

N° 335

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire (1), en conclusion des travaux du groupe de travail sur la **présence médicale sur l'ensemble du territoire** (2),*

Par M. Hervé MAUREY,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : M. Raymond Vall, président ; MM. Gérard Cornu, Ronan Dantec, Mme Évelyne Didier, MM. Philippe Esnol, Alain Houpert, Hervé Maurey, Rémy Pointereau, Mmes Laurence Rossignol, Esther Sittler, M. Michel Teston, vice-présidents ; MM. Pierre Camani, Jacques Cornano, Louis Nègre, secrétaires ; MM. Joël Billard, Michel Billout, Jean Bizet, Vincent Capo-Canellas, Yves Chastan, Philippe Darniche, Marcel Deneux, Michel Doublet, Jean-Luc Fichet, Jean-Jacques Filleul, Alain Fouché, Francis Grignon, Mme Odette Herviaux, MM. Benoît Huré, Daniel Laurent, Alain Le Vern, Jean-François Mayet, Stéphane Mazars, Robert Navarro, Charles Revet, Roland Ries, Yves Rome, Henri Tandonnet, André Vairetto, René Vestri.*

(2) *Ce groupe de travail est composé de : M. Jean-Luc Fichet, président ; M. Hervé Maurey, rapporteur et MM. Joël Billard, Pierre Camani, Jacques Cornano, Ronan Dantec, Mme Evelyne Didier, MM. Alain Fouché, Alain Houpert, Benoît Huré, Jean-François Mayet, Rémy Pointereau, Charles Revet, Yves Rome, Henri Tandonnet, Michel Teston.*

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	7
I. LES INÉGALITÉS DANS LA RÉPARTITION TERRITORIALE DE L’OFFRE DE SOINS TENDENT À S’ACCROÎTRE	8
A. LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EST DISPARATE ET PROBLÉMATIQUE	8
1. <i>Globalement, la démographie des professions de santé est suffisante</i>	8
2. <i>Les écarts de densité départementaux varient de un à deux pour les médecins généralistes</i>	10
3. <i>Ces écarts sont encore plus importants pour les médecins spécialistes et les autres professions de santé</i>	11
4. <i>Les inégalités sont encore plus fortes au niveau infra-départemental</i>	14
B. L’ACCÈS AUX SOINS EST TROP SOUVENT DIFFICILE POUR LES CITOYENS	17
1. <i>Les critères d’accessibilité géographique font apparaître de véritables déserts médicaux</i>	17
2. <i>Les temps d’attente tendent à s’allonger</i>	19
3. <i>Les conditions financières d’accès aux soins sont aggravantes</i>	20
4. <i>Ces disparités ont des conséquences en termes d’inégalités de santé</i>	21
C. LES PERSPECTIVES D’ÉVOLUTIONS SPONTANÉES SONT INQUIÉTANTES	22
1. <i>La demande de soins de la population tend à augmenter</i>	22
2. <i>Les projections de la démographie médicale sont défavorables à moyen terme</i>	23
3. <i>Le temps d’exercice médical effectivement disponible tend à se réduire</i>	25
4. <i>Les critères du choix du lieu d’installation sont défavorables aux zones fragilisées</i>	26
II. LES DISPOSITIFS EXISTANTS SONT INSUFFISANTS POUR REMÉDIER À CETTE SITUATION	28
A. LES MESURES STRUCTURELLES ONT UNE PORTÉE ENCORE TROP LIMITÉE	28
1. <i>La planification régionale de l’offre de soins</i>	28
2. <i>La nouvelle organisation de la permanence des soins</i>	29
3. <i>Le soutien au développement des maisons et pôles de santé</i>	31
4. <i>Les dispositifs de régulation à l’installation de certaines professions de santé</i>	32
B. LES MESURES INCITATIVES N’ONT PAS EU D’EFFET DÉCISIF	35
1. <i>Les exonérations fiscales et sociales financées par l’État pour l’installation dans certaines zones</i>	35
2. <i>Les incitations à l’installation en zones sous-dotées financées par l’assurance maladie</i>	35
3. <i>Le contrat d’engagement de service public</i>	37
4. <i>Les aides financées par les collectivités territoriales</i>	38
III. DES MESURES PLUS VOLONTARISTES SONT INDISPENSABLES	46
A. ADAPTER LES ÉTUDES DE MÉDECINE	46
1. <i>Modifier les critères de sélection pour l’accès aux études de santé</i>	46
2. <i>Diversifier l’enseignement dispensé aux étudiants</i>	47
3. <i>Rendre obligatoires les stages en médecine générale et faciliter les conditions d’accueil des étudiants</i>	50

4. Organiser au niveau régional les épreuves classantes en fonction des besoins de chaque région.....	52
5. Mettre en place une année professionnalisante pour les étudiants en médecine générale dans les zones fragilisées	53
B. METTRE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE TERRITORIALE UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS.....	54
1. Territorialiser la lutte contre les déserts médicaux.....	54
2. Favoriser la coopération et la délégation entre les différentes professions de santé.....	54
3. Favoriser l'exercice regroupé pluriprofessionnel.....	56
4. Rémunérer différemment les médecins.....	57
5. Favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins	58
6. Développer des formes de médecine salariée.....	59
7. Encourager le développement de la télémédecine.....	61
C. CLARIFIER ET PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS FINANCIERS EXISTANTS	62
1. Réorienter les moyens disponibles vers les aides financières les plus pertinentes.....	62
2. Faire des agences régionales de santé le point d'entrée unique des aides financières	62
D. MIEUX RÉGULER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	63
1. Étendre aux médecins le conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation.....	65
2. Instaurer une obligation de service pour les médecins spécialistes en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées.....	66
3. Informer les étudiants en médecine de l'éventualité d'instaurer une obligation pour les médecins généralistes d'exercer en zone sous-dotée en début de carrière.....	68
CONCLUSION	69
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DU RAPPORT.....	71
TRAVAUX DE LA COMMISSION	75
I. AUDITION DE MME MARISOL TOURAINE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ.....	75
II. AUDITION DE MME CÉCILE DUFLOT, MINISTRE DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT	85
III. EXAMEN DU RAPPORT	95
ANNEXE I LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	107
ANNEXE II DÉPLACEMENTS DU GROUPE DE TRAVAIL	111
ANNEXE III ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE.....	113
ANNEXE IV RÉPONSES DES MÉDECINS AU QUESTIONNAIRE.....	119

Mesdames, Messieurs,

Alors que le nombre total de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, l'on assiste ces dernières années à la formation de zones sous-médicalisées dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes. Ces « déserts médicaux », ainsi qu'il est convenu de les qualifier, correspondent souvent à des espaces ruraux, mais aussi à certaines villes moyennes ou à des zones périurbaines.

L'accès à la santé fait partie des services indispensables qui conditionnent l'attractivité d'un territoire. Cette carence de la présence médicale pose donc un **problème majeur d'égalité des territoires**, en générant des situations inacceptables qui menacent l'existence même de certains d'entre eux. Elle pose aussi et surtout un **problème d'égalité entre les citoyens**. Les déserts médicaux apparaissent contraires au **principe de protection de la santé qui est garanti à tous par le préambule de la Constitution de 1946**.

Afin de répondre à ce défi, la **commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire** a décidé de consacrer au sujet de la présence médicale sur l'ensemble du territoire le premier groupe de travail qu'elle a mis en place après sa création. Composé de manière pluraliste de seize sénateurs issus des différents groupes politiques du Sénat, ce groupe de travail, constitué au mois de juin 2012, s'est donné comme objectifs d'examiner l'étendue du problème, d'évaluer l'efficacité des dispositifs visant à y remédier, et de faire émerger les solutions qui pourraient lui être apportées.

Le groupe de travail a pu s'appuyer sur des rapports parlementaires¹ qui ont été consacrés à cet inquiétant phénomène, et surtout sur un **important travail mené pendant huit mois** :

¹ - *Rapport d'information Sénat n°14 – Session ordinaire 2007-2008 – « Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? » – Jean-Marc Juilhard.*

- *Rapport d'information Assemblée nationale n°1132 – Treizième législature – « Conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire » – Marc Bernier.*

- *Rapport d'information Assemblée nationale n°1205 – Treizième législature – « Rapport d'information sur la permanence des soins » – Philippe Boënnec.*

- *Rapport d'information Sénat n°600 – Session ordinaire 2010-2011 – « Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre » – Marie-Thérèse Bruguière.*

- *Rapport Assemblée nationale n°401 sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire – Quatorzième législature – Philippe Vigier.*

– une quarantaine d’auditions afin d’entendre l’ensemble des acteurs concernés : ordres professionnels, syndicats médicaux et étudiants, associations d’élus, associations de consommateurs, universitaires, membres de la Cour des Comptes, représentants des administrations sanitaires, gestionnaires des caisses d’assurance maladie, etc... ;

– des déplacements en région, dans le Finistère, et à l’étranger, en Allemagne ;

– un espace participatif mis en place sur la page du groupe de travail sur le site internet du Sénat, qui a permis de recueillir plus d’une cinquantaine de contributions émanant de médecins généralistes et spécialistes, d’étudiants en médecine, d’autres professionnels de santé, d’élus locaux et de simples citoyens. Des questionnaires ont également été diffusés par certains membres du groupe de travail auprès des médecins de leur département ;

– les auditions, par la commission du développement durable en son entier, des deux ministres concernées : Cécile Duflot, chargée de l’égalité des territoires, et Marisol Touraine, chargée des affaires sociales et de la santé.

Les membres du groupe de travail ont apprécié la qualité et l’intérêt des échanges qu’ils ont eu avec les personnalités auditionnées, auxquelles ils renouvellent leurs remerciements pour leur participation à leurs travaux. Ils tiennent à rendre hommage aux des professionnels de santé, et tout particulièrement aux médecins qui agissent quotidiennement dans des conditions souvent difficiles, avec compétence et un sens aigu de leur lourde responsabilité, celle de prendre en charge le bien le plus précieux de leurs concitoyens : la santé.

Le présent rapport d’information vise donc à évoquer sans tabou la problématique des déserts médicaux et tenter d’y apporter des réponses pragmatiques, dans l’intérêt des territoires et de leurs habitants, et plus largement pour satisfaire à l’intérêt général. Après avoir dressé le constat et les perspectives en la matière (I), et relevé l’insuffisance des dispositifs existants (II), ce rapport présentera les mesures volontaristes qu’il suggère (III).

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Président :

M. Jean-Luc FICHET, Sénateur du Finistère (SOC)

Rapporteur :

M. Hervé MAUREY, Sénateur de l'Eure (UDI-UC)

Membres :

M. Joël BILLARD, Sénateur d'Eure-et-Loir (UMP)

M. Pierre CAMANI, Sénateur de Lot-et-Garonne (SOC)

M. Jacques CORNANO, Sénateur de la Guadeloupe (SOC)

M. Ronan DANTEC, Sénateur de la Loire-Atlantique (ECOLO)

Mme Evelyne DIDIER, Sénatrice de la Meurthe-et-Moselle (CRC)

M. Alain FOUCHÉ, Sénateur de la Vienne (UMP)

M. Alain HOUPERT, Sénateur de la Côte d'Or (UMP)

M. Benoît HURÉ, Sénateur des Ardennes (UMP)

M. Jean-François MAYET, Sénateur de l'Indre (UMP)

M. Rémy POINTEREAU, Sénateur du Cher (UMP)

M. Charles REVET, Sénateur de la Seine-Maritime (UMP)

M. Yves ROME, Sénateur de l'Oise (SOC)

M. Henri TANDONNET, Sénateur de Lot-et-Garonne (UDI-UC)

M. Michel TESTON, Sénateur de l'Ardèche (SOC)

I. LES INÉGALITÉS DANS LA RÉPARTITION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS TENDENT À S'ACCROÎTRE

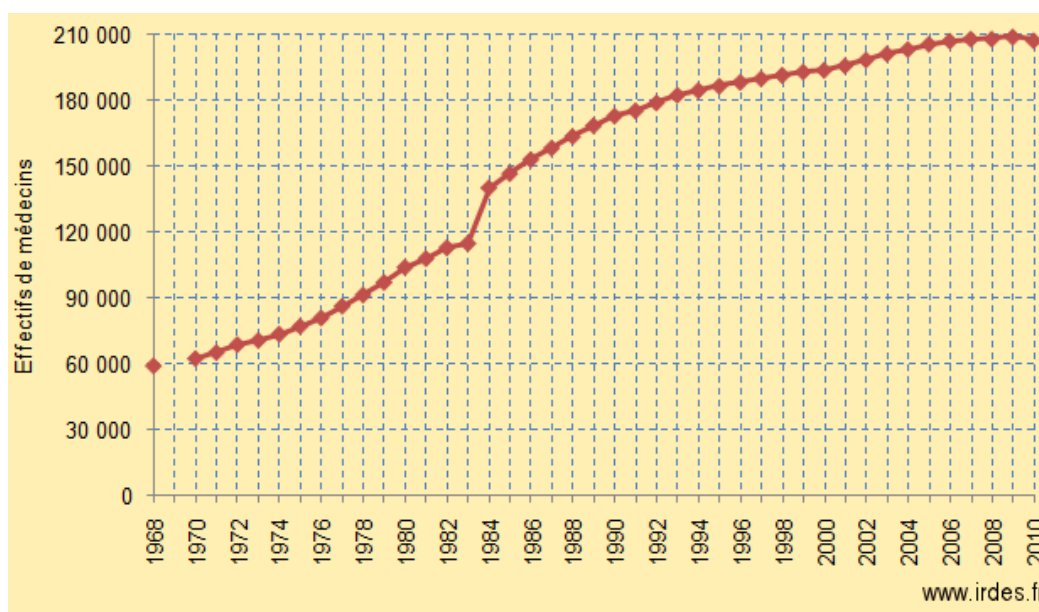
Alors que la répartition disparate sur le territoire des professionnels de santé rend plus difficile l'accès aux soins pour les citoyens, les évolutions prévisibles ne laissent pas espérer d'amélioration spontanée.

A. LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EST DISPARATE ET PROBLÉMATIQUE

1. Globalement, la démographie des professions de santé est suffisante

La pénurie actuellement ressentie de professionnels de santé dans certaines zones du territoire nationale recouvre, paradoxalement, une **démographie historiquement abondante** au niveau national. Alors que le pays compte quelque 200 000 médecins aujourd'hui, il n'en comptait que 100 000 en 1980, époque où le manque de médecins ne se ressentait pas.

Évolution des effectifs l'ensemble des médecins de 1968 à 2010



Les effectifs de la plupart des professions de santé font aujourd'hui l'objet de quotas d'entrée en formation. Les étudiants en médecine ont été les premiers concernés par le *numerus clausus* instauré dès 1971. Celui-ci a été fixé initialement à 8 500 étudiants admis en deuxième année, alors que les dernières promotions avant son instauration étaient deux fois plus nombreuses.

Puis il a été progressivement réduit à partir de la fin des années 1970, en raison des craintes relatives à une possible « pléthore médicale ». Inspiré par le souci de maîtriser les dépenses de santé en exerçant une contrainte sur l'offre de soins, **le numerus clausus des médecins a atteint son plancher en 1993, au niveau de 3 500, avant de remonter progressivement, puis de manière plus nette depuis 2002. Il a été fixé à 8 000 pour 2012.**

Depuis leur mise en place, le *numerus clausus* pour les pharmaciens et les quotas pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ont évolué parallèlement. Si les tendances sont les mêmes que pour les médecins, elles sont cependant moins marquées. Dans l'ensemble, la démographie des professions de santé a été dynamique au cours des quinze dernières années.

Évolution 1996-2010 des principales professions de santé

	1996	2010	Taux de croissance annuel
Professions médicales			
Médecins	174727	213592	1,35
Pharmaciens	53234	73332	2,16
Chirurgiens-dentistes	40346	41984	0,27
Sages-femmes	13888	20293	2,56
Professions paramédicales de soins			
Infirmiers	300948	509106	3,57
Infirmiers psychiatriques	56083	36525	-2,82
Professions de rééducation et réadaptation			
Ergothérapeutes	1725	7510	10,30
Masseurs-kinésithérapeutes	50835	71695	2,32
Orthophonistes	13344	10054	2,75
Orthoptistes	2115	3368	3,15
Pédicures-podologues	8285	11506	2,21
Psychomotriciens	1797	7777	10,26

Source : Adeli / Observatoire de la FEHAP et CNDP

Avec une densité moyenne de 330 médecins pour 100 000 habitants, la France se classait en 2010 au 14ème rang des trente-quatre pays membres de l'OCDE, la Grèce étant la mieux dotée, avec 610 médecins pour 100 000 habitants, et le Chili le moins bien doté, avec une densité moyenne de 140. La densité médicale de la France se situe au dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, qui est de 310 médecins pour 100 000 habitants.

Le problème n'est donc pas celui du nombre des médecins ou des autres professions de santé, mais celui de leur répartition sur le territoire.

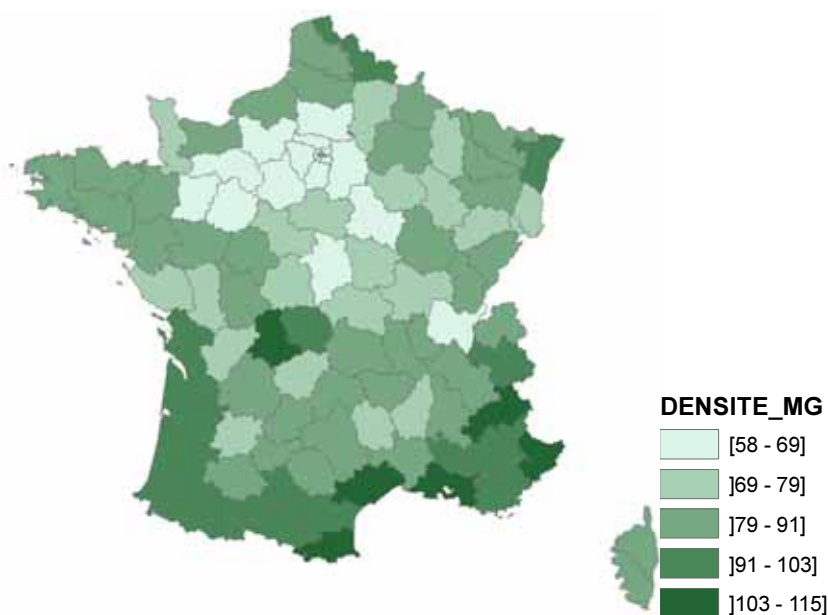
2. Les écarts de densité départementaux varient de un à deux pour les médecins généralistes

Les inégalités de répartition géographique des médecins entre régions sont importantes, même si elles tendent à se réduire. En 1990, la majeure partie de la moitié Nord du pays se démarquait du Sud par des densités en médecins inférieures d'au moins 15 % à la densité moyenne nationale. L'Île-de-France, l'Alsace, la Lorraine et la Bretagne faisaient exception. En 2012, la distinction Nord-Sud reste présente, mais est nettement moins marquée et seules cinq régions de la moitié Nord conservent des densités inférieures à 15 % de la moyenne nationale : les Pays-de-la-Loire, le Centre, la Haute-Normandie, la Picardie et la Champagne-Ardenne.

Toutefois, la plupart des régions ne sont pas homogènes et comportent des départements plus ou moins denses en médecins. **Les écarts de densité sont en fait beaucoup plus sensibles au niveau départemental que régional.**

Pour les médecins généralistes, la densité départementale était en 2011 en moyenne de 138,9 pour 100 000 habitants. Presqu'un département sur deux présente une densité inférieure à la moyenne. **La densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure, à 226,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Paris.** La carte ci-après retrace les variations des densités départementales.

Densité par départements des médecins généralistes en 2011



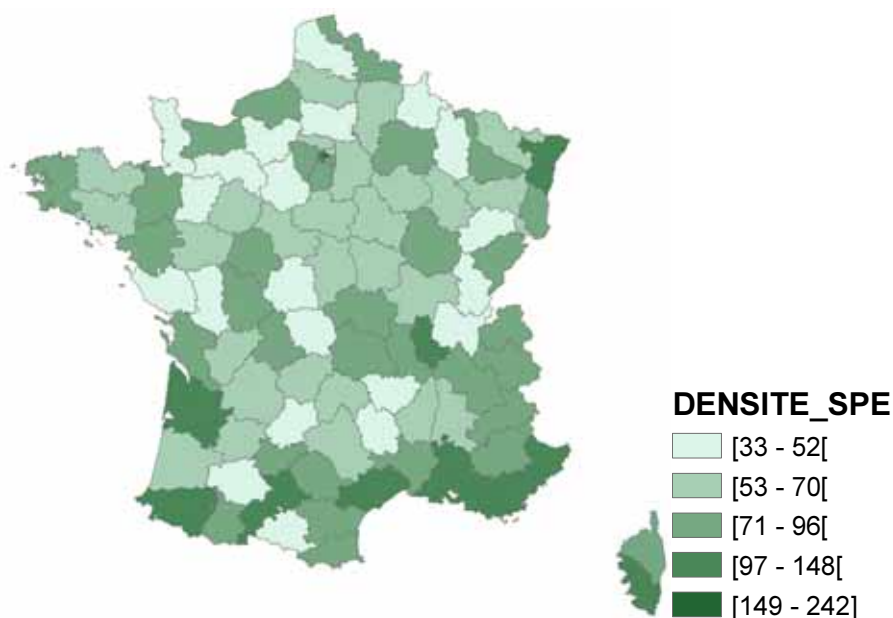
Source : SNIR / CNAMTS

La densité de médecins généralistes est particulièrement importante sur le littoral atlantique, dans le quart Sud Ouest du pays, le long de la côte méditerranéenne et dans les Alpes. Dans la moitié Nord de la France, elle est partout faible sauf dans les départements les plus urbanisés. L'essentiel des départements du Grand Bassin Parisien connaît des densités très faibles, à l'exception, bien sûr, de Paris et de la première couronne. Plus on va vers le Sud, plus les densités s'élèvent. La répartition des médecins généralistes est à la fois urbaine et littorale.

3. Ces écarts sont encore plus importants pour les médecins spécialistes et les autres professions de santé

Pour les médecins spécialistes, la densité départementale était en 2011 en moyenne de 137,3 pour 100 000 habitants. Un département sur deux présente une densité inférieure à la moyenne, et un tiers une densité supérieure à la moyenne nationale. La densité varie de 64,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans la Haute-Loire, à 501,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Paris, soit un écart presque de 1 à 8, quand il est de 1 à 2 seulement pour les médecins généralistes. La carte ci-après retrace les variations des densités départementales.

Densité par départements des médecins spécialistes libéraux en 2007



Source : SNIR / CNAMTS

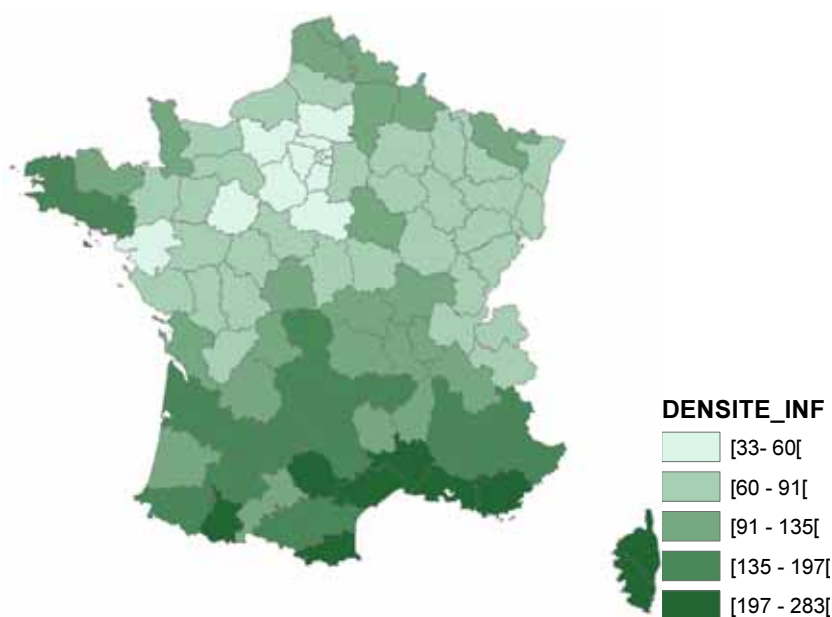
A l'exception des départements incluant des villes universitaires dans la moitié Nord et dans le centre du pays, les départements de fortes densités sont ceux du littoral atlantique et surtout du Midi, de Bordeaux à Nice. Au Sud

d'une ligne La Rochelle Thonon-les-Bains, on ne retrouve que quelques départements de faible densité. A l'inverse, des régions entières de la moitié Nord sont marqués par de faibles densités : la Champagne-Ardenne, la Haute Normandie, la Picardie. Plus encore que pour les généralistes, la concentration urbaine est la règle et tout particulièrement dans les plus grandes villes, capitales régionales siège de facultés de médecine. Au Nord, à part les Yvelines, tous les départements de fortes densités en spécialistes libéraux sont dotés de CHU. Ce n'est pas le cas dans la moitié Sud du pays, où l'on compte aussi des départements denses bien que dépourvus de CHU.

La répartition territoriale des autres professions de santé fait apparaître le même tropisme vers le Sud, les littoraux et les grandes villes. **Surtout, l'on constate que les écarts de densités entre départements sont également plus marqués pour ces professions que pour les médecins généralistes.**

Ainsi, alors que la densité départementale des **infirmiers libéraux** est de 105 pour 100 000 habitants en moyenne nationale, elle varie de 283 en Haute-Corse à 34 dans les Hauts-de-Seine, **soit un rapport de 1 à 9.**

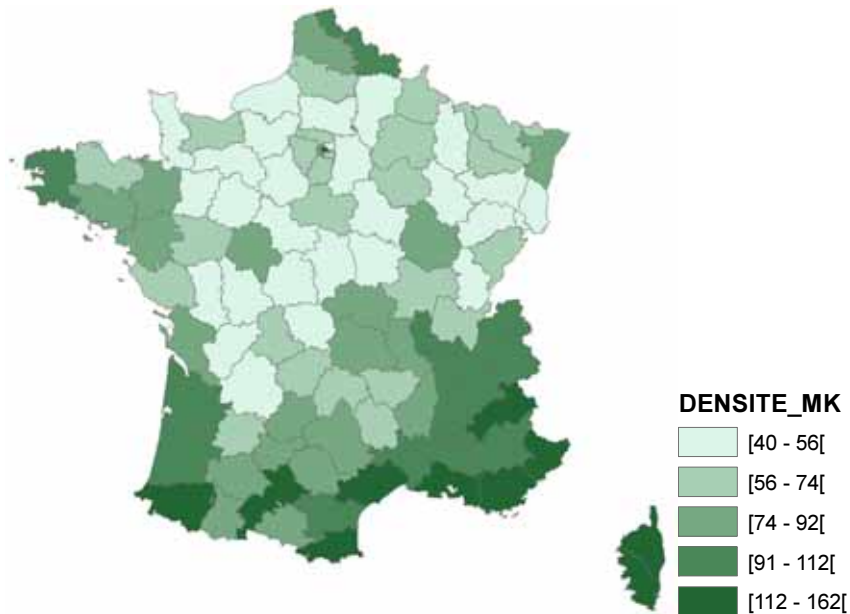
Densité par départements des infirmiers libéraux en 2011



Source : SNIR / CNAMTS

De même, alors que la densité départementale des **masseurs-kinésithérapeutes** est de 82 pour 100 000 habitants en moyenne nationale, elle varie de 162 dans les Hautes-Alpes à 40 dans l'Indre, soit un rapport de 1 à 4.

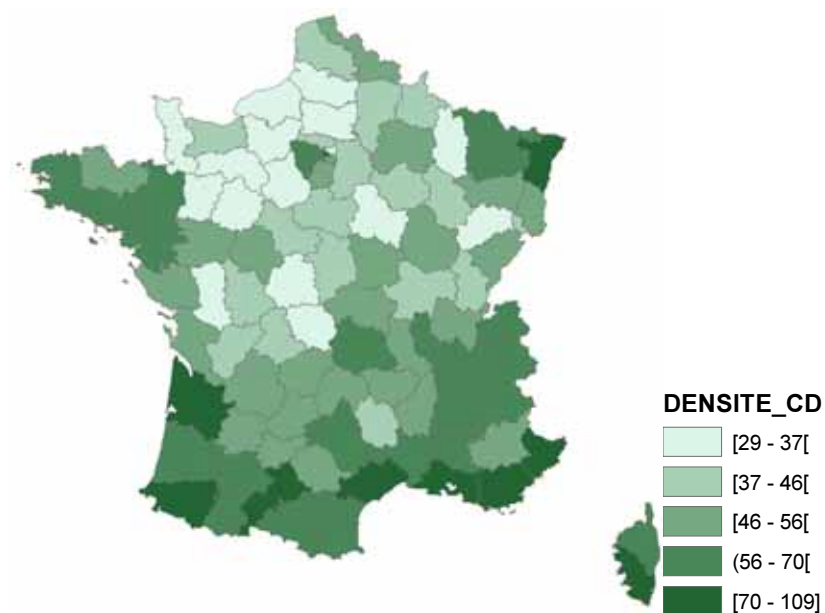
Densité par départements des masseurs-kinésithérapeutes en 2011



Source : SNIR / CNAMTS

Dernier exemple, alors que la densité départementale des **chirurgiens-dentistes** est de 57 pour 100 000 habitants en moyenne nationale, elle varie de 109 à Paris à 29 dans la Creuse, soit un rapport de 1 à 3.

Densité par départements des chirurgiens-dentistes en 2011



Source : SNIR / CNAMTS

Ces importantes inégalités de répartition territoriale ont d'ailleurs motivé, comme on le verra plus loin, la mise en place pour certaines de ces professions de santé de dispositifs de régulation par le conventionnement sélectif avec l'assurance maladie, les possibilités d'installation conventionnée se trouvant très restreintes dans les zones sur denses.

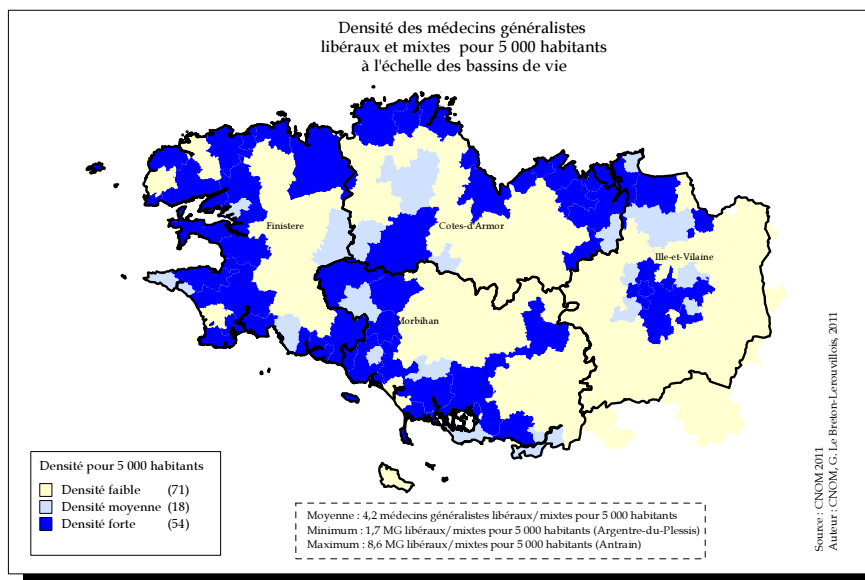
4. Les inégalités sont encore plus fortes au niveau infra-départemental

Les analyses précédentes ne suffisent pas pour identifier précisément la localisation des déserts médicaux. **En effet, même un département bien pourvu en professionnels de santé par rapport à la moyenne nationale peut comporter des zones sous denses.** Ainsi, les Alpes-Maritimes, qui est l'un des départements les mieux dotés en quasiment toutes les professions de santé, voient celles-ci géographiquement concentrées sur les quinze kilomètres de la bande littorale, l'arrière pays correspondant à un authentique désert médical. **Il y a donc des déserts médicaux dans quasiment tous les départements.**

Il convient donc de descendre à un niveau d'analyse infra-départemental. Le niveau qui semble le plus pertinent est celui des **bassins de vie**, définis comme les plus petits territoires au sein desquels les populations ont accès à la fois à l'emploi et aux équipements de la vie courante. Parmi ces derniers, figurent les équipements de santé : médecins, infirmiers, pharmacies, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, ambulances, maternités, urgences, hôpitaux de court, moyen et long séjour.

Les deux cartes ci-après, établies par le conseil national de l'Ordre des médecins sur la base de données 2011, font apparaître les différences de densité des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie dans les régions Bretagne et Haute-Normandie. Il en ressort clairement que la répartition territoriale de cette profession essentielle, car pivot de l'organisation des soins de premier recours, n'est absolument pas homogène à l'intérieur des limites départementales.

Densité par bassins de vie des médecins généralistes en Bretagne



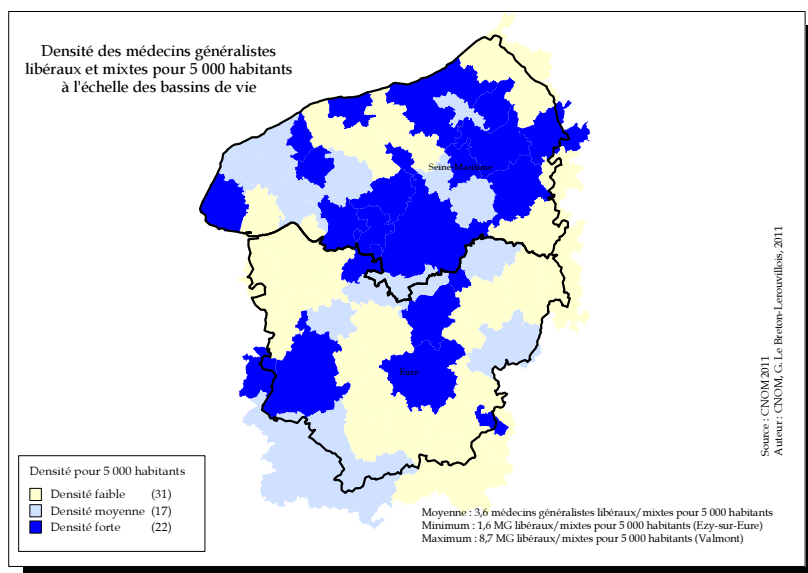
Source : CNOM 2011

La région Bretagne recense 143 bassins de vie dont la densité des médecins généralistes libéraux ou d'exercice mixte se décompose de la manière suivante :

- Un bassin de vie sur deux se caractérise par une densité faible, inférieure à la moyenne ;
- 13 % des bassins de vie bretons se situent dans la moyenne de 4,2 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants ;
- 38 % des bassins de vie enregistrent une densité supérieure à la moyenne.

Le bassin de vie d'Antrain a la spécificité d'avoir la plus forte densité médicale sur son territoire (8,6 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants).

Densité par bassins de vie des médecins généralistes en Haute-Normandie



Source : CNOM 2011

La région Haute-Normandie recense 70 bassins de vie dont la densité des médecins généralistes libéraux d'exercice mixte se décompose de la manière suivante :

– 44 % ont une densité faible. Le bassin de vie d'Ezy-sur-Eure recense la plus faible densité sur son territoire (1,6 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants).

– 24 % des bassins de vie se situent dans la moyenne de 3,6 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants.

– 32 % des bassins de vie enregistrent une densité supérieure à la moyenne.

Le bassin de vie de Valmont se distingue des autres bassins de vie par une densité de 8,7 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants.

A un niveau encore plus fin que le bassin de vie, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces zones, dites « déficitaires » ou « fragiles », conditionnent le bénéfice de certains dispositifs d'aide financés par l'assurance maladie. Sur la base des règles fixées par un arrêté du 21 décembre 2011 et précisées par une instruction ministérielle du 4 janvier 2012, les ARS ont chacune développé leur méthodologie de détermination de ces zones.

B. L'ACCÈS AUX SOINS EST TROP SOUVENT DIFFICILE POUR LES CITOYENS

1. Les critères d'accessibilité géographique font apparaître de véritables déserts médicaux

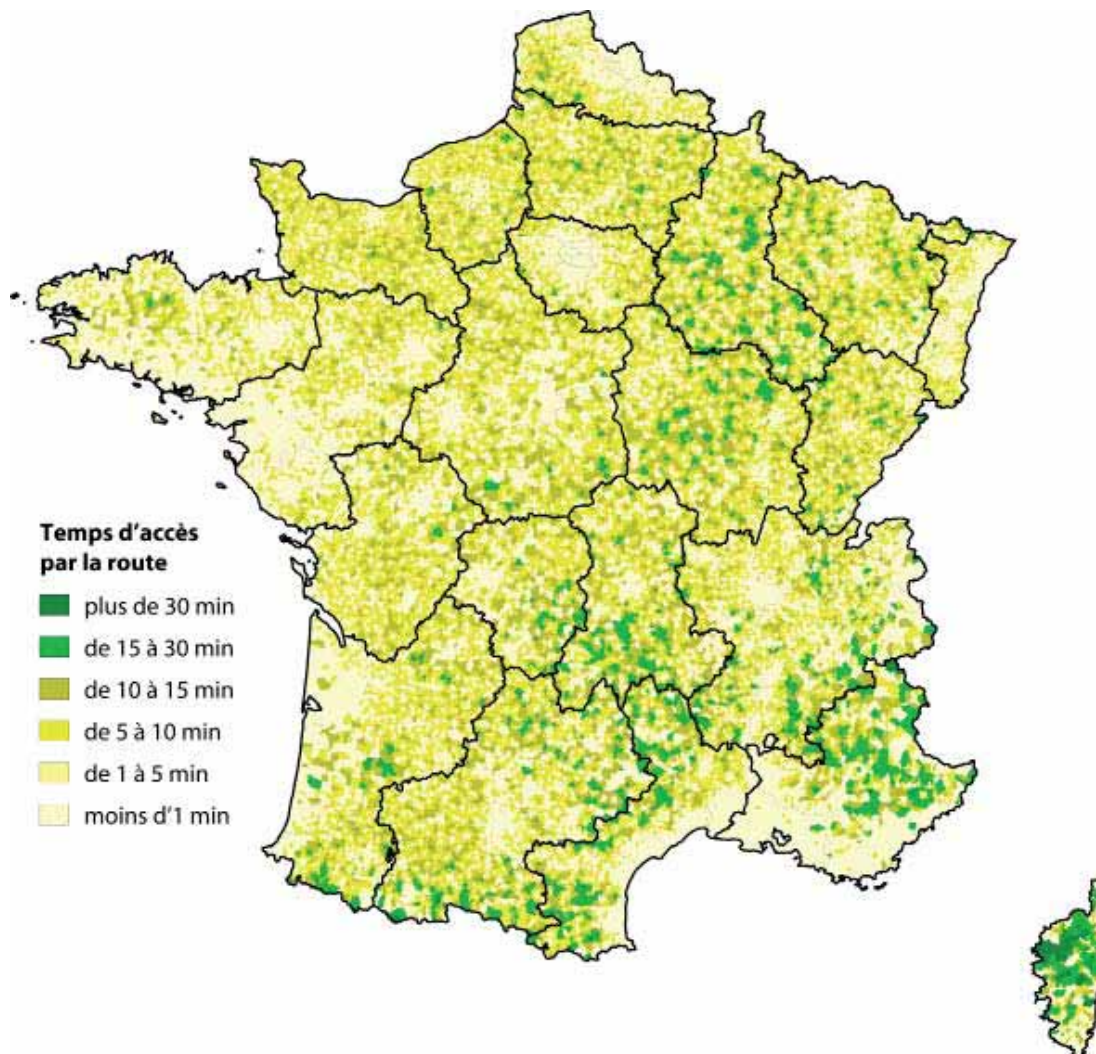
La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a introduit la notion d'accessibilité géographique dans la définition même des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé a consacré en juin 2011 une étude aux distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Celle-ci fait apparaître que **95 % de la population a accès en moins de quinze minutes à des soins de proximité**, fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux.

En ce qui concerne les seuls médecins généralistes, une proportion de 84 % de la population dispose d'au moins l'un d'entre eux dans sa commune de résidence. **Moins de 1 % de la population, vivant dans 4 % des communes françaises, se trouve à plus de quinze minutes de trajet d'un médecin généraliste en 2007. Cela concerne environ 600 000 personnes** vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses et à faibles densités de population, qui cumulent d'ailleurs l'éloignement aux autres équipements et services.

Trois régions sont plus affectées que les autres : la Corse, la Champagne-Ardenne et l'Auvergne, avec respectivement 11 %, 2 % et 1,5 % de leur population à plus de quinze minutes d'un médecin généraliste. Ces mêmes régions cumulent l'éloignement aux soins de proximité et aux spécialistes libéraux. Ainsi, en Corse, Auvergne ou Limousin, 20 % des habitants résident à plus de trente minutes en voiture du spécialiste le plus proche.

Temps moyen d'accès au médecin généraliste au 1er janvier 2007



Source : SNIIRAM / CNAMTS

La même étude fait apparaître que la plupart des **médecins spécialistes libéraux** et les équipements médicaux les plus courants (scanners et IRM) sont accessibles en moyenne en moins de vingt minutes de route. **Et 95 % de la population peut accéder aux soins hospitaliers courants en moins de quarante-cinq minutes**, les trois quarts en moins de vingt-cinq minutes.

La DREES a affiné ces résultats en publiant en mars 2012 une étude de « l'accessibilité potentielle localisée » aux médecins généralistes libéraux. Cet indicateur local, qui tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande, est calculé au niveau de chaque commune, mais

considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

En 2010, « l'accessibilité potentielle localisée » est, en moyenne nationale, de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, mais elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5 % de la population ayant l'accessibilité la plus faible.

On peut considérer les résultats de ces deux études comme satisfaisants pour 95 % de la population. **Il n'en demeure pas moins un réel problème d'accessibilité aux soins pour les 5 % restants, qui représentent quand-même plus de trois millions d'habitants.**

Surtout, la mesure des temps d'accès n'est pas la variable la plus pertinente. La disponibilité effective des médecins, c'est-à-dire le temps d'attente pour obtenir une consultation, est dans les faits plus importante.

2. Les temps d'attente tendent à s'allonger

Selon les données de l'assurance maladie, alors que le délai d'attente pour consulter un médecin généraliste n'est en moyenne que de 4 jours, il est de 103 jours pour un ophtalmologiste, 51 jours pour un gynécologue et de 38 jours pour un dermatologue.

Ces chiffres sont corroborés par l'étude sur l'accès aux soins rendue publique au mois d'octobre 2012 par l'UFC Que choisir. Cette association de consommateurs a procédé à une campagne d'appels auprès de pédiatres, d'ophtalmologistes et de gynécologues afin d'établir des délais d'attente vérifiés auprès de ces trois catégories de médecins spécialistes.

Le délai d'attente, pour un rendez-vous signalé comme non urgent, varie entre 18 jours pour voir un pédiatre, 40 jours pour un rendez-vous chez un gynécologue et 133 jours pour un ophtalmologiste, soit près de quatre mois et demi. Les délais d'attente maximum peuvent dépasser très largement ces moyennes. Dans 10 % des cas, il a fallu attendre plus de neuf mois pour un ophtalmologiste et plus de trois mois et demi pour un gynécologue. L'étude de l'UFC Que choisir cite le cas de la ville de Châteauroux, dans l'Indre, où deux des sept ophtalmologistes en secteur 1 avaient déjà rempli au mois d'octobre 2012 leur carnet de rendez-vous pour toute l'année 2013, et n'acceptaient de nouveaux rendez-vous qu'à partir de février ou avril 2014, **soit dix-huit mois de délai d'attente.**

Une habitante de Neufchâteau, dans les Vosges, témoigne ainsi sur l'espace contributif proposé par le groupe de travail sur le site internet du Sénat : *« J'habite depuis deux ans dans cette ville et j'ai l'impression d'être au moyen-âge au point de vue santé. Aucun rendez-vous possible chez les deux ophtalmologues, qui refusent les nouveaux clients, aucune consultation*

externe à l'hôpital. Je suis diabétique et ai besoin d'un fond d'œil et d'un contrôle de la vue tous les ans ».

Un autre témoignage est livré sur l'espace contributif par une habitante de Colombes, dans les Hauts-de-Seine : *« J'ai la chance d'habiter à moins de dix minutes d'un CHU. Pourtant, je connais de grosses difficultés pour accéder à des soins de premier recours : très peu de généralistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres... sur Colombes, qui est pourtant une ville de taille importante. Quand on en trouve un qui prend encore des patients, les seuls rendez-vous proposés sont incompatibles avec une activité professionnelle : or, comment emmener son enfant chez le pédiatre ou le généraliste à 15h00 un jeudi quand ses deux parents travaillent ? J'ai la chance d'avoir un véhicule et je me déplace donc dans les communes avoisinantes, mais qu'en est-il de la proximité de la médecine et des soins de premier recours ? Faut-il aller au CHU pour une simple angine ? »*

Cette situation est extrêmement préoccupante, car elle peut priver les patients des soins dont ils ont besoin, ou retarder ceux-ci, au risque de mettre gravement en danger la santé des personnes concernées.

3. Les conditions financières d'accès aux soins sont aggravantes

L'accès des patients aux soins peut également être entravé par une barrière financière dans certaines zones qui ne sont pas à proprement parler sous médicalisées, mais où le secteur 2 est très majoritaire, voire exclusif pour certaines spécialités. Les personnes qui ne peuvent pas payer de dépassements, ou qui ne disposent pas d'assurance complémentaire santé, peuvent alors se retrouver dans un désert médical relatif, en dépit d'une abondance apparente de praticiens.

Ainsi, l'étude de l'UFC Que Choisir précitée a analysé l'impact des dépassements d'honoraires pour l'accessibilité à trois catégories de spécialistes : les pédiatres, les gynécologues et les ophtalmologistes. L'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins apparaît relativement limité pour les pédiatres, 70 % d'entre eux exerçant au tarif de la sécurité sociale : pour cette spécialité, 17,8 millions de personnes vivent dans un désert médical si l'on ne prend en compte que le secteur 1, contre 11,9 millions si l'on considère tous les tarifs.

Pour les gynécologues et les ophtalmologistes, la conséquence des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins est massive : la proportion des Français vivant dans un désert médical est alors multipliée par près de quatre. Cela s'explique par le fait que moins de la moitié (46 %) de ces spécialistes exercent en secteur I. Ainsi, alors que 9 millions de personnes vivent dans un désert médical pour l'accès au gynécologue au regard du seul critère géographique, elles sont 34,2 millions dans ce cas si l'on intègre les critères géographique et financier, soit 54 % de la population totale. De même, 8,5 millions de personnes vivent dans un désert médical pour l'accès à

l'ophtalmologiste sur la base du seul critère géographique, mais 28,7 millions si l'on considère aussi le critère financier, soit 45 % de la population totale.

L'UFC Que Choisir observe que, au-delà de l'ampleur des populations touchées, c'est la typologie des territoires concernés qui change, les zones les mieux dotées en médecins se trouvant englobées dans ces déserts médicaux relatifs au regard de l'accessibilité financière. Ainsi, les grandes villes ne sont pas épargnées par un accès difficile aux spécialistes sans dépassements d'honoraires.

4. Ces disparités ont des conséquences en termes d'inégalités de santé

Les inégalités territoriales de santé sont un phénomène observé depuis le début des études de santé publique au XIX^{ème} siècle, et qui perdure dans un contexte général de progression de l'espérance de vie. On peut les mesurer au niveau du canton ou du quartier urbain à travers le taux de mortalité des populations, corrigé de leur structure par âges, qui est un indicateur synthétique de leur état de santé. Les variations de ce taux montrent que les inégalités territoriales de santé épousent les dynamismes économiques et démographiques, marquant une opposition de plus en plus claire entre centres urbains, marqués par une faible mortalité, et leurs périphéries urbaines et rurales, caractérisées par des niveaux de mortalité plus élevés. **Globalement, la situation sanitaire est meilleure en ville qu'à la campagne, meilleure dans les grandes villes que dans les plus petites.**

Au-delà des déterminants sociaux et culturels des inégalités de santé, qui ont une grande influence, l'on peut aussi établir un lien avec les difficultés d'accès aux soins. Ainsi que le souligne le professeur Emmanuel Vigneron, toutes les études conduites sur le sujet aboutissent à la conclusion que la consommation de soins diminue à mesure que s'accroît la distance à l'équipement ou au service¹.

Selon une enquête IFOP réalisée en octobre 2011 pour le cabinet de conseil en assurance santé Jalma, **58 % des Français interrogés déclarent avoir déjà renoncé à des soins en raison de la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste** (38 % s'agissant d'un rendez-vous chez le généraliste) ; 37 % en raison du coût de la consultation (18 % s'agissant du généraliste) ; 28 % du fait de l'éloignement géographique (15 % s'agissant du généraliste).

Paradoxalement, comme l'observe le professeur Emmanuel Vigneron, il est difficile de répondre à la question de savoir si la proximité ou l'éloignement des producteurs de soins ont un effet bénéfique ou néfaste sur l'état de santé. En effet, seul le recours aux soins est connu. Il faudrait une enquête épidémiologique en population générale qui permettrait, en incluant

¹ Emmanuel Vigneron – « Distance et santé » - PUF 2001.

les personnes ne recourant pas aux soins, peut-être parce qu'elles en sont trop éloignées, d'isoler les effets propres de l'éloignement de toute une autre série de facteurs sources de confusion.

Toutefois, certaines études localisées portant sur des pathologies bien précises, confirment le lien que l'on peut intuitivement établir entre difficulté d'accès aux soins et dégradation de l'état de santé.

Dans une enquête réalisée à partir du registre du cancer du Calvados, on a observé que les patients ruraux présentant un cancer colorectal étaient moins souvent traités dans des centres anticancéreux que les patients citadins. Cette différence, en partie expliquée par la distance, est cause d'un retard de consultation, partant, d'un retard de diagnostic et, finalement, d'un pronostic aggravé en termes de chances de survie.

De même, le développement de la chirurgie de la cataracte, qui est l'opération chirurgicale la plus fréquente et qui répond à un vrai besoin de la population âgée, apparaît encore très limité aux régions méridionales et atlantiques, avec quelques points forts autour des grandes villes, notamment universitaires. Cette inégalité de répartition apparaît bien plus liée à la présence d'ophtalmologistes de ville, qui peuvent faire le diagnostic de la maladie, qu'à des variations objectives des besoins¹.

C. LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTIONS SPONTANÉES SONT INQUIÉTANTES

1. La demande de soins de la population tend à augmenter

Les spécialistes en économie de la santé sont unanimes pour estimer que **la demande de soins est appelée à poursuivre sa hausse de long terme**. Les soins de santé sont, en effet, des services « supérieurs », dont le niveau de consommation s'accroît plus que proportionnellement au niveau de revenu. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, dans l'ensemble des pays développés, la dépense totale de santé a, jusqu'à la fin des années 1980, connu un rythme de croissance plus rapide que celui de la richesse nationale, et a donc mécaniquement tendu à représenter une part toujours plus importante du PIB.

En 1970, la France consacrait 5,6 % de sa richesse à la dépense totale de santé. En 2011, cette part était passée à 12 %. La France se situe ainsi dans le groupe de tête des pays de l'OCDE, derrière les États-Unis (17,6 % du PIB), à égalité avec l'Allemagne et les Pays-Bas, mais nettement devant le Royaume-Uni (7,5 % du PIB). L'indication de ces chiffres doit s'accompagner du rappel que la santé, trop souvent appréhendée seulement

¹ Emmanuel Vigneron – « Les inégalités de santé dans les territoires français » - Elsevier Masson 2011.

comme un coût, est aussi un facteur de productivité et d'accroissement de la population, qui contribue à la croissance économique d'ensemble.

La demande de soins primaires tend également à augmenter sous l'effet du vieillissement de la population. Même si l'on vieillit désormais en général en meilleure santé qu'auparavant, le pic de consommation de soins demeurant concentré sur la dernière année de vie, les maladies chroniques voient augmenter leur incidence et leur prévalence.

Au 31 décembre 2011, 9,2 millions de personnes présentaient au moins l'une des trente affections de longue durée (ALD) reconnues par l'assurance maladie, soit 16 % des assurés du régime général. Au 31 octobre 2004, cet effectif n'était que de 6,5 millions de personnes, soit 12 % des assurés du régime général. Chaque année, le nombre de nouveaux bénéficiaires du régime ALD, qui ouvre droit à une exonération du ticket modérateur, augmente en moyenne de 300 000 nouveaux individus.

Ces pathologies chroniques plus fréquentes, qui sont d'ailleurs souvent des multi-pathologies, se traduisent non seulement par une consommation de soins accrue, mais aussi par de nouveaux besoins en termes de coordination, d'information et d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, l'impact du vieillissement démographique se double d'un « effet de génération » : les personnes qui accèdent aujourd'hui au troisième âge auront été médicalisées toute leur vie, à la différence des personnes nées avant l'ère de la sécurité sociale. Elles en conservent des habitudes de consommation de soins, et des exigences à l'égard du système de santé, bien supérieures à celles des personnes âgées des générations antérieures.

2. Les projections de la démographie médicale sont défavorables à moyen terme

Face à ces besoins de soins croissants de la population, la démographie médicale apparaît sur une pente déclinante pour la décennie à venir, en raison principalement de l'effet décalé dans le temps des décisions de resserrement du *numerus clausus* jusque dans les années quatre-vingt-dix. En effet, compte tenu de la durée des études médicales et du temps nécessaire au renouvellement des générations de médecins en activité, les conséquences de ces décisions sont très longues à se manifester.

Selon les données du conseil national de l'Ordre des médecins, l'âge moyen des 199 821 inscrits en activité régulière, libéraux comme salariés, est de 51,5 ans. Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 23,5 % des effectifs, tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 35 ans, ne représentent que 6 % de l'effectif total. Entre 2007 et 2012, les effectifs des médecins généralistes libéraux ont diminué dans 84 départements de la France métropolitaine et ceux des médecins spécialistes libéraux l'on fait dans 44 départements. Plus d'un département sur deux a une moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux supérieure à 53 ans. Plus de

40 % des départements ont une moyenne d'âge des médecins spécialistes libéraux supérieure à 54,2 ans.

Les départements les moins bien dotés en médecins sont aussi parfois ceux où la moyenne d'âge de ceux-ci est la plus élevée. Le conseil national de l'Ordre des médecins cite ainsi l'exemple de l'Orne, où 35 % des médecins généralistes libéraux sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2017 alors que les médecins de 40 ans et moins ne représentent que 5,8 % des effectifs, et celui du Cher, où un tiers des médecins généralistes libéraux sont âgés de plus de 60 ans et plus alors que les moins de 40 ans représentent à peine 5,8 % des effectifs. Au total, 35 départements cumulent la forte probabilité d'un départ massif d'ici 2017 et une faible présence des médecins généralistes libéraux âgés de 40 et moins.

La DREES a publié en février 2009 une étude présentant des projections pour la démographie médicale à l'horizon 2030. Dans le scénario dit de référence, qui repose sur l'hypothèse d'un maintien des comportements des médecins identiques à ceux observés actuellement, le *numerus clausus*, fixé à 7 300 pour 2008, serait progressivement augmenté pour atteindre 8 000 en 2011, maintenu à ce niveau jusqu'en 2020, puis diminué progressivement jusqu'en 2030. Cependant, compte tenu de la longueur des études médicales, l'effet de la baisse du *numerus clausus* à partir de 2021 n'est pas perceptible à l'horizon 2030.

Sous ces hypothèses, le nombre de médecins en activité en France passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, soit une diminution de 9,7 %. Il augmenterait ensuite, pour atteindre 206 000 en 2030, un niveau légèrement inférieur à son niveau actuel. Cette baisse du nombre des médecins dans les dix prochaines années apparaît comme inéluctable, compte tenu de l'inertie des phénomènes démographiques.

Ces projections démographiques font aussi ressortir, dans l'hypothèse tendancielle selon laquelle les postes ouverts aux épreuves classantes nationales seront à 55 % des postes d'internes en médecine générale, que le nombre des médecins spécialistes diminuera plus fortement que celui des généralistes. A cet égard, plusieurs des personnes auditionnées ont estimé que la répartition des postes par spécialités n'est pas adaptée aux besoins de la population, et que certaines spécialités apparaissent en voie de quasi-extinction.

Par ailleurs, la population française devant croître d'environ 10 % entre 2006 et 2030, la densité médicale devrait chuter davantage que les effectifs : elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants.

Cette diminution du nombre des médecins, indépendamment des inégalités dans leur répartition géographique, explique la perception aujourd'hui généralisée d'un creusement des déserts médicaux. Alors que

les générations nombreuses de médecins des années soixante et soixante-dix sont parties à la conquête de nouveaux territoires, les médecins prenant aujourd'hui leur retraite ne trouvent plus que difficilement des successeurs.

Jusqu'au redressement de la démographie médicale attendu à partir de 2020, les pouvoirs publics vont donc devoir gérer la pénurie. Dès lors, la question qui se pose est de savoir comment faire en sorte que cette pénurie pèse le moins sur les territoires déjà relativement défavorisés ?

3. Le temps d'exercice médical effectivement disponible tend à se réduire

L'effet de la diminution du nombre des médecins, dans l'absolu et relativement à l'accroissement des besoins de la population, est amplifié par une réduction du temps d'exercice médical effectivement disponible. **Car les jeunes médecins, qui ne se distinguent pas sur ce point des autres professions libérales, aspirent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée.** Ils ne sont plus disposés, comme leurs prédécesseurs, à travailler 60 à 70 heures par semaine dans des conditions de disponibilité qui faisaient de leur métier un véritable sacerdoce, mais souhaitent, légitimement, préserver du temps pour leur famille et leurs loisirs.

Cet état d'esprit des nouvelles générations explique leur **préférence marquée pour le salariat**. Sur les 6 053 médecins qui se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre en 2011, 68,8 % ont fait le choix de l'exercice salarié, et 9,5 % seulement de l'exercice libéral exclusif (1,2 % d'une forme d'exercice mixte). Le solde des nouveaux inscrits, soit 20,5 %, préfère le remplacement, qui est une forme d'exercice de la médecine plus rémunératrice et moins contraignante en termes d'organisation de son temps que l'installation en libéral. **Cette préférence pour une période initiale de remplacement de plus en plus prolongée explique, d'ailleurs, que l'âge moyen à l'installation se soit sensiblement accru, pour atteindre aujourd'hui 39 ans.**

La lassitude des médecins à l'égard des contraintes du métier explique également le **raccourcissement de la durée des carrières**. En 2011, 927 médecins libéraux ont « décroché leur plaque » prématurément, avant d'atteindre l'âge de la retraite. Une proportion de 62,2 % d'entre eux exerçait la médecine générale.

Le temps médical disponible est par ailleurs réduit par la **charge croissante des tâches administratives**. Une étude sur les emplois du temps des médecins généralistes publiée par la DREES en mars 2012 montre, sur la base d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif, que 78 % des généralistes déclarent travailler plus de 50 heures par semaine, la durée hebdomadaire moyenne étant de 57 heures, avec un écart de quatre heures entre les zones rurales (60 heures) et les zones urbaines (56 heures). Les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne quatre heures aux

tâches de gestion, secrétariat et comptabilité, en dehors des consultations et visites, **soit 7 % de leur temps de travail hebdomadaire moyen.**

Le nouveau rapport au travail des jeunes médecins est couramment présenté comme une conséquence de la féminisation du corps médical. Celle-ci est une réalité : alors que les femmes ne représentent que 42 % du total des médecins inscrits auprès de l'Ordre, elles constituent 56 % des nouveaux inscrits en 2011. A ce rythme, elles devraient représenter 50 % du total des médecins dès 2020, et 53,9 % à l'horizon 2030. Mais, s'il est vrai qu'une femme médecin consacrera davantage de temps qu'un homme à ses enfants et à sa famille à certaines périodes de sa carrière, l'aspiration à un meilleur équilibre de vie est aujourd'hui très également partagée par ses pairs masculins. **L'aspiration à davantage d'équilibre est plus une question de génération, que de sexe.**

4. Les critères du choix du lieu d'installation sont défavorables aux zones fragilisées

Avant de choisir un lieu d'exercice, les médecins analysent leur charge de travail future, c'est-à-dire la patientèle, les contraintes liées à l'organisation de la permanence des soins, la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique, mais aussi la qualité de vie en générale.

Ce choix est rarement individuel. Il s'agit le plus souvent d'une décision de couple, qui dépend des possibilités d'activité professionnelle pour le conjoint et de scolarisation pour les enfants. Une contribution transmise sur le site internet du Sénat par un journaliste spécialiste des questions de santé, médecin de profession, souligne ainsi « *le poids des conjoints et des familles : attirer un médecin dans un désert médical, c'est déjà difficile, faire venir son conjoint ou sa conjointe, les enfants s'il y en a ou ceux à venir, c'est sauf exception et en l'état actuel une vue de l'esprit* ».

Ces considérations n'incitent pas à l'installation dans les zones déjà fragilisées au regard de la densité médicale. **Une enquête BVA réalisée en mars 2007 pour le conseil national de l'Ordre des médecins montre que 63 % des étudiants en médecine et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas d'exercer en zone rurale. Ces taux sont respectivement de 62 % et 64 % pour l'exercice dans en banlieue de grande ville dans une cité populaire.** Ces chiffres ne sont guère surprenants, si l'on prend en compte le fait que ces étudiants ou jeunes médecins sont eux-mêmes majoritairement, et dans des proportions de plus en plus grandes, d'origine urbaine, de centre-ville ou de banlieue favorisée.

L'enquête étudie qualitativement le déficit d'image dont pâtissent ces territoires auprès des étudiants et des jeunes médecins. Ceux-ci voient certains avantages aux zones rurales : des rapports humains avec les gens plus chaleureux, des revenus plus importants liés à une patientèle plus importante qu'en ville, une qualité de vie liée à la disponibilité de l'espace et la proximité

de la nature. Mais ces avantages sont contrebalancés par des inconvénients qui semblent l'emporter : une charge de travail surdimensionnée, des difficultés pour y attirer son conjoint, un plateau technique insuffisant, une offre culturelle et éducative plus restreinte. En ce qui concerne les banlieues, le seul avantage identifié est celui d'une plus grande utilité sociale pour les patients. En contrepartie, les inconvénients perçus semblent grands : un environnement peu agréable, un risque d'agression plus grand qu'ailleurs, une barrière culturelle à surmonter.

Bien sûr, il ne s'agit là que de représentations, qui ne sont pas forcément en adéquation avec la réalité. Au cours des auditions, votre rapporteur a rencontré des médecins heureux d'exercer en zone rurale ou en zone urbaine sensible. Mais ces représentations majoritaires semblent, de fait, déterminantes chez les jeunes médecins au moment où ils doivent choisir un lieu d'exercice.

II. LES DISPOSITIFS EXISTANTS SONT INSUFFISANTS POUR REMÉDIER À CETTE SITUATION

Le constat de l'existence de déserts médicaux n'est pas nouveau, et des dispositifs ont été mis en place pour y remédier par presque tous les gouvernements successifs depuis le début des années quatre-vingt-dix. Il convient de distinguer les mesures structurelles, qui portent sur l'organisation générale de l'offre de soins, des mesures incitatives plus ponctuelles, qui visent à rendre plus attractives les zones sous médicalisées.

A. LES MESURES STRUCTURELLES ONT UNE PORTÉE ENCORE TROP LIMITÉE

1. La planification régionale de l'offre de soins

L'adéquation aux besoins de la répartition territoriale des services de soins est de la responsabilité des agences régionales de la santé (ARS).

Créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », les ARS ont en charge la planification régionale de l'offre de soins. Succédant aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les ARS sont d'abord axées sur les établissements et services de santé et médico-sociaux, mais sont également compétentes pour la médecine ambulatoire.

Établissements publics de l'État à caractère administratif, les ARS sont administrées par un directeur général. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance de vingt-quatre membres, parmi lesquels siègent quatre représentants des collectivités territoriales. Il est présidé par le préfet de région. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie, qui comporte une centaine de membres organisés en neuf collèges, est une instance de « démocratie sanitaire » placée auprès de l'ARS afin d'organiser le débat public sur les questions de santé. Des représentants du conseil régional, des conseils généraux, des groupements de communes et des communes constituent le premier collège « collectivités territoriales ».

Chaque ARS a en charge l'élaboration de son **plan régional de santé (PRS)**. Le PRS vise à déterminer les priorités des politiques de santé pour la région, dans les différents champs hospitalier, ambulatoire, médico-social et de prévention, au plus près des besoins de la population dans une logique territoriale.

Le **schéma régional d'organisation des soins (SROS)** est l'outil opérationnel de mise en œuvre du PRS. L'article L. 1434-7 du code de la santé publique dispose que le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les

évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Le SROS comporte un volet relatif à l'offre ambulatoire, dans lequel les ARS cherchent à cibler les priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour le premier recours. Les principaux outils sont les structures d'exercice coordonné : maisons de santé, réseaux ainsi que pôles de santé pluri-professionnels.

L'ARS a également pour tâche de définir les **territoires de santé** pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Le territoire de santé est aussi conçu comme un espace de concertation entre professionnels médicaux et sociaux, élus et usagers, dans le cadre des **conférences sanitaires de territoires** prévues par l'article L. 1434-17 du code de la santé publique.

Ce même article du code de la santé publique dispose que la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de **contrats locaux de santé (CLS)** conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ces CLS participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et concernent les territoires particulièrement vulnérables. Ils peuvent associer d'autres acteurs que les collectivités territoriales : CPAM, CAF, associations, mutuelles, etc...), pour créer une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

Toutefois, l'efficacité de ces dispositifs de planification de l'offre de soins souffre d'une limitation majeure. Seul le volet hospitalier du SROS est opposable par l'ARS aux projets de création, extension, regroupement ou fermeture des établissements de santé. **En revanche, l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de la « loi Fourcade » du 10 août 2011 qui est venue modifier la loi HPST, précise expressément que le volet ambulatoire du SROS n'est pas opposable aux professionnels de santé.**

2. La nouvelle organisation de la permanence des soins

La permanence des soins est le dispositif qui permet la prise en charge des soins non programmés, ne relevant pas d'urgences vitales, pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux, c'est-à-dire la nuit de 20h00 à 8h00, les week-ends et les jours fériés. Essentielle à une bonne couverture sanitaire de la population, la permanence des soins a longtemps reposé sur le praticien libéral, à qui l'article 77 du code de déontologie médicale faisait obligation de demeurer toujours accessible pour sa patientèle et de participer aux services de garde de jour et de nuit. Vécue comme archaïque et trop

exigeante par les praticiens, cette règle n'a pas survécu aux grèves des gardes obligatoires des années 2001 et 2002.

Depuis 2003, la permanence des soins est devenue une **obligation collective fondée sur le volontariat individuel** : les médecins volontaires s'inscrivent sur le tableau de garde tenu par le conseil de l'Ordre départemental, une insuffisance de volontaires pouvant justifier une réquisition préfectorale valant obligation de garde. La participation à la permanence des soins est compensée financièrement par le versement d'astreintes.

Le dispositif est organisé autour d'un mécanisme de régulation des appels téléphoniques par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ou par des médecins libéraux en lien avec le 15. Le régulateur peut déclencher l'intervention du médecin d'astreinte, ou renvoyer vers l'aide médicale urgente qui implique soit un transport adapté par ambulance ou, à défaut, par les pompiers vers les services d'urgence hospitaliers, soit le déplacement d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, le pourcentage de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins est supérieur à 60 % dans 80 % des départements. Toutefois, ce chiffre n'est qu'une moyenne, qui ne reflète pas de fortes disparités territoriales selon les secteurs de garde. Le désengagement des médecins est le plus marqué dans les zones urbaines, qui sont déjà couvertes par des associations spécialisées de type SOS Médecins et par une offre hospitalière abondante.

Bien que les astreintes soient plus fréquentes, compte tenu du nombre réduit de médecins, dans les zones rurales, le taux de participation à la permanence des soins y est paradoxalement plus élevé qu'en ville, car les solidarités confraternelles y sont plus fortes. **Toutefois, cette forte mobilisation des médecins dans les départements ruraux ne doit pas cacher le caractère fragile de l'organisation de la permanence des soins dans certains secteurs, compte tenu du vieillissement des praticiens, qui ne seront pas tous remplacés.**

D'une manière générale, il faut veiller à ce que les contraintes liées à la permanence des soins n'exercent pas un effet dissuasif à l'installation dans les zones sous dotées en médecins. La tentation peut être grande de regrouper les secteurs de garde, afin de réduire la fréquence des astreintes, mais le risque est alors de rendre plus difficile l'accès aux patients en allongeant les distances. La loi « Fourcade » du 10 août 2011, soucieuse de prendre en compte les aspirations des médecins, a supprimé l'obligation faite par la loi HPST à tout médecin de signaler au conseil départemental de l'Ordre ses absences programmées pour faciliter l'organisation de la permanence des soins.

Enfin, par définition, la permanence des soins n'apporte de réponse aux besoins des patients qu'aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Mais elle n'est pas, en tant que telle, une solution à la difficulté

croissante dans certaines zones pour consulter, dans des conditions raisonnables de distance et de délais, un médecin aux heures d'ouverture.

3. Le soutien au développement des maisons et pôles de santé

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels apparaissent aujourd'hui comme un modèle possible de réorganisation de la médecine de premier recours, jusqu'à présent majoritairement exercée de manière individualiste. Ce modèle avait déjà été expérimenté dès les années 1980 dans les centres de santé salariés et dans quelques maisons de santé libérales, mais n'était pas parvenu à s'imposer. Il revient aujourd'hui sur le devant de la scène comme une réponse à la désertification médicale, et les expériences se multiplient, promues par des professionnels de santé et des élus.

Certes, les médecins libéraux montrent depuis longtemps une préférence pour l'exercice regroupé, qui est désormais devenu le mode d'exercice majoritaire. Mais, alors que le mode d'exercice regroupé le plus classique était celui du cabinet de groupe, les maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels apparaissent comme une forme nouvelle de regroupement.

Une **maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)** est le regroupement dans des locaux communs de plusieurs médecins généralistes et infirmiers exerçant à temps plein, et d'autres professionnels de santé exerçant à temps plein ou partiel : médecins spécialistes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, podologues, diététiciens, psychologues, orthophonistes, psychologues, etc. Un **pôle de santé pluriprofessionnel (PSP)** est un réseau fonctionnel de praticiens libéraux, dépourvu de locaux communs. Il peut associer des professionnels isolés, mais aussi déjà regroupés en maisons ou centres de santé. Certaines MSP ou certains PSP peuvent être adossés à un hôpital de proximité, une clinique privée ou un établissement médico-social.

La simple juxtaposition de cabinets de groupe libéraux ne forme pas une MSP ou un PSP. Ces structures, en rompant avec l'isolement, permettent d'améliorer les conditions d'exercice et le cadre de travail des professionnels de santé. L'équipement y est supérieur à la moyenne, les pratiques coopératives développées, les conditions de travail plus souples, avec notamment des périodes de congés plus longues à activité égale. Pour les patients, elles offrent une plus grande accessibilité horaire, sans accroître le temps de travail individuel des professionnels de santé.

On assiste aujourd'hui à une véritable floraison d'initiatives. Selon la Fédération française des maisons et pôles de santé, il existe déjà environ 400 structures de ce genre, et environ 1 000 projets sont en cours. Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIAT) du 11 mai 2010 a décidé un programme de 250 MSP en zones rurales sur la période 2010-2013, dont les objectifs devraient être réalisés. Tous ces projets bénéficient des financements du fonds d'intervention pour la qualité et

la coordination des soins (Fiqcs), géré paritairement par l'État et l'assurance maladie, ainsi que, le plus souvent, des collectivités territoriales concernées.

La condition du succès pour une maison ou un pôle de santé est de pouvoir s'appuyer sur un projet de santé. L'expérience montre que les initiatives qui ont réussi ont été portées par des professionnels, le plus souvent médecins, qui se sont engagés avec persévérance et ont entraîné avec eux d'autres professionnels de santé dans une aventure durant le plus souvent trois à six ans avant l'aboutissement du projet.

A l'inverse, le risque est grand pour les collectivités territoriales qui réalisent l'investissement dans les murs avant d'être certaines de l'engagement des professionnels de santé, de voir celui-ci ne jamais se concrétiser. Ainsi, les cas ne sont pas rares de communes ou de communautés de communes qui ont financé, dans l'espoir d'accueillir une MSP, des bâtiments qui sont demeurés vides par la suite, ce qui constitue un intolérable gâchis d'argent public. Il est donc essentiel que les professionnels de santé et les élus avancent de pair.

Toutefois, aussi utiles et efficaces que soient les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, ces structures de soins présentent des fragilités et des limites.

Cette fragilité est d'abord financière. En effet, une MSP ou un PSP qui répond à une certaine ambition a un coût de fonctionnement plus élevé qu'un cabinet médical traditionnel. **Or, le mode de rémunération à l'acte est inadapté aux exercices pluriprofessionnels coordonnés** car il ne couvre pas la totalité des actions à mener en plus des actes curatifs : coordination, prévention, éducation thérapeutique, évaluation, etc. La fragilité est également humaine : la mobilisation des professionnels de santé qui a permis le lancement du projet doit s'inscrire dans la durée, ce qui n'est jamais acquis.

Enfin, la principale limite réside dans le fait que les MSP et PSP contribuent d'une certaine manière à accélérer le processus de concentration géographique des professionnels de santé. Ces structures peuvent aider à maintenir la présence de ceux-ci dans les zones en voie de fragilisation, mais ne peuvent pas répondre aux besoins des zones déjà désertées.

4. Les dispositifs de régulation à l'installation de certaines professions de santé

Les pouvoirs publics ont tenté de traiter à la racine le problème des inégalités de répartition territoriale de l'offre de soins en mettant en place des **dispositifs de régulation à l'installation pour certaines professions de santé.**

En premier, il convient de mentionner le plus ancien de ces dispositifs, qui concerne les **pharmaciens**, dont l'installation est entièrement

réglementée depuis 1943. L'article L. 5125-3 du code de la santé publique dispose que les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie « *doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines* ».

L'article L. 5125-4 du code précité prévoit que toute création d'une nouvelle officine, tout transfert et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département, des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'ordre des pharmaciens.

L'article L. 5125-11 du code précité dispose que l'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2 500. L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune.

Ce système de réglementation a permis au cours des dernières décennies de développer un maillage étroit de l'ensemble du territoire en officines de pharmacie. Toutefois, les pharmaciens sont dépendants, à hauteur de 80 % en moyenne de leur chiffre d'affaires, des médecins prescripteurs. De ce fait, la raréfaction des médecins dans les zones fragiles est susceptible d'entraîner assez rapidement un délitement du réseau des pharmacies. Ainsi, on observe dans la période récente une tendance beaucoup plus forte à la fermeture d'officines.

Plus récemment, ce principe d'une régulation par les pouvoirs publics a été étendu à certaines professions de santé qui bénéficiaient jusqu'à présent d'une liberté totale d'installation.

L'accord conventionnel signé en septembre 2008 par l'assurance maladie avec l'ensemble des syndicats d'**infirmiers libéraux** (avenant n° 1 à la convention nationale de 2007), entré en vigueur en avril 2009, est articulé autour de trois axes :

– un zonage du territoire adapté aux besoins des patients : dans chaque région, cinq catégories de zones sont distinguées : « très sous dotée », « sous dotée », « à densité intermédiaire », « très dotée » et « sur dotée » ;

– un dispositif d'aide à l'installation et au maintien d'infirmiers libéraux dans les zones « très sous dotées » : aide à l'équipement et prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'allocations familiales ;

– une régulation des conventionnements dans les zones « sur dotées » : toute nouvelle demande de conventionnement est conditionnée au départ d'un infirmier de la zone.

Expérimenté d'abord sur une durée de trois ans, ce dispositif a répondu aux objectifs visés. **On a pu observer une progression de 33,5 % des infirmiers libéraux dans les zones « très sous dotées » (354 infirmiers supplémentaires) entre 2008 et 2011, et une diminution de 3 % des effectifs dans les zones « sur dotées » (283 infirmiers de moins), alors que ces zones avaient encore enregistré une progression des effectifs de 8,5 % sur la période 2006-2008. Au total, 25 départements dont la densité était inférieure à 100 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants ont connu une amélioration de leur densité.**

L'expérimentation parvenue à son terme, le dispositif a été pérennisé et renforcé par l'avenant n° 3, signé en septembre 2011, qui prévoit un doublement du nombre des zones « très sous dotées » et « sur dotées », ainsi qu'une actualisation du zonage sur la base des données récentes.

Les projections réalisées à partir des évolutions constatées sur la période 2008-2011 permettent d'espérer une réduction des écarts de densité entre zones à l'horizon 2015 : la densité dans les zones « très sous dotées » passerait de 85 infirmiers pour 100 000 habitants actuellement à 115 infirmiers pour 100 000 habitants ; la densité des zones « sur dotées » passerait de 192 actuellement à 171 en 2015.

Les organisations représentatives des infirmiers qui ont signé ces accords conventionnels s'en disent très satisfaites. Ce bilan positif a encouragé l'extension de ce mécanisme du conventionnement sélectif à d'autres professions de santé : les **masseurs-kinésithérapeutes** (avenant n° 3 à la convention nationale signé en novembre 2011), les **sages-femmes** (avenant n° 1 signé en janvier 2012), et les **chirurgiens dentistes** (avenant n° 2 signé en avril 2012). Pour chacune de ces professions, un accord adapté à ses spécificités a mis en place un dispositif de régulation analogue à celui des infirmiers libéraux :

- un zonage adapté aux besoins des patients (par exemple, besoins de sages-femmes là où se trouvent les populations de femmes jeunes) ;

- une **incitation à l'installation et au maintien en libéral dans les zones « sous dotées » et « très sous dotées »** : aide à l'équipement du cabinet et prise en charge des cotisations d'allocations familiales en contrepartie d'un engagement d'exercice dans la zone pendant une durée minimale ;

- une **régulation de l'activité dans les zones « sur dotées »**.

Dernièrement, la profession des **orthophonistes** est entrée à son tour, à titre expérimental, dans un dispositif analogue (avenant n° 13 à la convention nationale signé en mai 2012).

La régulation démographique basée sur le conventionnement sélectif est, sans aucun doute, l'une des mesures les plus prometteuses pour améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé. Toutefois, elle souffre d'une lacune importante : celle de ne pas s'appliquer aux médecins.

B. LES MESURES INCITATIVES N'ONT PAS EU D'EFFET DÉCISIF

A côté des mesures structurelles précédemment évoquées, **il existe un ensemble de dispositifs incitatifs ciblés, dont l'empilement se traduit par une absence de lisibilité et par l'impossibilité d'une évaluation globale.** La Cour des Comptes, qui a procédé à leur examen dans son rapport annuel 2011 sur la sécurité sociale, n'est pas parvenue à en évaluer les coûts globaux. Ces dispositifs apparaissent toutefois onéreux et parfois redondants.

1. Les exonérations fiscales et sociales financées par l'État pour l'installation dans certaines zones

Les médecins peuvent bénéficier des dispositifs d'**exonération d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés** au titre d'une installation dans les zones de redynamisation urbaine (ZRU), définies par la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, et dans les zones de revitalisation rurales (ZRR), prévues par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. L'exonération est totale pendant les cinq premières années, puis dégressive durant neuf ans. Selon la Cour des Comptes, le bénéfice moyen exonéré était en 2009, pour les dispositifs en ZRU et en ZRR, respectivement de 47 400 euros et 58 800 euros par médecin concerné.

Ces exonérations fiscales se doublent, en ZRU comme en ZRR, d'une **exonération de charges sociales** financée par l'État au titre de l'embauche d'un salarié par un cabinet médical. Elles s'accompagnent, en ZRR seulement, d'une **possibilité d'exonération de taxe professionnelle.**

La loi du 23 février 2005 précitée a également prévu une **exonération d'impôt sur le revenu au titre de la participation à la permanence des soins**, à hauteur de soixante jours par an, pour les médecins installés dans une zone déficitaire en offre de soins, telle que définie dans le schéma régional d'organisation des soins en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Le gain moyen est estimé, selon la Cour des Comptes, à 1 500 euros par an.

Le rapport de la Cour des Comptes fournit ainsi des évaluations du gain individuel moyen par médecin représenté par ces dispositifs d'exonération, mais pas de leur coût total annuel pour l'État.

2. Les incitations à l'installation en zones sous-dotées financées par l'assurance maladie

L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a institué une **majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires identifiées par les SROS.**

Selon la Cour des Comptes, le bilan de cette mesure met en évidence un **effet d'aubaine**. Cette mesure, d'un **coût élevé de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010**, ne s'est traduite que par un **apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007**. En outre, la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 euros par médecin concerné et a même dépassé 100 000 euros pour l'un d'entre eux, ce qui conduit la Cour à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, entrée en vigueur le 26 septembre 2011, **le dispositif d'incitation de l'avenant n° 20 a été redéfini, avec la mise en place de « l'option démographie », complétée par une nouvelle « option santé solidarité territoriale ».**

L'**option démographie** élargit le périmètre du dispositif de 2007 à tous les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, de secteur 1 ou de secteur 2 adhérant à l'option de coordination, ou de secteur 2 pratiquant les tarifs opposables dans la zone. Elle concerne les médecins exerçant leur activité en groupe ou en pôle de santé et réalisant au moins deux tiers de leur activité auprès de patients résidant dans une zone sous dense. Le médecin adhérent s'engage à s'installer ou rester installé dans la zone ou à proximité immédiate (5 kilomètres en zone rurale, 2 kilomètres en zone urbaine) pour une durée de trois ans. En contrepartie, il bénéficie d'une aide forfaitaire à l'investissement de 5000 euros par an pour les médecins exerçant en groupe et de 2 500 euros par an pour les médecins membres d'un pôle de santé, ainsi que d'une aide à l'activité de 10 % des honoraires annuels dans la limite de 20 000 euros par an, pour les médecins exerçant en groupe, et de 5 % des honoraires annuels dans la limite de 10 000 euros par an, pour les médecins membres d'un pôle de santé.

L'**option santé solidarité territoriale** vise à favoriser une solidarité entre médecins face à la difficulté des praticiens exerçant en zone déficitaire pour se faire remplacer. Elle est ouverte à tous les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, de secteur 1 ou de secteur 2 adhérant à l'option de coordination, ou de secteur 2 pratiquant les tarifs opposables dans la zone. Le médecin adhérent s'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans la zone déficitaire sous forme de vacations. En contrepartie, il bénéficie d'une aide à l'activité de 20 % des honoraires annuels, dans la limite de 20 000 euros par an, ainsi que d'une prise en charge des frais de déplacement.

Il est encore trop tôt pour faire le bilan et estimer le coût de cette nouvelle version du dispositif conventionnel d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées. **Le plafonnement annuel de l'avantage répond à la principale dérive relevée par la Cour des Comptes, mais pas à son observation quant à l'effet d'aubaine qui résulte surtout d'une mesure de ce genre. En effet, une incitation financière supplémentaire n'est pas déterminante dans le choix d'un médecin de s'installer en zone sous dotée, puisque son activité y sera déjà spontanément supérieure à celle d'un confrère en zone sur dotée.**

C'est d'ailleurs pour cette raison que votre rapporteur demeure assez sceptique quant à l'intérêt du dispositif des « **praticiens territoriaux de médecine générale** » prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, et repris dans l'engagement n° 3 du « pacte territoire santé » du mois de décembre dernier. Il ne s'agit en effet que d'une garantie de revenu différentielle offerte, pendant deux ans, aux médecins s'installant pour la première fois en zones sous dotées. Si elle peut rassurer les plus timorés, elle ne sera certainement pas décisive.

Pour mémoire, la loi prévoit par ailleurs une **dérogation au parcours de soins** en faveur des médecins nouvellement installés en exercice libéral, ou nouvellement installés dans les zones déficitaires délimitées par l'ARS (article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale). Pendant cinq années, les consultations des médecins en question sont exonérées des pénalités qui s'appliquent normalement aux patients qui ne respectent pas le parcours de soins, soit qu'ils n'ont pas de médecin traitant, soit qu'ils consultent sans prescription de sa part. **Ce dispositif, à la charge de l'assurance maladie, ne constitue pas à proprement parler une aide financière directe aux médecins concernés, mais une manière indirecte d'augmenter leur patientèle. Il semble, en pratique, encore très méconnu.**

Enfin, comme indiqué précédemment, l'assurance maladie finance aussi au profit de certaines autres professions de santé, dans le cadre de dispositifs de conventionnement sélectif, des aides à l'installation dans les zones très sous dotées : depuis 2008 pour les infirmiers, depuis 2011 pour les masseurs-kinésithérapeutes et depuis 2012 pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes. Ces aides prennent la forme d'une aide forfaitaire à l'équipement du cabinet de 3 000 euros pendant trois ans (pendant cinq ans pour les chirurgiens-dentistes), et d'une participation aux cotisations d'allocations familiales.

3. Le contrat d'engagement de service public

Créé par la loi HPST sur le modèle d'initiatives déjà prises par certaines collectivités territoriales, le contrat d'engagement de service public (CESP) propose une **allocation de 1 200 euros par mois aux étudiants en médecine, à partir de la deuxième année ou plus tardivement, contre leur engagement d'exercer dans des zones sous dotées identifiées dans les SROS**, avec une priorité aux ZRR et aux ZUS, pendant une durée équivalente à la durée de versement de l'allocation et qui ne peut être inférieure à deux ans.

Ce dispositif, financé par des crédits issus du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) de l'assurance maladie, est piloté au niveau national. **Il n'a jusqu'à présent guère eu de succès, puisque seuls 350 CESP ont été signés sur les 800 proposés depuis son instauration.**

De création récente, le dispositif est encore insuffisamment connu par le public visé. Plus fondamentalement, il souffre de la réticence des étudiants en médecine à s'engager pour l'avenir dans un contexte d'incertitude. Avant d'avoir passé les épreuves classantes nationales, ils ne savent pas encore quelle sera leur spécialité, ni quel sera leur lieu de formation en troisième cycle. De même, les zones sous dotées dans lesquelles ils devront obligatoirement exercer ne sont pas exactement connues au moment où ils contractent, car celles définies aujourd'hui ne seront pas forcément les mêmes que demain. L'origine sociale des étudiants en médecine, de plus en plus issus de milieux favorisés et urbains, explique également en grande partie le peu de succès du dispositif.

Ceci explique que le CESP semble surtout conçu comme une aubaine pour certains étudiants qui ont déjà, pour des raisons personnelles, un lien d'attache avec un territoire bien précis.

L'engagement n° 2 du « pacte territoire santé » propose de porter à 300 le nombre de CESP conclus chaque année jusqu'en 2017, en donnant davantage de latitude aux ARS pour définir les zones concernées, en étendant le dispositif aux chirurgiens dentistes, et en lui donnant plus de publicité. Votre rapporteur ne peut qu'espérer que les retouches ainsi apportées au dispositif suffiront à surmonter les réticences des étudiants en médecine à son égard.

4. Les aides financées par les collectivités territoriales

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a autorisé les collectivités territoriales et leurs groupements à attribuer des **aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales, ainsi que des aides visant à favoriser l'installation ou le maintien des médecins en zones déficitaires** (article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales).

Les dispositions réglementaires d'application précisent que ces aides peuvent consister dans :

1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;

2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;

3° La mise à disposition d'un logement ;

4° Le versement d'une prime d'installation ;

5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

En contrepartie de ces aides, leurs bénéficiaires doivent s'engager à rester en exercice dans la même zone pendant trois ans. Leurs engagements

sont prévus par une convention tripartite passée entre la collectivité territoriale, l'assurance maladie et le professionnel de santé.

La loi du 23 février 2005 précitée permet également aux collectivités territoriales et à leurs groupements d'accorder des **indemnités de logement et de déplacement aux étudiants** de troisième cycle de médecine générale qui effectuent leurs stages en zones déficitaires.

Enfin, une « **indemnité d'étude et de projet professionnel** » peut être attribuée par les collectivités territoriales et leurs groupements à tout étudiant inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste au moins cinq années dans une zone déficitaire. C'est ce dispositif qui préfigurait le CESP, instauré au niveau national.

La Cour des comptes observe que ces mesures ne font pas l'objet d'un recensement des aides effectivement accordées, ni d'une évaluation, avec pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre les collectivités territoriales, en l'absence de coordination, pour attirer des jeunes internes ou des médecins.

Votre rapporteur, pour tenter d'évaluer le coût de ces dispositifs, s'est adressé directement aux vingt-six ARS pour leur demander des éléments d'évaluation. Les réponses qu'il a pu obtenir confirment le foisonnement des aides accordées par les collectivités territoriales, notamment pour le soutien aux maisons de santé pluriprofessionnelles, et la difficulté d'une évaluation précise. **Dans leur très grande majorité, les ARS ont en effet répondu qu'elles n'étaient pas en mesure de communiquer d'éléments chiffrés.**

L'ARS de Franche-Comté est l'une des rares qui a pu fournir un tableau de chiffres récapitulatif pour 2010, 2011 et 2012 (prévisions) les aides accordées dans cette région pour les maisons de santé par les différents intervenants : Etat, Europe, Conseil régional, Conseils généraux, ARS, MSA. Au total, 15,7 millions d'euros ont été versés sur ces trois années, avec une prédominance de la part Etat/Europe, qui s'est élevée à 10,2 millions d'euros.

Tableau récapitulatif des principales aides financières à l'installation

Source : d'après la CSMF

<p>AVENANT 20</p> <p>AIDES À L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN DES MEDECINS GENERALISTES</p>	<ul style="list-style-type: none">- Accompagnement individualisé et offre de service pour analyses (carto@sante et instals@nté)- Aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité (C+V) du médecin dans la zoneAide soumise à conditions dont :<ul style="list-style-type: none">- exercice en groupe- exercice pendant 3 ans dans la zone- 2/3 de l'activité en zone sous-médicalisée.	<p>Médecins généralistes libéraux</p>	<p>Assurance Maladie</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS</p> <p>L'option conventionnelle ne pourra plus être souscrite après parution du SROS.</p>	<p>Avenant n°20 à la Convention des médecins généralistes et spécialistes (Arrêté du 23 mars 2007).</p> <p>Règlement arbitral : prorogation jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS, puis disposition transitoire pendant 2 ans : 2/3 de l'aide forfaitaire la 1^{ère} année et 1/3 de l'aide forfaitaire la 2^{ème} année.</p>
--	---	---------------------------------------	--------------------------	---	---

<p>OPTION DEMOGRAPHIE</p>	<p>Aide à l'investissement (forfait annuel versé pendant 3 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none">- 5000 € / an pour les professionnels exerçant en groupe ;- 2500 € / an pour les professionnels exerçant en pôle de santé. <p>Aide à l'activité :</p> <ul style="list-style-type: none">- exercice en groupe : 10% de l'activité dans la zone (C+V) dans la limite de 20000€ ;- Exercice en pôle de santé : 5% de l'activité dans la zone (C+V) dans la limite de 10000 €. <p>Aide soumise à condition :</p> <ul style="list-style-type: none">- Exercer au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé- exercice pendant 3 ans dans la zone ;- 2/3 de l'activité en zone sous-médicalisée.	<p>Médecins libéraux conventionnés</p>	<p>Assurance maladie</p>	<p>Zones ou des besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits.</p> <p>Applicable dès l'adoption des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins.</p>	<p>Convention nationale des médecins 2011 (Article 1.1 et annexe IV).</p>
--------------------------------------	--	--	--------------------------	--	---

<p>CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC</p>	<p>Allocation mensuelle versée à partir de la 2e année des études médicales. En contrepartie, engagement d'exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle l'allocation a été perçue.</p>	<p>Etudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours des études.</p>	<p>ARS et Centre National de Gestion</p>	<p>- Zone de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, centres et pôles. - En priorité les ZRR et ZUS - Zones où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée.</p>	<p>Art. L632-6 du Code de l'éducation Décret du 29 juin 2010</p>
<p>AIDE A L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE</p>	<p>Peut prendre la forme de : - prime d'exercice forfaitaire - prime à l'installation - mise à disposition d'un logement - prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins</p>	<p>Professionnels de santé Signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et les professionnels de santé</p>	<p>Collectivités territoriales</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins</p>	<p>Article L1511-8 du code général des collectivités territoriales</p>

<p>AIDE FISCALE</p>	<p>Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours par an.</p>	<p>Médecins (ou leurs remplaçants) installés en zone déficitaire et inscrits au tableau de permanence dans un secteur comprenant au moins une zone déficitaire, mais qui ne sont pas installés dans une zone déficitaire.</p>	<p>Administration fiscale</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins</p>	<p>Art.151 ter du CGI Instruction fiscale du 25 avril 2007.</p>
<p>AIDE FISCALE</p>	<p>Exonération de la cotisation foncière des entreprises à compter de l'année qui suit l'installation. Accordée pour une durée de 2 à 5 ans.</p>	<p>Création d'un cabinet dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR)</p>	<p>Délibération de la collectivité territoriale. Demande auprès de l'administration fiscale, puis</p>	<p>Zones de revitalisation rurale (ZRR). Liste fixée par Arrêté et révisée annuellement</p>	<p>Art.114 de la Loi sur le développement des territoires ruraux du 23 février 2005. Art.1464D et 1465 A du CGI</p>
<p>AIDE FISCALE</p>	<p>exonération d'impôt sur les bénéfices en cas d'implantation avant le 31 décembre 2013 dans des zones d'aide à finalité régionale (AFR).</p>	<p>Création d'un cabinet dans les zones éligibles sous forme de société soumise à l'IS, à condition que celle-ci emploie 3 salariés au moins à la clôture du premier exercice et au cours de chaque exercice de la période d'application du dispositif (CDI ou CDD de 6 mois au moins).</p>	<p>Administration fiscale. Aucune démarche particulière.</p>	<p>zones d'aide à finalité régionale (AFR) investissements productifs. Pour consulter le zonage : Décret n°2011-391 du 13 avril 2011, JO du 14 avril 2011</p>	<p>Article 44 sexies du CGI Instruction fiscale du 24 juillet 2009, n°4A-12-09, BOI n°74</p>

<p>EXONERATION DES COTISATIONS PATRONALES</p>	<p>Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale. Exonération d'une partie des cotisations pendant 12 mois.</p>	<p>médecins</p>	<p>URSSAF Direction Départementale du Travail et de l'Emploi (imprimé)</p>	<p>Zones de revitalisation rurale (ZRR). Liste fixée par Arrêté et révisée annuellement</p>	<p>Art. L131-4-2 CSS</p>
<p>AIDE AUX ETUDIANTS DE 3^{ème} CYCLE DE MEDECINE GENERALE</p>	<p>Indemnité de logement et de déplacement</p>	<p>Etudiants de 3^{ème} cycle en médecine générale en stage dans les zones déficitaires</p>	<p>Collectivités territoriales</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins définies en application de l'article L1434-7 CSP.</p>	<p>Art.L.1511-8 du Code des collectivités territoriales Article D1511-52 du Code des collectivités territoriales</p>

AIDE AUX ETUDIANTS DE 3^{ème} CYCLE DE MEDECINE GENERALE	Indemnité d'étude et de projet professionnel	Titulaires du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire	Collectivités territoriales	Zones déficitaires en offre de soins définies en application de l'article L1434-7 CSP.	Art.L.1511-8 du Code des collectivités territoriales Article D1511-54 du Code des collectivités territoriales
---	---	---	--------------------------------	--	--

III. DES MESURES PLUS VOLONTARISTES SONT INDISPENSABLES

L'augmentation de la désertification médicale témoigne de la difficulté à enrayer ce phénomène, mais aussi et surtout **de l'inefficacité des politiques et des actions mises en place depuis deux décennies. L'évolution prévisible de ce phénomène est un véritable défi pour le système de santé français et pour nos territoires. Pour le relever, il faut désormais faire montre de volonté, de persévérance et de courage pour agir sans tabou ni a priori dans le seul souci de l'intérêt général.**

Comment, dans ce contexte, ne pas s'étonner que la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, ait exclu par principe de recourir à la coercition, et même à la régulation ? Lors de son audition par la commission, dont le compte-rendu figure en annexe du présent rapport, la ministre a estimé que celle-ci *« se heurte à la liberté des patients pour choisir leur praticien et à la liberté d'installation des médecins, principes anciens dans notre pays. Elle est en outre injuste à l'égard des jeunes praticiens, qui porteraient seuls les conséquences de problèmes qui leur sont antérieurs »*. En réponse, votre rapporteur a souligné le caractère au moins tout autant *« injuste »* de l'inégalité d'accès aux soins.

C'est pourquoi il est donc aujourd'hui nécessaire d'agir sur tous les registres : revoir la conception même des études de médecine (A), appréhender différemment les modalités d'accès aux soins (B), clarifier et promouvoir les incitations financières existantes (C) et, enfin, de pas s'interdire par principe de réguler les choix d'installation de l'ensemble des professionnels de santé (D).

A. ADAPTER LES ÉTUDES DE MÉDECINE

Le constat qui est unanimement fait est que **les études de médecine sont quasi exclusivement tournées vers le milieu hospitalier et ne permettent pas, sauf exception, aux étudiants de découvrir la pratique de la médecine de premier recours**. Selon l'expression utilisée par l'une des personnalités auditionnées, on forme aujourd'hui des médecins hospitaliers. De surcroît, même ceux d'entre eux qui font le choix de la médecine générale – trop souvent par défaut – ne se sentent pas toujours suffisamment préparés, à l'issue de leur cursus, pour l'exercice libéral.

1. Modifier les critères de sélection pour l'accès aux études de santé

La première année commune aux études de santé (PACES) est, comme son nom l'indique, commune aux études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de sage femme. Le nombre des étudiants admis à

l'issue du concours en seconde année de ces quatre filières est fixé par arrêté, pour chaque faculté : c'est le *numerus clausus*, qui doit en théorie tenir compte des besoins de la population et l'objectif de réduction des inégalités géographiques, mais aussi très concrètement des capacités de formation des établissements concernés.

Plusieurs personnalités auditionnées ont pointé les aspects critiquables de l'intense sélection qui s'exerce en première année des études de santé, sur la base notamment des sciences « dures » que sont les mathématiques, les biomathématiques, la chimie théorique et organique, la biochimie, la biologie moléculaire et cellulaire, la physique, la biophysique, la médecine nucléaire, etc. Même si le programme de la PACES comporte également pour une part réduite des sciences humaines et sociales, ce mode de sélection aboutit, de fait, à réserver l'accès aux études de santé aux bacheliers issus de la série S ayant obtenu au moins la mention bien au baccalauréat. Par ailleurs, dans la mesure où l'intensité de la sélection favorise l'éclosion de préparations privées, elle renforce la **part prépondérante des étudiants issus des catégories socioprofessionnelles supérieures. Or, ceux-ci étant surtout urbains, ils auront naturellement une certaine réticence, au terme de leurs études, à s'installer en zone rurale.**

Dans son récent rapport de parlementaire en mission sur l'enseignement supérieur et la recherche, notre collègue député Jean-Yves Le Déaut propose la suppression du concours en fin de première année et la mise en place d'une spécialisation progressive dans le cadre d'une licence par grand domaine (médical, pharmaceutique, rééducation, soins infirmiers, maïeutique...) qui permettrait d'orienter, en fonction des résultats académiques, les étudiants sur plusieurs années. Certaines personnalités auditionnées ont quant à elles envisagé, comme en Allemagne et dans les pays scandinaves, une sélection sur dossier ou par concours à l'issue du baccalauréat.

Votre rapporteur considère donc comme absolument nécessaire d'envisager une réflexion approfondie sur la question de la sélection pour l'accès aux études de santé.

2. Diversifier l'enseignement dispensé aux étudiants

Les études permettant l'obtention du titre de médecin spécialiste, que celui soit qualifié en médecine générale ou dans une autre spécialité, se poursuivent après la PACES par une période de deux ans menant au niveau licence, pendant lequel sont enseignées les matières théoriques fondamentales. Des stages en hôpital sont proposés aux étudiants dès la deuxième année de ce premier cycle.

Le deuxième cycle des études médicales, qui mène en trois ans au niveau master, comprend une partie théorique et une partie pratique sur les différentes pathologies. Dès la première année de ce cycle, les étudiants

participent à l'activité hospitalière, sans exercer de responsabilité diagnostique ni thérapeutique, avec le titre d'étudiant hospitalier (anciennement « externe »).

Après avoir validé leur deuxième cycle des études médicales, tous les étudiants se présentent à des épreuves classantes nationales pour obtenir leur affectation en qualité « d'interne » dans l'une des disciplines parmi les onze existantes. Cet internat leur permet d'obtenir un diplôme d'études spécialisées après une formation dont la durée est de trois à cinq ans, selon les cas. La spécialité de médecine générale est acquise au terme de trois ans.

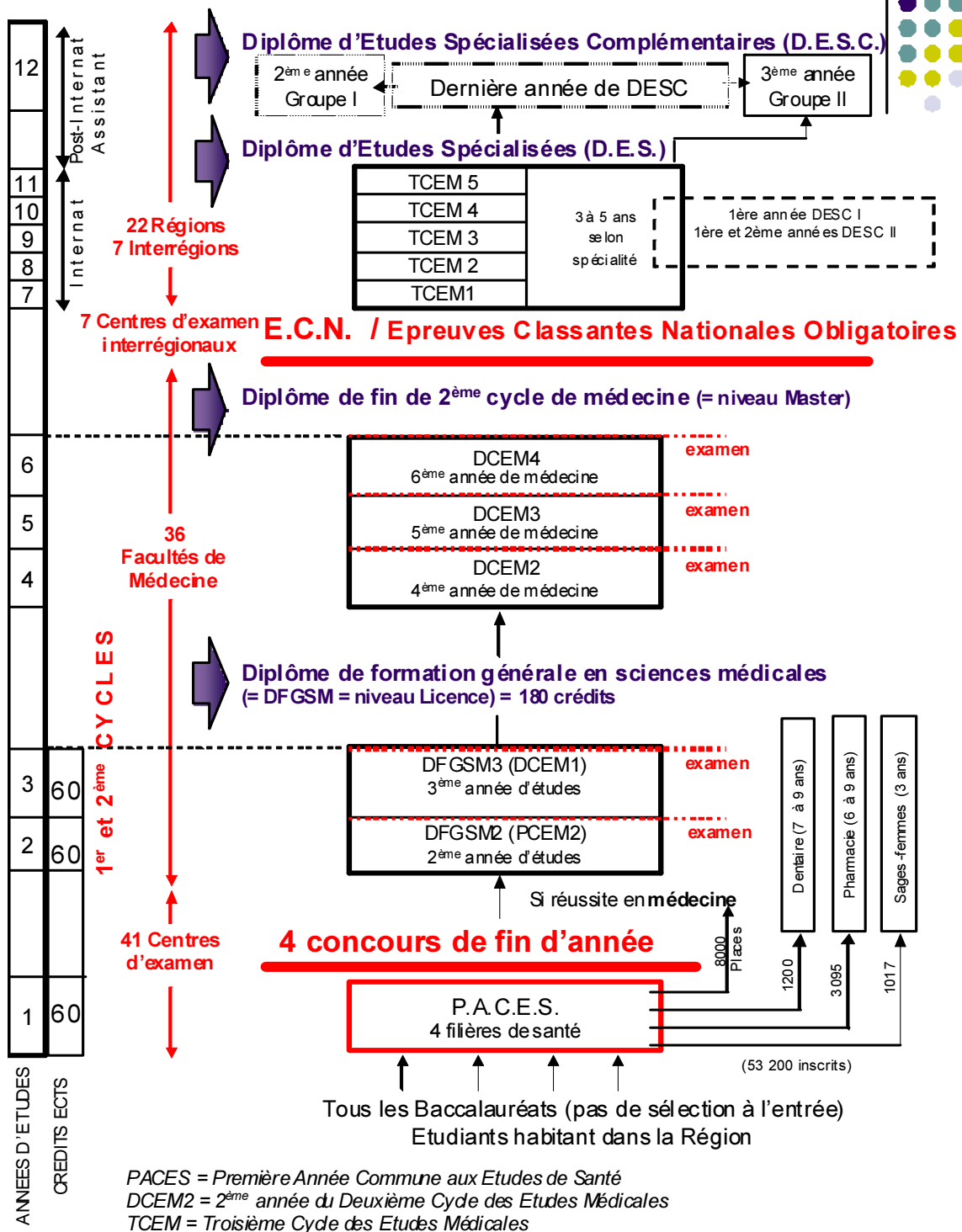
Ce cursus d'études est exclusivement consacré aux matières médicales et très centré sur la fréquentation des seuls centres hospitaliers universitaires (CHU).

La difficulté à maîtriser d'autres compétences nécessaires à l'exercice libéral peut décourager les jeunes médecins à s'installer à l'issue de leurs études, et leur faire préférer le « confort » de la pratique hospitalière ou d'une pratique prolongée des remplacements.

Votre rapporteur estime donc indispensable d'introduire ou de renforcer les cours de gestion, de communication, de psychologie, d'éthique, d'économie de la santé, afin de préparer les étudiants en médecine à être de véritables acteurs de santé, autonomes, confiants dans leurs compétences et se sentant responsables de la santé des populations vivant sur le territoire où ils sont installés.

En ce qui concerne plus particulièrement la filière de médecine générale, votre rapporteur considère en outre comme nécessaire de renforcer l'acquisition des compétences dans des domaines tels que la psychiatrie, la pédiatrie ou le traitement des urgences, afin de faire du généraliste un véritable médecin de premier recours. Cela contribuerait à la revalorisation du métier de médecin généraliste, que plusieurs des personnes auditionnées ont appelée de leurs vœux.

LES 3 CYCLES DES ETUDES MEDICALES



Source : Direction générale de l'offre de soins

3. Rendre obligatoires les stages en médecine générale et faciliter les conditions d'accueil des étudiants

On ne peut pas attendre des étudiants qu'ils choisissent la médecine générale s'ils ne la connaissent pas. Or, leur formation en CHU ne leur fait connaître qu'un mode d'exercice spécialisé, encadré et marqué par une très grande technicité.

Le deuxième cycle des études médicales comporte en théorie un **stage d'initiation à la médecine générale** d'une durée de huit semaines, qui doit être réalisé au sein d'un cabinet de médecin généraliste. Il est ouvert à tous les étudiants et bénéficie d'une rémunération. **En pratique, la proportion d'étudiants en deuxième cycle qui a pu bénéficier de ce stage d'initiation à la médecine générale reste faible : autour de 37 % en 2010.**

De ce fait, les étudiants en médecine sont une minorité à avoir eu un contact de terrain avec la spécialité de médecine générale en médecine ambulatoire avant les épreuves classantes nationales, bien qu'un sur deux soit appelé à exercer cette activité. **Ignorant l'intérêt de cet exercice, ils sont soumis à l'attrait des autres spécialités découvertes lors de leurs stages à l'hôpital, et le praticien hospitalier en CHU devient leur référence.**

Paradoxalement, même ceux qui choisissent la spécialité de médecine générale à l'issue des épreuves classantes nationales peuvent n'acquérir qu'une expérience limitée de l'exercice ambulatoire.

En effet, **lors des trois années de formation de la spécialité médecine générale, les futurs généralistes doivent effectuer deux stages de deux semestres dans des services hospitaliers agréés au titre de la médecine générale**, et seulement un semestre obligatoire dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste.

Certes, **en fin de troisième cycle**, ils peuvent effectuer un **stage d'une année** en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le **stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS)**. Mais ce stage, qui constitue le véritable temps d'autonomisation de l'interne, ne revêt qu'un caractère facultatif. A défaut, cette année est effectuée en établissement hospitalier. **En 2010, 30 % seulement des promotions d'internes en médecine générale ont eu accès au SASPAS.** Ce qui implique que 70 % des étudiants qualifiés en médecine générale n'ont effectué que 6 mois sur 36 dans un cabinet de médecine générale.

C'est donc tout le système des stages durant les études de médecine qu'il convient de revoir.

Les textes législatifs et réglementaires doivent tout d'abord être appliqués. Il n'est pas admissible que le taux de réalisation du stage

d'initiation à la médecine générale, théoriquement obligatoire, varie de 0 % dans certaines facultés de médecine à 100 % dans d'autres, comme Toulouse ou Brest. Le fait que certaines facultés parviennent à respecter cette obligation montre bien que celle-ci n'est pas irréaliste. Les doyens et les départements de médecine générale doivent être impliqués dans l'objectif de généraliser effectivement ce stage de sensibilisation, qui est de nature à susciter des vocations et à rehausser la considération portée par l'ensemble des étudiants à la médecine générale. **A brève échéance, la réalisation du stage doit conditionner la validation du deuxième cycle des études médicales.**

Le Pacte territoire-santé soumis à la concertation par la ministre des affaires sociales et de la santé le 13 décembre 2012 comporte précisément, comme engagement n° 1, la généralisation du stage d'initiation à la médecine générale « *en revoyant notamment l'encadrement réglementaire des stages dans les centres de santé, et en accélérant la recherche des maîtres de stage* ». L'objectif est partagé par votre rapporteur, bien que la ministre ne précise pas les moyens qu'elle entend mettre en œuvre pour y parvenir.

Toutefois, il ne s'agit pas seulement d'atteindre quantitativement cet objectif. Les maîtres de stage doivent être soigneusement sélectionnés et motivés, afin de donner une image positive de la médecine de premier recours aux étudiants qu'ils encadrent. Les indemnités versées sont nécessaires mais sans doute pas déterminantes. Les médecins doivent surtout être convaincus qu'il est de leur propre intérêt d'accepter cette responsabilité. En effet, les témoignages sont concordants pour souligner combien l'accueil d'un étudiant est utile pour le maître de stage lui-même, qui voit sa pratique questionnée par un regard neuf et peut même ainsi bénéficier d'informations actualisées et de bonne source sur les dernières avancées thérapeutiques. **La fonction de maître de stage doit d'ailleurs pouvoir être valorisée au titre du développement professionnel continu des médecins.** Par ailleurs, l'accueil de stagiaires étudiants peut être un moyen de trouver un successeur pour les médecins en fin de carrière ou un « renfort » dans les secteurs où le nombre de médecins est insuffisant.

Le développement des stages en zones rurales achoppe aussi sur la question des distances de transport ou du logement. Un certain nombre de collectivités territoriales proposent des **allocations de transport ou de logement** aux étudiants en médecine désireux de faire un stage sur leur territoire. De même, de plus en plus de MSP s'équipent en **logements pour l'accueil des stagiaires**. Ces initiatives doivent être encouragées et si possible généralisées. **Ainsi, la présence d'un logement d'accueil des stagiaires pourrait être l'un des éléments du cahier des charges conditionnant la labellisation des MSP et leur financement.**

4. Organiser au niveau régional les épreuves classantes en fonction des besoins de chaque région

La répartition des étudiants en médecine entre les différentes spécialités repose sur des épreuves classantes nationales, qui se sont substituées au concours de « l'internat ». Un rang de classement est attribué au niveau national à chaque candidat, et chacun choisit à son tour selon cet ordre une affectation, c'est-à-dire un lieu de formation et une spécialité. Or, ce système ne permet pas de maîtriser l'effectif des généralistes formés.

En effet, la spécialité de médecine générale est quasiment la seule à ne pas pourvoir la totalité de ses postes. Ce phénomène est constant, et se reproduit chaque année dans des proportions proches de 20 %. Ainsi, en 2010, sur un total de 3 632 postes en médecine générale ouverts aux épreuves classantes nationales, seuls 2 964 ont été pourvus, soit un écart de 668. Pourtant, le nombre de postes ouverts correspondant strictement au nombre de candidats reçus, il ne peut pas y avoir théoriquement de postes laissés vacants.

L'écart résulte du choix fait par certains étudiants de ne pas valider leur dernier semestre de deuxième cycle afin de tenter d'obtenir un meilleur classement aux épreuves nationales de l'année suivante, dans l'espoir de pouvoir choisir une autre spécialité que celle qui leur est proposée parmi les postes restants, le plus souvent lorsque celle-ci est la médecine générale. Les deux seules autres spécialités à ne pas faire le plein des postes ouverts sont la santé publique et la médecine du travail.

Une solution simple consiste à limiter les possibilités de redoublement volontaire des étudiants reçus aux épreuves classantes nationales, afin de réduire ce « taux d'inadéquation » entre postes ouverts et postes pourvus. C'est la voie choisie par le décret du 10 août 2011 qui n'autorise à redoubler qu'une seule fois et, surtout, qui a limité le total des redoublements à 3 % des effectifs des candidats. Mais seule une évolution en profondeur de la perception de la médecine générale par les étudiants peut aboutir à ce que celle-ci ne soit plus choisie uniquement par défaut, par ceux qui ne sont pas suffisamment bien classés pour choisir une spécialité jugée plus « prestigieuse ». La revalorisation du rôle du médecin généraliste est donc indispensable.

Par ailleurs, le choix exercé par l'étudiant, en fonction de son rang de classement, détermine non seulement sa spécialité, mais en même temps la région où il effectuera son troisième cycle. **Or, on observe une propension des médecins à s'installer dans la région où ils ont fait leurs études, dans une proportion de 80 %.** Ce phénomène renforce la nécessité d'adapter aux besoins la répartition régionale des étudiants en médecine.

Il paraît donc nécessaire de régionaliser les épreuves classantes, en ouvrant dans chaque région un quota de postes qui soit en adéquation, tant dans son effectif global que dans sa répartition entre les différentes

spécialités, avec les particularités de la région en termes de démographie médicale.

Bien sûr, la régionalisation des épreuves classantes nationales ne pourra aboutir à une meilleure adéquation des flux de formation des médecins aux besoins locaux que si les capacités d'accueil des facultés de médecine sont parallèlement rééquilibrées, pour être adaptées aux besoins des territoires. Actuellement, les facultés de médecine parisiennes apparaissent nettement surdimensionnées par rapport aux besoins de la région Île-de-France.

5. Mettre en place une année professionnalisante pour les étudiants en médecine générale dans les zones fragilisées

Lors de leur audition par le groupe de travail, les représentants de l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) ont proposé d'instaurer une quatrième année professionnalisante dans le cadre du DES de médecine générale. Cette proposition, que l'intersyndicale défend depuis 2008, a été notamment reprise par Mme Élisabeth Hubert dans son rapport de 2010 sur la médecine de proximité.

Actuellement, les enquêtes montrent que 55 % des internes de médecine générale souhaitent exercer d'abord en tant que remplaçants parce qu'ils se sentent insuffisamment préparés pour une installation directe, ce qui témoigne des carences – au moins ressenties – de leur formation initiale.

Une dernière année professionnalisante, effectuée sur le terrain, peut apporter au futur professionnel la formation complémentaire qui lui permettra d'être parfaitement autonome et efficient dès la fin de son cursus. Cette année, qui aboutirait à porter à quatre ans la durée du DES de médecine générale, contribuerait à revaloriser cette filière par rapport aux autres spécialités.

L'ISNAR-IMG n'exclut pas que cette année professionnalisante puisse comporter un semestre en ambulatoire et un semestre en milieu hospitalier, afin de compléter l'acquisition de compétences dans un domaine médical spécifique. **Votre rapporteur considère que cette expérience d'une année complète en ambulatoire, ou partagée en lien avec un hôpital local, doit se dérouler prioritairement dans des territoires identifiés comme sous denses en médecins ou en voie de sous densification.**

B. METTRE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE TERRITORIALE UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

1. Territorialiser la lutte contre les déserts médicaux

En matière de lutte contre la désertification médicale, il importe de raisonner à l'échelle d'un territoire pertinent, au niveau infradépartemental. Il ne s'agit plus d'avoir un médecin dans chaque village, mais de définir des territoires de proximité sur lesquels l'accès aux soins sera assuré par les différents acteurs de santé.

Ces dernières années, des collectivités territoriales toujours plus nombreuses se sont engagées sur le terrain de la politique de santé, bien que celle-ci soit théoriquement une compétence de l'État. Depuis 2000, la démarche des **Ateliers santé ville** a été impulsée dans le cadre de la politique de la ville afin de réduire les inégalités de santé dans les zones urbaines sensibles, en impliquant les municipalités.

Mais l'implication des collectivités territoriales n'est pas limitée aux zones urbaines. Ainsi, par exemple, le département du Lot-et-Garonne a mis en place une **commission de la démographie médicale** qui associe des représentants du préfet, de l'ARS, du conseil départemental de l'Ordre des médecins, et de l'assurance maladie. **Le territoire du département a été réparti en « aires de santé », au nombre de quinze**, dans le cadre desquelles la commission valide les projets de pôles ou maisons de santé.

Votre rapporteur estime opportun de généraliser un tel système, en mettant en place dans tous les départements une commission qui définirait des périmètres de santé proches des populations et veillerait à la satisfaction des besoins de soins à l'échelle de chacun de ces périmètres. A ce titre, elle favoriserait le développement des réseaux de soins, qui permettent une articulation souple et efficace entre la médecine ambulatoire et les établissements de santé.

2. Favoriser la coopération et la délégation entre les différentes professions de santé

Dans ce cadre territorial, la perspective d'une forte diminution du nombre de médecins dans les prochaines années conduit à **rechercher les modalités d'un transfert de tâches vers d'autres professions de santé afin de dégager du temps médical et de permettre aux médecins de se recentrer sur ce qui constitue leur cœur de métier et leur valeur ajoutée spécifique.** Cela implique d'optimiser les compétences de chacune des professions de santé. **Les infirmiers, par exemple, pourraient se voir confier l'accomplissement d'actes aujourd'hui médicaux, tels que les vaccinations, au lieu de se trouver cantonnés à des soins d'hygiène et de**

confort. Les pharmaciens, qui sont les professionnels de santé les plus densément présents sur le territoire, pourraient contribuer au suivi des patients atteints de maladies chroniques. Les orthoptistes et les opticiens pourraient accomplir certains des actes que les ophtalmologistes ne sont plus en nombre suffisant pour assurer en totalité. Le médecin généraliste, ainsi recentré sur son cœur de métier, aura également davantage de disponibilité pour mener certaines consultations approfondies qui ne sont aujourd'hui difficilement réalisées par des médecins spécialistes insuffisamment nombreux.

Actuellement, le code de la santé publique organise l'activité de soins en fonction de la définition des différentes catégories de professions de santé à partir de l'autorisation, donnée par voie réglementaire, de l'exécution de leurs tâches. **Ainsi, les professions de santé se trouvent restreintes dans leurs initiatives de répartition entre elles de leurs activités par des décrets de compétence rigides qui énumèrent des listes limitatives d'actes.**

Pourtant, le niveau de formation de la plupart des professions de santé s'est élevé depuis plusieurs décennies, et les compétences de ces professionnels peuvent être aujourd'hui utilement mises à contribution. Les progrès technologiques (techniques médicales de diagnostic, techniques opératoires, nouvelles thérapeutiques, télémédecine) devraient également faciliter l'émergence de nouveaux partages des compétences entre les professionnels de santé.

La loi HPST a mis en place un système de dérogation aux conditions légales d'exercice de leur profession qui autorise les professionnels de santé à s'engager dans une démarche de coopération sous la forme de transferts de tâches ou d'actes de soins. Ces transferts doivent être organisés dans le cadre de protocoles soumis à l'ARS, qui vérifie qu'ils correspondent à des besoins de santé dans la région concernée et aux principes édictés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette dernière peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, la décision d'une ARS d'autoriser le protocole est prise sur simple information de la HAS.

Pour aller au-delà de ce dispositif dérogatoire, il apparaît nécessaire de sortir d'une définition des professions de santé établie sur des décrets d'actes, et de refondre les textes sur la base de la notion de mission, comme c'est le cas à l'étranger. L'établissement de référentiels métiers pour chaque profession mettra en évidence des zones d'activités communes entre les professions, qui leur permettront de s'engager plus aisément dans la voie des coopérations par transferts de compétences.

Toutes les professions de santé ont à y gagner. Ainsi, la banalisation des transferts de compétences pourra, à terme, favoriser l'évolution de la profession d'infirmier vers un enrichissement de ses missions, au terme d'une formation de cinq ans et non plus trois seulement, comme l'ont souhaité les représentants de l'Ordre des infirmiers lors de leur audition. On peut rappeler également que l'expérimentation de « maisons de naissance » confiées aux sages femmes a été approuvée dans son principe par le Parlement dans le cadre

du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, même si le Conseil Constitutionnel a finalement invalidé cette disposition pour des raisons formelles de recevabilité.

Dans ce domaine, votre rapporteur estime que le « pacte territoire santé » du 13 décembre 2012 constitue un premier pas, puisque son engagement n° 8 propose d'accélérer les transferts de compétences dans la filière ophtalmologie. En effet, la répartition des compétences entre les médecins ophtalmologistes, qui figurent parmi les spécialistes les moins accessibles aux patients, et les opticiens ou les orthoptistes, mérite d'être rationalisée. Mais il ne faudrait pas limiter à cette seule filière médicale une problématique qui vaut pour toutes.

Bien sûr, le développement de ces transferts de compétences suppose une rémunération adéquate, que les nomenclatures tarifaires actuelles ne permettent pas, dans la mesure où elles sont établies profession par profession. Les règles de responsabilité propres à chaque professionnel engagé dans un transfert de compétences devront également être précisées.

3. Favoriser l'exercice regroupé pluriprofessionnel

Les jeunes médecins manifestent une préférence pour l'exercice regroupé dans le cadre des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, qui est notamment de nature à lever leurs réticences à s'installer en zone rurale. Plusieurs mesures peuvent conforter cet engouement.

La « loi Fourcade » du 10 août 2011 modifiant la loi HPST a grandement amélioré le cadre juridique de ces coopérations en créant la **société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)**. Cette formule, inspirée dans ses principes des sociétés civiles de moyens, poursuit quatre objectifs qu'aucune autre structure juridique ne permettait jusqu'alors d'atteindre simultanément :

- rassembler des professions distinctes ;
- percevoir des financements publics, qu'ils émanent de l'État, de l'assurance maladie ou des collectivités territoriales, et qui puissent être répartis entre les membres de la SISA ;
- facturer à l'assurance maladie certains des actes réalisés ;
- organiser un cadre fiscal et social sécurisé tout en ménageant une souplesse d'accès et une sortie facile du dispositif aux professionnels de santé qui en sont membres ou souhaitent le devenir.

Sur le plan financier, les nouveaux modes de rémunération forfaitaire des MSP et des PSP n'ont été mis en œuvre qu'à titre expérimental, pour des périodes limitées à cinq ans. **Il est grand temps de leur apporter de manière généralisée un financement pérenne**, comme le prévoit la loi de financement

pour la sécurité sociale pour 2013, dont l'article 45 ouvre la voie à une négociation conventionnelle interprofessionnelle sur le sujet de la rémunération des équipes de soins.

Le montant de ce « forfait équipe coordonnée » ou « forfait structure », qui pourra couvrir notamment les charges de secrétariat, devra être modulé selon que la MSP ou le PSP sera ou non conforme à un cahier des charges ouvrant droit à labellisation : temps d'organisation, coordination ou protocolisation ; amplitude des horaires d'ouverture ; possibilité de consultation sans rendez-vous par roulement ; système d'information commun à toutes les professions ; capacité d'accueil pour les étudiants, plateforme de télésanté, optimisation de la relation avec l'hôpital, etc. Certaines des aides déjà existantes, par exemple l'exonération de charges sociales pour l'emploi d'un salarié, pourraient être conditionnées à ce type d'exercice coordonné.

4. Rémunérer différemment les médecins

Selon les Comptes nationaux de la Santé 2011, les médecins ayant une activité libérale ont déclaré en moyenne pour 2008 un revenu tiré de leur activité de 97 400 euros, avec un montant moyen de 121 300 euros pour les spécialistes et de 76 600 pour les omnipraticiens. Les écarts vont du simple au double entre spécialités : de 173 900 pour les radiologues à 77 400 pour les dermatologues. Il est permis de se demander si ces écarts de revenus sont tous justifiés. En secteur 2, les médecins compensent des niveaux d'activités plus faibles qu'en secteur 1 par les dépassements d'honoraires.

Avec un niveau relatif de 2,1 fois le salaire moyen, le revenu moyen des médecins généralistes en France se classe au 10^{ème} rang sur 20 pays de l'OCDE, selon une étude de 2009 (12^{ème} rang pour le revenu moyen des médecins spécialistes, avec un niveau relatif de 3,2 fois le salaire moyen).

Même s'il est demandé par certains syndicats, l'accroissement de leur revenu n'est pas une motivation essentielle pour la plupart des médecins libéraux – d'où le caractère globalement inopérant des dispositifs financiers d'incitation à l'installation en zones sous-dotées. C'est bien plus leur mode de rémunération qui doit aujourd'hui être revu, afin d'éviter la « course à l'acte ».

Il y a aujourd'hui consensus sur la nécessité d'évoluer vers un système mixte qui, à côté d'une base de rémunération à l'acte, verrait se développer des rémunérations forfaitaires pour le travail de coordination, de prévention, de formation et de santé publique.

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), expérimenté à partir du printemps 2009, est un dispositif de contractualisation individuel entre un médecin conventionné et la caisse primaire d'assurance maladie, par lequel le premier s'engage à améliorer la prise en charge de sa patientèle en contrepartie d'une rémunération complémentaire. Le CAPI a connu un succès certain, et a inspiré le nouveau dispositif de « rémunération

sur objectifs de santé publique » de la convention nationale signée le 26 juillet 2011. La pertinence de ces objectifs est toutefois contestée par certaines organisations représentatives des médecins.

Dans les zones sous-dotées, les deux dispositifs conventionnels de « l'option démographie » et de « l'option santé solidarité territoriale » présentent le défaut de reposer essentiellement, hormis l'aide forfaitaire à l'investissement, sur une majoration des honoraires de consultation, donc de rester dans une logique de paiement à l'acte. **Il serait préférable que, dans ces zones, les médecins, ainsi d'ailleurs que les autres professionnels de santé de premier recours, puissent se voir confier de véritables « mandats de santé publique » ouvrant droit à des rémunérations forfaitaires, plus adaptées que le paiement à l'acte pour valoriser leurs actions de santé publique et le suivi des maladies chroniques.** Par ailleurs, la possibilité de déroger au parcours de soins sans pénalités pour les patients, qui est prévue pendant les cinq premières années suivant l'installation en zone sous-dotée, mériterait d'être généralisée et pérennisée dans le temps, compte tenu de la difficulté à trouver un médecin traitant dans ces zones et pour éviter l'allongement d'un parcours de soins déjà long.

5. Favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins

Les projections de la démographie médicale, précédemment présentées, font ressortir un infléchissement dans les prochaines années, jusqu'en 2020, avant que le nombre des médecins en exercice retrouve progressivement en 2030 son niveau d'aujourd'hui.

Face à cette perspective, plusieurs des personnes auditionnées par le groupe de travail ont évoqué la solution palliative consistant à favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins, afin de limiter l'ampleur de ce creux démographique.

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) qui a été mis en œuvre à partir de 1988, afin d'inciter les médecins libéraux à cesser de manière anticipée leur activité à partir de 57 ans, obéissait à une logique exactement inverse. Il consistait en une allocation de remplacement de revenu qui était versée au médecin par la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) pour le compte de l'assurance maladie jusqu'à l'âge de la retraite, soit 65 ans. **Le MICA a été supprimé en 2003, après avoir bénéficié en moyenne à 3 600 médecins chaque année, soit un quart des effectifs potentiellement concernés.**

L'année même de la suppression du MICA, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a autorisé les médecins libéraux à cumuler leur retraite avec une activité libérale, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la sécurité sociale. Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé ce plafonnement. Les

médecins du secteur public bénéficient de la même possibilité de cumuler une retraite et un emploi.

En 2012, sur les 51 930 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 8 950 avaient fait le choix de continuer d'exercer la médecine, soit 17,3 % du total. **Le nombre des médecins « retraités-actifs » tend à augmenter rapidement : il a doublé entre 2007 et 2012.** Le conseil national de l'Ordre estime, qu'à ce rythme, ils représenteront 34 % de l'effectif total des médecins retraités en 2017.

Votre rapporteur ne peut que constater l'incohérence des politiques successivement conduites par les pouvoirs publics. La question qui se pose aujourd'hui est de savoir en quoi ces médecins « retraités-actifs » peuvent contribuer à lutter contre la désertification médicale. En effet, s'ils contribuent au maintien de l'offre de soins, rien ne garantit que leur répartition géographique réponde aux besoins les plus pressants. Au contraire, les données du conseil national de l'Ordre montrent que ces médecins « retraités-actifs », qui sont âgés en moyenne de 69 ans, sont pour 30,9 % d'entre eux concentrés en Île-de-France.

Lors de son audition par le groupe de travail, le Syndicat des Médecins Libéraux a présenté une proposition d'amélioration du régime des médecins ayant choisi l'option du cumul-emploi. Actuellement, le médecin retraité qui poursuit ou reprend une activité est tenu de cotiser aux régimes de base et complémentaire d'assurance vieillesse, sans que ces cotisations génèrent des points supplémentaires. Le SML suggère donc de **donner un véritable statut au médecin « retraité actif », dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS, qui s'accompagnerait d'un allègement de ses charges sociales.**

Selon votre rapporteur, l'amélioration du statut des médecins « retraités actifs », qui aurait un coût certain pour la sécurité sociale, est envisageable si elle n'est pas conçue comme un droit ouvert indistinctement à tous, mais comme une incitation à continuer d'exercer offerte seulement dans les zones sous médicalisées. Il rappelle, d'ailleurs, que le Sénat a adopté, dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, un amendement de notre collègue Gilbert Barbier exonérant du paiement des cotisations d'assurance vieillesse les médecins retraités reprenant ou poursuivant une activité dans les zones caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

6. Développer des formes de médecine salariée

Face aux lacunes de la couverture du territoire par la médecine libérale, qui ne répond plus aux besoins des populations dans certaines zones, **le recours à la médecine salariée peut être une solution.**

Les centres de santé sont une forme de médecine salariée ancienne, pouvant répondre aux attentes actuelles des médecins. Gérés par des organismes publics ou privés non lucratifs, le plus souvent des mutuelles, ou par des collectivités territoriales, ils pratiquent le tiers payant, garantissent le secteur 1 et maîtrisent les dépassements pour les actes et prothèses dentaires. En 2007, selon leur Fédération nationale on dénombrait 1 457 centres de santé, dont 507 centres dentaires, 518 centres infirmiers, 168 centres médicaux et 264 centres polyvalents. Leur implantation géographique est ciblée sur les grandes villes.

Les statuts et les missions des centres de santé ont été réactualisés par la loi HPST. Ils sont aujourd'hui autorisés par les ARS et participent aux SROS, mais connaissent des difficultés financières structurelles, qui proviennent d'une absence de reconnaissance de leurs spécificité dans la rémunération que leur verse l'assurance maladie. Le « pacte territoire santé » du 13 décembre 2012 propose d'ailleurs, dans son engagement n° 12, la négociation d'un accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé, sur la base d'une mission confiée à l'IGAS pour rénover leur modèle économique.

L'exercice en centre de santé est attractif pour les médecins, dont la rémunération en tant que salariés reste la plupart du temps liée à leur activité, avec un allègement des tâches administratives, un exercice collectif souvent pluridisciplinaire et une meilleure maîtrise de leur temps de travail.

C'est pourquoi certaines communes dont la couverture en médecins libéraux est en voie de réduction entreprennent de recruter, dans le cadre de centres de santé municipaux, des médecins qu'elles salarient. Ainsi, la ville de La Ferté-Bernard dans la Sarthe, qui compte 10 000 habitants, après avoir vainement cherché à trouver des successeurs à trois de ses quatorze médecins généralistes qui allaient prendre leur retraite, a ouvert en 2011 un centre de santé qui emploie aujourd'hui trois médecins salariés par la municipalité, avec des niveaux de rémunération calés sur le grille salariale de la fonction publique hospitalière. L'investissement initial a été limité, car le centre s'est installé dans des locaux déjà disponibles, et le fonctionnement est financièrement équilibré par la rémunération versée par l'assurance maladie sur la base d'un paiement à l'acte.

La formule du centre de santé apparaît donc, pour les collectivités territoriales, comme **une solution de rechange en cas de défaillance du mode d'exercice libéral. Toutefois, elle ne constitue pas en soi une solution généralisable**, car le développement des centres de santé entraînerait une pénurie de médecins salariés, et paraît trop lourde à porter pour les communes rurales.

Une autre formule de salariat médical, proposée lors de son audition par la présidente du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReaGJIR), a retenu l'attention de votre rapporteur. Il s'agit de mettre en place une offre publique de soins

ambulatoires consistant en médecins salariés par les ARS pour assurer des remplacements dans les zones fragiles.

7. Encourager le développement de la télémédecine

La télémédecine peut constituer une **solution partielle à la raréfaction des praticiens libéraux dans certains territoires**, et répondre au souci des médecins généralistes isolés de pouvoir s'appuyer en tant que de besoin sur l'expertise de médecins spécialistes.

L'article 78 de la loi HPST définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* ».

La télémédecine est constituée par **quatre types d'activités** :

– la **télé-consultation**, qui est un acte médical à distance. Le patient dialogue avec le médecin par le biais d'un système de visioconférence ;

– la **télé-expertise**, qui est un échange entre deux ou plusieurs professionnels de santé arrêtant ensemble un diagnostic ou une thérapeutique sur la base de données biologiques, radiologiques ou cliniques échangées sur un dossier médical partagé par voie électronique ;

– la **télé-surveillance**, qui consiste en la transmission et l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique ou biologique recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

– la **télé-assistance**, lorsqu'un médecin assiste à distance l'un de ses confrères en train de réaliser l'acte médical ou chirurgical.

Alors qu'il n'y a plus de véritables entraves technologiques, le développement de la télémédecine se heurte aux mêmes obstacles qui freinent de manière générale l'informatisation du système de santé : émiettement des prestataires de services, absence d'interopérabilité des divers logiciels, retard dans la mise en œuvre du dossier médical personnel, cloisonnement des systèmes d'informations ville/hôpital.

Le développement de la télémédecine se heurte également, de manière plus spécifique, à des obstacles juridiques et financiers.

En effet, selon le code de déontologie, chaque médecin participant à un acte de télémédecine reste personnellement responsable, qu'il soit médecin sollicitant ou sollicité. **Il convient donc de clarifier juridiquement la responsabilité du médecin sollicité vis-à-vis du patient téléconsulté.**

Financièrement, l'exercice de la télémédecine n'est pas encore reconnu dans le cadre de la classification des actes médicaux et le financement public a été jusqu'à présent non pérenne, dans le cadre d'expériences pilotes.

Il convient désormais d'établir une cotation spécifique aux actes de téléconsultation et de télé-expertise, afin que la télémédecine puisse se développer dans le cadre de la médecine ambulatoire.

Dans ce domaine également, le « pacte territoire santé » du 13 décembre 2012 ne paraît pas à la hauteur des enjeux. Son engagement n° 7 propose seulement de concrétiser la mise en place de la télémédecine par une expérimentation sur la filière dermatologie. **Votre rapporteur estime qu'il n'est plus temps de multiplier les expérimentations, sur lesquelles les pionniers travaillent maintenant depuis plus de vingt ans, mais bien de déployer la télémédecine à grande échelle.**

Bien sûr, l'une des limites intrinsèques au développement de la télésanté réside dans la **nécessité de disposer d'une couverture en haut débit satisfaisante**, ce qui n'est pas encore le cas sur l'ensemble du territoire. En outre, les zones blanches correspondent le plus souvent aux zones de désertification médicale. On rejoint, ici, la problématique de l'aménagement numérique du territoire, et plus largement de l'aménagement du territoire.

C. CLARIFIER ET PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS FINANCIERS EXISTANTS

1. Réorienter les moyens disponibles vers les aides financières les plus pertinentes

Force est de constater la multiplication des dispositifs incitant à l'installation en zone sous dotée financés par l'État, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales. Beaucoup de ces aides financières apparaissent coûteuses, sources d'effets d'aubaine, peu opérantes, voire redondantes.

Il apparaît donc nécessaire de procéder à un audit approfondi de l'ensemble de ces aides afin d'optimiser les moyens qui leur sont consacrés en réorientant les financements, sur la base d'une évaluation du rapport entre leur coût et leur impact réel, vers les dispositifs les plus pertinents, et notamment vers les mesures proposées.

A titre d'exemple, il semblerait pertinent que les aides à la construction des maisons de santé ne soient accordées que lorsque des professionnels de santé, notamment des médecins, sont effectivement associés à ces projets, pour éviter la réalisation de maisons de santé sans médecin.

2. Faire des agences régionales de santé le point d'entrée unique des aides financières

Toutes les enquêtes montrent que les aides financières foisonnantes qui leur sont offertes demeurent très peu connues des professionnels de santé, qu'ils soient encore étudiants ou déjà installés.

Or, la loi HPST a confié aux ARS la mission de mettre en place des **plates-formes d'appuis aux professionnels de santé (PAPS)** reposant sur un partenariat entre les différents acteurs régionaux (ARS, caisses d'assurance maladie, ordres professionnels, unions régionales des professionnels de santé, facultés et écoles de formations, collectivités territoriales...), afin de rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnels de santé au niveau régional. Quatre objectifs ont été assignés aux PAPS :

- informer les étudiants et les futurs professionnels de santé sur les formations initiales et les sensibiliser aux différents modes d'exercice ;
- aider le professionnel lors de l'installation (simplifier ses démarches, l'informer sur les modes d'exercice et les aides à l'installation) ;
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné ;
- suivre le développement des professionnels et leurs projets tout au long de leurs carrières.

Le déploiement des PAPS n'a débuté que le 1er juillet 2011, avec l'ouverture d'un site internet dédié par chaque ARS. Les PAPS ont donc vocation à devenir le guichet unique pour l'information sur les aides financières à l'installation.

Le « pacte territoire santé » du 13 décembre 2012 propose à bon escient, dans son engagement n° 4, d'amplifier le dispositif des PAPS par la désignation au sein de chaque ARS d'un « référent-installation », qui ira à la rencontre des étudiants et les accompagnera dans leurs démarches d'installation. L'ARS de Rhône-Alpes, qui a joué un rôle pilote dans cette proposition du « référent-installation », a ainsi pu faire passer le nombre de CESP conclus dans cette région d'une dizaine en 2010 à 65 candidatures retenues en 2012, au prix de nombreux échanges par mails et entretiens.

Aussi, votre rapporteur estime tout à fait essentiel que les facultés de médecine informent, dès les premières années, les étudiants des dispositifs existants et souligne qu'il conviendra de veiller à donner aux ARS les moyens d'étoffer, autant que nécessaire, les services sur lesquels pourra s'appuyer le « référent-installation ».

D. MIEUX RÉGULER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Alors que des dispositifs de régulation à l'installation se sont progressivement mis en place depuis 2008 pour un grand nombre de d'acteurs de la santé, **les gouvernements successifs ont jusqu'à présent refusé d'aller au-delà de mesures purement incitatives, à l'égard des médecins.** Pourtant, la mise en place de mesures plus volontaristes pour réduire les inégalités de densité médicale, qu'il s'agisse de dispositifs de régulation ou de contrainte à l'installation, est de plus en plus considérée comme nécessaire.

Dès 2008, aussi bien le rapport du sénateur Jean-Marc Juilhard sur la démographie médicale, que le rapport du député Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, évoquaient la **possibilité de recourir à un conventionnement sélectif dans les zones surmédicalisées.**

En février 2011, la **proposition de loi pour l'instauration d'un bouclier rural déposée par Jean-Marc Ayrault**, alors président du groupe socialiste à l'Assemblée nationale, proposait de subordonner à une autorisation des ARS l'installation dans les zones surdenses déterminées par les SROS.

Dans le cadre de la campagne des dernières élections présidentielles, **le parti socialiste a proposé dans son programme officiel une régulation de l'installation des médecins**, en demandant notamment aux jeunes médecins d'exercer dans une zone de santé prioritaire pendant les premières années à la sortie des études (engagement n° 22 des « Trente engagements pour le changement »). Le candidat François Hollande n'a pas repris cette proposition à son compte et s'est déclaré opposé à toute mesure de contrainte, mais il a néanmoins proposé de limiter les installations en secteur 2 dans les zones surdotées. Si le président de la République sortant, Nicolas Sarkozy, s'était prononcé contre toute mesure allant à l'encontre de la liberté d'installation, il s'était déclaré en 2008 favorable à l'extension aux médecins du système de régulation mis en place pour les infirmiers.

En mai 2012, Le président du **conseil national de l'Ordre des médecins** avait suggéré une régulation des conditions de premier exercice pendant une période de cinq années, en partenariat avec les ARS.

Lors de son audition par le groupe de travail, le représentant de **l'association des maires ruraux de France** s'est prononcé en faveur d'une obligation d'installation de quelques années en zone sous médicalisée, après évaluation des dispositifs incitatifs existants. De même, **la fédération des villes moyennes** prône des conventionnements différenciés en fonction de la densité médicale des différents territoires. **Un grand nombre d'acteurs du secteur de la santé ont jugé nécessaire la mise en place de mesures de régulation, si ce n'est de coercition.**

En octobre 2012, la proposition de loi déposée par le député Philippe Vigier proposait d'instaurer un dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin s'inspirant du système de régulation applicable aux officines de pharmacie. Elle a été rejetée par l'Assemblée nationale, les députés socialistes étant désormais hostiles à toute contrainte relative à l'installation des médecins.

Les esprits semblent donc mûrs aujourd'hui pour franchir un pas dans la régulation.

1. Étendre aux médecins le conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation

Dans le chapitre de son rapport annuel 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale consacré à la répartition territoriale des médecins libéraux, la Cour des Comptes rappelle que l'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait prévu d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles l'adaptation des règles de conventionnement des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire, mais que cette disposition avait été en définitive disjointe, à la suite d'une importante grève des internes à l'automne 2007.

La Cour rappelle également que l'article 43 de la loi HPST avait prévu un mécanisme de solidarité, le contrat santé solidarité, faisant participer les médecins installés en zones sur denses à l'exercice en zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusaient de signer un tel contrat ou s'ils ne respectaient pas les termes de leur engagement, ils devaient s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit en peu moins de 3 000 euros. Ce dispositif ne devait s'appliquer que trois ans après l'entrée en vigueur de la prochaine génération de SROS, soit au mieux en 2014. Cependant, compte tenu de la très forte opposition des médecins à cette mesure, la ministre de la santé a indiqué dès le mois de juin 2010 qu'elle mettait volontairement « entre parenthèse » cette disposition. De fait, la loi « Fourcade » du 10 août 2011 modifiant la loi HPST a supprimé la sanction et renvoyé à la négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs de médecins la définition des termes d'un contrat type.

La Cour des Comptes estime que cette absence de régulation persistante contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition encore plus marquées que connaissent depuis 2008 les infirmiers libéraux.

Les représentants des infirmiers qui sont venus témoigner devant le groupe de travail, tout comme ceux des masseurs-kinésithérapeutes, se sont déclarés satisfaits du dispositif de régulation par le conventionnement sélectif qui leur est désormais appliqué, et qui a prouvé en quelques années son efficacité pour réduire les écarts de densité. Ils ont souligné que la définition des zones sur denses, à laquelle ils ont été associés par les ARS, devait être parfaitement fiable pour ne pas prêter à contestation. Ils ont observé que les surdensités entraînaient une baisse du niveau des actes pratiqués et pouvaient générer une dérive financière pour l'assurance maladie. Selon eux, non seulement le conventionnement sélectif s'impose comme une évidence au regard de l'intérêt général, mais il permet en outre une saine régulation de la concurrence à l'intérieur de la profession. **En fait, les professionnels de santé aujourd'hui régulés ne comprennent pas pourquoi les médecins ne le sont toujours pas. De nombreux médecins rencontrés par votre rapporteur admettent d'ailleurs cette nécessité.**

Votre rapporteur s'est rendu à Berlin, en compagnie du président du groupe de travail, pour y étudier le fonctionnement et le bilan du dispositif allemand de régulation de l'installation des médecins, dont les principes sont présentés en annexe du présent rapport.

Depuis la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé, le territoire de **l'Allemagne** se trouve découpé en 395 circonscriptions médicales, dans lesquelles des quotas par catégories de médecins sont calculés par des commissions paritaires régionales. Lorsque le nombre de médecins d'une spécialité dépasse 110 % du quota d'une circonscription, il n'est plus possible d'y être conventionné par l'assurance maladie, hormis les cas de reprise d'un cabinet médical existant ou de prise en compte, sous le contrôle de la commission paritaire régionale, de disparités géographiques à l'intérieur d'une circonscription globalement bien pourvue.

En pratique, l'application de la loi de 1992 apparaît comme un processus complexe et déconcentré, qui implique les associations de médecins conventionnés, l'assurance maladie et les associations de patients. Cette gestion partagée explique que le système soit aujourd'hui généralement bien accepté par les médecins eux-mêmes.

Toutefois, de l'avis unanime de nos interlocuteurs, si le conventionnement sélectif permet de dissuader l'installation dans les zones sur dotées, il ne garantit pas pour autant que les médecins iront s'installer dans les zones sous dotées. L'Allemagne a donc récemment mis en place un ensemble de mesures incitatives : suppléments de rémunération, aides financières conditionnées aux étudiants en médecine, flexibilisation des permanences du week-end, possibilité de dissocier le lieu de résidence du lieu d'exercice du médecin.

Votre rapporteur propose donc d'étendre aux médecins le principe du conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation qui s'applique déjà aux principales autres professions de santé. Ainsi, il ne leur serait plus possible d'être conventionnés dans les zones sur dotées définies par les ARS, sauf cas de reprise d'activité, tandis que des dispositifs incitatifs continueraient de leur être proposés dans les zones sous dotées.

2. Instaurer une obligation de service pour les médecins spécialistes en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées

Dès mars 2007, l'Académie de médecine a recommandé, dans un rapport intitulé « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? », en l'absence d'évolution de la démographie médicale, « *l'application, comme ultime recours, de mesures*

contraignantes, avec l'obligation d'exercer dans des zones prioritaires pour les médecins qui y seraient affectés, pour une période de trois à cinq ans ».

Plus récemment, en mai 2012, le président du Conseil national de l'Ordre des médecins a rendu publiques, à l'issue de son séminaire annuel, plusieurs recommandations visant à garantir l'équité dans l'accès aux soins. Constatant l'échec des aides incitatives destinées à pallier l'inégale répartition territoriale des médecins, le CNOM a préconisé la mise en œuvre « *d'une régulation des conditions de premier exercice dans une période quinquennale éventuellement révisable* » organisée au niveau régional, en partenariat avec les universités et les ARS.

Ainsi, à l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, chaque jeune médecin serait désormais tenu d'exercer pendant une période de cinq ans dans la région où il a suivi son troisième cycle. Les médecins qui choisiraient de faire des remplacements obéiraient aux mêmes règles, ainsi que les médecins à diplôme étranger obtenant l'autorisation d'exercer. La détermination des lieux d'exercice, quelles qu'en soient les modalités, à l'intérieur de la région se ferait sous la conduite de l'ARS, en fonction des besoins identifiés par unités territoriales et en liaison avec le conseil régional de l'Ordre. Le CNOM a précisé que ce dispositif fort de régulation nécessiterait des mesures d'accompagnement, d'incitation et de promotion de carrière, notamment en médecine générale.

Des **dispositions d'initiative parlementaire** ont également proposé d'instaurer une obligation analogue :

– lors de la discussion de la loi HPST au Sénat, au mois de mai 2009, votre rapporteur avait présenté un **amendement** prévoyant que, à compter de 2017, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié seraient tenus de s'installer durant une période minimum de trois ans dans un territoire dans lequel le schéma régional d'organisation des soins indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population. Cet amendement, qui n'a pas été voté, devait s'appliquer également aux médecins titulaires de diplômes étrangers ;

– à l'Assemblée nationale, le député Philippe Vigier a déposé le 10 octobre 2012 une **proposition de loi** visant à garantir un accès égal aux soins sur l'ensemble du territoire, dont l'article 5 prévoit, à partir de 2020, une obligation d'installation d'une durée minimale de trois ans dans une zone déficitaire en offre de soins pour tous les médecins désireux d'exercer en libéral à l'issue de leur formation. Cette obligation s'applique également aux médecins ressortissants de l'Union européenne. La proposition de loi a été rejetée en première lecture par l'Assemblée nationale.

Cette idée d'une obligation d'installation initiale en zone sous-dotée pendant une période de quelques années, réclamée par les maires ruraux, a soulevé une vive opposition de la part de tous les syndicats médicaux auditionnés par le groupe de travail, et notamment des associations représentatives des étudiants en médecine. Ceux-ci font valoir que cette

nouvelle obligation poserait un problème d'équité intragénérationnelle, en faisant peser sur les jeunes médecins une contrainte que leurs aînés n'ont pas connue. **Toutefois, si l'on peut comprendre le souhait des étudiants en médecine de ne pas voir modifier les « règles du jeu » pendant le cours de leur formation, leur objection fait fi de la gravité de la situation, de la nécessité de réagir, et de la notion d'intérêt général, qui doit primer sur toute autre considération.**

C'est ainsi que l'on observe une situation particulièrement critique – pour ne pas dire inadmissible – dans certains hôpitaux locaux, et même dans certains centres hospitaliers de chef lieu de département n'ayant pas le statut de CHU, qui peinent à recruter les médecins spécialistes dont ils ont besoin. Ils doivent alors recourir à des médecins étrangers, avec les problèmes afférents de langue et de reconnaissance des diplômes, ou proposer des niveaux de rémunération très élevés, difficilement compatibles les contraintes de leur budget.

C'est pourquoi votre rapporteur préconise d'instaurer, pour les médecins spécialistes, une obligation d'exercer pendant deux ans à la fin de leurs études, à temps plein ou partiel, dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements où le manque de spécialistes est reconnu par les agences régionales de santé. Il ne s'agirait pas à proprement parler d'une obligation d'installation, mais de l'accomplissement d'un bref service public qui leur serait demandé.

3. Informer les étudiants en médecine de l'éventualité d'instaurer une obligation pour les médecins généralistes d'exercer en zone sous-dotée en début de carrière

En ce qui concerne les médecins généralistes, pour lesquels le problème de répartition géographique est pour le moment un peu moins aigu que pour les médecins spécialistes, le groupe de travail n'a pas souhaité proposer, à ce stade, d'instaurer une obligation d'exercer en zone sous-dotée. Néanmoins, cette obligation pourrait apparaître comme une solution incontournable dans quelques années, si les mesures proposées par ailleurs ne suffisent pas à améliorer la situation sur le terrain. En tout état de cause, il convient que les jeunes qui s'engagent aujourd'hui dans les études de médecine aient clairement conscience qu'il s'agit là d'une obligation qui pourrait être instaurée avant la fin de leurs études.

Votre rapporteur propose donc d'informer dès à présent les étudiants en médecine de la possibilité d'instaurer, pour les médecins généralistes, une obligation de quelques années d'exercice en zone sous-dotée en début de carrière si, au terme de la présente législature, la situation des inégalités de répartition territoriale des médecins n'a pas évolué positivement.

CONCLUSION

La formation de déserts médicaux, paradoxale dans un pays comme la France qui dispose d'un nombre globalement suffisant de médecins et consacre une fraction considérable de sa richesse aux dépenses de santé, a des répercussions inacceptables en termes d'égalité d'accès à la santé. Elle appelle donc une action forte et volontaire de la part des pouvoirs publics, qui ne peuvent accepter que perdure et s'amplifie même ce phénomène.

A la lumière de l'expérience, force est de constater que les mesures mises en place par les gouvernements successifs sont insuffisantes, pour ne pas dire inefficaces.

Le souci de ne pas heurter les médecins et les futurs médecins a jusqu'à présent paralysé nos gouvernants. Il est à cet égard révélateur d'observer la prudence des hommes politiques sur ce sujet, particulièrement lorsqu'ils accèdent aux responsabilités. Ainsi, Nicolas Sarkozy ou Jean-Marc Ayrault ont tour à tour renoncé aux mesures audacieuses qu'ils avaient un temps proposées. Le gouvernement précédent est même revenu, par la « loi Fourcade » de 2011, sur les quelques mesures de la « loi HPST » de 2009 qui marquaient une évolution pourtant timide en la matière.

Aujourd'hui, la gravité de la situation et des perspectives d'évolution exige la prise en compte du seul intérêt général.

Le présent rapport d'information, dont la publication a été approuvée à l'unanimité par la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, témoigne que la **Haute Assemblée a pleinement conscience de la gravité de la situation de la désertification médicale, de ses conséquences et de ses enjeux, et de la nécessité d'agir vraiment.**

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DU RAPPORT

I. FAIRE ÉVOLUER LES ÉTUDES DE MÉDECINE

Proposition n° 1 :

Mener une réflexion approfondie pour **adapter les critères de sélection lors de l'accès aux études de santé**, afin notamment d'élargir les origines sociales et géographiques des étudiants, peu propices à l'installation dans les zones sous dotées.

Proposition n° 2 :

Diversifier l'enseignement aujourd'hui centré sur la pratique hospitalière en introduisant des matières (gestion, communication, psychologie, bioéthique, économie de la santé) favorisant l'installation en ambulatoire et préparant les futurs médecins à être de véritables acteurs de santé.

Proposition n° 3 :

Rendre effective l'obligation des stages d'initiation en médecine générale, en conditionnant la validation du deuxième cycle des études médicales à leur réalisation, et en favorisant l'accueil des étudiants (aides au logement et au transport, équipement des maisons de santé en logements étudiants, encouragement et reconnaissance des maîtres de stages).

Proposition n° 4 :

Adapter les épreuves classantes nationales, qui ouvrent l'accès au troisième cycle des études médicales, aux besoins des différentes filières médicales de chaque région.

Proposition n° 5 :

Mettre en place une **quatrième année professionnalisante** en fin de troisième cycle pour les étudiants en médecine générale, accomplie de préférence dans les zones sous denses.

II. METTRE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

Proposition n° 6 :

Créer à l'échelle du département une commission de la démographie médicale qui délimitera des aires de santé et définira et organisera les moyens d'accéder aux soins sur ces territoires.

Proposition n° 7 :

Favoriser la coopération et les transferts d'actes entre les différentes professions de santé, pour améliorer la prise en charge des patients, en refondant les textes réglementaires définissant celles-ci sur la base de la notion de missions et non plus sur la notion d'actes.

Proposition n° 8 :

Favoriser l'exercice regroupé pluriprofessionnel en apportant un financement incitatif à l'installation en maisons et pôles de santé (« forfait équipe coordonnée », « forfait structure » ou « forfait secrétariat »).

Proposition n° 9 :

Favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins en exonérant du paiement des cotisations d'assurance vieillesse les médecins retraités reprenant ou poursuivant une activité dans les zones sous médicalisées.

Proposition n° 10 :

Développer lorsque cela est nécessaire des formes de médecine salariée, en confortant les centres de santé et en mettant en place une offre de soins ambulatoire assurée par des remplaçants salariés dans les zones fragiles.

Proposition n° 11 :

Encourager le développement de la télémédecine en clarifiant juridiquement la responsabilité du médecin sollicité et en établissant une cotation spécifique aux actes de télé-consultation et de télé-expertise.

III. CLARIFIER ET PROMOUVOIR LES MESURES INCITATIVES EXISTANTES

Proposition n° 12 :

Évaluer et réorienter les aides financières à l'installation en zones sous-dotées en fonction du rapport entre leur coût et leur impact réel.

Proposition n° 13 :

Faire des agences régionales de la santé le point d'entrée unique des aides financières, en développant les plates-formes internet d'appui aux professionnels de santé et en dotant de moyens adéquats un « référent-installation » dans chaque agence régionale de santé.

IV. MIEUX RÉGULER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Proposition n° 14 :

Étendre aux médecins le conventionnement sélectif, qui existe déjà pour les principales autres professions de santé, en fonction de la nature des zones d'installation (zones sur dotées ou sous dotées).

Proposition n° 15 :

Instaurer, pour les médecins spécialistes, une obligation d'exercer pendant deux ans à la fin de leurs études, à temps plein ou partiel, **dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements** où le manque de spécialistes est reconnu par les agences régionales de santé.

Proposition n° 16 :

Informé dès à présent les étudiants en médecine de la possibilité d'instaurer pour les médecins généralistes une obligation de quelques années d'exercice en zone sous-dotée en début de carrière si, au terme de la présente législature, la situation des inégalités de répartition territoriale des médecins n'a pas évolué positivement.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE MME MARISOL TOURAINE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Mardi 15 janvier 2013, la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire procède à l'audition de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.

M. Raymond Vall, président. – Nous accueillons Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, pour évoquer la présence médicale sur notre territoire, sujet majeur pour nos concitoyens et motif d'inquiétude pour les élus locaux que nous sommes. Nous attendons notamment, Madame la Ministre, des décisions destinées à juguler la désertification médicale dans certains territoires. Dès sa création, notre commission a mis en place un groupe de travail sur le sujet, présidé par Jean-Luc Fichet et dont le rapporteur est Hervé Maurey. Nos collègues ont conduit de nombreuses auditions et procédé à des déplacements sur le terrain. Les résultats de leurs travaux nous seront présentés prochainement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. – Je vous remercie de m'accueillir dans le cadre de ce groupe de travail.

La question des déserts médicaux est, avec raison, une préoccupation majeure – et légitime – pour nos concitoyens comme pour nos élus nationaux et locaux. La priorité du gouvernement est de lutter contre les inégalités sociales et territoriales. Contrairement à une idée reçue, le problème ne réside pas dans le nombre des professionnels de santé -terme qu'il faut préférer à celui de médecins, car la désertification touche l'ensemble du secteur-. La France compte 200 000 médecins, chiffre historiquement élevé, qui masque toutefois le fait que 50 % des Français ont des difficultés d'accès aux soins, notamment d'accès aux généralistes et à certains spécialistes, en ophtalmologie, en gynécologie, et dans une moindre mesure en pédiatrie. Ces inégalités se sont aggravées ces dernières années, puisque les effectifs des généralistes ont baissé dans 80 départements. Il y a donc aujourd'hui urgence, nous ne pouvons accepter que la situation se dégrade davantage. J'ajoute que les territoires ruraux ne sont pas seuls concernés : les banlieues, les quartiers sensibles et même certains quartiers des grandes villes sont touchés, comme en témoigne la différence entre l'est et l'ouest parisien.

Avant de vous présenter les douze engagements qui composent le Pacte territoire-santé que j'ai présenté le 12 décembre dernier, une précision : nous n'avons pas retenu la coercition comme outil d'action. En effet, elle se heurte à la liberté des patients pour choisir leur praticien et à la liberté d'installation des médecins, principes anciens dans notre pays. Elle est en

autre injuste à l'égard des jeunes praticiens, qui porteraient seuls les conséquences de problèmes qui leur sont antérieurs. Enfin, l'instaurer pour ceux qui entreront demain dans leur premier cycle d'études médicales ne résoudrait nos problèmes qu'à l'horizon 2020 au plus tôt. Or le creux démographique sera atteint en 2016 : c'est donc aujourd'hui qu'il faut obtenir des résultats.

Second élément de préambule : il n'y a pas de mesure miracle. Il importe d'actionner ensemble tous les leviers à notre disposition et de mobiliser l'ensemble des acteurs territoriaux : les élus, les administrations, les agences régionales de santé (ARS). C'est pourquoi, dès l'annonce du Pacte, j'ai demandé aux directeurs généraux des ARS de se mobiliser en faveur des objectifs fixés.

Le Pacte territoire-santé se décline en trois axes : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ; transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé ; investir dans les territoires isolés.

Changer la formation des jeunes praticiens passe d'abord par le renforcement de l'obligation d'effectuer un stage dans un cabinet de médecine de ville. Tous les étudiants y sont soumis, mais la mesure demeure inappliquée. En outre, 1 500 bourses de service public seront accordées d'ici 2017, contre 300 ces dernières années. Et 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale seront créés dès 2013. Ce statut ne sera nullement un revenu minimum à vie comme le dénoncent certains, mais une garantie de revenu destinée à sécuriser l'installation, qui demande du temps et de l'énergie. Enfin, un « référent installation » unique sera créé dans chaque région : un nom et un numéro clairement identifiés. C'est que j'ai été à plusieurs reprises interpellée sur la difficulté à obtenir des informations, concernant les aides ou les zones où il est intéressant de s'installer.

Deuxième axe du pacte présenté par le gouvernement : accompagner la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé. Les jeunes praticiens et d'autres moins jeunes – sont aujourd'hui désireux de travailler en équipe de manière plus coordonnée. Or ils sont formés exclusivement à l'hôpital et pour l'hôpital ! Notre système doit évoluer. C'est la raison pour laquelle nous avons créé une rémunération forfaitaire d'équipe, versée collectivement dès lors qu'un service supplémentaire est apporté aux patients. Par exemple, l'ouverture d'un cabinet médical sur des plages horaires plus larges, ou la création de réponses aux besoins nouveaux des patients. Des diététiciens ont déjà trouvé par ce biais leur place dans des maisons pluridisciplinaires de santé. Plus généralement, la médecine ambulatoire est un lieu de formation au même titre que l'hôpital. Nous travaillons avec Geneviève Fioraso à la mise en place d'un label universitaire pour identifier les cabinets de ville dans lesquels une formation hors les murs est possible. J'ai récemment inauguré à Argenton-sur-Creuse une maison de santé exemplaire à cet égard.

Nous voulons en outre développer le potentiel offert par la télémédecine, notamment en dermatologie et en matière de télésurveillance cardiologique, et mettrons en place un programme spécifique de téléconsultations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Enfin, nous souhaitons accélérer les transferts de compétences et sommes désireux à cette fin d'ouvrir les discussions avec les professionnels, notamment les ophtalmologues, spécialité dans laquelle les délais pour obtenir un rendez-vous sont les plus longs.

Troisième et dernier axe du pacte gouvernemental, l'investissement dans les territoires isolés. Le président de la République s'est engagé à rendre effectif l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, dans tous les territoires, dès 2015. Nous nous y sommes attelés dès l'année dernière. Nous lèverons les obstacles administratifs et juridiques à ce que des membres du personnel hospitalier, salariés, puissent travailler à temps partiel en appui aux médecins libéraux. Nous renforcerons les hôpitaux de proximité, qui sont au cœur des territoires : le passage, par exemple une journée tous les quinze jours, de professionnels de santé des CHU et CHR dans les petits hôpitaux de proximité, via le statut d'assistant partagé, sera facilité. Enfin, il est des secteurs dans lesquels des centres de santé composés de salariés sont nécessaires. Une mission a été confiée conjointement à l'IGAS et à l'IGF pour définir leur modèle économique et en faire des structures efficaces.

Voilà, à grands traits, la stratégie nationale de santé appelée de ses vœux par le Premier ministre. Elle requiert la mobilisation de tous. Soyez assurés de celle du gouvernement et de l'ensemble de l'administration pour la mener à bien.

M. Jean-Luc Fichet. – Merci, madame la ministre, d'avoir répondu à notre invitation. Le fait que la commission du développement durable et de l'aménagement du territoire se saisisse de la question des déserts médicaux a pu susciter les interrogations de la commission des affaires sociales. Or c'est bien d'aménagement du territoire qu'il s'agit, dès lors que l'on s'interroge sur l'offre de soins disponible dans les territoires, en particulier ruraux et périurbains.

Vous apportez des réponses de nature incitative. Les mesures, dans certains cas, existaient déjà mais méritent d'être réactivées. C'est le cas des contrats d'engagement par exemple. Je suis ravi que vous ayez évoqué les centres hospitaliers de proximité, car d'aucuns s'interrogeaient sérieusement sur leur fermeture. Je suis d'accord avec vous sur le *numerus clausus* : nous avons suffisamment de médecins. Mieux vaut concentrer nos efforts sur les moyens de les orienter vers les territoires sous-dotés.

Sur la coercition : j'y étais initialement favorable, avant que les auditions que nous avons conduites me fassent changer d'avis. Toutefois, il existe des propositions de régulation par le conventionnement qui méritent d'être regardées : un médecin s'installant délibérément dans une zone déjà bien dotée s'exposerait à subir la suppression de son conventionnement avec

l'assurance maladie – et des aides sociales et avantages fiscaux qui l'accompagne. Un tel système s'apparente à de la coercition sans s'y réduire tout à fait. Sera-t-il de nature à pousser les médecins vers les autres territoires ? Je n'en suis pas certain mais au moins notre volonté sera clairement affichée. Je crois que les professionnels de santé sont aujourd'hui sensibilisés à la question des déserts médicaux. Que pensez-vous de cette idée d'agir sur le conventionnement ?

M. Hervé Maurey. – Je remercie madame la ministre d'avoir répondu à notre invitation à évoquer sans tabou ce problème de santé publique et d'égalité entre nos concitoyens – car comment appeler autrement la situation actuelle, quand certains Français attendent un rendez-vous médical 18 jours et d'autres 18 mois ?

Je suis d'accord sur le fait qu'il n'existe pas de solution miracle. L'objectif de réduire à 30 minutes maximum le temps d'accès à des soins d'urgence est louable, mais pourquoi ne pas l'étendre à tous les types de soins ? Le problème est moins celui de la distance kilométrique ou du temps de trajet que celui du temps d'attente pour un rendez-vous.

Je vous suis sur le travail d'équipe et la réflexion que vous menez sur les rémunérations, comme sur d'autres questions, dont le champ d'application est hélas plus restreint : la télé-médecine ne concerne que la dermatologie, le transfert de compétences l'ophtalmologie, le rapprochement entre maisons de santé et université se contente de recenser les meilleures pratiques...

Certaines solutions que vous évoquez existent déjà : l'obligation pour les étudiants d'effectuer un stage dans un cabinet de médecine de ville figure dans le droit positif. Comment comptez-vous la rendre effective ? Vous augmentez le nombre des bourses de service public : mais à quoi cela servira-t-il ? Les étudiants n'en veulent pas ! En rajouter n'y changera rien. Rapprocher l'hôpital de la médecine ambulatoire était déjà un objectif de la loi Bachelot, mais on ne parvient pas à l'atteindre car on manque de médecins dans les hôpitaux...

Je suis en désaccord sur votre projet de revenu garanti pour les médecins territoriaux. En zone isolée, ceux-ci sont débordés de travail et leurs revenus y sont donc corrects.

Vous n'avez pas évoqué la formation des futurs médecins. Nous sortons d'une audition dans laquelle on nous a dit explicitement qu'en France on ne formait pas des médecins, mais des médecins hospitaliers ! La gestion, la psychologie, l'économie de la santé sont absentes de l'enseignement.

La question de la coercition est taboue en France. A droite comme à gauche, le lobby médical empêche de prononcer le mot. J'ignore si coercition et régulation sont synonymes pour vous. Vous dites en tout cas que la coercition est injuste. Soit. Mais les inégalités dont souffrent les Français, sont-elles justes ? La coercition priverait les médecins de leur liberté d'installation. Soit. Mais dans ce cas, rendons la même liberté aux

pharmaciens, aux kinésithérapeutes, aux infirmières ! Pardonnez-moi de m'emporter ainsi, c'est que j'ai à cœur de privilégier l'intérêt général sur celui des médecins, pour mettre un terme à la terrible situation que nous vivons, dans certains territoires, en matière d'accès aux soins.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je remercie Jean-Luc Fichet pour le soutien qu'il apporte à notre démarche. Certaines mesures existaient déjà, c'est exact. Mais si elles n'ont pas donné de résultats à ce jour, c'est que, prises isolément, elles étaient vouées à l'échec. A l'inverse, le plan du gouvernement est un ensemble de dispositions destinées à fonctionner de manière cohérente, et il s'appuie sur la mobilisation de tous les acteurs dans nos territoires. Je suis frappée de constater que des dispositions que nous avons votées, que nous connaissons, n'arrivent jamais à destination sur le terrain !

Sur les hôpitaux de proximité, je rappelle que c'est l'un des facteurs de présence ambulatoire sur un territoire.

J'en viens à la question de la régulation fondée sur la politique de conventionnement. Les jeunes médecins ne verraient pas de grande différence avec de la coercition pure et simple. En outre, les chances de succès d'un tel dispositif sont minces. Et pour de nombreuses spécialités, le risque serait grand d'accélérer l'instauration d'une médecine à deux vitesses, dans laquelle les praticiens seraient tentés de se déconventionner pour aller s'installer dans les zones où ils savent que la population est solvable. C'est le résultat inverse que nous recherchons. Je reste confiante en observant que les professionnels et les jeunes médecins – malheureusement, pas tous – prennent progressivement conscience des conditions d'accès aux soins de leurs futurs patients.

Hervé Maurey ne m'a pas bien entendue sur la formation des médecins. Celle-ci est en effet exclusivement hospitalière. D'où la création d'un label universitaire de formation hors hôpital. J'ajoute que nous avons engagé une réévaluation de la maquette des études médicales, comme cela se fait tous les dix ans. Nous veillerons à introduire dans les enseignements les sciences sociales, les enjeux éthiques, à sensibiliser les étudiants à la médecine de parcours, qui est au cœur de la stratégie nationale de santé, et à valoriser dans les programmes le travail en équipe. Le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche y travaillent.

Sur la coercition, j'ai eu l'occasion d'indiquer à l'Assemblée nationale, lorsque la proposition de loi de M. Vigier est venue en débat, les raisons pour lesquelles nous n'y étions pas favorables. Elles sont toujours d'actualité.

M. Gérard Cornu. – Je reviens sur le projet de praticiens territoriaux. La question n'est pas celle du salaire. Les médecins qui s'installent dans les zones isolées ont surtout peur d'être seuls. Concrètement, comment votre mesure va-t-elle fonctionner ?

La question des transferts de compétences mérite d'être approfondie. La démographie médicale est ce qu'elle est. On n'utilise pas assez les professionnels qui ont fait des études poussées, comme les pharmaciens, les kinésithérapeutes ou les infirmières. Le réflexe qui consiste à se tourner automatiquement vers le médecin à tout propos doit être combattu. L'évolution a eu lieu dans certains domaines : la loi rapportée au Sénat par Alain Fauconnier permet désormais aux opticiens, grâce au vote unanime de notre assemblée, de prolonger la durée d'une ordonnance de trois à cinq ans, désencombrant les salles d'attente de médecins chez qui les délais d'obtention d'un rendez-vous sont particulièrement longs.

M. Michel Teston. – Ma question concerne l'évolution démographique en psychiatrie, qui est plus inquiétante encore que celle de la médecine générale. En 2005, la France comptait environ 13 000 psychiatres, or le chiffre devrait chuter de plus de 40 % d'ici à 2020. Les différentes pratiques – publique, libérale, associative – se concentrent en agglomération. L'âge moyen des psychiatres est le plus élevé de toutes les spécialités. Que comptez-vous faire pour cette spécialité ?

M. Yves Rome. – J'ai noté avec attention les évolutions que vous souhaitez apporter pour remédier à la fracture médicale que connaît notre pays. Vous avez rejeté un peu rapidement les pistes évoquées par M. Fichet. Or, à terme, il faudra parvenir, grâce à la coopération des collectivités territoriales, à une offre de soins correctement répartie sur le territoire.

Un mot sur les dégâts collatéraux de la désertification médicale. Je préside la conférence nationale des services d'incendie et de secours : 76 % de l'activité des sapeurs-pompiers sont liés aux secours à personnes. La charge financière induite incombe exclusivement aux collectivités territoriales. J'aimerais que ce sujet fasse l'objet d'un examen attentif dans le cadre de la réflexion que vous menez. Nous avons déjà sollicité l'IGF ; l'IGAS devrait être associée à la réflexion. Je souhaite en outre que soit mobilisé le secteur privé ambulancier, qui profite très largement du développement de son activité le jour, et décide parfois de ne rien faire la nuit, surtout dans les zones dangereuses, en laissant le travail aux services d'incendie et de secours... C'est un sujet important pour les territoires, notamment ceux dans lesquels vous avez agi avant de devenir ministre.

M. Rémy Pointereau. – La région Centre est le deuxième désert médical de France après la Picardie, et les maisons de santé pluridisciplinaires ne vont pas tout résoudre. Avec un médecin pour 1 000 habitants, le département du Cher se situe en-deçà des normes de la région. Je ne crois pas aux trois premiers engagements : stages hors les murs, bourses, praticiens territoriaux. En revanche, l'engagement n° 9 me semble intéressant : dans les territoires ruraux, on est vite à plus de trente minutes d'un accès aux soins d'urgence, en particulier dans le sud du Cher. Les urgences médicales et chirurgicales sont un vrai problème. A Saint-Amand-Montrond, l'ARS a fermé les urgences médicales le dimanche et les jours fériés : or Bourges se trouve à plus d'une heure du sud du département et son service d'urgence est saturé...

Cette mesure a été un choc pour tout le département. Vous l'avez suspendue pour six mois. Oui, mais ensuite ?

M. Charles Revet. – J'assistais hier à une réunion de ma communauté de communes portant sur la mise en place d'une maison médicale ou d'un pôle de santé. Six médecins souhaitent s'investir dans ce projet. Ils soulignent qu'à s'en tenir à la configuration actuelle, « d'ici trois ou quatre ans, il ne restera que cinq praticiens », contre douze aujourd'hui. Cependant, l'un d'eux avait apporté un document relatif aux pôles de santé : à le lire, on comprend que monter un tel projet, c'est bâtir une usine à gaz ! La France connaît des situations très diverses, mais la réglementation ne peut-elle être simplifiée ?

Quant aux jeunes, ils sont plus attirés par les centres hospitaliers. Y-a-t-il moyen de prévoir qu'une partie de leurs stages soient effectués en milieu rural ou périurbain ?

M. Roland Ries. – Je vous remercie d'avoir mis l'accent sur les disparités au sein des villes, car je suis maire d'une grande ville et peux en témoigner. J'ai été frappé par un chiffre sur le risque d'obésité des enfants : à Strasbourg, l'écart est de 1 à 4 entre les enfants des quartiers périphériques et ceux des quartiers centraux. Le mode de vie est en cause, mais également l'insuffisance de la présence médicale. Nous avons deux maisons de santé dans les quartiers, elles fonctionnent bien. Madame la ministre parle de financer l'interdisciplinarité. Pourrions-nous avoir des précisions sur ce point ?

Mme Laurence Rossignol. – Avant même de pouvoir se soigner, dans un désert médical, il faut trouver un médecin référent. En Picardie, des cabinets médicaux ont été fermés, les médecins qui restent sont débordés et refusent le rôle de référent auprès de nouveaux patients. En conséquence, les personnes ne renonceront pas forcément à se soigner mais elles seront moins bien remboursées. Or la sécurité sociale est étrangement peu offensive sur ces questions... Pour les patients, c'est la double peine.

Une remarque sur les représentations que nous nous faisons concernant le dialogue avec les professionnels de santé. On est passé de mesures d'incitation à l'idée d'une coercition, dont a parlé Hervé Maurey. Il y a quelques années, une étude de l'ordre des médecins révélait que 30 % des étudiants en médecine n'exerçaient pas comme praticiens à la fin de leurs études, en particulier les femmes. Pourquoi ? S'agit-il de femmes qui ont fait des études en attendant de se marier ? Aujourd'hui, les jeunes médecins veulent travailler en structure collective, ils aspirent à pouvoir avoir une vie de famille. Or l'hôpital permet cela.

Que sont devenus les réseaux de soins, notamment ceux mis en place à l'époque du RU-486 ? Il faut bien sûr rémunérer le temps que les praticiens passent à travailler pour le réseau... Apparemment, d'autres priorités sont passées au premier plan. Mais il manque un continuum. Beaucoup de médecins souhaitent être salariés, et nous n'avons pas encore trouvé les

structures adéquates, en dehors de l'hôpital. Je signale que les médecins qui parlent au nom des généralistes sont, eux, attachés au mode de rémunération ancien, ou plutôt, archaïque.

M. Jacques Cornano. – La couverture sanitaire en Guadeloupe pose problème, particulièrement à Marie-Galante. C'est pourquoi j'ai organisé des rencontres entre les élus et la direction de l'ARS. La fermeture sans explication d'un hôpital a causé une grande détresse parmi le personnel et les malades. J'ai demandé à vous rencontrer, madame la ministre, avec une délégation. Ce n'est pas la directrice de l'ARS que nous voulons voir, mais vous !

Depuis des années, l'accès aux soins est un problème crucial : bien souvent, le temps de trajet est supérieur à 30 minutes. Qu'un hélicoptère basé en Martinique ou à Pointe-à-Pitre tombe en panne, et c'est le drame. Nous avons connu plusieurs cas similaires à celui qui s'est produit en Corrèze. Souvent, les patients sont obligés de prendre le bateau : la traversée dure entre 45 minutes et une heure... quand la mer est calme !

Le président de la République s'était engagé, avant son élection, à renouer avec l'excellence de notre système de santé, à renforcer l'hôpital public outre-mer, à prendre en compte la géographie archipélagique de la Guadeloupe dans la mise en œuvre des décisions publiques. Nous avons besoin aujourd'hui d'une décision claire et forte du gouvernement pour instituer la continuité territoriale comme règle d'organisation du secteur de soins. C'est pourquoi toute la délégation tient à rencontrer la ministre. Il faut se rendre sur place pour mieux comprendre comment fonctionne notre système de santé. Nous avons connu des situations très graves à deux reprises récemment et je ne voudrais pas qu'un jour les médias ne s'emparent d'une affaire de ce genre...

Mme Évelyne Didier. – Je participe au groupe de travail sur la présence médicale. La question est avant tout celle d'une inégalité de la répartition des médecins sur le territoire. Pour ma part, à l'origine, j'étais favorable à la coercition. Les professeurs de l'éducation nationale sont nommés dans telle ou telle académie. De même les médecins, y compris « libéraux », participent à un service public et sont rémunérés par la sécurité sociale sur des deniers publics. Je trouverai normal que la puissance publique donne des objectifs aux médecins, sans que ceux-ci puissent s'en exonérer.

Je partage votre analyse sur l'hôpital de proximité. Encore faut-il que les vacataires viennent effectivement, autrement dit que ceux inscrits au tableau soient réellement présents !

Nous avons à construire le modèle de demain. Les médecins veulent plus de collégialité et une aide à l'installation. Nous devons aller dans ce sens, et organiser une bonne répartition des hôpitaux et des pôles de santé.

M. Alain Houpert. – J'entends les mots de coercition, régulation, salariat... Il est facile de taper sur les médecins. Parmi les 200 000 médecins,

beaucoup n'en peuvent plus, voire sont au bord du *burn out*. Ils ne veulent pas être salariés, mais ils aspirent à une autre vie.

Comment en sommes-nous arrivés là ? On a parlé de formation, de *numerus clausus*, mais bien rarement d'aménagement du territoire. Les déserts médicaux sont avant tout des territoires déserts. Avec l'urbanisation massive, les territoires ruraux abandonnés sont de plus en plus ruraux... Nous avons besoin d'une vision holistique, globale, interministérielle, pour l'aménagement du territoire : les ministères travaillent-ils entre eux sur le sujet ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – M. Cornu se dit sceptique au sujet des praticiens territoriaux de médecine générale. Ce dispositif a pourtant reçu le soutien d'un syndicat d'internes de médecine générale. Les jeunes médecins me le disent, l'enjeu de l'installation, dans la durée, n'est pas financier. Quand on s'implante dans un territoire inconnu, il faut du temps pour être accepté. Il y a une méfiance, les jeunes médecins doivent faire leurs preuves. Nous offrons donc à l'arrivant une sécurisation valable pendant un temps limité – deux ans. Concrètement, nous définissons un revenu de référence ; s'il n'est pas atteint, la sécurité sociale versera la différence. Mais au bout de deux ans, nous considérons que l'installation doit être achevée, que la greffe doit avoir pris.

Je partage votre analyse sur les transferts de compétences et sur le rôle possible des professions paramédicales : les pharmaciens ont souvent le premier contact avec le patient. Nous devons jouer sur les compétences des infirmiers, des kinésithérapeutes... Les médecins doivent se recentrer sur le médical.

J'entends ce que dit M. Teston au sujet des psychiatres. Ils sont effectivement très concentrés dans les grandes agglomérations, et le défi est réel, d'autant que les maladies mentales ont de plus en plus souvent un caractère chronique. Nous devons renforcer la formation des étudiants et améliorer celle des généralistes qui sont souvent le premier recours. Le sujet sera traité, je l'espère prochainement, dans un projet de loi de santé mentale.

M. Rome, ma priorité est de faire le lien avec les territoires. Oui, M. Houpert, l'aménagement du territoire est essentiel, et toutes les collectivités ont un rôle à jouer. Les jeunes médecins, souvent élevés dans une culture urbaine, réclament une vie culturelle, des écoles... leurs conjoints exercent souvent une profession en ville. Nous menons un travail de réflexion sur les services publics et je doute que la politique des gouvernements précédents, qui consistait à supprimer les services publics dans les territoires, ait beaucoup contribué à l'attractivité des zones concernées. Pourquoi, se demandent les médecins libéraux, aurions-nous là une responsabilité particulière, quand vous y fermez les services publics et hospitaliers ?

Je suis d'accord, M. Rome : les professionnels doivent entendre les attentes des Français. Celles-ci sont très fortes, j'en ai parfaitement conscience.

Oui, je connais un peu le problème que vous évoquez au sujet des pompiers... L'opposition entre les services d'urgence hospitaliers et les SDIS ne date pas d'hier. Nous verrons avec Manuel Valls comment cheminer sur cette question.

La situation du Cher n'est effectivement pas réjouissante : dans la liste des déserts médicaux, la Picardie a cédé sa première place à la région Centre. Celle-ci a la particularité de posséder des centres très urbanisés, comme Orléans ou Tours, et des territoires ruraux où l'offre est très insuffisante. J'ai demandé à l'ARS un moratoire pour les urgences de Saint-Amand-Montrond. L'enjeu est de faire évoluer l'offre de soins d'une manière satisfaisante, de valoriser le temps médical. A quoi bon mobiliser des médecins la nuit pour des urgences chirurgicales s'il n'y a plus d'intervention ? Ce sont autant de médecins qui ne travailleront pas le lendemain... Nous devons réfléchir à une structuration d'ensemble : cela suppose de la coordination, des aménagements, des coopérations. Cela prend du temps, mais j'y suis attachée et c'est la raison pour laquelle j'ai demandé ce moratoire.

M. Revet, la simplification est une exigence, mais j'entends parfois des propos qui traduisent une forme de confusion. Les maisons pluridisciplinaires de santé ne sont pas la seule réponse. Il ne s'agit pas de mettre en place des structures exclusivement publiques, où les médecins n'auraient plus aucune initiative. Beaucoup de jeunes internes sont prêts à s'installer ailleurs que dans les grands centres urbains, mais les obstacles sont importants, voilà pourquoi cette simplification doit avoir lieu.

Quant aux stages, ils doivent se faire le plus souvent possible dans les secteurs où nous avons besoin de médecins, ce qui exige de créer des structures de soutien.

M. Ries, la politique du vélo à Strasbourg contribue à la prévention ! Et il y a dans cette ville des maisons de santé exemplaires. La lutte contre l'obésité appelle un travail en équipe, que nous financerons comme un temps médical consacré au suivi de la population.

Le financement qui sera mis en place n'est pas un financement pour les structures, pour leurs murs, comme dans les contrats de plan État régions : c'est un financement de la sécurité sociale pour service médical rendu. Il s'agit d'accompagner dans la durée le travail médical : c'est une première évolution de la rémunération des médecins, qui ne sera plus exclusivement un paiement à l'acte, mais dont une partie reposera sur une forfaitisation rendant compte du travail de prévention.

Mme Rossignol, la sécurité sociale n'a jamais intérêt à ce que les patients ne soient pas bien suivis, car la dégradation de leur état de santé coûte plus cher ensuite. Mais je sais qu'il est devenu difficile, dans certains territoires, de trouver un médecin référent. Il est important de dégager du temps médical, aujourd'hui trop mangé par des tâches administratives. D'où la simplification.

Mme Laurence Rossignol. – En attendant, comment font les patients qui ne sont pas remboursés faute de médecin référent ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le phénomène que vous relevez n'est pour l'instant pas majeur : le nombre de patients qui ont un médecin référent est très élevé.

Quant aux réseaux, ils se sont constitués sur la base d'une pathologie ou étaient centrés sur la prévention ; ils intervenaient auprès des professionnels de santé en structure d'appui.

M. Cornano, je connais la situation de Marie-Galante, de sa maternité, de sa chirurgie. Vous avez été reçu au cabinet et le serez à nouveau. Nous suivons attentivement la situation, en vue d'une meilleure prise en charge des patients et des parturientes. Nous avons travaillé à l'amélioration des transports en hélicoptère et nous voulons favoriser les déplacements des familles. Des progrès sont possibles, je vous propose d'y travailler ensemble.

Je partage l'idée de Mme Didier d'un service public de santé, qui justifie de fixer des objectifs aux professionnels, des modalités d'exercice, en équipe par exemple. L'enjeu est toujours la réduction des inégalités de santé, c'est-à-dire la garantie pour chacun de pouvoir consulter un professionnel à un tarif accessible. C'est pourquoi le gouvernement a fait de la lutte contre les dépassements d'honoraires une priorité.

M. Raymond Vall, président. – Je vous remercie pour ces réponses précises et pour la manière dont vous avez pris le sujet en mains.

II. AUDITION DE MME CÉCILE DUFLOT, MINISTRE DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT

Mercredi 23 janvier 2013, la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire procède à l'audition de Mme Cécile Duflot, ministre de l'égalité des territoires et du logement.

M. Raymond Vall, président. – Nous vous avons entendue déjà deux fois sur le thème de l'aménagement du territoire, Madame la ministre. Aujourd'hui, nous souhaitons vous entendre sur un sujet plus précis, celui de la présence médicale sur notre territoire. Ce sujet de préoccupation majeur des élus a donné lieu à la création d'un groupe de travail, dont Jean Luc Fichet est le président et Hervé Maurey le rapporteur, qui devrait rendre ses conclusions début février.

Mme Cécile Duflot, ministre de l'égalité des territoires et du logement. – La présence médicale est un aspect majeur de l'égalité entre les territoires et donc du mandat qui m'a été confié par le président de la République et le Premier ministre.

L'accès aux soins n'est plus seulement une question de distance mais aussi de disponibilité, tant les délais d'attente d'un rendez-vous sont parfois longs, aussi bien dans nos campagnes que dans nos quartiers urbains défavorisés. Nous travaillons à inverser cette situation en étroite relation avec Marisol Touraine, dont le pacte territoire-santé récemment annoncé apporte des réponses ambitieuses. J'ai, pour ma part, identifié trois leviers d'action complémentaires des mesures engagées par ma collègue.

Le premier de ces leviers est l'amélioration, dans les territoires, de l'offre de soins de premiers recours – médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes, infirmiers – ainsi que de premier secours, dans laquelle les hôpitaux de proximité ont un rôle déterminant à jouer. Réduire le temps d'accès à ces derniers est une question vitale et le président de la République a pris l'engagement qu'en 2015, nul ne se trouverait à plus de 30 minutes d'un service d'urgence.

Mais la mobilité ne doit pas être une contrainte. Pourquoi les patients devraient-ils être les seuls à se déplacer ? Je salue à cet égard l'initiative de Michel Vergnier, héros de la réouverture du service de radiothérapie de Guéret, victime des ayatollahs du chiffre mais pour lequel un compromis a pu être trouvé : ce sont désormais des spécialistes de Limoges qui se déplacent plusieurs fois par semaine.

La télémédecine peut aussi constituer un puissant facteur de rapprochement des services de santé et des patients de différents territoires, comme l'illustre le système de consultations à distance de l'hôpital de Beauvais. Le développement de ces technologies ne se fera qu'en renforçant le rôle et la présence de la médecine de proximité, ainsi que par l'intégration de ces besoins dans le plan très haut débit du gouvernement et dans les schémas territoriaux d'aménagement numérique.

Le second levier d'action est le renforcement et le rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire. Entre les différents bassins de vie, la densité de médecins généralistes peut varier de 1 à 5. Les inégalités sont tout d'abord criantes entre les régions – la présence médicale étant la plus faible dans le Centre et en Picardie et la plus forte en PACA ou en région parisienne. Mais ces écarts ne doivent pas masquer les disparités qui existent à l'intérieur des régions, par exemple entre l'ouest et l'est de l'Ile de France. Des dynamiques inquiétantes sont également à l'œuvre dans certaines régions, en apparence épargnées telles que le Limousin, de nombreux médecins libéraux étant proches de la retraite. Sans un engagement des pouvoirs publics, des territoires entiers risquent ainsi de se retrouver sans médecin au moment où le vieillissement de la population ne fait qu'accroître les besoins.

Notre action consiste tout d'abord à inscrire l'accès aux services médicaux dans une politique globale d'accès aux services au publics car la corrélation est très forte entre la présence de services de proximité – commerces, équipements, services publics – et le maintien d'une offre de soins de qualité. L'action que je mène pour renforcer l'accessibilité des services au

public, notamment à travers la mutualisation, devrait ainsi améliorer, à la fois, la qualité de vie des habitants et celle des professionnels de santé présents sur le territoire.

Pour mieux identifier les difficultés, j'ai également demandé à la DATAR de lancer en 2013, en relation avec le ministère de la santé, une étude permettant d'identifier les zones où la densité médicale est fragile. Ses résultats seront présentés à l'ensemble des acteurs de terrain afin de définir les réponses les plus adaptées. Une attention particulière sera portée par exemple aux zones de montagne soumises à de fortes contraintes.

Troisième levier, enfin : l'adaptation des pratiques médicales des généralistes aux besoins et au suivi des patients. Depuis 2011, la DATAR mène un programme de soutien à la création de maisons de santé pluridisciplinaires. Fin 2012, 189 projets ont été financés et ce nombre pourrait atteindre 250 en 2013. Je sais qu'en qualité d'élus locaux, vous êtes aussi nombreux à avoir initié la création de telles maisons. Relais d'une politique coordonnée de présence médicale, ces structures sont aussi garantes d'une plus grande proximité et d'une meilleure fluidité entre les différentes professions. Les médecins sont eux-mêmes favorables à la création de ces lieux de regroupement qui rompent avec une pratique isolée de la médecine au profit de collaborations multiples au service des patients. Le pacte annoncé par Marisol Touraine valorise ces pratiques en prévoyant une rémunération forfaitaire des équipes de soins en contrepartie de services répondant à des objectifs de politique publique ou de la prise d'engagements relatifs aux patients.

Renforcement de l'offre de soins de proximité, développement d'une politique intégrée de services à la population, renouveau des modalités d'exercice d'une médecine de proximité au service des patients, tels sont les trois axes de mon action, qui complète celle de Marisol Touraine, avec pour ambition un égal accès à la santé sur les territoires et le droit pour chacun de se soigner.

M. Jean-Luc Fichet. – La problématique de l'offre de soins relève au moins autant de la commission en charge de l'aménagement du territoire que de celle des affaires sociales qui nous a pourtant reproché de nous y intéresser. C'est ce constat qui nous a conduits à créer le groupe de travail qui a procédé à plus de cinquante auditions depuis le mois de juin.

Madame la ministre, vous évoquez la télémédecine mais n'oublions pas que, bien souvent, le milieu rural – qui représente les deux tiers des communes – n'aura accès au très haut débit que dans plusieurs années. Les dernières connections sont prévues pour 2030, alors que les élus attendent des réponses dès aujourd'hui ! Vous en avez rappelé plusieurs, telles que les maisons de santé et les pôles de santé, le maintien des hôpitaux de proximité, qui vont dans le bon sens, au même titre que le pacte territoire-santé. Ce dernier n'est pas lui même sans rappeler le « bouclier rural » qui devait garantir à la population la présence de différents services.

La présidente des centres de santé auditionnée dans le cadre du groupe de travail nous indiquait que, même dans le secteur de Nanterre-Rueil-Malmaison-Suresnes, il existait des disparités importantes d'offres de soins, sauf pour les pharmaciens soumis à des règles d'installation contraignantes. Les mesures incitatives atteignant très vite leurs limites, ne pensez-vous pas que l'on pourrait davantage s'inspirer, pour les médecins, de ce type de règles contraignantes, qui existent aussi pour les infirmiers ou les kinésithérapeutes ? Il faut en effet aller plus loin que les douze engagements annoncés par la ministre de la santé. Pourrait-on en outre savoir comment vous travaillez ensemble et quels financements pourraient être mis en place pour mener des actions efficaces et rapides ?

M. Hervé Maurey. – François Hollande a rappelé dimanche dernier qu'il était attaché à l'égalité des territoires ; preuve en est la création du ministère dont vous avez la charge. Or, en matière médicale, les inégalités sont criantes : dix-huit mois pour consulter un spécialiste dans certains territoires au lieu de quelques jours à Paris ! Certaines des propositions du gouvernement sont intéressantes mais elles ne sont pas à la hauteur des enjeux. Pourquoi Marisol Touraine refuse-t-elle a priori toute mesure de contrainte au motif – assez extraordinaire – que ce ne serait pas juste pour les médecins ? Pour vous, Madame la ministre de l'égalité des territoires, que faut-il préférer : être « juste » avec les médecins ou bien assurer plus d'égalité dans l'accès aux soins ?

M. Rémy Pointereau. – Avec la Picardie, la région Centre est effectivement celle où la densité de médecins est la plus faible, certains départements comme le Cher comptant moins d'un médecin pour mille habitants. L'accès aux soins doit être une priorité car il en va de la survie de nos territoires ainsi que de la vie et de la mort des populations. La proposition du président de la République sur les trente minutes me semble être, pour ces raisons, une évidence.

Madame la ministre, êtes-vous en phase avec votre collègue Marisol Touraine ? L'ARS souhaite fermer le centre d'urgence de Saint-Amand, ce qui obligerait les habitants du sud du département à se rendre à l'hôpital de Bourges situé à plus d'une heure de transport. Nous avons obtenu un moratoire d'un an, mais, concrètement, quelle est votre autorité sur l'ARS pour maintenir ce centre ? Comment ne plus laisser libre cours à ces fameux ayatollahs du chiffre ?

Mme Évelyne Didier. – Cela me fait plaisir de vous l'entendre dire.

M. Rémy Pointereau. – Cela vous surprend ? Vous ne m'avez jamais entendu dire que la culture du chiffre devait primer sur la santé.

Mme Évelyne Didier. – Vous personnellement peut-être pas mais...

M. Rémy Pointereau. – Enfin, Madame la ministre, vous évoquez la télémédecine alors que, par exemple, l'essentiel de mon département est

encore bien loin du très haut débit. La priorité me semble donc devoir être donnée aux soins.

M. Jean-Jacques Filleul. – Nous sommes tous attachés à la continuité républicaine mais force est de constater que l'héritage est lourd, en particulier dans la région Centre. Nous avons dû nous battre pendant des années contre les ayatollahs qui sévissaient encore il y a peu pour éviter la fermeture de la maternité et du plateau technique de l'hôpital d'Amboise. De quels moyens dispose-t-on dans une région comme la nôtre où, à côté de zones rurales, les zones périurbaines rencontrent elles aussi des problèmes spécifiques ? La densité de la circulation ne permet pas de se rendre aux urgences en trente minutes et les médecins font défaut le soir après 20 heures comme le week-end. Pour y remédier, j'avais proposé la création de relais de proximité d'urgence jugés, hélas, insuffisamment intéressants par les médecins libéraux. Je crois pourtant à ces structures légères – un médecin et une infirmière – ouvertes le samedi et le dimanche. Sinon, que feront nos concitoyens ? Ils continueront d'encombrer les urgences de l'hôpital avec des bobos, entraînant ainsi des dysfonctionnements dans les services. Comment allez-vous travailler, avec nous et avec le corps médical – extrêmement conservateur – dans une région aussi diverse ?

Mme Évelyne Didier. – Je voudrais tout d'abord présenter mes excuses à mon collègue pour l'avoir interrompu.

M. Rémy Pointereau. – Faute avouée est à moitié pardonnée.

Mme Évelyne Didier. – La difficulté est que nous devons assurer un égal accès aux urgences tout en prenant en compte la disparité des territoires, ce qui appelle des réponses nécessairement différenciées.

Je partage la vision de Marisol Touraine qui considère que le problème de la présence médicale concerne non seulement les hôpitaux et les médecins mais aussi les pharmacies et les professions paramédicales. Une question demeure toutefois : comment votre action va-t-elle s'articuler concrètement avec celle du ministère de la santé ?

Mme Cécile Duflot, ministre. – Traditionnellement, dans notre pays, chaque administration fonctionne en silo, suivant uniquement sa logique propre. C'est ainsi que le critère, en apparence objectif, du chiffre a abouti à meurtrir certains territoires perdant au même moment leur maternité, leur centre des impôts et un régiment militaire. Il faut que désormais, les questions de santé soient prises en compte dans le cadre d'une véritable politique publique globale d'égalité entre les territoires.

S'agissant de la prise de mesures coercitives, vous ne serez pas étonnés que ma position soit celle du gouvernement car, quand bien même je pourrais avoir une autre opinion, il ne serait pas aujourd'hui utile d'en faire état. Il nous faudra pousser l'analyse plus loin et réfléchir en termes d'écosystème médical territorial car on sait par exemple que l'absence du médecin peut avoir des conséquences sur le maintien d'une pharmacie.

Laissons aux mesures prises par Marisol Touraine le temps de produire leurs effets tandis que, comme j'ai eu l'occasion de le dire il y a quelques semaines devant la Haute assemblée, nous travaillons parallèlement à une loi sur l'égalité des territoires dont un des objectifs sera d'inscrire la question de la présence médicale et celle des services publics dans une logique globale allant au-delà du cloisonnement vertical. C'est d'autant plus nécessaire que l'installation d'un médecin peut, à son tour, être favorisée par la présence des autres services publics, dont l'école, et de commerces.

Autre sujet lié, le très haut débit : si toute la télémédecine ne fait pas appel à cette technologie, la nécessité pour certains territoires d'avoir recours à la télémédecine devra être prise en compte dans la définition des secteurs à équiper prioritairement de ce type de réseaux.

Comme le Président de la République, je plaide vigoureusement pour des politiques transversales de réparation des territoires meurtris et pour des politiques de dynamisation qui ne soient plus simplement conçues de façon cloisonnée, service public par service public, entreprise par entreprise ou même niveau de territoire par niveau de territoire. Nous pourrions ainsi envisager une contractualisation territoriale pour l'ensemble des services au public dont les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), comme j'ai eu l'occasion de l'évoquer avec l'association des départements de France (ADF). Cela se traduirait par une plus grande proximité des équipes d'intervention qui ne seraient pas localisées dans la même ville que le centre d'urgence. Dans la même logique que celle qui préside à l'identification des territoires fragiles par la DATAR, notre réflexion doit faire preuve d'anticipation. Les évolutions de la démographie médicale pourraient en effet affecter durement des territoires qui ne semblent actuellement pas menacés.

Plus concrètement, nous poursuivrons le financement des maisons de services publics et des maisons de santé dans le cadre des contrats de projets Etat-région (CPER) ; 20 millions d'euros y seront consacrés en 2013 dans le cadre d'un programme piloté par la DATAR. Des financements européens seront également mobilisés au profit des maisons de santé.

Il nous faut par ailleurs mutualiser les bonnes expériences. C'est dans cette perspective que j'ai évoqué l'idée d'un commissariat général à l'égalité des territoires chargé de diffuser les initiatives prises avec succès dans certains territoires, accompagnées de leurs « boîtes à outils ». Ce serait une façon de réinventer le rôle de l'État.

Monsieur Filleul, selon les types de territoires, des réponses particulières doivent effectivement être apportées. Le travail en commun de plusieurs professionnels de santé est extrêmement utile, en particulier dans les zones médicalement désertées. En outre, un effort doit être fait pour mieux anticiper les gardes de façon à les rendre moins pesantes pour le médecin concerné.

Faisons le pari que cette méthode de maillage territorial et de vision transversale des services publics, qui n'a encore jamais été mise en œuvre,

produira les effets escomptés. Il sera toujours temps d'évaluer son impact d'ici à deux ans et d'en changer si les choses ne s'améliorent pas.

M. Hervé Maurey. – On se donne deux ans ?

Mme Cécile Duflot, ministre. – J'estime, à titre personnel, que l'inversion de la logique actuelle, traditionnelle, ainsi que le maillage des services publics peuvent apporter des réponses peut-être plus rapidement qu'attendu dans la mesure où elles n'ont encore jamais été mises en œuvre.

M. Pierre Camani. – La présence médicale est un enjeu d'aménagement du territoire, qui ne se décrète pas mais qui s'organise. Ainsi dans le Lot-et-Garonne, un dispositif concerté a été mis en place sous l'égide du conseil général, qui associe les services de l'État, l'ARS et les acteurs de santé, dont l'ordre des médecins. La commission dite de la démographie médicale définit, au sein du territoire, différentes aires de santé et ne finance que les projets de maisons de santé élaborés par les professionnels concernés. Nous offrons ainsi un cadre cohérent dans lequel les acteurs publics sont invités à participer à des initiatives concertées plutôt qu'à financer des projets concurrents.

Envisagez-vous de faire des propositions sur ces sujets dans le texte sur l'égalité des territoires ?

M. Philippe Esnol. – Je ne suis pas du tout favorable à une sévérité accrue à l'égard des médecins. Nous devons assumer un héritage très lourd car, alors même que la situation était prévisible depuis de nombreuses années, peu a été fait au cours de la décennie écoulée. S'en prendre aux généralistes qui souffrent et dont le malaise est palpable depuis longtemps n'est pas une bonne solution.

Pour les pharmaciens, malgré la réglementation un problème de garde demeure. Même dans un secteur urbanisé, les personnes âgées sont souvent incapables de se rendre à la pharmacie de garde. Dans une zone très démographiquement dense comme le nord des Yvelines, il faut parfois plus d'une heure pour se rendre à l'hôpital, comme ceux de Poissy ou de Pontoise pourtant situés à quelques kilomètres. Les passionnés du chiffre nous ont fermé une maternité et l'ARS refuse aujourd'hui la construction d'une clinique de soins de suite pourtant financée par le secteur privé et installée dans une commune qui compte quatre Ehpad. Madame la ministre, des inégalités existent aussi en zone urbaine, auxquelles viennent, dans notre cas, s'ajouter une très forte concentration de demandeurs d'hébergements d'urgence et d'asile politique puisque nous accueillons un centre du 115 et un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA). Une même commune ne peut pas accueillir toute la misère du monde !

M. Charles Revet. – L'existence de trois services d'urgence est souvent une source de perte de temps et donc d'efficacité. Envisagez-vous d'agir en faveur d'un regroupement de ces services ?

Ne pourrait-on pas accorder une plus grande place à la médecine libérale dans la formation des médecins, car l'expérience montre que certains peuvent y prendre goût ? Quant aux maisons de santé, si elles permettent de répondre au souhait des jeunes médecins de travailler en groupe, reste à savoir qui les finance. L'enveloppe de 20 millions d'euros que vous annoncez sera-t-elle destinée à ces structures et, le cas échéant, selon quels critères ?

M. Philippe Darniche. – Votre vision globale de l'égalité des territoires est intéressante mais les mesures proposées me semblent insuffisantes. Alors qu'avec sa croissance démographique et sa situation économique la Vendée pourrait être une terre propice à l'installation des médecins, tel n'est pourtant plus le cas, essentiellement du fait des choix des jeunes médecins à l'issue de leurs études. Comment influencer ces choix ? La solution proposée, il y a quelques années, d'une contractualisation en cours d'étude n'a pas donné les résultats escomptés. Je n'ai pas de solution miracle mais peut-être pourrait-on revaloriser les gardes ce qui éviterait de surcroît que la « bobologie » soit prise en charge par les urgences des hôpitaux. Comment amener les spécialistes à ne pas s'installer seulement en ville ? Là aussi des mesures incitatives plus importantes que celles que vous prévoyez seront nécessaires.

M. Michel Teston. – Autrefois la majorité des médecins était opposée au statut de salarié. Aujourd'hui c'est l'inverse. Mais tous ne peuvent pas être rattachés à une structure hospitalière, faute de postes. Quelles pistes envisagez-vous ?

M. Jacques Cornano. – Madame la ministre, je souhaiterais avoir l'occasion de m'entretenir avec vous, comme je l'ai fait avec Mme Touraine, pour vous sensibiliser à la problématique de la couverture sanitaire en Guadeloupe, et notamment à Marie-Galante, car cette question doit s'inscrire dans un projet global de santé soucieux d'équité territoriale et de justice sociale.

La Guadeloupe est le seul département composé de six îles : Basse-Terre, la Grande-Terre, les Saintes avec Terre-de-Haut et Terre-de-Bas, la Désirade et Marie-Galante. Même les Bretons n'ont pas idée des problèmes rencontrés ! Avec la communauté de communes de Marie-Galante nous avons lancé une réflexion sur l'avenir de l'hôpital de Marie-Galante, il y a dix-neuf ans. Nous proposons le rattachement de celui-ci au CHU de Pointe-à-Pitre pour mutualiser les moyens, avec la signature d'une convention de partenariat ou la rotation d'équipes de spécialistes. Or l'inverse s'est produit. L'hélicoptère qui assure les rotations est souvent en panne. C'est pourquoi je souhaite la tenue d'une réunion de travail consacrée à l'étude de la situation d'archipel de la Guadeloupe, conformément au souhait du Président de la République.

Mme Odette Herviaux. – Je comprends les préoccupations de mon collègue. Les Bretons ont le même souci, avec Belle-Ile-en-Mer notamment.

Mme Cécile Duflot, ministre. – Comme vous l’a indiqué Marisol Touraine, à propos des centres de santé avec personnel salarié, une mission de l’IGAS et de l’IGF est en cours. Le pacte territoire-santé prévoit que deux cents praticiens de médecine générale verront leur revenu garanti pendant deux ans.

Monsieur Esnol, depuis vingt ans les inégalités entre régions se sont réduites mais les inégalités infra-régionales se sont accrues. L’installation d’une plateforme téléphonique dans une commune ne signifie pas que les lieux d’accueil y sont implantés. Il s’agit de deux entités différentes. En outre il existe en milieu urbain dense des déserts médicaux, avec parfois moins d’un médecin pour des milliers d’habitants, qui présentent les mêmes difficultés que les déserts médicaux en milieu rural.

Monsieur Revet, vous m’avez interrogée sur les numéros d’urgence. La question de l’articulation entre ces numéros pourra être évoquée avec l’association des départements de France. Sur les parcours de formation, parmi les éléments indiqués par Mme Touraine, figure l’obligation pour les médecins en formation d’effectuer un stage en médecine générale pendant leur scolarité.

L’insularité appelle une réflexion sur les services publics, notamment de santé. Il en va de même pour tous les territoires isolés ou enclavés, comme les zones de montagne. La Guadeloupe a effectivement un statut particulier, tout comme les îles du Ponant. Nous étudierons, Monsieur Cornano, la possibilité d’une rencontre prochaine.

Monsieur Darniche, il n’y a pas de corrélation entre l’accroissement du niveau de vie et celle de l’offre de soins. Beaucoup de paramètres interviennent dans le choix des localisations ; c’est pourquoi il est important de travailler sur la couverture territoriale des services publics. Concernant la féminisation, les hommes jeunes souhaitent aussi avoir une vie de famille et s’occuper de leurs enfants. La mère de famille nombreuse que je suis peut en témoigner...

Enfin les maisons de santé doivent, pour obtenir un financement, définir un projet de santé et répondre à un cahier des charges précis. Dans le cadre de notre réflexion avec Marisol Touraine, qui concernera aussi les financements en matière d’aménagement du territoire, nous veillerons à articuler les deux dimensions, en associant l’ensemble des acteurs à la définition des projets – ARS, préfets, professionnels de santé –, gage de succès dans la durée. Ces structures ne doivent pas se faire concurrence. Nous veillerons à ce que les appels à projets répondent à une vision territoriale partagée des implantations de services publics.

M. Raymond Vall, président. – Il m’a fallu six ans pour faire aboutir mon projet de maison de santé. Un vrai parcours du combattant ! Il est bien difficile pour un maire, un conseiller général voire un sénateur de s’attaquer à la question du vide médical.

La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) comportait pourtant dans son intitulé le mot « territoire ». Aussi il est inconcevable que le cahier des charges n'associe pas les deux problématiques. Si un maillage du territoire était défini, par exemple par la DATAR ou le commissariat général à l'égalité des territoires, les élus locaux pourraient s'en prévaloir pour obtenir un label de l'ARS ou pour obtenir un financement.

Pour les territoires ruraux il faut mettre en œuvre tous les leviers. Je n'ai pas voté la loi HPST. La ministre nous avait alors assuré que les hôpitaux ruraux seraient préservés : il n'en a rien été. On a sacrifié de nombreux lits de soins de suite, de rééducation et de médecine. La notion de « maillage territorial » a été vidée de son sens. La tarification à l'activité (T2A) a provoqué le départ des patients dans les CHU. Or le lien avec les familles est primordial. Comment les recevoir ? Les maisons de santé comme les hôpitaux locaux, devenus des Ehpad, ne peuvent faire face. Dans le cas que j'évoquais, la maison de santé a été construite dans l'enceinte de l'hôpital, afin de mutualiser les ressources, le médecin de garde pouvant s'appuyer sur les infirmières ou la pharmacie de l'hôpital.

Enfin il est indispensable que le raccordement au haut-débit soit une priorité, dans la mesure où les projets correspondent au maillage et respectent le cahier des charges commun aux deux ministères. Il faut y consacrer des financements spécifiques. Certes les locaux de télémédecine sont raccordés à l'ADSL. Mais est-ce suffisant si le sort d'un patient cardiaque est suspendu à l'envoi de son électrocardiogramme au CHU ? Commençons par un maillage de premier niveau, avant d'en étendre les ramifications. Il appartient à votre ministère de le définir. Réussissons la deuxième génération de maisons de santé, car il existe une volonté d'aboutir.

M. Charles Revet. – Madame la ministre pourriez-vous nous apporter des indications sur votre politique en matière d'urbanisme ?

Mme Cécile Duflot, ministre. – Je vous répondrai en présentant le calendrier législatif de mon ministère. Deux projets de loi sont en préparation. Une loi-cadre sur l'urbanisme et le logement tout d'abord. La concertation a commencé ; elle concernera les règles d'urbanisme, clarifiera l'articulation entre les différents schémas d'urbanisme et d'aménagement du territoire tandis que la question des PLU sera sans doute insérée dans le texte sur la décentralisation. Plusieurs lois seront actualisées à cette occasion : la loi de 1989 sur les rapports entre propriétaires et locataires, afin d'avancer dans le sens d'un encadrement des loyers ; la loi de 1970, dite loi Hoguet, sur les professionnels de l'immobilier, pour renforcer notamment les exigences en terme de formation et de qualification, souhait partagé par les professionnels eux-mêmes car la concurrence a abouti ces dernières années à une dégradation de la qualité des prestations ; ou encore la loi de 1965 sur les copropriétés qui a beaucoup vieilli et contient des règles de vote archaïques, sources de blocages. Je suis heureux de la collaboration entre mes services et ceux de la ministre de la justice sur ce dernier point. Ce texte très riche sera transmis au

Conseil d'État au mois d'avril et devrait être examiné en Conseil des ministres au mois de juin, puis soumis au Parlement à l'été ou en automne.

Le second projet de loi concerne le très haut débit. Il aura pour objet les services publics, leur mutualisation et une nouvelle articulation territoriale. Il pourrait devenir un des titres de la loi sur la décentralisation, tant le sujet de l'égalité des territoires nourrit de fortes attentes sur tous les bancs, aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, tandis que le calendrier législatif est très chargé. Les élus ruraux, mais pas seulement, sont attachés à cette réflexion. Ainsi toutes les questions d'urbanisme, d'égalité des territoires et de logement seront traitées dans leur ensemble avant la fin de l'année.

III. EXAMEN DU RAPPORT

Mardi 5 février 2013, la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire examine le rapport d'information du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire.

M. Michel Teston, président. – Je voudrais excuser le président Vall, grippé et dans l'impossibilité d'être avec nous aujourd'hui. Nous examinerons d'abord le rapport d'information du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, mis en place au mois de mai dernier sur ce sujet crucial tant pour nos concitoyens que pour les élus locaux.

Le groupe de travail a procédé à de nombreuses auditions et à plusieurs déplacements. La commission a également entendu sur ce sujet, les ministres Marisol Touraine et Cécile Duflot. Monsieur le président, Jean-Luc Fichet, et Monsieur le rapporteur, Hervé Maurey, nous sommes impatients de connaître les conclusions de vos travaux.

M. Jean-Luc Fichet, président du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. – Seize sénateurs ont participé aux travaux de notre groupe qui a mené une quarantaine d'auditions. Je suis heureux de la qualité du travail accompli et des conclusions présentées en harmonie avec Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey, rapporteur. – Outre les auditions que nous avons réalisées, nous avons recueilli une cinquantaine de contributions via l'« espace participatif » mis en place sur le site internet du Sénat et nous avons adressé des questionnaires aux médecins de nos départements respectifs. Le rapport, intitulé « Déserts médicaux : agir vraiment », a été adopté à l'unanimité au sein du groupe de travail.

Des inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins existent, qui tendent à s'accroître. Paradoxalement, le nombre des professions de santé est globalement suffisant, puisque la France compte près de 200 000 médecins et, avec une densité moyenne de 330 médecins pour 100 000 habitants, se classe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Le

problème vient des inégalités de répartition, avec des densités qui varient, d'un département à l'autre, de un à deux pour les médecins généralistes libéraux, de un à huit pour les spécialistes, ou de un à neuf pour les infirmiers libéraux. Ces inégalités sont encore plus criantes à un niveau infra-départemental : même des départements bien dotés en professions de santé, comme les Alpes-Maritimes, comptent des déserts médicaux.

En outre, l'accès aux soins est souvent difficile pour nos concitoyens. Selon la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé, 95 % de la population métropolitaine se trouve à moins de 15 minutes de trajet des soins de proximité fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux. Mais qu'en est-il pour les 5 % restants, soit plus de trois millions d'habitants ? Surtout, plus que la distance, c'est le temps d'attente pour obtenir une consultation qu'il faut considérer : 4 jours en moyenne pour consulter un généraliste, mais de 3 à 4 mois pour un ophtalmologue, et parfois jusqu'à 18 mois selon une enquête de l'*UFC Que Choisir*. Ainsi, 58 % des Français auraient déjà renoncé à des soins en raison de la difficulté d'obtenir un rendez-vous.

Enfin, les perspectives sont inquiétantes. L'impact décalé dans le temps du resserrement du *numerus clausus* jusque dans les années quatre-vingt-dix se traduira par une diminution de près de 10 % du nombre des médecins entre 2010 et 2020, alors que la demande de soins augmente, notamment en raison du vieillissement de la population. Diminution du nombre des médecins, mais aussi réduction du temps d'exercice médical : d'une part, les jeunes générations de médecins ne sont plus disposées à travailler 60 ou 70 heures par semaine – d'où leur préférence pour l'exercice salarié –, d'autre part, la charge des tâches administratives s'alourdit. De plus, selon une enquête réalisée pour le conseil national de l'Ordre des médecins, 63 % des étudiants en médecine n'envisagent pas d'exercer en zone rurale.

Les mesures mises en place par les gouvernements successifs pour remédier à l'existence de déserts médicaux, qu'elles soient d'ordre structurel ou incitatif, n'ont pas eu les effets escomptés.

La planification régionale de l'offre de soins a été élaborée sous la responsabilité des agences régionales de la santé (ARS) créées par la loi « hôpital, patients, santé et territoires », dite HPST, du 21 juillet 2009. Mais dans les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) seul le volet hospitalier demeure opposable, le volet ambulatoire ne l'est plus depuis la « loi Fourcade » de 2011.

La permanence des soins n'apporte de réponse aux besoins des patients qu'aux heures de fermeture des cabinets médicaux et ne résout pas la question de la désertification.

Le soutien au développement des maisons et pôles de santé est une autre réponse : il existe déjà environ 400 structures de ce genre et 1 000 projets seraient en cours. Toutefois, leurs coûts de fonctionnement sont plus élevés que ceux d'un cabinet médical traditionnel, et le mode de

rémunération à l'acte est inadapté à un exercice pluriprofessionnel coordonné. Ces structures contribuent à accélérer le processus de concentration géographique des professionnels de santé. Enfin, certaines maisons de santé ne disposent pas de médecin !

La dernière réponse structurelle consiste en une régulation des installations. Le dispositif le plus ancien concerne les pharmacies. Le mécanisme a été appliqué aux infirmiers en 2008 et pérennisé en 2011. Il a été étendu en 2012 aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthophonistes. Le principe est celui de la liberté d'installation, mais si la zone est déjà sur-dotée, le nouveau venu ne peut bénéficier du régime de conventionnement. Grâce à cette mesure, depuis 2008, le nombre d'installations d'infirmiers en zones sous-dotées a augmenté.

Il existe un ensemble de dispositifs incitatifs financés par l'État, l'assurance maladie, ou les collectivités territoriales. La Cour des comptes a souligné leur absence de lisibilité. Elle n'est pas parvenue à en évaluer les coûts globaux, même si certaines mesures sont très onéreuses : de l'ordre de 50 000 euros en exonérations fiscales et sociales à la charge de l'État pour chaque installation en zone de revitalisation urbaine ou rurale. De même, aux termes de l'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, l'assurance maladie garantit une majoration de 20 % des honoraires des médecins s'installant dans les zones sous-dotées. Selon la Cour des comptes, cette mesure, qui a coûté 20 millions d'euros, pour 773 bénéficiaires en 2010, ne s'est traduite que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007. Elle a surtout produit un effet d'aubaine.

La loi HPST a créé un contrat d'engagement de service public (CESP). Il s'agit d'une allocation de 1 200 euros par mois offerte aux étudiants en médecine en échange de leur engagement d'exercer dans des zones sous-dotées. Seuls 350 CESP ont été signés : non seulement le dispositif est insuffisamment connu mais les étudiants en médecine sont de plus en plus issus d'un milieu aisé ; et tous hésitent à s'engager avant même d'avoir choisi une spécialité et une région d'installation.

Enfin, depuis la loi de 2005, les collectivités territoriales sont autorisées à attribuer des aides aux maisons médicales, ou à octroyer des bourses d'étude aux étudiants qui s'engagent à exercer dans une zone déficitaire. Mais ces systèmes sont opaques. J'ai écrit aux vingt-six ARS pour leur demander des éléments d'évaluation ; dans leur très grande majorité, elles n'ont pas été en mesure de me communiquer de chiffres.

Ces résultats peu encourageants nous incitent à faire montre de volonté et de courage pour agir, sans tabou ni *a priori*. Il est nécessaire d'intervenir sur tous les registres.

Le premier registre concerne les études de médecine : celles-ci forment des praticiens hospitaliers plus que des médecins. Il faut engager une réflexion approfondie sur la sélection initiale, brutale, fondée sur les disciplines scientifiques et qui favorise les étudiants des milieux urbains et

aisés, car le passage par une « prépa » privée est devenu indispensable. Et les jeunes citadins ont peu d'appétence pour s'installer en milieu rural ! Diversifions les matières enseignées, avec des cours de gestion, de communication, de psychologie, d'éthique, d'économie de la santé.

Moins de la moitié des étudiants accomplissent effectivement, en cours de deuxième cycle, le stage d'initiation à la médecine générale qui est pourtant obligatoire. Je propose que ce stage conditionne la validation du deuxième cycle des études médicales. Encore faut-il prévoir des aides au logement, un accompagnement, un accueil approprié des stagiaires.

Enfin il est nécessaire de régionaliser les épreuves classantes, en adaptant le nombre de postes ouverts aux besoins de chaque région. Aujourd'hui, la liste est nationale. Et des étudiants préfèrent redoubler plutôt que de devenir généraliste. Un décret de 2011 a cependant limité les possibilités de redoublement. L'instauration d'une quatrième année, professionnalisante, dans le cadre du troisième cycle de médecine générale, comme l'a suggéré l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG), est également intéressante, surtout si elle se déroule dans des territoires sous-dotés.

Un autre registre dans la lutte contre les déserts médicaux consiste à raisonner à l'échelle de territoires. Notre collègue Pierre Camani nous a présenté l'expérience exemplaire du Lot-et-Garonne qui a mis en place une commission de la démographie médicale associant l'ARS, le conseil départemental de l'Ordre des médecins et l'assurance maladie. Le territoire du département a été réparti en quinze « aires de santé », dans le cadre desquelles la commission valide les projets de pôles ou maisons de santé, en fonction des besoins.

Favorisons les délégations de tâches des médecins vers d'autres professions de santé, comme les infirmières ou les pharmaciens. Les médecins généralistes auront ainsi un peu plus de temps d'activité médicale, ils pourront prendre en charge certains des actes aujourd'hui réalisés par les spécialistes.

Encourageons l'exercice regroupé pluriprofessionnel, dans le cadre de maisons de santé. De nouveaux modes de rémunération forfaitaire sont indispensables, comme des « forfaits structure » pour couvrir les frais induits. Revoyons aussi le mode de rémunération à l'acte : ainsi, pour les pathologies lourdes, un mandat de santé publique, avec rémunération forfaitaire, serait plus pertinent.

Améliorons le statut du médecin retraité actif : ceux qui poursuivent leur activité cotisent à la retraite sans en retirer un quelconque bénéfice. Dans les zones sous-dotées, une exonération de cotisations serait bienvenue.

Encourageons également le recours à la médecine salariée, à l'image du centre de santé de La Ferté-Bernard, que son maire nous a décrit, ou à la télé-médecine, qui nécessite une couverture en haut débit adaptée et l'établissement d'une cotation tarifaire spécifique aux actes de télé-médecine.

Troisième registre : il apparaît nécessaire de procéder à un audit approfondi de l'ensemble des mesures d'incitation. Inutile de financer des maisons de santé qui ne comptent pas de médecins ! Les agences régionales de santé doivent constituer, comme le propose le ministère de la santé, le point d'entrée unique des aides financières. Un référent en leur sein sera le garant de la coordination des aides et d'une bonne information à l'attention des étudiants, souvent ignorants les dispositifs en vigueur.

Enfin, la régulation. Les mesures progressivement mises en place depuis 2008 ont eu des résultats probants. Nous nous sommes rendus à Berlin pour étudier le fonctionnement du système allemand, où la régulation a été introduite en 1992. Je propose d'étendre aux médecins le conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation, tel qu'il s'applique déjà aux principales autres professions de santé. Le conventionnement serait réservé aux zones sous-dotées définies par les ARS, sauf reprise d'un cabinet en cas de départ à la retraite ; les dispositifs incitatifs seraient recentrés sur les zones sous-dotées.

Doit-on aller au-delà ? Instaurer une obligation de service des médecins en début de carrière dans les zones sous-dotées ? Subordonner à une autorisation des ARS l'installation dans les zones surdenses, comme le proposait Jean-Marc Ayrault, en 2011, dans une proposition de loi ? Nous avons conclu qu'il fallait d'abord prendre des mesures fortes concernant les spécialistes. Dans certains départements dépourvus de CHU, on n'en trouve plus. A Châteauroux, il n'y a plus de cardiologue et l'hôpital surpasse des vacances ponctuelles de spécialistes ou recrute des médecins étrangers qui ne maîtrisent pas toujours notre langue ou dont le diplôme n'est pas reconnu – on les laisse tout de même exercer, car on a besoin d'eux... Je préconise d'instaurer pour les médecins spécialistes une obligation d'exercer pendant une période de deux ans dans les hôpitaux de chef-lieu, si une pénurie a été constatée par l'ARS.

En ce qui concerne les médecins généralistes, il est important que les étudiants prennent conscience qu'une telle régulation est susceptible d'être mise en place dans l'avenir et que les règles du jeu peuvent changer. Certes cette mesure créerait une inéquité entre générations, mais à s'en tenir à cet argument, toute réforme serait impossible en France !

M. Gérard Cornu. – Ce rapport excellent aborde l'ensemble des problématiques ; espérons qu'il servira de point de départ à de nouvelles mesures !

La qualité des soins, c'est aussi la rapidité : des délais d'attente de plusieurs mois sont intolérables.

Vous avez évoqué le dispositif existant : n'oublions pas l'obligation de consulter un généraliste avant de consulter un spécialiste. Elle fait enrager les généralistes comme les patients, et coûte à la Sécurité sociale.

La régulation ? Elle fonctionne certes pour les généralistes, mais, pour les spécialistes, le non-conventionnement ne serait sans doute pas un obstacle, tandis qu'il aurait des effets pervers pour les patients, en réservant aux riches l'accès aux soins. J'étais opticien et audioprothésiste, je connais le sujet.

Le point le plus important me semble la délégation d'actes à d'autres professions. La régulation concerne les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les dentistes, non les opticiens pour lesquels on observe un bon maillage de territoire. Ces professions pourraient accomplir 70 % des actes courants d'ophtalmologie et orienter les personnes vers le médecin si nécessaire. N'est-ce pas préférable à un délai d'attente de plusieurs mois ? Il en va de même pour les pharmaciens ou les infirmiers. Si le sujet est tabou, c'est que les médecins savent se protéger...

Le projet de loi sur les droits des consommateurs rapporté par Alain Fauconnier et adopté par le Sénat permettait notamment aux opticiens de prolonger la durée d'une ordonnance de trois à cinq ans. Mais nous avons reçu une volée de bois vert de la part des ophtalmologues : ils ne manquent pourtant pas de consultations, puisqu'il faut six mois pour obtenir un rendez-vous ! Le texte n'a jamais été adopté par l'Assemblée nationale. Il nous faudra beaucoup de volontarisme car le milieu médical aime se protéger mais il aime moins déléguer. Or le politique a son mot à dire !

Mme Évelyne Didier. – Lors des auditions menées par le groupe de travail, il est apparu que la présence médicale était une question de répartition, non de pénurie, sauf pour quelques spécialités.

Pour de multiples raisons, 70 % des médecins souhaitent devenir salariés, pour exercer un travail normal et non une semaine de 60 heures, sans compter les gardes. Ils veulent aussi travailler en équipe.

J'ai rencontré le président du Conseil de l'ordre en Meurthe-et-Moselle : un contrat de remplacement avec SOS Médecins a réglé la question des gardes de nuit. La collaboration entre le SDIS et le Samu est excellente. Cette organisation n'a entraîné aucune difficulté. Mon interlocuteur soulignait également que des médecins habitent en ville et vont travailler à la campagne. Quant aux stages, la faculté de médecine de Nancy veille à ce qu'ils soient effectués, auprès de médecins libéraux du milieu rural ou péri-urbain. En la matière la volonté des doyens de faculté est déterminante. Selon mon interlocuteur encore, l'unicité du diplôme est un obstacle à la polyvalence ; il n'est pas possible dans le système actuel d'acquérir diverses compétences. Enfin le paiement à l'acte n'intégrerait pas le coût des nouvelles technologies.

Parlons aussi des réseaux de soins et du rôle de l'hôpital de proximité dans l'accueil des malades. C'est une autre dimension importante de la présence médicale.

M. Alain Le Vern. – Les mesures proposées par le libéral Hervé Maurey sont très autoritaires !

Certaines dispositions existent déjà. Ainsi, en Haute-Normandie, nous appuyons sur un partenariat entre les agences régionales de santé (ARS), le doyen de la faculté et les collectivités territoriales, en l'occurrence la région, qui est pilote. Elle accorde des bourses aux étudiants stagiaires dans les zones déficitaires. Seuls 10 % des étudiants indiquent souhaiter devenir généralistes. Le doyen est favorable à des mesures coercitives d'affectation, comme il en existe dans les grandes écoles et dans d'autres professions.

Il faut s'appuyer sur les hôpitaux locaux – et pas seulement les CHU – qui doivent être le lieu de l'accès aux soins, notamment pour les urgences. On compte moins de 30 lieux d'accès. Ceux-ci pourraient être développés en milieu rural, tout comme la télémédecine.

Concernant les maisons pluridisciplinaires de santé, disséminées sur le territoire, il revient aux ARS d'en assurer le pilotage, leur reconnaissance préluant à un contrat avec la région. Plus simplement, les collectivités peuvent aussi financer des locaux afin de ne pas décourager l'initiative de certains médecins désireux de s'organiser librement pour assurer un service d'urgence. L'aide à l'installation est alors légitime, et même souhaitable, notamment dans les zones interstitielles suburbaines qui risquent, sinon, de devenir déficitaires dans une dizaine d'années, les médecins les ayant quittées au profit d'autres structures.

Mme Laurence Rossignol. – Je salue la qualité du rapport et son audace. Il met en lumière la contradiction d'un système fondé à la fois sur la liberté d'installation, le paiement à l'acte, le libre choix du médecin, et sur un financement socialisé. Cela a bien fonctionné tant que nous en avons les moyens. Ce n'est plus le cas. Il est étonnant que ceux qui pourfendent les conservatismes dans la société soient ici autant compréhensifs.

Le médecin référent ? J'avais interrogé la ministre, mais sa réponse m'a laissée sur ma faim. Ce mécanisme fut instauré quand la Sécurité sociale luttait contre le nomadisme médical et la surconsommation de soins. Mais, alors qu'il a fallu quinze ans pour le mettre en place, les problématiques ont changé. L'instauration d'un filet de soins pourrait être une des propositions de ce rapport, car la pénurie de généralistes dissuade les assurés de consulter. Il faut adapter le système, ainsi que les sanctions, à la démographie médicale du territoire. Le phénomène n'est pas marginal, comme le pense notre ministre : peu de médecins acceptent de devenir médecins référents.

M. Benoît Huré. – Les rapports sur ce sujet ont été nombreux et inégaux. Le diagnostic est désormais bien établi. L'instauration d'un médecin référent avait pour objectif de limiter autant que possible le nomadisme médical mais aussi – le nomade n'étant pas nécessairement le mieux soigné – les catastrophes médicales. Gardons cela à l'esprit...

Les auditions nous ont confirmé ce que nous entendons dans nos circonscriptions : les praticiens médicaux sont, comme les enseignants et de nombreuses autres professions, de plus en plus submergés par les tâches

administratives, qui occupent désormais jusqu'à 35 % de leur temps de travail !

Le problème est moins celui de la pénurie que celui de la répartition des médecins, car en nombre de praticiens rapporté à la population, les comparaisons internationales sont plutôt flatteuses pour notre pays.

La plupart des étudiants appréhendent l'exercice libéral de la médecine. Mais lorsqu'ils sont accueillis et suivent des stages intéressants, des vocations naissent. En outre, une part croissante de nos jeunes médecins aspire à exercer dans le cadre pluridisciplinaire des pôles de santé.

M. Jean-Jacques Filleul. – Le rapport est d'une grande qualité, mais ne fait guère mention des gardes médicales. Ce problème très compliqué est généralement traité par les médecins entre eux. Les maires ont rarement voix au chapitre. Dès 19 heures 30 ou 20 heures, il n'y a plus de présence médicale, hormis les numéros d'urgence 15 ou 17. Du coup, les urgences des cliniques ou des CHU sont encombrées, parfois pour de la bobologie. Le rapport examine-t-il ce problème ?

M. Ronan Dantec. – Ce rapport souligne que notre territoire ne ressemble plus à l'image que nous en avons. Les problèmes ne se concentrent pas dans ce que l'on a appelé la « diagonale du vide ». La Loire-Atlantique se porte plutôt bien, elle est dynamique, mais à plus de 40 kilomètres de Nantes, il est difficile de trouver un médecin.

Je partage l'avis de Laurence Rossignol : notre système doit être rationalisé financièrement. Il faut le faire sans porter atteinte au principe cardinal de liberté d'installation. Si nous ne parvenons pas à concilier les deux exigences, notre médecine deviendra très inégalitaire. Une fois l'équilibre trouvé, certains points resteront à préciser, par exemple, la compensation du surcoût de transport occasionné pour les médecins en zone rurale.

La question de l'installation des médecins est indissociable d'une autre, l'avenir des hôpitaux de proximité, structures susceptibles de soutenir les médecins, qui redoutent l'isolement. Il faut en outre développer les liens qui unissent ces hôpitaux aux CHU, dans une vision plus intégrée.

Je forme le vœu que la masse de propositions que contient ce rapport ne soit pas enterrée mais fasse l'objet de dispositions législatives prochaines. Il y a urgence !

M. Philippe Esnol. – Dix-huit mois d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, c'est surréaliste, et pourtant bien réel. Les médecins me répètent qu'il y a une pénurie de généralistes, à cause du resserrement du *numerus clausus*, et à ce qu'il faut bien appeler une crise des vocations pour la médecine générale. D'ici à dix ans, disent les généralistes, même en zone urbaine nous ne serons plus assez nombreux. Comment les persuadera-t-on d'aller en zone rurale si la pénurie s'étend ? Agir sur le seul *numerus clausus* n'aura pas d'effet à très court terme. Quelles réponses apporter et dans quels délais, voilà ce qui m'inquiète.

M. Vincent Capo-Canellas. – C'est un excellent rapport. Toutefois, il met l'accent sur les zones rurales et oublie un peu les banlieues, dans lesquelles d'autres problèmes se posent, notamment de sécurité : en Seine-Saint-Denis récemment, dans une autre commune que la mienne, un médecin a été victime d'un vol de voiture avec violence. D'autres tombent dans des guets-apens. L'accompagnement que nous offrons aux médecins dans ces situations est insuffisant, mais je conviens que les solutions à apporter à ce phénomène ne sont pas simples.

M. Rémy Pointereau. – Je renouvelle mes félicitations au rapporteur pour la qualité de son travail.

Ne pourrait-on instaurer une obligation pour les médecins d'informer les collectivités territoriales lorsqu'ils partent en retraite ou quittent leur commune d'exercice ? Dans mon chef-lieu de canton récemment, un médecin installé depuis dix ans est parti pour Vierzon, à dix kilomètres, conservant une partie de sa clientèle, avant de quitter définitivement le Cher pour la Martinique. Nous l'avons su trop tard. La situation aurait été plus facile à gérer si nous avions pu l'anticiper. Autre exemple : à Bourges, une zone franche a été créée. Tous les médecins jusqu'à 30 kilomètres alentour sont partis s'y installer, sans avertir les communes qu'ils quittaient !

Enfin, je souhaiterais que soit ajoutée au rapport la synthèse des réponses des médecins à nos questionnaires.

M. Robert Navarro. – Ce rapport est globalement bon. Un domaine a néanmoins été passé sous silence. Dans ma jeunesse, les médecins se déplaçaient pour soigner les populations à risque, les gitans par exemple. Aujourd'hui, les personnes à risque sont de plus en plus nombreuses ; or les services sociaux ne vont pas les voir, les médecins encore moins. Dans l'agglomération de Montpellier, des milliers d'habitants sont ainsi délaissés. Du coup, ce sont les urgences et le CHU qui traitent, *a posteriori*, les situations les plus graves. Il faut dire aux médecins : vous avez des droits, dont celui de vous battre pour réclamer de meilleures conditions d'exercice, mais aussi des devoirs, comme celui d'assistance à la personne humaine. Ce principe mériterait d'être réaffirmé au cours des études universitaires.

M. Benoît Huré. – Le médecin est souvent en danger quand il se déplace dans ces zones-là.

M. Robert Navarro. – Allons ! Les gens malades ne vont pas agresser ceux qui viennent les soigner !

M. Benoît Huré. – Eux non, mais leur entourage oui !

M. Hervé Maurey, rapporteur. – Je conviens que l'obligation de passer par un généraliste pour voir un spécialiste doit être revue : elle allonge les délais, lorsque les généralistes ne refusent pas tout bonnement d'être médecin traitant.

Le déconventionnement ne serait possible que dans les zones sur-dotées. Notez que les spécialistes qui choisissent de se déconventionner, dans des zones très bien dotées comme Paris, n'ont pas toujours l'activité que l'on croit. Je connais des dentistes parisiens déconventionnés à la recherche de patientèle.

La répartition des compétences entre opticiens et ophtalmologues est un point qui figure dans le rapport.

Selon les régions, le taux de réalisation du stage en secteur ambulatoire varie de 0 % à 100 %. Tout dépend de l'attitude des facultés... Nous avons intégré au rapport les remarques que formulait Evelyne Didier sur l'importance des réseaux de soins et le rôle de l'hôpital. Celui-ci est bien sûr un acteur majeur de la santé à l'échelle d'un territoire. Aucun mur de Berlin ne le sépare des praticiens libéraux. Il est par exemple des hôpitaux qui salarient des médecins libéraux, le patient réglant sa consultation à l'ordre du Trésor public.

M. Le Vern ne résiste jamais à l'envie de me lancer une petite pique. Bien que la Haute-Normandie soit très performante en matière de santé, l'évolution démographique médicale de l'Eure est la plus mauvaise de France. Cela montre bien qu'il faut des mesures volontaristes au plan national.

Laurence Rossignol semble étonnée de l'audace dont ce rapport fait preuve. Les centristes n'auraient donc pas d'audace ? Lors de l'examen de la loi HPST, notre ancien collègue François Autain m'avait qualifié de « centriste révolutionnaire ». Cette étiquette m'a plu, je ne la renie pas !

J'indique à M. Huré que les sujets qu'il soulève sont bel et bien pris en compte dans le rapport.

M. Filleul mentionne les gardes médicales. Le manque de médecins enclenche un cercle vicieux : comment organiser plus de gardes dans les régions qui ont moins de médecins ? Nous devons y remédier en développant des synergies entre les libéraux et l'hôpital.

A Philippe Esnol j'indique que nous plaçons pour un dispositif qui associe régulation et incitation. A défaut, je ne suis pas opposé à davantage de contraintes pour les praticiens, car nous savons que la situation va s'aggraver et l'intérêt général doit primer sur les intérêts particuliers.

M. Capo-Canellas a raison de souligner que les déserts médicaux ne se rencontrent pas exclusivement en zone rurale. Les difficultés des zones urbaines sont abordées dans le rapport. A ce propos, je vous recommande le reportage de Public Sénat qui expose le travail réalisé dans une maison de santé de Seine-Saint-Denis avec les médecins, mais aussi les travailleurs sociaux.

Je rejoins Rémy Pointereau : informer les élus d'éventuels départs des professionnels de santé sur leur territoire serait la moindre des choses.

La remarque de Robert Navarro illustre le manque de médecins, mais aussi l'évolution des mentalités : les contraintes sont de moins en moins tolérées. Cela vaut en zone rurale comme dans les grandes villes du sud de la France.

M. Michel Teston, président. – Tous nos collègues s'accordent ainsi pour souligner la justesse du diagnostic, la pertinence de l'analyse et l'audace des propositions formulées dans ce rapport. Nous allons nous prononcer : je vous engage à montrer une belle unanimité, afin de favoriser la mise en œuvre rapide de solutions aux problèmes de présence médicale sur notre territoire.

M. Hervé Maurey, rapporteur. – En tant que parlementaire de la majorité, Jean-Luc Fichet se trouvait dans une position plus délicate. Nous avons travaillé tous deux dans le seul but de servir l'intérêt général, sans céder à l'influence ou aux pressions des différents professionnels.

La commission, à l'unanimité, décide d'autoriser la publication du rapport d'information.

ANNEXE I

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mercredi 27 juin 2012

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé : **M. Franck Von Lennep**, directeur et **Mme Fanny Nikol**, chef du bureau des professions de santé ;

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : **M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur, et **Mme Véronika Levendof**, responsable de la mission de veille législative ;

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : **M. François-Xavier Selleret**, directeur général.

Mercredi 4 juillet 2012

Académie nationale de médecine : **Prs Pierre Ambroise-Thomas et Guy Vallancien** ;

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) : **Drs Michel Legmann**, président, **Walter Vorhauer**, secrétaire général, et **Patrick Romestaing**, président de la section santé ;

Cour des comptes : **M. Antoine Durrleman**, président de la 6^{ème} chambre, et **Michel Braunstein**, président de section.

Mercredi 11 juillet 2012

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) : **Dr Michel Chassang**, président ;

Union nationale des omnipraticiens (UNOF) : **Dr Michel Combier**, président ;

Syndicat des médecins généralistes (MG France) : **Dr Claude Leicher**, président ;

Syndicat des médecins libéraux (SML) : **Dr Christian Jeambrun**, président.

Mardi 25 septembre 2012

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) : **MM. Pierre Catoire**, président, et **Benjamin Birène**, vice-président en charge de la démographie médicale ;

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) : **M. Cyrille Pernot**, délégué général ;

Ordre national des chirurgiens dentistes : **M. Christian Couzinou**, président et **Mmes Myriam Garnier**, présidente de la commission démographie, et **Sylvie Germany**, juriste ;

Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) : **M. Jean de Kervasdoué**, professeur titulaire de la chaire d'économie et gestion des services de santé.

Mercredi 26 septembre 2012

Assemblée des départements de France (ADF) : **MM. Pierre Camani**, sénateur, président du conseil général du Lot-et-Garonne, **Jean-Pierre Hardy**, chef du service Affaires sociales et **Mme Marylène Jouvien**, chargée des relations avec le Parlement ;

Association des maires de France (AMF) : **Mme Geneviève Darrieussecq** et **M. Jean-Pierre Bouquet**, co-présidents du groupe de travail santé ;

Association des maires ruraux de France (AMRF) : **M. Yves Husson**, président des maires ruraux de Savoie.

Mercredi 3 octobre 2012

Fédération des médecins de France (FMF) : **Drs Jean-Paul Hamon**, président, **Antoine Leveueur**, président de l'union régionale des professionnels de santé médecins (URPS) de Basse-Normandie et **Jean-Michel Mathieu**, président de la fédération des médecins de France Centre ;

Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) : **Dr Emmanuel Bagourd**, président, et **Sabine Lefèvre**, responsable des partenariats ;

Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) : **Dr Alexandre Husson**, président.

Mercredi 10 octobre 2012

Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) : **Dr Emanuel Loeb**.

Mercredi 17 octobre 2012

Université de Montpellier : **Pr Emmanuel Vigneron**, professeur d'aménagement sanitaire ;

UFC-Que Choisir : **MM. Cédric Musso**, directeur des relations institutionnelles, et **Mathieu Escot**, chargé de mission santé ;

Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) : **M. Pierre de Haas**, président, et **Michel Serin**, premier vice-président.

Mardi 11 décembre 2012

Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) : **Dr Aude Mainguy**, présidente.

Mardi 18 décembre 2012

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche : **M. Yves Matillon**, chargé des formations des professions de santé ;

Conseil national de l'Ordre des infirmiers : **MM. Jean-Yves Garnier**, trésorier, et **Yann de Kerguenec**, directeur juridique.

Mardi 8 janvier 2013

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs (CNAMTS) : **MM. Michel Régereau**, président, et **Jean-François Nahmani**, directeur de cabinet ;

Conférence des doyens de facultés de médecine : **M. Dominique Perrotin**, président ;

Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) : **M. Stéphane Donnadiou**, conseiller médical ;

Commission Galien du haut conseil français de la télésanté : **Mme Ghislaine Alajouanine**, présidente ;

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) : **Mme Élisabeth Hubert**, ancien ministre, présidente ;

M. Philippe Vigier, député d'Eure-et-Loir ;

Groupe Pasteur Mutualité : **MM. Bruno Gaudeau**, président, et **Bertrand Mas**, vice-président.

Mardi 15 janvier 2013

M. Claude Dilain, sénateur de la Seine-Saint-Denis.

Mercredi 16 janvier 2013

Ordre national des pharmaciens : **Mme Isabelle Adenot**, présidente,
et **M. Alain Delgutte**, président du conseil central A ;

M. Jean-Carles Grelier, conseiller régional des Pays de la Loire et
maire de La Ferté-Bernard.

Mercredi 23 janvier

Fédération nationale des centres de santé (FNCS) : **Dr Hélène
Colombani**, secrétaire générale.

ANNEXE II

DÉPLACEMENTS DU GROUPE DE TRAVAIL

ALLEMAGNE

Jeudi 22 novembre 2012

09h05 – Arrivée à Berlin. Accueil par **M. Jacques Simbsler**, conseiller pour les affaires sociales à l'*ambassade de France en République fédérale d'Allemagne*

10h00 – Entretien avec **M. Sven Heinrich** du département « Droit des médecins conventionnés » au *Ministère fédéral de la santé*

12h15 – Déjeuner avec quatre parlementaires de la *commission de la santé du Bundestag* : **Mme Marlies Volkmer** (SPD), **M. Jens Ackermann** (FDP), **Mme Martina Bunge** (Die Linke) et **M. Harald Terpe** (Bündnis 90/Die Grünen)

14h00 – Entretien avec **MM. Roland Ilzhöfer, Bernhard Gibis, Pascal Schöpe** et **Sebastian John** de la *Fédération des associations de médecins conventionnés* (« Kassenärztliche Bundesvereinigung », KBV)

16h00 – Entretien avec **Mmes Birgit Schliemann, Kristian Peters** et **Sabine Schultz**, de la *Fédération de la caisse d'assurance maladie AOK* (« AOK Bundesverband »)

FINISTÈRE

Jeudi 13 décembre 2012

09h15 – Accueil à l'Hôpital de Lanmeur

10h00 – Visite du Pôle Santé de Lanmeur

10h45 – Rencontre avec les professionnels de santé

M. Jean-Yves Le Reste, responsable du *Pôle Santé*, président de l'*association des professionnels de santé* ; **Mme Françoise Le Bot**, directrice de l'*Hôpital de Lanmeur* ; **M. Richard Bréban**, directeur du *Centre hospitalier de Morlaix* ; **MM. Frédéric Pouchou**, président, et **Ronan Tanguy**, membre du conseil d'administration, de la *chambre syndicale des pharmaciens du Finistère* ; **M. Christian Lafosse**, président de l'*ordre des infirmiers du Finistère*

14h00 – Rencontre avec les élus locaux

M. Michel Morvan, président du *Pays Centre Ouest Bretagne (COB)* ; **M. Yvon Hervé**, président de l'*agglomération Pays de Morlaix* ; **Mme Nathalie Bernard**, conseillère générale ; **Mme Paulette Perez**, maire de Scaër ; **M. Ernest Géréec**, maire de Pouneour-Menez ; **M. Marcel Coant**, maire de Scrignac

15h30 – Rencontre avec les partenaires de santé

MM. Hervé Goby, directeur de l'Offre de soins et de l'accompagnement et **Antoine Bourdon**, directeur de la délégation territoriale du Finistère (ARS) ; **Dr Gildas L'Heveder**, chef de pôle au CHRU de Brest ; **M. Sébastien Seuron**, sous-directeur « gestion du risque » à la CPAM du Finistère

ANNEXE III

ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

La problématique des inégalités dans la répartition territoriale des médecins est partagée par les pays voisins de la France. Le service de législation comparée du Sénat a publié en mai 2008 une étude relative à la démographie médicale dans sept pays européens, qui porte à la fois sur les dispositifs de limitation du nombre de médecins et sur les dispositifs de régulation de leur répartition géographique.

Les développements suivants sont tirés de cette étude, actualisés le cas échéant par les informations fournies par les conseillers affaires sociales des ambassades de France dans les pays concernés, que votre rapporteur a sollicités, et par les entretiens menés lors du déplacement à Berlin.

I. L'ANGLETERRE PRIVILÉGIE LES RESTRICTIONS À L'INSTALLATION, APRÈS AVOIR TESTÉ AUSSI LES INCITATIONS FINANCIÈRES

En Angleterre, la régulation de la répartition géographique des médecins reposait en 2008 à la fois sur des restrictions à l'installation et sur des mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous médicalisées.

La liberté d'installation n'est totale que pour les médecins du secteur privé, qui sont une infime minorité. La quasi-totalité des médecins travaille pour le *National Health Service* (NHS) et environ 85 % des médecins généralistes ont conclu un contrat de prestations de services avec un *Primary Care Trust* (PCT), organisme du NHS chargé principalement de la fourniture, la coordination et la gestion des prestations de santé courante, dites primaires, dans une zone donnée. Par ailleurs, la réforme du NHS votée en mars 2012 va progressivement remplacer, à partir de 2013, les 151 PCT par des *Clinical Commissioning Groups* (CCG).

La signature du contrat de prestations de services est subordonnée à l'évaluation de l'offre de soins existant dans le territoire placé sous la responsabilité du PCT, ainsi qu'à celle des besoins futurs, à l'évolution démographique et à la taille des listes de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale, mais sans que ces critères soient formalisés.

Par ailleurs, un plan de développement des soins primaires, destiné à faciliter le recrutement de médecins généralistes dans les zones sous médicalisées et de médecins exerçant des spécialités rares a été mis en œuvre à partir de 2005.

Des montants d'environ 17 millions d'euros par an étaient ainsi partagés entre les autorités stratégiques régionales de santé en fonction des

difficultés rencontrées dans leur circonscription : plus le nombre de PCT de leur secteur dans lesquels la densité de généraliste est inférieure à la moyenne nationale était grand, plus la dotation était importante. Les autorités régionales étaient ensuite chargées de répartir ces fonds entre les PCT, en concertation avec les organisations professionnelles représentant les généralistes et les doyens des facultés de médecine générale. Les sommes allouées devaient permettre la mise en place d'incitations financières, la fourniture de personnels supplémentaires ainsi que l'organisation de plans de carrières.

Après évaluation, ce dispositif d'incitations financières n'a pas été prorogé par le nouveau gouvernement nommé en 2010.

Les représentants des médecins britanniques défendent le principe de conditions de rémunérations fixées de manière uniforme au niveau national et refusent toute forme de régionalisation de la rémunération, à l'exception de la prime spécifique tenant compte du coût de la vie à Londres.

2. LA BELGIQUE MISE SUR L'INCITATION À L'INSTALLATION DES PRATICIENS DANS LES ZONES SOUS-DOTÉES

En 2011, on comptait 301 médecins pour 100 000 habitants en Belgique. Cette moyenne recouvre des disparités géographiques importantes : dans la région de Bruxelles-capitale, il y avait 474 médecins pour 100 000 habitants, mais seulement 284 en Wallonie et 281 en Flandre. Sur les 589 communes belges, 256 sont reconnues comme étant en pénurie relative avec une densité inférieure à 90 médecins pour 100 000 habitants.

Dans un cadre de totale liberté d'installation, la régulation de la répartition géographique des médecins en Belgique repose exclusivement sur des mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous médicalisées ainsi que, dans le cadre de la politique de la ville, dans les quartiers défavorisés des grandes agglomérations.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité définit les zones sous-médicalisées. Il s'agit, d'une part, des territoires dont la densité de population est d'au moins 125 habitants au km² et qui comportent moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants et, d'autre part, de ceux qui ont une densité de population inférieure et qui comptent moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Les quartiers défavorisés sont énumérés en annexe de l'arrêté royal du 4 juin 2003 déterminant les zones d'action positive des grandes villes.

Les médecins qui s'installent dans l'un de ces quartiers ou dans une zone à faible densité reçoivent une prime de 20 000 euros. Cette prime est attribuée aussi bien aux premières installations qu'aux simples transferts de lieu d'exercice, sous certaines conditions.

Les intéressés peuvent aussi bénéficier des aides octroyées à tout jeune généraliste qui s'installe à l'issue de ses études, par exemple un prêt à

taux réduit d'un montant de 15 000 euros accordé pour une durée de cinq ans, avec franchise de remboursement pendant la première année.

3. L'AUTRICHE PLANIFIE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS

En 2010, on comptait en moyenne 478,1 médecins pour 100 000 habitants en Autriche. Le *Land* le mieux doté était Vienne, avec 661,3 médecins. Le Burgenland était le moins bien doté, avec 352 médecins pour 100 000 habitants.

La régulation de la répartition géographique des médecins en Autriche repose uniquement sur des restrictions à la liberté d'installation. Bien que la loi de 1998 relative aux médecins pose le principe de cette liberté, seuls les médecins non conventionnés – dont le nombre dépasse désormais celui des médecins conventionnés – sont libres de s'installer où ils le souhaitent.

En revanche, l'installation des médecins conventionnés est strictement encadrée. Les caisses d'assurance maladie et les ordres régionaux des médecins concluent des contrats globaux qui fixent le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire compte tenu des données locales. En principe, pour une durée de trajet donnée, le patient doit avoir le choix entre au moins deux praticiens conventionnés.

Pour être conventionnés, les médecins autrichiens doivent répondre au préalable à une annonce de poste faite par la caisse d'assurance maladie du *Land*, puis être retenu à l'issue d'une procédure de recrutement menée conjointement par la caisse d'assurance maladie et l'ordre des médecins du *Land*. Par ailleurs, beaucoup de médecins spécialistes travaillent dans le secteur hospitalier, qui joue un rôle important dans le système de santé autrichien.

La gestion des postes des médecins conventionnés et des médecins hospitaliers s'inscrit dans le cadre général de la réforme en 2005 de la planification, de la gestion et du contrôle de la couverture médicale en Autriche, qui a été remis à jour en 2010 et va maintenant jusqu'à l'horizon 2020.

Cette planification repose, d'une part, sur les besoins futurs, évalués en fonction des perspectives de développement démographique et épidémiologique et, d'autre part, sur le calcul de la densité médicale des circonscriptions médicales composant le *Land*. Cette densité est calculée en nombre d'équivalents temps plein médicaux pour 1 000 habitants, en tenant compte de la plus ou moins grande facilité qu'ont les patients pour se rendre chez le médecin. Puis elle est comparée à la densité moyenne fédérale.

Il n'existe pas en Autriche de mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous médicalisées.

4. L'ALLEMAGNE A MIS EN PLACE UN SYSTÈME DESTINÉ À RÉGULER L'INSTALLATION DES PRATICIENS

L'accès à la médecine de ville conventionnée n'est plus libre en Allemagne depuis la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé, mise en œuvre par une commission fédérale réunissant, d'une part, des représentants des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, des délégués des organisations professionnelles de médecins. Cette commission fédérale édicte notamment des directives relatives à la planification de la couverture sanitaire.

Dans chaque *Land*, une commission paritaire composée de médecins désignés par l'association des médecins conventionnés et de représentants des caisses de sécurité sociale attribue aux médecins conventionnés les autorisations d'exercice en fonction des directives de la commission fédérale.

Ces directives définissent les spécialités médicales – y compris la médecine générale – soumises à restriction d'installation. Pour chacune de ces spécialités, elles déterminent autant d'indicateurs de médicalisation qu'il y a de catégories de circonscriptions médicales. Les indicateurs de médicalisation sont exprimés en nombre d'habitants par médecin. Le territoire fédéral a été découpé en 395 circonscriptions médicales. Celles-ci sont classées en dix catégories, chaque catégorie correspondant à un type d'urbanisation.

Les directives concernent actuellement 14 groupes de médecins, dont celui des médecins de famille qui inclut les titulaires de la spécialité « médecine de famille », les généralistes et les spécialistes de médecine interne qui ne sont pas titulaires d'une sous-spécialité.

Pour les autres spécialités, qui sont celles qui comptent moins de 1 000 professionnels sur le territoire de la République fédérale, il n'existe aucune restriction.

Il y a donc 140 indicateurs de médicalisation : un par catégorie de circonscriptions médicales et par groupe de médecins. À titre d'exemple, pour les médecins généralistes, l'indicateur s'établit à 1 474 habitants par médecin dans les arrondissements ruraux des régions rurales et à 2 134 dans la Ruhr. Si l'on considère les mêmes catégories de circonscriptions, il est respectivement de 137 442 et 58 218 pour les anesthésistes.

Les indicateurs de médicalisation permettent de calculer des quotas par groupe de médecins et par circonscription médicale. Dans une circonscription donnée, l'installation est possible aussi longtemps que le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota. La commission du *Land* publie périodiquement un tableau indiquant, pour chacun des 14 groupes de médecins et pour chacune des circonscriptions médicales qui relèvent de sa compétence, les possibilités d'installation. Actuellement, dans la plupart des circonscriptions, aucune installation de spécialiste n'est possible. En revanche, il est possible d'ouvrir un cabinet de généraliste dans les deux tiers des circonscriptions.

Cette règle de base est assortie d'exceptions, qui permettent des installations dans les circonscriptions où le quota est atteint. Les principales exceptions concernent les reprises de cabinet et la prise en compte de besoins particuliers.

La première permet aux médecins qui prennent leur retraite de vendre leur cabinet, même si de nouvelles installations sont théoriquement impossibles dans la circonscription.

La deuxième exception donne à la commission paritaire régionale la faculté d'accepter de nouvelles installations lorsque les médecins d'une spécialité sont en nombre insuffisant, même si la spécialité dans son ensemble est considérée comme suffisamment représentée dans la circonscription, ou de prendre en compte des disparités géographiques à l'intérieur d'une circonscription globalement bien pourvue.

Une troisième exception permet l'installation comme membre d'un cabinet de groupe, l'installation étant alors subordonnée à la limitation du volume d'activité.

ANNEXE IV

RÉPONSES DES MÉDECINS AU QUESTIONNAIRE

Trois sénateurs membres du groupe de travail, dont votre rapporteur, ont adressé un questionnaire écrit aux médecins de leurs départements respectifs. Les synthèses des réponses figurent ci-après.

I – DÉPARTEMENT DE L’EURE

Un questionnaire a été adressé à 452 médecins du département de l’Eure, qui a suscité en retour 66 réponses. Soit un taux de réponse de 14,6 %.

Question n° 1 : Quelles sont, selon vous, les grandes tendances de l’évolution des conditions d’exercice de la médecine ?

La tendance la plus fréquemment évoquée, dans 20 réponses, est celle du regroupement, notamment en maisons pluriprofessionnelles ou en centres de santé.

11 réponses évoquent une évolution vers le salariat et 3 vers une réduction du temps de travail.

6 réponses évoquent une hyperspécialisation et une complexification de l’acte médical.

4 réponses évoquent la féminisation de la profession, 2 le fait que le paiement à l’acte ne sera plus exclusif, 2 une meilleure coordination avec l’hôpital, 1 le changement d’activité au cours de la carrière et 1 seulement le développement de la télémédecine.

La plupart des réponses ont une tonalité pessimiste :

– 9 réponses évoquent une bureaucratisation, une perte d’autonomie de décision thérapeutique, un renforcement des « tracasseries administratives » et du contrôle financier ;

– 10 réponses évoquent une dégradation progressive ou une déshumanisation des conditions d’exercice de la médecine, notamment en raison de « l’agressivité des patients et de l’assurance maladie » ;

– 6 réponses évoquent une paupérisation, une désaffection, voire une disparition de la médecine générale ;

– 3 réponses évoquent l’apparition de zones sous médicalisées où l’exercice de la médecine est de plus en plus difficile, notamment pour l’organisation de la permanence des soins.

Question n° 2 : Quel mode d'exercice aurait votre préférence (salarié/libéral, individuel/groupé) ? Vous paraît-il souhaitable de pouvoir panacher l'exercice salarié et l'exercice libéral ?

Les préférences vont surtout à l'exercice libéral, qu'il soit en groupe (17 réponses), individuel (11 réponses), ou indifféremment groupé ou individuel (6 réponses).

L'exercice salarié n'est préféré que dans 11 réponses (5 groupé, 2 individuel et 4 sans préférence).

5 réponses optent pour un exercice groupé, avec panachage entre l'exercice libéral et salarié, et 2 sont indifférentes entre exercice libéral et salarié.

Les avis sont divergents en ce qui concerne le panachage entre exercice libéral et salarié :

– 14 réponses lui sont favorables, notamment pour les vacations hospitalières de spécialistes et parce qu'il permet de varier les domaines d'activités ;

– 9 réponses estiment qu'il n'est pas souhaitable, de crainte du développement de l'activité libérale au détriment de l'activité salariée, ou au contraire d'une restriction du temps disponible pour l'exercice libéral, ou encore parce que le salariat diminuerait l'efficacité et l'investissement personnel du médecin.

Question n° 3 : Vous paraît-il pertinent de revoir le partage des tâches entre les médecins et les professions paramédicales ?

33 réponses OUI (53 % des réponses exprimées), avec des arguments ou des réserves très variés : la prise en charge globale du patient est bien trop vaste pour le seul généraliste / uniquement dans le cadre de structures pluriprofessionnelles / à condition que responsabilités soient clairement établies / mais illusoire sur les territoires désertiques / avec un risque de perte de la relation médecin malade / possible avec les infirmiers, mais pas les pharmaciens / pour les actes de prévention et d'éducation des patients.

29 réponses NON (47 % des réponses exprimées), pour de multiples raisons : la démultiplication des acteurs entraîne une déresponsabilisation / il n'est pas possible d'ôter aux médecins les activités plus faciles et moins consommatrices de temps, du fait du bas prix de la consultation / risque que les professions paramédicales sorte des limites élargies un peu dangereusement, la connaissance médicale étant si complexe / nécessité pour les patients d'un seul interlocuteur responsable / risque de réduire l'acte médical à un acte purement technique / risque de mauvaise communication et d'erreur médicale / retour en arrière vers les officiers de santé du XIX^{ème} siècle.

Question n° 4 : Quel est, selon vous, le potentiel de la télémédecine ?

44 réponses l'estiment nul ou très faible (68 % des réponses exprimées), en invoquant de nombreuses objections : perte de relations médecin-malade que rien ne peut remplacer / danger des téléconsultations / trop risqué en termes de diagnostic / la pénurie de temps médecin demeurera la même / pas d'intérêt pour la médecine générale / pas justifié par les dimensions du pays / chronophage pour le médecin / pas de rémunération spécifique / dangereux de dissocier l'interrogation et l'examen clinique de la consultation / moyen pour diminuer les bénéfices des médecins libéraux / énorme risque d'erreur médicale.

16 réponses l'estiment intéressant (25 % des réponses exprimées), notamment pour les zones éloignées des centres hospitaliers ou des spécialistes / pour des éléments très techniques / pour des cas exceptionnels, même si rien de vaut l'examen en direct / pour permettre une meilleure concertation / pour les pathologies chroniques et pour éviter les hospitalisations inutiles / pour la dermatologie et la gériatrie.

Plusieurs de ces réponses favorables relèvent néanmoins que la télémédecine ne peut pas remplacer le contact direct et l'examen clinique, et suppose que l'on admet un taux d'erreur médicale plus élevé.

5 réponses, enfin, l'estiment « excellent » ou « énorme » (7 % des réponses exprimées, à condition que la télémédecine soit bien encadrée et les techniciens de terrain bien formés, notamment pour les relations avec les spécialistes et l'interprétation des actes techniques. Une de ces réponses très favorables estime anormal que le développement de la télémédecine soit bloqué par l'absence d'inscription des actes de télémédecine dans la nomenclature tarifaire.

Question n° 5 : Connaissez-vous, dans le département où vous exercez, des zones tellement sous-dotées en offre de soins qu'elles peuvent mériter le qualificatif de « déserts médicaux » ?

50 réponses OUI (81 %), même si plusieurs réponses estiment le terme excessif. Certaines réponses précisent que ces zones sous-dotées sont parfois différentes de celles identifiées par l'ARS. D'autres qu'elles correspondent aussi à des déserts en termes de services publics.

11 répondent qu'ils se trouvent eux-mêmes dans une zone sous-dotées en offre de soins.

12 réponses NON (19 %), estimant que la définition d'un « désert médical » est difficile, relève de la formule, et n'est pas approprié à la situation relative de la France par rapport à d'autres pays manquant vraiment de médecins.

Question n° 6 : Quelle distance maximale seriez-vous prêt à accepter entre votre domicile et votre lieu d'exercice ?

12 réponses 10 km, 8 réponses 15 km, 7 réponses 20 km, 4 réponses 5 km, 4 réponses 30 km, 1 réponses 25 km, 1 réponse 40 km, 1 réponse 50 km.

9 réponses indiquent 0 km, considérant comme très préférable d'habiter sur le lieu même du cabinet médical.

Certaines réponses sont exprimées non pas en kilomètres, mais en temps de trajet : 6 réponses 30 minutes, 2 réponses 10 minutes, 1 réponse 20 minutes.

Question n° 7 : Les incitations financières sont-elles déterminantes pour décider les médecins à s'installer en zones sous-dotées ?

44 réponses NON (70 % des réponses exprimées), avec des considérations variées : c'est la qualité de vie, la proximité d'un centre urbain, ou la qualité du contexte professionnel qui importent / ce sont les aides organisationnelles et l'exercice regroupé qui peuvent être déterminantes / les aides sont risquées pour les communes / l'offre de place à l'installation est trop abondante. Par ailleurs, 4 réponses négatives estiment que les aides sont inefficaces parce que trop faibles à leur niveau actuel.

19 réponses OUI (30 % des réponses exprimées), mais parfois avec des restrictions : uniquement sous forme de bourse d'études / si les aides sont liées à des structures de regroupement / si les aides sont exonérées d'impôt / nécessaires mais pas suffisantes.

Question n° 8 : Vous paraîtrait-il justifié de moduler le taux de prise en charge des cotisations sociales en fonction du fait qu'ils exercent en zone sous-dotée ou sur-dotée ?

27 réponses OUI (45 % des réponses exprimées), avec parfois des réserves : dispositif complexe à gérer / risque de déconventionnement en zones sur dotées / acceptable si la mesure s'applique à ensemble des médecins et pas seulement aux nouveaux installés.

7 réponses EVENTUELLEMENT (12 % des réponses exprimées), mais estimant la mesure non déterminante.

26 réponses NON (43 % des réponses exprimées), avec des arguments variés : les installations en zone sous dotées permettent un accès immédiat à une patientèle et abondante / cette mesure serait source d'arbitraire / générerait une scission au sein du monde médical / serait contraire à l'égalité républicaine / difficulté à définir les zones sous dotées.

Question n° 9 : Vous paraîtrait-il concevable de rendre le conventionnement des médecins sélectif selon qu'ils s'installent en zone sur-dotée ou sous dotées, comme pour les infirmiers ou les masseurs kinésithérapeutes ?

30 réponses NON (55 % des réponses exprimées), considérant cette mesure comme contreproductive / comme entraînant disparition de la liberté d'installation / comme un « chantage abject » / comme dissuadant à l'installation en zone sur dotée, mais n'encourageant pas à l'installation en zone sous dotée.

25 réponses OUI (45 % des réponses exprimées), notamment si une récompense est aussi prévue / si une commission au sein de l'ARS composée de représentants professionnels, d'usagers, de représentant de l'assurance maladie valide les zones par territoire de vie / à condition de réactualiser le classement des zones suffisamment souvent.

3 réponses proposent en outre d'instaurer un quota en fonction de la population comme pour les pharmaciens. 1 réponse suggère une régulation par le conseil de l'Ordre des médecins, sans préciser sous quelle forme.

Question n° 10 : Quelle réforme des études de médecine pourrait assurer une meilleure adéquation entre les postes offerts et les besoins dans les différentes spécialités ?

10 réponses évoquent la nécessité de revaloriser la filière universitaire de médecine générale.

5 réponses suggèrent de sélectionner les étudiants sur leur motivation pour le métier, plutôt que sur maîtrise des matières scientifiques / de ne pas recruter uniquement sur les mathématiques et les sciences physiques mais aussi par un entretien de motivation / de modifier le filtre d'entrée, avec moins de sciences et plus d'humanités.

5 réponses proposent l'abandon des épreuves classantes nationales au profit d'un examen classant par région en fonction des besoins de la région / de mettre les postes de l'ECN en adéquation avec les besoins sur le terrain.

5 réponses proposent d'avertir les étudiants en médecine dès la première année d'une contrainte à l'installation selon les besoins sur le terrain / d'un service de deux ans en zones sous dotées.

4 réponses proposent d'augmenter, voire de supprimer le *numerus clausus*.

3 réponses estiment qu'il ne s'agit pas d'un problème de réforme des études mais de société, les jeunes voulant de moins en moins travailler et gagner de plus en plus.

2 réponses proposent de ne pas permettre le redoublement des étudiants obtenant un poste de médecine générale aux ECN, de manière à avoir une adéquation stricte entre les postes offerts et le nombre d'étudiants

2 réponses estiment que les réformes ne sont pas déterminantes, s'agissant d'une question d'attractivité de certaines spécialités par rapport à d'autres.

1 réponse propose de limiter la durée de l'exercice comme remplaçant à trois années cumulées.

1 réponse propose d'instaurer une prime ou une bourse d'étude pour les spécialités déficitaires.

Question n° 11 : Quelle organisation des études de médecine vous paraîtrait de nature à donner aux étudiants une idée plus concrète des conditions d'exercice en zone rurale ?

30 réponses évoquent le développement des stages en ambulatoire chez le praticien généraliste, de préférence en zone rurale 30. Mais 8 réponses considèrent que le stage pratique décourage les étudiants de s'installer en zone rurale plus qu'il ne les y incite.

4 réponses suggèrent de mettre fin à l'hospitalocentrisme / de changer les mentalités chez les spécialistes et les universitaires pour qui le généraliste reste d'abord celui qui a échoué à une spécialisation / de valoriser intellectuellement la médecine générale.

3 réponses soulignent l'importance d'avoir des enseignants exerçant en zone rurale.

3 réponses proposent un stage en fin de troisième cycle dans les hôpitaux de proximité.

3 réponses relèvent que l'exercice en zone rural ne répond plus aux attentes des jeunes médecins en faveur d'un exercice regroupé, salarié et avec moins de contraintes et de temps de travail.

1 réponse suggère de réserver des places au concours à des ruraux qui entendent le rester.

1 réponse estime que seule l'amélioration générale des conditions de vie en milieu rural serait efficace.

Question n° 12 : Avez-vous personnellement rencontré des problèmes de sécurité dans le cadre de votre exercice professionnel ? Connaissez-vous des confrères qui en auraient rencontrés ?

41 réponses NON (69 % des réponses exprimées)

18 réponses OUI personnellement (31 % des réponses exprimées), en faisant souvent le lien avec la toxicomanie.

En outre, 12 réponses OUI pour des confrères.

Question n° 13 : Quelle(s) mesure(s) suggèreriez-vous pour remédier à cette situation ?

6 réponses proposent une revalorisation des honoraires conventionnels, notamment par une forme de capitation. 1 réponse suggère une rémunération indexée sur le service effectivement rendu à la population.

6 réponses préconisent le développement des maisons pluriprofessionnelles en zones rurales, à la fois centres de diagnostic, de soins et de formation. 1 réponse recommande le développement des centres de santé, avec des médecins salariés.

1 réponse propose de donner une place valorisée à la médecine de premier recours, vrai parcours de soins qui démarre chez le généraliste.

1 réponse propose de soutenir la filière universitaire de médecine générale, qui a un ratio enseignants/étudiants catastrophique.

1 réponse préconise une autorégulation de la profession pour les installations par le conseil de l'Ordre des médecins.

1 réponse suggère une obligation d'exercer pendant dix ans pour les médecins généralistes.

1 réponse propose le conventionnement sélectif pour les médecins.

II – DÉPARTEMENT DU CHER

Un questionnaire a été adressé à 200 médecins généralistes du département du Cher, qui a suscité en retour 39 réponses. Soit un taux de réponse de 18 %.

Question 1 : connaissez-vous des déserts médicaux ?

Réponse positive pour une large majorité = 32 OUI, à comparer aux 6 NON et 1 NSP.

Question 2 : les incitations financières sont-elles déterminantes pour s'installer ?

Réponse négative majoritaire : 23, à comparer à 15 médecins qui pensent que les aides financières sont utiles. On peut en conclure que le corps médical est partagé à ce sujet.

Question 3 : modulation du taux de prise en charge des cotisations sociales des médecins en fonction de la zone d'exercice ?

Une majorité relative est favorable à cette modulation (22 pour, 14 contre et 3 NSP).

Question 4 : conventionnement sélectif des médecins en fonction de la zone d'installation et d'exercice ?

Les avis sont là encore très partagés sur la mise en œuvre d'un conventionnement (21 pour, 15 contre et 3 NSP)

Les réponses aux questions 3 et 4 sont homogènes : environ 60 % de réponses favorables.

Question 5 : distance souhaitée entre domicile et lieu d'exercice

Les réponses sont hétérogènes de 0 km à 30 km. Une très légère majorité accepterait une distance supérieure à 10 kms.

En fait, au-delà de 15/20 minutes de trajet, on constate la réticence des médecins à se déplacer.

Question 6 : pertinence du partage des tâches entre médecins et professions para-médicales.

Une majorité pense utile ce partage (23 pour, 14 contre et 2 NSP), soit 60 % en sa faveur.

Question 7 : quel mode d'exercice aurait votre préférence ?

Panachage exercice salarié/exercice libéral.

Une large majorité se dégage pour une médecine libérale individuelle ou libérale groupée (28 réponses en ce sens). 6 réponses sont pour le salariat. 5 ne se prononcent pas et 12 pensent un panachage possible.

Question 8 : quelle réforme des études pour une meilleure adéquation entre postes offerts et les besoins dans les différentes spécialités ?

Les réponses sont très diverses. Cependant il est à noter que 13 médecins ne se prononcent pas et que 7 réponses privilégient la solution consistant à faire dépendre les postes offerts de médecin aux besoins de la population, en mettant en place notamment un numerus clausus à l'installation.

D'autres réponses peuvent être citées :

– installation pendant 5 ans dans la Région où se situe la faculté et imposer plus d'internes dans les zones déficitaires en médecins ;

- décentraliser les études (en partie) dans les villes hors siège de faculté ;
- organiser un concours départemental à l'entrée en faculté ;
- supprimer l'internat ;
- revaloriser les honoraires de la médecine générale ;
- panachage des stages entre généralistes/hôpital/spécialités sous dotées et augmenter leur nombre ;
- changer la mentalité des enseignants pour une formation plus solide.

Question 9 : quelle organisation des études pour mieux appréhender l'exercice du métier en zone rurale ?

Plus d'un tiers de médecins souhaitent que des stages obligatoires soient effectués dans les zones rurales et un quart ne se prononcent pas.

Il ne se dégage donc pas de solutions partagées par une majorité.

D'autres réponses peuvent être signalées, elles sont là encore très diverses :

- enseignement fait par des hommes de terrain ;
- développement des stages pratiques et critique des stages actuels qui font fuir au lieu de promouvoir ;
- meilleure information sur la qualité de vie en zone rurale et donner de la valeur à l'effort et à l'initiative ;
- multiplier les expériences ;
- rendre possible l'accès des étudiants dans les cabinets privés ;
- obligation de remplacement en zone rurale ;
- amélioration des horaires pour les femmes-médecins ;
- désacraliser la médecine hospitalière.

Question 10 : Avez-vous rencontré des problèmes de sécurité ?

La majorité n'a pas rencontrée de problèmes de sécurité. 12 reconnaissent avoir subi des agressions physiques ou verbales. 5 connaissent des confrères ayant rencontré des problèmes de sécurité. C'est bien évidemment trop.

Question 11 : potentiel de la télémédecine ?

Les réponses sont contrastées : depuis c'est dangereux, nulle pour la médecine générale, c'est une fausse piste, c'est à voir, jusqu'à c'est énorme. 8 médecins ne se prononcent pas. On peut relever :

- un plus important ;
- un avis favorable si une aide est apportée ;
- une solution parmi d'autres.

Existence préalable de matériels adaptés, de médecins hospitaliers disponibles ou de spécialistes en nombre suffisant.

Techniquement très bien ; humainement déplorable.

Conseils de spécialiste par téléphone.

Question 12 : quelles sont les grandes tendances de l'évolution des conditions d'exercice de la médecine ?

Une synthèse des réponses est difficile car elles sont variées, diverses et quelquefois contradictoires.

On peut citer les réponses suivantes :

- déshumanisation et évolution catastrophique. La médecine se dirige vers une impasse ;
- développement des maisons de santé / créer des maisons de garde ;
- développement de l'informatique avec dématérialisation et accès direct aux données des patients ;
- valorisation de la médecine générale ;
- Arrêt du libéral – disparition de la médecine générale au profit d'officiers de santé ou de la médecine de groupe. Évolution vers le salariat ;
- mobilité professionnelle ;
- les jeunes médecins (majorité de femmes) veulent rester en ville, et privilégient la qualité de vie. Ils ne veulent plus travailler comme avant ;
- surcharge administrative ;
- réduction de la surconsommation médicale et nécessité d'éduquer les patients et la population ;
- souhaite d'une meilleure reconnaissance financière et sociale des médecins.

Question 13 : quelles solutions à mettre en œuvre pour faire face à l'inégale répartition territoriale des professions de santé ?

Là encore, il n'y a pas de réponses recueillant une majorité.

Cependant, il est à remarquer les réponses suivantes :

- nécessité d'une contrainte à l'installation (6) en instaurant par exemple un numerus clausus géographique ;
- conventionnement des médecins en fonction de leurs zones d'installation (4) ;
- augmentation des honoraires en zones prioritaires (5) ;
- allègement des charges en zone rurale ou incitations fiscales (4) ;
- obligation d'installation dans les maisons de santé (2) ;
- mieux faire connaître le mode de vie en zone rurale et mieux prendre en compte la féminisation (2) ;
- financement des études si installation en zones déficitaires (2) ;
- étendre le service SOS médecins dans les campagnes pour les gardes
- simplifier les tâches administratives ;
- former des étudiants à Bourges, Vierzon et Saint Amand ;
- défiscaliser une partie des recettes en fonction de l'importance de la désertification ;
- réguler les choix et maillage du territoire pour une installation si un poste est vacant ;
- créer une agence de recrutement et d'aide à l'installation ;
- améliorer l'environnement médical ;
- suppression de l'internat pour les généralistes ;
- mettre en zone franche médicale tout le Cher ;
- c'est déjà joué, les ARS vont décider la répartition.

En conclusion générale, il semble que les incitations financières ne suffisent pas à renverser la tendance à la concentration des médecins en zone urbaine et qu'il faille s'orienter vers des contraintes et des incitations pour une meilleure approche du milieu rural, c'est-à-dire de lieux éloignés des grandes agglomérations, des sièges de facultés de médecine, ou des villes situées près des rivages maritimes.

III – DÉPARTEMENT DE L'INDRE

Question 1 : connaissez-vous, dans le département où vous exercez, des zones tellement sous-dotées en offre de soins qu'elles peuvent mériter le qualificatif de "déserts médicaux"?

Réponses obtenues : OUI = 28 / 30

Il existe beaucoup des zones en situation critique démographique où des cabinets ferment sans successeur où les patients ont de grandes difficultés à être pris en charge par les médecins restants (déjà saturés) et où cette situation va s'aggraver et sera à son point critique dans 5 ans.

Question 2 : les incitations financières sont-elles déterminantes pour décider les médecins à s'installer en zones sous-dotées ?

Réponses obtenues : OUI = 13/30 – NON = 17/30

Outre des avantages financiers, certains revendiquent plutôt le droit au confort de vie.

Les zones rurales n'offrent pas la possibilité aux conjoints de trouver un travail.

Les horaires 8h-20h (60 h/semaine) sont maintenant difficilement acceptés par les plus jeunes.

Conditions d'exercice libérales difficiles : impossibilité de financer un secrétariat un agent d'entretien des prestations comptables exerçant seul avec un acte de 23 €.

Féminisation de la profession et les femmes veulent avoir du temps pour s'occuper de leurs enfants.

Exposition médico-légale supérieure à celle de l'exercice dans une structure salariée, absence d'indemnité journalière en cas de maladie dans les 3 premiers mois.

La profession de médecin en milieu rural est incompatible avec l'évolution de la société qui privilégie l'organisation du temps libre et des loisirs.

Question 3 : vous paraîtrait-il justifié de moduler le taux de prise en charge des cotisations sociales des médecins en fonction du fait qu'ils exercent en zone sous-dotée ou sur-dotée?

Les trois quarts des médecins répondent « pourquoi pas » ... et se posent la question de l'efficacité, compte tenu des réponses évoquées à la question 2, ci-dessus, relative aux incitations financières.

Question 4 : vous paraîtrait-il concevable de rendre le conventionnement des médecins sélectif selon qu'ils s'installent en zone sur-dotée ou sous-dotée, comme pour les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes?

Réponses obtenues : 50 / 50

Oui : mesure « décitative » en refusant le conventionnement en zone sous dotée, ce qui préserve la liberté d'installation. Ne pas oublier que les médecins ne travailleraient pas autant s'il n'y avait pas la Sécurité sociale.

Non : on doit garder le même conventionnement que les autres professions (kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens).

Autres propositions :

- favoriser le panachage de l'exercice salarié et libéral ;
- travail à temps partiel pour les femmes ;
- la profession de médecin en milieu rural est incompatible avec l'évolution de la société qui privilégie l'organisation du temps libre et des loisirs.

Question 5 : quelle distance maximale seriez-vous prêt à accepter entre votre domicile et votre lieu d'exercice?

En moyenne 15 à 20 km.

Question 6 : vous paraît-il pertinent de revoir le partage des tâches entre les médecins et les professions paramédicales?

Plutôt oui mais reste à définir quelles tâches, quelles spécialités et quelles responsabilités ? Un exemple de transfert possible : les vaccinations.

La population consulte de plus en plus pour un simple rhume : campagne de sensibilisation à mettre en place.

Question 7 : quel mode d'exercice aurait votre préférence (salarié/libéral, individuel/groupé)? Vous paraît-il souhaitable de pouvoir panacher l'exercice salarié et l'exercice libéral?

La majorité s'exprime en faveur du salariat (horaires moins lourds plus de liberté, moins de charges sociales, pas de frais de secrétariat, de comptabilité de frais d'installation.)

Réponses évoquées : exercice libéral en groupe, avec possibilité de panachage salariat/libéral, comme cela est possible à l'hôpital.

Question 8 : quelle réforme des études de médecine pourrait assurer une meilleure adéquation entre les postes offerts et les besoins dans les diverses spécialités?

Réponses évoquées :

- augmenter le numéris clausus ;
- Favoriser l'équipement des postes hospitaliers spécialisés pour les hôpitaux locaux ou annexés à ceux-ci ;
- stages obligatoires avec prise de responsabilités/

Question 9 : quelle organisation des études de médecine vous paraîtrait de nature à donner aux étudiants une idée plus concrète des conditions d'exercice en zone rurale?

- trop d'importance est donnée à la médecine hospitalière dans le cursus ;

- stage à faire en dehors des CHU (médecins généralistes cabinets médicaux et dentaires libéraux plusieurs mois dans des zones rurales) découverte de la richesse de l'exercice en milieu rural et de la compatibilité avec une vie satisfaisante.

Question 10 : avez-vous rencontré des problèmes de sécurité personnelle dans le cadre de votre exercice professionnel ? Connaissez-vous des confrères qui en auraient rencontré?

Un très faible pourcentage de médecins ont été agressés en milieu rural, un peu plus en milieu citadin.

Question 11 : quel est, selon vous, le potentiel de la télémédecine?

Dans l'ensemble, les médecins interrogés sont plutôt d'accord pour la télé-expertise qui leur paraît très importante en milieu rural et qui peut, par ailleurs, valoriser le médecin.

Réponses très favorables au développement de la pratique de l'échographie et la transmission aux spécialistes.

Question 12 : quelles sont, selon vous, les grandes tendances de l'évolution des conditions d'exercice de la médecine?

Question 13 : quelle(s) solution(s) vous semble(nt) devoir être mise(s) en œuvre pour faire face aux problèmes d'inégale répartition territoriale des professions de santé?

Réponses obtenues aux questions 12 et 13 :

Prévoir le *numérus clausus* – action pour cibler les zones prioritaires
création de MSP = mise en situation professionnelle

Proposer une installation en zone rurale temporaire ou période limitée, tous seraient d'accord pour 5 ans.

Avantages fiscaux consentis dans la convention aux personnes s'installant en ZP. Revoir le tarif des médecins, le moduler en fonction de la zone

Envisager une base de salariat.

Revaloriser la médecine générale pour rendre à nouveau attractives les conditions d'exercice du médecin généraliste. Majorer les prix des consultations.

Encourager l'exercice de groupe, le généraliste seul est obsolète : aider financièrement les SELARL, comme auparavant, ou les maisons médicales, idéales en milieu rural.

Revoir le paiement à l'acte.

Faire des abattements fiscaux pour ceux qui s'installant dans des zones prioritaires.

Inciter les étudiants à aller là où on en a le plus besoin en développant des stages uniquement dans ces zones prioritaires.

Payer un étudiant en médecine qui s'engage à servir en zone prioritaire.

Savoir garder les étudiants Français qui étudient à l'étranger.

Les études médicales devraient comporter un volet droit et gestion.

Remettre en place la poly-installation (un cabinet principal et un secondaire).

La formation médicale serait à revoir : 1 médecin sur 100 exerce en CHU et 100 % sont formés en CHU.

Un futur médecin n'a jamais été réellement en contact avec les patients avant sa 6^{ème} année, d'où la crainte de s'installer seul, par manque d'expérience.