



## OFFRE DE SOINS : COMMENT RÉDUIRE LA FRACTURE TERRITORIALE ?

Commission des affaires sociales

Rapport d'information de Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy-de-Dôme

Rapport n° 14, 2007-2008

### Vers une pénurie de médecins ?

#### La baisse prévisible du nombre de médecins en activité

L'hypothèse d'une pénurie prochaine de médecins paraît d'autant plus paradoxale que la France n'a jamais compté autant de praticiens en activité qu'aujourd'hui.

Elle est pourtant vraisemblable pour trois raisons : la réduction, entre 1983 et 1993, du nombre d'étudiants en médecine (numerus clausus), le nombre croissant de médecins partant à la retraite et la demande accrue de soins exprimée par une population vieillissante.

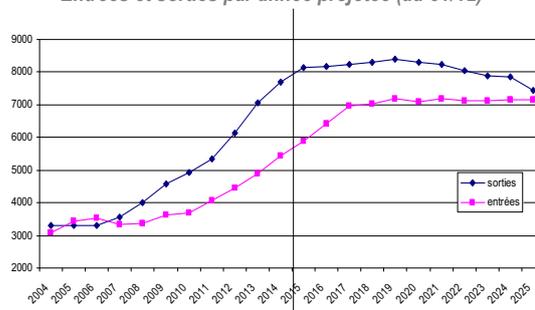
Selon les projections établies par le ministère de la santé, les années à venir verront se succéder trois phases :

- jusqu'en 2007, le nombre de médecins en activité demeure stable ;
- de 2008 à 2015, les cessations d'activité seront supérieures aux installations et l'écart s'accroît progressivement. Pendant cette période, les modifications de numerus clausus décidées depuis 2004 n'auront aucune influence sur le nombre de médecins en activité ;
- à compter de 2016, le nombre d'installations recommencera à croître, mais il faudra attendre 2025 pour que le nombre d'entrées soit égal à celui des sorties.

Ce schéma conclut à la baisse du nombre de médecins en activité de 9,4 % entre 2006 et 2025, passant de 207 277 à 186 000.

La densité médicale retrouverait ainsi, en 2025, un niveau proche de celui enregistré au milieu des années quatre-vingt.

Entrées et sorties par année projetée (au 31/12)



#### L'aggravation probable des inégalités territoriales d'accès aux soins

Des écarts de densité médicale importants existent déjà : en région Centre, par exemple, les effectifs de médecins généralistes sont inférieurs de 20 % à la moyenne nationale.

Au total, selon les travaux réalisés par les missions régionales de santé, 2,3 millions de personnes vivent dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale.

Or, la baisse du nombre de médecins en activité va se traduire par un creusement de ces disparités notamment en zone rurale, en zone de montagne ou dans les quartiers sensibles des périphéries urbaines.

Ce problème ne se résoudra pas spontanément : un sondage commandé par l'ordre national des médecins fait apparaître que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, en raison des exigences fortes de présence et de disponibilité.

### Quelles mesures pour corriger les inégalités territoriales ?

Depuis 2005, les pouvoirs publics ont privilégié le recours à des mécanismes d'incitation financière pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins dans les zones sous-médicalisées déterminées par les missions régionales de santé.

#### Des aides à l'installation multiples mais à l'efficacité réduite

- Sous certaines conditions (lieu d'installation, durée limitée), les médecins bénéficient d'exonérations partielles au titre de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle.

- Des aides encouragent la création des cabinets en zone sous-médicalisée : prime à l'installation, mise à disposition d'un logement, prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement nécessaires à l'activité de soins.

- Une majoration des honoraires de 20 % est versée par l'assurance maladie aux médecins exerçant en groupe dans les zones sous-médicalisées et s'engageant à poursuivre cet exercice pendant trois ans.

- Des dérogations au parcours de soins sont prévues afin que les assurés consultant les médecins nouvellement installés dans les zones sous-médicalisées ne soient pas pénalisés pour non-respect des règles de consultation du médecin traitant.

Or, ces dispositifs sont insuffisamment efficaces, en partie faute d'une véritable politique d'information en direction des principaux intéressés.

#### La détermination des zones sous-médicalisées est imparfaite

Le résultat des travaux de zonage menés par les missions régionales de santé se révèle hétérogène car chaque mission a utilisé sa propre méthodologie. Cette situation n'est pas satisfaisante car, de la détermination des zones, dépend l'accès aux aides financières auxquelles les médecins peuvent prétendre.

C'est pourquoi un nouveau recensement des zones sous-médicalisées devait être achevé au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Mais cette opération a été retardée afin de résoudre les problèmes méthodologiques. Des mesures législatives devraient prochainement être prises dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Il convient aussi de conforter la légitimité des missions régionales de santé, dans ce domaine, soit par le renforcement de ces structures, par exemple leur transformation en agences régionales de santé, soit en associant les collectivités territoriales concernées à la détermination des zones.

*Rencontre avec le directeur de l'Urcam Auvergne*



#### Aucun moyen ne doit être négligé pour optimiser l'accès aux soins

Dans ce souci de diminuer les inégalités territoriales, les pouvoirs publics doivent à la fois optimiser les dispositifs existants et promouvoir des modes d'organisation innovants.

Plusieurs pistes méritent d'être explorées comme la mobilisation des centres de santé et des hôpitaux locaux dont la contribution à l'amélioration de l'accès aux soins n'est pas encore clairement déterminée.

#### Les collectivités territoriales font preuve d'innovation

La loi relative au développement des territoires ruraux de 2005 autorise les collectivités territoriales à aider financièrement les médecins au moment de leur installation.

C'est ainsi que plusieurs régions ou départements proposent des bourses aux étudiants en médecine, soit pour favoriser les stages dans les zones sous-médicalisées (région Bourgogne), soit en contrepartie d'une installation future dans une zone sous-médicalisée une fois le médecin diplômé (départements de l'Allier ou de la Manche). Dans ce dernier cas, le montant de la bourse peut s'élever jusqu'à 24 000 euros par an.

Des expériences innovantes sont également menées au niveau local. Par exemple, le conseil général de la Marne expérimente le transport des patients à mobilité réduite vers les cabinets médicaux, notamment depuis les territoires déficitaires.

Les collectivités territoriales devraient continuer à s'impliquer dans l'organisation de l'offre de soins dans les années à venir car la présence d'une structure médicale est un élément majeur d'aménagement de leur territoire, tout en permettant la satisfaction d'un besoin essentiel de la population.

### **Peut-on s'en tenir à une politique de moindre contrainte ?**

Ces mesures incitatives n'ont jusqu'à présent pas eu beaucoup d'effet. De nombreuses institutions (académie de médecine, conférence nationale de santé, Cour des comptes, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) estiment que cette « *politique de moindre contrainte* » est insuffisante devant l'ampleur des défis à relever. Elles appellent donc à des mesures plus directives.

Les professionnels de santé eux-mêmes semblent prêts à expérimenter de nouveaux dispositifs. La convention conclue entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie qui prévoit, à titre expérimental, le recours au conventionnement sélectif afin d'assurer une meilleure répartition de la profession sur l'ensemble du territoire, illustre cette tendance.

Les partenaires conventionnels doivent déterminer ces mesures directives (conventionnement sélectif, modulations de la prise en charge des cotisations sociales), dans le respect de la gouvernance du système d'assurance maladie mise en place depuis 2004.

### **Propositions**

#### **Optimiser les mesures déjà prises**

- évaluer l'efficacité des dispositifs tendant à réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ;
- recenser les besoins en professionnels de santé dans le secteur médico-social ;
- simplifier les démarches administratives pour l'obtention des aides à l'installation ;
- développer la télémédecine ;
- promouvoir les actions innovantes en matière de transports afin de favoriser l'accès du patient aux médecins ;
- favoriser l'installation de centres de santé dans les zones sous-médicalisées par l'attribution d'aides.

#### **Sensibiliser les étudiants et les jeunes médecins**

- mieux informer les étudiants en médecine sur les mécanismes d'aide à l'installation ;
- organiser dans chaque région une journée d'information sur les carrières médicales destinée à présenter les besoins régionaux en matière d'offre de soins ;
- encourager les stages de médecine générale en zones sous-médicalisées ;
- revaloriser la rémunération des maîtres de stage en zone sous-médicalisées.

#### **Envisager des mesures plus directives**

- transformer l'examen classant national en examen régional et rééquilibrer la répartition des postes dans chaque université en fonction de l'existence ou non de zones sous-médicalisées ;
- permettre aux partenaires conventionnels de réguler les installations dans les zones médicalement sur-dotées.

### Compléter l'offre de soins : les maisons de santé

#### Les maisons de santé, une réponse à la crise de la démographie médicale ?

Le développement de l'exercice regroupé est l'une des réponses proposées par le gouvernement pour optimiser l'accès aux soins dans les zones sous-médicalisées.

Dans ce cadre, une initiative née du terrain rencontre aujourd'hui un succès grandissant et mérite qu'on s'y arrête : les maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé.

Elles regroupent médecins et auxiliaires médicaux mais également, dans un certain nombre de cas et en collaboration avec les collectivités territoriales, des services sociaux comme l'aide à domicile ou le portage des repas.

*Visite de la maison de santé  
de Saint-Amand-en Puisaye (Nièvre)*



Une maison de santé se caractérise par la volonté des professionnels de santé de rompre avec un exercice isolé et par la nécessité de créer des synergies dans les zones les plus fragiles.

La réussite d'un tel projet est subordonnée à l'existence d'une vision commune de la pratique médicale qui comporte deux aspects : une prise en charge pluridisciplinaire du patient et une approche globale de la santé de la population.

Ces structures favorisent une meilleure organisation du travail et constituent une solution appropriée au manque d'attractivité de certains territoires. Elles

répondent ainsi aux aspirations professionnelles des jeunes médecins généralistes.

#### Des projets plébiscités par les acteurs locaux

Cette formule d'exercice de la médecine a retenu l'attention des caisses d'assurance maladie. Ainsi, des aides peuvent être accordées par l'intermédiaire du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (Fiqcs).

La mutualité sociale agricole a également développé un programme spécifique afin de promouvoir ces structures en milieu rural.

Les collectivités territoriales accompagnent ces projets en participant aux investissements financiers ou en fournissant des locaux. C'est ainsi qu'en Lorraine, le conseil régional, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et l'Urcam ont signé une convention visant à promouvoir le développement des maisons de santé et l'harmonisation des conditions d'attributions des aides.

#### Propositions

- créer un label « maison de santé » ;
- recenser les dispositifs d'aide à l'installation et au fonctionnement versés aux maisons de santé ;
- expérimenter un contrat propre aux maisons de santé leur permettant de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.



*Jean-Marc JUILHARD  
sénateur du Puy-de-Dôme*

Rapport disponible à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-014-notice.html>