

FORMATION INITIALE
52^{ème} promotion, 2013-2014

RECHERCHE- ACTION

L' ACTION DES ARS FACE A LA DESERTIFICATION MEDICALE

Membres du groupe de travail :

- ▼ Bahar BILGIN
- ▼ Raphaël BONNIER
- ▼ Emmanuelle CAYADO
- ▼ Magali JACQUET
- ▼ Thibaut L'HERMITTE

Directeur de recherche-action :

- ▼ Pierre-Jean LANCRY, Directeur de l'ARS Basse-Normandie

Coordonnateur de recherche-action :

- ▼ Jean-Benoît Dujol, Sous directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, Direction de la Sécurité sociale

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Pierre-Jean Lancry, directeur de notre recherche-action, ainsi que l'ensemble des personnes qui ont bien voulu nous donner de leur temps pour nous permettre de réaliser ce rapport :

- ▼ Lilian Brosse, responsable de l'offre de soins ambulatoires à l'ARS Rhône-Alpes
- ▼ Hélène Carnat-Lahure, cheffe de cabinet du directeur de l'ARS Rhône-Alpes
- ▼ Sylvie Mansion, directrice de l'ARS Franche-Comté
- ▼ Ghislaine Verdonck, responsable du pôle offre de soins ambulatoires à l'ARS Franche-Comté
- ▼ Hélène Guichet, chargée de missions, Direction de l'Offre de Santé et de l'Autonomie à l'ARS Basse-Normandie
- ▼ Sébastien Levavasseur, Directeur délégué territorial de l'Orne pour l'ARS Basse-Normandie
- ▼ François Heurquier, délégué territorial de l'ARS Corse
- ▼ Hedda Weissman, Médecin Conseil, Responsable du département des professions de santé, DDGOS, Cnamts
- ▼ Marie-Claude Hittinger, chargée de mission au Secrétariat général des Ministères sociaux
- ▼ Fabrice Zeni, doyen de la Faculté de médecine de St-Etienne
- ▼ Les praticiens conseils de la 46^{ème} formation initiale à l'EN3S
- ▼ Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons de santé pluridisciplinaires
- ▼ Emmanuel Vigneron, géographe de la santé à l'université de Montpellier
- ▼ Yann Bourgueil, directeur de l'IRDES
- ▼ Emanuel Loeb, président de l'Inter-Syndicat National Inter Hospitalier
- ▼ Dominique Libault, directeur de l'En3s

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
I. PREAMBULE	5
II. DEFINITION DU SUJET	5
1. <i>Un désert médical ?</i>	5
2. <i>Inégalités de santé ou inégalités d'accès aux soins ?</i>	6
3. <i>Inégalités d'accès aux soins : dimension sociale ou territoriale ?</i>	8
III. CADRAGE DU SUJET	9
1. <i>Quel champ pour l'offre de soins ?</i>	9
2. <i>Quels territoires ?</i>	10
3. <i>Quels acteurs ?</i>	10
4. <i>Quelles actions ?</i>	11
IV. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE	11
V. HYPOTHESES	12
VI. METHODOLOGIE	12
PRESENTATION DE LA BOITE A OUTILS DES ARS.....	14
I. LES OUTILS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL : LES SCHEMAS REGIONAUX D'ORGANISATION DES SOINS (SROS)	14
1. <i>Un cadre juridique et règlementaire des SROS en conformité avec l'esprit de la loi HPST.</i>	14
1.1. Le cadre législatif : un SROS adossé au Projet Régional de Santé (PRS)	14
1.2. La principale innovation de la loi HPST : l'ajout d'un volet ambulatoire au SROS	14
2. <i>Le contenu du volet ambulatoire des SROS</i>	15
2.1. Un cadre opérationnel répondant à une quadruple ambition	15
2.2. Un contenu ambulatoire articulé autour d'un diagnostic territorial initial	15
3. <i>L'élaboration et la déclinaison opérationnelle des SROS-PRS</i>	16
3.1. Un cadre commun d'élaboration fixé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)	16
3.2. La déclinaison opérationnelle des SROS-PRS sur les trois territoires ciblés	17
3.2.1. L'ARS Franche-Comté	17
3.2.2. L'ARS Basse-Normandie	18
3.2.3. L'ARS Rhône-Alpes	19
II. LES OUTILS D'INCITATION A L'INSTALLATION DANS LES ZONES SOUS DOTEES	19
1. <i>Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)</i>	19
2. <i>Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)</i>	20
III. LES OUTILS DE REGROUPEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE	21
1. <i>Le développement d'une politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours</i>	21
2. <i>Une base légale récente afin de qualifier l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons de santé et pôles de santé</i>	21
2.1. Les maisons de santé	22
2.2. Les pôles de santé	22
2.3. La création des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) pour fournir un cadre juridique stable aux MSP	23
3. <i>Les centres de santé : des structures pluridisciplinaires basées sur le salariat</i>	23

IV. LES OUTILS TRANSVERSES D'EXPERIMENTATION	24
1. <i>La formalisation de coopération entre professionnels de santé : la délégation de tâches..</i>	24
2. <i>Le levier de la rémunération : les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)</i>	26
3. <i>L'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) : la télémédecine.....</i>	28
4. <i>Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)</i>	30
PRECONISATIONS.....	32
I. LES OUTILS DE DIAGNOSTIC.....	32
1. <i>Analyse critique des SROS : un zonage à harmoniser avec les autres acteurs de la santé régionale</i>	32
1.1 <i>La coexistence de plusieurs zonages</i>	32
1.2 <i>Un zonage ARS trop éloigné des réalités de régions</i>	33
2. <i>Préconisation sur les outils de diagnostic territorial.....</i>	33
II. LES OUTILS D'INCITATION	34
1. <i>Un bilan mitigé de la mise en place du dispositif de CESP.....</i>	34
1.1. <i>Bilan par la Direction Générale de l'Offre de Soins.....</i>	34
1.2. <i>Bilan par l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF).....</i>	35
2. <i>Un manque de lisibilité globale sur la politique d'incitation financière</i>	36
3. <i>Préconisations relatives au CESP</i>	37
III. LES OUTILS DE REGROUPEMENT	38
1. <i>Des outils de regroupement dont la montée en charge est inachevée.....</i>	38
1.1 <i>Les maisons et pôles de santé, entre réponse à la désertification médicale et révolution du premier recours.....</i>	38
1.2 <i>Les centres de santé : à la recherche d'un modèle économique.....</i>	39
2. <i>Préconisations.....</i>	40
2.1 <i>Sur les MSP et les pôles de santé</i>	40
2.2 <i>Sur les centres de santé.....</i>	42
IV. LES OUTILS TRANSVERSES D'EXPERIMENTATION	42
1. <i>Le cadre juridique contraignant de la délégation de tâches appelle des aménagements..</i>	42
2. <i>Une articulation difficile entre les Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération et les conventions médicales</i>	44
3. <i>Le développement difficile de la télémédecine.....</i>	45
4. <i>La question de l'élargissement du Fonds d'Intervention Régional</i>	45
CONCLUSION	47
ABSTRACT.....	48
ANNEXES.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	96

I. Préambule

Selon l'article 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

La formulation généreuse et volontariste de la Constitution de 1946 ne doit pas être mal interprétée : il ne s'agit pas de garantir à tous une bonne santé – ce qui serait un objectif difficile, voire impossible, à atteindre – mais de garantir à tous « un droit à des prestations de santé et la mise à disposition de moyens humains et matériels propres à assurer la protection de la santé. Le droit à la santé est donc le droit à l'accès aux soins ».¹

L'accès aux soins est aujourd'hui au cœur de multiples débats, qui ont conduit les pouvoirs publics à réformer en profondeur le système de santé français, depuis la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) par la loi du 27 juillet 1999 jusqu'à la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) à la suite de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, en passant par la réforme de l'Assurance maladie par la loi du 13 août 2004.

La question de la « désertification médicale » s'inscrit pleinement dans les débats actuels sur l'accès aux soins, et a fait l'objet récemment d'une mobilisation importante des pouvoirs publics, notamment avec le lancement du Pacte Territoire-santé en décembre 2012, puis de la Stratégie nationale de santé en septembre 2013.

II. Définition du sujet

Avant d'aborder le thème de la désertification médicale, il est nécessaire de fournir des éléments de définition de cette notion (1), de clarifier les notions d'inégalités de santé et d'inégalités d'accès aux soins (2) et de s'interroger sur le lien entre la dimension sociale et la dimension territoriale des inégalités d'accès aux soins (3).

1. Un désert médical ?

La notion de « désert médical » est controversée : alors que la France n'a jamais compté autant de médecins, et que la densité médicale moyenne française (339 médecins pour 100.000 habitants au 1er janvier 2012²) figure en bonne position dans les classements internationaux (en 2010, la France se plaçait au 14^{ème} rang parmi les pays de l'OCDE, avec une densité moyenne de 3,3 pour 1000 habitants, légèrement supérieure à la moyenne de 3,1), le concept de « désert médical » n'a jamais été aussi présent dans le débat public.

Cependant, les projections de la DREES relatives à la démographie médicale font état d'un « creux » à venir à horizon 2020, en raison des départs en retraite prévus sur la période liés à une pyramide des âges vieillissante³. Ainsi le nombre de médecins passerait de 216 000

¹ Revue de droit sanitaire et social, Assurance maladie, vieillissement et inégalités territoriales de santé, 2011, p. 596.

² Les médecins au 1er janvier 2012, Études et résultats n° 796, mars 2012, DREES.

³ DREES, Dossiers solidarité et santé n°12, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, 2009.

médecins en 2010 à 187 000 en 2020, pour retrouver quasiment son niveau actuel en 2030 autour de 206 000 médecins. Toutefois, compte tenu de l'accroissement de la population sur cette période (+10% d'ici 2030), la diminution de la densité médicale sera durable, et principalement préoccupante autour de 2020.

Si cette préoccupation revêt une dimension objective, liée à une répartition de plus en plus inégale des professionnels de santé sur le territoire, elle revêt également une dimension subjective, liée à l'intensification des exigences de la population envers le système de santé.

Ainsi, en 2013, dans une France qui compte près de 219 000 médecins⁴, certains territoires sont considérés comme des déserts médicaux, tandis qu'en 1900, dans une France comptant moins de 17 000 médecins, le Docteur Gouffier signalait dans la revue « Le concours médical » un article alarmant sur la « pléthore » de médecins⁵. Ce décalage atteste bien d'une évolution culturelle majeure, qui a accompagné les progrès considérables accomplis par le système de soins au cours du XX^{ème} siècle, notamment grâce à la création de la Sécurité sociale et à la généralisation progressive de l'Assurance maladie dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Si la notion de désert médical comporte une double dimension subjective et objective, c'est bien à la dimension objective que nous nous intéresserons dans cette étude.

On peut définir un désert médical comme un territoire où l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Afin d'être précis, nous emploierons dans ce rapport alternativement les termes de « zone sous-dense », de « zone fragile » ou de « zone déficitaire » plutôt que celui de « désert médical », moins administratif et plus politique.

L'enjeu de la définition des zones sous-denses est fondamental pour les pouvoirs publics, puisque le zonage qui en découle conditionne le déclenchement des aides conventionnelles attribuées par l'Assurance maladie pour inciter les médecins à s'installer dans ces territoires. Jusqu'en 2010, les Missions Régionales de Santé (MRS) étaient chargées d'effectuer ce zonage. Etaient considérés comme des territoires sous-denses les zones où la densité médicale était inférieure à 30% à la moyenne nationale et où l'activité médicale par professionnels de santé était supérieure de 30% à la moyenne nationale⁶. La responsabilité de ce zonage a été transférée aux Agences Régionales de Santé, créées par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009, et chargées entre autres d'élaborer les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), qui comprennent désormais un volet ambulatoire.

En tout état de cause, derrière les nombreux débats autour des déserts médicaux se trouve la question des inégalités de santé et d'accès aux soins.

2. Inégalités de santé ou inégalités d'accès aux soins ?

Il convient en premier lieu de distinguer les inégalités d'accès aux soins des inégalités de santé : les inégalités de santé connaissent en effet des causes plus larges que les inégalités d'accès aux soins.

La santé publique s'est intéressée depuis son émergence aux déterminants sociaux de la santé, et a établi qu'on ne saurait les réduire à la seule question du système de soins. De façon provocatrice, certains chercheurs estiment même que le système de soins ne peut intervenir que de façon mineure dans la réduction des inégalités de santé, qui dépendraient

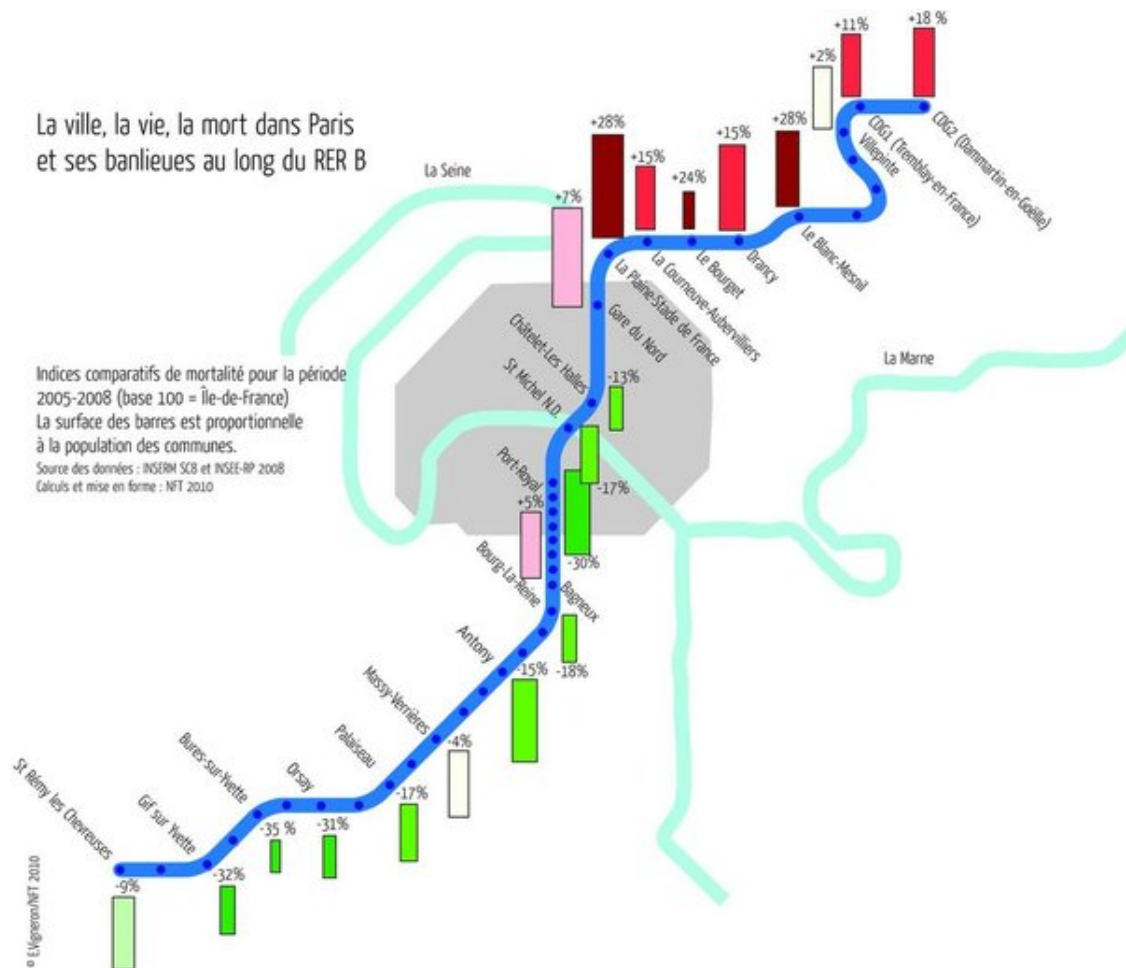
⁴ Les médecins au 1er janvier 2013, Séries statistiques n°179, Avril 2013, DREES.

⁵ L'encombrement de la profession médicale. Causes, résultats, remèdes par le Dr Gouffier, Le Concours Médical, n°45 du 10 novembre 1900.

⁶ Site du Ministère des Affaires sociales et de la santé

davantage de facteurs tels que les revenus, les diplômes, l'intégration économique et sociale, l'enfance, le comportement, la culture, etc.⁷.

Parmi les inégalités de santé, il est courant de distinguer les inégalités sociales et les inégalités territoriales, c'est à dire les différences de morbidité et de mortalité selon la catégorie socio-professionnelle ou selon le lieu de résidence. De nombreux travaux démontrent toutefois que ces deux catégories d'inégalités sont très liées, le processus de différenciation socio-économique des territoires depuis vingt ans poussant à nuancer leur opposition. Emmanuel Vigneron a fourni une illustration très pédagogique de cette imbrication des dimensions sociales et territoriales des inégalités de santé, à travers l'exemple francilien du RER B⁸ :



Ce graphique montre que, le long du RER B, le risque de mourir varie du simple au double, entre certains territoires de la banlieue nord-est de Paris et le 6ème arrondissement. Ainsi, les inégalités territoriales et les inégalités sociales apparaissent très imbriquées.

La santé publique démontre ainsi que les inégalités de santé trouvent des causes plus larges que les inégalités d'accès aux soins, et par conséquent qu'une action sur le système de santé ne peut suffire seule à supprimer les inégalités de santé. C'est pourquoi notre analyse sera cantonnée à l'étude des inégalités d'accès aux soins, considérant qu'elles – à la différence des inégalités de santé – sont largement explicables par l'organisation du système de santé, et par conséquent qu'une action sur ce système peut permettre de les réduire.

⁷ Didier Fassin, « les inégalités sociales de santé », La découverte, 2000

⁸ Emmanuel Vigneron, Inégalités de santé dans les territoires français, 2011, p.83.

3. Inégalités d'accès aux soins : dimension sociale ou territoriale ?

Il est courant de dissocier les inégalités d'accès aux soins selon que leur cause soit sociale (essentiellement financière) ou territoriale. Deux phénomènes invitent toutefois à relativiser cette distinction :

- ▼ D'une part la **territorialisation des inégalités socio-économiques** depuis vingt ans, mise en lumière par de nombreux travaux sociologiques et géographiques, montre que les inégalités territoriales sont avant tout le reflet des inégalités sociales.
- ▼ D'autre part, **l'accroissement des inégalités sociales à l'intérieur de certains territoires** montre que les deux dimensions sont imbriquées : la notion de « désert médical relatif » employée dans les débats relatifs aux dépassements d'honoraires, qui désigne les territoires dans lesquels, en dépit d'une forte présence médicale, l'accès à un médecin conventionné en secteur 1 est difficile, illustre cette imbrication des dimensions sociales et territoriales des inégalités d'accès aux soins.

Pour décrire ces tendances à l'échelle nationale, nous reprenons à notre compte l'analyse d'Emmanuel Vigneron, qui distingue « cinq France » en fonction de leur profil socio-économique⁹ :

- ▼ **La France des beaux quartiers** : cette France concentre 16% de la population sur 3% du territoire, elle se caractérise par un niveau de revenus et de diplôme largement supérieurs à la moyenne nationale, mais également par un niveau d'inégalités supérieur à la moyenne, avec les plus forts écarts de revenus. Elle correspond aux périphéries aisées des grandes agglomérations (Paris, Lyon, Toulouse, Marseille, Montpellier, Nantes, etc.).
- ▼ **La France familiale douce des équilibres** : cette France représente 37% du territoire et concentre 22% de la population, elle se caractérise par un fort taux d'activité et un faible chômage, une proportion moins importante qu'ailleurs de logements sociaux, mais également par une certaine homogénéité que reflète la faiblesse des écarts de revenus. Elle correspond à l'Ouest atlantique et à l'Est de la France (de l'Alsace au sud des Alpes).
- ▼ **La France rurale et artisanale qui vit mal et isolée** : cette France représente seulement 7% de la population sur 32% du territoire, et se caractérise par la faiblesse des revenus et des niveaux de diplômes, la précarité des emplois et la part élevée des emplois non salariés. Elle regroupe essentiellement des cantons ruraux.
- ▼ **La France des cités** : cette France regroupe 24% de la population sur 2% du territoire, et se distingue par un chômage important, en particulier chez les jeunes, par une forte proportion d'adolescents non scolarisés et de familles monoparentales, et par une proportion nettement plus importante qu'ailleurs de logements sociaux. Elle correspond aux quartiers populaires des grandes villes et de leurs banlieues, mais également de nombreuses villes moyennes (Nîmes, Arles, Auxerre, Saint-Dizier...).
- ▼ **La France des moyennes** : cette France concentre 30% de la population sur 26% du territoire, et représente le profil moyen de la France d'aujourd'hui en termes socio-économiques. Sa répartition sur le territoire est assez homogène.

Ce portrait d'une France morcelée en cinq blocs relativement homogènes traduit la tendance de territorialisation croissante des inégalités socio-économiques, tandis que l'intensification des inégalités à l'intérieur de certains territoires concerne essentiellement la France des beaux quartiers.

Les inégalités d'accès aux soins se caractérisent non seulement par l'éloignement (en termes de distance) des professionnels de santé, mais également par la difficulté à obtenir

⁹ Emmanuel Vigneron, *ibid.*

un rendez-vous dans certaines zones pour certaines spécialités. Différentes publications traitent la question des inégalités d'accès aux soins sous l'angle de l'éloignement des patients :

- ▼ L'UFC Que choisir a publié une enquête sur la « fracture sanitaire », qui pointe notamment le temps d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous dans certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie) même dans des territoires relativement bien dotés en offre de soins, et met en avant la notion de « désert médical relatif », c'est-à-dire des zones bien dotées en offre de soins mais dans lesquelles l'accès à un professionnel de santé conventionné en secteur 1 est difficile (essentiellement les grands centres urbains, en particulier Paris)¹⁰.
- ▼ La DREES et l'IRDES ont publié une étude sur la distance et le temps d'accès aux soins, qui montre que 95% de la population française a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes, mais que des difficultés d'accès importantes persistent notamment dans les zones rurales¹¹.
- ▼ L'IRDES et la DREES ont élaboré conjointement un outil de mesure des inégalités d'accès aux soins prenant en compte l'éloignement de l'offre de soins : il s'agit de l'accessibilité potentielle localisée¹². Cet indicateur prend en compte, pour mesurer l'offre de soins, le niveau d'activité des médecins et, pour mesurer la demande, le taux de recours différencié selon l'âge différencié des habitants.

Dans notre analyse des inégalités d'accès aux soins, nous faisons le choix d'exclure la dimension purement financière des inégalités d'accès aux soins, d'autres groupes de recherche-action étant consacrés à leur étude (notamment ACS, ASS des CPAM et CMU complémentaire). Ainsi, nous nous focaliserons sur leur dimension territoriale, donc sur les zones fragiles ou sous-denses.

III. Cadrage du sujet

Cette partie présente le périmètre de notre rapport en termes d'offre de soins (1), de territoires (2), d'acteurs (3) et d'actions (4) considérées.

1. Quel champ pour l'offre de soins ?

L'offre de soins peut être définie comme l'ensemble des infrastructures et des acteurs, publics ou privés, concourant à la mise à disposition de services sanitaires et médico-sociaux à la population. En France, elle se caractérise par trois volets : l'offre hospitalière, l'offre médico-sociale et l'offre ambulatoire.

Le volet ambulatoire - ou « soins de ville » - de l'offre de soins regroupe les soins effectués en cabinets de ville, en dispensaires, en centres de soins, ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Il se compose des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux, des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cure thermale (INSEE, définitions et méthodes).

¹⁰ UFC Que choisir, L'intolérable fracture sanitaire, octobre 2012.

¹¹ Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, *Études et résultats N° 764, juin 2011* ».

¹² L'accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, Drees et Irdes, *Études et résultats n°795*, mars 2012.

L'offre ambulatoire intègre l'offre de soins de premier recours, définis par l'article 36 de la loi HPST : « Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico- social ; l'éducation pour la santé. ».

Notre rapport traitera des soins de premier recours. Ainsi, nous nous intéresserons particulièrement à la médecine générale libérale. En effet, depuis la mise en place du parcours de soins coordonné et du médecin traitant par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, le médecin généraliste est l'acteur pivot du système de soins. Son rôle est primordial pour orienter les patients et organiser la gradation des soins. De plus, des dispositifs conventionnels récents (CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, et ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ont consacré le médecin généraliste dans son rôle de prévention et de suivi des pathologies chroniques.

2. Quels territoires ?

Notre rapport se concentre sur l'étude de trois régions (Basse-Normandie, Franche-Comté, Rhône-Alpes) dans une approche comparative. Nous avons en effet estimé qu'une étude exhaustive de tout le territoire national était hors de portée compte tenu des contraintes de temps et de moyens qui s'imposaient à nous.

La comparaison entre trois territoires relevant de trois agences différentes permet cependant d'appréhender concrètement les spécificités propres à l'action de chaque agence, elles mêmes liées à la spécificité des problématiques propres à chaque territoire.

3. Quels acteurs ?

Notre rapport s'intéresse principalement à l'action des ARS, considérant que, compte tenu de leurs missions et de leurs compétences, elles sont les acteurs les mieux placés pour traiter la problématique de la sous-densité médicale. En effet, leur création a traduit la volonté des pouvoirs publics de décloisonner l'offre de soins (notamment entre les soins de ville et les soins hospitaliers). Ainsi, elles sont aujourd'hui explicitement chargées d'organiser l'offre de soins ambulatoires. A travers l'action des ARS, nous envisagerons également l'action de ses principaux partenaires : les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les universités, l'Assurance maladie.

Rappel : Les ARS résultent de la fusion de plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les territoires :

- ▼ les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS),
- ▼ les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),
- ▼ les groupements régionaux de santé publique (GRSP),
- ▼ les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM),
- ▼ les Missions régionales de santé (MRS),
- ▼ le volet hospitalier de l'Assurance maladie (une partie des CRAM, des Directions régionales du service médical et des caisses RSI et MSA).

4. Quelles actions ?

Nous nous concentrons sur les outils dont disposent les ARS pour organiser et structurer l'offre de soins ambulatoires.

Le Pacte territoire-santé présenté par la ministre des Affaires sociales et de la santé en décembre 2012 est pris en compte dans notre étude, mais, son déploiement étant en cours, nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour l'évaluer.

IV. Présentation de la problématique

La littérature académique et administrative sur la question des déserts médicaux est abondante. Si cette richesse constitue une chance pour notre rapport – en ce qu'elle nous permet de nous appuyer sur une bibliographie solide - elle nous fait néanmoins courir le risque de tomber dans l'écueil de la répétition ou de la compilation. Ainsi, le choix d'un angle pertinent et innovant est fondamental pour l'intérêt de notre rapport.

Après de nombreux échanges, tant entre les membres du groupe qu'avec le directeur de recherche action et le directeur de l'EN3S, nous avons abouti à la problématique suivante :

« Quels outils les ARS mobilisent-elles pour organiser l'offre de soins ambulatoires dans des territoires marqués par la sous-densité médicale et, parmi ces outils, les mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires proposées aux étudiants de médecine peuvent-elles être améliorées ? ».

La problématique choisie était donc à double entrée : il s'agissait d'une part de recenser et d'analyser les outils mobilisés et les actions mises en œuvre par les ARS pour organiser l'offre de soins ambulatoire dans les territoires marqués par la sous-densité médicale et, d'autre part, d'analyser les mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-denses proposées par les pouvoirs publics aux étudiants de médecine. Pour ces deux types de dispositifs, l'objectif était de questionner les raisons de leur efficacité ou de leur inefficacité et de proposer, s'il y avait lieu, des pistes d'amélioration.

Cet angle permettait d'explorer le champ, relativement récent, des ARS en adoptant un point de vue très opérationnel (que font-elles concrètement, au quotidien ?), assez peu présent dans la littérature. Il permettait en outre d'étudier l'un des publics des ARS, qui a vocation à être un acteur majeur dans la lutte contre les déserts médicaux - les futurs médecins - et de comprendre son positionnement, ses attentes et ses aspirations pour tenter d'améliorer les mesures qui lui sont aujourd'hui proposées.

Après avoir élaboré et diffusé un questionnaire destiné aux étudiants de médecine des trois régions étudiées, qui n'a pas permis de collecter suffisamment de réponses pour être exploité de façon pertinente, nous avons fait le choix de nous concentrer sur l'étude des outils dont disposent les ARS pour organiser l'offre de soins ambulatoires sur leurs territoires. Les outils d'incitation à l'installation dans les zones sous denses sont traités dans le sujet, en tant qu'outils à la disposition des ARS pour faire face à la désertification médicale, mais pas du point de vue des étudiants de médecine.

La problématique qui résulte du recadrage de notre sujet sur la dimension opérationnelle des outils mobilisés par les ARS est donc devenue la suivante : **« L'action des ARS face à la désertification médicale : de la lutte contre les inégalités territoriales à la refondation des soins primaires ».**

V. Hypothèses

Pour répondre aux deux dimensions de notre problématique, nous avons formulé deux séries d'hypothèses : la première sur les outils d'organisation de l'offre de soins de premier recours, la seconde sur les mesures incitatives à l'installation proposées aux étudiants. Compte tenu du recadrage de notre sujet sur la dimension relative aux outils des ARS, les hypothèses relatives aux étudiants de médecine ne sont que partiellement abordées par le rapport. Nous choisissons néanmoins de les faire figurer pour information en introduction du rapport, bien que nous n'ayons traité dans le cadre de nos travaux que les premières.

▼ Hypothèses sur les outils d'organisation de l'offre de soins de premier recours :

- ▼ Les différents outils sont insuffisamment ciblés sur les zones déficitaires.
- ▼ La coordination des ARS avec l'Assurance maladie est insuffisante, en particulier sur la définition des zones déficitaires.
- ▼ Les ARS sont exposées à des pressions politiques importantes émanant notamment d'élus locaux.
- ▼ Il existe un manque de coordination entre les différentes ARS, lié aux limites de leur pilotage national.
- ▼ Les outils incitatifs mis en place sont conçus sur la base d'une pratique médicale datée.

▼ Hypothèses sur les mesures incitatives à l'installation des étudiants :

- ▼ Les médecins cherchent davantage à s'orienter vers une activité salariale qu'à exercer de manière groupée.
- ▼ Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) est mal conçu : ce contrat manque de souplesse, comporte des contraintes importantes pour les étudiants et les internes, et est trop axé sur l'incitation financière.
- ▼ La communication sur ces politiques incitatives est mal conçue, les étudiants et internes n'ayant pas accès à une cartographie claire et lisible des aides dont ils peuvent bénéficier.
- ▼ La promotion des mesures incitatives est inefficace, les différents acteurs ne travaillent pas assez de concert.
- ▼ Les aspirations des professionnels de santé évoluent : recherche d'une meilleure conciliation entre vie familiale, personnelle, et professionnelle.

VI. Méthodologie

Pour analyser les outils concrets mobilisés par les ARS pour faire face à la sous-densité médicale, nous nous appuyons non seulement sur les publications des ARS mais surtout sur des entretiens (physiques ou téléphoniques) avec des directeurs d'ARS, des délégués territoriaux et des personnels des services concourant à la lutte contre les déserts médicaux (en particulier les « référents installation » nouvellement créés dans le cadre du Pacte territoire-santé). Nous avons également interrogé différents acteurs concernés par les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment des chercheurs (Emmanuel Vigneron et Yann Bourgueil), le Secrétariat Général des Ministères Sociaux (Marie-Claude Hittinger), la Responsable du département des professions de santé de la Cnamts (Hedda Weissman) et la Fédération française des maisons de santé pluridisciplinaires (Pierre de Haas).

Pour analyser les mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires proposées aux étudiants de médecine, nous avons élaboré un questionnaire dématérialisé¹³ diffusé aux étudiants de médecine des trois régions étudiées par le biais des doyens de ces universités. Le nombre de réponses recueillies n'a pas permis de constituer un échantillon suffisamment représentatif de cette population, aussi nous avons fait le choix de nous concentrer sur l'étude des ARS.

Cependant, afin de recueillir dans la mesure du possible le point de vue de professionnels de santé pour alimenter notre réflexion, nous avons constitué un « focus groupe » de praticiens conseils en formation à l'EN3S (issus du monde hospitalier et du monde ambulatoire) avec lesquels nous avons échangé « à bâtons rompus » pendant deux heures.

¹³ Cf. annexe n°13.

Dans cette partie, nous présentons la « boîte à outils » dont disposent les ARS pour faire face à la désertification médicale. Elle comprend des outils de diagnostic territorial (I), des outils d'incitation à l'installation (II), des outils de soutien au regroupement des professionnels de santé (III) et enfin des outils d'expérimentation transversaux (IV).

I. Les outils de diagnostic territorial : les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)

1. Un cadre juridique et réglementaire des SROS en conformité avec l'esprit de la loi HPST

1.1. Le cadre législatif : un SROS adossé au Projet Régional de Santé (PRS)

La loi HPST a consacré les ARS comme le nouvel acteur majeur de la gestion et de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Véritable "préfet sanitaire", l'ARS a pour charge d'assurer la coordination entre la politique nationale de santé et les différents acteurs présents sur le territoire régional.

Outre la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, ou encore l'encadrement des établissements de santé et des structures médico-sociales, les ARS ont pour mission d'assurer l'égalité d'accès aux soins. Un outil spécifique, prévu à cet effet par la loi de 2009, a ainsi été élaboré pour assurer cet objectif : le SROS, ou Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Conçu dans une logique de diagnostic de l'état territorial de l'offre de soins de premier et second recours, le SROS s'attache à décliner pour une durée de cinq ans les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS) impulsés par l'échelon national et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), d'où une nouvelle dénomination "SROS-PRS"¹⁴.

1.2. La principale innovation de la loi HPST : l'ajout d'un volet ambulatoire au SROS

Les SROS doivent désormais intégrer la réorganisation de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDES), l'organisation des missions de service public des établissements de santé sur chaque territoire ciblé, mais également l'organisation de l'offre ambulatoire afin de renforcer plus spécifiquement l'offre de soins de premier recours.

L'offre de premier recours est définie par la loi HPST comme la déclinaison de trois fonctions:

- ▼ le processus d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation et traitement),
- ▼ le processus de suivi du patient et de coordination de son parcours,

¹⁴ La dénomination antérieure à la loi HPST parlait de "SROS III".

- ▼ le processus de relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé).

L'article L 1432-7 du code de la santé publique fixe le périmètre et le contenu de ce volet ambulatoire des SROS, précisant "qu'il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins [...], notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé."

Il est par ailleurs spécifiquement mentionné que "les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux". Ainsi, la liberté d'installation des médecins n'est pas remise en cause par les SROS : les pouvoirs publics ne peuvent pas s'en prévaloir pour contraindre des médecins à s'installer dans certaines zones, ou pour refuser leur installation dans d'autres.

2. Le contenu du volet ambulatoire des SROS

2.1. Un cadre opérationnel répondant à une quadruple ambition

La partie ambulatoire de ces nouvelles générations de SROS répond à quatre grandes ambitions devant permettre d'atteindre l'objectif global d'amélioration de l'efficacité du système régional de santé défini par la loi HPST :

- ▼ la définition, puis l'organisation d'une stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires, en définissant notamment des priorités d'actions en matière d'offre de soins de premiers recours,
- ▼ la création d'un schéma régional de référence (le SROS-ambulatoire) permettant la coordination et la mobilisation des professionnels de santé libéraux autour de priorités régionales de santé publique et d'offre de soins ambulatoires,
- ▼ la modernisation de l'offre de soins pour les populations régionales, notamment par le biais de l'exercice coordonné des structures et des professionnels de santé libéraux,
- ▼ la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

2.2. Un contenu ambulatoire articulé autour d'un diagnostic territorial initial

Le volet ambulatoire des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins prévoit la réalisation d'un diagnostic précis sur lequel décliner l'action territoriale : les ARS fournissent une étude préalable à leurs politiques, afin d'identifier le plus précisément possible le cadre territorial dans lequel s'inscrire. Ce diagnostic révèle d'une part un état des lieux détaillé de l'offre et des besoins en santé sur un territoire donné, et précise d'autre part les problématiques sociales, économiques et culturelles spécifiques à ce même territoire.

Cette analyse transversale préalable de l'état des lieux d'une région permet aux ARS d'identifier des zones de proximité à renforcer ou à consolider par le biais de leviers d'actions spécifiques : il s'agit d'attirer ou de maintenir les professionnels de santé sur les zones ciblées.

La mobilisation des professionnels de santé s'articule donc autour de projets locaux de territoires définis en fonction de ces différents degrés d'analyse. Les ARS disposent dès lors d'un arsenal d'outils d'incitation à l'installation et de mise en partenariat des acteurs de la

santé territoriale afin de répondre aux problématiques pointées par le diagnostic ambulatoire régional initial.

3. L'élaboration et la déclinaison opérationnelle des SROS-PRS

3.1. *Un cadre commun d'élaboration fixé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)*

Dans la logique d'harmonisation nationale de la politique de santé publique, un cadre commun aux territoires a été fixé par la DGOS : un guide méthodologique d'élaboration des SROS-PRS est ainsi proposé à l'ensemble des 26 Agences Régionales de Santé¹⁵.

Ce guide comprend un volet concernant l'offre de soins hospitalière (opposable) et un volet ambulatoire (incitatif) afin d'aider les ARS à positionner et à dimensionner l'offre territoriale de soins au regard du diagnostic régional établi, en lien avec le Schéma Régional de Prévention (SRP) et d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

La partie 2 du guide méthodologique, consacrée à l'offre de soins ambulatoires, décrit la démarche à suivre : après la réalisation de l'état des lieux, les ARS élaborent un diagnostic partagé, et définissent des priorités d'actions. Un cadrage financier est ainsi défini pour la durée du SROS, le suivi de la mise en œuvre des actions pouvant alors débuter.

Ce guide insiste fortement sur la nécessité de construire un projet en lien et en concertation avec les acteurs de terrain : "le caractère indicatif de la partie ambulatoire du SROS ne permet pas d'imposer un lieu d'implantation : par conséquent, seules des priorités partagées avec les professionnels libéraux et les élus locaux pourront être mises en œuvre¹⁶".

Enfin, pour favoriser une déclinaison la plus efficace possible, le guide méthodologique insiste sur l'importance d'adopter une approche pragmatique de réponses aux problèmes ciblés : "la notion de territoire de proximité géographiquement délimité n'est pas nécessairement pertinente en matière de soins ambulatoires, dans le contexte de libre choix du patient : le niveau d'analyse peut cependant être réalisé sur des territoires couvrant environ 20 à 30.000 habitants, permettant d'être opérationnel pour la gestion de projet. "

En ce sens, une analyse "microsociologique" des actions déjà en place sur le territoire et portées par les professionnels doit être privilégiée dans un premier temps, avant l'élaboration de nouvelles actions.

Les ARS disposent donc d'une certaine marge de manœuvre dans la définition des zones fragiles. Toutefois, pour des raisons budgétaires, le Ministère fixe un cadre propre à chaque région, sous la forme d'un plafond exprimé en pourcentage de la population régionale, et laisse aux ARS le soin de définir les zones dans lesquelles réside la population concernée. Si cette marge de manœuvre peut faire craindre l'émergence d'inégalités entre régions, liées à la diversité des méthodes employées par les ARS et des acteurs associés à la négociation des zones déficitaires, elle est également la condition d'une appropriation par tous les acteurs du diagnostic partagé, et d'une définition des besoins sanitaires au plus près des réalités territoriales.

¹⁵ Circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.

¹⁶ Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS.

3.2. La déclinaison opérationnelle des SROS-PRS sur les trois territoires ciblés

3.2.1. L'ARS Franche-Comté

- ▼ Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), acteur majeur de l'offre de santé de premier recours et de coopération entre les acteurs locaux en Franche-Comté

La déclinaison de l'offre de santé de premier recours autour des maisons de santé pluri-professionnelles constitue une spécificité historique régionale franc-comtoise (liée notamment à une culture locale favorable à l'autogestion : Proudhon, premier penseur à se qualifier « d'anarchiste », et Fourier, le théoricien du « phalanstère », sont tous deux natifs de Besançon). Le regroupement de professionnels de santé libéraux au sein de structures communes date en effet d'une dynamique antérieure à la loi HPST, constituant un terreau propice au développement de l'esprit de la loi¹⁷.

L'objectif du Projet Régional de Santé a donc été de promouvoir essentiellement les processus de regroupement déjà à l'œuvre, et de renforcer les projets en cours d'élaboration. On recense aujourd'hui 36 maisons de santé, 4 pôles de santé et un centre de santé, 27 maisons de santé sont actuellement en projet.

Le développement de ces structures est facilité par une équipe d'appui "territoire en santé" regroupant la Mutualité Sociale Agricole, le Conseil Régional, la Fédération des Maisons de Santé et l'Agence Régionale de Santé. Cette coopération a permis aux communes ou communautés de communes de porter des projets immobiliers ambitieux par le croisement des moyens financiers ainsi attribués.

- ▼ La mobilisation des NTIC et de la télémédecine

Afin de couvrir l'ensemble d'un territoire rural parfois difficilement accessible, l'accent a été également mis sur le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour faciliter la coopération entre les professionnels de santé. La télémédecine constitue une réponse d'avenir pour le territoire.

Une coordination d'appui a ainsi vu le jour, portée par l'Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (ARESPA), afin de proposer un soutien aux professionnels de santé dans l'orientation des patients dans le système de soins, et notamment la question des soins et du retour à domicile du patient.

- ▼ La coopération avec les collectivités territoriales : le déploiement de contrats locaux de santé

L'ARS Franche-Comté a mené une politique de contractualisation pluriannuelle avec les partenaires territoriaux. Ces contrats permettent de fixer une définition régionale commune des objectifs de santé publique, en déclinaison du PRS.

Cette coopération a permis une mise en commun des moyens financiers, permettant de conduire des actions portant sur l'organisation des soins (via notamment le soutien aux nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires), sur des actions de prévention, et sur la promotion des structures sociales et médico-sociales présentes sur le territoire.

A l'heure actuelle, 7 contrats locaux de santé ont ainsi été signés dans la région.

¹⁷ Les premières maisons de santé pluridisciplinaires de la région datent de 1984.

▼ Une couverture territoriale restant toutefois à parfaire

L'ARS de Franche-Comté, conformément au souhait de la DGOS, a effectué une analyse critique des zones sensibles à couvrir afin d'éviter les phénomènes de désertification médicale. Des zones prioritaires ont ainsi été établies : ces zones ont été construites autour d'au moins une maison, pôle ou centre de santé existant ou en projet, afin que les structures en place continuent de bénéficier d'aides financières, et que les nouveaux projets bénéficient d'aides au développement.

Malgré les efforts de l'ARS et des acteurs locaux, il apparaît que 6 zones identifiées comme fragiles restent non couvertes sur le territoire régional.

3.2.2. L'ARS Basse-Normandie

▼ Une politique d'offre de soins ambulatoires de premier recours reconnue : les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)

La région Basse-Normandie a mis en place une charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires depuis le 27 juin 2008. Cette initiative antérieure à la loi HPST vise à développer des structures pluridisciplinaires conçues à l'échelle des "bassins de vie". Le projet de santé du territoire en constitue le socle. Le volet ambulatoire du SROS définit dès lors les zones d'implantation prioritaires des PSLA pour les 5 prochaines années.

La région Basse-Normandie fonctionne ainsi avec une double cartographie des besoins d'implantation de structures pluridisciplinaires : le zonage d'implantation prioritaire défini par l'ARS pour les PSLA, et la projection cartographique issue du Comité de pilotage de la Charte Partenariale Régionale signée entre les partenaires (antérieure à la loi HPST). Loin de constituer un doublon, ces deux cartes permettent un zonage d'autant plus précis du territoire. Cette politique régionale coordonnée permet de définir le rôle et les attributions de chaque signataire à la fois en termes d'accompagnement à l'élaboration des projets de PSLA, de mécanismes incitatifs à l'installation de nouveaux professionnels de santé, et de participation financière des différents contributeurs.

Enfin, fait marquant, ces regroupements sont effectués sur la base du volontariat. Il est intéressant d'observer que la réussite de ces pôles montre que le volontariat est parfois plus suivi que les politiques financièrement incitatives. Les PSLA sont d'autant plus intéressants dans la situation actuelle dans la mesure où ils sont attractifs pour les nouvelles générations de médecins, sensibles à l'exercice en équipes regroupées en une même structure.

▼ Une politique incitative à l'installation de nouveaux étudiants et internes en médecine

Les Conseils Généraux de l'Orne et de la Manche ont développé une politique de bourses dédiées à financer l'accueil et la prise en charge des étudiants en troisième cycle d'études de médecine. Suite à la loi HPST, une convention a été signée entre le Conseil Régional et l'ARS afin de conforter cette politique d'aide au logement et au déplacement des étudiants choisissant prioritairement leurs stages au sein de structures PSLA en zones rurales ou semi-rurales.

3.2.3. L'ARS Rhône-Alpes

▼ Un zonage adapté aux spécificités de la population régionale

La région Rhône-Alpes étant caractérisée par une très forte saisonnalité du travail pouvant affecter les dispositifs d'égalité d'accès aux soins, un zonage spécifique a été mis en place pour assurer la couverture homogène du territoire. Les départements alpins ainsi que la Drôme et l'Ardèche, difficilement accessibles et voyant leur population multipliée par un coefficient de 6 à 10 selon la saison, sont particulièrement touchées par ces problématiques.

L'ARS Rhône-Alpes a élaboré avec l'INSEE une cartographie articulée autour de 290 « pôles d'attractivité » (définis selon une vingtaine de critères) rayonnant sur 20 km. Cette cartographie a permis d'identifier les zones non insérées dans ces « pôles d'attractivité », donc potentiellement fragiles du point de vue de l'offre de soins.

Selon cette méthode, 1,2 millions d'habitants résident en zone fragile. Toutefois, le plafond fixé par le Ministère à l'ARS pour élaborer son SROS correspondait à 9% de la population, soit 612.000 habitants. Ainsi, l'ARS a coopéré avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et les ordres professionnels afin de sélectionner les zones fragiles au sens du SROS (qui ouvrent droit au bénéfice des mesures d'incitation à l'installation), et suit avec une attention particulière les « zones de vigilance », non incluses dans le SROS mais au sein desquelles réside le reste de la population identifiée selon la première méthode (soit environ 600 000 personnes).

▼ Une PAPS efficace grâce à un pilotage partenarial

Mise en place en 2012, la PAPS (Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé) fonctionne très efficacement après une période de sensibilisation et de pédagogie "compliquée". Les partenaires impliqués sont multiples : CPAM, Ordres, MSA, Préfecture, Conseils Généraux, Conseil Régional, Internes et Etudiants de médecine, IFSI, Maisons Pluridisciplinaires de Santé...

Le pilotage partenarial constitue un exemple à mettre en avant auprès des autres ARS du territoire national. La relation privilégiée entre l'ARS Rhône-Alpes et l'Assurance maladie de la région en constitue notamment un facteur d'explication.

II. Les outils d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées

1. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Lancé à la rentrée 2010-2011, ce contrat a été créé par la loi HPST. Il s'adresse aux étudiants et internes en médecine (à partir de la deuxième année des études médicales), et ouvre droit à une allocation mensuelle de 1200 euros versée par le Centre National de Gestion (établissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé).

En contrepartie de cette allocation, les étudiants ou internes s'engagent à exercer leurs fonctions à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice où l'offre médicale est menacée ou insuffisante. Cet exercice se fait au tarif conventionnel uniquement. La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

Pour y prétendre, l'étudiant ou l'interne doit justifier d'un projet professionnel concret, et indiquer les lieux où il souhaiterait exercer plus tard.

Ce dispositif revêt donc à la fois :

- une dimension sociale : aide au financement des études de médecine ;
- une dimension citoyenne puisqu'il complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales, l'Assurance maladie et l'État pour rendre attractif l'exercice de la médecine dans des territoires sous dotés

Le nombre de contrats proposés par les ARS est renégocié chaque année à la suite d'une évaluation du dispositif et des besoins médicaux.

Le CESP est l'une des mesures principales de la loi HPST, visant à répondre à la problématique de l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment en prévision du grand nombre de départs à la retraite des praticiens dans les 10 ans à venir.

2. Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

Le PTMG est l'un des 12 engagements du « Pacte territoire-santé » présenté par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, en décembre 2012. Ce nouveau contrat a été lancé officiellement par le décret du 14 août 2013¹⁸. Mis en œuvre par les Agences régionales de santé, il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour tous, en aidant des médecins généralistes (remplaçants ou installés depuis moins d'un an) à exercer dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ou qui présentent un accès aux soins plus difficile pour la population.

Dans le cadre de ce dispositif, le praticien est invité à signer un contrat avec l'ARS, par lequel il s'engage à exercer dans un territoire fragile ou dans une zone urbaine sensible au tarif opposable (23 euros la consultation). En contrepartie de cet engagement, l'ARS garantit au médecin un niveau de rémunération et une couverture sociale pendant la durée du contrat (1 à 2 ans).

Ce dispositif s'adresse aux jeunes médecins généralistes qui ne sont pas encore installés, ou sont installés depuis moins d'un an. Le médecin bénéficiaire d'un contrat de PTMG doit réaliser un minimum de 165 consultations par mois. L'ARS s'engage à lui verser un complément de rémunération lui permettant d'atteindre un revenu mensuel brut garanti de 6900 euros par mois. Le montant du complément est calculé par soustraction de son chiffre d'affaires (revenus tirés de son activité tarifée à l'acte). Le tableau ci après fournit des exemples pour illustrer le fonctionnement de ce mécanisme.

	Nombre d'actes / mois	Chiffre d'affaires mensuel brut	Complément mensuel brut garanti
Exemple 1 : 165 consultations / mois	165	$165 * 23 \text{ €} = 3795 \text{ €}$	$6900 - 3795 = 3105 \text{ €}$
Exemple 2 : 190 consultations / mois	190	$190 * 23 \text{ €} = 4370 \text{ €}$	$6900 - 4370 = 2530 \text{ €}$

Ainsi, compte tenu du plancher de 165 actes fixé pour bénéficier du dispositif, le montant maximum versé s'élève à 3 105 € brut/mois. Pour le calcul du complément de rémunération, ne sont inclus ni les revenus perçus au titre des aides conventionnelles – notamment l'option

¹⁸ Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale.

démographie et la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) – ni les revenus issus de la permanence des soins organisée (honoraires et rémunérations forfaitaires au titre des astreintes et de la régulation).

En plus de ce complément de rémunération, le médecin bénéficiaire du dispositif PTMG bénéficie de droits en matière de protection sociale (maladie, maternité), à partir du troisième mois d'entrée dans le dispositif. Cette couverture sociale comprend le risque maladie (pour tout arrêt supérieur à 7 jours) et le risque maternité.

Concrètement :

- ▼ en cas de maladie, l'indemnisation correspond à la moitié du complément de rémunération maximal, soit $3\,105 \text{ €} / 2 = 1\,552 \text{ €}$ brut par mois. Elle est versée pendant 3 mois maximum par arrêt maladie
- ▼ en cas de maternité, l'indemnisation correspond au complément de rémunération maximal, soit $3\,105 \text{ €}$ brut par mois. Elle se cumule avec les allocations forfaitaires des femmes médecins PAMC et affiliées au RSI.

En outre, certaines dispositions du contrat pourront porter notamment sur :

- ▼ la permanence des soins ambulatoires,
- ▼ des actions destinées à améliorer la prescription,
- ▼ des actions de dépistage, de prévention et d'éducation de la santé

III. Les outils de regroupement des professionnels de santé

1. Le développement d'une politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours

Avec 54 % de médecins généralistes déclarant exercer en groupe en 2009 contre 43 % en 1998, la pratique collective est désormais majoritaire. Ce pourcentage est encore plus élevé parmi les médecins de moins de 40 ans (77 %), notamment en raison de la recherche par les nouvelles générations de médecins d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. L'exercice en groupe de la médecine générale permet en effet de répondre aux attentes des jeunes médecins : le partage des tâches et des charges ainsi que les possibilités de remplacement sont autant de motivations au regroupement dans un cadre d'exercice libéral.

Le regroupement est cependant moins développé en France que dans d'autres pays, et la taille des groupes est également plus modeste : les trois quarts des médecins généralistes regroupés exercent dans des cabinets composés de deux ou trois médecins.

Parallèlement au processus de regroupement « spontané » des médecins, principalement monodisciplinaire et donc de petite taille, le regroupement pluriprofessionnel s'est développé. Il reste cependant peu fréquent, concernant seulement 14,3 % des généralistes libéraux. Il a progressivement été conceptualisé au travers des maisons de santé pluridisciplinaires puis pluriprofessionnelles, et est devenu l'objet d'une politique publique visant à maintenir, voire construire une offre de soins de premiers recours rénovée dans les zones déficitaires.

2. Une base légale récente afin de qualifier l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons de santé et pôles de santé

Le regroupement, qui se définit par l'exercice dans une même structure d'au moins deux professionnels de santé, recouvre des formes variées : monodisciplinaire (médecins d'une même discipline), pluridisciplinaire (médecins de disciplines différentes), et enfin

pluriprofessionnel, qui associent des médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux (notamment sages-femmes, dentistes), ou paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes).

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'accroissement des inégalités de répartition géographique de l'offre de soins, l'exercice regroupé pluriprofessionnel est perçu comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante, moderne et de qualité sur tout le territoire, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels.

2.1. Les maisons de santé

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, afin d'ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif sur la base d'expérimentations des maisons de santé pluridisciplinaires, assorti d'un soutien financier moyennant le respect d'un cahier des charges. Il s'agissait alors de définir le cadre des expérimentations de financement et de rémunérations alternatives des praticiens. La loi HPST apporte dans son article 39 une première définition légale des maisons de santé, complétée par l'article 2 de la loi du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi HPST.

Ainsi, l'article L6323-3 du Code de la Santé Publique précise désormais que « Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé (...) ».

Les maisons de santé sont donc des structures pluriprofessionnelles, dotées de la personnalité morale, qui organisent leur activité autour d'un projet de santé partagé y associant des acteurs médico-sociaux et sociaux. De manière pragmatique, il s'agit du 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.

2.2. Les pôles de santé

Parallèlement aux maisons de santé, une autre forme d'organisation pluridisciplinaire a été entérinée par la loi HPST : les pôles de santé. Créés par l'article 40 de la loi HPST, « *ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* »¹⁹

Ces derniers reçoivent des missions assez similaires aux maisons de santé, mais leur existence n'est pas subordonnée à la création d'une structure physique, c'est-à-dire d'un bâtiment regroupant les professionnels. Ils sont donc organisés sur le mode d'un réseau fonctionnel d'interrelations prenant place au sein d'un territoire défini. Le pôle de santé regroupe donc dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun

¹⁹ Article L6323-4 du Code de Santé Publique

conservant son indépendance et son lieu d'exercice. Contrairement aux maisons de santé, les pôles de santé n'ont pas l'obligation d'élaborer un projet de santé.

Même si les pôles de santé se différencient des maisons de santé par l'unité du bâti, cette distinction n'existe plus juridiquement. Maisons et pôles de santé sont effectivement confondus et regroupés sous le terme « Maison de santé » dès lors qu'ils sont dotés d'une personnalité morale et d'un projet formel signé par les membres du groupement, compatible avec le SROS Ambulatoire et transmis à l'ARS pour information.

Son caractère dans et hors les murs fait que l'offre de santé y est multi-sites et organisée avec une vision territoriale des ressources ouvrant la possibilité aux professionnels libéraux de conserver leurs cabinets et/ou de se regrouper sur plusieurs sites. Cette formule permet ainsi de se prémunir contre le risque de polarisation de l'offre locale sur un centre unique ; en ce sens elle participe au maillage du territoire.

2.3. La création des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) pour fournir un cadre juridique stable aux MSP

Les formes sociales qui prévalent pour l'exercice médical en groupe monodisciplinaire – la Société d'Exercice Libéral (SEL) et la Société Civile Professionnelle (SCP) – s'avèrent inadaptées à l'exercice pluridisciplinaire car elles n'autorisent pas l'interprofessionnalité. Les maisons de santé n'ont pas de statut juridique propre à leur fonctionnement : elles peuvent être constituées en association loi 1901, en Société Civile de Moyen (SCM), en Groupement d'Intérêt Economique (GIE) ou en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Ce foisonnement des structures légales était un réel obstacle à l'émergence des projets, car le choix d'un cadre juridique est cornélien.

Pour susciter et accompagner l'émergence de projets, des mesures à caractère financier et juridique ont été prises. Ainsi, l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) a été lancée pour tester dans quelle mesure des modes de rémunération complémentaires ou alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premiers recours. Afin de permettre aux maisons de santé de percevoir ces nouveaux modes de rémunération dans des conditions sécurisées juridiquement et fiscalement, un nouveau statut juridique ad hoc a été créé par la loi du 10 août 2011 portant modification de la loi HPST, la SISA, nouvelle forme de société propre à intégrer la réunion de différents corps professionnels au sein d'une même structure. Sur près de 230 maisons de santé dénombrées en France, environ 150 sont engagées dans les ENMR et ont dû se constituer en SISA avant le 30 juin 2012.

3. Les centres de santé : des structures pluridisciplinaires basées sur le salariat

Les centres de santé, héritage des dispensaires créés au début du XX^{ème} siècle en réponse à une situation sanitaire défavorable et un cadre d'exercice médical d'identité libérale (charte de 1927), représentent le plus ancien mode d'exercice pluri-professionnel intégré.

L'article 1 de la loi HPST donne un nouveau cadre aux centres de santé en précisant aux articles L.6323 et L.6111-3 du code de santé publique que « *les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. [...] Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. [...] Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.* ».

Il s'agit de structures de proximité majoritairement pluri-professionnelles dispensant principalement des soins de premier recours au sein desquelles le tiers payant permet l'accès aux soins pour tous. En ce sens, l'objectif des centres de santé est d'être un lieu accessible à tous et de dispenser des soins coordonnés permettant une prise en charge globale de la santé des patients, incluant l'éducation thérapeutique et sanitaire, la prévention, le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales de santé. C'est dans ce cadre que les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'ARS en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

Les centres de santé représentent le mode d'exercice pluriprofessionnel intégré le plus présent sur le territoire national : on en dénombre en effet plus de 1600 (dont 320 centres polyvalents). A l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain.

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle.

Par ailleurs, s'ils ne représentent que 2,4% des dépenses de santé ambulatoires au niveau national, ils assurent une offre de soins précieuse dans des quartiers à faible densité de professionnels libéraux et répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins grâce aux tarifs opposables et à la pratique de la dispense d'avance de frais. Ils accueillent, de fait, en général, des populations plus précaires que la moyenne nationale des médecins libéraux. Ils répondent aux attentes d'une bonne partie des jeunes professionnels qui souhaitent travailler en équipe, être déchargés de tâches administratives, diversifier leurs activités soignantes et mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. De ce point de vue, ils suscitent le même attrait que les maisons de santé.

Les centres de santé sont financés principalement par l'Assurance maladie sur la base du nombre d'actes accomplis par les personnels soignants pour la valeur que ces actes ont dans la médecine libérale. C'est pourquoi leur viabilité économique est fragile : même les centres les mieux gérés doivent en général leur équilibre à une subvention ou à un « heureux concours de circonstances »²⁰

IV. Les outils transverses d'expérimentation

1. La formalisation de coopération entre professionnels de santé : la délégation de tâches

La délégation de tâches est une forme de coopération entre professionnels de santé, qui vise à transférer certaines activités et/ou compétences médicales vers les professionnels paramédicaux, plus nombreux et dont la durée de formation est moins longue. Elle a pour objectif de favoriser une répartition des tâches entre professionnels de santé afin d'améliorer l'organisation des soins et ainsi de pallier le manque de praticiens.

²⁰ Cécile Waquet et Philippe Georges, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain », IGAS, juillet 2013.

Si cette méthode de répartition du travail entre professionnels de santé est une pratique courante dans de nombreux pays occidentaux²¹, ce n'est que depuis le début des années 2000 qu'une réflexion en ce sens a été lancée en France.

A la suite de l'état des lieux de la situation démographique des professionnels de santé réalisé en 2002²², une première mission sur la coopération des professions de santé a été confiée au Professeur Berland²³. Dans la continuité de cette démarche, le ministre chargé de la santé a annoncé le lancement de plusieurs projets d'expérimentations²⁴ portés par des équipes médicales volontaires. Un bilan des expérimentations menées dans un cadre juridique précis²⁵ a été réalisé par l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) qui conclut que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins »²⁶.

Afin, de pérenniser et d'étendre cette démarche, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'est vue confier une double mission : d'une part assurer le suivi de l'évaluation des expérimentations en apportant un soutien méthodologique et logistique, d'autre part élaborer une recommandation générale dans le domaine de la coopération entre professionnels de santé.

Ainsi dans son rapport de 2008, la HAS mettait en avant le fait qu'une « nouvelle répartition des tâches entre professionnels permettant l'optimisation du « temps médical et paramédical disponible » pourrait offrir une perspective de réponse aux difficultés démographiques actuelles et à venir ».²⁷

A la suite de cette première phase d'expérimentation, la loi HPST a posé un cadre dérogatoire aux règles professionnelles en vigueur, permettant de pérenniser et de développer de nouvelles coopérations entre professionnels de santé. Son article 51 introduit un livre préliminaire relatif aux « coopérations entre professionnels de santé » au sein la quatrième partie du Code de la santé publique. Précisément, la dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne le sont pas par les textes régissant leur exercice professionnel.

La démarche de délégation s'appuie sur un acte volontaire de professionnels de santé souhaitant réaliser une coopération avec un transfert d'activités ou d'actes à travers un protocole soumis à l'ARS. L'ARS joue ici un rôle primordial dans la mise en œuvre des expérimentations de délégation de tâches ; c'est le guichet unique pour les promoteurs de protocoles et leur interlocuteur de proximité. Elle est destinataire du protocole et s'assure de sa recevabilité. Elle vérifie que celui-ci répond à un besoin de santé publique régional et enregistre la demande. Après avis de la HAS, le directeur de l'ARS autorise la mise en œuvre de la coopération. Et l'ARS autorise alors les professionnels à appliquer le protocole, et assure le suivi des indicateurs afférents.

²¹ A titre d'exemple, cela fait de nombreuses années qu'en particulier les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni, ont organisé le transfert de certaines activités médicales à des infirmières « praticiennes » pour notamment la promotion de la santé (dépistage, conseil diététique, bilan de santé) ou le suivi de maladies chroniques (asthme, maladies cardiovasculaires). Les infirmières assurent aussi des consultations de « première ligne » pour certains problèmes de santé mineurs. Plusieurs pays européens ont également permis à des manipulateurs de réaliser certains examens d'échographie selon un protocole standardisé et sous la responsabilité du médecin radiologue.

²² BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry, "Démographie des professions de santé", 2002.

²³ BERLAND Yvon, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Octobre 2003.

²⁴ Expérimentation n°1 : infirmière experte en hémodialyse, Expérimentation n° 2 : le suivi des patients traités pour une hépatite Chronique, Expérimentation n°3: la coopération entre Manipulateur en Electroradiologie et médecins radiothérapeutes, Expérimentation n°4 : collaboration Ophtalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville, Expérimentation n° 5 : la coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2.

²⁵ Article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 (annexe n° 1.2) relative à la politique de santé publique.

²⁶ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Yvon Berland, Yann Bourgueil, juin 2006

²⁷ « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, Avril 2008,

La délégation de tâches a été intégrée par Marisol Touraine aux 12 mesures du « Pacte territoire-santé », du 13 décembre 2012²⁸. Il s'agit de l'engagement n°8 qui vise à accélérer les transferts de compétences²⁹.

Dans cette même logique, la Stratégie Nationale de Santé présentée par Marisol Touraine le 23 septembre 2013 introduit l'idée d'une « révolution du premier recours » intégrant comme élément central la délégation de tâches, ainsi que la création de nouveaux métiers, par exemple d'infirmier clinicien³⁰.

Enfin, l'article 35 de la LFSS pour 2014³¹ modifie le cadre de mise en œuvre des coopérations. L'objectif semble d'asseoir le contenu des protocoles de coopération entre professionnels qui doivent être « accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés ». Ce modèle économique doit ensuite être validé sur le versant financier par le collège des financeurs. L'aspect économique devient ainsi une des conditions de l'autorisation du protocole.

2. Le levier de la rémunération : les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

La rémunération des professionnels de santé s'est historiquement construite en France sur la base du paiement à l'acte, comme élément socle de la médecine libérale. Bien qu'il existe des rémunérations complémentaires, telles que les gardes et les astreintes, les forfaits pour les patients en affection de longue durée ou pour les médecins libéraux ayant en parallèle une activité à l'hôpital, celles-ci restent marginales. En outre, ce cadre figé ne permet pas d'inciter ou de répondre aux attentes d'évolution en terme de pratique professionnelle.

Aujourd'hui, l'idée d'associer le paiement à l'acte à d'autres modes de rémunération progresse dans le débat public. Un plus grand choix de mode de rémunération est demandé par les jeunes générations de médecins.

C'est dans ce contexte que la Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération. Ce projet ne vise pas à supprimer totalement le paiement à l'acte mais à trouver une mixité des formes de paiements (à l'acte et au forfait).

Précisément, l'article 44 de la LFSS de 2008 et le décret du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, permettent aux groupements de professionnels de santé (centres de santé, réseaux de santé, maisons de santé et pôles de santé) ayant conclu une convention avec l'ARS et la CPAM de pouvoir bénéficier de l'expérimentation de nouveau mode de rémunération.

Pour les ARS, « l'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention »³².

²⁸ Site du Ministère des Affaires sociales et de la santé : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse_42/dossiers-de-presse_2323/le-pacte-territoire-sante-pour_15464.html

²⁹ Cf annexe 13

³⁰ Site du Ministère des Affaires sociales et de la santé : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse_42/discours_2333/presentation-de-la-strategie_16253.html

³¹ Site de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0250.asp>

³² Portail des ARS : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/Actualites_DSS/objectifs_experimentations.pdf

Précisément, le dispositif s'articule autour de 3 modules visant à développer chacun 3 types de services³³ :

Module 1 "Missions coordonnées"

Le module 1 consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. L'évaluation ex post mesurera l'amélioration de la coordination des soins et de la qualité des pratiques. Il est cumulable avec le module 2 relatif à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Module 2 "Nouveaux services aux patients"

Le 2ème module « Nouveaux services aux patients » consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer des prises en charge innovantes en médecine de ville. Il comporte deux volets : le premier consiste à rémunérer des séances d'éducation thérapeutique du patient ; le second met à disposition d'un trio de professionnels de santé un budget spécifique d'intervention pour prendre en charge de patients complexes.

Module 3 : "Coopération entre professionnels de santé"

Le module 3 a pour objectif de rechercher la rémunération adéquate des professionnels engagés dans le dispositif de coopérations entre professionnels de santé prévu par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009.

L'expérimentation de ces nouveaux modes de rémunération concerne toute structure pluridisciplinaire ambulatoire ayant formalisé un projet de santé. La rémunération intègre différents éléments visant à valoriser le travail de coordination au sein de la structure, l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge, l'éducation thérapeutique du patient, le transferts d'activité et d'actes de soins entre professionnels de santé, la prise en charge des maladies chroniques. Le montant de cette somme est en partie calculé sur le nombre de patients inscrits dans la structure.

Ces expérimentations, prévues sur une période de 6 ans (2008 / 2013), sont entrées dans leur phase opérationnelle le 1er janvier 2010, dans 6 régions et se sont étendues au second semestre 2010 à l'ensemble des régions. Elles reposent sur le rôle central des ARS qui sélectionnent les structures expérimentatrices³⁴, pilotent le conventionnement tripartite entre les professionnels de santé, la CPAM et l'ARS et évaluent l'atteinte des objectifs attendus.

La démarche expérimentatrice arrivant à son échéance fin 2013, Thomas Fatome, Directeur de la Sécurité sociale, précise que « pour tirer toutes les conséquences des ENMR et mettre au point un dispositif pérenne, l'article 45 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a toutefois prévu une négociation conventionnelle interprofessionnelle spécifique, qui portera sur la rémunération des équipes de soins de proximité. La promesse des expérimentations aura ainsi été tenue »³⁵.

Le Pacte territoire-santé pour « Lutter contre les déserts médicaux » traite de la question des rémunérations à travers la démarche de transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé et précisément l'engagement 5 visant à « Développer le travail en équipe » par la contrepartie de la rémunération.

En outre, la Stratégie Nationale de Santé, dans sa politique de « révolution du premier recours » fait du levier des nouveaux modes de rémunération un outil de la nouvelle organisation des soins favorisant le travail en équipe, la démarche de prévention. Dans la continuité des LFSS pour 2012 et 2013 visant à généraliser la rémunération d'équipe par

³³ Portail des ARS

³⁴ La sélection des structures se fait sur la base de plusieurs critères :

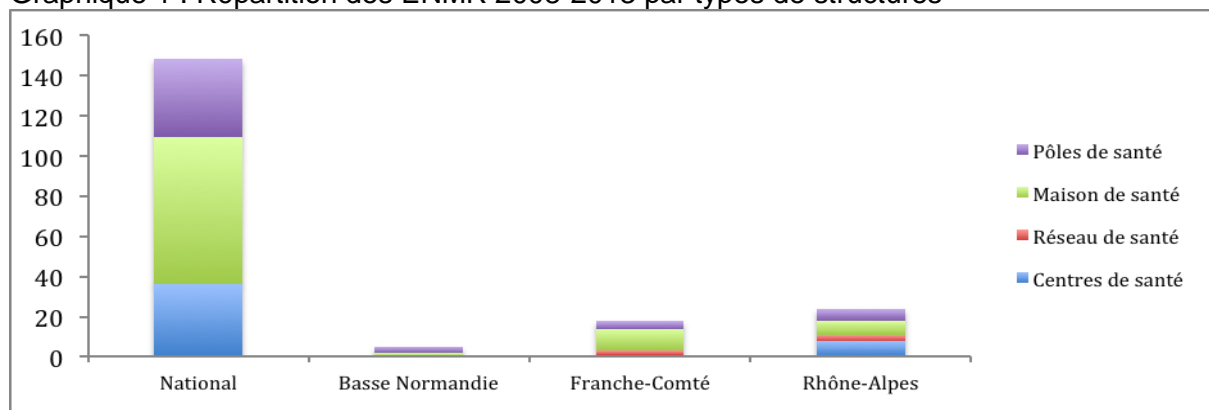
- un exercice pluri-professionnel et de premier recours,
- un projet de santé formalisé qui décrit le mode de fonctionnement de la « structure » et comporte les points suivants:
 - prendre en compte les besoins de santé du territoire et proposer une offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS,
 - témoigner d'un exercice coordonné des professionnels de la structure (en interne et en externe),
 - témoigner d'une prise en charge globale du patient qui va de la prévention à la continuité des soins,
 - mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé,
 - être le lieu d'exercice principal des professionnels de santé et être facilement identifiable par la population,
 - s'engager à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes, ...).

³⁵ Site du ministère des Affaires sociales et de la santé

voie conventionnelle, l'article 33 de la LFSS 2014³⁶, prolonge d'une année les expérimentations des nouveaux modes de rémunération. L'exposé des motifs de la PLFSS pour 2014 précise que les « négociations de l'ACI n'ayant pas encore débuté, la présente mesure vise à prolonger les ENMR jusqu'au 31 décembre 2014, afin d'assurer la continuité des expérimentations en cours »³⁷.

A ce jour, selon les données du portail ARS, « 149 sites répartis dans 19 régions ont été sélectionnés à l'issue des deux appels à projet ayant eu lieu en 2009 et en 2010. La moitié de ces sites sont des maisons de santé, un quart est constitué de centres de santé et le quart restant de pôles de santé. »³⁸

Graphique 1 : Répartition des ENMR 2008-2013 par types de structures



Dans les trois régions objets de notre étude, on constate de grandes divergences quant au nombre de sites concernés par l'ENMR mais également quant à la répartition des types de sites et de module concernés.

	Nombre de sites concernés	Types de sites concernés	Module concerné	Départements concernés
Basse-Normandie	5	2 MSP 3 PS	5 sur le M1	3 en 14 1 en 61 1 en 14
Franche-Comté	16	1 CS 11 MSP 4 PS	16 sur le M1 5 sur le M2	4 en 90 6 en 25 3 en 39 3 en 70
Rhône-Alpes	21	8 CS 7 MSP 6 PS	21 sur le M1 3 sur le M2	9 en 38 1 en 42 3 en 69 6 en 1 1 en 73

3. L'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) : la télémédecine

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) ont leur place dans la boîte à outils de l'organisation territoriale de la santé. Elles peuvent améliorer l'accessibilité de l'offre de santé, en permettant par exemple l'accès à un diagnostic à

³⁶ Site de l'Assemblée Nationale

³⁷ Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014

³⁸ Portail des ARS

distance de la part d'un spécialiste éloigné (meilleur accès à l'offre de soins). Mais elle joue également un rôle dans la lutte contre la désertification médicale en apportant de la collégialité, facilitant la diffusion de protocoles de coopération et d'informations sur la santé, de messages de prévention (offre de santé plus largement). La télémédecine est aussi un moyen de réaliser des gains de qualité : la visioconférence, le télédiagnostic permettant d'optimiser les choix.

La télémédecine n'a fait l'objet, comme la délégation de tâches, que d'un encadrement légal récent. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie l'aborde en affirmant qu'elle permet « *entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* »³⁹.

Toutefois, c'est la loi HPST qui en a donné une définition plus complète, insérée dans la partie législative du Code de la santé publique⁴⁰. Ainsi, il s'agit « *d'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 définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique* ».⁴¹

A la suite de la loi HPST, quatre actes de télémédecine ont été définis dans le décret du 19 octobre 2010⁴² :

- La télé-consultation, qui est un acte médical réalisé à distance. Le patient dialogue avec le médecin par le biais d'un système de visioconférence.
- La télé-expertise, qui se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs médecins, sans présence du patient, qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques.
- La télésurveillance qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique 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 un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également, dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à une personne dans l'attente d'un médecin.

Ce décret traite également des conditions de sa mise en œuvre et fixe son organisation. C'est sur cet aspect que l'ARS joue un rôle important, puisque l'activité de télémédecine fait l'objet d'un contrat entre l'ARS et le porteur du projet.

Pour la HAS, les enjeux portés par la télémédecine sont multiples. La télémédecine serait un levier pour conduire la réorganisation de l'offre de soins, notamment afin de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Elle permettrait également d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les usagers. Enfin, elle serait porteuse d'enjeux économiques et industriels majeurs, constituant un marché potentiellement dynamique⁴³.

³⁹ Article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

⁴⁰ Article L6316-1

⁴¹ Article 78 de la Loi HPST.

⁴² Décret du 19 octobre 2010.

⁴³ Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, HAS, 2011, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

Un recensement national des activités de télémédecine a été réalisé fin 2011 par la DGOS auprès des référents télémédecine des ARS. Ainsi, 256 activités de télémédecine ont été dénombrées sur l'ensemble du territoire, dont environ la moitié prennent en charge des patients, de façon opérationnelle (113) ou encore expérimentale (27). Les autres activités en sont au stade de la conception du projet (101). Les activités de télémédecine s'inscrivent principalement dans cinq priorités nationales : la prise en charge des maladies chroniques (26%), l'imagerie dans le cadre de la permanence des soins (24%), la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (10%), la santé des personnes détenues (5%) et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (11%)⁴⁴.

Le levier de la télémédecine fait partie du Pacte territoire-santé, en tant qu'outil de transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé. Il s'agit de l'engagement n°7 : « développer la télémédecine ».

La Stratégie Nationale de Santé fait également de la télémédecine un élément de la « révolution du premier recours », et préconise d'ajuster la tarification des actes en cohérence avec le développement de cette nouvelle pratique⁴⁵.

De fait, l'article 36 de la LFSS pour 2014⁴⁶ prévoit ainsi la mise en œuvre pour 4 ans de projets pilotes pour les patients pris en charge en ville et aussi pour les structures médico-sociales. Il est prévu qu'un cahier des charges fixe les conditions de ces expérimentations, qui seront mises en œuvre par les ARS dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'Assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires. Le déploiement de ces expérimentations sera facilité par une dérogation aux règles de facturation, de tarification et de remboursement prévues notamment par le Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, s'il est vrai que la présence d'équipements de télémédecine dans un territoire, tout comme le développement de la délégation de tâches et encore l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération peut contribuer à la lutte contre la sous densité médicale de certains territoires, le levier principal reste celui du financement des actions.

4. Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)

Le fonds d'intervention régional a été mis en place en 2012 par la Loi de Financement de la Sécurité sociale⁴⁷ afin d'apporter davantage de transversalité dans la prise en charge des projets par les Agences Régionales de Santé.

Il regroupe un certain nombre d'enveloppes préexistantes telles que :

- ▼ le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins,
- ▼ le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés,
- ▼ les Missions d'intérêt Général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)
- ▼ les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant des ARS.

Les ARS reçoivent ces enveloppes et décident des actions et des expérimentations pouvant être prises en charge par le FIR. Ces actions doivent s'inscrire en cohérence avec le Projet Régional de Santé et faire l'objet d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens pour définir les moyens investis et les objectifs à atteindre.

Le Fonds d'Intervention Régional permet de financer différents types d'actions parmi lesquelles on retrouve :

⁴⁴ Le recensement des activités de télémédecine : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf

⁴⁵ Site du ministère des Affaires sociales et de la santé sur la SNS : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>

⁴⁶ Article 36 de la LFSS 2014.

⁴⁷ Article 65 de la LFSS pour 2012.

- ▼ la Permanence Des Soins (ambulatoire et établissement de santé) : pour financer la permanence des soins, les Agences Régionales de Santé peuvent notamment prendre en charge les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires, les actions ou les structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires et notamment les maisons médicales de garde, et la permanence en établissement de santé,
- ▼ la télémédecine, les réseaux de santé, les maisons, pôles et centres de santé, les centres périnataux de proximité,
- ▼ l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins,
- ▼ l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé,
- ▼ la mutualisation régionale de moyens entre professionnels et de structures sanitaires,

La Stratégie Nationale de Santé prévoit un axe fort portant sur le choix de l'action territoriale avec les Agences régionales de santé. Il s'agit de « favoriser la réorganisation des soins de premier recours, expérimenter et mettre en place des parcours intégrés de santé », en renforçant « les leviers des ARS en matière de financement pour soutenir des actions de transformation du système de santé par le biais du fonds d'intervention régional (FIR), ou pour expérimenter de nouveaux modes d'organisation via une capacité à déroger aux règles de financement établies et à renforcer les possibilités de fongibilité ». A ce titre, l'article 65 de la LFSS pour 2014 fait du FIR un sous-objectif de l'ONDAM afin d'identifier clairement les moyens qui sont alloués aux ARS et l'article 44 prévoit des possibilités de transfert entre la dotation régionale et le FIR pour introduire plus de souplesse.

Cette partie présente nos préconisations sur les quatre types d'outils analysés : les outils de diagnostic (I), les outils d'incitation à l'installation (II), les outils d'appui au regroupement des professionnels de santé(III) et enfin les outils d'expérimentation (IV).

I. Les outils de diagnostic

1. Analyse critique des SROS : un zonage à harmoniser avec les autres acteurs de la santé régionale

1.1 La coexistence de plusieurs zonages

Chargées d'assurer la coordination entre la politique nationale de santé et les différents acteurs présents sur le territoire régional, les ARS ont été conçues comme les chevilles d'articulation entre objectifs nationaux et leur traduction opérationnelle au niveau local. A ce titre, la norme nationale imposée devait être déclinée de façon à s'adapter le plus possible aux réalités des situations de densité médicale des régions.

Les ARS s'appuient ainsi sur un diagnostic initial de l'état du territoire, afin de développer une organisation des soins conforme aux caractéristiques des zones identifiées. La définition de ce zonage constitue la clé de la politique de régulation de l'offre des soins des ARS : en effet, c'est par ce zonage que la construction, puis le développement des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins peut avoir lieu.

Selon Yann Bourgueil⁴⁸, Directeur de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), toute réflexion portant sur la problématique de la sous-densité médicale devrait ainsi partir d'une redéfinition de ce cadre territorial. En effet, les SROS actuels seraient trop rigides et construits de façon trop unilatérale. Ils traitent à la fois de "territoires de santé", correspondant à une vision nationale ministérielle, et de "territoires de proximité" pour réaliser l'organisation de la couverture médicale régionale. Cette dernière dimension se heurte aux zonages développés parallèlement par les acteurs locaux de santé.

Chaque acteur définissant la cartographie des besoins médicaux locaux selon ses intérêts spécifiques, il en résulte un enchevêtrement des grilles d'analyses des besoins territoriaux. Quand l'Etat tente de rationaliser l'offre de soins en fonction d'une densité médicale globale afin de dégager des économies d'échelles, les collectivités territoriales répondent pour leur part à une logique guidée par la proximité et l'accessibilité du médecin pour évaluer les besoins des administrés. Enfin, l'Assurance maladie procède pour sa part à une lecture du territoire orientée par les conventions passées avec les différents professionnels de santé.

En ce sens, selon Marie-Claude Hittinger, les zonages actuels développés par les ARS seraient trop statiques⁴⁹, car trop éloignés des autres conceptions territoriales. Alors que les ARS s'appuient sur des objectifs populationnels⁵⁰, l'Assurance maladie, partenaire essentiel en vue d'une bonne couverture territoriale, envisage les déserts médicaux à partir de la présence des médecins sur le territoire. Ce double zonage n'est donc pas complémentaire.

⁴⁸ Entretien avec Yann Bourgueil.

⁴⁹ Entretien avec Mme Marie-Claude Hittinger.

⁵⁰ Le nombre de personnes habitant en zone sous-dense ne doit pas dépasser un plafond régional.

Ainsi, si l'approche populationnelle permet une lecture unique des besoins au niveau ministériel, les réalités de son application régionale empêchent une lecture fine et homogène des besoins.

1.2 Un zonage ARS trop éloigné des réalités de régions

Pour Yann Bourgueil, "la définition des zones déficitaires ne peut pas être normée au niveau national : il faut tenir compte des particularités locales".⁵¹ Certaines ARS ont en effet déjà pris acte de la difficulté de tenir les objectifs nationaux parfois vidés de sens face aux réalités des régions.

Cependant, laisser à chaque Agence le soin d'adapter le zonage aux besoins et aux réalités locales tout en respectant la logique « populationnelle » du Ministère (qui pour des raisons budgétaires fixe un plafond de population par région résidant en zone sous dense), peut produire des incohérences, notamment dans les zones frontalières. Ainsi, un territoire homogène réparti sur deux régions peut être considéré comme fragile dans l'une et optimal dans l'autre.

Dès lors, les ARS ont été obligées de développer des méthodes dépassant le critère populationnel. L'ARS Rhône-Alpes a par exemple mis en place des "zones de vigilance", qui n'ont pas été classées comme fragiles dans le SROS (car il faut respecter le plafond populationnel fixé par le Ministère), mais faisant tout de même l'objet d'une attention particulière, et étant considérées comme prioritaires dans la mise en place des projets de maisons de santé pluridisciplinaires.

L'ARS Basse-Normandie a pour sa part développé une politique de charte partenariale axée sur des "bassins de vie", regroupant les acteurs régionaux concernés, de l'ARS aux professionnels de santé, en passant par les différents contributeurs financiers. Cette logique vise à promouvoir des structures pluridisciplinaires regroupées en Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA). Ce premier zonage régional est doublé par les projections du comité de pilotage de la Charte Régionale de Santé, instance présente en Basse-Normandie avant la loi HPST.

Cette dernière initiative est intéressante dans la mesure où elle permet de concilier les objectifs de santé avec les objectifs de projets professionnels des médecins. L'Union des Médecins Libéraux collabore ainsi avec l'ARS, mais également avec d'autres acteurs médico-sociaux déjà implantés sur le territoire.

Si ce zonage a permis de répondre efficacement aux problèmes de densité médicale de la région, fortement dégradée depuis les années 2000, la solution apportée n'a été possible que par une adaptation souple de l'ARS vis-à-vis des acteurs et des initiatives locales antérieures à son existence : il conviendrait peut-être d'élargir cette vision de l'action des ARS, encore actuellement trop perçues comme des structures imposant des objectifs nationaux de santé publique rigides et peu adaptés à la complexité des situations régionales.

2. Préconisation sur les outils de diagnostic territorial

Une piste d'évolution serait de rendre les SROS ambulatoires opposables aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins. En effet, à la différence des cartographies développées à destination de certains professionnels de santé tels que les infirmiers ou les kinésithérapeutes, les SROS ne sont aujourd'hui pas opposables aux médecins.

⁵¹ Entretien avec Yann Bourgueil

L'opposabilité des SROS constitue un sujet de débat sensible dans la mesure où il touche, in fine, au principe sacré de liberté d'installation des professionnels de santé.

Rendre les SROS opposables aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins permettrait tout d'abord d'inclure systématiquement les professionnels de santé dans les travaux initiaux de conception des besoins territoriaux d'offre de soins ambulatoires. Cela permettrait de mettre en place une régulation territoriale encadrée par les professionnels de santé eux-mêmes, sur la base d'une trame communément conçue par les ARS, l'Assurance maladie, les URPS et les collectivités territoriales concernées.

En somme, il s'agirait d'inverser la logique actuellement à l'œuvre : les politiques d'organisation des soins partaient de l'Etat pour arriver aux médecins, il s'agirait ici d'effectuer le trajet opposé.

Cela permettrait enfin ne pas remettre directement en cause la liberté d'installation des professionnels de santé.

Préconisation 1 : Rendre le SROS ambulatoire opposable au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

II. Les outils d'incitation

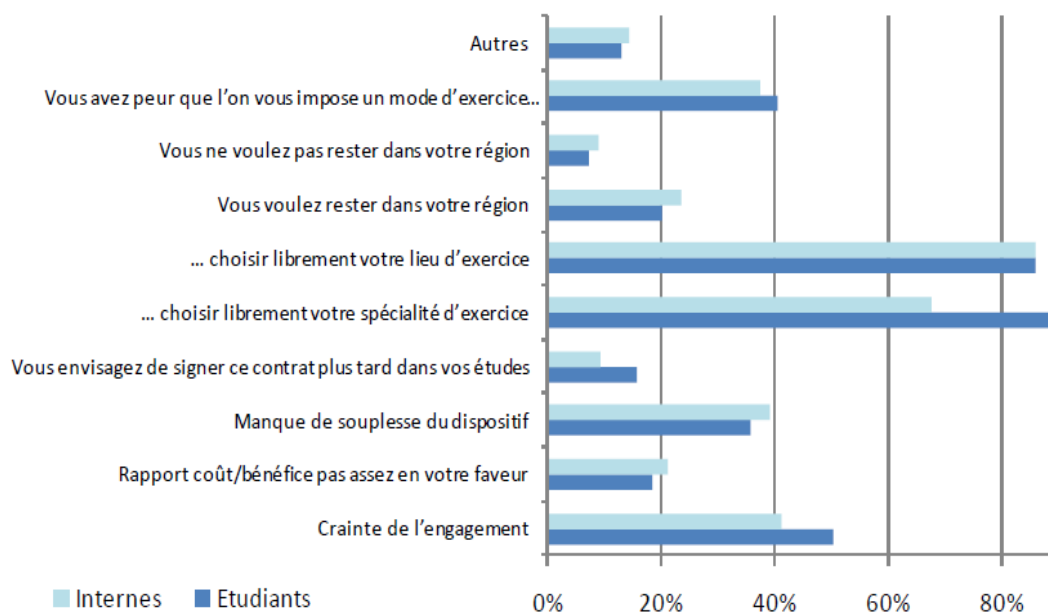
1. Un bilan mitigé de la mise en place du dispositif de CESP

Depuis sa création, le CESP connaît une montée en charge certaine, mais n'atteint pas les objectifs fixés : en 2011, sur les 400 contrats proposés (200 pour les étudiants, 200 pour les internes), seulement 43% ont été signés (130 par les étudiants, 45 pour les internes). Le Ministère ne semble pas enclin à communiquer largement sur le bilan précis du CESP, vraisemblablement car il n'est pas très probant. Ainsi, on peut nourrir des doutes quant à l'objectif annoncé de signatures de 1500 CESP d'ici 2017.

1.1. Bilan par la Direction Générale de l'Offre de Soins

La DGOS a publié en juillet 2011 les résultats d'une enquête réalisée auprès des étudiants afin d'identifier les freins au déploiement du CESP⁵². Le tableau ci-après récapitule les craintes inhibant les étudiants.

⁵² Corinne Régnard, DGOS : « le CESP, bilan d'une première année », juillet 2011



Source : Enquête d'évaluation du dispositif du CESP - Exploitation DGOS.

NB : le répondant pouvait choisir trois réponses parmi la liste ce qui explique que la somme des proportions affectées à chaque réponse soit supérieure à 100.

Trois grands freins ont été ainsi pointés :

- ▼ Freins liés à la méconnaissance du dispositif dans ses détails : le CESP a été perçu au départ comme un outil au service exclusif de la médecine générale, alors qu'il concerne potentiellement toutes les spécialités.
- ▼ Freins liés à la montée en charge du dispositif. Les listes de postes ouverts et des lieux d'installation proposés ont été communiquées tardivement, et certaines informations nécessitaient des textes complémentaires (comme les conditions de rupture et de remboursement par exemple).
- ▼ Freins liés à la difficulté à se projeter : les étudiants en médecine sont avant tout des étudiants, qui ne se projettent pas tous à un horizon aussi lointain que celui proposé par le CESP, a fortiori compte tenu de la durée des études de médecine. De plus, l'image des zones sous denses est perçue négativement par beaucoup d'étudiants (pauvreté des infrastructures, isolement, enclavement, etc.), accoutumés à un cadre de vie urbain par leurs études et parfois par leur origine géographique et sociale.

1.2. Bilan par l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF)

L'ANEMF a également réalisé une enquête pour comprendre les réticences des étudiants face au CESP⁵³.

Lors de la campagne de communication des ARS en 2011, 70% des étudiants connaissaient le contrat, sans pour autant en connaître toutes les subtilités. Cette connaissance provenait

⁵³ ANEMF, Contrat d'Engagement de Service Public : Etat des lieux, Propositions, janvier 2012

d'internet (40%), d'affichage public (35%) et de séances d'information dans les universités (40%). Les conférences de sensibilisation organisées par les ARS ont eu lieu dans 18 facultés en 2011. C'est un nombre trop faible pour permettre une diffusion homogène sur tout le territoire.

En outre, les contacts directs entre les ARS et les élus étudiants de médecine ont été selon l'ANEMF trop rares à l'occasion de ces conférences. Seules deux ARS (Alsace, Midi-Pyrénées) ont pris contact, et une ARS (Champagne-Ardenne) a mis en place des permanences physiques pour que les étudiants puissent poser leurs questions directement.

Les facultés ont pour leur part joué le jeu, diffusant des mails d'information aux étudiants, et mettant à disposition les supports du ministère.

Certaines dispositions du contrat constituent des freins à sa signature :

- ▼ le manque de souplesse : 40% des cas de refus,
- ▼ la crainte de l'engagement de longue durée : 50% des refus.

85% des étudiants déclaraient en 2011 ne pas avoir signé ce contrat car ils voulaient choisir librement leur lieu d'exercice. La non-connaissance de ces lieux à l'avance (puisque les zones sous denses ont par définition un caractère évolutif) pénalise le dispositif.

De façon similaire, 85% des étudiants l'ont également refusé par peur de ne pas pouvoir choisir librement leur spécialité. Cette confusion est notamment la cause d'un manque de cohérence dans la communication des ARS, certaines choisissant explicitement de réserver les contrats aux généralistes.

Les principales raisons évoquées sont les suivantes :

- ▼ un manque de communication autour du dispositif,
- ▼ une durée d'engagement trop longue et non flexible,
- ▼ un manque de visibilité sur les postes disponibles.

2. Un manque de lisibilité globale sur la politique d'incitation financière

Dans un rapport d'information publié par la Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire du Sénat, intitulé : « Déserts médicaux : agir vraiment », les sénateurs Hervé Maurey et Jean-Luc Fichet évoquent un « empilement » des dispositifs incitatifs, considérés comme « onéreux et parfois redondants »⁵⁴. Le rapport souligne aussi les effets d'aubaine parfois induits par les mesures d'incitation financière, et questionne leur pertinence dans la mesure où « *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* ». Il met également en évidence l'absence d'évaluation globale de l'impact des incitations financières, pourtant indispensable compte tenu de leur coût.

Cette difficulté d'évaluation globale des coûts de ces mesures d'incitations financières est également soulignée dans le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale de la Cour des comptes en 2011⁵⁵.

⁵⁴ Rapport d'information n°335 fait, au nom de la Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, Sénat, 5 février 2013

⁵⁵ Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2011

En effet il existe une multiplicité de dispositifs dont les éléments se superposent. Ces dispositifs utilisent le même levier : l'incitation financière. Les sources et porteurs de ces dispositifs sont divers : l'ARS, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, les services fiscaux, ...

Un même médecin peut cumuler un ensemble de dispositifs différents. Les mécanismes d'incitations financières gérés par les ARS, mais aussi :

- ▼ Les exonérations fiscales et sociales financées par l'État pour l'installation dans certaines zones : le rapport de la Cour des Comptes a évalué en moyenne à 47 000 euros pour une installation en territoire Zone de Redynamisation Urbaine (ZRU) et à 58 800 euros en Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) le gain individuel moyen par médecin représenté par ces dispositifs d'exonération.
- ▼ Les incitations à l'installation en zones sous dotées financées par l'Assurance maladie : l'option démographie et l'option santé solidarité territoriale.

De même, 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 », est questionné. En particulier, le rapporteur du rapport Maurey s'interroge sur le caractère non décisif de cette nouvelle mesure, celle-ci ne garantissant qu'une garantie de revenu différentielle offerte, pendant deux ans, aux médecins s'installant pour la première fois en zones sous dotées, zone où la garantie de revenu est considérée par les professionnels comme acquise.

L'ensemble des mesures mobilisent de nombreux acteurs et représentent un coût important. Toutefois, il est difficile aujourd'hui de mesurer l'atteinte de leurs objectifs, notamment leur impact réel sur le choix d'installation des médecins.

3. Préconisations relatives au CESP

Deux options, exclusives l'une de l'autre, sont envisageables pour faire évoluer le CESP.

La première consiste à le faire évoluer afin de lever les inhibitions des étudiants. Il s'agit de tenir compte des craintes et des réticences qu'ils expriment, notamment en terme de rigidité, de durée d'engagement et de faible lisibilité sur les perspectives d'installation proposées. La logique du CESP serait ainsi perçue comme moins « sacrificielle » : l'étudiant signataire s'engagerait à exercer partiellement en zone sous dotée (sans nécessairement devoir décider à l'avance dans laquelle), et pour une durée moindre (6 mois par année de versement de l'allocation).

Préconisation 2 / Option 1 : Assouplir le CESP en réduisant la durée de l'engagement de moitié et en permettant un exercice partiel en zone sous dotée plutôt qu'une installation pleine et entière.

La seconde option, plus radicale, consisterait à prendre acte de l'échec du CESP et à en tirer toutes les conséquences en le supprimant (sans remettre en cause les droits acquis et la sécurité juridique des signataires déjà engagés). Les moyens (financiers et humains) ainsi

dégagés pourraient être intégralement affectés au renforcement du PTMG, qui répond au même objectif d'incitation mais s'adresse à des médecins ayant terminé leurs études, donc plus à même de se projeter.

Préconisation 2 / Option 2 : Supprimer le CESP et consacrer les moyens dégagés au renforcement du PTMG.

D'autre part, la possibilité donnée aux étudiants de médecine de travailler en tant qu'aides soignants ou infirmiers dans des établissements de santé publics ou privés⁵⁶ pourrait être élargie aux maisons de santé pluridisciplinaires situées en zones sous dotées. Afin d'inciter les maisons de santé à avoir recours, notamment pendant la période estivale et les périodes de congés universitaires, à des étudiants de médecine en tant qu'infirmiers ou aides soignants, l'ARS prendrait en charge leur rémunération. Les étudiants signeraient ainsi un contrat avec l'ARS et seraient mis à disposition d'une maison de santé située dans une zone déficitaire.

Cette proposition vise à faire connaître aux étudiants de médecine l'exercice de la médecine générale en maison de santé et dans une zone sous dense « en avant première ». En effet, un des freins à l'installation dans les zones sous denses, et plus largement au choix de la médecine générale, est la méconnaissance par les étudiants de ce type d'exercice, liée à une formation très centrée sur le monde hospitalier. Les ARS pourraient ainsi promouvoir auprès des étudiants de médecine ce dispositif, et à travers lui l'exercice collectif de la médecine dans des territoires déficitaires.

Préconisation 3 : Elargir aux maisons de santé la possibilité donnée aux étudiants de médecine d'exercer en tant qu'aides soignants ou infirmiers dans des établissements de santé, et faire prendre en charge leur rémunération par l'ARS.

III. Les outils de regroupement

Dans cette partie, nous analysons les outils dont disposent les ARS pour encourager les professionnels de santé à exercer en groupe (1) et formulons des préconisations pour les faire évoluer (2).

1. Des outils de regroupement dont la montée en charge est inachevée

1.1 Les maisons et pôles de santé, entre réponse à la désertification médicale et révolution du premier recours

Aujourd'hui, les maisons et pôles de santé connaissent un véritable essor : l'observatoire des maisons de santé de la DGOS en dénombrait 291 en janvier 2013, contre moins de 30 en 2008. Cette dynamique devrait perdurer au vu des nombreux projets recensés (environ 450).

⁵⁶ Circulaire DGS/DH n° 2000-406 du 17 juillet 2000 relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'aide-soignant ou d'infirmier.

Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80%). Les maisons de santé regroupent à ce jour 2 650 professionnels, dont 750 médecins.

L'engouement pour ces structures par les ARS, les élus locaux et les médecins, ne doit pas laisser de côté la question de la pertinence de leur localisation géographique. Ainsi, les maisons et pôles de santé, censés apporter des réponses dans les espaces où l'offre de soins est déficitaire ou fragile (vieillissante, en diminution depuis quelques années), peuvent participer par leur implantation à des dynamiques territoriales de l'offre de soins de premiers recours.

Peu d'évaluations ont été réalisées sur ces structures. L'IRDES a publié en novembre 2013 une étude sur cette question⁵⁷. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Les premiers résultats de l'étude confirment que ces structures ont été majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale, plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. L'étude montre une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces avec maisons et pôles de santé, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé.

Nos différentes rencontres avec les ARS ont confirmé qu'elles envisageaient le développement des maisons et des pôles de santé comme un moyen de dynamiser ou de maintenir une offre de premier recours dans les territoires fragiles. Toutes cherchent à soutenir et à encadrer le regroupement des professionnels de santé.

Cependant, les ARS, ainsi que la Fédération Française des Maisons de Santé Pluridisciplinaires, envisagent également le développement de l'exercice collectif pluriprofessionnel comme un moyen de faire évoluer plus largement l'offre de premier recours. Ainsi, une tension apparaît entre d'une part la vision des MSP comme un moyen de lutter contre la désertification médicale et d'autre part la vision des MSP comme un moyen de transformer l'exercice de la médecine de premier recours. Pour Pierre de Haas, président de la FFMS, ainsi que pour les praticiens conseils rencontrés dans le cadre de nos travaux et pour certains de nos interlocuteurs dans les ARS, l'exercice libéral isolé est « mort ». Les nouvelles générations de médecins se montrent en effet réticentes vis-à-vis de l'installation libérale si elle s'accompagne d'un exercice solitaire de la médecine, et semblent plus attachées que leurs aînés à l'exercice collectif. Ainsi, le soutien public au regroupement pluriprofessionnel serait intrinsèquement bon, indépendamment de la question de la fragilité de l'offre de soins dans certains territoires.

1.2 Les centres de santé : à la recherche d'un modèle économique

D'autres ARS misent également fortement sur les centres de santé ou sur l'exercice salarial des soins de proximité. Ainsi, la stratégie de l'ARS Rhône-Alpes s'appuie largement sur le soutien aux centres de santé pour structurer l'offre de premier recours (la région comprend 13% des centres de santé de France). L'un des arguments qui plaide en faveur des centres de santé, avancé par plusieurs de nos interlocuteurs au sein ou hors des ARS, est l'attraction des nouvelles générations de médecins pour le salariat.

Cependant, le développement des centres de santé se heurte à l'absence, pour l'instant du moins, de modèle économique viable pour ces structures. Les charges salariales excédant forcément le produit de l'activité, la viabilité économique des centres de santé est fragile, leur équilibre ne résultant bien souvent que de l'octroi d'une subvention.

⁵⁷ IRDES, « Les maisons et pôles de santé : place et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France », novembre 2013

Ainsi, le soutien aux centres de santé s'insère dans une stratégie plus globale. L'ARS Rhône-Alpes mise sur la complémentarité entre les centres de santé et l'offre libérale, et peut être amenée, dans ce cadre, à soutenir la création d'un centre dans un territoire s'il y a une carence de l'offre libérale (par exemple à Cluses). Le portage peut être confié à une municipalité ou à un établissement de santé. L'ARS Rhône-Alpes s'appuie également sur les projets de restructuration des centres de santé pour pousser en faveur de leur polyvalence et pour mettre du lien entre professionnels de santé salariés et professionnels de santé libéraux.

2. Préconisations

2.1 Sur les MSP et les pôles de santé

L'enjeu majeur s'agissant du développement des maisons et pôles de santé est de concilier l'adhésion des professionnels de santé aux projets et leur pilotage par les ARS. En effet, le succès d'un projet de regroupement dépend de l'adhésion des professionnels de santé. Il est ainsi essentiel que les projets soient portés par des professionnels. Les projets portés en particulier par les élus locaux courent le risque de ne pas trouver leur public, et engendrent parfois des dépenses importantes et inutiles (« murs vides »).

L'ARS de Franche Comté, plutôt en avance sur le thème des MSP, puisque la région a vu naître les premières maisons dans les années 80, « croit » beaucoup dans le potentiel des MSP. Au-delà, des MSP dites de « première génération », répondant au cahier des charges national souple élaboré par la DGOS, l'ARS Franche Comté a développé un autre type de MSP, dites « de deuxième génération ». Il s'agit de structures répondant à un cahier des charges plus exigeant, comprenant notamment une plus forte densité de médecins (avec des soins programmés ou non programmés) et des salles de petites urgences (points de sutures, plâtres) permettant d'alléger l'hôpital. L'enjeu pour l'ARS est de positionner les MSP sur le territoire de façon optimale : aujourd'hui, leur implantation résulte d'initiative spontanée des professionnels de santé porteurs de projets, mais l'ARS cherche à convaincre les collectivités de réserver leurs financements aux projets respectant le cahier des charges « régional » des MSP « de deuxième génération » et les zones d'implantations prioritaires identifiées par l'ARS.

Par ailleurs, en Franche-Comté a été mis en place un Comité régional de sélection des MSP présidé par le Préfet, réunissant les collectivités territoriales et l'ARS, qui labellise les projets et flèche les financements vers les territoires identifiés comme prioritaires en cohérence avec leur cahier des charges.

La démarche de charte partenariale mise en place en Basse-Normandie répond, selon des modalités différentes, au même objectif de mise en cohérence du soutien des pouvoirs publics au regroupement pluriprofessionnel.

En s'inspirant de ces expériences, notre première préconisation consiste à faire rédiger, par chaque ARS en partenariat avec les autres financeurs de projets, un cahier des charges régional, reprenant a minima les éléments du cahier des charges national de la DGOS, mais intégrant également des exigences liées aux enjeux, aux besoins et aux spécificités du territoire (prise en charge de petites urgences, obligation pour les médecins y exerçant d'être tuteurs à l'Université, nécessité de prévoir des lieux de réunions ou de studio pour l'accueil des stagiaires, la mise en place du tiers payant, etc.).

Préconisation 4 : Faire réaliser par les ARS, dans un cadre partenarial, un cahier des charges régional reprenant a minima les éléments du cahier des charges DGOS, et intégrant des éléments régionaux liés aux enjeux et spécificités du territoire.

Ce cahier des charges a vocation à être opposable aux porteurs de projets. Il s'agit donc d'en faire une condition de l'octroi de financements publics. Son élaboration dans un cadre partenarial, incluant en particulier les collectivités territoriales, doit permettre de mettre en cohérence la politique des différents financeurs, afin d'éviter qu'un projet ne respectant pas le cahier des charges de l'ARS trouve néanmoins un financement public auprès d'une collectivité territoriale. En effet, si l'ARS peut jouer un rôle de structuration de l'offre de soins en orientant l'implantation des maisons de santé, elle doit également jouer un rôle de sensibilisation des collectivités locales. Les élus locaux sont souvent excessivement attachés aux aspects immobiliers des projets (car ce sont les aspects les plus facilement identifiables par les électeurs).

Ce cahier des charges pourrait, pour des raisons de communication et d'affichage, se traduire par une « labellisation » des projets. Il s'agit d'octroyer aux projets retenus non seulement un soutien financier mais aussi une publicité favorable, insistant notamment sur le gage de qualité des soins offerts aux usagers par les structures et les projets concernés. Cette labellisation limiterait ainsi une référence abusive à la dénomination de maisons de santé, tant pour des professionnels qui ne respecteraient pas le cahier des charges que pour les collectivités territoriales susceptibles de financer des maisons sans portage du projet par des professionnels.

Préconisation 5 : Rendre le cahier des charges de l'ARS opposables aux porteurs de projets, afin d'en faire la condition de l'octroi de subventions de l'ARS et de ses partenaires. Les projets respectant le cahier des charges pourront être labellisés, afin de leur donner une plus grande visibilité.

S'agissant de la question de l'implantation géographique des MSP, la question principale est celle du ciblage des financements. L'exercice pluriprofessionnel étant largement perçu comme un phénomène intrinsèquement positif (car porteur de transformations majeures de l'offre de soins ambulatoires), la tentation de lui apporter un soutien financier public quel que soit le lieu d'implantation peut exister. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires actuelles et de la situation démographique de certains territoires, nous préconisons de limiter l'octroi de financements publics aux seuls projets d'implantation dans des zones déficitaires identifiées par l'ARS dans son SROS.

Préconisation 6 : cibler les financements de l'ARS sur les projets de regroupement implantés dans des zones déficitaires.

Ce ciblage des financements sur le regroupement des professionnels de santé en zones déficitaires n'empêche pas l'ARS de soutenir par ailleurs les projets de regroupement dans des zones moins fragiles, mais ce soutien ne doit pas nécessairement prendre la forme d'un financement (on peut imaginer un soutien par le biais de conseils juridiques, d'ingénierie de projet, de mise en réseau, d'évaluation, etc.). Ce soutien non financier requiert des compétences qu'il est préférable d'internaliser au sein de l'ARS, mais qui peuvent également être externalisées si l'ARS ne dispose pas des compétences ou des effectifs en interne. Notre dernière préconisation concerne le soutien non financier que peuvent apporter les ARS aux porteurs de projets de regroupement : il s'agit de développer en interne des compétences pour accompagner les porteurs de projets plutôt que de recourir à des prestataires extérieurs.

Préconisation 7 : Développer dans les ARS des compétences internes pour réaliser un soutien « non financier » aux porteurs de projets de regroupement : conseil juridique, mise en réseau, ingénierie de projet, évaluation

2.2 Sur les centres de santé

L'IGAS a remis en juillet un rapport complet sur les centres de santé, analysant les causes de leur fragilité financière et avançant des préconisations afin de viabiliser ces structures⁵⁸. Il s'agit en particulier de leur octroyer une rémunération forfaitaire, et de mettre en œuvre des réorganisations permettant d'accroître leurs recettes et de limiter leurs dépenses (augmentation de la plage d'ouverture horaires, optimisation du taux de remplissage des plannings des professionnels, lutte contre l'absentéisme des patients, organisation de consultations non programmées pour compenser les absences, etc.)

S'agissant des préconisations, nous nous permettons de renvoyer au rapport de l'IGAS, et notamment aux aspects qui concernent le rôle que sont appelées à jouer les ARS pour aider les centres de santé à conduire leurs réorganisations et à améliorer leur performance et leur qualité.

IV. Les outils transverses d'expérimentation

1. Le cadre juridique contraignant de la délégation de tâches appelle des aménagements

Si la délégation de tâches est un levier d'évolution du système de santé clairement identifié par les pouvoirs publics, elle se heurte à des freins importants liés :

- ▼ aux modalités de formation des différents professionnels de santé concernés par ce travail de coopération,
- ▼ au cadre juridique d'exercice des professions de santé,
- ▼ aux modes de rémunération,

⁵⁸ Cécile Waquet et Philippe Georges, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain », IGAS, juillet 2013.

- ▀ à l'absence de dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

A ce sujet, Lilian Brosse explique que « la coopération interprofessionnelle est difficile car les décrets définissant les actes par professionnel de santé n'ont pas été modifiés après la loi HPST. La loi HPST mise au contraire sur les expérimentations, innovations et initiatives du terrain, via la mise en place d'un circuit (HAS/ARS) de validation des protocoles de délégation de tâches »⁵⁹.

En outre, il importe de mettre en avant un frein lié aux professionnels de santé eux-mêmes. En effet, les médecins eux-mêmes freinent les négociations avec le ministère. « Nous sommes pour un travail en équipe, mais contre un transfert brutal d'activités, prévient Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français. Il n'est pas question, pour nous, sauf cas d'urgence, de déléguer aux pharmaciens le droit de renouveler une ordonnance pour une maladie chronique entre deux rendez-vous annuels. La prescription, c'est le rôle du médecin et c'est une question de qualité des soins »⁶⁰.

Cette position explique que certains professionnels, qui pratiquent des délégations « illégales » depuis longtemps, préfèrent ne pas se déclarer à la HAS de peur d'être sanctionnés. Toutefois, les mentalités évoluent : ainsi l'ordre des médecins dans un article de 2011 a accepté les salles d'attente communes entre médecins de différentes spécialités et professionnels de santé de différentes catégories⁶¹.

S'agissant de la délégation de tâches, nous préconisons de lever les difficultés liées au cadre juridique, qui ne correspond pas aux attentes des professionnels de santé. Ainsi, la délégation de tâches doit entraîner un réel transfert de responsabilité pour les actes réalisés par le professionnel « prenant », afin de sécuriser juridiquement le professionnel « cédant ».

Préconisation 8 : Permettre un réel transfert de responsabilité du professionnel « cédant » vers le professionnel « prenant » dans le cadre de la délégation de tâches

D'autre part, les ARS peuvent jouer un rôle majeur de promotion et d'accompagnement de la délégation de tâches auprès des professionnels parties prenantes. Notre deuxième préconisation consiste à développer au sein des ARS une fonction d'accompagnement pour favoriser le développement de la coopération interprofessionnelle.

Préconisation 9 : Structurer au sein des ARS une offre de services destinée à promouvoir les protocoles de coopération interprofessionnelle et à accompagner les professionnels de santé parties prenantes des délégations de tâches

⁵⁹ Cf. Entretien ARS Lilian Brosse.

⁶⁰ La délégation des tâches médicales se met difficilement en place, La Croix. www.la-croix.com/content/view/pdf/914063

⁶¹ Cf. Entretien ARS Lilian Brosse.

2. Une articulation difficile entre les Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération et les conventions médicales

Pour pérenniser le dispositif des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération, l'article 45 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a prévu une négociation conventionnelle interprofessionnelle spécifique, qui porte sur la rémunération des équipes de soins de proximité.

Si cette évolution crée un rapprochement avec le modèle des négociations autour de convention médicale entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux, il est toujours difficile de trouver une réelle convergence de ces logiques de rémunération.

En effet, la convention médicale signée le 26 juillet 2011 avec les principaux syndicats représentatifs des médecins libéraux (CSMF, MG, SML) participe de l'évolution des modes de rémunération. Le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération, mais il se complète d'une rémunération au forfait sur objectifs.

Ce dispositif fait suite au contrat d'amélioration des pratiques (CAPI) signé par des médecins volontaires avec la CNAMTS pour 3 ans. Dans sa nouvelle version, la rémunération forfaitaire repose sur des objectifs de santé publique (ROSP) et s'articule autour de deux volets :

- ▼ le volet lié à « l'organisation du cabinet et la qualité de service »,
- ▼ le volet portant sur la pratique médicale et relatif à la prévention, au suivi des pathologies chroniques et à l'efficacité des prescriptions.

C'est dans le cadre de ce dernier volet, qu'est intégrée la participation des professionnels de santé à l'action de lutte contre les difficultés rencontrées dans certaines zones déficitaires. Ce dispositif repose sur deux options :

- ▼ l'option démographie : aides aux médecins qui s'installent en zone déficitaire,
- ▼ l'option santé solidarité territoriale : inciter, par des rémunérations complémentaires, les médecins en zone sur dotée à aider ceux en zone sous dotée (à raison de 28 jours/an).

Ces options sont mises en place au 1^{er} trimestre 2012 sur les bases d'un nouveau zonage défini par les agences régionales de santé.

Cette succession de mesures financières pose ici la question de l'articulation des acteurs entre ARS et Assurance maladie, des dispositifs entre ENMR et ROSP, et de l'évaluation de ces politiques.

Préconisation n°10 : Rapprocher l'Assurance maladie et l'Etat dans le cadre des négociations interprofessionnelles sur la rémunération des professionnels de santé, afin de renforcer la cohérence des différents leviers

3. Le développement difficile de la télémédecine

L'article 36 de la LFSS pour 2014 donne un cadre plus précis aux projets pilotes de télémédecine (sur 4 ans, pour les patients pris en charge en ville et aussi pour les structures médico-sociales, dans le cadre des conditions fixées dans le cadre d'un cahier des charges, sous conventions entre l'ARS, les CPAM, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires) et introduit des règles dérogatoires de facturation, de tarification et de remboursement.

Toutefois, les freins au développement de la télémédecine portent sur :

- ▼ les questions de direction et de responsabilité,
- ▼ le manque de moyens de communication appropriés à l'acte effectué,
- ▼ les questions relatives aux moyens financiers sur l'outillage nécessaire à la télémédecine et sur les rémunérations entre professionnels de santé engagés sur l'acte de télémédecine.

Pour les ARS consultées, la difficulté réside dans la rémunération pour un acte non référencé dans la Nomenclature générale des actes professionnels : Comment rémunérer les professionnels dans la chaîne de la télémédecine ?

D'autres difficultés sont à noter :

- ▼ réticence de l'ordre des médecins résultant notamment du cadre flou de la télémédecine,
- ▼ peu d'initiatives du terrain,
- ▼ absence de cahier des charges,
- ▼ orientations nationales dispersées,
- ▼ difficultés techniques liées notamment à l'absence de très haut débit sur certains territoires en lien avec le désert numérique.

Préconisation n°11 : Fonder les projets de télémédecine sur une mise en réseau préalable des professionnels de santé, médecins généralistes, autres professions de santé libérales, hôpitaux, EPHAD, services d'urgences.

4. La question de l'élargissement du Fonds d'Intervention Régional

Nombre d'ARS considèrent que les enveloppes du FIR sont aujourd'hui trop limitées et souhaitent son élargissement ainsi qu'une pérennisation de certains dispositifs financés par le FIR à titre expérimental.

En effet le rôle actuel du FIR se limite à impulser des projets et à favoriser l'innovation et des expérimentations, mais il ne permet pas de financer des projets dans la durée. Depuis la

LFSS pour 2014, l'identification des crédits du FIR fait l'objet d'un sous-objectif de l'ONDAM, ce qui renforce son identification et sa visibilité. Cette visibilité accrue doit donner l'occasion de renforcer l'évaluation des actions financées par le FIR. Ainsi, les projets financés par le FIR pourraient faire l'objet d'une évaluation fine, tenant compte en particulier de leur impact sur la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Préconisation n°12 : recenser les projets financés par le FIR afin d'évaluer son rôle dans la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

CONCLUSION

En conclusion de ce rapport, le principal enseignement que nous avons pu tirer de nos travaux est que, quels que soient les dispositifs utilisés pour tenter de faire face à la désertification médicale qui frappe de nombreux territoires, la difficulté principale réside dans l'adhésion des professionnels de santé. En effet, si tous les dispositifs que nous avons étudiés, et pour lesquels nous avons formulé des préconisations d'évolution, sont compatibles avec la liberté d'installation, ils ne suscitent pas pour autant d'adhésion très forte du corps médical. Aussi, l'un des axes de travail structurant pour les ARS est, selon nous, de parvenir, sur le terrain, à convaincre les professionnels de santé de s'inscrire dans ces différents dispositifs, qu'il s'agisse des outils d'incitation à l'installation, du regroupement pluriprofessionnel, ou des expérimentations sur la délégation de tâches, la télémédecine ou les nouveaux modes de rémunération.

Toutefois, nous pensons qu'au delà du rôle que sont appelées à jouer les ARS pour convaincre les médecins de s'inscrire dans ces différentes démarches, la formation initiale du corps médical (et des autres professionnels de santé) doit être questionnée. C'est en effet au cours de la formation initiale que peuvent s'acquérir les réflexes qui conduiront les professionnels de santé à s'inscrire plus « naturellement » dans ces dispositifs.

L'autre enseignement que nous avons tiré de nos travaux est que la « boîte à outils » dont peuvent se servir les ARS pour combattre la désertification médicale est plus largement porteuse d'une réorganisation profonde de l'exercice de la médecine de premier recours. Ce constat signifie que les politiques visant à maintenir ou à consolider une offre de soins primaires de qualité sur l'ensemble du territoire peuvent servir de levier pour engager la « révolution du premier recours » appelée de ses vœux par Marisol Touraine à l'occasion du lancement de la Stratégie Nationale de Santé.

La sensibilité de l'opinion publique aux questions de désertification médicale, comme les aspirations des nouvelles générations de médecins, peuvent servir de point d'appui à la mise en œuvre de cette refondation des soins primaires en France.

Enfin, à travers la question de la désertification médicale se pose la question plus globale de la gouvernance du système de santé français. A l'occasion de nos travaux, nous avons pu constater que des tensions pouvaient exister entre l'échelon national et l'échelon loco-régional d'une part, entre l'Etat et l'Assurance maladie d'autre part. La création des ARS en 2010 n'a pas permis de trancher ces deux pôles de tensions, bien que la volonté d'une régionalisation de la politique de santé ait été clairement affirmée par les pouvoirs publics. Le pilotage national des ARS pose toutefois toujours des questions importantes, le Comité National de Pilotage n'ayant semble-t-il pas encore permis d'instaurer une véritable transversalité dans le pilotage des agences.

S'agissant des relations entre l'Etat et l'Assurance maladie, l'articulation ne semble toujours pas optimale. La Stratégie Nationale de Santé évoque la question de la gouvernance du système de santé, sans pour autant sembler trancher dans un sens ou dans l'autre. Un rapprochement nous semble toutefois aller dans le sens d'une plus grande efficacité de la politique de santé, et d'un véritable décloisonnement des acteurs et des structures, rendu nécessaire par l'évolution des besoins de santé en France (polypathologies, maladies chroniques, vieillissement de la population, etc.) et par les contraintes fortes pesant sur les ressources publiques.

ABSTRACT

Les inégalités territoriales d'accès aux soins se trouvent aujourd'hui au cœur du débat public sur la santé en France. L'adoption de la loi HPST, comme le lancement du Pacte Territoires Santé et de la Stratégie nationale de Santé, traduisent une mobilisation importante des pouvoirs publics contre ce qu'il est désormais convenu d'appeler les « déserts médicaux ».

Pour autant, aucun gouvernement n'a souhaité remettre en question la liberté d'installation des médecins, à laquelle l'ensemble du corps médical est profondément attaché. Aussi, lutter contre la désertification médicale requiert d'avoir recours à d'autres dispositifs : des outils de diagnostic et de partenariat, des outils d'incitation, des outils d'aide au regroupement pluriprofessionnel et des outils d'expérimentation (délégation de tâches, nouveaux modes de rémunération, télémedecine).

Ces différents instruments constituent en quelque sorte la « boîte à outils » dont disposent aujourd'hui les ARS pour faire face à la désertification médicale de certains territoires. Ce rapport de recherche-action, basé sur de nombreux entretiens avec des représentants d'ARS mais aussi avec des chercheurs, des médecins, des représentants du Ministère et de l'Assurance maladie, présente dans le détail les outils sur lesquels s'appuient les ARS pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, et formule 12 préconisations pour les faire évoluer.

ANNEXES

- **ANNEXE 1 : TRAME POUR LES ENTRETIENS ARS..... 50**
- **ANNEXE 2 : ENTRETIEN AVEC EMMANUEL VIGNERON 51**
- **ANNEXE 3 : ENTRETIEN AVEC FABRICE ZENI 55**
- **ANNEXE 4 : ENTRETIEN AVEC HEDDA WEISSMANN..... 57**
- **ANNEXE 5 : ENTRETIEN AVEC MARIE-CLAUDE HITTINGER 60**
- **ANNEXE 6 : ENTRETIEN AVEC SYLVIE MANSION 63**
- **ANNEXE 7 : RENCONTRE AVEC 6 PRATICIENS CONSEILS DE LA 46^{EME} PROMOTION EN
FORMATION INITIALE PRATICIENS CONSEILS..... 67**
- **ANNEXE 8 : ENTRETIEN AVEC LILIAN BROSSE..... 70**
- **ANNEXE 9 : ENTRETIEN AVEC HELENE GUICHET 78**
- **ANNEXE 10 : ENTRETIEN AVEC GHISLAINE VERDONCK 81**
- **ANNEXE 11 : ENTRETIEN AVEC YANN BOURGUEIL..... 85**
- **ANNEXE 12 : QUESTIONNAIRE AUX ETUDIANTS EN MEDECINE SUR LES DESERTS
MEDICAUX..... 87**
- **ANNEXE 13 : COMMUNIQUE DE PRESSE RELATIF AU « PACTE TERRITOIRE-SANTE » 94**

▼ Annexe 1 : Trame pour les entretiens ARS

- 1 Etat des lieux de la démographie médicale et de l'accès aux soins sur le territoire
Spécificités du territoire (urbain / rural / périurbain)
Caractéristiques socio-économiques ?
Déterminants de santé ?
Quels besoins en terme de répartition des professionnels de santé (soins de premier recours / médecine générale / spécialistes?)
- 2 Quels outils existent pour faire face à la sous-densité médicale et aux inégalités d'accès aux soins ?
Stages de médecine générale ? Quel rôle des ARS dans les études de médecine ?
- 3 Quelle organisation interne pour gérer la question déserts médicaux / inégalités ?
(service dédié ou transverse, effectifs...)
- 4 Quelles relations avec les partenaires ?
CPAM
CT
Conseil de l'ordre / syndicats / associations
ARS limitrophes ? (zones frontalières)
Facultés de médecine
- 5 Quelle communication ? Notamment CESP ?
Vis-à-vis du grand public
des professionnels de santé
des étudiants en médecine
- 6 Poids du lobbying / démocratie sanitaire ? Comment se passent les CRSA et les conférences de territoires ?
- 7 Maisons de santé pluridisciplinaires / Pôle de santé pluridisciplinaires ? Quelle efficacité ? Est ce que les PSP sont utiles ?

▼ Annexe 2 : Entretien avec Emmanuel Vigneron

Professeur de géographie de la santé, Université de Montpellier
12 juin 2013

En 2014 est prévue une révision de la loi de santé publique de 2004 modifiant certains éléments de la loi HPST de 2009 (sur l'organisation du système de soins). Dans cette perspective, on peut interroger les parlementaires sur ce qu'ils comptent mettre dans cette loi pour faire face aux déserts médicaux.

M. Vigneron considère que la loi de 2004, pour intéressante qu'elle ait été en terme de santé publique, n'a pas été assez loin sur les objectifs de réduction des inégalités, notamment des inégalités en terme d'accès à la prévention (les inégalités d'accès à la prévention accentuant les inégalités de santé). Au sein du Haut Conseil de la Santé publique, M. Vigneron avait pourtant plaidé pour une prise en compte accrue des objectifs de réduction des inégalités.

1. Sur la notion de « désert médical »

Ce sujet est très rebattu depuis 100 ans, il est temps d'agir. Dans le rapport d'Elisabeth Hubert, on pouvait lire que « désormais ce ne sont plus des communes mais des cantons qui sont touchés ». Selon Emmanuel Vigneron, le problème concerne plutôt désormais des départements entiers, voire des régions.

La notion n'est donc pas excessive, le mot désert est employé chez Molière, c'est imagé, parlant et relatif. La comparaison avec d'autres pays moins bien dotés n'a pas de sens, et dans certains départements on n'est pas loin de certains pays sous développés. Rappelons que l'accès à la santé est garanti par la nation à tous par la Constitution.

Les élus de base (locaux et parlementaires) et les gens emploient le mot « désert » pour qualifier leur situation, ça correspond à une réalité vécue. A force de dire que c'est excessif, on minimise et on ne s'en occupe pas.

Il y a des déserts en région parisienne, même à Paris (cf. le graphique RER B).

S'agissant de la définition, on peut dire qu'un désert médical est une zone où la densité est très inférieure à la moyenne nationale (de plus de la moitié par exemple). Sur la méthode des ARS, c'est cadré nationalement même si on laisse une marge de manœuvre aux ARS pour établir les critères de leur zonage. Par ailleurs, comme on ne régule pas l'installation des médecins, les inégalités d'observations qui découlent de l'hétérogénéité des pratiques de zonage des ARS ne prêtent pas vraiment à conséquence. On peut aussi définir le désert médical par la sous consommation de soins (distance et santé).

2. Sur le numerus clausus et la réponse quantitative

On n'a jamais eu autant de médecins en France et leur nombre va en augmentant. La perception du problème a beaucoup évolué : en 1900 avec 10 000 médecins on pensait en terme de pléthore médicale (Gouffier avait gagné un concours en dénonçant la pléthore, mais déjà il notait « pléthore ici et désert là » : problème de répartition plus que d'effectif total). Augmenter le numerus clausus ne sert à rien. On pensait en terme de concurrence, alors que le marché médical fonctionne différemment : la Sécurité sociale solvabilise la

demande et la rend illimitée. La régulation par le nombre fonctionne si les gens paient leurs soins, pas si on la solvabilise.

Pour répondre à la concurrence, répondre aux effets d'agglomération, les médecins se spécialisent, voire s'hyperspécialisent (cf. chirurgie)

Le problème de l'accès territorial doit aussi être envisagé sous l'angle des transports sanitaires. Une expérimentation a été conduite sur les transports médicaux (contrats avec hôpitaux publics), mais les ambulanciers ont fait reculer le gouvernement. Emmanuel Vigneron est favorable à l'instauration d'un service public de transport sanitaire (EV à fond pour). L'offre se concentre, ce n'est pas illégitime, on ne peut pas mettre des IRM partout, mais du coup on a besoin de transports.

3. Sur l'impact des déserts médicaux sur la santé publique

Sur la mortalité et la morbidité directement imputable aux déserts médicaux : des études prouvent que l'éloignement est préjudiciable à l'accès aux soins, et que le renoncement aux soins est mauvais pour la santé (c'est du bon sens).

S'agissant de la notion « d'accessibilité potentielle localisée », Emmanuel Vigneron critique les travaux de la DREES et l'IRDES : selon lui, ça n'est qu'une sophistication de la mesure du phénomène qui vise à minimiser le temps d'accès réel et la distance subies par les gens. Le problème n'est pas que géographique, il a une dimension culturelle (contrôle au faciès Gare du Nord) et économique (prix de l'essence). Les banlieues « sensibles » subissent une double peine.

4. Sur les projections à moyen long terme

Le problème est la tendance à la spécialisation de la médecine (même si elle permet des progrès indéniables) qui suppose la concentration. Organisation de l'accès aux soins vers des soins de plus en plus concentrés à l'avenir.

Facteur aggravant : les jeunes générations vivent en ville, les jeunes médecins aussi. Donc la désertification va s'aggraver. Problème avec la féminisation, travail du conjoint (homme au foyer denrée rare). Stratégie de localisation des jeunes couples : le choix de l'homme prime sur le choix de sa conjointe (car épisodes de maternité interrompent la carrière des femmes, donc on privilégie la carrière des hommes). Donc mouvement de « démedicalisation » dans les territoires faiblement attractifs.

5. Sur la différence entre zones rurales, périurbaines et urbaines

Les problématiques sont différentes en zone rurale, urbaine et périurbaine. Il faut toutefois les traiter toutes : l'erreur politique serait de négliger le périurbain (conquête du FN, rareté du service public, très net autour de Paris, éviction foncière, coût du transport...). Création de ressentiment. L'ambiance n'est pas bonne à côté des grandes villes.

En banlieue c'est un autre problème : il y a toutes les barrières malgré la proximité avec le centre. Barrière culturelle, physique parfois, les hôpitaux et les psychiatres sont en ville. En banlieue le problème est aussi lié à l'ordre public (insécurité frein majeur à l'installation).

En outre, il y a une sur représentation du monde rural en politique (cf. les ratios de députés par habitants) : ça influe sur la perception du problème dans le débat public. On aurait tendance à se focaliser sur les zones rurales parce que les élus en parlent davantage.

6. Sur l'action des ARS

Emmanuel Vigneron est dubitatif. La marge de manœuvre laissée par la loi HPST aux ARS est faible. Ça améliore la connaissance du terrain, c'est une première étape. Demeure la liberté totale d'installation, l'absence de corps de fonctionnaires : la prise des ARS sur les choix des jeunes médecins est extrêmement faible. Les médecins bénéficient d'effets d'aubaine, ils ont l'assurance d'être payés quoi qu'ils fassent en terme d'installation. La question de la liberté d'installation est clairement posée. Mais sa remise en cause est incompatible avec l'exercice libéral.

Aussi, aucun gouvernement ne peut y toucher frontalement : la solution serait de contourner le problème.

Emmanuel Vigneron a des propositions radicales :

- beaucoup de jeunes brillants sont collés au concours de médecine : **pourquoi ne pas créer un corps de médecins fonctionnaires** (ce répond à l'aspiration croissante au salariat) **affectés sur des postes fléchés** ? Il resterait toutefois une possibilité de choix. A effectifs constants, on pourrait baisser le numerus clausus libéral et compenser par des fonctionnaires (pas forcément trop cher pour les finances publiques, compte tenu de l'induction des dépenses libérales dans les grandes villes : pertinence des actes discutable, Sécurité sociale « payeur aveugle », beaucoup d'actes coûtent cher et sont pas très utiles). La médecine publique est de très bonne qualité. Dans les années 1970, on a créé des IPES (Institut de préparation aux enseignements de second degré) pour éviter que les agrégés n'aillent qu'en ville, et les instituteurs à la campagne. On a également créé le CAPES et prévu la rémunération des élèves stagiaires. Des députés pourraient pousser cette proposition avec l'accord du gouvernement (PM).
- constater la carence de la médecine libérale, et créer sur cette base un service public de santé (envoyer des hospitaliers en ambulatoire).
- donner au Conseil de l'ordre la mission d'organiser l'installation des médecins. Mais risqué vu les positions de l'ordre. On pourrait parier sur la responsabilité des médecins, mais au point où en est aujourd'hui c'est très difficile de confier à l'ordre une telle mission.
- sur le conventionnement sélectif : Emmanuel Vigneron considère que c'est une bonne idée de Maurey. Fragonard le proposait il y a 25 ans, et personne ne l'a fait. On l'a fait pour les infirmières et en échange on leur a créé un ordre (mais adhésion facultative, donc ordre très faible). Mais ça fera hurler les médecins

7. Sur les maisons de santé et l'exercice collectif

Les élus se plaignent des maisons vides. Sur la coopération, c'est bien (avis éclairé du confrère), et la spécialisation croissante rend plus nécessaire la spécialisation. La réponse en terme de regroupement est cependant insuffisante, elle induit des effets d'aubaine, de la surenchère, il faut tirer la leçon d'anciens dispositifs. Un des biais est que les maisons soient formées par des médecins déjà en exercice (« ça permet des médecins expérimentés d'attirer un jeune, mais encore faut-il qu'il y ait des médecins »). Ça induit aussi des effets pervers car la création d'une maison dans un territoire peut conduire à la désertification de territoires limitrophes.

8. Sur les collectivités territoriales

S'agissant de l'action des collectivités territoriales, Emmanuel Vigneron considère qu'elles font ce qu'elles peuvent avec peu de moyens, qu'elles ont une bonne connaissance du terrain, qu'il faudrait renforcer leur rôle dans les ARS, qu'elles sont dépositaires d'une vraie légitimité démocratique, qu'elles jouent un rôle crucial de lanceurs d'alerte, et que leur action est globalement pertinente. Les élus ne sont pas dans la surenchère, ils ne demandent pas de tout partout, et sont une bonne caisse de résonance. Un bémol toutefois : la concurrence entre collectivités, qui peut accentuer les inégalités.

L'Etat se méfie des élus, le discours sarcastique sur la défense du clocher (clientélisme) est très orienté administratif. En fait les élus sont d'abord soucieux de l'intérêt général, « ils ne demandent pas un CHU dans leur village mais le respect de la constitution ». Les élus sont des bons relais décisionnel à Paris, ils peuvent s'entraider avec l'administration territoriale. Les rapports élus administration n'ont jamais été simples. Pourtant, ça n'est pas l'Etat qui organise la santé mais la nation (donc aussi les élus) (selon l'interprétation de la Constitution par Emmanuel Vigneron).

Les ARS écoutent surtout les très grands élus, les autres se plaignent des conférences de territoires et ne se sentent pas écoutés.

9. Questions diverses

L'organisation territoriale des soins en France, on devrait en faire un grand débat national et prendre des décisions d'ampleur.

Les médecins ne lisent pas les SROS, les directeurs de caisse et d'hôpital si par contre.

Reproduction sociale énorme chez les médecins (fils de médecins). Existence de dynasties médicales, difficulté énorme du concours. D'où le faible intérêt des médecins aux Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS).

De plus en plus d'élus se saisissent du problème. Il faut manifester la présence de la république. C'est comme la justice, elle ne doit pas être seulement rendue mais vue. Entraide à la campagne, communautarisme dans les banlieues, mais rien dans le périurbain. C'est donc un enjeu politique majeur.

▼ Annexe 3 : Entretien avec Fabrice Zeni

Doyen de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne
Professeur des universités – Praticien hospitalier
17 juillet 2013

Pour Mr. Zeni, la problématique des déserts médicaux trouve son origine dans la combinaison de 2 mécanismes :

- l'instauration du numerus clausus,
- le principe de liberté d'installation.

C'est le résultat de politiques gouvernementales de droite comme de gauche qui ont répondu favorablement à la pression du conseil national de l'ordre des médecins.

1. Concernant le numerus clausus

Il faut avoir à l'esprit que ses effets sont à 10 ans.

Pour illustration, sur la faculté de médecine de St Etienne, lorsque le numerus clausus était au plus bas, le nombre d'étudiants se limitait à 58, il est aujourd'hui de 145.

Faut-il augmenter le numerus clausus ?

Non (c'est l'avis de l'ensemble des doyens lors de la dernière conférence des doyens) car :

- capacité de former des médecins de qualité est limitée,
- durée de formation est longue : 9 ans pour un médecin généraliste,
- cout de formation est élevé : 250.000€/étudiants,
- réalisation de la formation des élèves en médecine en alternance dès la 2ème année, ce qui nécessite une logistique importante,
- nécessaire équité entre les générations de médecins.

Toutefois, il faut développer le mécanisme des passerelles en médecine instauré par la réforme de Xavier Bertrand (300 en France) qui permet à des étudiants hors circuit médecine (thésard de science, élève en école d'ingénieur) de passer en 2^{ème} ou 3^{ème} année de médecine. Ce mécanisme qui permet de diversifier le profil des étudiants a toutefois l'inconvénient d'être une solution de repli pour les étudiants ayant échoué au concours de médecine.

2. Concernant la liberté d'installation

C'est un problème en soi et non seulement dans ses effets sur le désert médical.

De fait, aujourd'hui l'âge moyen d'installation en libéral est de 40 ans.

Pourquoi cette situation ? On assiste à un changement sociétal profond engendrant une évolution sur la perception du temps de travail et du travail isolé :

- préférence pour le salariat, notamment du fait du poids des contraintes d'installation en libéral
- recherche d'un équilibre entre activité professionnelle et vie familiale,
- féminisation du corps médical

3. Concernant les outils :

1. Le CESP :

C'est une bonne mesure non coercitive, toutefois, il est important que les étudiants ne fassent pas trop tôt ce choix.

Il serait intéressant de faire évoluer ce dispositif :

- en créant deux listes de classement dont une spécifique aux étudiants ayant signé un CESP,
- en ouvrant les CESP à certaines spécialités.

2. Les stages en médecine générale :

Il y a peu de stages en médecine libérale de réaliser sur St Etienne car ça nécessite un haut niveau pédagogique. La faculté de médecine de Saint Etienne a marqué sa préférence pour la qualité plutôt que la quantité. De fait, un trinôme de professionnels maîtres de stage est constitué pour la réalisation d'un stage. A ce jour, seuls 60 équipes ont été constituées, ce qui explique le faible résultat de 30 à 40% de stages réalisés en ambulatoire.

Pour développer ce type d'outil, il importe de revaloriser la médecine libérale :

- 8 Il rappelle qu'il n'y a pas de professeur titulaire en médecine libérale et que l'université ne dispose pas de financement pour créer de nouveau poste
- 9 Il considère qu'il faut faire de la médecine libérale une spécialité à part entière d'où la question de l'évolution du tarif de la consultation

3. Le salariat : c'est non le risque est d'aboutir au National Health Service (NHS)

4. Les maisons pluridisciplinaires de santé : c'est un bon outil qui permet de répondre aux attentes du travail en équipe et de limiter le poids des responsabilités pesant sur le médecin libéral.

5. Sur la télé médecine : ici le problème de financement est majeur, la T2A ne permet pas de financer cet acte d'où la nécessité de trouver un financement mixte/intermédiaire.

4. Concernant les modes de communication

Les outils facilitant l'installation des médecins conseils sont présentés au sein de la faculté :

- 10 lors des présentations de pré-rentrée,
- 11 via les associations d'étudiants en médecine,
- 12 au moment des choix des internes.

C'est le travail des facultés car elles connaissent leurs étudiants. L'ARS propose des supports de communication classiques mais elle ne connaît pas les étudiants. L'information est suffisante mais elle reste floue.

▼ Annexe 4 : Entretien avec Hedda Weissmann

Médecin Conseil, Responsable du département des professions de santé, DDGOS, Cnamts
29 novembre 2013

Face à la question de l'existence de zones sous denses, il existe une compilation de dispositifs :

- des dispositifs exclusivement proposés par l'Etat : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale, Contrat d'Engagement de Service Public
- des dispositifs mixtes relevant des conventions médicales

1. La définition des zones ?

A noter, il n'y a pas un zonage, mais 6 zonages différents selon les professionnels de santé concernés.

Précisément concernant les médecins de premiers recours, l'avenant 20 a été élaboré en plusieurs étapes :

- dans un premier temps, le dispositif de zonage a été pensé par les ARS sans associer les partenaires,
- dans un second temps, pas de zonages distincts, au départ zonage fait par la Mission Régionale de Santé (MRS) des Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie, convention faite avant le zonage fait par les ARS
- En ce qui concerne spécifiquement, les médecins de premiers recours, le zonage établi par les ARS et les mesures prévues dans la convention nationale ont été élaborées de manière distincte, alors que pour les autres professions de santé, il y a plus de cohérence.

Au départ, le ministère souhaitait que la définition des zones repose sur une brique de base : le bassin de vie.

Mais en l'absence de cadrage national, les ARS ont opté pour des définitions propres.

Il y a toutefois un seuil en population fixé nationalement, les zones sous dotées ne doivent pas représentées plus de tant de la population.

Ce critère pose le problème de l'existence de zone fragile dans des territoires sans réelle problématique de désertification

De fait, certaines ARS ont fait des miettes de territoires très précis alors que les règles de convention précisent que pour ouvrir des droits, il faut que le médecin exerce auprès des patients qui sont réellement dans une zone sous dotée, c'est à dire que les 2/3 de la patientèle doit se situer dans une zone fragile.

Toutefois, suite aux remontées du terrain, un changement des règles a été acté dans l'avenant 9 élargissant la zone au bassin de vie.

Ce remplacement de l'avenant 20 s'explique par le fait que les syndicats des Professionnels de Santé ont remarqué que dans certaines régions avec la définition des zonages ARS, il était possible qu'aucun professionnel de santé n'obtienne des aides. Des groupes de contact ont fait remonter ces considérations au comité national de pilotage.

Ici des échanges ont eu lieu avec le ministère : soit on change le zonage soit c'est la convention qui change. Il a été décidé de mixer les deux options

L'établissement de zonage est fragile car en évolution rapide (la situation de fragilité évolue très vite). D'où la nécessité de réaliser une maintenance des dispositifs.

Il existe également la méthode de l'Irdes sur l'Accessibilité potentielle localisée (APL), mais ici le zonage est fluctuant.

Un problème majeur est celui de la définition du zonage : Quelle est la bonne granularité du territoire ? Quelle pertinence des zones ?

- absence de méthode, de cadre sur la définition de zonage,
 - absence d'homogénéité car négociation par chaque commission,
 - absence de cartographie prédéfinie.
- ⇒ Ici se pose la question de la rationalité dans l'application des dispositifs

2. L'Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

Le vrai problème ce n'est pas seulement les aides, mais qu'est ce qui fait qu'un jeune ne va pas s'installer en zone sous dotée ?

Une évaluation des ENMR est prévue pour la fin année et un renvoi à la négociation est acté.

Il est décidé qu'un nouveau lot d'expérimentation va perdurer en 2014. Ensuite le relais sera pris dans le cadre des négociations pluridisciplinaires dès le 1^{er} trimestre.

Ici la position de la Cnamts est qu'« on ne rémunère pas parce que les gens sont ensemble mais parce qu'il y a des résultats, il faut prouver l'efficacité »

Pour l'Irdes, le mode de rémunération favorise les structures avec beaucoup de médecin mais nous ne disposons pas le résultat en terme de suivi des patients

La Cnamts ne favorise pas la coordination pour la coordination, elle a des exigences en terme de critère pertinent pour obtenir des résultats et refuse de donner des moyens à des structures non efficientes.

Indicateurs de moyens :

- Via logiciel pour le suivi des patients et coordination
- Rémunération sur Objectif de Santé Publique

Aujourd'hui les critères d'évaluation ne sont pas bons car notamment il n'y a pas eu d'évaluation des SROS. C'est un premier pas à améliorer pour promouvoir ce qui est le plus efficace, efficient et performance

Il faut améliorer les modèles avec des structures plus souples que simplement les MSP, tels les pôles de santé ou la coordination autour des parcours.

3. La question des centres de santé

La PLFSS impose une obligation de négocier en 2014 en cohérence avec la négociation sur la proximité. Mais il est impossible de faire 2 choses différentes. Le conseil de l'Uncam n'a pas encore travaillé mais il recherche une cohérence entre dispositifs.

La problématique des centres de santé, c'est le déficit dû au salariat.

Mais il est absurde d'exiger certains logiciels pour coordination des MSP, ou des centres de santé.

Il y a un retard d'une convention sur les Centres de santé. Il faut adapter le dispositif RSOP aux centres de santé.

Pourquoi ce déficit ? Il est lié à plusieurs facteurs :

- leur plage d'ouverture,
- leur productivité,
- leurs charges : il faut les baisser via une bonne organisation, une amélioration de leur coût de gestion.

Ce sont des rémunérations de structures mais leurs salariés devraient avoir droit au même dispositif de ROSP.

4. Quel point de vue de la Cnamts sur la question de désert médical ?

Ce sont les même grandes idées : reprendre les expérimentations, les orienter, les structures en laissant une souplesse d'adaptation régionale

La Cnamts n'a pas de position sur la problématique, il existe des analyses (cf. Direction des statistiques)

Toutefois, il y a un constat de problème de répartition et le problème d'accès aux soins n'est pas aussi aigu, mais il y a un changement de la façon d'exercer, les nouveaux médecins ne sont pas les mêmes (cf. enquête du ministère)

Sur la question des déserts des médecins en milieu rural c'est vrai mais il n'y a de patients non plus

Ce qui est vrai, c'est qu'il y a des zones moins attractives que d'autres.

Pour répondre à cette difficulté, pourquoi pas permettre des vacations ?

La Cnamts n'a pas d'opinion différente, toutefois, elle se positionne pour une meilleure prise en charge des patients nécessaires, une meilleure coordination, un meilleur parcours pour éviter les ruptures.

La Cnamts est dans l'action, pour changer la rémunération à l'acte, mais ce n'est pas l'institution qui va faire une étude complète sur le diagnostic.

5. Quelles collaborations Cnamts / ARS ?

Il n'y a pas de réponse au nom de la Cnamts, toutefois, il y a toujours des luttes d'influence, des luttes de pouvoir entre Etat et l'Assurance maladie ms aussi au niveau local, régional Les relations ARS et les CPAM sont variables selon les spécificités des ARS (taille, fonctionnement, organisation).

On fait faire beaucoup de choses aux ARS ms elles n'ont pas la culture de l'opérationnel, avec des personnes qui sont à la fois des partenaires et des concurrents.

D'où la nécessité d'un travail commun qui varie selon les individus, les cultures locales, sans omettre le rôle central de l'Assurance maladie sur la rémunération, sur les outils.

Donc sur le terrain, c'est encore difficile car il s'agit de deux acteurs importants avec des rôles ayant des redondances possibles.

Il existe un rapport de la cour des comptes sur le fonctionnement des ARS mais on est en attente d'un nouveau rapport de la MECS du sénat. Dans les cadre des entretiens réalisés par la MECS, la position du DG de la Cnamts est critique car les ARS ne st pas calibrées par rapport aux rôles qu'on veut leur faire jouer et par rapport à l'opérationnalité de leur action.

Par ailleurs, les ARS ont aussi des reproches à faire aux CPAM, notamment sur la transmission des données,

Il y a deux alternatives :

- soit on introduit une nouvelle réforme où on donne plus de pouvoirs aux ARS,
- soit on maintien le système et on améliore la répartition des responsabilités en instaurant des relations plus stables au niveau national et en créant au niveau local de relations plus calées.

Annexe 5 : Entretien avec Marie-Claude HITTINGER

Secrétariat général des Ministères sociaux

1. Thématique du désert médical : comment abordez-vous la notion même de désert médical ?

Il est nécessaire d'avoir de la part de la centrale un calibrage limité et équitable entre les différentes régions. Pour rappel, l'objectif des ARS est de 7% de la population.

La DREES et l'INSEE fait un travail de modélisation de la densité médicale mais certains choix n'étaient pas soutenables budgétairement.

Des discussions sont en cours sur le zonage visant un système plus souple, plus actif et dynamique. La réflexion est pilotée par la DGOS, et par la DATAR.

Il faut prendre en compte les spécificités des territoires (urbain / rural / périurbain) car ils sont difficiles à comparer.

La notion de désert médical (dans les accords conventionnels) est fixée sur le médecin. L'approche du Pacte territoire-santé (première approche d'une organisation des soins de proximité) fait du médecin le pivot de la démarche, mais on utilise aussi les paramédicaux (délégations et transferts de tâches).

La Stratégie Nationale de Santé réaffirme le rôle du médecin traitant (écrit sur le papier mais n'existe pas vraiment).

Concernant le zonage, les réflexions sont en cours. Le zonage SROS sert également à établir les territoires de mise en œuvre du praticien territorial de médecine générale (PTMG) : on transmet des chiffres aux régions selon la taille et les besoins pressentis.

Le diagnostic est fait lors du SROS (cf la méthodologie pour les zones fragiles) mais les contextes territoriaux sont tellement différents et le zonage est trop statique (il ne prend pas en compte l'évolution de l'offre avec les départs en retraites et ceux qui posent leur plaque). L'équilibre peut être précaire, la zone n'a pas de problème à l'instant t mais on peut anticiper qu'elle va basculer bientôt.

Maisons de Santé Pluridisciplinaire, centres de santé, le « Pacte territoire-santé » c'est neuf. Au fil de l'eau, on met de la souplesse. Les SROS ambu. ne sont pas opposables de toute façon. Les zonages conventionnels sont légers pour les médecins et restrictifs pour les autres paramédicaux.

La DGOS et la Direction de la Sécurité sociale sont derrière le Secrétariat Général pour dire « ça c'est impossible ». Les ARS et le SG priorisent l'approche territoriale. Les ARS essaient de dépasser les contraintes nationales en fonction des besoins des territoires.

Pas de définition univoque des territoires de santé et des zones fragiles.

Aucun texte coercitif pour la médecine libérale.

Il n'existe pas d'harmonie dans les mesures incitatives (Cour des comptes). L'année prochaine, il est programmé une nouvelle convention pluriprofessionnelle de l'Assurance maladie (financements forfaitaires, coordination, structuration offre de soins).

Le cadre national donné par la DSS, mais les ARS ne seront pas associées a priori ! C'est la sempiternelle discussion sur la responsabilité du pilotage national du système de santé.

2. Pilotage national, et dimension partenariale

Sur les marges d'amélioration en terme de pilotage national, la SNS donne des priorités, ça va aider à simplifier et à structurer le réseau.

Il faut donner des grandes priorités nationales et les adapter au niveau régional (les territoires sont très différents). Il faudrait arrêter de produire des textes, mais le flux ne s'est pas tari. Le SG réfléchit à la simplification administrative, à une approche par missions. Il existe toujours des contrôles divers et variés dont on pourrait se passer ?

La SNS propose des priorités nationales fortes. : une autre approche, autre organisation de l'ambulatoire. Mais les ARS vont les adapter aux besoins du territoire, au contexte local, aux priorités locales (dengue pas en Auvergne).

3. Thématique des outils et leviers

Par outils, nous entendons principalement les outils de diagnostic (SROS), d'incitation (CESP...), d'expérimentation (nouveaux modes de rémunération, délégation de tâches, télémédecine...) et de partenariats (regroupements pluridisciplinaires...).

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) finance ces outils, mais elle a peine à le croire. Suivi projet pour les différents outils (PTMG, CESP, ...). Nouveaux modes de rémunération (rentrent dans la négociation conventionnelle pluriprofessionnelle donc ils ne seront pas dans le PLFSS). Donc financement par l'Assurance maladie. Equipes collaboratives, financer des équipes. SISA (forfaits versés par la CPAM). Déjà financé sur le risque ville (NMR). On continue les anciennes MSP et on en fait de nouvelles.

Les MSP sont bonnes dans l'absolu, donc on ne les considère pas que comme une réponse à la désertification médicale. C'est la condition d'une médecine de parcours. Il va y avoir des résistances. Mais les jeunes générations sont sur ce mode d'exercice là (collaboratif, en équipe) qui les dégage des tâches administratives.

Les PTMG, en plus de la dimension financière, ont un attrait par rapport à la sécurisation financière (deux premières années) et aux avantages sociaux (couverture maladie maternité). Il prévoit un minimum d'actes et un plafond. Les patients sont labiles et schizophrènes (ils ne veulent pas le remplaçant ou le jeune médecin).

Le PTMG concerne la première installation ou le médecin installé depuis moins d'un an (Décret 14 août. 2013).

Il y a un objectif de PTMG par ARS. Ce sont les référents installations portent le dispositif.

Il va y avoir un référent installation dans les CPAM. Qui a décidé ça ? La CNAM apparemment. Vu la charge de travail, c'est plutôt bien perçu par les ARS : il faudra répartir les tâches.

Les ARS doivent s'adapter à leurs interlocuteurs locaux (CPAM ; Ordres, UFR, URPS, ...)

4. Partages d'informations ?

Le problème d'accès aux données de l'Assurance maladie (plus grande base de données de santé au monde) est mis sur la place publique. La Ministre a lancé l'OPA, on verra il faut trouver une solution. C'est une question très complexe, les chercheurs aussi voudraient avoir accès.

5. Bilan sur les outils existants

Il existe des documents récapitulant la mise en place des outils par ARS, mais ils ne sont pas publics.

Que peuvent attendre les ARS de la loi sur la santé annoncée par la Ministre pour 2014 ?

La nouvelle loi de santé est plus vaste que le domaine de la santé publique. L'objectif est la coordination entre tous les déterminants de santé (la médecine n'est que 15 ou 20%). Prévention, démocratie sanitaire, gouvernance, accès aux données, etc.

▼ Annexe 6 : Entretien avec Sylvie Mansion

Directrice générale de l'ARS Franche-Comté
19/03/2013

Après présentation du sujet du rapport de recherche action et de la trame d'entretien que nous avons préparé, Madame Mansion nous fournit certains documents :

- Un extrait du SROS ambulatoire de l'ARS Franche-Comté,
- Une note relative aux actions de développement de la médecine de proximité,
- Une note relative à la notion de territoire (cartographie – volume) réalisée dans le cadre d'un travail partenarial avec les élus locaux à la demande de la Ministres : quel est le territoire pertinent pour parler d'accès aux soins (pas le territoire de santé),
- Une note sur la définition des zones prioritaires,
- Une cartographie Maisons de santé en Franche-Comté,
- Un diaporama sur les MSP « deuxième génération ».

1. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les MSP sont des structures légères (cahier des charges souple) : en Franche Comté existent aussi des MSP « modèles », c'est-à-dire avec une forte densité de médecins (dont certains traitent des soins programmés et d'autres des soins non programmés, à tour de rôle), dotées de salles de petites urgences (points de sutures, plâtres) pour alléger l'hôpital.

L'objectif est de parvenir à un maillage du territoire avec ces maisons de santé « modèles » (qui pourraient à terme traiter par exemple du dépistage du cancer du col de l'utérus à la place des gynécologues en cabinet isolé).

Les médecins exerçant dans ces structures ne résident pas nécessairement dans la ville où elles sont implantées (deux exemples de maisons éloignées de Besançon alors que les médecins qui y exercent vivent à Besançon).

Les MSP permettent une souplesse quant à la question du temps médical disponible (effet 35h, conciliation vie pro vie familiale, rapport au travail différent).

Les « vraies » maisons de santé portent une autre vision de la médecine, ça n'est pas de l'opportunisme (pour obtenir des subventions) : une vision collégiale de la médecine (nécessité d'avoir à proximité des kinés et des radiologues par exemple). Les MSP sont également un lieu propice à la mise en œuvre d'une démarche de prévention (exemple des grossesses précoces en Franche-Comté).

Mme Mansion nous recommande la lecture d'une note de l'IRDES (2009) sur les MSP en Bourgogne et Franche-Comté sujet : évaluation des MSP Bourgogne et Franche-Comté.

L'enjeu pour ces MSP « modèles », c'est de les positionner sur le territoire de façon optimale : aujourd'hui leur implantation résulte des initiatives spontanées des professionnels de santé qui les portent, il faut arriver à convaincre les collectivités de réserver leurs financements aux projets respectant le cahier des charges de l'ARS et les zones d'implantations prioritaires qu'elle identifie avec ses partenaires. C'est l'objet du **Comité régional de sélection des MSP** (présidé par le Préfet, et qui réunit notamment CT) : il labellise les projets et flèche les financements vers les territoires identifiés prioritaires.

Les fédérations veulent attribuer aux médecins une responsabilité territoriale (santé publique, vaccinations...). Seulement 2% de la population des médecins exerce en MSP (8% en Franche-Comté).

2. Le levier financier

C'est le seul levier que l'ARS détient. Elle doit convaincre les CT pour orienter les financements.

Si l'ARS Franche-Comté croit beaucoup dans le potentiel des MSP, l'ARS Rhône Alpes (dirigée par Christophe Jacquinet) fait plutôt le pari des centres de santé. Mme Mansion n'y croit pas car pour elle il n'y a pas de modèle économique viable pour les centres de santé : les charges salariales excèdent forcément le produit de l'activité. A l'inverse, les MSP reposent sur un modèle libéral (rémunération fonction de l'activité). Elle pense que les jeunes ne veulent pas forcément être salariés mais veulent surtout travailler en groupe. En Franche-Comté, un seul centre de santé. Même en intéressant les professionnels de santé salariés des centres de santé aux résultats (comme le fait l'Assurance maladie avec les centres de santé dentaire), on n'arrive pas à les viabiliser économiquement (pour elle c'est une conséquence de la culture 35H).

Les MSP reposent sur deux logiques : soit l'investissement est porté à 100% par le privé, soit à 100% par le public. Pour Mme Mansion, un portage 100% public n'est pas une bonne solution car les professionnels de santé qui y exercent n'ont pas le même attachement aux murs, et on risque de les voir partir (cas des MSP vides après avoir été financées en grande pompe par certaines collectivités). Il faudrait parvenir à un système de portage mixte, associant public et privé, mais en tout cas il faut dissuader les Collectivités Territoriales de porter l'investissement à 100%.

Sur la différence entre pôles et maisons de santé, c'est essentiellement culturel (en Bretagne il y a beaucoup de pôles, en Franche-Comté beaucoup de maisons). Souvent un pôle est au sein d'une même ville, mais il permet aux professionnels de santé de s'organiser en réseau, c'est fonctionnel. La loi Fourcade

3. L'enjeu de la formation en médecine générale

Elle nous recommande de lire le rapport d'Elisabeth Hubert sur la formation des généralistes.

Il existe aujourd'hui un problème de périmètre d'activité du médecin généraliste : 80% des gens qui fréquentent les urgences pourraient être pris en charge par un médecin généraliste, mais ils se rendent aux urgences d'une part pour bénéficier du tiers payant, d'autre part parce qu'ils craignent de ne pas trouver la ressource médicale à proximité (par exemple un radiologue).

Il faudrait régionaliser les ECN (proposition rapport Maurey) pour limiter l'héliotropisme des internes au moment de leur installation : la régionalisation permettrait de garder les internes stagiaires sur le territoire (et d'anticiper mieux les besoins..).

4. La question des stages

S'agissant du lien entre les MSP et l'attraction d'internes, il est établi que, sous réserve d'un bon accompagnement (logement, transports) les internes effectuant leur stage en MSP restent. Les stages sont un levier puissant pour les professionnels de santé et pour les

pouvoirs publics. Au sein des universités, le collège régional des généralistes enseignants fait du prosélytisme pour trouver des maîtres de stage.

On assiste de plus en plus à une désaffection pour la médecine générale, cette spécialité est de moins en moins choisie, et même évitée dans certains cas (redoublements stratégiques). Mais pour les internes qui choisissent la médecine générale, on a un problème pour trouver des maîtres de stage (en Franche Comté l'ARS conditionnent son soutien aux MSP à l'accueil de stagiaires).

Il y a aussi la question du stage d'initiation (avant l'internat), théoriquement obligatoire, mais les facultés ne jouent pas toujours le jeu (mais en Franche Comté tous les étudiants le font, il faut les accompagner financièrement, l'ARS et les CT peuvent intervenir : ainsi des MSP sont équipées de studio pour héberger les stagiaires).

Le rôle des URPS varie d'une région à l'autre, et d'une profession à l'autre : en Franche-Comté ça se passe très mal avec l'URPS médecins (mais bien avec les dentistes), alors qu'en Bourgogne les relations sont bonnes. Ainsi l'interlocuteur de l'ARS Franche-Comté est plutôt la fédération des maisons de santé.

5. Sur la question des relations avec les partenaires

La collaboration avec les CPAM est difficile, il faut attendre un changement de direction pour que les enjeux de pouvoirs s'apaisent et qu'une collaboration plus franche puisse voir le jour.

Les relations avec les ordres sont très bonnes.

Les ARS entretiennent peu de lien entre elles (pilotage national défaillant) même sur les zones limitrophes. Echanges informels entre directeurs, mais pas d'outils d'échanges des bonnes pratiques à ce niveau. Par contre, il existe des séminaires inter régionaux entre les équipes des différents services.

6. S'agissant de la communication

Les sites des PAPS sont très variables d'une région à l'autre (plus ou moins à jour, plus ou moins complets). Aucune évaluation de ces outils n'est actuellement programmée.

L'ARS communique beaucoup avec les étudiants (stands à la rentrée, speed dating entre médecine de ville et internes, rencontres, réseaux sociaux..). La communication n'explique pas selon elle l'échec de certains outils et notamment du CESP.

L'interlocuteur unique existait avant la mise en place des référents installation décidée dans le cadre du PTS (PAPS : 4 personnes en Franche-Comté : elle voulait nommer les 4 référents, mais MST ne voulait qu'un seul nom..).

7. S'agissant du CESP

C'est un dispositif mal conçu pour plusieurs raisons :

- Il est réservé aux généralistes (alors qu'avant les Epreuves Classantes Nationales (ECN), les étudiants ne sont pas prêts à s'engager dans cette spécialité, ils pensent pouvoir avoir « mieux »), toutefois l'ouverture récente aux dentistes va dans le bon sens.
- D'autre part les zones déficitaires évoluent dans le temps : une zone déficitaire à la signature du CESP ne le sera peut être plus quand l'étudiant s'installera.
- Enfin les étudiants n'ont pas toujours envie ou besoin de s'engager sur du si long terme (question du remboursement si le contrat n'est pas rempli).

8. Sur la télémédecine

Les hôpitaux locaux ont vocation à devenir une plate forme de ressources pour articuler mieux la ville et l'hôpital. Par exemple en cardiologie, on peut faire des téléconsultations à distance pour optimiser la ressource « cardiologue ». De façon générale, pour le traitement des pathologies chroniques la télémédecine offre des perspectives intéressantes. Dans le PRS on a un Plan régional de télémédecine avec 5 orientations nationales (prisons, AVC,...) et des orientations régionales (Ephad, télédermato, ...), auxquelles il faut ajouter les initiatives des PS.

Le problème majeur, c'est que la télémédecine n'est pas incluse dans la nomenclature des actes (gérée par l'Assurance maladie). Comment payer ceux qui accompagnent le patient ? Il faut des professionnels de santé des deux côtés. Aujourd'hui c'est financé par l'ARS, par un forfait, sur le budget expérimentation. Autre problème secondaire : il faut du haut débit partout (incitation forte envers les CT : l'ARS finance la télémédecine si elles financent l'équipement numérique).

9. A titre de conclusion

Sur l'évolution démographique, on va assister à une dégradation jusqu'en 2020, puis un redressement à partir de 2025. En Franche-Comté diminution du nombre de professionnels de santé de 20% d'ici 2018.

Mme Mansion souligne l'importance de l'évolution du rapport de la population au médecin : le niveau d'exigence (d'impatience) s'est accru. D'autre part notre politique de santé est trop orientée sur le curatif et pas assez sur la prévention (y compris des RPS). Par exemple sur Alzheimer, le meilleur moyen de se prémunir est l'activité physique (mais au lieu de prescrire de faire du sport, comme la ville de Strasbourg, on prescrit trop de médicament).

La prévention est essentielle pour agir sur la demande. Il existe beaucoup d'initiatives mais on « écope avec une cuillère à café ». Il faudrait inverser la vision : partir de la vision préventive et pas de la vision curative, associer franchement l'éducation nationale, renforcer l'éducation thérapeutique : faire du patient un acteur de soins et pas qu'un consommateur, mieux maîtriser les comportements pathogènes (individuels) et les facteurs environnementaux (collectifs), et responsabiliser les médecins en introduisant un module sur la place et le rôle des médecins dans la société au cours de leur formation (acteur social et économique, chèque en blanc sur les deniers de la république).

L'éducation thérapeutique concerne spécifiquement les patients atteints de maladies chroniques à qui on apprend à gérer leur maladie, pour qu'ils passent de consommateur à acteur. Par exemple Sophia. Par exemple PRADO (mais dispositifs gérés par l'Assurance maladie).

Annexe 7 : Rencontre avec 6 Praticiens Conseils de la 46^{ème} promotion en Formation Initiale Praticiens Conseils

28 novembre 2013

1. Profils médecins conseils en formation :

- 2/3 sont des femmes (idem démographie médicale)
- âge moyen 48 ans, soit une longue expérience de praticiens en exercice
- 1/3 sont des médecins spécialistes

2. De leur points de vue, existe t'il réellement des déserts médicaux ?

- Le temps d'attente pour obtenir un RDV médical est la preuve de l'existence de déserts médicaux ; de fait, il y a désert partout
- Le critère démographique de 3 médecins généralistes pour 1000 n'est pas pertinent car les médecins n'acceptent plus la même charge de travail

3. Qu'est ce qui explique la problématique de désert médical ?

- Les conséquences des politiques des 20 dernières années :
 - L'instauration du numerus clausus a entraîné une diminution du nombre de médecins
 - L'instauration de l'internat (avec suppression du CES) a induit un blocage de l'accès aux spécialités,
 - ⇒ Cela a entraîné une dévalorisation de la médecine générale (médecine générale par défaut suite internat)
 - Manque de réactivité politique entre le constat/les besoins et les effets de la politique
- Le contenu de la formation des professionnels de santé:
 - La formation universitaire des médecins survalorise les carrières hospitalières, universitaires, de spécialité aux dépens de la médecine de premier recours
 - Le manque d'attractivité de la spécialisation en médecine générale : à ce titre, il est difficile d'obtenir un stage de médecine générale
 - La formation se fait dans les grandes villes universitaires, ce qui explique le refus pour les médecins sortant de formation de travailler dans des zones sous denses avec peu de services publics => concentration dans les pôles d'attractivité
- La mutation de la société :
 - Féminisation de la profession : 75% des étudiants en médecine sont des femmes. En outre, l'évolution de l'internat fait que les femmes médecins ont déjà des enfants en bas âge lors de leur installation
 - Evolution des attentes des étudiants en médecine : exigence en terme de temps de travail et qualité de vie : repos compensateurs, 35 h pendant internat
- Les difficultés d'installation et les conditions d'exercice en qualité de médecin généraliste libéral
- Les contraintes de l'exercice en milieu rural :

- Le temps de prise en charge dans le milieu rural est plus lourd car l'environnement est faible en spécialistes
 - L'organisation des gardes : les contraintes de garde sont lourdes dans les milieux ruraux, en terme d'espace géographique couvert, de récurrence et de niveau de rémunération
 - La position du Conseil de l'ordre sur l'organisation des gardes reste figée même dans les territoires marqués par une faiblesse des actes et même quand il existe en proximité le Samu et l'hôpital
 - La difficulté des liens avec l'hôpital
- Les attentes des patients ont évoluées avec le passage d'une médecine humaniste/paternaliste à une médecine technique/médecine de spécialité
=> ici les attentes des patients se concentrent sur l'acte technique
- Autres difficultés : déserts médicaux de spécialistes et d'infrastructures

L'ensemble de ces éléments expliquent que seul 1 généraliste formé sur 10 s'installe en libéral.

Le modèle libéral n'est plus adapté aux attentes de la société car la nouvelle génération de médecin est en recherche de sécurité du cadre de travail, d'un travail en groupe, d'un travail compatible avec la vie personnelle.

4. Quelles opinions ont-ils des outils proposés ?

- Sur les actions favorisant l'installation en zones sous denses :
- les étudiants en médecine ne sont pas concentrés par leurs perspectives de sortie pendant leurs premières années de formation ;
 - les étudiants ne bénéficient pas de cours sur l'installation dans les 6 premières années de leur parcours.
- Sur les mesures de l'AM favorisant l'installation dans les zones rural par la rémunération :
- pas efficace car ce n'est pas l'aspect financier qui incitera l'installation d'un médecin en zone sous dense et notamment en zone rurale
- Sur la délégation de tâches :
- Principe de refus car absence de confiance,
 - Problème de responsabilité car c'est le médecin qui est responsable des actes de l'ensemble de l'équipe
- Sur la télémédecine :
- Pas de réel bilan des expérimentations de télémédecine mises en place
 - Quels effectifs, quels délais, quelles technologies ?
- Sur le salariat :
- Accord de principe mais avec un vrai salaire, avec une embauche de médecins 3 fois plus importante
 - Mais l'intérêt du libéral demeure pour les spécialistes du secteur 2
 - Deuil de la rémunération au profit de la qualité de vie
- Sur les MSP :
- Accord de principe
- Sur la médecine nomade :

- C'est une solution, mais les règles posées par le Conseil de l'ordre manquent de souplesse (pour rappel l'exercice professionnel doit se faire sur un lieu principal et l'exercice nomade doit se limiter à 2 lieux).
- Il faut introduire de la souplesse réglementaire.

5. En conclusion, les médecins conseils mettent en avant 4 points forts :

- La multiplication des outils et le poids des cadres réglementaires (passage de la morale à la loi) :
 - Problème des gardes
 - Problème de la permanence des soins
 - Problème de complexité des dispositifs
 - Problème des gains financiers => manque d'ampleur
- Les solutions non efficaces :
 - les mesures contraignantes car elles risquent de diminuer le nombre de volontaires aux études de médecine ou risquent d'entraîner l'arrêt de l'exercice pour certains
 - les mesures financières car ce n'est pas un argument face aux aspirations personnelles de la nouvelle génération
- Les solutions efficaces :
 - le salariat mais à condition que le salaire soit important et que l'exercice se fasse réellement dans les conditions de salariat
 - la revalorisation du tarif de consultation (car pour rappel le tarif horaire des médecins généralistes est très faible) => la France est le pays où les généralistes sont les moins payés de l'UE
Rappel : la paie d'un interne est de 1700€, la rémunération d'une garde est de 400€ pour 24h, le revenu moyen est de 6000€ sachant que le taux horaire moyen est de 27€
 - la reconnaissance de la valeur de la médecine
 - l'adoption de relais => ici l'attention est mise sur les conséquences de la politique de fermeture des petites structures hospitalières

▼ Annexe 8 : Entretien avec Lilian Brosse

Responsable du pôle offre de soins ambulatoires à l'ARS Rhône Alpes, référent installation
5 juin 2013

Après avoir présenté à M. Brosse l'objet de nos travaux de recherche action, il nous propose de nous mettre en contact avec Pierre de Haas, président de la fédération française des maisons et pôles de santé, qu'il connaît bien.

1. Diagnostic de la région Rhône Alpes

➤ Zonage

La notion de désert médical doit être prise avec précaution. La région Rhône Alpes est plutôt privilégiée, à la fois en matière de démographie médicale et d'état de santé de la population. Quelques spécificités doivent cependant être relevées : la forte saisonnalité de la population, multipliée de 6 à 10 fois dans certaines zones touristiques (Alpes l'hiver, Drôme Ardèche l'été) ce qui peut poser des difficultés ponctuelles d'accès aux soins. Les difficultés territoriales d'accès aux soins sont concentrées dans les zones de montagne et dans les zones rurales de la Drôme ou de l'Ardèche.

S'agissant du zonage, la « méthode des 30% » (une zone sous dense est une zone comportant 30% de médecins en moins que la moyenne nationale et une activité 30% supérieure à la moyenne nationale) ayant été abandonnée après 2008, la détermination des zones fragiles dans la région a obéi à une logique populationnelle : le ministère a fixé par région un taux maximal de la population résidant en zone fragile (9% en Rhône Alpes, soit 611 723 habitants). L'ARS a utilisé une méthode, définie avec l'Insee, consistant à identifier 290 communes « pôles d'attractivité », à tirer un rayon de 20km à partir de ces pôles et à « scorer » ces pôles en fonction d'une vingtaine d'indicateurs (état de santé de la population etc.). Après application de cette méthode, il ressortait que 1,2 millions de personnes résidaient en zones fragiles : il a donc fallu arbitrer (sortir certaines zones de cette catégorie) avec les ordres et l'URPS pour aboutir à un zonage conforme au plafond populationnel défini par le Ministère.

Cette méthode, qui semble curieuse, est justifiée par le fait que le zonage permet ensuite l'application des mesures conventionnelles d'incitation à l'installation (enjeu financier). D'autre part, les ARS n'ont pas harmonisé leurs méthodes, chacune ayant réalisé le zonage comme elle l'entendait (le seul critère contraignant étant ce seuil populationnel défini par le Ministère,). Ainsi, des problèmes de cohérence ont pu voir le jour dans certains cantons limitrophes (notamment avec la région PACA) : certains cantons similaires n'étant pas considérés de la même façon par leurs ARS respectives.

L'inexistence d'un socle de base national nous surprend et interroge quand à une certaine équité entre les territoires.

Pour aller au delà du critère populationnel », l'ARS Rhône Alpes a défini des « zones de vigilance », c'est-à-dire que les zones fragiles qui n'ont pas été retenues à cause du seuil de population font quand même l'objet d'une attention particulière de la part de l'ARS, notamment concernant les projets de MSP. Malgré cette méthode « qui semble mettre la charrue avant les bœufs » le zonage est fin et pertinent. Lire le SROS pour davantage de précisions sur cette méthode.

Les zones fragiles constituent la clef pour déployer les aides conventionnelles. Or aujourd'hui le zonage « médecins » (pluriprofessionnel) est fait par l'ARS surtout en concertation avec les ordres et les URPS, l'Assurance maladie n'étant pas associée. A l'inverse, le zonage des autres professionnels de santé (kiné, dentistes, infirmiers, etc) est fait par l'Assurance maladie, l'ARS ayant une toute petite marge de correction (utilisée notamment pour le zonage infirmiers). Il y a là un potentiel intéressant d'évolution du système, puisqu'aujourd'hui les zonages ne sont pas harmonisés. On reste aujourd'hui dans une approche par catégorie de profession mais on pourrait imaginer à l'avenir une approche plus intégrée au niveau du territoire, notamment dans la perspective de renforcement de la coopération interprofessionnelle (et une vision moins cloisonnée de l'offre de soins). Dans l'élaboration des zonages, la coopération CNAM Ministère passe par des protocoles très complexes et très lourds sur le partage des données.

Pour l'anecdote, Lyon et St Etienne seront une seule ville d'ici 2050.

➤ PAPS

Lors de la mise en place de la PAPS, les ordres professionnels ne comprenaient pas à quoi cet outil servirait. Il a fallu déployer des trésors de pédagogie, de dialogue et de conviction pour convaincre les multiples partenaires (CPAM, ordres, URPS, MSA, facultés, préfecture, CG, CR, internes et étudiants, MSP, réseaux, IFSI, centres de santé... plus d'une centaine au total) de travailler en bonne intelligence avec l'ARS. En Rhône Alpes après 9 mois la dynamique s'est lancée (début 2012) et la PAPS est vraiment pilotée de façon très partenariale. Ce n'est pas le cas dans toutes les régions, ça dépend des personnes (à la fois côté ARS et côté partenaires, notamment les URPS qui dans certaines régions ne sont pas des partenaires faciles...). La PAPS réalise notamment un suivi des projets structurants pour l'offre ambulatoires.

En Rhône Alpes, l'ARS est dans une bonne dynamique de partenariat avec l'Assurance maladie.

2. Outils des ARS pour organiser l'offre de soins ambulatoires

➤ Le SROS

Le SROS a été élaboré de façon partenariale : mise en place d'un groupe régional avec l'Assurance maladie, l'URPS, le CR, 1 CF, les ordres... Grande concertation, à la fois pour élaborer le SROS et le plan d'action. Le SROS dure cinq ans (avec révision à mi parcours). Il faut lire les SROS des trois ARS étudiées.

➤ Les pôles et les maisons de santé

Les MSP constituent le terreau idéal pour déployer la loi HPST. Beaucoup d'élus se sont engouffrés sur ce sujet, il jouit d'une visibilité politique forte. En 5 ans, 1400 MSP ont été créées au plan national : risque d'effet d'aubaine. En Rhône Alpes il n'y a que deux « coquilles vides ». L'ARS s'efforce de convaincre autour de l'idée qu'une MSP ne requiert pas forcément de murs mais surtout une équipe de professionnels de santé désireux de se rassembler autour d'un projet de santé.

Dans le Code de la santé publique, on définit les pôles et les maisons de santé.

Maisons de santé : ([Art. L. 6323-3.](#))

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Pôles de santé (Art L.6323-4) :

"Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale."

Ainsi, la présence de murs et le regroupement géographique ne sont requis ni pour le pôle ni pour la maison. Pour les maisons, un projet de santé est requis, pas pour le pôle. Au delà de ces définitions juridiques, on a tendance à considérer sur le terrain (et chez les élus) qu'une MSP a des murs et qu'un pôle est simplement un réseau fonctionnel de coopération.

S'agissant du contenu, la coopération au sein d'un pôle se traduit par des réunions de concertation des professionnels de santé autour de « cas-patients » (parcours de soins problématiques), de partage d'informations au quotidien (messagerie électronique sécurisée). Même si un projet de santé formel n'est pas requis pour faire exister un pôle, il existe presque toujours dans les faits. C'est un document très évolutif, élaboré progressivement. Le dispositif monte en charge au fur et à mesure, les professionnels de santé libéraux commencent entre eux, puis concluent des conventions de partenariat avec des établissements, etc.

S'agissant du rôle de l'ARS, elle est destinataire pour information des projets de santé mais ne labellise pas les pôles ou les maisons. En revanche, elle apporte son soutien notamment à travers la PAPS (orientation vers les bons interlocuteurs etc.). A l'ARS Rhône Alpes, des correspondants et « tiers facilitateurs » ont été formés dans les délégations territoriales pour prêcher la bonne parole et accompagner les initiatives du terrain. Notion de « tiers facilitateurs » (notion reprise par l'Acse pour déployer des projets similaires dans les Zus). Ils vont à la rencontre de professionnels en compagnie de membres de la fédération des MSP (dont le président fondateur Pierre de Haas exerce en Rhône Alpes). L'ARS organise des séminaires dans les départements pour réunir les équipes en projet et les équipes en fonctionnement... Dans d'autres régions, cet accompagnement est externalisé par l'ARS, qui s'appuie sur des consultants. En Rhône Alpes comme en Franche-Comté, l'ARS compte plutôt sur elle-même (notamment parce que les travaux des consultants étaient chers, médiocres et issus de données qu'ils demandaient à l'ARS de fournir... Ou comment jeter l'argent du FIR par les fenêtres...). Ainsi, le rôle de l'ARS semble essentiellement être de fédérer et d'accompagner les initiatives du terrain, et de « prêcher la bonne parole ».

Sur la question de l'orientation des MSP là où elles sont le plus nécessaires dans une perspective de structuration de l'offre de soins, l'ARS fait du lobbying auprès des élus pour éviter qu'ils financent des projets à des fins seulement politiques.. Mais c'est compliqué, à titre d'exemple il est arrivé que la préfecture participe au financement de projets auxquels l'ARS avait dit non.. En fait, les élus ont du mal à comprendre l'intérêt des pôles (exercice collectif sans les murs) car ça n'est pas assez visible et concret pour eux (à la différence d'une maison, identifiable par les électeurs..). La question immobilière crispe beaucoup les différents acteurs. Il faut faire comprendre aux élus qu'ils peuvent aider sans forcément financer d'investissement immobilier : par exemple en favorisant l'accueil de stagiaires (logement / transport), en équipant le territoire avec de la fibre optique, en mettant des locaux à disposition pour héberger les réunions des acteurs d'un pôle de santé, etc. L'ARS insiste sur l'importance qu'un projet de Maison de santé émane des professionnels de santé.

Sur le lien entre les MSP et la lutte contre les déserts médicaux, c'est important mais il ne faut pas réduire les MSP à cette seule fin. C'est avant tout un outil de structuration du système de santé de demain, et ça vaut le coup de soutenir les regroupements même s'il n'y a pas de problème démographique.

➤ Les étudiants de médecine

Les MSP constituent également un outil d'attractivité pour les étudiants (dans le cahier des charges, il faut un maître de stage généraliste dans les MSP). Les étudiants d'aujourd'hui sont attirés par l'exercice collectif, et ont des aspirations différentes de leurs aînés (conciliation vie familiale vie professionnelle). Ils sont davantage mobiles (acceptent d'habiter loin de leur lieu de travail), veulent maîtriser mieux le volume de leur patientèle (en ville il existe des stratégies d'évitement de certains patients par micro-spécialisation : médecine du sport par exemple, alors qu'à la campagne un médecin exerçant seul subit un volume de travail très important et des cas complexes ou peu stimulants). De plus les étudiants sont habitués au travail en équipe par leur formation (hôpital). Sur la désaffection de l'exercice libéral, les représentations des années 1980-1990 de tracasseries administratives imposées aux « gentils médecins par la méchante Sécu » ont fait des ravages. Cela explique en partie l'appétence pour le salariat dans les nouvelles générations. En gros, génération 35h. Les nouveaux étudiants sont également plus réceptifs à la coopération interprofessionnelle, moins jaloux de leurs prérogatives que leurs aînés. La coopération est essentielle (exemple d'un diabétique buvant du coca à son domicile, dénoncé à son médecin par son infirmière afin qu'il adapte son traitement). L'ARS a un rôle à jouer pour faire évoluer les mentalités : interventions dans les facultés de médecine et dans les IFSI pour prêcher la bonne parole dès la formation initiale.

➤ La coopération interprofessionnelle

La coopération interprofessionnelle est difficile car les décrets définissant les actes par professionnels de santé n'ont pas été modifiés après la loi HPST. La loi HPST mise au contraire sur les expérimentations, innovations et initiatives du terrain, via la mise en place d'un circuit (HAS/ARS) de validation des protocoles de délégation de tâches.

Mais les professionnels de santé se sont montrés plutôt timides, et certains professionnels de santé qui pratiquent des délégations « illégales » depuis longtemps préfèrent ne pas se déclarer à la HAS de peur d'être sanctionnés.. Les mentalités évoluent cela dit : cf un article de l'ordre en 2011 acceptant les salles d'attente communes entre médecins de différentes spécialités et professionnels de santé de différentes catégories.

La coopération interprofessionnelle est intégrée dans l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération.

➤ Nouveaux modes de rémunération

Six régions ont été sélectionnées depuis 2008 pour expérimenter quatre « modules » de nouvelles rémunérations au forfait : management de la structure, éducation thérapeutique, coopération, capitation (abandonné). Le module relatif à la coopération vient d'être lancé : il s'agit de rémunérer le professionnel de santé à qui est délégué un acte : l'ARS instruit les dossiers et décide, l'Assurance maladie paie sur le fonds gestion du risque. L'expérimentation prend fin en décembre.

Au niveau national, plutôt que de recourir à la voie réglementaire, Marisol Touraine a choisi de placer le thème des nouveaux modes de rémunération au menu des négociations conventionnelles. Stratégie risquée sur le plan syndical mais justifiée par la nécessité de faire pleinement adhérer les parties prenantes à ces nouveaux modes de rémunération (y compris la CNAM). Ces négociations devraient déboucher sur la création des « forfaits structures » (module 1 : management des structures) qui actuellement correspondent à des enveloppes comprises entre 30 000 et 90 000 euros versés aux structures (calculé en fonction de l'effectif de professionnels de santé et de la structure de la population en terme de CMU et d'ALD), réparties entre les professionnels de santé comme ils le souhaitent, en contrepartie d'objectifs de santé publique souples (« ras des pâquerettes »). L'Irdes est chargé d'évaluer ce dossier, qui pour l'instant semble en bonne voie.

Ainsi, on parviendrait à dépasser le seul paiement à l'acte en le combinant avec une rémunération forfaitaire, une rémunération mixte. A terme, pourquoi pas envisager un remboursement des soins à l'équipe sous forme de forfaits. C'est l'idée d'un socle interprofessionnel commun avancée dans les années 1990. Mais les syndicats (CSMF notamment) restent attachés aux principes de la Charte de 1927.

➤ Rôle de l'ARS et organisation interne

L'ARS intervient dans les études (4 fois par an en médecine, 3 fois par an en IFSI). Mais il faut monter en puissance, intervenir avec davantage d'acteurs et soigner la cohérence des messages délivrés aux étudiants.

A l'ARS Rhône Alpes, Lilian Brosse quitte ses fonctions dans un mois et il n'est pas encore certain qu'il soit remplacé, en tout cas il n'y a eu aucun tuilage avec son éventuel successeur. Pose la question de la pérennité des projets conduits en terme de lutte contre les déserts médicaux. Ses partenaires sur le terrain sont inquiets. La réduction des moyens imposée aux ARS menace certaines missions, qui pourraient à terme être externalisées (l'accompagnement aux projets de MSP est déjà externalisé dans beaucoup d'ARS, qui recourent à des consultants).

Le Ministère a pourtant donné comme priorité aux ARS la mobilisation sur les soins de premier recours. En Rhône Alpes, avant la création de l'ARS, le premier recours n'était pas identifié en tant que tel dans l'organigramme. Les ressources faibles (2 personnes puis 1) étaient noyées dans les ressources hospitalières. LB a ramé pour obtenir cette reconnaissance et cette lisibilité (le DG précédent a compris et a mis les moyens), mais cette structuration est très précaire (formation des correspondants dans les délégations territoriales : ils ne voulaient pas aller sur le terrain). La place accordée au sein de l'ARS au service premier recours dépend largement de la volonté du DG, et des ressources dont il dispose. C'est pourquoi certaines ARS externalisent les missions de structuration de l'offre de soins à des consultants (en Picardie l'accompagnement des projets MSP est externalisé, en Languedoc Roussillon l'Ars subventionne la fédération régionale des MSP, etc). Il y a une adaptation aux contextes et aux enjeux locaux.

Sur les moyens : l'ARS Rhône Alpes est passée de 850 à 720 agents depuis sa création (en 3 ans) : coupes importantes. Les moyens dédiés au premier recours sont passés au siège de 8 ETP à 5. Dans les 8 délégations territoriales, il y a un binôme médico-administratif chargé notamment du premier recours, mais pas que. Moyens fragiles. Beaucoup de gens ont quitté l'ARS à cause des difficultés d'organisation interne, il y a une perte de compétence collective liée à ces départs non remplacés (ou mal remplacés...), et de plus l'ARS est de moins en moins attractive et a du mal à recruter (à cause des problèmes internes, qui rejaillissent sur l'extérieur).

Dans les ARS de taille plus réduite, il y a moins de difficultés d'organisation. Mais la question de la capacité de l'ARS à remplir les missions confiées se pose, les économies qu'on lui demande l'affaiblissent (et Rhône Alpes est un territoire immense). De plus, problème de la coexistence en interne de cultures professionnelles très différentes (Assurance maladie + différents corps de fonctionnaires). La mayonnaise n'a pas encore pris.

➤ Les centres de santé.

Les CS contribuent à l'organisation des soins de premiers recours. En Rhône-Alpes sont présents 13% des centres de santé de France. Le problème des centres, c'est qu'il n'y a pas de modèle économique viable (on ne peut pas demander à un médecin salarié de « travailler » plus, il gère ses consultations comme il veut).

Ainsi l'ARS mise plutôt sur la complémentarité entre les centres de santé et l'offre libérale, et peut soutenir la création d'un centre dans un territoire s'il y a carence de l'offre libérale (l'ARS l'a fait à Cluzes). Le portage peut être confié à une municipalité ou à un établissement de santé. L'ARS s'appuie également sur les projets de restructuration des centres de santé pour pousser en faveur de leur polyvalence (intégration d'un médecin dans un centre de soins infirmiers par exemple, cf. un exemple dans la Loire) et pour mettre du lien entre professionnels de santé salariés et professionnels de santé libéraux.

Des montages juridiques sont toujours possibles pour satisfaire les attentes des médecins (cf anecdote : Une fois un médecin a planté l'ARS une semaine avant d'inaugurer une maison de santé, il ne voulait plus en faire partie finalement : quelqu'un a trouvé un médecin mais il voulait absolument être salarié : l'ARS a fait un montage pour faire salarier le médecin par l'hôpital qui l'a mis à disposition auprès de la MSP). Ces montages peuvent ensuite faire tâche d'huile. On se demande si cette souplesse est particulière à Rhône Alpes ? La rigidité de certaines ARS expliquerait le mauvais climat entre partenaires dans d'autres régions ?

L'Assurance maladie a des centres de santé. Conventions mal faites selon les centres, qui cherchent une reconnaissance plus importante. Rapport Igas en cours sur les centres de santé : toujours pas de modèle économique viable, attendons ce rapport. Avec des équipements lourds (type IRM) ils peuvent éventuellement rentrer dans leurs frais.

Besoin d'anticiper les besoins car les projets structurants prennent du temps. Souvent on réagit quand il est trop tard.

➤ Le CESP

Décollage très timide en France et en Rhône Alpes. Bel outil pourtant. Aujourd'hui les étudiants sont plus enclins à contractualiser qu'en 2010. Pourquoi ça ne marche pas ? Difficulté à se projeter aussi loin pour les étudiants de premier et deuxième cycles. Plus facile pour les internes. Une cinquantaine seulement de contrats en cours en Rhône Alpes.

Il y a eu très peu de communication de l'ARS. Un doyen a freiné pour des motifs politiques. Les étudiants ont eu au début de grosses craintes sur le non-respect des engagements.

Aujourd'hui il n'y a plus de pénalité, mais remboursement des sommes perçues quand même. Les jeunes CESP doivent être accompagnés individuellement par l'ARS (mais elle manque de moyens pour assurer cet accompagnement individuel, il n'y a que deux référents CESP en Rhône Alpes...). Il faut leur mâcher la béquée, ils ont du mal à se prendre en main. Dans deux semaines l'ARS réunit pour la première fois tous les contrats en cours (au bout de 3 ans quand même....). Mais ça pourrait décoller (cf objectif 2000 CESP dans le Pacte). On a ouvert aux chirurgiens-dentistes et aux spécialistes.

Problème de visibilité à long terme des zones sous denses. L'ARS publie des lieux d'exercice qu'elle propose aux signataires de CESP (aujourd'hui une trentaine). Elle choisit ces lieux en fonction des projets de maisons de santé (toutes les zones fragiles ne sont pas concernées). Le choix du lieu d'installation est décidé en concertation avec le signataire du CESP, ça doit être la rencontre de deux volontés. La plupart des étudiants CESP le sont par nécessité financière, le financement des études semble être la motivation principale.

Dans la loi HPST, il y avait aussi le Contrat santé solidarité, beaucoup plus coercitif (avant sa suppression par la loi Fourcade). Ça a contribué à brouiller le message auprès des PS, qui se sont instinctivement méfiés du CESP. Aujourd'hui on revient un peu à l'esprit du contrat santé solidarité par la voie conventionnelle (option démographie et option territoire) : l'idée est d'inciter des médecins n'exerçant pas dans les zones sous denses à s'y rendre de temps en temps pour aider.

➤ La Télé médecine :

Le Pacte territoire-santé évoque la télé médecine (dermatologie).

En ambulatoire ça a très peu pris. Le problème est celui de la rémunération pour un acte non référencé dans la NGAP. Réticence de l'ordre des médecins, et peu d'initiatives du terrain. Le financement est aujourd'hui assuré par le Fonds d'intervention régional.

Groupe télé médecine à l'ARS Rhône Alpes, chargé du suivi des projets libéraux. Des initiatives sont dans les têtes mais pas encore concrétisées. Trois dossiers en cours de formalisation en Ardèche et dans la Drôme.

On peut s'appuyer pour la télé médecine sur les pharmaciens (arrière salle). Les projets s'appuient sur des maisons ou des pôles de santé. Deux projets ont été retoqués l'année dernière.

Pas encore de cahier des charges, mais sujet en cours de réflexion. Les orientations nationales sont dispersées. Le cadre est flou donc il y a une certaine réticence des professionnels. Le PTS tente de relancer la dynamique.

La télé médecine peut fonctionner dans les deux sens (de l'hôpital vers libéraux ou des libéraux vers l'hôpital, voire entre libéraux). Besoin de très haut débit, donc couverture du territoire requise (et problème car les zones fragiles sont aussi des déserts numériques : voilà un sujet où les collectivités seraient utiles...)

Pour l'instant aucune discussion conventionnelle sur la télé médecine (sauf un article dans la convention médicale de 2011 mais il ne dit pas grand chose) et aucun projet d'inclusion dans la nomenclature des actes.

Comment tarifier la télé médecine avec le FIR ? Lien avec l'Assurance maladie et consultation de partenaires sur l'instruction des dossiers. Le FIR est très contraint, l'ARS arbitre en dernier ressort mais consulte beaucoup.

3. Conclusion

En conclusion, il ressort qu'il n'y a pas de solutions miracle, mais que c'est plutôt la combinaison de ces différentes pistes qui permettra de traiter le problème de la désertification médicale. En tout cas, les réponses ne se situent pas qu'en terme d'incitation financière (les aides conventionnelles), qui fonctionnent plutôt mal et sont surtout sollicitées par les médecins ancienne génération.

L'action des ARS s'oriente plutôt vers l'organisation du système de santé, et tente de répondre aux aspirations des jeunes médecins (qualité de vie, exercice groupé, nouvelles technologies...). Mais un des freins majeurs, difficile à lever, c'est l'emploi du conjoint (souvent un cadre supérieur car les médecins aussi préfèrent rester entre gens de bonne compagnie). Sujet très sérieux, et d'ailleurs certaines mairies n'ont pas hésité à embaucher ou à faire embaucher le conjoint d'un médecin qui s'installe..

▼ Annexe 9 : Entretien avec Hélène Guichet

Chargée de missions, Direction de l'Offre de Santé et de l'Autonomie, ARS Basse-Normandie
8 novembre 2013

1. La charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie

Démarche initiée en 2006 dans le cadre d'un partenariat entre l'URCAM, l'ARH et l'URLM : « prise de conscience du déficit concrétisée », prise de conscience partagée par l'ensemble des acteurs suite à un diagnostic territorial en 2008.

Cette démarche a aboutie à la signature d'une charte partenariale signée par l'ensemble des acteurs à l'échelon régional et caractéristique d'une démarche partenariale intégrée. La charte regroupe l'ensemble des acteurs institutionnels et représentants des professionnels de santé concernés par les enjeux de démographie médicale.

La charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie est signée en juin 2008 pour 3 ans par 29 parties prenantes que sont :

- La Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et la vie associative
- Le préfet de région
- Le président du Conseil régional
- le Président de l'Union Régionale des Médecins libéraux de BN
- Le Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie
- Les Présidents du Conseil général du Calvados, de la Manche et de l'Orne
- Le Directeur de l'ARH
- Les préfets de la Manche, du Calvados
- Le Directeur de la Mission Régionale de Santé de BN
- Le doyen de la faculté de médecine de Caen
- Les présidents des différents conseils régionaux et départementaux de l'Ordre des médecins, et des professionnels de santé ou spécialistes (chirurgiens dentistes, infirmiers, kiné...)
- Le président de l'Union des Remplaçants de BN
- La présidente du Collectif Interassociatif de la Santé Bas-Normand

Cette charte témoigne d'une prise de conscience de l'ensemble des acteurs et de la volonté de coordonner les actions, de mutualiser les moyens humains et financiers.

L'objectif central est de Garantir l'accès aux soins de proximité pour la population Bas-normande.

Cette charte vise à pallier les conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé en développant un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé et à favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté.

Elle est déclinée en objectifs opérationnels que sont :

- L'établissement d'un diagnostic territorial commun
- Le soutien et l'accompagnement des projets de pôles de santé libéraux et ambulatoires
- Favoriser l'installation des nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre défini par le Schéma d'Organisation

Régional

L'article 4 de la Charte porte sur le financement à travers une convention financière qui détermine les conditions de participation des différents contributeurs.

Un comité de pilotage régional est mis en place avec l'ensemble des signataires et des représentants des usagers des soins et trois comités Opérationnels Départementaux composés des organismes suivants : Conseil régional, URML, URCAM, Conseils de l'Ordre, Conseil Général et DDASS

Deux annexes importantes dans la charte :

Une portant sur l'organisation territoriale des Pôles de santé libéraux et ambulatoires

Elle comporte le diagnostic territorial et la méthodologie utilisée pour la réalisation de celui-ci, ainsi que les principes d'organisation et de mise en place d'un PLSA :

Les trois 15 : Une population cible de 10 à 15000 habitants

un temps d'accès au PLSA de 15 à 20 minutes

Une masse critique de professionnels de santé pour garantir l'attractivité et la pérennité du PLSA : minimum 15.

D'autres critères sont pris en compte et constitue un cadre structurant tout projet de MSP.

Une relative au financement : l'annexe financière

Un comité des financeurs est installé. Il s'agit en quelque sorte d'un guichet unique pour simplifier les demandes de subventions : dossier commun, étude commune avec avis technique sur le projet.

L'accompagnement financier est alors dimensionné en fonction des travaux issus du diagnostic territorial, notamment des zones d'interventions prioritaires

Maintenue et reconduite de manière tacite malgré les différents changements législatifs et d'organisation (création des ARS, loi HPST...) qui ne venait nt que conforter la démarche engagée.

La politique des PLSA fait l'objet d'une évaluation en 2013, source d'un projet d'évolution de la charte, pierre angulaire de la démarche partenariale. Elle est en cours de refonte pour une signature prévue en juin 2014.

2. Le développement des MSP : le fruit d'une méthodologie de projet structurée

L'A RS de Basse Normandie inscrit les projets de création de MSP dans le cadre d'une méthodologie d'ingénierie de projet en trois phases :

➤ 1 : Fédérer autour du projet

Un projet de mise en place d'une MSP doit être la résultante d'une initiative de professionnels de santé qui se retrouve autour d'un projet commun, qui concrétise leur envie d'exercer de manière regroupée et coordonnée Le projet doit être la traduction d'une volonté commune.

L'expérience de la Basse-Normandie démontre que les projets dont l'origine n'est pas l'initiative de professionnels de santé ne perdurent pas dans le temps. Ils parlent du « syndrome du local vide, beau mais sans médecin »

Cette étape permet de fédérer autour du projet de santé à partir d'un diagnostic commun.

Cette phase induit à la formalisation d'un rapport signé par l'ensemble des professionnels de santé impliqués

➤ 2 : Formaliser le projet

C'est la phase concrète de rédaction, de formalisation du projet : Quel projet spécifique pour cette MSP, quelle démarche de continuité de l'offre de soins, quels sont les objectifs opérationnels poursuivis ?...

Une partie de ce document est très concret et comprend les conditions d'exercice au

quotidien : locaux, matériel, organisation, horaires, gardes...

➤ **3 : Assistance juridique**

Cette phase permet de clarifier les différents éléments juridiques indispensables au fonctionnement de la MSP : Montant du loyer, baux, règlement intérieur, parties communes, engagements respectifs, conditions du départ...

Ces différentes phase sont accompagnées par l'ARS et par des organismes agréés.

3. Quelques éléments de bilan

La Basse-Normandie compte 27 PSLA dont : 9 ouverts, 9 en cours de finalisation (travaux en cours) et 9 en cours d'ingénierie de projet (à l'une des trois phases)

Les PLSA sont de véritables satellites : au delà de la structure, c'est un véritable projet de territoire dans lequel les professionnels s'inscrivent.

Un projet « viable » doit comporter au minimum 8 professionnels. Il s'agit de la taille critique. Des projets qui demandent du temps. Parfois la phase 1 demande près de 2 ans. Toutefois, le recul sur ces projets montre l'importance de respecter ces étapes et de ne pas passer à la suivante tant que la précédente n'est pas consolidée.

Ils s'agit de conditions de réussite et constituent un socle de bonnes pratiques.

La réflexion en cours se tourne vers les zones urbaines. Certains centres urbains sont aujourd'hui confrontés à la question de désert médical. Exemple : Cherbourg : un seul médecin dans le centre en raison d'une forme d' « exode » vers les zones péri-urbaines, territoires ZUS (impact de la politique de la ville qui favorise l'installation des services, commerces dans ces zones).

Le rôle d'accompagnement des ARS est important. Elle « laboure » le terrain, sensibilise tous les acteurs. C'est très chronophage, mais indispensable à la mise en place des politiques;

Il s'agit d'une évolution culturelle forte pour les professionnels qui doit s'accompagner. Culturellement, l'exercice libéral est un exercice isolé. Ces projets nécessitent le déclouisonnement des pratiques et des interactions pluriprofessionnelles.

Le comité des financeurs, traduction d'une forme de guichet unique est un vrai plus. Il permet une mise en cohérence entre les projets et la politique mise en place traduite dans la charte partenariale..

▼ Annexe 10 : Entretien avec Ghislaine Verdonck

Responsable de l'offre de soins ambulatoire à l'ARS Franche Comté
12/09/2013

1. Etat des lieux de la démographie médicale et de l'accès aux soins sur le territoire (année 2010 et documentation statistique 2012)

La région est plutôt composée d'un tissu rural de petites villes, avec une activité industrielle importante (Peugeot, Alstom, industrie horlogère) historiquement. C'est la 2^e région plus petite de France avec 1,2 millions d'habitants. Elle comporte un grand nombre de travailleurs frontaliers (20 000). On note une complexité d'aménagement du territoire et d'organisation des soins.

Actuellement, la région rattrape le taux de chômage national du fait des industries qui ferment.

La région se caractérise également par une surmortalité masculine. Les cas de cancers sont peu nombreux, à l'exception du cancer du poumon (alors que la consommation de tabac est plus basse que la moyenne nationale, cela vient de l'industrie avec la peinture, les produits chimiques... et les anciennes industries « sales »).

Le nombre de généralistes pour le Doubs est 621, 118 pour 1000 habitants. 243 ont plus de 55 ans.

Dans les conventions signées entre l'AM et les PS, on compte des références à des zonages selon les professions, ouvrant droit à des aides spécifiques (ou limitation d'installation). Chaque profession a négocié au niveau national : il y a ainsi 5 découpages par profession. Si le professionnel accepte l'installation en zones sous dotées il peut bénéficier d'une aide à l'installation.

Pour les médecins, l'ARS est priée de revoir l'organisation au niveau local avec les représentants de l'Ordre et l'URPS : la marge de manœuvre est de 10% par rapport au national, avec une variation d'un degré maximum sur les 5. Cette marge est établie après avis de commission paritaire nationale (en CPAM).

La Franche-Comté dénombre 134.000 habitants à zoner. Mais le zonage ne fonctionne pas : les PS auraient dû faire 60% de leur activité dans la zone, ce qui était nuisible à la mobilité. L'exercice devait en outre être regroupé : les aides aux maisons de santé étaient liées aux zones prioritaires.

La Franche-Comté est très en avance sur le thème des maisons de santé, les premières en 1984. Les médecins déjà en place se sont retrouvés floués, car ils n'ont, malgré l'implantation, rien touché. A l'inverse, ceux dont les projets étaient moins lancés ont pu être aidés et être choisis en priorité pour leur installation.

En deux ans, le nombre de maisons de santé pluridisciplinaire a doublé : passage de 20 à 36, et 27 en projets. Le dispositif fonctionne car les professionnels ont longtemps été des pionniers dans la région. Il existe même une maison de santé en mode phalanstère autogérée. Proudhon est présent dans les mentalités, on parle de véritable « esprit franc-comtois ». On compte au moins deux structures où les honoraires sont entièrement mutualisés et redistribués. Il s'agissait au départ de projets totalement privés. Ils ont inspiré d'autres projets : exemple d'une maison de 8 médecins, avec des journées sans activité.

Les MSP fonctionnent avec l'obligation que les Médecins soient tous maîtres de stage, afin d'inciter les stagiaires à venir. Dans les nouvelles maisons de santé, il y a toujours des studios, un ou deux au minimum pour les accueillir.

On note la création de la Conférence Nationale des MSP (pôle de santé, MSP et centre de santé), à Toulouse cette année, soutien du gouvernement.

Toutefois, on peut remarquer des effets pervers : de nombreux projets ont éclos, correspondant en réalité à des effets d'aubaine. Certains projets déçoivent donc. On trouve des trames de projets de santé type présentes sur internet, et ciblant la pathologie spécifique du département (diabète)

On avait annoncé un projet de 250 MSP sous le gouvernement précédent, mais cela a eu des effets pervers. On ne doit pas oublier qu'une MSP c'est tout d'abord un projet de professionnel de santé et non d'élus locaux.

Les centres de santé « dentaire » ont l'obstacle d'être en déficit chronique, d'où le problème de les mettre en place (200.000 euros de déficit par an) pour les mutuelles etc. Ils accueillent beaucoup de CMUC et se rattrapent peu sur les prothèses dentaires etc.

Dans d'autres ARS, les contreparties pour les financements sont très rudes. Cela va toucher aussi l'ARS FC.

Maintenant que le plan de 250 maisons de 2013 est terminé, l'installation nouvelle va être compliquée pour les nouveaux médecins. Exemple : le médecin achètera son matériel informatique. Mais l'ARS financera la nouvelle salle pour accueillir le médecin spécialiste qui passera une fois dans la semaine, où le don du sang pourra aussi venir etc.

Ces initiatives sont bonnes car cela fait travailler les PS entre eux : cela décroïssonne l'ambulatorio. Le service au patient est excellent, et la continuité des soins est assurée. Comme il y a partage des dossiers, tous les médecins peuvent les traiter, et les accueils sans rendez vous sont bien gérés.

Il existe cependant un problème des médecins vis-à-vis de l'AM : la cotation des actes médicaux. Il faudrait par exemple un « DAM » ARS pour vendre le DMP, doublé d'un informaticien en maison de santé pour aller le mettre en place concrètement.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération est en place. Mais on a encore du mal à voir la plus value des maisons de santé en termes de stats de masse, ainsi que qualitativement. On a du mal à rassembler les données médicales pour avoir vision sur l'ensemble de l'activité médicale (difficulté dans le codage des actes). Cela dit, l'ARS le perçoit de ses yeux dans ses visites, les urgences des maisons tournent bien.

L'AM est peu réactive sur le sujet : cela ouvre-t-il espace de réflexion à mener ? Faudrait-il étoffer les compétences des DAM ?

Malgré une PEC des soins urgents (soins non programmés) dans les MSP, les passages aux urgences des ETS continuent d'augmenter. Les médecins urgentistes sont assez surpris par le matériel des MSP (financé pour partie par les ARS).

2. Les stages en médecine générale

La Franche-Comté est l'une des deux régions de France à être à 100% des étudiants de 2^e cycle à faire le stage de médecine générale. Le stage du 7 semaines à temps plein avec deux maîtres de stage (ville et rural si possible). Mais l'ARS est connue surtout par les internes à l'occasion des choix des internes deux fois par semestre. Pour le 2^e cycle, l'ARS rémunère 150 euros par semaine aux maîtres.

Pour favoriser les stages dans les zones rurales, l'ARS a mis en place un CPOM avec le CRGE (Collège Régional des Généralistes Enseignants) : il prévoit le remboursement des frais kilométriques au-delà de 35 km par le CRGE financé par l'enveloppe FIR de l'ARS. Le CRGE s'est fortement mobilisé pour former les maîtres de stage : 188 en FC. 15% des médecins généralistes de la région. La plupart des jeunes étudiants qui viennent sont en fait des locaux, mais pas forcément des généralistes. Est-ce lié à un problème de la spécialité de médecine générale ? Seuls 6 des 1000 premiers de l'ECN ont choisi la médecine générale.

Préconisation : Les médecins généralistes devraient rentrer dans les hôpitaux. De plus l'AM rembourse bien les généralistes qui viennent soigner les patients à leur chevet.

L'ARS est peut connue des étudiants de deuxième cycle L'ARS est connue à partir du 3^e cycle car elle organise le choix des internes, les agréé dans les postes et choisit les maîtres

de stage. Le stage dure deux mois chez trois praticiens différents. L'ARS rembourse les honoraires des maîtres de stage à hauteur de 3600 euros par mois, et le CHU assume le salaire de l'interne à hauteur de 16000 pour 6 mois

Mais c'est un mode d'exercice qu'ils recherchent, pas l'argent.

Les MSP sont attractives et donnent envie aux jeunes internes de s'installer plus rapidement en libéral (mode d'exercice correspondant à leur envie).

Pour autant les déserts médicaux existent dans le nord de la région. Ce sont des zones où plus aucun service public n'est de toute façon présent. Du coup, se développe un discours type système D : "rien n'oblige à aller bosser là-bas, mais on vous met dans un confort, la permanence des soins est arrêtée à midi".

La permanence des soins permet de répondre indirectement au problème des déserts médicaux. ACORELI : c'est une association de médecins généralistes libéraux, dans les mêmes locaux que le 15. Une grosse communication de l'ARS est à venir pour promouvoir ce pool de médecins pour la permanence des soins. Ils régulent la sortie sur place des confrères, et donnent en direct des conseils médicaux. Cela évite aussi d'engorger le 15, réservé aux urgences vitales. Ils peuvent également faire des prescriptions aux pharmacies (fax la prescription). L'ACORELI permet également de participer à l'éducation des patients.

La permanence des soins ambulatoires permet de répondre aux soins non programmés, mais pas vitaux ni même urgents. La question financière pose problème. On atteint parfois une facturation de 36.000 euros pour un acte dans la nuit, à 100 euros la nuit et 36 nuits, mais en réalité il ne s'agit pas d'actes vitaux ni même urgents. Du coup parfois il est moins coûteux dans l'absolu d'abandonner ces permanences pour les remplacer par le 15 et envoyer une ambulance.

On compte un coût théorique de 4,7 millions pour l'ARS FC par an sur la permanence des soins.

3. Le FIR

C'est une enveloppe régionale qui dépend de la population, de la morbidité, et de très nombreux autres critères.

On compte 700.000 euros d'économie sur l'année sur les dépenses de la PDSA entre 2010 et 2011.

4. Les Contrats locaux de santé

8 sont signés en FC, trois sont en cours.

5. La télémédecine

Le problème du modèle économique se pose : comment rémunérer les gens dans la chaîne de la télémédecine?

Deux fiches exemples données

- Exemple d'une coopération avec un protocole Bourguignon sur la rétinopathie diabétique. Avec l'AM : cibler quels sont les patients diabétiques n'ayant pas eu d'exams de fond d'œil : la sécu envoie une invitation à se rendre auprès d'un camion équipé, le CHU va lire les clichés pris, et enverra les résultats aux patients et médecins traitants.

L'accès aux bases de données ne semble pas poser trop de problème à cette ARS : avoir accès aux données c'est une chose, les extraire et les exploiter c'est autre chose. Le partenariat avec l'AM devrait être renforcé à ce niveau là : en soi ne pas avoir accès aux données pour l'ARS ce n'est pas un souci, mais il faut que l'AM soit réactive.

- Exemple d'action sur le suivi des plaies chroniques : les URPS infirmiers sont très actives sur ce domaine. On a mis en place un système de tablettes informatiques qui pour prendre les plaies des patients en photo, et envoyer le cliché aux dermatologues qui jouent le jeu. Problème : le dermatologue qui va lire le cliché, va être rémunéré, mais pour l'hôpital, ce n'est pas un acte financé par la T2A. Du coup ce n'est pas toujours très facile à mettre en place. Quid du paiement ?

En matière de télémédecine on a donc un problème d'évaluation, alors que la télémédecine permet effectivement de prendre part à la lutte contre les déserts, apporte une meilleure qualité des soins, et peut éviter des hospitalisations.

Les services de l'ARS ont demandé à 4 EHPAD de faire une expérimentation : éviter les hospitalisations par la mise en place d'une audio/visioconférence avec quelqu'un aux urgences pour savoir si l'hospitalisation s'impose ou non.

6. Le CESP

Il s'est créé en 2010 pour les étudiants et internes en médecine. Il avait pour but l'allocation de 1200 euros bruts par mois, sur une durée maximum de 10 ans. En contrepartie : le contractant doit exercer dans zone correspondant au zonage du SROS ambulatoire. Il ne s'adresse malheureusement pas aux spécialités autres que la médecine générale.

Le CESP fonctionne sur les internes déjà engagés, mais moins avec les étudiants encore indéterminés.

On compte 29 contrats offerts depuis 2010 et seulement 9 signés : 5 étudiants / 4 internes.

Dans les autres régions on note pas mal d'effets d'aubaine. FC : les 4 internes en font partie. Le souci vient du fait que l'argent est surtout intéressant pour les étudiants, mais pas du tout pour les internes qui sont rémunérés de toute façon...

Un arrêté annuel fixe le nombre de contrats : 4 pour les internes et 4 pour les étudiants en 2013 et 2014 : si ils ne sont pas signés, le ministère les reprend et les répartit sur les autres régions qui en ont besoin.

Le contrat est un « droit de tirage » sur l'enveloppe nationale, de 200 / 200 contrats par ans, signés par le CNG. Nationalement à peu près la moitié des contrats sont pourvus.

7. Le PTMG

On compte 5 PTMG pour 2013 pour la Franche-Comté. Déjà 3 autres sont dans les tuyaux. Il s'agit de trois jeunes femmes en maison de santé. Mais c'est un effet d'aubaine : ces femmes pensaient déjà s'installer sur le territoire.

Le CESP et le PTMG ne sont pas assez souples pour attirer les VRAIS besoins. Il faudrait les ouvrir à d'autres spécialités, pro-ratiser les 6900 bruts à des exercices partiels en zone sous dotée, à des hospitaliers (activité mixte hospitalier/libéral) et toujours les histoires de zones qui posent problèmes aux élus notamment.

Devrait-on ouvrir le PTMG à d'autres zones sensibles ? Pourquoi ne pas se calquer sur les zones urbaines sensibles ? L'idée est bonne mais les décrets d'application sont kafkaïens.

Enfin, il faut noter que la création des ARS a permis de décroisonner le savoir entre les différentes structures et services. Mais pour un meilleur décroisonnement, il serait nécessaire de permettre la fongibilité des crédits entre les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-sociaux, et ainsi prévoir plus d'autonomie pour les ARS.

▼ Annexe 11 : Entretien avec Yann Bourgueil

Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

1. Question de la justesse du zonage actuellement en place par les ARS

Il faudrait croiser la méthode ARS de zonage avec celle mise en place par l'Assurance maladie.

Logique du territoire : la définition de la zone est l'enjeu central. Chacun le définit en fonction de ses intérêts. Le central cherche à minimiser pour faire des économies, le local gère les intérêts locaux (élus, PS...). L'Assurance maladie définit aussi ses propres zonages. Quels outils de régulation pour les déserts médicaux ? Accords conventionnels pour réguler (cf. les infirmières et les sages femmes, mais ne joue pas sur les médecins).

Définition des zones prioritaires pour favoriser l'installation, enjeu de l'articulation locale / nationale. Affrontement entre la logique jacobine et la logique girondine. Le national a peur de devoir payer une surenchère locale. Rationalité sur les ressources, pas sur les besoins.

2. Question de la définition de territoires de proximité.

Contact avec un doctorant de l'Irdes (Guillaume Chevillard@irdes.fr) : thèse de géographie sur l'implantation des MSP/PSP (en zones déficitaires ou pas : plutôt oui ; est ce que ça modifie la densité de l'offre dans le temps ? ; plutôt oui aussi). Les territoires de proximité se construisent autour de ces structures. Les SROS ont plutôt traité des territoires de santé (HPST, territoire pour gérer la planification hospitalière) et pas encore des territoires de proximité (qui sont pour l'ambulatoire).

ARS est une recentralisation. Qu'est ce qui émerge de la dynamique de régionalisation ?

On ne veut pas donner d'enveloppe régionale pour les soins ambulatoires, on laisse plutôt la main à l'Assurance maladie et aux outils conventionnels.

Travail cognitif des ARS. Les SROS première génération n'étaient pas opposables. Emergence du fait régional. Cf. ce qui s'est passé sur la régulation hospitalière.

Gros débat : supprimer l'Assurance maladie ? Rapport Cordier. L'Assurance maladie gère bien, et le pouvoir politique n'a pas envie de se frotter à cette question. La question de la compétence des ARS se pose, encore en construction, culture trop peu tournée vers les soins ambulatoires.

3. Question de l'accès des ARS aux données du Snirame.

Plusieurs types de territoires, lutte sur leur définition, clashes institutionnels. Chacun fait sa carte. PRPA (prise en charge des personnes âgées). Souvent les MSP sont portées par des communautés de communes. MST a dit « chaque maire a son médecin, c'est fini ». Les maires continuent à jouer cette logique.

Nouveaux modes de rémunération dans les MSP, suivis par l'Irdes.

4. Question de l'allocation des ressources sur un territoire, et question des moyens pour maintenir une offre sur un territoire.

Les MSP tiennent compte des attentes des PS.

La définition des zones déficitaires ne peut pas être normée à l'échelon national, il faut tenir compte des particularités locales, trop de paramètres.

La régionalisation va avec une certaine acceptation de l'inéquité.

L'Assurance maladie défend elle son pouvoir en tant qu'institution ou l'intérêt général ?

Définition de la norme, jamais scientifique, c'est toujours un accord social. Cf les seuils d'implantation des unités de chirurgie cardiaque (variables d'un pays à l'autre). Celui qui maîtrise les informations et les outils maîtrise la définition de la norme.

Définir des zones, c'est aussi circonscrire le problème. L'implantation des médecins est un pb dans tous les pays. Réponses multiples : incitation économique, recours à l'immigration, attentes des acteurs... sélectionner les médecins différemment (moins de CSP + , recours aux ZEP...), les former différemment (on bloque un peu là dessus, on est trop centrés sur l'hôpital mais c'est dur à mettre en place). Décalage entre la formation des médecins et les besoins du terrain. Les incitations à l'installation. Les conditions d'exercice (MSP ; télé-médecine ; délégation de tâches) cf. la revalorisation de la médecine de campagne au Mali.

Affrontement entre la logique nationale de la politique conventionnelle et la logique régionale des ARS. Faire rentrer des acteurs neufs, genre les étudiants et les internes.

Annexe 12 : Questionnaire aux étudiants en médecine sur les déserts médicaux

Questionnaire sur les déserts médicaux



Bonjour,

Dans le cadre de nos études à l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale, nous menons une étude sur la désertification médicale. Elle porte en particulier sur les mesures d'incitation à l'installation dans les zones sous denses proposées aux étudiants de médecine.

Ce questionnaire anonyme se remplit en moins de 5 minutes. Vos réponses nous permettront de mesurer l'impact des dispositifs proposés par les pouvoirs publics, de connaître l'opinion des étudiants de médecine sur la problématique de la désertification médicale, et enfin de comprendre les attentes des futurs médecins.

Merci beaucoup pour votre aide et bonne lecture !

Bahar, Emmanuelle, Magali, Raphaël, Thibaut
Elèves de la 52ème promotion de l'En3s

Questionnaire sur les déserts médicaux

Données d'identification

Age

Sexe

Femme

Homme

Université de rattachement

Université de Franche-Comté

Université de Grenoble - La Tronche

Université de Lyon Sud - Oullins

Université de Caen Basse Normandie

Université de Lyon Est

Université de Saint-Etienne

Cycle d'étude

Premier cycle

Deuxième cycle

Internat

Spécialité

Médecine générale

Gynécologie médicale

Pneumologie

Cardiologie et maladies vasculaires

Hématologie

Psychiatrie

Dermatologie et vénéréologie

Neurologie

Rhumatologie

Endocrinologie et métabolismes

Oncologie médicale

Autre

Gastro-entérologie et hépatologie

Pédiatrie

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Situation maritale

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Veuf/Veuve

Nombre d'enfants

- 0 1 2 3 + de 3

Bénéficiez-vous d'une bourse du Crous ?

- Oui Non

A quelle catégorie socio-professionnelle appartient votre père (si père retraité, cochez la dernière CSP active)?

- Agriculteurs exploitants Professions intermédiaires Sans activité professionnelle
 Artisans, Commerçants et chefs d'entreprise Employés
 Cadres et professions intellectuelles supérieures Ouvriers

A quelle catégorie socio-professionnelle appartient votre mère (si mère retraitée, cochez la dernière CSP active)?

- Agriculteurs exploitants Professions intermédiaires Sans activité professionnelle
 Artisans, Commerçants et chefs d'entreprise Employés
 Cadres et professions intellectuelles supérieures Ouvriers

Nombre d'habitants dans la ville d'obtention du baccalauréat?

- Moins de 2 000 Entre 2 000 et 30 000 Entre 30 000 et 100 000 Plus de 100 000

Questionnaire sur les déserts médicaux

Connaissance des dispositifs proposés pour soutenir l'installation des médecins dans les zones déficitaires

Avez-vous entendu parler de l'Agence Régionale de Santé (ARS)?

- Oui Non

Avez-vous rencontré des représentants de l'ARS de façon individuelle ou collective ?

- Non Rencontre individuelle Rencontre collective Les deux

Avez-vous entendu parler de la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) ?

- Oui Non

Par quel biais avez-vous entendu parler de cette plate-forme (4 réponses possibles maximum)?

- ARS Associations Internet
 Collectivités territoriales Syndicats Réseau personnel
 Université Médias Autre

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Avez-vous entendu parler du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ?

- Oui Non

Le CESP est une bourse favorisant l'installation des médecins dans les zones sous denses. Aimerez-vous bénéficier de plus d'informations sur ce dispositif ?

- Oui Non

Par quel biais avez-vous entendu parler du CESP (4 réponses possibles maximum) ?

- ARS Associations Médias Réseau personnel
 Université Syndicats Internet Autre

Si 'Autre', précisez :

Etes-vous bénéficiaire d'un CESP ?

- Oui Non

Pourquoi avez-vous choisi de bénéficier d'un CESP ?

- Financement des études
 Projet professionnel (souhait d'installation dans une zone sous dense)
 Autre

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Pensez-vous solliciter ce dispositif ?

- Oui Non Ne sais pas encore

Pourquoi ne pensez-vous pas y souscrire (3 réponses possibles maximum)?

- Niveau de bourse trop faible Durée d'engagement trop longue
 Zone géographique trop limitée Manque de visibilité sur les futures zones sous denses
 Pas envie de s'installer en zone sous dense Autre

Si 'Autre', précisez :

Pourquoi souhaitez-vous y souscrire ?

- Financement des études
 Projet professionnel (souhait d'installation dans une zone sous dotée)
 Autre

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Avez-vous entendu parler des aides que proposent les collectivités territoriales pour faciliter la réalisation de stages ambulatoires dans les zones sous denses (aides au logement, frais de déplacement,...) ?

- Oui Non

Aimeriez-vous bénéficier de plus d'informations sur ces dispositifs ?

- Oui Non

Par quel biais en avez-vous entendu parler (4 réponses possibles maximum)?

- ARS Université Syndicats Internet Autre
 Collectivités territoriales Associations Médias Réseau personnel

Si 'Autre', précisez :

Avez-vous effectué un stage en ambulatoire pendant le deuxième cycle de vos études ?

- Oui Non

Pendant votre stage ambulatoire, avez-vous bénéficié d'aide de collectivités territoriales (logement, déplacement, bourses, ...) ?

- Oui Non

Votre stage ambulatoire en deuxième cycle a-t-il été déterminant dans votre choix de spécialité en médecine générale ?

- Oui Non

Questionnaire sur les déserts médicaux

Avez-vous entendu parler des aides à l'exercice collectif de la médecine ambulatoire (Maisons de santé pluridisciplinaires, Pôles de santé pluridisciplinaires, Centres de santé, Pôles de santé libéraux ambulatoires, ...) ?

- Oui Non

Par quel biais avez-vous entendu parler des aides à l'exercice collectif de la médecine ambulatoire (4 réponses possibles maximum)?

- ARS Université Syndicats Internet Autre
 Collectivités territoriales Associations Médias Réseau personnel

Si 'Autre', précisez :

Ces dispositifs pourraient-ils vous intéresser ?

- Oui Non

Avez-vous entendu parler des postes d'Assistant Spécialiste Régionaux ?

- Oui Non

Souhaiteriez-vous bénéficier de ce type de poste ?

- Oui Non

Questionnaire sur les déserts médicaux

Attentes professionnelles et personnelles

Quelle spécialité envisagez-vous de choisir (6 réponses possibles maximum)?

- | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecine générale | <input type="checkbox"/> Endocrinologie et métabolismes | <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie et maladies vasculaires | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie et hépatologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie et vénéréologie | <input type="checkbox"/> Gynécologie médicale | <input type="checkbox"/> Oncologie médicale | <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Autre |

Si 'Autre', précisez :

Dans quel cadre souhaitez-vous exercer ?

- En ambulatoire En établissement de santé Exercice mixte Ne sais pas

Par quel mode d'exercice êtes-vous attiré ?

- Exclusivement en cabinet individuel Exclusivement en collectif (réseau, groupe, maisons ou pôles de santé...) Mixte Ne sais pas

Sous quel statut souhaitez-vous exercer ?

- En libéral exclusif En salariat exclusif Mixte Ne sais pas

Selon vous, quelle structure sera la plus à même de vous informer sur votre future installation (3 réponses possibles maximum)?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Faculté | <input type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> ARS | <input type="checkbox"/> Ordre des médecins |
| <input type="checkbox"/> Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) | <input type="checkbox"/> Ne sais pas | <input type="checkbox"/> Autre | |

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Seriez-vous prêt, au cours de votre carrière, à exercer quelques années dans une zone sous dense ?

- Oui Non Ne sais pas

Pour quelles raisons seriez-vous prêt à exercer quelques années dans une zone sous dense (attentes / motivations) ?

Pour quelles raisons ne seriez-vous pas prêt à exercer quelques années dans une zone sous dense (craintes / freins) ?

Quels éléments pourraient influencer votre choix ?

Selon vous, quels sont les freins principaux à l'installation dans les zones sous denses (3 réponses possibles maximum) ?

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incitations financières insuffisantes | <input type="checkbox"/> Isolement professionnel | <input type="checkbox"/> Temps de travail excessif | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Isolement géographique | <input type="checkbox"/> Eloignement des services publics | <input type="checkbox"/> Absence d'opportunités professionnelles pour le conjoint | <input type="checkbox"/> Autre |

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Opinion sur la désertification médicale

Etes-vous out à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord avec les affirmations suivantes ?

Il existe des déserts médicaux.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Les incitations à l'installation proposées aujourd'hui sont efficaces.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Il faut mettre en place un dispositif contraignant tous les médecins à exercer quelques années dans les zones sous denses.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Il faut réformer les études de médecine en instaurant une période d'exercice obligatoire dans les zones sous denses pour les futurs étudiants.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Les médecins choisissant de s'installer dans les zones sur denses ne doivent plus être conventionnés par l'Assurance Maladie.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Le paiement à l'acte est adapté à l'exercice actuel de la médecine.

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Questionnaire sur les déserts médicaux

Selon vous, comment inciter à l'installation dans les zones sous denses (4 réponses possibles maximum)?

- Renforcer les incitations financières
 Favoriser l'exercice ponctuel (1 à 2 jours/semaine) dans les zones sous denses (par exemple prise en charge des frais de déplacement)
 Favoriser les modes d'exercice collectifs de la médecine ambulatoire
 Rendre les zones sous denses plus accessibles
 Renforcer l'information des étudiants sur les dispositifs d'aide à l'installation pendant leur formation
 Multiplier les stages en ambulatoire dans les zones sous denses
 Ne sais pas
 Autre

Si 'Autre', précisez :

Questionnaire sur les déserts médicaux

Souhaitez-vous faire un commentaire sur ce questionnaire et/ou sur le thème de l'installation des médecins dans les zones sous denses ?

C'est terminé, merci beaucoup pour votre participation.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale - 27 rue des docteurs Charcot CS 53109 - 42031 Saint-Etienne cedex 2

▼ Annexe 13 : Communiqué de presse relatif au « Pacte territoire-santé »



Paris, le 13 décembre 2012

Communiqué de presse

Lutte contre les déserts médicaux : Marisol Touraine annonce un « Pacte territoire-santé »

Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, a annoncé ce jeudi 13 décembre à Scorbé-Clairvaux, dans la Vienne, en présence de Ségolène Royal, un plan global de lutte contre les déserts médicaux.

L'accès de tous les Français sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité est une priorité absolue pour le gouvernement. Depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs. Pour faire face à cet enjeu majeur, la Ministre a présenté un « pacte territoire-santé », composé de 12 engagements et d'une méthode volontariste.

Les 12 engagements proposés s'articulent autour de 3 objectifs :

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

- Engagement 1- Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants.
- Engagement 2- 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017.
- Engagement 3- 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013.
- Engagement 4- Un « référent-installation » unique dans chaque région.

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

- Engagement 5- Développer le travail en équipe.
- Engagement 6- Rapprocher les maisons de santé des universités.
- Engagement 7- Développer la télémédecine.
- Engagement 8- Accélérer les transferts de compétences.

3 - Investir dans les territoires isolés.

- Engagement 9- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Engagement 10- Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires.
- Engagement 11- Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.
- Engagement 12- Conforter les centres de santé.

Parce que la mobilisation est essentielle à la réussite du « Pacte territoire santé », Marisol Touraine a choisi une méthode d'action volontariste et soumet ces propositions à une double concertation :

- une concertation nationale sera menée avec les associations d'élus et de patients, ainsi qu'avec les représentants de médecins – notamment des jeunes - et du monde hospitalier.
- une concertation départementale sera également menée par chaque Agence régionale de santé (ARS).

Celles-ci seront menées jusqu'à la fin février. Les nouvelles propositions formulées à cette occasion pourront conduire à amender ou compléter le « Pacte territoire-santé ».

L'égalité d'accès aux soins pour tous les Français est le fil rouge de la politique de santé du gouvernement de Jean-Marc Ayrault. C'est dans cette logique qu'un accord pour limiter les dépassements d'honoraires a été trouvé. Après les obstacles financiers, ce sont aujourd'hui les obstacles géographiques que le gouvernement entend lever. Pour relever ce défi, la mobilisation de tous les acteurs est aujourd'hui essentielle.

Contact presse :

Cabinet de Marisol Touraine au 01 40 56 60 65

▼ Ouvrages

- DREES, Comptes nationaux de la santé – 2011.
- Didier Fassin, les inégalités sociales de santé, La découverte, 2000
- Emmanuel Vigneron, Inégalités de santé dans les territoires français, 2011.
- Didier Tabuteau, Démocratie sanitaire, 2013

▼ Articles

- « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, Avril 2008.
- BERLAND Yvon, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Octobre 2003.
- BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry, "Démographie des professions de santé", 2002.
- Cécile Waquet et Philippe Georges, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain », IGAS, juillet 2013.
- Corinne Régnard, DGOS : « le CESP, bilan d'une première année », juillet 2011.
- Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, Études et résultats N° 764, juin 2011.
- DREES, Dossiers solidarité et santé n°12, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, 2009.
- Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, HAS, 2011.
- IRDES, « les maisons et pôles de santé : place et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France », novembre 2013.
- L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France, Document de travail, Série études et recherche, n°124, décembre 2012.
- L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux
- L'encombrement de la profession médicale. Causes, résultats, remèdes par le Dr Gouffier, Le Concours Médical, n°45 du 10 novembre 1900.
- La délégation des tâches médicales se met difficilement en place, La Croix.
- L'accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, Drees et Irdes, Etudes et résultats n°795, mars 2012.
- Laforcade M., Lacaussade G., « Territoires de santé : l'élaboration des nouveaux principes et leur mise en œuvre », Regards n° 41, janvier 2012, p. 99-108
- Lagarde J., Arzel G., « Assurance maladie, vieillissement et inégalités territoriales de santé », Revue de droit sanitaire et social, n°8, 2011, p. 596-604.
- Les médecins au 1er janvier 2012, Etudes et résultats, DREES, n° 796, mars 2012.
- Les médecins au 1er janvier 2013, Séries statistiques n°179, Avril 2013, DREES.
- Les médecins au 1er janvier 2012, Études et résultats n° 796, mars 2012, DREES.
- Marié R, « la politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », Droit social, n°4, avril 2012, p.404-410.
- MARIE R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », Droit social, n°4, avril 2012.

- Maurey H., La présence médicale sur l'ensemble du territoire, Rapport d'information du Sénat, n°335, 2013.
- MAURY S., « Réhabiliter les soins de proximité ? », RDSS, n° 1, janvier-février 2012.
- Maury S., « Réhabiliter les soins de proximité ? », Revue de droit sanitaire et social, n°1, 2012, p.84-96.
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Yvon Berland, Yann Bourgueil, juin 2006.
- Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, Études et résultats n°817, octobre 2012.
- Politiques et organisation des soins primaires en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ?, Revue française des affaires sociales N° 3, juillet-septembre 2010.
- Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé, Publié à l'occasion de la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) – 2010.
- Revue de droit sanitaire et social, Assurance maladie, vieillissement et inégalités territoriales de santé, 2011.
- Schweyer F-X., Histoire et démographie médicales, ADSP, n° 32 septembre 2000.

Rapports

- Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS
- Rapport de l'IGAS sur les centres de santé, juillet 2012
- UFC Que choisir, L'intolérable fracture sanitaire, octobre 2012.
- Rapport d'information n°335 fait, au nom de la Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, Sénat, 5 février 2013
- Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2011
- Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2012, Conseil National de l'Ordre des médecins
- Rapport de l'Assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013
- Vigier P., Rapport sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire », Assemblée Nationale, 2012, n°4188
- Ministère de la santé, Rapports sur l'offre de soins.
- Rapport Igas, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action.
- Rapport Igas, Le post-internat : constat et propositions.
- Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.
- Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, HAS, 2011.

Textes législatifs et réglementaires

- Circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.

- Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale.
- Article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 (annexe n° 1.2) relative à la politique de santé publique.
- Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.
- Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.
- Loi du 21 juillet 2009 HPST
- Décret du 19 octobre 2010.
- Article 65 de la LFSS pour 2012 :
- Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale
- Arrêté du 14 août 2013 fixant au titre de l'année 2013 le nombre de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale
- Arrêté du 14 août 2013 portant répartition régionale des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale au titre de l'année 2013
- Arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé publique
- Circulaire DGS/DH n° 2000-406 du 17 juillet 2000 relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'aide-soignant ou d'infirmier.

▼ Sites web

- Site du Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Site de l'Assemblée Nationale
- Portail des ARS
- Portail de la HAS