitter sont :

- d'ordre professionnel : surcharge de travail et insuffisance de remplaçants, isolement professionnel. La rémunération est aussi mise en cause lorsque la faiblesse de l'activité ne permet pas, dans un cadre de paiement à l'acte, d'assurer un revenu suffisant. Plusieurs études montrent le rôle de la formation (les médecins qui sont le mieux préparés à la vie communautaire et à la pratique en milieu rural, par des stages et des curriculums adaptés, sont ceux qui y demeurent le plus longtemps) ;
- d'ordre personnel : accès aux services, ressources insuffisantes dans la communauté et difficulté d'intégration.

De ces éléments, on peut retenir pour la réflexion française :

- que la question du maintien des médecins dans les zones peu attractives doit être envisagée au même titre que la question de l'installation ;
- qu'on retrouve partout les difficultés de l'exercice professionnel dans ces zones telles qu'elles ont été aussi identifiées en France ;
- mais qu'un aspect qui a été jusqu'à présent peu abordé dans le contexte français est celui de l'origine des médecins d'une part, de leur familiarisation avec la pratique rurale par des cursus de formation adaptés d'autre part (les québécois utilisent le terme « d'exposition »). Les auteurs de l'étude du GRIS précitée en concluent que « les pistes les plus prometteuses pour améliorer le recrutement en milieu rural consistent à sélectionner les bons candidats (selon le lieu d'origine ou l'intérêt) et par la suite à créer un environnement de formation doctorale et post-doctorale qui encourage et facilite la pratique rurale ».

2.2.1.1.2 *Enseignements de l'expérience du Québec et d'autres provinces canadiennes*

¹⁴ Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal

¹⁵ Ce travail est largement utilisé ici pour analyser la situation canadienne.

La revue du GRIS précitée fait un tour d'horizon des programmes mis en œuvre dans les différentes provinces du Canada. L'analyse qui suit est centrée sur le Québec, mais quelques éléments comparatifs avec les autres provinces seront également évoqués.

- **La situation québécoise comparativement à la situation française**

Avant de se pencher sur les mesures mises en œuvre au Québec, il est nécessaire de rappeler que la situation du Québec se distingue fortement de celle de la France sous deux aspects :

- la géographie : les territoires qui ont des difficultés à attirer des médecins sont d'immenses territoires très peu peuplés. A l'extrême, le Nunavik ou le territoire de la Baie James ont de l'ordre de 10 000 habitants sur des territoires de 660 000 km² et 350 000 km² respectivement. Sans aller jusqu'à ces extrêmes, les régions du Saguenay-Lac Saint Jean et d'Abitibi—Témiscamingue, qui totalisant 430 000 habitants, ont une densité inférieure à 3 habitants au kilomètre carré. Globalement, plus d'un million et demi de québécois vivent dans des zones très faiblement peuplées (moins de 11 habitants au km²). En comparaison, pour prendre des départements français dans lesquels se posent des problèmes de couverture des besoins médicaux, la Mayenne a une densité de 56 habitants au km², la Sarthe 87. Les départements les moins denses en France sont la Lozère (14), la Creuse, les Alpes de Haute Provence ou les Hautes-Alpes (de l'ordre de 20).
Il faut donc, sur une échelle de difficulté, resituer la situation française qui n'a rien à voir avec celle du Québec.
- La pénurie globale : la densité médicale est de 2 pour 1000 habitants contre 3,3 pour la France.
- **Les mesures mises en oeuvre au Québec**

Le Québec s'est doté d'un ensemble important de mesures visant à attirer et retenir des médecins en région éloignée. Elles se sont diversifiées au cours du temps et se sont également durcies, évoluant de l'incitation pure à une planification plus coercitive.

Les mesures sont principalement de nature financière. Elles interviennent pendant la formation (bourses aux étudiants qui s'engagent à travailler dans des régions désignées pendant un certain nombre d'années), à l'installation (primes d'installation, prise en charge des frais de déménagement), et surtout tout au long de l'exercice par le biais de majorations tarifaires, pouvant aller pour les omnipraticiens jusqu'à 25% en cabinet, 40% en établissement, et pour les spécialistes 45%, avec des rémunérations supplémentaires pour les gardes.

Ces mesures sont adossées à une carte sanitaire qui définit les besoins par territoire, le niveau des incitations variant en fonction de ces derniers. Ces Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) incluent désormais les omnipraticiens en cabinet et non plus seulement les établissements, et la dernière convention passée à ce sujet entre le Ministère de la santé et l'organisation des omnipraticiens québécois (en février 2004) lui donne un caractère plus contraignant. Désormais en effet, tout médecin qui désire s'installer dans une région doit d'abord obtenir un avis de conformité des autorités régionales de la santé. S'il choisit de passer outre et d'exercer malgré tout en cabinet privé dans cette région, il voit sa rémunération amputée de 30 %, et il lui est interdit de pratiquer dans un établissement de santé¹⁶. Ce durcissement est contesté par les internes en médecine générale et en spécialités.

En dehors des incitations financières, les mesures incluent aussi :

¹⁶ Sauf les médecins qui ont exercé un certain nombre d'années dans les régions éloignées et qui peuvent s'installer librement.

- des programmes dits de « décentralisation de la formation médicale » visant à familiariser les étudiants avec la pratique et la vie en région éloignée, par des emplois d'été ou des stages d'été en début de formation, et par des stages de formation médicale pré et post-doctorale ;
- des mesures de soutien à la pratique (médecins remplaçants, indemnisation pour activité de formation médicale continue 20 jours par an avec prise en charge des frais de déplacement).

Le recul est insuffisant pour juger de l'impact des évolutions récentes. Mais même pour les mesures plus anciennes, il est difficile de produire une évaluation globale de leur effet :

- d'une part, force est de constater que le problème perdure ; mais il est vrai que les politiques de répartition géographiques sont mises à mal par la pénurie médicale globale qui a accentué les problèmes de répartition géographique.
- Les premières mesures adoptées – comme d'ailleurs dans d'autres provinces canadiennes – visaient surtout à favoriser le recrutement, mais devant le cycle continu d'arrivées et de départs, d'autres mesures ont été ensuite mises en œuvre pour favoriser le maintien des médecins dans les zones mal desservies. Les chercheurs du GRIS notent cependant que « l'impression générale... est que les mesures d'attraction ont été beaucoup plus utilisées que les mesures de rétention. Les provinces se sont résignées, en quelque sorte, à avoir des taux de roulement importants de médecins ».
- Les suivis effectués par le Ministère des services sociaux montrent qu'une fraction des boursiers ne remplissent pas leurs engagements (37% des étudiants et internes en médecine générale, 7% des internes de spécialités) et confirme le lien entre l'installation et la familiarisation avec ce mode d'exercice pendant leur formation (parmi les résidents qui ont fait plus de 10% de leurs jours de stages en région éloignées 39% s'y installent, contre 22% pour ceux qui font entre 1% et 10%, et 13% pour ceux qui n'en font aucun).

Il faut cependant toujours garder à l'esprit que l'on ne connaît pas la situation de référence au regard de laquelle évaluer les politiques, autrement dit on ne sait pas ce qui se serait passé en l'absence de mesures.

- **Expériences d'autres provinces**

Globalement la palette des mesures qui ont été adoptées dans les provinces canadiennes joue sur les différents registres évoqués plus haut. Les mesures de soutien tant professionnel que familial y sont parfois plus développées qu'au Québec (où par exemple le programme de médecins remplaçants ne vise pas, contrairement à d'autres provinces, à permettre aux médecins d'avoir un remplaçant pour leur pratique en cabinet).

La province de l'Alberta est souvent citée comme le modèle d'une approche intégrée très complète, mettant en œuvre des moyens importants et des démarches novatrices. L'ensemble des politiques est élaboré et géré par un organisme indépendant, le *Rural Physician Action Plan* (RPAP). Une vingtaine de programmes sont mis en œuvre pour améliorer l'attraction et la rétention des médecins en régions rurales ou nordiques, dont assez peu, comparativement au Québec, sont des incitations financières de rémunération. Un accent important est mis sur la formation (incluant des bourses), sur des démarches proactives de promotion et de recrutement, utilisant des moyens d'information et de marketing divers, sur le soutien à la pratique (remplacement, perfectionnement), et même – cas unique – sur le soutien social et familial.

Une autre caractéristique du RPAP est d'avoir incorporé une démarche d'évaluation à ses différents programmes, avec des indicateurs de performance, une évaluation externe triennale, des études spécifiques et des sondages. Les évaluations montrent que le programme a effectivement contribué à maintenir des médecins en milieu rural et, à un degré moindre, à attirer de nouveaux médecins.

Cependant l'Alberta ou d'autres provinces qui ont également un grand nombre de mesures pour recruter et retenir les médecins en milieu rural, comme l'Ontario, ont dû recruter massivement des médecins étrangers au cours des dernières années pour faire face à leurs besoins, ce qui marque la limite du succès de ces programmes, aussi complets et bien organisés soient-ils (ainsi en Alberta plus de la moitié des médecins en milieu rural sont recrutés à l'étranger).

- **Des solutions émergentes**

Les chercheurs du GRIS ont recensé de nouvelles stratégies qui émergent au Canada ou dans d'autres pays pour compléter les mesures classiques dont le succès apparaît relatif :

- le développement de facultés de médecine ou campus régional en milieu rural (« campus sans mur » en Ontario) ;
- le renforcement des programmes de formation adaptés à la pratique rurale dans les cursus ;
- le développement des systèmes de remplacements ;
- des mesures visant à encourager l'effort des communautés et régions pour intégrer les médecins qui viennent s'installer ;
- l'organisation d'un système de mentorat pour rassurer et guider les jeunes médecins.

2.2.1.1.3 L'exemple de l'Allemagne

L'expérience de l'Allemagne est intéressante à étudier à partir d'analyses parues récemment dans la littérature^{17 18}

¹⁷ Cahiers de sociologie et de démographie médicale – 43^e année, n°3, juillet-sept. 2003, pages 529-542

¹⁸ Cahiers de sociologie et de démographie médicale – 44^e année, n°2, avril-juin 2004, pages 169-186

Le point de départ de l'introduction en 1977 de la « planification des objectifs médicaux » était le manque de médecins dans des régions rurales. Ce manque était plutôt occasionné par une répartition inadéquate (conséquence du libre choix du lieu d'exercice) que par le nombre insuffisant de médecins. S'ajoutait à cela plus tard le problème de la pléthore des médecins.

L'une des plus profondes réformes dans l'assurance-maladie a été le remaniement total de la planification des objectifs par la loi sur la structure de la santé (GSG) du 01.01.1993. L'essentiel de cette réglementation concerne la définition et la constatation d'une surmédicalisation ainsi que l'interdiction d'installation en certaines circonscriptions géographiques qui s'en suivit, interdiction visant certaines catégories de médecins. Cette sévère réforme de la planification était considérée comme indispensable afin de sauvegarder le financement de l'assurance-maladie. Le législateur part du principe que le nombre croissant des médecins conventionnés est une des causes déterminantes de l'augmentation des dépenses de santé.

Les nouvelles directives pour la régulation se résument en 5 points principaux : calculs des indices (ou densités médicales), définition des circonscriptions géographiques en « districts (Kreis) » et villes indépendantes, possibilités de transfert des prestations spécialisées vers les généralistes et vice et versa, réglementations exceptionnelles concernant les cas particuliers et enfin réglementations transitoires pour les nouveaux Länder...

Lors de la recherche des indices, le but était de grouper les districts ayant la même structure et de calculer un indice propre pour chaque spécialité.

Le rapport habitant/médecin d'une circonscription donnée (médicalisation locale) est comparé avec l'indice général. La loi concernant la structure de la santé dit qu'une circonscription qui a une densité médicale supérieure de 10% à la densité nationale sera interdite d'installation par la commission du Land. Toutes les circonscriptions ayant une densité médicale inférieure de 10% sont considérées comme ouvertes. C'est là que les médecins conventionnés ont le droit d'exercer librement. Des admissions dans les circonscriptions interdites ne sont possibles que dans le cas d'une succession ou, exceptionnellement, dans des zones isolées, si l'installation d'un médecin s'avère indispensable (besoin exceptionnel).

Théoriquement, la planification des objectifs a réussi. Depuis 1994 le nombre des médecins a diminué, c'est ainsi que le taux annuel moyen de croissance de l'ensemble des médecins soumis à la planification est de 1% pour la période entre 1994 et 2002. Entre 1984 et 1992, avant l'introduction du plan, ce taux annuel était de 2,7% en moyenne.

Pendant des années l'Allemagne évoque un surplus de médecins. A l'aide d'une étude de l'Association fédérale des médecins conventionnés qui a été présentée au public en janvier 2002 il a été démontré que l'Allemagne, en particulier dans les nouveaux Länder, glisse vers une pénurie de médecins, si on ne contrecarre pas le processus à temps et durablement. Cette évolution a deux raisons : premièrement la structure des âges défavorables et deuxièmement une chute des effectifs dans la nouvelle génération de médecins.

Nous avons donc probablement affaire à un changement nouveau et profond des comportements, qui pourrait avoir des conséquences sérieuses pour la planification des services médicaux. A l'heure actuelle, certains hôpitaux, surtout en zone rurale et en banlieue, éprouvent des difficultés à recruter un nombre suffisant d'assistants et d'internes. Les journaux médicaux sont remplis d'offres d'emploi.

Plusieurs aspects pourraient être en jeu :

- Le mécontentement face à l'enseignement médical qui se déroule dans un contexte à dimension industrielle (des cohortes à 400 étudiants par année dans les grandes Facultés) avec un cursus très théorique où les expériences pratiques sont rares et les échanges professeurs-étudiants pratiquement inexistantes.
- L'appréhension des futures conditions de travail dans les hôpitaux caractérisées par un travail lourd en heures, très bureaucratique, sans suivi pédagogique et – au moins au début – très mal payé.
- L'insatisfaction face à une hiérarchie mandarinale qui domine toujours les structures hospitalières allemandes.
- L'anticipation de débouchés limités en médecine libérale, dus au numerus clausus à l'installation et à la baisse des revenus.
- Des possibilités professionnelles plus attractives à l'étranger, notamment au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves ou dans des secteurs nouveaux comme les compagnies de consultants.
- Il est possible aussi que ce phénomène accompagne un changement fondamental des attitudes et des valeurs des étudiants envers le travail, les relations et la vie en général et – last but not least – avec la féminisation croissante de la profession médicale.

Cette pénurie grandissante a au moins eu le mérite d'obliger à se poser des questions sur la qualité de la formation, sur les conditions de travail et sur les possibilités d'humaniser les structures hospitalières.

2.2.1.1.4 Les enseignements des expériences canadiennes et allemandes

Les informations que l'on peut retirer de l'expérience québécoise ou allemande ne permettent pas d'apporter des solutions toutes faites pour la France.

On peut toutefois conclure que les mesures coercitives peuvent s'accompagner d'effets opposés au but initialement recherché et que les mesures incitatives doivent permettre non seulement d'attirer mais également de retenir. Enfin c'est certainement au stade du cursus de formation qu'il faut porter les efforts les plus significatifs.

2.2.1.2 Les arguments avancés pour rejeter aujourd'hui cette voie de régulation se fondent sur des inconvénients jugés très supérieurs aux avantages

2.2.1.2.1 Les avantages théoriques d'une planification des installations des médecins libéraux

Ils apparaissent rapidement évidents. En effet, si tant est que l'on ait bien déterminé la cartographie des besoins, la planification des installations des médecins pourrait permettre, à terme, d'assurer un maillage équitable de l'offre de soins à ses différents niveaux de structuration sur le territoire national.

Cette orientation pourrait également permettre une meilleure organisation du système de soins, et des rapports plus coordonnés entre les différents acteurs. Elle aurait surtout l'avantage de placer chaque citoyen français au même niveau de chance vis-à-vis de la prise en charge de son état de santé, tant pour la prévention que pour le diagnostic et le traitement, et d'éviter toute discrimination géographique.

2.2.1.2.2 Les inconvénients sont réels et nombreux

La contrainte à l'installation ne pourrait raisonnablement s'appliquer au plus tôt que dans 10 à 12 ans, c'est-à-dire aux étudiants qui s'apprêteraient à s'inscrire aujourd'hui dans des études de médecine. La crainte que l'on peut avancer est que les plus jeunes se détournent du métier de médecin. Cette situation serait dramatique, au moment où les besoins vont ne faire qu'augmenter. Nous assistons déjà actuellement dans les facultés de médecine à une orientation d'un nombre d'étudiants de plus en plus grand vers des études plus courtes d'odontologie ou de sages-femmes, après le PCEM1.

Les règles de répartition ne seraient probablement pas simples à établir. Sur quelles bases un étudiant ayant fait ses études à Marseille ou à Lille serait-il affecté pour exercer la cardiologie dans les Pays de la Loire ? Quel serait le taux de refus d'exercer, au sein d'une population de plus en plus féminine, en fonction du lieu d'affectation ? Ne risquerions-nous pas d'être confronté à une professionnalisation du remplacement ? N'y aurait-il pas un choix massif vers l'exercice hospitalier aux dépens d'un exercice en médecine ambulatoire ? Autant de questions auxquelles il faudrait répondre.

Aujourd'hui, aucun des professionnels en activité ou en formation n'accepte cette perspective en basant notamment son argumentation sur les résultats obtenus en la matière par d'autres pays.

2.2.1.3 Le souci des usagers

Cette incertitude d'un égal accès aux médecins sur certaines parties du territoire national et à certaines spécialités médicales représente un facteur préoccupant pour la population.

Cette problématique pose les questions fondamentales d'égalité d'accès aux soins et d'organisation équitable de l'offre de soins dans un territoire donné.

Cette situation paraît particulièrement inquiétante dans certains établissements hospitaliers, où la pénurie des effectifs médicaux fait craindre, pour les patients, des difficultés importantes dans l'accueil et la prise en charge médicale.

De même, face à ces évolutions démographiques, le milieu associatif santé s'interroge sur les garanties d'un accès aux soins dans les régions à population vieillissante.

Il ne faudrait pas que les progrès importants en matière de santé, liés en partie aux développements technologiques, relèguent au dernier plan la question fondamentale de l'accès aux soins et de son corollaire, l'égalité de tous dans cet accès aux soins.

Une autre interrogation s'exprime de manière très forte parmi les usagers, celle de pouvoir bénéficier de soins à proximité de son domicile. Ce souhait d'une prise en charge de proximité s'accompagne d'une demande de garantie quant à la qualité des soins dispensés. L'enjeu est, dès aujourd'hui, de penser l'organisation du système de santé vers des schémas plus collectifs, plus coordonnées permettant d'apporter au patient une prise en charge plus globale, une continuité de service dans des espaces collectifs où le malade pourrait trouver des réponses à des problématiques sanitaires et sociales.

Aujourd'hui, et encore plus demain, avec l'évolution vers la chronicité de certaines pathologies, les demandes de soins sont à la fois des besoins en hospitalisation et en ambulatoire. Face à des logiques de structures ou d'institutions, les associations pointent la nécessité d'une réflexion sur les besoins des personnes permettant de restructurer l'offre de soins et de trouver un équilibre entre qualité/sécurité et proximité.

On peut penser que seul le regroupement de médecins et d'autres professionnels de santé permette et permettra d'offrir une réelle accessibilité et continuité des soins aux patients, y compris en permettant, par une gestion collective, de proposer un service après les heures de consultation normales, cela en mettant en place des rotations, avec l'appui d'un service téléphonique d'aide médicale.

L'évocation partielle de ces différentes problématiques telles que nous les voyons déjà à l'œuvre, fait craindre pour l'avenir, une aggravation des situations.

Afin de prendre en compte les besoins actuels et futurs de la population, notamment en matière d'information, d'écoute, d'accompagnement tout au long du processus de soins, n'est-il pas temps de s'intéresser au contenu de l'exercice médical et à la répartition des tâches avec d'autres acteurs professionnels qui interviennent dans ce champ.

La répartition des rôles entre certains spécialistes médicaux et certains auxiliaires médicaux pourraient dès maintenant être revue. Afin de réaliser ces nouvelles modalités d'organisation, un travail devrait être mené sur la nature des actes susceptibles d'être transférés dans le champ de compétence des auxiliaires médicaux, sur les protocoles à suivre et sur l'adaptation des contenus de formation.

Si cette proposition était acceptée, elle permettrait non seulement de recentrer l'activité des médecins sur des actes pour lesquels leur qualification est nécessaire, mais aussi de faciliter le fonctionnement des réseaux de soins, organisé autour d'une prise en charge globale des patients.

Toutefois, accéder à de telles évolutions conduit à changer en profondeur la manière dont le système de soins est organisé. Certains craignent qu'on cherche ainsi à dévaloriser la qualité des soins ; ces changements doivent pouvoir être apportés sans porter atteinte à la qualité.

Cette question particulière du « choc démographique » est un des éléments de tension qui traversent le système de soins et l'ensemble des problèmes actuels ou à venir doit conduire à un fonctionnement plus intégré du système de soins.

2.2.2 Les mesures prises pour inciter à renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires sont totalement illisibles et donc méconnues

Bien que la densité médicale soit actuellement à son plus haut niveau historique, elle est perçue comme insuffisante du fait d'une répartition déséquilibrée des praticiens entre spécialités, entre régions et, à l'intérieur des régions, entre villes et campagne.

2.2.2.1 De très nombreuses mesures ont été prises, le plus souvent inconnues des jeunes médecins et des étudiants

La Commission a souhaité reprendre et résumer les différentes dispositions incitatives récemment prises ou en discussion.

2.2.2.1.1 Mesures relatives aux conditions d'exercice libéral

⇒ La permanence des soins

- La Mission Régionale de Santé détermine, après avis du Conseil Régional de l'Ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des

médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de la permanence des soins. (loi du 13 août 2004 article 67 codifié art L 162-47 du code de la sécurité sociale).

- Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 revoit les modalités d'organisation de la permanence des soins. La participation de l'assurance maladie au financement de la régulation et des majorations spécifiques pour les médecins assurant les permanences fera l'objet de l'avenant n°4 à la convention nationale signée le 12 janvier 2005 en cours de finalisation.
- La revendication des praticiens libéraux de la suppression de la garde de nuit entre 24h00 et 8h00 et les conséquences sur l'organisation des centres 15, SAMU et SMUR et l'activité des associations comme SOS Médecin sont à l'étude.
- Les avantages prévus dans la convention du 12/01/05 pour le remplacement des médecins ruraux (300 € / jour dans la limite de 10 jours / an) et des médecins en zones franches (300 € / jour dans la limite de 18 jours / an) sont complétés par l'exonération de l'impôt sur le revenu de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins en zone déficitaire à hauteur de 60 jours de permanence / an (L 157 du 23/02/05 art 109).
- En vertu de l'article 108 de la loi n° 157 du 23/02/05, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.
- La modification de l'article 85 du code de déontologie sur le cabinet secondaire est à l'étude.

⇒ **L'aide à l'installation**

L'information sur les zones déficitaires et les mesures particulières qui s'y rattachent, peut être facilitée pour l'exercice libéral par l'offre de service des organismes d'assurance maladie instaurée par la convention du 12/01/05 (étude de marché, information sur l'offre de soins, aide aux démarches administratives).

Différents intervenants peuvent apporter leur aide.

- **Les collectivités locales**

Les collectivités peuvent signer un contrat avec un étudiant à partir du 3^{ème} cycle et lui verser une indemnité d'étude contre un engagement d'installation de 5 ans (Loi n° 157 du 23/02/05 art 108). Les conditions générales d'attribution de l'indemnité, son montant maximal ainsi que, le cas échéant, les modalités de son remboursement total ou partiel et de sa réévaluation sont à déterminer par décret.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Le montant maximum et les modalités d'attribution de ces indemnités sont à fixer par décret.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires. A cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé peuvent être attributaires de ces aides dans les mêmes conditions. La nature et les conditions d'attribution de ces aides, qui peuvent notamment être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins, sont à fixer par décret.

Conformément à la loi n° 93-1436 du 31 décembre 1993, la dotation de développement rural a pour objet de favoriser le développement économique ou social des collectivités rurales en subventionnant les projets d'investissement portés par les communautés de communes à fiscalité propre. Ces projets doivent être évalués en fonction de critères objectifs, comprenant notamment l'augmentation attendue des bases de fiscalité directe locale ou les créations d'emplois sur le territoire de l'établissement public de coopération intercommunale considéré. Il revient au préfet d'arrêter chaque année, après avis d'une commission d'élus, les opérations à subventionner, le taux, qui peut aller jusqu'à 66 % de l'assiette subventionnable, et le montant de l'aide.

Si le médecin s'installe dans une commune de moins de 2000 habitants ou située en zone de revitalisation rurale, il pourra bénéficier de l'exonération de la taxe professionnelle pendant 2 à 5 ans. (Art. 114 Loi n°157 du 23/02/05). S'il s'installe dans une commune de moins de 10 000 habitants, l'exonération de la taxe professionnelle portera sur deux années, en zone franche urbaine, elle portera sur 5 ans (Loi n°96-987 du 14/11/1996).

- **L'assurance maladie**

L'octroi d'une bourse aux étudiants en complément de celle des collectivités est en cours d'étude par la CNAMTS.

L'article 49 de la Loi du 13 août 2004 prévoit que la convention des médecins généralistes définira avant le 01/01/06 les conditions dans lesquelles les praticiens exerçant dans les zones déficitaires percevront une rémunération forfaitaire annuelle. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les URCAM après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale.

Les conventions nationales signées avec les professionnels fixent l'assiette et le niveau de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels au titre de leurs honoraires, et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice.

L'article 51 autorise les URCAM à conclure des contrats pour inciter à un exercice regroupé

La convention du 12/01/05 prévoit un contrat de bonne pratique avec une majoration forfaitaire de 2000 € contre un engagement d'exercer en montagne pendant 3 ans.

En zone franche urbaine, des vacations de prévention ou de coordination médico-sociale sont prises en charge à raison de 240 € / 4 heures dans la limite de 12 demi-journées par an.

2.2.2.1.2 Conditions d'exercice en hôpital ou mixte

⇒ Postes d'assistants et chefs de clinique

Les anciens chefs de clinique et les anciens assistants des hôpitaux ont accès au secteur 2 après 2 années de fonction.

⇒ Exercice mixte : statut des attachés des hôpitaux

Le décret 2003-769 du 01/08/03 redéfinit les conditions d'exercice et de carrière des praticiens attachés et revalorise leur rémunération.

⇒ **Accélération de carrière pour les PH exerçant en zone déficitaire :**

Le décret 2001-876 du 19/09/01 a introduit dans le statut des praticiens hospitaliers un dispositif de postes à recrutement prioritaire. La liste des postes est arrêtée sur proposition des directeurs d'ARH. Les PH nommés sur un poste prioritaire s'engagent par convention avec le directeur d'établissement à exercer leurs fonctions pendant une période de 5 ans. Ils bénéficient d'une allocation spécifique de 10 000 € et d'une bonification d'avancement de 2 ans à l'issue des 5 ans d'exercice.

2.2.2.1.3 Statut d'assistant-collaborateur médical

La modification de l'art. 67 du code de déontologie médicale est à l'étude.

2.2.2.2 L'avis des jeunes médecins en formation et des professionnels à propos de ces mesures

2.2.2.2.1 Une totale méconnaissance des dispositions prises

La Commission a pris note de l'ensemble des mesures déjà prises et de celles qui seraient susceptibles de l'être, à court terme. Il en ressort clairement que, pour la plupart, ces mesures sont totalement inconnues des médecins et encore plus des étudiants qui sont pourtant ceux qui devraient être les plus concernés.

Les raisons de cet état de fait sont doubles. D'une part, leur parution successive dans des lois ou décrets différents rend absolument illisibles ces mesures dans leur globalité. D'autre part, il y a un manque de communication de l'Etat qui est tout à fait préjudiciable à l'application des lois et mesures qu'il prend.

2.2.2.2.2 Les mesures incitatives doivent être centrées plus sur l'amélioration des conditions d'exercice que sur l'aide strictement financière

Tous les professionnels membres de la commission et les jeunes étudiants ont insisté sur la nécessité d'essayer avant tout d'améliorer les conditions de vie et d'exercice dans les zones démedicalisées afin d'éviter le départ de ceux qui exercent, et d'attirer les plus jeunes. Ils ont également insisté sur la nécessité d'inscrire dans la pérennité toutes les mesures incitatives prises ou à prendre.

Cela étant, tous ont insisté sur l'importance d'une politique volontariste d'aménagement du territoire afin de rendre plus attractifs certains bassins de vie, en y installant ou en y développant les services publics, les commerces, et les moyens de communication modernes, utiles à la vie personnelles mais également à la vie professionnelle.

2.3 De nouvelles formes de pratiques médicales collaboratives émergent

Différentes voies d'exercice collaboratif entre professionnels de santé s'ouvrent, avec la mise en place des réseaux de santé, le développement de la télémédecine et l'émergence d'expériences de transfert de tâches et de compétences. Ces nouvelles modalités d'exercice pourraient à la fois permettre d'optimiser le temps médical et assurer une meilleure prise en charge des patients.

2.3.1 Les réseaux de santé

Différents textes officiels sur les réseaux de santé ont été publiés, notamment le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002, relatif aux critères de qualité des conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L6321-1 du code de santé publique. :

- « Art. D766-1-2- Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social. Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne. Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement. »
- « Art.766-1-1- Les réseaux de santé peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux. »

Un réseau de soins, c'est donc d'abord la collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes. Le patient est au centre du dispositif, les professionnels se concentrent sur la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie ou victimes d'un problème médico-social spécifique, ou encore se coordonnent pour une prise en charge globale de leurs patients, axée sur la prévention. Les pathologies sont le plus souvent des pathologies chroniques ou lourdes. Beaucoup de réseaux s'organisent aussi autour de la prévention ou de l'aide à des populations en difficulté. L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis, son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité de pratique avec des protocoles définis en commun. Cela se traduit par exemple par une économie de temps et un gain d'efficacité, grâce notamment aux échanges d'informations.

Un réseau repose sur quatre dimensions : le projet médical qui lie les professionnels, la coordination des soins grâce à une plus grande interaction de professionnels, la formation et l'information des professionnels, l'évaluation.

Les réseaux de soins se distinguent du système classique de prise en charge par différents éléments. Un des éléments est l'appartenance des professionnels qui y adhèrent à des milieux différents et des zones d'influence différentes. Les professionnels du réseau définissent ensemble un projet médical. Ils s'engagent à assumer des tâches bien définies et à se coordonner pour mener à bien le projet. Le système d'information permet de faciliter les échanges entre les professionnels et de constituer un dossier médical commun aux intervenants destinés à suivre le patient dans le réseau. Les soins

prodigués dans le cadre du réseau peuvent justifier un financement différent du schéma classique de la sécurité sociale. Le réseau implique la définition et la mise en place d'une évaluation, le système d'information doit ainsi permettre de recueillir les données médicales et économiques nécessaires à cette évaluation.

Les réseaux de soins ont des visages différents selon le problème auquel ils font face, leur organisation ou leur définition juridique. Il existe des réseaux centrés sur une pathologie (chronique par exemple), des réseaux qui ciblent une population (accès aux soins des personnes démunies par exemple), enfin le terme « réseau » peut aussi désigner parfois les réseaux de surveillance de certaines pathologies. Ce sont en réalité des observatoires régionaux ou nationaux ayant pour objectifs d'améliorer les connaissances épidémiologiques. Les réseaux s'appuient souvent sur une structure associative, indépendante des différents partenaires privés ou publics, qui fournit ainsi un organe fixe aux différents professionnels.

Il est important de préciser que le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer ; il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

Ainsi les professionnels jugent-ils souvent le réseau comme un projet dynamique, innovant, donnant aux acteurs une nouvelle identité, permettant les échanges. Le réseau permet donc d'induire chez tout professionnel de santé un processus de changement dans le but de rompre avec l'isolement professionnel, de valoriser le rôle du médecin généraliste en le plaçant comme acteur pivot du système de soins, de favoriser les échanges de pratiques entre les professionnels, d'améliorer la qualité relationnelles entre les soignants, de transformer la pratique professionnelle en privilégiant la qualité, de placer le patient au cœur du système de soins.

A l'heure où la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie met l'accent sur le dossier médical personnel, l'incitation aux bonnes pratiques et la recherche d'une meilleure coordination entre médecine de ville et hôpital, les réseaux de santé apparaissent comme un vecteur essentiel de la mise en œuvre effective du changement, dont il est important d'évaluer l'efficacité.

Élaboré à la demande du ministère en charge de la Santé, le nouveau guide d'évaluation « Réseaux de santé » de l'Anaes s'inscrit dans cette perspective.

De nature opérationnelle, ce guide d'évaluation des réseaux de santé vise à mettre à la disposition des professionnels membres de réseaux de santé d'une part et des évaluateurs externes d'autre part, les outils concrets de l'évaluation sous forme de grilles qualitatives et quantitatives d'évaluation.

Ce document Anaes fait suite à un travail déjà initié par l'Agence sur ce thème (deux études consacrées aux réseaux de soins ont été publiées en août 1999 et en octobre 2001) et s'appuie sur l'audit de 14 réseaux de santé.

2.3.2 La télémédecine

Comme cela a été mis en évidence dans l'avis n° 1864 de l'Assemblée nationale¹⁹, la télémédecine peut représenter un puissant vecteur d'équité dans l'accès aux soins. Il s'agit toutefois d'une pratique encore émergente : en 2004, on dénombrait 426 applications contre 166 en 1998. Les actions qui ont

¹⁹ Assemblée Nationale = avis n° 1864 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2004, présenté au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2005 – Tome XI « santé, famille, personnes âgées et personnes handicapées » par Mme la Députée Bélangère Poletti

récemment été mises en œuvre encouragent le développement de la télémédecine : en témoigne la création en juillet 2003 de l'Observatoire des réseaux de télésanté, qui permet de suivre le développement de ces nouvelles pratiques médicales.

Dans ce rapport de l'Assemblée nationale, il est fait état de quelques pistes de réflexions pour promouvoir davantage l'indispensable déploiement de la télémédecine. D'abord, tirer des conséquences de la loi du 13 août 2004 : la télémédecine dispose désormais d'un cadre légal, les ARH et les MRS devraient pouvoir jouer un rôle important d'impulsion et de coordination. Ensuite, créer un environnement propice au développement de la télémédecine, en améliorant la formation continue des professionnels de santé et en envisageant la reconnaissance et la rémunération des actes de médecine.

La télémédecine est une innovation au service des patients et des professionnels de santé qui introduit, comme toute innovation, une notion de changement qui se caractérise par une importante modification des pratiques médicales. C'est le croisement de deux mondes totalement différents, la médecine, avec sa culture millénaire, et les technologies de l'information et de la communication, qui explosent véritablement depuis le début des années 90 (internet, informatique, réseaux). C'est en effet le passage d'un exercice médical isolé, individualiste, à une pratique médicale en réseau, collective, coordonnée, qui repose sur le partage de l'information médicale et le partage des connaissances.

Si la télémédecine est en plein développement entre établissements de soins, elle est encore au stade expérimental

Reconnue désormais comme acte médical dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, la télémédecine est aujourd'hui incontestablement un moyen pour mettre en œuvre une meilleure organisation des soins et favoriser un équitable aménagement du territoire, en supprimant les contraintes de déplacement tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Elle facilite l'accès à des soins de proximité de qualité et à leur véritable coordination.

Ainsi la télémédecine peut être un des moyens qui :

- favorise l'installation et le maintien des médecins en zones rurales isolées en rompant l'isolement et décloisonnant les activités exercées en secteur public et privé ;
- peut être une réponse à la pratique d'une médecine de premier recours de qualité ;
- peut pallier les difficultés liées aux problèmes de démographie médicale dans certaines disciplines médicales en optimisant le temps médical ;
- peut répondre à des attentes croissantes de la population qui souhaite bénéficier de la meilleure prise en charge possible sur son lieu de vie ;
- doit permettre, grâce à l'utilisation de la visioconférence, tout en bénéficiant de l'avis d'un autre médecin, considéré comme expert ou référent, de maintenir les connaissances médicales ou d'en acquérir de nouvelles : la visioconférence est l'outil par excellence de la formation continue.

Aujourd'hui, un médecin généraliste en zone rurale isolée ou un spécialiste exerçant dans de petites villes éloignées de grands centres hospitaliers peut ne plus être seul et, avec l'accord du patient, peut bénéficier de l'apport des technologies de l'information et de la communication.

A partir des exemples recensés dans l'observatoire des réseaux de télésanté on peut évoquer différentes situations d'exercice :

- Le médecin généraliste ou spécialiste peut adhérer à un réseau thématique. Ces réseaux sont de plus en plus nombreux depuis la loi du 4 mars 2002 et les professionnels de santé commencent à partager des données médicales au sein de dossiers informatisés communiquant. A titre d'exemple, ce modèle de réseaux est aujourd'hui expérimenté en cancérologie, sous la conduite de la D.H.O.S. et de l'INCA, dans quatre régions.
- Les médecins peuvent accéder directement de leur cabinet aux dossiers de leurs patients hospitalisés (si le patient l'autorise). En effet, les centres hospitaliers, maillons de la chaîne de soins, « ouvrent » leurs systèmes d'information aux médecins libéraux. Il s'agit de « réseaux ville-hôpital ».
- Toujours de son cabinet, ou d'une maison de retraite, et en présence du patient, le médecin peut accéder en visioconférence, à un établissement hospitalier et faire bénéficier son patient d'une téléconsultation. Cela est illustré par le très bel exemple de Midi-Pyrénées entre des médecins généralistes de quatre communes et une maison de retraite.
- De la même façon, le médecin peut, de l'hôpital local ou du centre hospitalier où il effectue des prestations, entrer en relation par visioconférence avec d'autres structures, afin de bénéficier d'une expertise dans le cadre de la télétransmission d'images de radiologie, d'images numérisées de dermatologie, d'électroencéphalogrammes, d'électrocardiogrammes etc.

Par ailleurs, les études menées sur la démographie médicale, faisant apparaître la diminution du nombre de médecins dans certaines disciplines médicales et dans certaines régions, ont incité les professionnels de santé à imaginer des organisations nouvelles dans lesquelles, des professions non médicales (infirmiers, orthoptistes, manipulateurs radiologie) assument des tâches déléguées par des médecins.

Mais quelques questionnements demeurent :

- Ces nouvelles pratiques nécessitent un cadre juridique. L'article 32 de la loi relative à l'assurance maladie a considérablement fait progresser la réflexion face aux demandes récurrentes des professionnels de santé sur la responsabilité médicale. Cet article stipule que « la télé médecine 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 ». Un travail est actuellement en cours avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Faut-il au stade où nous sommes un décret d'application ? une modification du code de déontologie ? Telles sont les questions que l'on se pose. Il est d'ores et déjà acquis que des conventions ou chartes de fonctionnement doivent exister entre les acteurs, définissant les droits et devoirs de chacun, que le consentement du patient doit toujours être demandé et que l'archivage des télétransmissions doit être réalisé.
- Les zones les plus isolées ne disposent pas de l'ADSL.
- Les réflexions concernant les financements doivent encore progresser, bien que l'article 67 de la loi relative à l'assurance maladie stipule que les réseaux de télé médecine sont au même titre que les réseaux de santé gérés par les missions régionales de santé et que l'arrêté relatif au

Mission d'Intérêt Général et d'accompagnement à la contractualisation (MIGAC) a retenu les réseaux de télémédecine inter-établissements pour le secteur hospitalier.

- Les rémunérations des professionnels de santé libéraux ne sont pas aujourd'hui envisagées.

La télémédecine permet de désenclaver des zones rurales éloignées et de rapprocher virtuellement un médecin d'un autre médecin, cet outil est au service des patients, de la médecine, de la santé publique et de l'aménagement du territoire. Il permet sous certaines conditions de pallier les problèmes liés à la démographie médicale.

2.3.3 Le transfert de tâches et de compétences

La mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »²⁰ a analysé dans son rapport du mois d'octobre 2003 l'idée de redéfinir les missions des médecins, avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation. Ce rapport s'est appuyé sur l'analyse de pratiques nord-américaines et européennes et sur un entretien avec les différents professionnels de notre pays. Il a conclu à la nécessaire mise en perspective du transfert de tâches et de compétences, avec trois objectifs : faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale, apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux, optimiser le système de soins en favorisant les collaborations entre les différents acteurs de santé. Mais ce rapport a dressé de grands principes à respecter :

- La formation : en sachant que la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation des acteurs à même de collaborer avec les médecins.

La relation entre le médecin et les acteurs paramédicaux : la délégation de compétences, pour être efficace et efficiente, doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes.

- La formation continue : il est indispensable d'exiger la formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux au même titre que la formation médicale continue
- La revalorisation de l'investissement intellectuel : l'organisation du transfert de tâches et de compétences doit s'inscrire dans une politique de revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique.

Au-delà de ces principes, le rapport de mission a conclu à la nécessité de mettre en place des expérimentations. La loi de santé publique du 13 août 2004 dans son article 131 prévoit la possibilité de mener des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé. L'arrêté du 13 décembre 2004 a fixé les modalités de 5 premières expérimentations qui ont donc débuté. Il sera utile d'attendre le résultat de leur évaluation afin d'envisager les conditions de l'inscription du transfert de tâches et de compétences dans l'organisation future du système de soins de notre pays.

²⁰ Rapport de la mission « transfert de tâches et de compétences », octobre 2003, consultable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf

3 Propositions

Il est essentiel de ne pas déconnecter la réflexion à propos de la répartition des médecins sur le territoire national, de la réflexion sur l'aménagement du territoire. Les jeunes médecins qui sont de plus en plus de jeunes femmes n'iront pas exercer par choix ou par contraintes dans des territoires « abandonnés ». Les jeunes médecins ne choisiront pas non plus des exercices auxquels leur formation ne les prépare pas ou ceux qui s'accompagnent de conditions jugées insatisfaisantes, soit par rapport à leurs aspirations professionnelles, soit par rapport à leurs aspirations personnelles.

Il est essentiel d'envisager l'offre de soins des médecins dans les zones aujourd'hui déficitaires comme une partie intégrante mais aussi dépendante de l'offre de soins en général. A ce titre, il est fondamental de relier les activités de soins les unes avec les autres en les considérant comme complémentaires pour la prise en charge des patients et pour le bon déroulement de l'exercice médical. C'est dans cet esprit, dans un contexte de baisse annoncée des effectifs médicaux et de souhait des professions paramédicales de pouvoir inscrire leur projet professionnel dans des perspectives valorisantes, que doit être entreprise, entre les professionnels de santé, la réflexion sur le transfert de tâches et de compétence selon les grands principes rapportés plus haut dans ce rapport. Cette évolution de la pratique de la médecine devrait permettre de recentrer le médecin sur son cœur de métier, justifié par les nombreuses années de formation.

Les propositions de la commission sont bien évidemment essentiellement tournées vers des « dispositifs incitatifs », conformément à la commande du ministre de la santé et de la protection sociale, dans sa lettre de mission du 30 novembre 2004.

Elles portent sur deux orientations : la première est celle d'assurer la mise en place d'outils de pilotage clairement définis afin de fonder les décisions sur des arguments solides, laissant peu de place à l'arbitraire ; la deuxième consiste en des mesures dont l'objectif est plus fondé sur l'attractivité et la fidélisation, que sur l'incitation. L'idée directrice des propositions est d'attirer et non de pousser, en sachant que ce sont les mesures prises dans le cadre de la formation des médecins qui auront le plus de chance d'apporter une réelle réponse au problème de la désertification médicale de certains territoires.

3.1 Des outils de pilotage qui doivent être clairement identifiés par les acteurs

Comme nous l'avons vu au chapitre 2.1, des outils de pilotage ont été récemment mis en place. On peut toutefois regretter leur superposition et le manque de précisions du rôle et des apports des uns et des autres.

Il est absolument indispensable de veiller à ce que les instances régionales mises en place aient un rôle précisé, qu'elles soient complémentaires, harmonisées et non concurrentielles, ces instances devront conjointement hiérarchiser les besoins et donc l'offre de soins. La régionalisation des politiques de santé, qui est énoncée comme un objectif prioritaire, ne saurait raisonnablement prendre forme si les institutions locales en charge de les concevoir et de les mettre en œuvre ne disposent pas d'un cadre et d'une organisation du travail ainsi que des ressources techniques et humaines leur permettant de remplir ces missions.

Une instance nationale doit être chargée de surveiller l'évolution de l'ensemble des territoires, afin que ne s'installent pas des disparités régionales préjudiciables et afin d'évaluer de façon globale l'efficacité des dispositions prises localement.

3.1.1 Une identification de l'offre de soins et de son évolution dans les régions par les comités régionaux de la démographie des professions de santé

L'ONDPS rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé. C'est dans ce cadre que chaque comité régional de l'observatoire de la démographie des professions de santé recense et initie des travaux d'étude et de prospective sur la démographie des professionnels de santé dans la région.

C'est aux **comités régionaux de la démographie des professions de santé** que doit revenir la mission de faire le **diagnostic des ressources soignantes** de l'offre de soins globale et notamment des ressources médicales de la région.

Ces comités doivent disposer d'outils permettant de rassembler les données disponibles. Ils doivent développer des systèmes d'observation et d'analyse de la démographie qui améliorent la connaissance de la discipline exercée, et des lieux d'exercice des professionnels médicaux, et qui intègrent des données relatives aux médecins en formation dans la région. Ces outils doivent également renseigner sur les autres professionnels de santé en exercice dans l'environnement sanitaire, permettre de développer un suivi des modalités selon lesquelles s'opèreront les renouvellements, importants, des effectifs dans les années à venir. Les diagnostics élaborés doivent être partagés, c'est-à-dire accessibles à tous les acteurs concernés localement et discutés avec eux.

3.1.2 Une détermination des besoins de la Région par les MRS et les ARH

Ce sont les missions régionales de Santé (ARH-URCAM) pour l'offre médicale libérale et les ARH pour l'offre hospitalière, qui doivent **déterminer les besoins**, en tenant compte des caractéristiques géographiques de la région, de sa structure d'âge, des indices de mortalité et de morbidité propres à la région et en s'appuyant sur les travaux des comités régionaux de la démographie des professions de santé.

Un maillage adapté à chaque région doit être proposé comme étant le plus pertinent. Les besoins doivent faire apparaître, de manière distincte, l'offre de premier recours, l'offre de soins spécialisés de première nécessité et l'offre de soins spécialisée de deuxième recours.

Ces besoins à 3 niveaux d'intervention dans des bassins de vie préalablement déterminés doivent être traduits par une valeur basse au-dessous de laquelle le besoin n'est pas couvert et par une valeur haute, témoin de ressources excédentaires. Les zones jugées déficitaires doivent être clairement répertoriées et largement connues des professionnels mais aussi, et surtout, des étudiants en formation par des modalités d'information institutionnelles et pérennes clairement définies.

3.1.3 Une offre mise en cohérence avec l'inventaire des besoins

Une commission régionale de la démographie médicale se réunissant à l'initiative du préfet de région et rassemblant le comité régional de l'observatoire de la démographie des professions de santé, la Mission Régionale de Santé, l'ARH, des représentants des étudiants en formation de 2^{ème} et 3^{ème} cycles, des élus du Conseil Régional et du Conseil Général doit permettre de partager la connaissance de la démographie régionale des médecins, d'en faire le bilan et d'annoncer les objectifs régionaux fixés au travers d'un « **programme quadriennal de l'offre de soins médical en région** ». Ce programme doit être largement diffusé aux professionnels de la région et aux étudiants en formation.

3.1.4 Une instance nationale chargée de surveiller l'état de la démographie du pays

L'ONDPS doit poursuivre et intensifier sa mission d'observation de la démographie des professions de santé sur le territoire et permettre, à l'occasion du rapport annuel, d'alerter les pouvoirs publics ainsi que les professionnels, sur des évolutions démographiques préoccupantes. Il serait probablement utile que dans le cadre de sa mission, l'ONDPS puisse être en liaison avec la DATAR.

3.2 *Des mesures pour attirer et fidéliser des médecins dans des zones aujourd'hui déficitaires*

Il est illusoire aujourd'hui de s'orienter vers des mesures coercitives. D'une part les plus jeunes notamment, sont totalement opposés à cette orientation pour les raisons qui ont été annoncées préalablement. D'autre part et surtout parce que les besoins n'ont pas encore été déterminés sérieusement et précisément. Enfin parce que les mesures incitatives déjà prises n'ont pas fait l'objet de suffisamment d'information pour que leur impact réel puisse actuellement être analysé.

Ces mesures doivent permettre de couvrir dans chaque bassin de population la demande médicale tant quantitative que qualitative. C'est-à-dire qu'elles doivent s'attacher à viser non seulement un nombre de professionnels suffisant mais également un nombre de spécialistes par grand champ disciplinaire adapté aux besoins.

Ces mesures enfin doivent être proposées à trois niveaux, celui de **la formation**, de **l'installation** et de **l'exercice**.

Cela étant, s'il est urgent de mettre en place les outils de pilotage que nous avons plus haut proposés pour connaître avec précision le besoin réel de la population et y répondre, il est également essentiel de prévoir des **dispositifs d'évaluation** régulière du niveau de performance des mesures prises.

3.2.1 Les mesures à prendre lors de la formation

Ce sont certainement celles qui pourront assurer le plus de pérennité à une offre de soins satisfaisante sur l'ensemble du territoire national.

3.2.1.1 *Vers une augmentation progressive et raisonnée du Numerus Clausus*

La Mission « Démographie des Professions de Santé » rapporte en 2002 : « L'accentuation des contraintes rencontrées par les praticiens dans l'exercice de la médecine, la démedicalisation annoncée de certaines zones ne paraissent pas pouvoir être résolues par l'unique voie de la réorganisation, sans action significative sur les effectifs.

Les modalités de relèvement des numerus clausus doivent respecter plusieurs conditions :

- Prévoir les effets différés dans le temps entre la prise de décision et l'impact sur la démographie.
- Définir un plan pluriannuel afin que les décisions s'inscrivent dans la pérennité.
- Etre effectuées de manière progressive. Cette dernière condition est essentielle pour plusieurs raisons :
 - o Eviter les politiques de « stop and go » qui altèrent le bon fonctionnement du système, interdisent les évaluations prospectives et brouillent d'une part l'image des

professionnels auprès des autres acteurs et d'autre part, celle de l'Etat auprès des partenaires sociaux.

- Permettre aux établissements de formation de mettre en place les conditions d'un accueil satisfaisant des étudiants.
- Ne pas créer de sauts de promotion d'étudiants trop importants d'une année sur l'autre.
- Permettre d'évaluer les besoins.
- Permettre d'évaluer l'influence des mesures qui auront pour objectif d'améliorer l'organisation de la prise en charge des soins.
- Permettre à l'observatoire de la démographie des professions de santé de dresser un bilan réel quantitatif et qualitatif de l'offre de soins. »

Depuis ce rapport, le Numerus Clausus a sensiblement augmenté, passant de 5100 en 2002 à 6200 en 2005, avec un relèvement annoncé à 7000 en 2006. Les projections d'effectifs rapportées par l'ONDPS (rapport 2004) en supposant ce relèvement à 7000 en 2006, montrent que, même avec un Numerus Clausus maintenu à ce niveau, le nombre de médecins qui n'a jamais été aussi élevé qu'actuellement, va se réduire et cela, même à très longue échéance (graphique n°5).

- Il est ainsi important de ne pas perdre de vue que s'il n'est pas le seul déterminant, **l'effectif global des médecins est un élément essentiel** de la réflexion sur la répartition de l'offre de soins médicaux sur le territoire national. A ce titre, l'augmentation du Numerus Clausus doit s'attacher à privilégier, chaque fois que les conditions de formation sont réunies, les territoires où l'offre de soins est la plus basse.
- Il est enfin essentiel pour garder une qualité de formation suffisante des étudiants en médecine, dont le nombre augmente, et pour ne pas connaître l'évolution qui se fait jour en Allemagne où les étudiants abandonnent leurs études, de prévoir des **moyens humains et financiers suffisants** à destination des facultés de médecine.

3.2.1.2 Eclairer suffisamment les étudiants sur les grands champs disciplinaires et les différents modes d'exercice

- Les stages au cours du deuxième cycle des études médicales ne permettent pas aux étudiants de connaître les différentes disciplines. L'exemple de l'anatomopathologie est assez significatif, comme cela avait été identifié par l'ONDPS lors des auditions des professions de santé (rapport 2004 ONDPS). Il en découle un choix non éclairé des étudiants sur leur exercice futur et le risque pour certaines disciplines d'un dangereux effritement, totalement en opposition avec le besoin de santé publique. On pourrait citer notamment, outre l'anatomie pathologie, l'évolution actuelle de disciplines telles que la rééducation fonctionnelle, la radiothérapie, la médecine nucléaire et surtout la médecine générale.

Il paraît donc essentiel que les étudiants en médecine se voient présenter au cours du deuxième cycle **tous les grands champs disciplinaires**, leur impact et leur mode d'exercice ; qu'ils puissent y effectuer un **stage** ou au moins un séjour en utilisant toutes **les ressources universitaires et non universitaires** disponibles, en établissement de soins pouvant passer convention avec les facultés de médecine.

Il est indispensable que soient proposés aux cours du deuxième cycle des études médicales des **stages en médecine générale** agréés par les facultés de médecine avec une rémunération des « tuteurs de médecine générale », sur la base d'une rémunération en heures complémentaires, comme cela se pratique très largement dans d'autres filières de formation au sein des universités. C'est en fait le développement de la **filière universitaire de médecine générale** qu'il faut envisager, pour permettre à cette proposition d'être réellement efficace.

Ces mesures ne pourraient être que facilitées par l'affectation directe d'une enveloppe financière à chaque étudiant, correspondant à son année de formation du DCEM2 à la fin de l'Internat, sans tenir compte de l'établissement d'affectation. C'est la notion d'**étudiant « Escargot » ou « Sac à dos »** qui est ici exprimée.

- La formation largement centrée CHU a comme inconvénient de ne pas donner à l'étudiant la connaissance d'un exercice autre que spécialisé et très encadré. La conséquence est un souhait des étudiants de rester le plus longtemps possible au CHU et de s'installer autour des facultés de médecine et des CHU.

Il est essentiel de profiter d'une période pendant laquelle les effectifs étudiants vont augmenter de manière importante pour diversifier les lieux de stage, avec toutefois pour souci premier d'assurer une formation de qualité, validée par les facultés de médecine.

Ainsi il est nécessaire d'utiliser beaucoup plus largement les **hôpitaux non universitaires, généraux et locaux**, pour les stages des étudiants et des internes. L'intérêt, en terme de démographie médicale, est de démontrer très tôt aux futurs médecins qu'il est possible d'exercer dans un autre contexte que celui d'un CHU ou d'une grande agglomération et surtout, qu'il est possible d'y vivre. Cette évolution souhaitable nécessite un certain nombre de préalables :

- Identification des établissements et des services devant recevoir un agrément de terrain de stage par la commission d'agrément.
- Identification des PH des hôpitaux non universitaires participant à la formation et affectation, par les facultés de Médecine selon certaines modalités, du titre **d'enseignant associé**.
- Possibilité d'accéder facilement à un poste **d'assistant-hospitalier** pour ces internes, au terme de leur internat, là encore pour les fidéliser dans la région.
- Faciliter l'accueil des internes en terme de **logement** dans les hôpitaux non-universitaires.
- Equiper ces hôpitaux de système de **visioconférence** pour permettre aux étudiants qui y sont affectés de recevoir l'enseignement théorique des facultés de Médecine et développer l'enseignement à distance, grâce aux TIC.

Ainsi l'ouverture large de postes d'internes dans les hôpitaux non-universitaires doit permettre, à terme :

- Une formation diversifiée plus adaptée à l'exercice futur.
- Une fidélisation des internes dans un bassin de population y facilitant leur installation future.
- Une dynamisation des hôpitaux périphériques par l'arrivée de jeunes médecins.
- Une plus grande attractivité pour des PH dans les hôpitaux non universitaires qui se verront confier une mission d'enseignement en lien avec les facultés de médecine et verront leur exercice désenclavé et valorisé.

De la même manière, il est nécessaire d'utiliser les **maisons médicales installées dans les zones déficitaires**, pour y favoriser les **stages ambulatoires** des internes en médecine générale, afin de faire connaître un mode d'exercice jusqu'ici ignoré et donc non choisi.

3.2.1.3 Les épreuves classantes de nationales doivent devenir interrégionales

Dans son rapport 2002, la Mission « Démographie des Professions de Santé » faisait le constat que « L'organisation du concours de l'internat et la mobilité à l'installation rendent caduc le rôle du Numerus Clausus et du nombre de postes d'internes pour maintenir la démographie médicale au niveau régional. La plus grande mobilité des spécialistes depuis la réforme de l'internat s'explique sans doute par des retours vers la région de formation d'origine après la migration imposée et non

choisie entre le deuxième et le troisième cycle. L'examen national classant prévu en 2004-2005 aggravera ce phénomène car il intéressera non seulement les spécialistes mais également les généralistes ».

Les différentes projections faites par la DREES notamment dans le cadre de l'ONDPS montrent que si les internes de médecine générale adoptent, comme cela est probable, le comportement connu déjà des internes de spécialité au moment du choix après l'internat, les inégalités régionales seront aggravées.

Le rapport proposait aussi : « Il apparaît raisonnable, pour que le Numerus Clausus des postes d'internes affectés à chaque région ait une influence prévisible sur la démographie médicale régionale, d'abandonner le concours national de l'internat et d'envisager un concours régional.

L'objectif recherché est de stabiliser les étudiants dans la région où ils auront effectué leurs études de 3^{ème} cycle par choix et non par contrainte. Chaque étudiant aura la possibilité de s'inscrire à l'examen classant de 3 régions qu'il aura déterminées.

Il est cependant nécessaire dans une politique de décentralisation, de veiller à ce que les étudiants puissent bénéficier au cours de l'ensemble de leurs études, de possibilités de formation équivalentes, qu'ils soient affectés à une région ou à une autre, pour ne pas créer un internat à deux vitesses. Il est clair que toutes les régions ne sont pas équivalentes en termes de capacités d'accueil d'étudiants dans les facultés de médecine ou dans les services hospitaliers des CHU. Il sera donc nécessaire de regrouper certaines régions pour permettre aux étudiants d'accéder à une formation diversifiée et de qualité. »

Ainsi afin de conjuguer à la fois la nécessité de régulation démographique et la réponse aux impératifs de formation, il est urgent de **transformer l'ECN en épreuves classantes interrégionales (ECIR)**. Chaque étudiant aurait la possibilité de présenter 1 à 2 ou 3 concours dans les 7 interrégions, en sachant qu'à terme, l'on sait pertinemment, à la vue de l'expérience passée, que les étudiants privilégient un internat dans leur interrégion. Les modalités pratiques de ces épreuves interrégionales classantes doivent être précisées.

3.2.1.4 Vers une révision complète des filières de formation de l'internat

La réflexion à propos d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire national nécessite de se pencher sur les effectifs globaux et également sur les effectifs de chacun des grands champs disciplinaires. A ce titre, il est essentiel de réorganiser le schéma de filiarisation des disciplines médicales et chirurgicales, suivant en cela les constats et les préconisations de l'ONDPS, dans son rapport annuel 2004 :

« Trois facteurs expliquent les fortes disparités qui se sont installées dans les flux de formation des différentes spécialités médicales et chirurgicales.

- Tout d'abord, la diminution importante du Numerus Clausus des études médicales qui a réduit le nombre de postes d'internes de spécialités.
- Ensuite, certaines spécialités considérées comme plus particulièrement en difficulté ont bénéficié de la création d'une filière propre : l'exemple le plus frappant est celui de la chirurgie où en 2003, sur les 504 postes, 198 étaient réservés à la seule discipline gynécologie-obstétrique.
- Enfin, les procédures de choix de stages par les internes alimentent également la répartition inégale observée entre les spécialités.

Il est indispensable de définir rapidement des tronc communs de formation, d'une part pour les disciplines chirurgicales, d'autre part pour les disciplines médicales, avant la spécialisation dans chacune de ces grandes voies, afin que les internes acquièrent une culture médicale de 3^{ème} cycle de base avant toute spécialisation. »

Aux 11 filières actuelles, on pourrait substituer **5 filières** :

1. Filière médecine : regroupant les filières actuelles, spécialités médicales, gynécologie médicale, santé publique, médecine du travail, anesthésie-réanimation.
2. Filière chirurgie.
3. Filière psychiatrie.
4. Filière biologie médicale et recherche biomédicale.
5. Filière médecine générale.

Chacune de ces nouvelles filières doit inclure dans son cursus un **tronc commun de formation** avant de donner accès aux différentes spécialités dont le schéma de formation doit être redéfini. Il est indispensable d'identifier une filière « recherche biomédicale » afin que les jeunes médecins puissent de nouveau investir les domaines de la recherche médicale. Bien évidemment ces domaines devront pouvoir être accessibles à partir de toutes les filières.

3.2.1.5 La répartition des postes d'internes doit être clarifiée

Actuellement les postes d'internes sont répartis filière par filière au niveau national puis faculté par faculté. Ensuite pour les disciplines non filiarisées, les possibilités de choix dépendent des procédures en vigueur dans les DRASS et des besoins exprimés par les établissements de santé.

En ce qui concerne les procédures de choix, le rapport de l'ONDPS 2004 soulignait : « Les auditions ont confirmé que les politiques régionales de définition de stages validant étaient très variables ».

Pour ce qui est des besoins hospitaliers, le rapport de la mission 2002 « Démographie des Professions de Santé » dénonçait : « Aussi, c'est bien souvent plus les besoins des établissements que les besoins de formation qui sont pris en compte lors de l'affectation des internes dans différents services de spécialité ».

Ainsi la répartition des internes par filière et par région ne s'appuie pas de manière évidente sur des critères qui tiennent compte à la fois des besoins de santé publique et des données démographiques. Elle est plus une réponse aux lobbies qui fondent leur argumentation sur des données partiales et non pas sur des données objectives et stabilisées.

La répartition des postes doit être proposée par une **instance nationale indépendante** capable de définir ses choix à partir des besoins de la population. Cette répartition doit être faite **filière par filière et région par région** selon un **plan quadriennal**. Ce plan quadriennal devra s'appuyer sur les travaux de l'ONDPS et tenir compte des objectifs fixés par la commission régionale de la démographie médicale.

Au sein des facultés, la répartition des postes doit faire intervenir un facteur d'adaptabilité capable de répondre aux objectifs fixés par la commission régionale de la démographie médicale.

3.2.2 Les mesures à prendre pour l'installation

Si la commission a pu prendre connaissance de l'ensemble des dispositions prises pour favoriser l'installation dans des zones démedicalisées, elle a constaté que ces dispositions étaient peu lisibles et donc totalement inconnues des acteurs médicaux, notamment des plus jeunes. L'intérêt et l'efficacité des mesures ne pourront être évalués sans une information large des acteurs concernés dépassant le cadre de quelques initiés.

A côté d'une information adaptée, les mesures proposées pour favoriser l'installation des médecins dans les zones périurbaines et rurales doivent être fondées sur l'attractivité et la fidélisation. Elles doivent donc s'attacher d'une part à toucher les plus jeunes, d'autre part à être réellement pérennes.

3.2.2.1 Informer les futurs médecins des différentes mesures concernant l'installation en zones médicales déficitaires

Une **politique d'information** auprès des facultés de Médecine doit être conduite par le ministre de la Santé pour une diffusion large et régulière des conditions favorisant l'installation dans les zones démedicalisées. Cette information doit être relayée par les collectivités locales – Conseil Régional, Conseil Général, Communauté de Communes – qui pourront apporter des précisions complémentaires tenant à leur propre politique.

Il est essentiel que l'information soit coordonnée afin de la rendre accessible à tous, lisible et utile. Cette information doit parvenir individuellement à chaque étudiant en médecine, à partir de son entrée dans les études médicales en PCEM2. Cette information ne pourra être utilement exploitée que dans la mesure où les étudiants seront sensibilisés, très tôt dans leur cursus de formation, aux problèmes relatifs à la répartition de l'offre de soins sur le territoire national et aux besoins de santé publique.

L'organisation d'un système d'information destiné aux étudiants et aux jeunes professionnels avec un guichet unique d'accès national et des liens vers des sites complémentaires régionaux est une des mesures d'information indispensables.

3.2.2.2 Apporter une aide financière pour les études de médecine aux étudiants s'engageant à exercer en zones déficitaires

La loi n° 2005-197 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux prévoit des indemnités de logement et de déplacement pour les internes de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages en zone déficitaire. Cette loi prévoit des indemnités d'études et de projet professionnel pour les internes s'engageant à exercer au moins 5 ans dans une zone déficitaire.

A une période où le Numerus Clausus doit augmenter et où des lycéens de toutes couches sociales peuvent être intéressés par les études de médecine, il peut être opportun d'élargir cette dernière disposition aux étudiants à partir de la 2^{ème} partie du deuxième cycle des études médicales (DCEM2).

L'objectif est de **fidéliser** pour quelques années les jeunes médecins qui devraient trouver des conditions d'exercice et surtout de vie propice à un engagement pérenne dans les territoires ruraux ou péri-urbains.

3.2.2.3 Favoriser l'installation et le maintien en zone déficitaire

Nous avons vu au chapitre 2.2.2 les différentes mesures qui ont été prises pour favoriser l'installation en zone déficitaire, notamment rurale :

- Offre de service des organismes d'assurance maladie (convention du 12/01/05).
- Aide des collectivités à l'installation ou au maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires.
- Exonération de la taxe professionnelle pendant 2 à 5 ans (loi du 23/02/05).
- Rémunération forfaitaire annuelle prévue par la convention des médecins généralistes en fonction des situations régionales.
- Participation de l'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels au titre de leurs honoraires en fonction du lieu d'installation ou d'exercice.
- L'article 91 de la loi du 13 août 2004 autorise les URCAM à conclure des contrats pour inciter à un exercice regroupé.

Pour être réellement incitatives, les mesures doivent être significatives, pérennes et apporter un bénéfice à la population. Elles doivent aussi dès l'installation, s'accompagner d'une aide à l'exercice. Elles doivent également et surtout, tenir compte du souhait des plus jeunes d'avoir un exercice plus collectif, qui puisse donner accès au salariat, qui permette de développer des relations de travail plus rapprochées avec les structures hospitalières et les plateaux techniques et qui préserve enfin la qualité de vie et la vie de famille.

Ainsi la commission propose quelques mesures essentielles :

- **Incitations financières pérennes** (sans limitation dans le temps) de l'Etat et des collectivités, portant sur la taxe professionnelle, la taxe foncière, les charges fiscales et sociales.
- **Création des conditions d'un exercice regroupé** des professionnels de santé dans les zones déficitaires dans des maisons médicales, assurant une complémentarité de la prise en charge et du suivi des patients :
 - La mise à disposition par les collectivités de **maisons médicales** permettant un exercice regroupé entre professionnels de santé avec un **personnel administratif et de service** dévolu, du **matériel informatique** et l'accès aux moyens de communication modernes avec prise en charge de son entretien.
 - Rendre possible pour les médecins qui le désirent, l'accès à un **exercice salarié** à plein temps ou à temps partiel, dans ces maisons médicales.

L'installation dans une zone non-déficitaire proche d'une zone déficitaire pourrait être tolérée et favorisée dès lors que le médecin accepterait d'exercer pour tout ou partie de son temps, éventuellement en groupe avec les autres médecins installés alentours, dans une maison médicale ou un cabinet secondaire situé au sein de la zone déficitaire. La part des avantages liés à l'installation en zone déficitaire qui serait consentie aux médecins exerçant dans ces conditions serait à déterminer.

3.2.3 Les mesures à prendre pour l'exercice

Pour rendre attractif l'exercice en zone déficitaire, l'ensemble des dispositions à prendre doit être fondé sur quelques grands principes largement exprimés au sein de la commission. Ces principes consistent à :

- Ecarter l'exercice isolé et favoriser l'exercice collectif et en réseaux, entre médecins mais également partagé avec d'autres professionnels de santé.
- Favoriser un exercice diversifié.

- Répondre aux aspirations d'une pratique compatible avec une vie familiale et sociale « normale ».
- Programmer de manière organisée l'éducation à la santé de la population française.

3.2.3.1 Permettre l'exercice en cabinet secondaire

Il est essentiel pour faciliter une permanence médicale dans les zones déficitaires, de permettre à des professionnels de partager des plages horaires d'exercice dans un cabinet secondaire fixe ou mobile. Le décret modifiant le code de déontologie médicale sur ce point est actuellement finalisé. Il va faire l'objet d'une publication prochaine.

3.2.3.2 Permettre le statut de collaborateur associé

Cette disposition a plusieurs avantages significatifs. Elle permettrait, après une période de remplacement ou même en dehors de celui-ci, et en dehors d'une installation qui est une étape d'engagement fort, de connaître l'exercice en zone déficiente rurale notamment, par une activité régulière. Elle peut être attractive pour une activité à temps partiel ou pour des médecins salariés, en complément d'un temps partiel. La féminisation de la profession médicale donne à cette disposition toute sa logique.

3.2.3.3 Favoriser l'exercice à temps partiel des médecins généralistes et spécialistes dans les hôpitaux non universitaires

Les bassins de population en zone rurale doivent pouvoir compter sur un hôpital non universitaire organisé autour de la prise en charge médicale et chirurgicale « généraliste » des patients. Cet hôpital doit devenir la tête de pont de l'organisation de l'offre de soins et doit être relié par la télé-médecine au Centre Hospitalo-Universitaire de référence.

L'exercice à temps partiel des médecins spécialistes et généralistes doit y être favorisé par des conditions statutaires et financières attrayantes.

L'ancrage hospitalier des médecins a de nombreux avantages :

- Diversification de l'activité professionnelle.
- Désenclavement de l'activité.
- Participation à la formation des jeunes médecins en formation dans ces hôpitaux avec un statut de maître de stage hospitalier

3.2.3.4 Universitariser les maisons médicales qui se sont dotées de moyens suffisants pour assurer la formation de jeunes généralistes

Les maisons médicales de zones déficitaires ayant une masse critique suffisante de professionnels et qui se sont organisées en conséquence doivent pouvoir passer convention avec les facultés de médecine pour accueillir des étudiants en DES de médecine générale. L'intérêt est double : apporter un attrait de formation aux médecins exerçant dans ces maisons médicales ; fidéliser les plus jeunes pour un exercice futur dans ces zones déficitaires, peut-être dans un premier temps, sur un statut de collaborateur associé.

3.2.3.5 Permettre un accès à un exercice salarié dans les maisons médicales de zones déficitaires

Cet exercice devrait pouvoir impliquer plusieurs médecins généralistes salariés à temps plein et à temps partiel.

- La structure d'emploi pourrait être une caisse primaire d'assurance maladie, le centre hospitalier de la grande ville la plus proche ou une structure *ad hoc* telle qu'un établissement public ou un groupement d'intérêt public, ou encore une société privée passant convention avec les pouvoirs publics.
- La grille de rémunération serait calquée sur celle en vigueur dans les hôpitaux.
- Il va de soi que les médecins qui souhaiteraient s'installer dans la commune où ils ont commencé à exercer seraient encouragés dans ce projet.

3.2.3.6 Créer une prime au remplacement et supprimer la clause de non-installation dans la zone du médecin remplacé, dans les zones déficitaires

L'objectif est bien de conduire les jeunes médecins à connaître l'exercice en milieu sous-doté et y faciliter leur insertion puis leur exercice. Octroyer au remplaçant en zone déficitaire une prime spécifique peut être une mesure attractive significative. De la même manière, l'extension aux zones déficitaires des facilités accordées aux médecins ruraux et en zone franche pour leur remplaçant lors des congés paraît une mesure d'équité.

3.2.3.7 Inciter les professionnels exerçant en zones déficitaires à collaborer

Cette collaboration doit prendre plusieurs formes :

- **Le transfert de tâches et de compétences** afin que les médecins optimisent leur temps médical. Ils pourraient transférer, sous des conditions précisées dans le rapport Berland d'octobre 2003 de la mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »²⁰ et après évaluation des expérimentations en cours, une partie de leur activité à des professionnels de santé avec lesquels ils partageraient une maison médicale, ou avec lesquels ils collaboreraient au sein de réseaux de prévention et de soins.
- **Les réseaux de soins** dont l'objet est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population. Dans les zones déficitaires notamment, le réseau doit apporter une valeur ajoutée à la pratique des médecins et ne doit pas représenter un frein à l'exercice. Il est donc essentiel de veiller à une bonne définition de l'objectif du réseau et à son évaluation régulière. Il est souhaitable d'identifier et de former de nouveaux acteurs du système de soins que sont les coordonnateurs de réseaux. Il est indispensable de redéfinir la place de chaque acteur du réseau médical et non médical pour assurer efficacité et efficience au système. Le transfert de tâches et de compétence est une étape majeure. Il est essentiel d'accorder un financement pérenne aux réseaux mis en place et dont on aura évalué la performance.

²⁰ Rapport de la mission « transfert de tâches et de compétences », octobre 2003, consultable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf

- Le développement de la **télé médecine** permettant un lien entre les maisons médicales et les cabinets médicaux, les hôpitaux non-universitaires et universitaires, permettant également une gestion conjointe des dossiers médicaux, permettant enfin un accès aux sites d'information médicale pour une mise au jour actualisée des connaissances.

3.2.3.8 Organiser des systèmes de transport des personnes à mobilité réduite

La raréfaction annoncée du temps médical disponible doit inciter à prévoir une optimisation de celui-ci. Il apparaît essentiel d'éviter au médecin de perdre un temps précieux dans les transports. Il convient donc de **favoriser l'accès du patient au médecin**, et non l'inverse. Une réflexion doit être engagée pour favoriser les systèmes de transport des patients à mobilité réduite, de manière collective ou individuelle, vers les cabinets médicaux et les maisons de soins, notamment dans les territoires déficitaires.

3.2.3.9 Organiser la permanence des soins

Un certain nombre de mesures ont été prises dans ce domaine.

L'organisation de la permanence des soins est un élément essentiel de l'engagement à exercer dans une zone déficitaire.

- Il est souhaitable que cette organisation veille à ce que la garde puisse ne pas excéder un jour par semaine et un week-end par mois.
- Des maisons médicales de garde pourraient être créées pour couvrir un territoire désertifié. La permanence des soins téléphonique devrait y être privilégiée, le médecin pouvant être assisté d'une IDE travaillant sous son autorité et formée à un exercice tel que développé dans les **call-centers** en Grande-Bretagne. Cette IDE pourrait exercer en dehors de cette période de garde dans les maisons médicales, en y développant selon l'objectif du transfert de tâches et de compétences, les actions de prévention. Cette collaboration serait là encore dictée par le souci d'éviter tout exercice isolé. La rémunération de la garde devrait comprendre celle du médecin et celle de l'IDE.
- Coordonner les différents systèmes de garde des médecins – pharmaciens – transports.

3.3 *Mise en place d'un dispositif capable d'évaluer l'influence des mesures proposées*

Les mesures proposées ne garantissent pas l'efficacité escomptée a priori. Il serait particulièrement dangereux de s'en contenter sans évaluer leur performance. Il est donc essentiel de prévoir une évaluation régulière de leur diffusion, de leur application, de leur efficacité.

L'évaluation doit être faite au niveau régional, puis au niveau national.

3.3.1 L'évaluation régionale de l'efficacité des mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire

Cette évaluation devrait comporter annuellement :

- une analyse des moyens et actions effectivement mis en œuvre, des difficultés rencontrées ; l'appréciation des acteurs sur les programmes nationaux et outils disponibles ;
- des mesures d'impact intermédiaire ou partiel de ces actions (exemple : nombre de stages effectivement choisis par des étudiants en hôpitaux périphériques, nombre de journées de formation médicale continue suivies) ;
- une évaluation globale des résultats obtenus, par le biais d'un suivi quantitatif et qualitatif de la situation des zones désignées au sein des régions comme en difficulté ou fragiles : nombre de départs et d'arrivées de médecins, situation et ressenti des médecins en activité ;
- une évaluation des comportements des patients, en matière de recours à la permanence des soins, en réponse aux nouvelles dispositions adoptées.

3.3.2 Un premier bilan des résultats à un horizon de quatre ans

Une commission rassemblant tous les acteurs de l'offre de soins, à l'exemple de la commission de la démographie qui s'est réunie à la demande du ministre, devra se réunir pour établir un premier bilan à quatre ans de la situation démographique et des conséquences des mesures prises pour la répartition de l'offre de soins et proposer les mesures nécessaires à la correction des déséquilibres éventuels.

Conclusion

Même si certains territoires sont en souffrance, dans son rapport 2004, l'ONDPS n'a identifié que 86 cantons mal dotés sur 3300 cantons, pour ce qui concernait les soins primaires ; la CNAMTS par une approche un peu différente, n'a retenu que 0,6 % de la population concernée par une vraie difficulté d'accès aux soins et 4,1 % par une fragilité d'accès aux soins.

Ces éléments tendent à montrer que les difficultés de l'accessibilité aux soins primaires ne concernent pas une frange très inquiétante de la population française. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas instruire ce dossier. Cela d'autant moins qu'il faut se garder de commettre les mêmes erreurs que celles du passé et bien avoir à l'esprit que, dans les toutes prochaines années, de nombreux médecins vont partir à la retraite et ne seront pas remplacés. Ainsi le nombre de médecins en France diminuera sensiblement, et sur une très longue période de 20 à 30 ans, la densité médicale diminuera encore plus. On peut craindre ainsi que les zones aujourd'hui en souffrance le seront encore plus, et que d'autres vont les rejoindre.

Il faut rappeler que le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui et que la répartition de ceux-ci n'est pas plus inhomogène qu'il y a 20 ans. Cette répartition a globalement peu changé pour les spécialistes et a plutôt évolué dans le sens d'une meilleure répartition pour les généralistes. Par ailleurs, il faut insister sur le fait que la durée de vie moyenne des femmes et des hommes n'a jamais été aussi longue qu'actuellement. Cet élément doit faire considérer que notre système de soins n'est pas moins performant que ce qu'il était. Ce qui a en revanche changé, c'est la structure d'âge des populations, les modes de prise en charge des pathologies et des patients et le niveau d'exigences des populations en matière sanitaire. En sorte qu'une offre de soins adaptée, au-delà de la densité des professions de santé, doit se concrétiser aujourd'hui par une distribution des capacités diagnostiques et thérapeutiques qui assurent une réponse satisfaisante aux besoins d'une population dont les caractéristiques, les espérances de vie sans incapacité et les attentes sont différentes de ce qu'elles étaient il y a 30 ans.

Il est donc nécessaire de veiller à rendre attractif l'exercice de premier recours dans les zones rurales et péri-urbaines, en considérant toutefois qu'aujourd'hui, 85 % de la population française vit en zone urbaine. Il serait illusoire d'envisager que seules quelques mesures financières sauraient suffire pour attirer les plus jeunes. Il faut d'une part rendre attractif l'exercice professionnel en dehors des avantages financiers, d'autre part permettre une vie sociale et familiale satisfaisante. En cela, l'Etat et les collectivités doivent être assurés qu'il n'y aura pas de couverture médicale totalement satisfaisante du territoire national sans une réflexion plus large sur l'aménagement du territoire.

Il est indispensable également de veiller à une répartition adaptée des ressources soignantes consacrées aux prises en charge plus lourdes.

Il faut aussi souligner que le système de soins ne pourrait pas s'orienter de façon harmonieuse sans que se mette en place une dynamique d'explication et d'apprentissage par les patients de l'usage du système de soins, et pour les futurs professionnels d'une évolution de leur formation.

Quoi qu'il en soit, parmi les mesures proposées, ce sont bien celles qui touchent à l'organisation de la formation qui sont susceptibles de s'inscrire le plus dans la continuité, et assurer ainsi de manière

pérenne un maillage satisfaisant de l'offre de soins médicale en France, car ce sont celles qui donneront la connaissance, le goût et l'envie aux plus jeunes pour un exercice en dehors des grandes agglomérations.

Synthèse des propositions

1. DES OUTILS DE PILOTAGE CLAIREMENT IDENTIFIES

- **Des instances régionales dont le rôle doit être précisé, harmonisé et complémentaire :**
- **Une identification de l'offre de soins** et de son évolution dans les régions par des comités régionaux de la démographie des professions de santé.
- **Une détermination des besoins** de la région par les MRS pour l'exercice libéral, et par les ARH pour les besoins hospitaliers s'appuyant sur les travaux des comités régionaux de la démographie des professions de santé.
- **Une programmation des objectifs régionaux** en matière de démographie médicale par une commission régionale de la démographie médicale rassemblant - comités régionaux de la démographie, - MRS- ARH, - étudiants en formation, - élus du Conseil Régional et du Conseil Général, chargée d'établir un plan quadriennal.
- **Une instance nationale, l'ONDPS, chargée de surveiller l'état de la démographie du pays.**

2. DES MESURES POUR ATTIRER ET FIDELISER DES MEDECINS DANS DES ZONES AUJOURD'HUI DEFICITAIRES.

- **Des mesures à prendre lors de la formation :**
- **Eclairer les étudiants en médecine dès le 2^{ème} cycle des études sur tous les grands champs disciplinaires** notamment la médecine générale, par des stages utilisant toutes les ressources universitaires et non universitaires disponibles.
- **Eclairer les étudiants en médecine au cours du 2^{ème} et du 3^{ème} cycles sur les différents modes d'exercice** en utilisant notamment les hôpitaux non universitaires généraux et locaux et les maisons médicales situées en zones déficitaires.
- Favoriser l'affectation directe d'une enveloppe financière à chaque étudiant, à partir du 2^{ème} Cycle sur le principe de la notion d'**étudiant « sac à dos »**
- Transformer de manière urgente les épreuves classantes nationales (ECN) en **épreuves classantes interrégionales (ECIR)**.
- **Revaloriser la médecine générale** par une formation universitaire adaptée à son exercice.
- **Réviser totalement les filières de formation de l'internat** en substituant aux 11 filières actuelles, 5 filières : médecine, chirurgie, psychiatrie, médecine générale, biologie médicale et recherche bio-médicale.
- **Répartir les postes d'internes, filière par filière et région par région, selon un plan quadriennal** établi par une instance nationale qui tiendra compte des travaux des commissions régionales de la démographie médicale et de ceux de l'ONDPS.

- **Des mesures à prendre pour l'installation**
- **Informier clairement les futurs médecins des mesures incitatives prises** concernant l'installation en zones médicales déficitaires.
- **Proposer une aide financière pour les études de médecine aux étudiants** s'engageant à exercer en zones déficitaires.
- **Apporter une aide financière pérenne de l'état et des collectivités** portant sur la taxe professionnelle, la taxe foncière, les charges fiscales et sociales.
- **Favoriser un exercice regroupé dans des maisons médicales** par la mise à disposition de locaux, d'un matériel informatique et d'un personnel administratif dédié.
- **Des mesures à prendre pour l'exercice.**
- **Permettre l'exercice en cabinet secondaire.**
- **Permettre le statut de collaborateur associé.**
- **Permettre l'accès à un exercice salarié dans les maisons médicales** à plein temps ou à temps partiel pour les médecins qui le désireraient.
- **Favoriser l'exercice à temps partiel dans les hôpitaux non universitaires** des médecins généralistes et spécialistes pratiquant dans les zones déficitaires.
- **Universitariser les maisons médicales des zones déficitaires** qui se sont dotées de moyens suffisants pour assurer la formation de jeunes généralistes.
- **Aider les professionnels exerçant en zones déficitaires à collaborer** au travers des transferts de tâches et de compétences, de la participation à des réseaux de soins et du développement de la télémédecine.
- **Créer une prime au remplacement et supprimer la clause de non installation dans la zone du médecin remplacé dans des zones déficitaires**
- **Organiser des systèmes de transports des personnes à mobilité réduite** afin de favoriser l'accès des patients aux médecins dans les zones déficitaires.
- Organiser la permanence des soins en permettant le développement des **maisons médicales de garde et des call-centers**.

3. METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF CAPABLE D'ÉVALUER L'INFLUENCE DES MESURES PROPOSÉES

- Evaluation régionale annuelle de l'efficacité des mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire.
- Bilan des résultats obtenus à un horizon de 4 ans.

