

DOSSIER

DEMOGRAPHIE MEDICALE, REPARTITION DES MEDECINS SUR LE TERRITOIRE

Enjeux pour l'accès aux soins
et
la sécurité des usagers

Cahier n°1

CAHIER N°1

Synthèse	5
Introduction 7	
1. Qu'est ce qu'un désert médical ?	8
1-1. Naissance de la notion de « zones déficitaires » et des Missions régionales de santé en charge de les cartographier	8
1-2. Les critères à prendre en compte	8
1-3. Les déserts médicaux ne correspondent pas aux zones peu habitées	9
1-4. La nécessaire actualisation des données	9
2. Données de cadrage	10
2-1. Les principes de la Charte de la Médecine libérale de 1927	10
2-2. Le nombre de médecins en France, un record historique	10
2-3. Densité régionale et nationale des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1 ^{er} janvier 2009	11
2-4. Caractéristiques socioprofessionnelles	11
2-5. Modifications du mode d'exercice	12
2-6. <i>Numerus clausus</i> et durée des études médicales	13
2-7. La médecine générale : une spécialité en crise	13
2-8. Le temps de travail des médecins généralistes	14
2-9. Le renoncement du politique à appliquer des dispositifs plus « volontaristes »	15
3. Les perspectives de la démographie médicale	16
3-1. Donnée liminaire : l'évolution de la population française par région entre 2000 et 2030	16
3-2. Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel	17
3-3. Scénario selon lequel la proportion des postes ouverts aux Epreuves classantes nationales (ECN) dans la région serait inversement proportionnelle à l'écart actuel entre la densité médicale et la densité nationale	19
4. Enquête menée à travers les 100 CPAM de France métropolitaine, présentation des résultats	20
4-1. Les objectifs de l'action CISS / FNATH / UNAF	20
4-2. Méthodologie	20
4-3. Pourquoi saisir les Caisses primaires d'Assurance maladie sur ce sujet ?	21
4-4. Un taux de réponse qui s'améliore par rapport aux années précédentes	23
4-5. Des réponses plus ou moins exhaustives	24

5. Analyse	25
5-1. Un problème de répartition des médecins plus qu'un déficit démographique	25
5-2. Des problèmes de répartition des médecins d'autant plus dommageables pour les usagers qu'ils concernent en partie des départements déjà fortement touchés par des difficultés sanitaires et économiques	27
5-3. Des inégalités de répartition des effectifs médicaux qui entraînent des surcoûts	27
5-4. La préférence des primo-installants pour l'exercice salarié, aux dépens de la pratique libérale de la médecine	27
5-5. Le succès très relatif des aides incitatives en tout genre	29
5-6. Une baisse de la densité médicale aggravée par la limitation du temps médical disponible	31
5-7. Le montant des dépassements d'honoraires médicaux, directement liés aux inégalités de répartition des médecins sur le territoire	32
5-8. Des résistances culturelles aux changements qui nuisent à la réforme de l'organisation des soins ambulatoires	34
5-9.	
5-10.	
6. Recommandations	35
6-1. Garantir l'existence d'une équipe de soins pour un nombre donné d'habitants	35
6-2. Garantir la permanence des soins aux moyens d'une régulation par les Agences Régionales de Santé	36
6-3. Moderniser et développer les centres de santé	37
6-4. Encourager la réalisation de certains actes médicaux de premier recours par des professionnels de santé non médecins	38
6-5. Développer la télémédecine, en tant que facteur d'amélioration du service rendu aux usages du système de santé	39
6-6. Initier une nouvelle politique de régulation de l'offre de soins ambulatoires	40
6-7. Utiliser le levier de la généralisation des modes mixtes de rémunération pour mieux répartir les médecins de premier recours sur le territoire	42

L'enquête réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF a consisté, cette année, à rassembler le plus grand nombre d'éléments disponibles sur la démographie médicale, la répartition des médecins sur le territoire, l'évolution prévisible de ces installations et a également porté sur les aides à l'installation et au maintien mises en place par l'Assurance maladie en direction des médecins afin de les inciter à s'installer ou à se maintenir sur les zones réputées « sous denses » par les ex-Missions régionales de santé.

Les données exploitées dans ce dossier proviennent à la fois de celles qui ont fait l'objet d'une publication, en 2010, du Conseil national de l'Ordre des Médecins, sous la forme d'atlas régionaux, et de celles qui nous ont été transmises par la cinquantaine de CPAM (sur cent) qui ont donné suite aux requêtes formulées par nos représentants présents au sein de leurs conseils.

Le CISS, la FNATH et l'UNAF souhaitent ainsi exprimer les inquiétudes des usagers qui, pour nombre d'entre eux, sont confrontés au péril de l'éloignement de la médecine de premier recours.

En réalité, notre pays rencontre un problème de répartition des médecins plus qu'un déficit démographique. Dans 8 départements, dans lesquels résident près de 2,5 millions de personnes, la densité médicale est inférieure de 30% à la densité nationale. Pourtant, dans 6 de ces départements, la population augmente depuis 1999. Plus grave, certains départements « sous-médicalisés » enregistrent une diminution de la densité médicale depuis 2005. A l'inverse, dans 6 départements, la densité médicale est supérieure de 30% à la densité nationale.

Parfois, les contrastes de densité sont très marqués au niveau infrarégional. A Paris, par exemple, la densité médicale globale est forte mais cette moyenne lisse de très fortes disparités entre la densité des omnipraticiens et celle des spécialistes ainsi qu'entre la répartition des médecins par arrondissement.

Ces problèmes de répartition des médecins sont d'autant plus dommageables pour les usagers qu'ils concernent en partie des départements déjà fortement touchés par des difficultés sanitaires et économiques. C'est le cas notamment des départements du Pas-de-Calais, de l'Eure ainsi que la banlieue est de Paris. Ils entraînent par ailleurs des surcoûts, notamment liés à la fréquence des recours aux urgences en l'absence de médecins sur le bassin de vie.

Afin de repeupler les « déserts médicaux », des aides financières incitatives sont délivrées à la fois par l'Etat, l'Assurance maladie ou encore les collectivités territoriales. Ce système est à la fois illisible et peu performant.

En effet, en dépit des aides à l'installation ou au maintien versées à certains médecins libéraux, la densité médicale ne cesse de chuter dans au moins 17 départements.

En même temps, la baisse de la densité médicale est aggravée par la limitation du temps médical disponible.

En outre, il est utile de relever qu'en 20 ans, dans la plupart des régions, les effectifs de médecins libéraux ont régulièrement décliné pendant que ceux des salariés augmentaient. Les courbes se sont croisées en 1997 avec une progression massive du salariat corrélée à une baisse de l'exercice libéral.

Par ailleurs, le montant des dépassements d'honoraires médicaux est directement lié aux inégalités de répartition des médecins sur le territoire : les honoraires des médecins généralistes sont plus élevés en zones « sous-médicalisées » que dans les zones à forte densité médicale. En revanche, plus les médecins spécialistes sont concentrés, plus leurs dépassements d'honoraires sont élevés.

Les médecins libéraux, très attachés aux principes de la Charte de 1927, sont nombreux à rejeter toute mesure destinée à rééquilibrer leur répartition territoriale ou même le niveau de leurs honoraires. Ces résistances se manifestent parfois de manière si véhémente et influente qu'elles ont pour conséquence de faire fléchir les politiques de régulation, aussi peu contraignantes qu'elles soient.

Le CISS, la FNATH et l'UNAF proposent, afin de répondre aux besoins de santé des usagers, que soient envisagées 7 mesures :

1. Garantir l'existence d'une équipe de soins pour un nombre donné d'habitants.
2. Garantir la permanence des soins aux moyens d'une régulation par les Agences Régionales de Santé.
3. Moderniser et développer les centres de santé.
4. Encourager la réalisation de certains actes médicaux de premier recours par des professionnels de santé non médecins.
5. Développer la télémédecine, en tant que facteur d'amélioration du service rendu aux usages du système de santé.
6. Initier une nouvelle politique de régulation de l'offre de soins ambulatoires.
7. Utiliser le levier de la généralisation des modes mixtes de rémunération pour mieux répartir les médecins de premier recours sur le territoire.

Comment accepter que sa vie puisse être mise en danger faute d'organisation du service public de santé ? C'est inentendable.

Pourtant c'est ce qu'éprouve tous les jours un nombre de plus en plus important de nos concitoyens. La distance moyenne au point de contact du système de santé ne cesse d'augmenter : parce que l'on regroupe l'offre hospitalière autant que l'offre ambulatoire.

Pourtant, au fondement de notre société française, ancrée dans l'esprit des Lumières, figure le droit à la sûreté. Mais qu'est ce qu'une société, qu'est ce qu'un Etat, qui ne peut pas, surtout au niveau de développement où nous sommes parvenus, garantir que tout sera mis en œuvre, de façon comparable en tout point du territoire, pour sauver les vies.

Les français assistent de façon spectaculaire à la mise en œuvre de moyens colossaux pour sauver la vie de tel concitoyen se livrant à des exploits sportifs particulièrement risqués quant survient un aléa. Ils ne comprennent pas qu'on leur refuse l'accès aux soins de base. Ils ne demandent pas un centre hospitalo-universitaire dans chaque bourg mais ils demandent le maintien d'une offre de sûreté sanitaire pour eux-mêmes et leurs proches.

Depuis plusieurs décennies maintenant s'opère un lent mais certain détricotage du filet de protection sanitaire patiemment bâti au lendemain de la seconde guerre mondiale.

Les responsabilités sont partagées. D'un côté les professionnels de santé attachés à leurs conditions de vie ne veulent plus exercer dans des zones qu'ils regardent comme « délaissées » alors que bon nombre de leurs concitoyens y vivent sans pour autant ressentir un sentiment de déclassement. De l'autre côté, les pouvoirs publics se sont révélés incapables de réguler l'installation des médecins par des règles ou des arrangements conventionnels efficaces.

C'est l'objet de ce dossier que de prendre la mesure de l'absence d'effets déterminants des efforts, pourtant bien coûteux, vus les montants déployés, pour inciter au maintien et surtout à l'installation des médecins dans des zones éligibles aux subventions.

Pourtant, ce dossier se veut aussi force de propositions au moment où les principales parties prenantes sur le sujet de la santé en France savent bien qu'il est nécessaire de poser de nouvelles règles pour garantir le droit à la sûreté de tout un chacun face à l'aléa de santé.

1. Qu'est-ce qu'un désert médical ?

1-1. Naissance de la notion de « zones déficitaires » et des Missions régionales de santé en charge de les cartographier

La loi relative à l'Assurance maladie¹ a laissé aux Missions régionales de santé (MRS) le soin de déterminer les critères à prendre en compte pour déterminer les « zones déficitaires ».

Pour rappel, les MRS ont été constituées entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les Unions régionales des Caisses d'Assurance maladie (URCAM).²

1-2. Les critères à prendre en compte

La nécessité de respecter le principe d'égalité est toutefois rappelé dans une circulaire³ qui recommande la prise en compte de critères « principaux » : la densité et l'activité médicale.

Ainsi, par exemple, lorsque plus de la moitié des médecins du territoire a une activité (Consultations + Visites) supérieure de 30% à 50% à l'activité moyenne nationale et que la densité des praticiens est inférieure de 30% à la moyenne nationale, ce territoire pourrait être considéré comme déficitaire.

Ces références peuvent être adaptées lorsque le territoire comporte des particularités dont les MRS devaient tenir compte (vallées de montagnes enclavées, par exemple). Des critères complémentaires peuvent en effet être retenus pour atténuer les deux critères principaux, tels que :

- le délai d'accès au médecin généraliste qui ne doit pas excéder 20 minutes ;
- les difficultés particulières des territoires liées notamment à la part des personnes âgées de plus de 75 ans, dès lors que leur présence serait supérieure de 10% à la moyenne régionale ;
- les fragilités sociales plus globales des territoires, déterminées notamment par leur classement en zones de revitalisation rurale, zone franche urbaine ou zones de redynamisation urbaine.

Dans la région Languedoc-Roussillon, par exemple, la capacité touristique, la part des personnes en « affections de longue durée » (ALD) ainsi que la part des bénéficiaires de la CMU complémentaire ont également été prises en compte au titre des critères de définition des zones « sous-denses ».

Afin d'« éviter tout saupoudrage inutile », il a été demandé aux MRS, en 2005, de limiter le nombre de zones à celles étant jugées comme devant être prioritairement éligibles aux aides.

¹ Loi relative à l'Assurance maladie n°2004-810 du 13 août 2004.

² Article L162-47 du code de la Sécurité sociale.

³ Circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

1-3. Les déserts médicaux ne correspondent pas aux zones peu habitées

La circulaire du 14 janvier 2005 recommandait par ailleurs aux MRS de ne pas faire reposer leurs zonages sur des territoires dont la population est inférieure à 1 500 habitants afin de garantir aux cabinets un bassin de population suffisant pour préserver leur viabilité économique. En outre, déterminer des zones inférieures à ce seuil accroîtrait le risque d'isolement des praticiens concernés, dont on sait qu'il constitue l'un des freins à leur installation dans les zones déficitaires.

1-4. La nécessaire actualisation des données

Par ailleurs, l'actualisation des données démographiques devait donner lieu à une redéfinition annuelle des zones déficitaires pour y intégrer notamment les départs ou les arrivées de nouveaux médecins généralistes dans certains secteurs.

2-1. Les principes de la Charte de la Médecine libérale de 1927

La pratique libérale de la médecine repose sur des principes qui n'ont été énoncés qu'en novembre 1927, dans ce qu'on a appelé la « Charte de la Médecine libérale ». Ce sont les suivants :

- Libre choix du médecin par le patient
- Paiement de l'acte médical par le patient
- Libre entente du prix entre le médecin et son patient
- Respect absolu du secret médical
- Liberté totale des prescriptions

A ces principes s'ajoute celui de la liberté d'installation des médecins, considérée par les praticiens comme une garantie de leur indépendance.

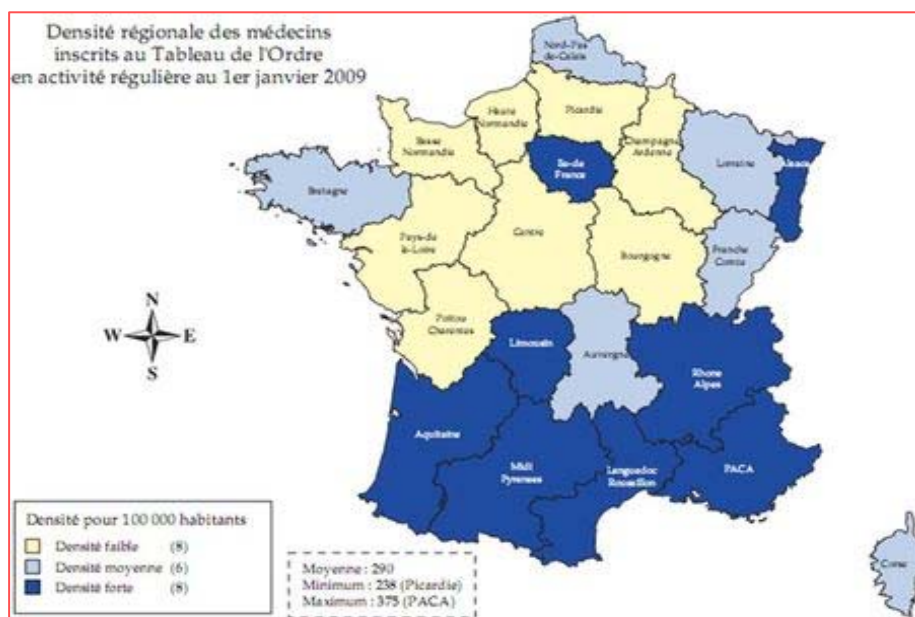
2-2. Le nombre de médecins en France, un record historique

En 2009, la France compte 214 000 médecins en activité, résultat d'une croissance ininterrompue depuis des décennies : +22% depuis 1990, tandis que la population augmentait d'un peu moins de 10%⁴. Il s'agit d'un maximum historique, que l'on considère les effectifs ou la densité de praticiens en activité par habitant.

Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), leur nombre devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années.

⁴ INSEE, *La France et ses régions*, édition 2010.

2-3. Densité régionale et nationale des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2009



Selon le Conseil national de l'Ordre des Médecins, au 1^{er} janvier 2009, la densité médicale nationale (France métropolitaine) pour 100 000 habitants est de 290 (médecins en activité régulière : activité régulièrement exercée dans un même lieu).

NB : Selon l'Assurance maladie, au 1^{er} janvier 2009, la densité médicale nationale est de :

- 99 médecins généralistes pour 100 000 habitants,
- 89 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

Le différentiel entre les chiffres de l'Ordre et ceux de l'Assurance maladie provient du fait que l'Assurance maladie ne comptabilise que les médecins conventionnés avec elle, à l'exclusion notamment des médecins salariés, exerçant en établissements de santé.

2-4. Caractéristiques socioprofessionnelles⁵

- Un vieillissement des médecins en exercice

Les médecins en exercice vieillissent et leur renouvellement est loin de s'opérer. La tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%. L'âge moyen des médecins en activité totale est de 51 ans (respectivement 48 ans pour les femmes et 52 ans pour les hommes).

Un départ en retraite massif est prévisible dans les 5 prochaines années. En effet, le taux de médecins généralistes exclusivement libéraux âgés de 55 ans et plus est de 42% en moyenne pour la métropole, 10 régions ayant un taux égal ou supérieur. Celui des médecins spécialistes en activité régulière est de 40%, 14 régions ayant un taux égal ou supérieur. Nombre de cabinets médicaux ferment ainsi au départ en retraite du médecin en exercice.

⁵ Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, mission confiée au Docteur Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins, avril 2010.

- Une féminisation qui s'accroît

Les femmes représentent 39% des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2009 en activité régulière. En moyenne, pour la métropole, la proportion des femmes parmi les médecins généralistes libéraux est de 29%, la proportion des femmes parmi les spécialistes en activité régulière étant de 40%.

En moyenne, les femmes produisent 30% de soins de moins que les hommes, vraisemblablement en raison de leurs contraintes familiales.

Les femmes représentent 52% des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre en 2008.

Plus d'une femme sur deux exerce en activité salariée tandis que, sur ce critère, on ne recense qu'un homme sur trois. La tendance s'inverse pour l'activité libérale : un homme sur deux et une femme sur trois.

2-5. Modifications du mode d'exercice

L'activité libérale n'est plus attractive, pour les femmes comme pour les hommes.

- L'augmentation du nombre de médecins remplaçants

En 20 ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523%. Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009, la hausse a été de 5,5%. En 2008, le cap de 10 000 remplaçants a été atteint. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de s'installer mais d'autres adoptent ce mode d'exercice de manière pérenne.

Les femmes représentent une proportion de médecins remplaçants qui varie de 42% en Corse à 61% en Alsace.

- Le mode d'exercice lors des premières inscriptions à l'Ordre : une préférence accordée au salariat

Au 1^{er} janvier 2009, seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66% le statut de salarié. 25% avaient opté pour le statut de remplaçant, parmi lesquels 85,4% de généralistes. Ce constat s'applique à l'ensemble des régions.

Les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits :

Au 1^{er} janvier 2009	Hommes	Femmes
libéral	5%	4%
salarié	30%	35%
remplaçant	10%	14%

Source : Atlas de la démographie médicale CNOM

En 20 ans, dans la plupart des régions, les effectifs de médecins libéraux ont régulièrement décliné pendant que ceux des salariés augmentaient. Les courbes se sont croisées en 1997 avec une progression massive du salariat corrélée à une baisse de l'exercice libéral.

Les politiques publiques, pour répondre aux besoins de la population, ont contribué à cette évolution vers une activité salariée. Le développement du secteur médico-social, la création des médecins coordonnateurs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la mise en place de nouvelles prestations personnalisées ont conduit les conseils généraux à recruter des médecins territoriaux et les établissements à rémunérer de nombreux médecins.

2-6. Numerus clausus et durée des études médicales

Les études médicales durent de 9 à 11 ans selon les spécialités. Elles sont organisées en trois cycles de durée inégales : le premier dure 2 ans, le deuxième 4 ans et le troisième de 3 à 5 ans. Elles sont rythmées par plusieurs temps forts. Le passage de la 1^{re} à la 2^e année du premier cycle s'effectue par un concours pour lequel le nombre de place (le *numerus clausus*) est fixé par arrêté ministériel depuis 1972, ce au niveau national et par faculté de médecine.

A l'issue de la 4^e année du deuxième cycle, les étudiants passent des épreuves classantes nationales (ECN). Cet examen a remplacé le concours de l'internat en 2004. Chaque étudiant passant les ECN est classé et il peut choisir en fonction de son rang de classement une discipline (une spécialité – dont médecine générale⁶ – ou un groupe de spécialités) et une subdivision d'affectation (là où se trouve le centre hospitalier universitaire de la région).

Le nombre de postes ouverts par discipline et lieu d'affectation est fixé annuellement au *Journal officiel*. Les ECN constituent par conséquent un puissant outil de régulation de la répartition territoriale des effectifs médicaux, d'une part en fixant les effectifs formés en un lieu donné et, d'autre part, en agissant sur les choix des lieux d'exercice des médecins, puisqu'en moyenne 79,5% d'entre eux débutent leur vie active là où ils ont été formés. Le troisième cycle, appelé aussi internat, dure de 3 à 5 ans et il est effectué en milieu professionnel (majoritairement en CHU). Le diplôme de médecine est obtenu par la soutenance d'une thèse et la validation de semestres de spécialisation.

2-7. La médecine générale : une spécialité en crise⁷

La procédure des ECN permet à l'étudiant de choisir son poste en ayant pleinement connaissance des places disponibles. Toutefois, chaque année, des centaines de postes en médecine générale n'ont pas été pourvus, les étudiants préférant redoubler plutôt que de devenir généralistes.

L'Ordre des Médecins dénombre un peu plus de 107 000 médecins généralistes (un peu plus de 104 000 pour l'Assurance maladie). Mais, parmi eux, 40 % n'exercent aucune activité de soins primaires. Le nombre de « médecins de famille » varie donc dans une fourchette de 62 000 à 64 000. En dix ans (1995-2005), il a augmenté de 6,9 %, *versus* 14,8 % pour celui des « autres spécialistes » (puisque la médecine générale est une spécialité). Mais le nombre de généralistes salariés a augmenté de plus de 29 %.

Presque 28 % des généralistes de premier recours (27,7 %) ont plus de 55 ans, ce qui pose évidemment un problème de renouvellement, aigu dans certains territoires.

⁶ Auparavant, devenaient généralistes les étudiants qui soit échouaient au concours de l'internat, soit ne le passaient pas.

⁷ Rapport 2006/2007 de l'Observatoire national des professionnels de santé (ONDPS).

Le problème démographique serait aggravé par « le manque de perspective de carrière », qui conduit un certain nombre de généralistes vers un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, etc.), exercé de manière exclusive, l'éloignant de la médecine de premier recours, voire de la médecine du travail ou de santé publique.

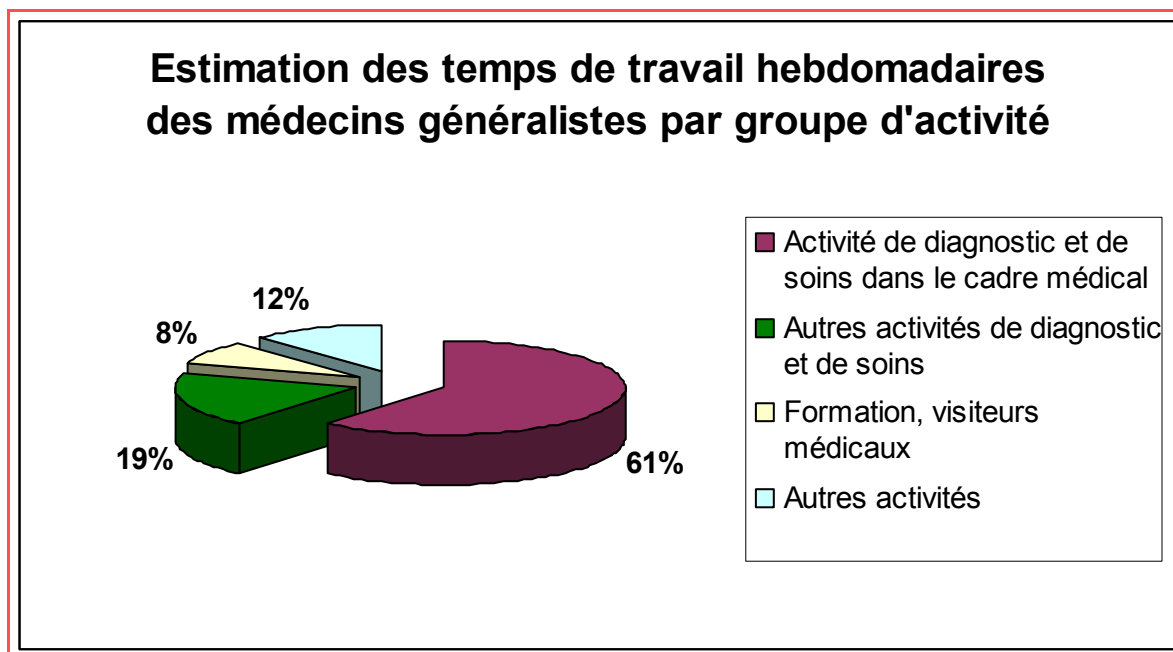
La plupart des médecins de premier recours travaillent entre 55 et 59 heures par semaine, mais deux à quatre heures en moins s'ils sont en exercice de groupe. En moyenne, ils souhaitent travailler 12 heures de moins. Le principal facteur d'augmentation de la durée du travail est l'âge des patients : « *C'est l'élévation de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans et non celle des plus de 70 ans qui semble le plus jouer sur la durée du travail.* », selon l'ONDPS.

2-8. Le temps de travail des médecins généralistes⁸

Les généralistes exerçant en libéral déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine. Selon les estimations basées sur les données disponibles, ce temps de travail serait réparti de la façon suivante : 61% de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19% aux activités de soins hors cadre libéral et 20% aux activités autres que celles directement dédiées aux soins.

Cette durée moyenne de travail hebdomadaire est plus importante pour les hommes, notamment du fait d'une activité à temps partiel plus fréquente chez les femmes.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) estimait qu'en 2004 un peu plus de 33 heures par semaine de temps libéral auraient été consacrées aux visites et consultations, sur la base de 46 semaines d'activité (temps de travail médical très inférieur aux durées de travail globales déclarées par les médecins) :



Parmi les activités « non directement consacrées aux soins » (12% et 8%), sont retenues : les tâches administratives, la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques

⁸ « Le temps de travail des médecins généralistes », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n°144, juillet 2009.

professionnelles, la réception des visiteurs médicaux, des déléguées de l'Assurance maladie ou encore des médecins conseils et l'entretien du cabinet.

Près de neuf généralistes interrogés sur dix estimaient que leur charge administrative avait augmenté suite à la réforme relative au médecin traitant. L'analyse des enquêtes met en évidence le flou concernant la définition de ces activités administratives. Certaines relèvent de la gestion du cabinet comme la comptabilité, les commandes de matériels, etc. D'autres sont en étroite relation avec les activités cliniques des médecins, sans pour autant correspondre *stricto sensu* à des actes cliniques. Ainsi, remplir un document administratif ou un certificat, même si cette tâche nécessite un examen clinique et un interrogatoire des patients, est vécu par une partie des généralistes comme une tâche administrative.

2-9. Le renoncement du politique à appliquer des dispositifs plus « volontaristes »

Lors de la négociation début 2007 de l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires, l'Assurance maladie avait prévu, parallèlement, de réguler la démographie médicale dans les zones surmédicalisées en réduisant de 20 % sa participation aux cotisations sociales des médecins qui s'installeraient dans les zones très surdotées. Mais cette proposition n'a pas été retenue dans l'accord.

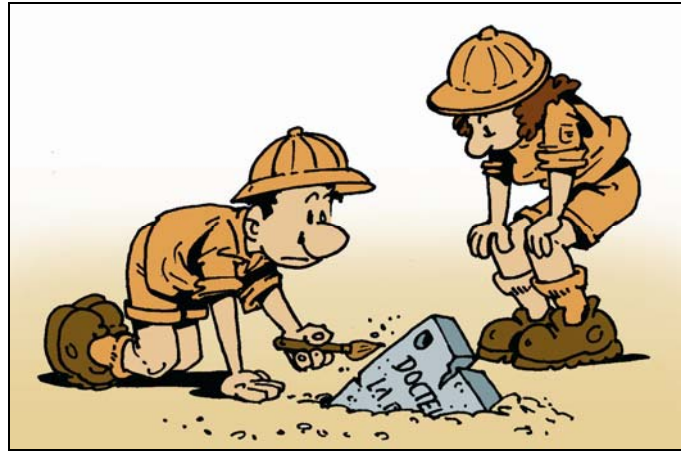
Pour lutter contre les déserts médicaux, des parlementaires de tout bord, excédés par des situations locales extrêmement tendues, se sont mobilisés l'année dernière, alors que se discutait le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). Certains d'entre eux avaient en effet déposé une kyrielle d'amendements :

- pour obliger tout étudiant en médecine à un stage en zone rurale ;
- pour interdire toute nouvelle installation dans des zones marquées par la surdensité médicale sous peine de déconventionnement ;
- pour rendre contraignants les schémas régionaux d'organisations des soins ambulatoires ;
- pour créer des contrats solidarité santé afin que les médecins exerçant dans les zones « surdotées » s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des « déserts médicaux » faute de quoi ils auraient à payer des pénalités financières sous forme d'une contribution annuelle forfaitaire ;
- pour rendre obligatoire la déclaration des absences programmées par les médecins auprès de leurs instances ordinales.

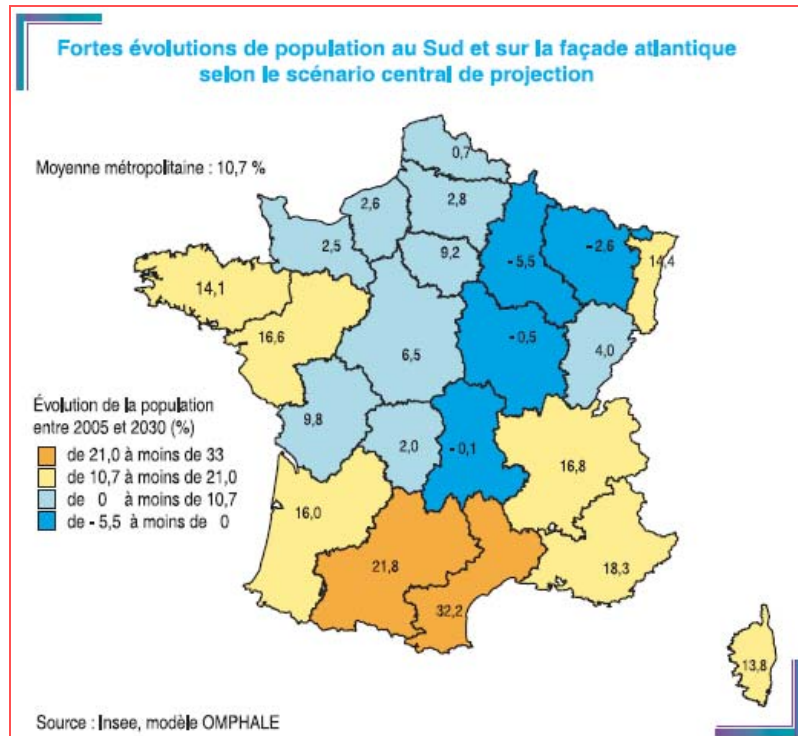
Non seulement la plupart de ces propositions d'amendements a été rejetée mais, et c'est plus grave, les quelques mesures résiduelles votées par le Parlement en 2009 sont purement et simplement abandonnées.

En juin 2010, moins d'un an après l'adoption de la loi HPST, la ministre de la Santé avait déjà annoncé la « *mise entre parenthèses* » du Contrat Santé Solidarité et de l'obligation de déclaration des absences. En réalité, c'est de suppression dont il est aujourd'hui question.

3. Les perspectives de la démographie médicale



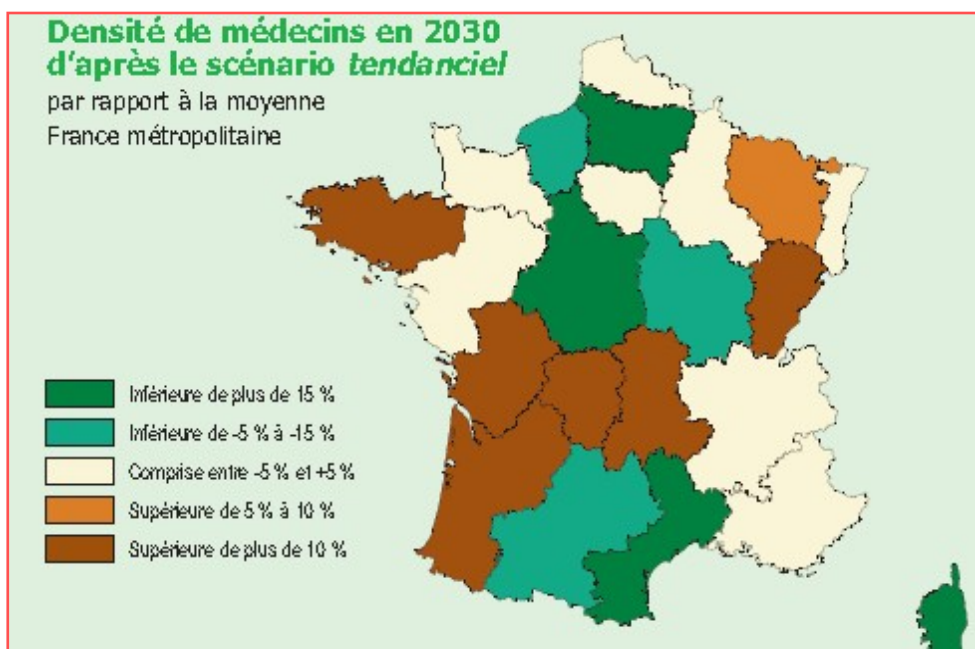
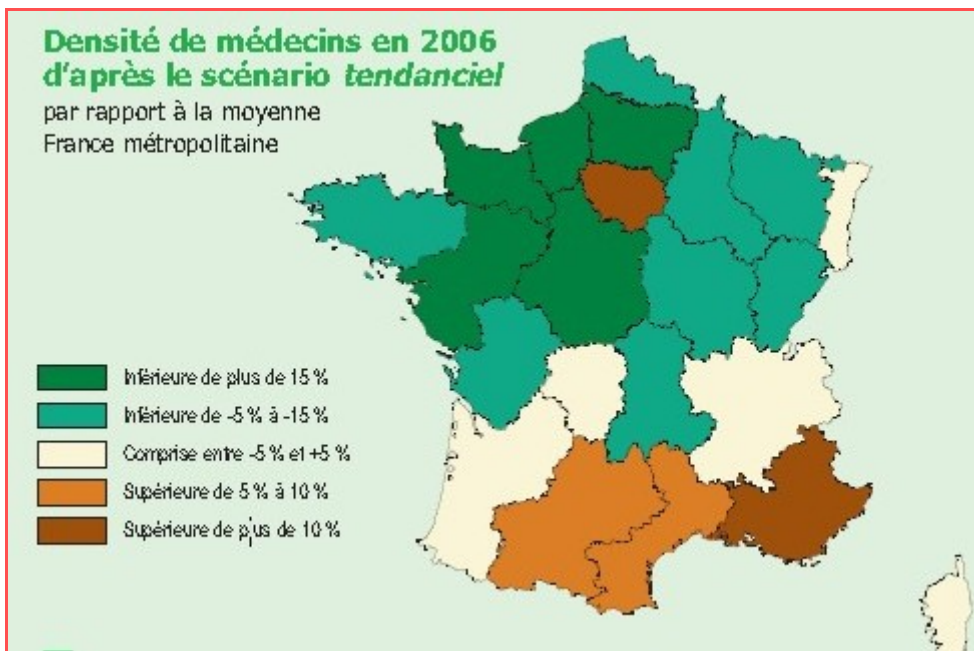
3-1. Donnée liminaire : évolution de la population française par région entre 2005 et 2030



L'évolution de la population résulte de l'écart entre naissances et décès (solde naturel) et de la différence entre entrées et sorties du territoire régional (solde migratoire).

3-2. Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

Un scénario de référence, dit tendanciel, a été réalisé par la DREES, supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme. Dans ce scénario, malgré un fort relèvement du *numerus clausus* jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes, mais les évolutions seraient très contrastées d'une spécialité à l'autre.



Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution (en %) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 habitants
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles-Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse-Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord - Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
Ensemble	206 514	203 953	327	292	-1,2	10,5	-10,6

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

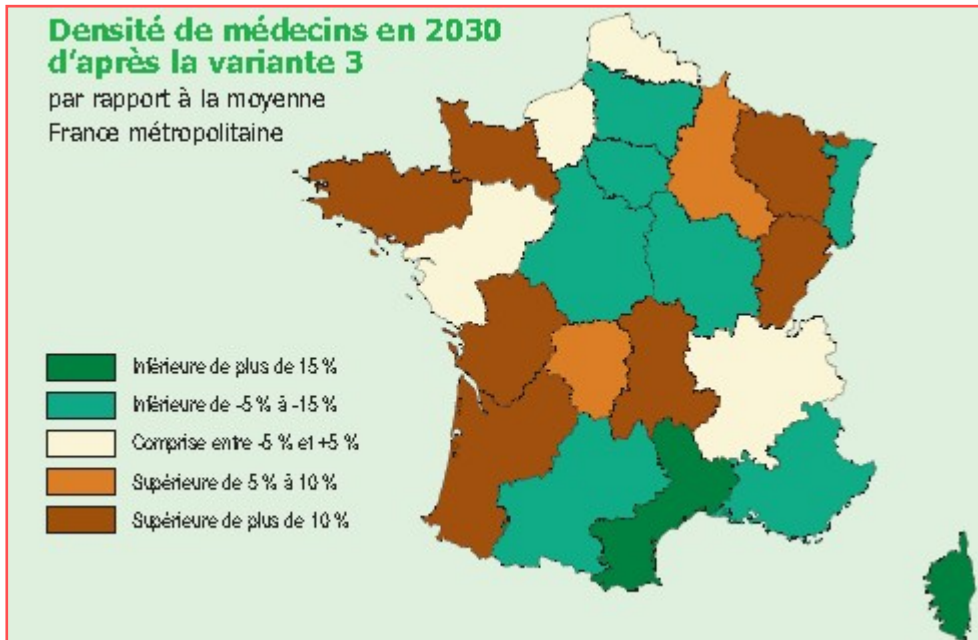
Nombre de médecins par spécialité en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

	Nombre de médecins en 2006	Nombre de médecins en 2030	Évolution (en %) du nombre de médecins de 2006 à 2030
Médecine générale	103 939	104 559	0,6
Anesthésie-réanimation	10 101	9 602	-4,9
Biologie médicale	2 677	2 448	-8,6
Gynécologie-obstétrique	5 155	5 816	12,8
Médecine du travail	6 139	2 353	-61,7
Pédiatrie	6 655	7 976	19,9
Psychiatrie	12 946	11 891	-8,1
Santé publique	1 576	2 313	46,8
Spécialités chirurgicales			
Chirurgie	11 043	15 454	39,9
Ophthalmologie	5 565	3 590	-35,5
Otorhinolaryngologie (ORL)	2 912	2 369	-18,7
Spécialités médicales			
Cardiologie	6 055	5 832	-3,7
Anatomie et cytologie pathologique	1 512	1 230	-18,7
Dermatologie-vénérologie	4 005	2 717	-32,2
Endocrinologie	1 507	1 870	24,1
Gastro-entérologie	3 297	2 882	-12,6
Médecine interne	2 384	2 094	-12,2
Neurologie	1 814	2 674	47,4
Pneumologie	2 578	2 085	-19,1
Radiologie	8 414	7 592	-9,8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 778	940	-47,1
Rhumatologie	2 549	1 790	-29,8
Autres spécialités	3 157	5 517	74,8
Ensemble	207 758	205 593	-1,0

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

3-3. Scénario selon lequel la proportion des postes ouverts aux Epreuves classantes nationales (ECN) dans la région serait inversement proportionnelle à l'écart actuel entre la densité médicale et la densité nationale



4. Enquête menée à travers les 100 CPAM de France métropolitaine, présentation des résultats

4-1. Les objectifs de l'action CISS / FNATH / UNAF

Le CISS, la FNATH et l'UNAF, en lançant cette nouvelle campagne « Assurance maladie » poursuivent plusieurs objectifs :

- **Exprimer les inquiétudes des usagers** que nous représentons et pour qui la répartition, très hétérogène, des médecins sur le territoire pose un problème d'accès aux soins.

Ces difficultés font encourir des risques pour les usagers : le péril de l'éloignement de la médecine de premier recours est concret et immédiat.

En effet, si la médecine libérale est en danger en raison de la menace d'extinction qui pèse sur elle, les patients résidant dans les déserts médicaux sont également en danger, mais pour d'autres motifs. Les difficultés d'accès aux soins engendrées par l'absence ou l'éloignement des professionnels de santé pourraient bien se traduire par des retards de soins ou des pertes de chance dramatiques pour la santé des patients. Le rééquilibrage de l'offre médicale sur le territoire doit être traité en urgence pour que la sécurité des usagers soit pleinement garantie, en tout lieu du territoire.

- **Interpeller les autorités compétentes** pour réguler la répartition des médecins sur le territoire aux moyens des outils conventionnels et légaux dont ils disposent.

- **Evaluer l'impact des politiques d'incitation à l'installation ou au maintien** dans les zones sous-médicalisées et le coût de ces mesures pour la collectivité.

- **Proposer d'autres modes d'exercice de la médecine de premier recours**, privilégiant les formes de regroupement et de pluridisciplinarité au sein d'une même structure.

4-2. Méthodologie

Entre le mois d'avril et le mois de mai 2010, les représentants d'usagers, qu'ils soient mandatés par le CISS, la FNATH ou l'UNAF, ont adressé une lettre de saisine au directeur des CPAM au sein desquels ils exercent un mandat de conseiller.

Dans le courrier, nos représentants ont exprimé le souhait que leur soient communiquées les informations suivantes :

- la densité médicale dans le ressort du département et son évolution sur les 5 dernières années ;
- le nombre de médecins généralistes dans le département et son évolution sur les 5 dernières années ;
- le nombre de médecins spécialistes dans le département et son évolution sur les 5 dernières années ;
- le type de mesures mises en œuvre par la CPAM pour inciter, le cas échéant, les médecins libéraux à s'installer sur le département et le coût de ces mesures pour l'Assurance maladie.

4-3. Pourquoi saisir les Caisses primaires d'Assurance maladie sur ce sujet ?

- D'une part parce que les CPAM ont pour mission d'assurer la mise en œuvre des accords conventionnels conclus avec les professionnels de santé et à contrôler leur activité

Conclu le 7 février 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM) et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France, l'**avenant n° 20 à la convention nationale des médecins** a été approuvé par l'arrêté du 23 mars 2007, publié au *Journal officiel* le 28 mars 2007.

Il porte sur l'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national, notamment sur :

- la création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires ;
- la mise en place d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale.

Quelques « passages choisis » du préambule de l'avenant n° 20

« L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels.

A l'heure actuelle et hors DOM, la densité de médecins libéraux par habitant varie d'un rapport de 1 à 2 entre les départements. A court terme, deux facteurs sont susceptibles de renforcer les inégalités territoriales et de pénaliser l'accès aux soins et la permanence des soins : l'accélération des départs en retraite [...] et l'accroissement des besoins de soins [...]. Ainsi, alors que, depuis vingt ans, les effectifs et la densité de médecins se sont régulièrement accrus, cette tendance devrait brutalement s'inverser dans les quelques années à venir, rendant ainsi plus que nécessaire d'améliorer la répartition des médecins, en particulier des omnipraticiens, sur le territoire national, de manière à ne pas générer de nouveaux « déserts médicaux ».

Les missions régionales de santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004, ont défini en 2006 des zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes.

[...] ces zones dites déficitaires constituent une priorité d'action pour les parties signataires.

Les partenaires conventionnels considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et le recours au remplacement, de privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones et de favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent permettre ainsi à chaque médecin de consacrer plus de temps à ses patients, se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés.

Ils disposent, à cet effet, de l'article 37 de la LFSS pour 2006, qui prévoit la possibilité de mettre en place dans ces zones une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité, des modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

A cette fin, ils créent **une option conventionnelle** destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être **majorés de 20 %**.

Cette aide vise à inciter les médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables à :

- **s’installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires.** L’exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- **recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires,** ce qui permet d’alléger la charge de travail et également de s’absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les partenaires conventionnels souhaitent également faciliter l’installation de jeunes professionnels dans ces zones.

Compte tenu du caractère évolutif de l’adéquation entre l’offre mesurée en nombre de médecins libéraux installés exerçant en cabinet et les besoins de soins, les partenaires conventionnels décident de limiter l’existence de cette option à la date du 11 février 2010.

Ils mettent en place **un observatoire conventionnel de la démographie médicale,** afin d’évaluer la portée de ce dispositif conventionnel en termes d’amélioration de l’offre de soins et des conditions d’exercice des médecins exerçant dans ces zones.

Sur la base des travaux issus de l’observatoire, les partenaires conventionnels s’entendront pour envisager une éventuelle prorogation ou adaptation du dispositif.

Les partenaires conviennent de poursuivre leurs réflexions en matière de démographie médicale, notamment en étudiant la **possibilité d’octroi de bourses d’études aux étudiants en médecine s’engageant à s’installer dans une zone déficitaire.**

Le médecin qui adhère à l’option bénéficie d’un accompagnement personnalisé par un correspondant identifié au sein de la CPAM. Ce correspondant lui fait notamment découvrir l’offre de service de l’Assurance maladie (étude de marché et aide au choix du lieu d’installation avec CartoSantéPro et InstalSanté), lui apporte son aide pour les formalités administratives, l’accompagne pour la recherche de remplaçants et pour l’organisation des vacances au sein du cabinet.

L’aide est aussi financière et prend la forme d’un forfait annuel représentant 20% de l’activité (Consultations + Visites) du professionnel dans la zone concernée.

Plusieurs conditions sont posées au bénéfice de cette aide :

- participer à la permanence des soins,
- rester en exercice dans la zone éligible à l’option pendant 3 ans,
- favoriser les collaborations libérales,
- recourir à des remplaçants pour assurer la continuité des soins,
- permettre des vacances de médecins spécialistes ou auxiliaires médicaux,
- participer avec l’Assurance maladie au projet d’évolution de la démographie de la zone.

L’une des missions des Caisses primaires d’Assurance maladie consiste à assurer la mise en œuvre des accords conventionnels conclus avec les professionnels de santé et à contrôler leur activité.

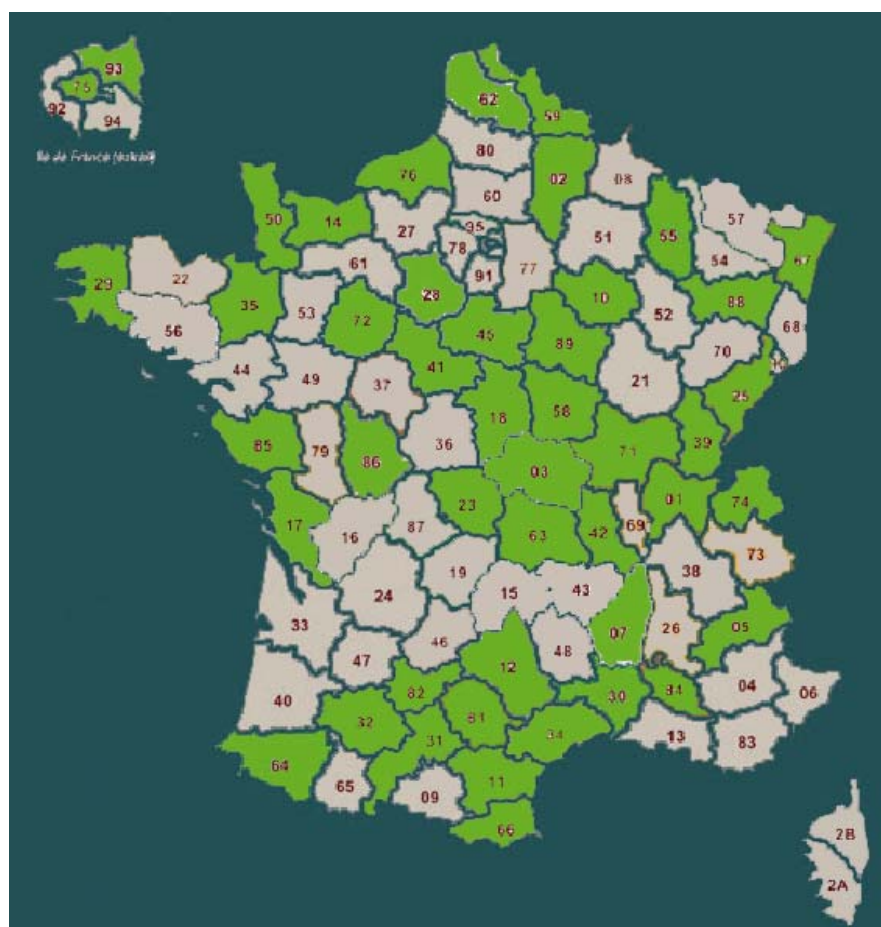
- D'autre part parce que l'offre de service de l'Assurance maladie consiste également à accompagner des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé

Inscrite dans une démarche partenariale régionale, l'offre de service Assurance maladie se décline sur deux axes principaux :

- un accompagnement méthodologique des porteurs de projet dans l'élaboration du projet de santé et le montage du dossier de demande de financement propre FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins),
- des aides financières issues du FIQCS axées notamment sur l'aide à la conception du projet : études préalables, participation aux investissements, aménagements ou frais contribuant à des pratiques coopératives.

4-4. Un taux de réponse qui s'améliore par rapport aux années précédentes

Cette année, 47 CPAM sur 100 ont répondu à nos sollicitations. C'est mieux qu'en 2008, où 36 CPAM sur 125 avaient répondu à nos demandes d'informations sur les dépassements d'honoraires et c'est un progrès par rapport à l'année dernière où seulement 25 CPAM sur 125 avaient donné suite à nos saisines portant sur les refus de soins opposés aux usagers bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire.



	CPAM ayant répondu à notre requête
	CPAM n'ayant pas répondu à notre requête

4-5. Des réponses plus ou moins exhaustives

Comme chaque année depuis 3 ans, les réponses des CPAM se caractérisent par une très forte hétérogénéité aussi bien dans leur contenu que dans leur présentation. Toutefois, cette année, les éléments envoyés se distinguent par leur relative exhaustivité et leurs détails, même si certaines CPAM renâclent à faire preuve de la transparence la plus élémentaire exigible par les représentants d'usagers présents au sein de leurs conseils.

Plusieurs points ressortent de cette enquête sur la démographie médicale et son évolution prévisible.

L'analyse qui suit prend en compte les données recueillies par l'Ordre des Médecins. Pour certaines comparaisons, les données « Assurance maladie » ont été utilisées. Dans cas, la nature des points de comparaison est précisée (données de l'Ordre ou données de l'Assurance maladie).

5-1. Un problème de répartition des médecins plus qu'un déficit démographique

- 8 départements où la densité médicale est inférieure à 203 pour 100 000 habitants (inférieure de 30% par rapport à la densité nationale) :

- Eure (172)
- Mayenne (186,7)
- Ain (188,8)
- Meuse (189,8)
- Haute-Loire (191,1)
- Indre (195,4)
- Lozère (199)
- Orne (203,6)

- Près de 2,5 millions de personnes résident dans des départements dont la densité médicale est inférieure de 30% par rapport à la densité moyenne nationale :

- Lozère (76 876 habitants)
- Meuse (192 499 habitants)
- Haute-Loire (220 437 habitants)
- Indre (233 000 habitants)
- Orne (292 879 habitants)
- Mayenne (300 650 habitants)
- Ain (567 000 habitants)
- Eure (615 234 habitants)

- Dans 6 de ces 8 départements, la population augmente depuis 1999 :

- Indre (+ 0,85 % depuis 1999)
- Lozère (+ 4,58% depuis 1999)
- Mayenne (+ 5,36% en 10 ans)
- Haute-Loire (+ 5,41% depuis 1999)
- Ain (+ 9,70% depuis 1999)
- Eure (+ 13,6% depuis 1999)

- Parmi les 8 départements « sous-médicalisés », la densité médicale accuse une diminution depuis 2005 dans au moins 2 départements (mais cette indication est sûrement sous-évaluée dans la mesure où la totalité des CPAM n'ont pas transmis les éléments souhaités) :

- Dans le département de l'Ain, la densité médicale, tous professionnels confondus (généralistes, omnipraticiens, spécialistes) est en baisse constante depuis 2005. Mais le nombre de médecins est stable, voire en légère progression (684 en 2005, 700 en 2009).
- Dans le département de la Meuse, la densité médicale est en baisse depuis 2005. La densité des médecins généralistes est passée de 127,7 en 2005 à 127,7 en 2009. La densité des médecins spécialistes est passée de 44,6 en 2005 à 40,8 en 2009.

- 6 départements où la densité médicale est supérieure à 377 pour 100 000 habitants (supérieure de 30% par rapport à la densité nationale) :

- Gironde (378,5)
- Haute-Garonne (394,1)
- Hérault (400,2)
- Rhône (403,7)
- Alpes-Maritimes (405)
- Bouches-du-Rhône (414,5)
- Paris (741,9)

- 2 régions comptent des départements où le contraste de densité est très marqué :

- Languedoc-Roussillon : Lozère (199) et Hérault (400,2)
- Rhône-Alpes : Ain (188,8) et Rhône (403,7)

- A Paris, la densité médicale globale est égale à :

- 375 pour l'Assurance maladie
- 741,9 pour l'Ordre des médecins

Mais cette forte densité médicale globale lisse de très fortes disparités : (les chiffres cités ci-dessous proviennent des éléments transmis par la CPAM de Paris) :

- entre la densité des omnipraticiens (121) et celle des spécialistes (254)
- entre la répartition des médecins par arrondissement (+ de 35 omnipraticiens pour 10 000 habitants dans le VIII^e arrondissement contre - de 7 dans le XX^e ; 56 spécialistes pour 10 000 habitants dans le VII^e contre - de 8 dans le XVIII^e).

- Dans au moins 1 département à forte densité médicale, la Haute-Garonne, des aides à l'installation ont été mises en place par la CPAM :

Application de l'avenant n° 20 :

Nombre de zones déficitaires	Nombre de médecins bénéficiaires	Coût total du dispositif			Coût total du dispositif depuis sa mise en place en 2007
		2008	2009	2010	
2	4	23 550 €	93 353 €	94 051 €	210 954 €

5-2. Des problèmes de répartition des médecins d'autant plus dommageables pour les usagers qu'ils concernent en partie des départements déjà fortement touchés par des difficultés sanitaires et économiques

C'est le cas notamment des départements du Pas-de-Calais, de l'Eure ainsi que la banlieue est de Paris.

5-3. Des inégalités de répartition des effectifs médicaux qui entraînent des surcoûts

- Sollicitations excessives des urgences hospitalières

D'une part, les situations de carence des soins de premier recours conduisent à une sollicitation excessive des urgences hospitalières, facteur de désorganisation et d'augmentation des dépenses pour les services hospitaliers.

- L'effet de la « demande induite »

Dans les zones à forte densité médicale, on repère une surconsommation de soins expliquée par un effet de « demande induite » : confrontés à un marché plus réduit (moins de patients par professionnel), les professionnels cherchent à accroître leur revenu en augmentant le nombre d'actes par patient.

5-4. La préférence des primo-installants pour l'exercice salarié, aux dépens de la pratique libérale de la médecine

Au 1^{er} janvier 2009, seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66% le statut de salarié. 25% avaient opté pour le statut de remplaçant, parmi lesquels 85,4% de généralistes. Les femmes représentaient 52% des effectifs.

Ce constat s'applique à l'ensemble des régions.

Les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits

Au 1^{er} janvier 2009	Hommes	Femmes
Libéral	5%	4%
Salarié	30%	35%
Remplaçant	10%	14%

Source : Atlas de la démographie médicale CNOM

Répartition des premières inscriptions à l'Ordre des Médecins
par mode d'exercice au 1^{er} janvier 2009

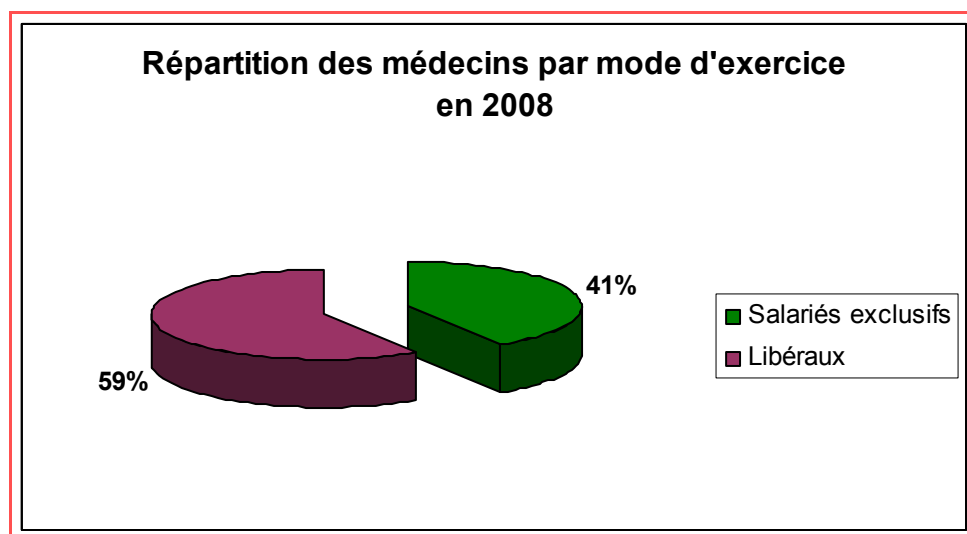
Régions	Exercice libéral	Exercice salarié
Alsace	20	128
Aquitaine	31	140
Auvergne	15	65
Basse-Normandie	14	79
Bourgogne	17	70
Bretagne	19	161
Centre	20	88
Champagne-Ardenne	9	63
Corse	5	3
Franche-Comté	6	66
Haute-Normandie	15	70
Ile-de-France	66	848
Languedoc-Roussillon	25	112
Limousin	6	48
Lorraine	16	41
Midi-Pyrénées	23	105
Nord-Pas-de-Calais	29	246
Pays-de-la-Loire	25	165
Picardie	6	91
Poitou-Charentes	12	66
PACA	58	261
Rhône-Alpes	59	319
DOM-TOM	9	120

Source : *Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM*

En 20 ans, dans la plupart des régions, les effectifs de médecins libéraux ont régulièrement décliné pendant que ceux des salariés augmentaient. Les courbes se sont croisées en 1997 avec une progression massive du salariat corrélée à une baisse de l'exercice libéral.

Le développement du secteur médico-social, la création des médecins coordonnateurs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la mise en place de nouvelles prestations personnalisées ont conduit les conseils généraux à recruter des médecins territoriaux et les établissements à rémunérer de nombreux médecins.

Répartition des médecins par mode d'exercice en 2008



Source : Eco-Santé France 2009, d'après données Adeli de la DREES

5-5. Le succès très relatif des aides incitatives en tout genre

Des aides financières incitatives sont délivrées à la fois par l'Etat, l'Assurance maladie ou encore les collectivités territoriales, ce qui aboutit à un système illisible :



- **La mise en place de l'avenant conventionnel n° 20** prévoyant une majoration de 20% des honoraires pour les médecins généralistes exerçant en groupe, installés dans une des zones déficitaires définies par les Missions régionales de santé (maintenant par les agences régionales de santé).

Lorsque l'avenant n° 20 est appliqué, les CPAM versent des « primes » de l'ordre de 25 000 à 28 000 euros par an et par médecin.

Sur les 47 CPAM ayant répondu à nos requêtes, 28 déclarent avoir mis en œuvre l'avenant n°20 à la convention médicale afin d'inciter ou de maintenir les médecins généralistes sur les zones réputées « sous-denses ».

Dans au moins 17 de ces 28 CPAM ayant déclaré avoir mis en œuvre l'avenant n°20, la densité médicale continue de chuter :

- Manche
- Saône-et-Loire
- Yonne
- Cher
- Aube
- Doubs
- Jura
- Seine-Saint-Denis
- Meuse
- Aveyron
- Gers
- Tarn-et-Garonne
- Hainaut
- Sarthe
- Aisne
- Vienne
- Ain

Sans donner de chiffres, 3 CPAM disent être confrontées à des problèmes de répartition :

- Ille-et-Vilaine
- Vendée
- Loire

- **L'application d'un moratoire sur le parcours de soins** pour les jeunes médecins installés dans une zone déficitaire : aucune pénalité financière pour les consultations effectuées hors parcours de soins (**notamment dans les départements du Cher et de la Manche**).

- **L'attribution d'indemnités de logement et de déplacement** pour les étudiants de 3^e cycle de médecine générale par les Conseils généraux.

- **L'application de diverses exonérations fiscales et sociales** par l'Administration des impôts pour les médecins exerçant en zone déficitaire ou en zone de revitalisation rurale :

- l'exonération d'impôt sur le revenu pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins pour les médecins généralistes installés dans les zones susmentionnées, à hauteur de soixante jours de permanence par an ;
- l'exonération temporaire de la taxe professionnelle pour les médecins et auxiliaires médicaux s'établissant ou se regroupant dans une commune de moins de 2 000 habitants ou une zone de revitalisation rurale.

Ces aides ne répondent pas aux déterminants de choix du lieu d'exercice. Les médecins généralistes libéraux accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération.

Selon la Cour des Comptes, ces différentes mesures de régulation sont intervenues sans cohérence entre elles ni avec le contexte⁹.

Ces aides ont finalement peu d'effet car l'incitation financière n'est pas le bon levier : les professionnels exerçant dans les déserts médicaux, précisément du fait de leur rareté, ont d'ores et déjà des revenus souvent supérieurs à la moyenne. Les incitations financières sont donc vaines, dès lors que le manque d'installation dans les déserts médicaux n'est pas dû à une faible attractivité financière de ces zones.

5-6. Une baisse de la densité médicale aggravée par la limitation du temps médical disponible

Pour le moment, seules les activités médicales donnant lieu à rémunération dans le cadre libéral sont dénombrées par l'Assurance maladie, ce qui permet d'estimer le temps qu'y consacrent les praticiens. Les autres activités, qu'elles soient cliniques (dans le cadre du salariat, lors de conseils téléphoniques...) ou qu'elles correspondent à d'autres tâches (administration) ont été peu étudiées. Or, dans un contexte de « pénurie » de médecins, cette question prend toute son importance.

L'optimisation du temps de travail des professionnels de santé pourrait en effet constituer un enjeu de taille.¹⁰

⁹ Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale, *Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins*, septembre 2007.

¹⁰ « Le temps de travail des médecins généralistes », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n°144, juillet 2009.

5-7. Le montant des dépassements d'honoraires médicaux, directement liés aux inégalités de répartition des médecins sur le territoire

- Les honoraires des médecins généralistes sont plus élevés en zones « sous-médicalisées » que dans les zones à forte densité médicale¹¹

La densité d'omnipraticiens dans le département d'exercice joue négativement sur les honoraires du médecin : une augmentation de la densité de 10 (passage de 100 à 110 médecins pour 100 000 habitants par exemple) conduit à une diminution des honoraires de 2,5 %. L'impact est encore plus marqué pour l'activité : une augmentation de la densité de 10 conduit à une diminution du nombre de rencontres médecin/patient de 3,5 %. Cette diminution est due à une baisse de la demande qui s'adresse à chaque médecin quand des médecins en plus grand nombre se partagent la même quantité de patients.

Du côté de la demande, le nombre de patients potentiels est plus faible en PACA, où la densité est élevée, que dans le Nord, où elle est faible. Du côté de l'offre, les écarts d'honoraires reflètent les différences d'utilités attendues par les médecins généralistes lorsqu'ils choisissent de s'installer. Autrement dit, les médecins qui choisissent de s'installer en PACA acceptent de gagner 8 % de moins, car dans cette région ils travailleront moins (auront moins de patients) et profiteront du soleil. *A contrario*, il semble qu'un supplément d'honoraires d'au moins 20 % soit nécessaire pour compenser le surcroît de travail et le mauvais climat qui attendent le médecin qui s'installe dans la région Nord.

Enfin, les estimations montrent que, par rapport à une installation dans un pôle urbain, il y a, pour un médecin généraliste, un intérêt financier à se localiser ailleurs, en couronne périurbaine (+9 %), dans une commune multipolarisée (+11,2 %) et surtout dans un espace à dominante rurale (+14,5 %).

En 2008, le CISS, la FNATH et l'UNAF ont, selon un procédé d'enquête analogue à celui qui a été appliqué cette année, obtenu des informations de la part de nombreuses CPAM sur l'évaluation des dépassements d'honoraires. De l'analyse des résultats, il ressort en effet que de nombreux médecins généralistes installés au cœur de « déserts médicaux », exerçant pourtant en secteur 1, facturent des dépassements d'honoraires à leurs patients. Par exemple, il a été relevé que dans le département de la Drôme, dont la densité médicale est de 272,8 pour 100 000 habitants (contre 290 en France), 96% des médecins généralistes facturaient des dépassements d'honoraires non autorisés.

De la même façon, dans les Côtes-d'Armor (dont la densité médicale est égale à 263,2), 299 généralistes, de secteur 1, sur 496 pratiquaient des dépassements d'honoraires supérieurs à 50 euros.

Dans le département de la Meuse (dont la densité médicale est égale à 189,8), 40 généralistes de secteur 1 facturaient des dépassements d'honoraires de 1 euro à 5 euros en 2004. En 2006, ils étaient 106 à appliquer de tels dépassements.

Le montant des honoraires des médecins généralistes installés dans les zones à faible densité médicale est plus élevé que dans les zones « surdensées ». Cette

¹¹ *Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations*, par Brigitte DORMONT et Anne-Laure SAMSON, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série « Etudes et recherches », document de travail n° 75, janvier 2008.

situation est de nature à ajouter aux difficultés d'accès « géographique » aux soins des problèmes « économiques » d'accès aux soins.

- Plus les médecins spécialistes sont concentrés, plus leurs dépassements d'honoraires sont élevés

La répartition des spécialistes sur le territoire révèle une forte concentration. La moitié d'entre eux exerce en effet dans 15 départements qui représentent 35% de la population. Pour les spécialistes à honoraires libres, cette concentration est encore plus marquée : la moitié exerce dans seulement 9 départements représentant un quart de la population ; 17,4% des spécialistes à honoraires libres exercent dans la seule ville de Paris.

Dans certaines zones, l'accessibilité à certains spécialistes pratiquant des tarifs sans dépassement est difficile. Les départements d'Ile-de-France sont ainsi les premiers en densité de gynécologues de tous secteurs et les derniers en densité de gynécologues de secteur 1.

Pour les spécialistes de tous les secteurs, la densité médicale exerce une influence négative sur le nombre d'actes : sur l'ensemble des départements, on constate que le nombre d'actes, ainsi que les honoraires sans dépassement varient en sens inverse de la densité médicale.

Même si la demande de soins n'est pas homogène dans la population, on peut faire l'hypothèse que les différences de densité médicale, qui varient du simple au double selon les départements, limitent la demande d'actes adressée en moyenne à chaque praticien dans les départements où la densité est la plus élevée. Dans les zones à très forte densité, les dépassements d'honoraires permettent alors en partie aux praticiens de s'y installer. Ceux qui peuvent appliquer des dépassements d'honoraires peuvent ainsi se rapprocher de la moyenne des honoraires sans dépassement de leurs confrères exerçant dans les zones moins médicalisées.

Pour les praticiens, les dépassements d'honoraires permettent donc de neutraliser les effets de la densité sur le revenu des praticiens.

Le taux de dépassement augmente avec la concentration de spécialistes de secteur 2 et peut paradoxalement accroître l'inégalité d'accès aux soins dans les zones à forte densité médicale.

Plus il y a des médecins de secteur 2, plus le prix demandé au patient s'élève. Ici encore, Paris illustre ce phénomène : on y observe un des plus fort taux moyen de dépassement des spécialistes à honoraires libres (en moyenne 101,7%) couplé à la plus forte proportion de spécialistes à honoraires libres (67% des spécialistes parisiens sont en secteur 2) et à leur plus forte densité (2,35 pour 1 000 habitants).¹²

Lors de notre enquête menée en 2008, nous avons ainsi constaté qu'à Villefranche-sur-Saône, dans le département du Rhône (dont la densité médicale est égale à 403,7 contre 290 en France), le dépassement d'honoraires moyen par gynécologue a augmenté de 35% entre 2006 et 2007, 15% pour les pédiatres, 12% pour les urologues.

A Nancy, dans le département de la Meurthe-et-Moselle (dont la densité médicale est égale à 363,6), le montant moyen des dépassements d'honoraires par ORL était de 34 000 euros, 31 000 par rhumatologue et 26 000 euros par psychiatre (chiffres 2007).

¹² *Les dépassements d'honoraires médicaux*, rapport n° RM 2007-054P, IGAS, avril 2007.

A Pau, dans le département des Pyrénées-Atlantiques (dont la densité médicale est égale à 334,7), le montant moyen des dépassements d'honoraires était de 42 euros pour les ORL, 99 euros pour les gynécologues-obstétriciens et 130 euros pour les urologues (chiffres du 1^{er} trimestre 2008).

Dans le Val-de-Marne (dont la densité médicale est égale à 345,6), le dépassement moyen en gynécologie-obstétrique est de 40 euros, 26 euros en gynécologie médicale, plus de 19 euros en pédiatrie, près de 26 euros en ORL et en psychiatrie générale.

Les inégalités de répartition des spécialistes sur le territoire sont donc notamment liées aux dépassements d'honoraires.

5-8. Des résistances culturelles aux changements qui nuisent à la réforme de l'organisation des soins ambulatoires

Les médecins libéraux, très attachés aux principes de la Charte de 1927, sont nombreux à rejeter toute mesure destinée à rééquilibrer leur répartition territoriale ou même le niveau de leurs honoraires.

Ces résistances se manifestent parfois de manière si véhémente et influente qu'elles ont pour conséquence de faire fléchir les politiques de régulation, aussi peu contraignantes qu'elles soient.

6-1. Garantir l'existence d'une équipe de soins pour un nombre donné d'habitants

L'inégale répartition des médecins sur le territoire doit amener les agences régionales de santé (ARS) à organiser et à « réguler » l'organisation des soins ambulatoires en fonction des objectifs de soins de premier recours qui auront été définis, si besoin aux moyens de la contractualisation avec les professionnels de santé.

En ce sens, la « territorialisation » qui inspire la loi HPST doit permettre d'identifier et de garantir l'existence d'une équipe de soins pour un nombre donné d'habitants.

En Catalogne, chaque « aire basique de santé » a la responsabilité de 5 000 à 25 000 habitants (40 000 pour les grandes villes). Dans chaque aire, il y a au moins un centre de soins de santé primaires. Ils fonctionnent 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année.

En Finlande comme en Suède, la loi propose de fixer des ratios d'offre en soins primaires en fonction de la population. Ces ratios s'expriment sous la forme du nombre de professionnels médicaux et paramédicaux, par unité de population.¹³

A l'instar de l'arrêté qui a été pris fin octobre par le directeur de l'ARS de la région Auvergne, définissant plusieurs niveaux de territoires afin de bien prendre en compte les caractéristiques de la région, son offre sanitaire et ses besoins, il est recommandé que des « bassins de santé de proximité » soient définis dans chaque région.

Premier niveau de territoire, les 123 bassins de santé de proximité définis serviront à l'observation et à l'analyse des besoins en matière de soins de premier recours. Ils devront conduire à améliorer l'accès, en prévoyant et suscitant les installations avec éventuellement des modes d'organisation spécifiques, comme les maisons de santé pluridisciplinaires.

Le deuxième niveau de territoire est constitué de 15 bassins intermédiaires qui sont les agrégats des bassins de santé de proximité autour des centres hospitaliers. Ils serviront notamment à l'articulation de l'offre de soins ambulatoires. Ils ont été définis à partir des flux hospitaliers en vérifiant que le temps d'accès des patients ne dépassait pas 30 minutes.

Le troisième niveau est constitué des 4 territoires de santé, correspondant aux départements de la région, et qui seront utilisés pour la concertation institutionnelle à travers les conférences de territoire.

Le quatrième niveau de territoire, situé au-dessus des territoires de santé institutionnels, est le territoire régional. Il servira à la définition des orientations stratégiques.

Proposition n° 1 :

Etablir la cartographie, dans le cadre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire ambulatoire et, par chaque ARS, des bassins de santé de proximité précisant notamment le nombre de médecins par spécialité à prévoir pour répondre aux besoins de soins de premier recours.

¹³ IRDES, *Questions d'économie de la Santé*, n° 141, avril 2009.

6-2. Garantir la permanence des soins aux moyens d'une régulation par les agences régionales de santé

La permanence des soins désigne les dispositifs qui permettent aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit et le week-end, quand les cabinets de médecins libéraux sont fermés. Des défaillances sont souvent détectées dans certains secteurs comme les zones rurales ou à certains moments dans l'année.

L'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes libéraux relève en partie de la compétence du conseil de l'Ordre des Médecins et repose sur la base du volontariat.

Le financement de la permanence des soins est prévu par l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins libéraux (JO du 1^{er} juin 2005). Son objectif est de garantir aux assurés une permanence des soins efficiente sur tout le territoire, et aux professionnels libéraux une juste rémunération pour leur participation à la permanence des soins.

Une enquête réalisée par le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2010 montre une « *érosion du volontariat au niveau des 2 412 secteurs de garde comptabilisés au 1^{er} janvier 2010 (- 147 secteurs en un an, soit une baisse de 5,5 % comme en 2008)* ».

La permanence des soins, telle qu'elle est aujourd'hui organisée, est un échec. Le risque de rupture de la chaîne de soins qu'elle engendre représente un danger pour les usagers qui, selon leur lieu de résidence ou le moment de leur incident de santé, pourraient être victimes d'une prise en charge trop tardive.

Selon le CNOM, trois facteurs fragiliseraient la participation des médecins à la permanence des soins : « *une démographie médicale déclinante, une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée par la profession et l'absence de mesures pour améliorer l'organisation de la garde, le samedi après-midi ou en nuit profonde.* »¹⁴

L'un des objectifs principaux et urgents des ARS consistera à améliorer la permanence des soins compte tenu de l'échec du dispositif existant.

Les articles 36 et 44 de la LFSS pour 2008 ouvrent la possibilité pour les ARS volontaires de mettre en place des expérimentations de rémunération des médecins assurant la permanence de soins, qui dérogent aux dispositions réglementaires traditionnelles.

La permanence des soins est devenue une mission de service public en décembre 2006¹⁵ et est également visée au titre des quatorze missions de service public énumérées par la loi du 21 juillet 2009 transcrites à l'article L. 6112-1 du Code de la Santé publique.

Si le volontariat n'est pas à même de consolider l'organisation de la permanence des soins par les médecins libéraux, les ARS devront en tirer toutes les conséquences pour que soit garantie la sécurité des usagers.

Proposition n°2 :

En cas de carence de l'initiative privée pour organiser la permanence des soins, il incombe à l'ARS de mettre en place un service opposable approprié.

¹⁴ Enquête du Conseil national de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins, janvier 2010.

¹⁵ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007.

6-3. Moderniser et développer les centres de santé

Héritiers de la grande tradition des dispensaires et de la médecine sociale, les centres de santé correspondent à un mode d'organisation des soins différents de ceux proposés par l'hôpital ou les cabinets libéraux. De nombreux professionnels peuvent y exercer pour offrir, en un lieu unique, une palette de soins et de services aux usagers.

Ces centres présentent le très grand avantage de soigner tous ceux qui le souhaitent, sans discriminations. A ce titre, ils contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé et défendent une médecine de qualité pour tous. Ils proposent systématiquement le tiers payant.

Tous les soins courants peuvent y être dispensés (médecine générale, médecins spécialistes, radiographie, échographie, analyses médicales, kinésithérapie, soins infirmiers, sur place ou à domicile, soins et prothèses dentaires). Il existe aussi des centres exclusivement dentaires ou infirmiers.

On ne trouve pas de centre de santé partout parce que, pour des raisons historiques, ils ont été implantés là où des municipalités ou mutuelles à forte motivation sociale ont décidé de les créer et de les développer.

Cependant, en dépit des avantages qu'ils présentent, les centres de santé souffrent d'une image dégradée et sont souvent associés à des structures de soins réservés aux plus pauvres et aux personnes désinsérées socialement. Ces centres de santé ont de plus en plus de difficulté pour obtenir les moyens qui permettent de prendre en charge une population élargie et d'accompagner les patients dans leur « parcours de soins » de la manière la plus égalitaire possible.

Proposition n°3 :

Définir un plan de modernisation et de développement des centres de santé en leur affectant des moyens comparables à ceux que l'on se prépare à allouer aux maisons de santé pluridisciplinaires.

6-4. Encourager la réalisation de certains actes médicaux de premier recours par des professionnels de santé non médecins

En Norvège et au Royaume-Uni, des infirmiers sont formés à la médecine d'urgence pendant 2 ans et sont habilités à faire des actes médicaux. En Finlande, en cas de pénurie de médecin dans une spécialité, les infirmiers peuvent accomplir, après une formation adaptée, certains actes médicaux. La Suède les autorise également, après une formation spécifique, à prescrire un nombre limité de médicaments. La prévention et le suivi des pathologies chroniques sont les principaux domaines où les infirmiers ont étendu leurs compétences.

En France, selon l'Observatoire national des professions de santé¹⁶ (ONDPS), des expérimentations montrent que « *la réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux préalablement formés est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients* ». L'ONDPS poursuit sa réflexion en indiquant 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. Il ajoute : « *Dans de nombreux endroits et semble-t-il de façon importante, les acteurs paramédicaux réalisent des actes en dehors de leur décret d'exercice. Ces pratiques semblent peu encadrées tout au moins formellement (pas toujours de protocoles écrits). [...] Ce décalage pose question et justifie une mise en conformité des pratiques et des compétences. [...] La plupart des rares études recensées concluent que des infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins et atteindre des résultats de soins équivalents.* »

La réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux doit être envisagée et « protocolisée » pour assainir et formaliser des situations de fait, mais aussi pour gagner du temps médical employé à l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale.

Cependant, si des transferts d'activités, d'actes ou de soins de médecins vers des professionnels paramédicaux sont envisageables, ils doivent être organisés dans le respect des compétences reconnues et vérifiées des professionnels concernés. En ce sens, le CISS a déposé un recours devant le Conseil d'Etat visant à faire annuler l'arrêté sur les coopérations entre professionnels de santé du 31 décembre 2009 au regard, notamment, de l'absence de procédure de suivi des protocoles impliquant les professionnels de santé.

Si les coopérations de professionnels de santé envisagées par l'article 37 de la loi du 21 juillet 2009 ne doivent pas être remises en cause, leur développement doit toutefois reposer sur des exigences de sécurité sanitaire et de protection des données individuelles de santé attendues par les patients.

Proposition n°4 :

Garantir que toute coopération entre professionnels de santé repose sur des compétences reconnues, notamment par un diplôme ou une qualification professionnelle.

¹⁶ Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé, par BERLAND Yvon, BOURGUEIL Yann, de l'Observatoire national des professionnels de santé, France, juin 2006.

6-5. Développer la télémédecine, en tant que facteur d'amélioration du service rendu aux usagers du système de santé

Le développement de la télémédecine ouvre de nouvelles perspectives pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes malades. Le soin à distance, sous réserve que soient respectées la nécessité de recueillir le consentement du patient ainsi que la confidentialité des informations de santé le concernant, doit être perçu avant tout comme un outil permettant de développer le travail confraternel, les avis partagés entre professionnels de santé et de suivre le patient sans lui imposer les transports d'un service de santé à un autre.

Par ailleurs, l'acte de télémédecine doit avoir un caractère subsidiaire par rapport à un acte comparable conduit par un professionnel.

Il ne s'agit pas de faire de la télémédecine un acte « supplétif » de l'acte médical lui-même. Ce qui doit conduire à retenir l'acte de télémédecine, c'est un progrès dans la qualité, la sécurité ou la coordination des soins et jamais la carence d'une offre médicale, sauf exception.

La relation médicale doit prioritairement et essentiellement reposer sur le dialogue physique avec un professionnel de santé. S'il doit y avoir intervention de la télémédecine, quelle que soit sa forme, à l'intérieur de cette relation, c'est pour en améliorer le résultat.

L'indication de la télémédecine n'est donc pas de première intention, sauf cas exceptionnel dicté par l'urgence ou l'absence d'offre de proximité.

Proposition n°5 :

Garantir, dans le cadre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire ambulatoire, que la télémédecine ne soit pas utilisée à des fins de compensation de la désorganisation du système de santé, mais bien comme un outil au service de l'amélioration de la qualité des soins.

6-6. Initier une nouvelle politique de régulation de l'offre de soins ambulatoires

Une nouvelle politique de régulation, aux mains des ARS, est à mettre en place au plus vite pour parer aux difficultés d'accès aux soins nées de l'inégale répartition des professionnels sur le territoire.

Plusieurs exemples pourraient inspirer les politiques régionales de cette régulation : ils proviennent à la fois des restrictions à la liberté d'installation des médecins appliquées à l'étranger et de la méthode de régulation conventionnelle consentie par les infirmiers français.

- En Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Suisse et au Québec, des restrictions à la liberté d'installation des médecins ont été appliquées.

Dans ces cinq pays, en effet, l'installation des médecins non conventionnés est libre, alors que celle des médecins conventionnés est subordonnée à l'obtention d'une autorisation¹⁷.

En Allemagne par exemple, dans chaque *Land*, une commission paritaire rassemblant des représentants des médecins et des caisses de Sécurité sociale délivre les autorisations d'installation, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour quelque 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota. Actuellement, dans la plupart des territoires, aucune installation de spécialiste n'est possible.

De la même façon, en Autriche, les caisses d'assurance maladie et les ordres régionaux de médecins concluent des contrats fixant le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire. Pour être conventionnés, les médecins doivent répondre à une annonce de la caisse d'assurance maladie, et la plupart des postes proposés correspondent depuis quelques années à des reprises de cabinet.

Au Québec, les installations de médecins conventionnés sont subordonnées à l'obtention d'un avis de conformité au plan de l'agence régionale de la santé, et les généralistes qui exercent sans avis de conformité voient leur rémunération réduite.

En Angleterre, la plupart des généralistes concluent un contrat avec le Service national de santé, la signature d'un tel contrat étant notamment subordonnée à l'évaluation de l'offre locale de soins, à l'estimation des besoins futurs, à l'évolution démographique et à la taille des listes de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale.

En Suisse, une ordonnance de juillet 2002 a gelé le nombre de professionnels de santé conventionnés, et donc en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes. Cette ordonnance détermine, pour chaque canton et chaque spécialité, le nombre maximal de prestataires. Elle offre néanmoins aux cantons la possibilité de moduler ces effectifs en fonction des besoins locaux, mais en tenant compte de l'offre de soins des cantons voisins.

¹⁷ Les documents de travail du Sénat, série législation comparées, n° LC185, « La démographie médicale », mai 2008.

- Depuis avril 2009, un avenant à la convention des infirmiers libéraux (avenant n° 1) a mis en place un dispositif permettant de mieux répartir les effectifs sur le territoire.

- Les engagements de l'Assurance Maladie :
 - Prise en charge, postérieurement à l'adhésion au contrat, de la totalité des cotisations dues à l'URSSAF au titre des allocations familiales.
 - Versement, au cours du premier trimestre de l'année suivant l'adhésion au contrat, d'une aide à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) d'un montant maximum de 3 000 euros par an, pendant 3 ans.
- Les engagements des infirmiers en cas d'adhésion au contrat :
 - Exercer 2/3 de son activité libérale conventionnelle dans la zone « très sous-dotée ».
 - Avoir un taux de télétransmission au minimum de 80 % de son activité.
 - Réaliser les injections vaccinales contre la grippe dans le cadre des campagnes de l'Assurance Maladie.
 - Assurer le suivi de ses patients atteints de pathologies chroniques, notamment le suivi de ses patients insulinodépendants.

Proposition n°6 :

Mettre en œuvre une régulation des médecins et des autres professionnels de santé de manière à garantir l'accès aux soins et la sécurité sanitaire de tous en tous points du territoire.

6-7. Utiliser le levier de la généralisation des modes mixtes de rémunération pour mieux répartir les médecins de premier recours sur le territoire

La Suède et la Finlande (pays dans lesquels le système de santé est régulé par l'Etat) ont adopté dans les années 1990 un nouveau système de rémunération pour les « médecins référents » exerçant au sein des centres de santé. Ce système se répartit en trois composantes : la part salariale, la part de paiement à la capitation (en fonction du nombre de patients du cabinet médical) et la part de paiement à l'acte. L'objectif de la rémunération à la capitation est de favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins en maintenant une « *relation personnelle et individualisée entre les médecins et les patients* ».

Au Royaume-Uni, un nouveau contrat, le *NEW GP contract* (NHC), rationalise un grand nombre d'éléments du contrat traditionnel entre les médecins généralistes et le NHS et introduit une exigence essentielle de qualité des soins. Dorénavant, 30% du budget versé par le NHS au cabinet de groupe dépendra de la qualité des soins promulgués (liste de 100 indicateurs cliniques, organisationnels, de satisfaction qui doit être renseignée pour chaque cabinet).¹⁸

L'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par les principes de la médecine libérale : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique de prescription et liberté d'installation.

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 rend possible des expérimentations portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé mentionnés. Ces expérimentations seront conduites par les ARS qui pourront conclure des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires.

Le glissement progressif du paiement à l'acte vers une rémunération mixte des médecins généralistes doit maintenant s'accroître pour que chacune des missions qui lui ont été reconnues soit valorisée au juste prix.

Une rémunération forfaitaire (selon un nombre de patients déterminé) devrait permettre un meilleur suivi des malades chroniques et la valorisation du temps de travail-médecin dédié à la prévention.

La somme allouée au médecin doit être pondérée pour permettre à la fois la dispense d'avance de frais du patient et la juste rémunération du professionnel de santé pour les missions de premier recours qui lui sont reconnues.

Le médecin traitant doit devenir la clé de voute de l'accès au système de santé et pour répondre à la multiplicité de ses tâches ainsi qu'au défi de la qualité des soins, le paiement au forfait doit prendre en compte ces nouvelles tâches, en se généralisant au-delà du cadre expérimental, encore trop confidentiel et trop local.

Cette progression vers un mode de rémunération éprouvé dans de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) doit accompagner le changement de la pratique professionnelle : le médecin traitant ne doit plus être responsable d'un acte isolé mais de l'état de santé global de son patient qui l'a choisi.

¹⁸ *Ibid*

Cette logique répond également au besoin de lever les freins de l'accès aux soins de ville que constituent aujourd'hui le paiement à l'acte et les dispenses d'avance de frais très exceptionnelles.

L'égalité d'accès aux soins, assurée notamment par le paiement au forfait, doit pouvoir se conjuguer avec la liberté et le confort des usagers garantis avec le paiement à l'acte. Pour que la seconde soit préservée sans préjudice de la première, un juste équilibre doit être recherché.

Il n'est pas contradictoire de généraliser le paiement au forfait des médecins traitants pour les raisons évoquées plus haut, et de maintenir le paiement à l'acte dans les cas suivants :

- lorsque le patient consulte un médecin autre que son médecin traitant en première intention ;
- lorsque le patient recourt à un médecin dit « non traitant » en seconde intention ;
- pour certains actes à définir en fonction de leur technicité.

En outre, la primauté du paiement au forfait des médecins traitants, généralistes pour la plupart, suppose le renoncement à l'augmentation du numerus clausus si l'on veut garantir un niveau de rémunération acceptable aux professionnels concernés.

Proposition n°7 :

Généraliser la rémunération des médecins « au forfait », pour la part principale de leur activité, afin, notamment, que les effectifs médicaux se répartissent en fonction de la demande et des besoins des usagers.