

# Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?

---

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

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

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

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

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

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

#### 1. Un attrait nouveau pour l'exercice regroupé

Selon une étude de la Cnam réalisée en 2002, 44 % des médecins libéraux exercent en cabinet de groupe et cette organisation est de plus en plus fréquente (+ 18 % entre 2000 et 2003). Cette évolution est suffisamment importante pour qu'un hebdomadaire médical puisse intituler un de ses dossiers : « *la mort annoncée de l'exercice isolé* »<sup>28(\*)</sup>.

##### a) Les caractéristiques des cabinets de groupe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre des réponses apportées aux défis posés par la démographie médicale, **le ministère de la santé a choisi de soutenir l'exercice regroupé**<sup>29(\*)</sup>.

#### a) Des mesures législatives et réglementaires spécifiques

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

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

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

Dans le même esprit, un statut de collaborateur libéral a été créé depuis 2005. Cette innovation doit permettre aux jeunes médecins d'entamer leur carrière professionnelle en collaborant avec des confrères déjà installés évitant ainsi la contrainte des remplacements successifs ou les risques d'une

installation en cabinet isolé. Le médecin collaborateur n'est pas un remplaçant, il n'exerce pas en lieu et place d'un médecin dont il suit la clientèle, mais auprès d'un médecin ; il peut dans ce cadre constituer sa propre clientèle. Ce dispositif vient compléter la démarche entreprise en faveur de l'exercice en groupe.

#### **b) Une nouvelle incitation financière**

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

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

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

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

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

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

## **B. L'EXPÉRIENCE CONVAINCANTE DES MAISONS DE SANTÉ**

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

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

### **1. Que sont les maisons de santé ?**

#### **a) Un concept qui n'est pas défini**

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

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

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

chaque médecin<sup>30(\*)</sup>.

· **Une maison médicale de garde** est une structure affectée à la permanence des soins. Une circulaire ministérielle récente<sup>31(\*)</sup> la définit comme « *un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la mission régionale de santé* ». Il existe environ deux cents maisons de garde actuellement.

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

#### **b) Le choix de la pluridisciplinarité**

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

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

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

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

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

Ces structures sont susceptibles de rendre l'exercice de la médecine de premier recours plus attractif dans les zones rurales et périurbaines, grâce à une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. L'organisation plus souple du travail facilite l'accueil de remplaçants et l'expérience montre par ailleurs que les maisons de santé constituent un lieu de stage recherché par les étudiants, dont elles peuvent influencer le futur lieu d'implantation.<sup>32(\*)</sup>

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

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

aussi collectivités territoriales) dans toutes les étapes du projet<sup>33(\*)</sup>.

#### a) Les soutiens financiers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### b) Le projet de maisons de santé rurales

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

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

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

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

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

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

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

### **3. Pour une labellisation des maisons de santé**

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

#### **a) Définir un statut**

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

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

La reconnaissance officielle des maisons de santé aurait aussi pour mérite de **clarifier le statut juridique de ces structures dont l'Igas a souligné la fragilité** : « *Les relations instaurées entre les professionnels peuvent être requalifiées en salariat par les Urssaf. Ce risque n'est pas nul lorsque près de 80 % de la clientèle d'un infirmier est induite par les médecins participant au groupe. Des risques fiscaux peuvent en outre apparaître en termes de requalification de bénéficiaires non commerciaux en bénéficiaires industriels et commerciaux si l'organisation retenue ne laisse aucune indépendance économique aux participants au groupe.*<sup>34(\*)</sup> »

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

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

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

**Engager cette collaboration suppose de développer de nouveaux modes de relations**

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

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

#### **b) Accompagner le fonctionnement**

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

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

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

- soit de bénéficier de **la mise en place d'un financement spécifique par l'assurance maladie**, et qu'elle recrute un assistant de direction chargé des questions administratives et financières ;
- soit **d'externaliser la gestion administrative**. Une expérience est en cours dans la région Franche-Comté où la maison de santé de Bletterans a recours à une société privée moyennant le paiement d'une redevance.

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

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

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

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

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

chiffrés établis lors de la signature de la convention ont été respectés.

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

\*

\* \*

---

\*<sup>28</sup> *Panorama du médecin, n° 5040, 11 décembre 2006.*

\*<sup>29</sup> *Cf. le plan présenté par Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, en janvier 2006, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)*

\*<sup>30</sup> *Article 93 du code de déontologie des médecins et article R. 4127-93 du code de la santé publique.*

\*<sup>31</sup> *Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.*

\*<sup>32</sup> *A 93 %, les étudiants considèrent que la création des maisons de santé dans les zones sous-médicalisées constitue une « mesure convaincante » pour attirer les professionnels de santé. Cf. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, conseil national de l'ordre des médecins, mars 2007.*

\*<sup>33</sup> *Maisons médicales en Bourgogne, comment s'y prendre ? Urcam Bourgogne.*

\*<sup>34</sup> *Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral, Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2004-044, avril 2004, p. 67.*