

II. PRIVILEGIER UNE PANOPLIE DE MESURES INCITATIVES S'ADAPTANT A LA DIVERSITE DES SITUATIONS LOCALES.

A. LES MESURES INCITATIVES DOIVENT AUJOURD'HUI ETRE PREFEREES AUX MESURES COERCITIVES

Les mesures incitatives apparaissent plus efficaces et plus consensuelles que des mesures réglementaires, quelle que soit la nature de ces incitations. En effet, elles permettent d'encourager les comportements vertueux de répartition des professionnels de santé et, constitue une stratégie *gagnant gagnant*, tant pour les pouvoirs publics et les financeurs, que pour les professionnels de santé et, au final, les patients.

En outre, les exemples étrangers montrent les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des tentatives de régulation impératives. Le Royaume-Uni depuis 1945 et l'Allemagne depuis 1993, par exemple, connaissent un tel système.

Si le problème de l'inégale répartition des professionnels de santé a été résolu, le *National Health Service* (NHS) britannique et la régulation germanique ne sont pas sans poser de nouveaux problèmes.

Au Royaume-Uni,²⁶ chaque médecin pour exercer doit être inscrit sur une liste tenue par l'autorité locale de santé. L'installation est orchestrée par les *Medical Practice committees* (MPC) qui contrôlent la distribution de médecins généralistes sur une zone donnée. Les MPC sont composées majoritairement de médecins généralistes et leur avis, autrefois conforme, est consultatif depuis 1997. Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée. Quatre types de zones ont ainsi été définis : au delà de 2500 patients, les zones sont dites « désignées », entre 2100 et 2500 patients, elles sont « ouvertes », entre 1700 et 2100 patients elles sont « intermédiaires » et en deçà de 1700, les zones sont dites « restreintes ». D'autres critères tels que le caractère déshérité du lieu sont également pris en compte. Les MPC peuvent proposer, en cas d'excédent de l'offre, de refuser l'inscription sur la liste établie par le *Primary Care trust*. L'avis étant consultatif, les autorités locales peuvent ou non le suivre. Cette procédure est également à l'œuvre pour la reprise d'un cabinet existant ou d'agrandissement.

Le NHS, en créant un système d'autorisations par zones, a rendu les carrières médicales moins attractives, ce que démontre une réduction du nombre de candidats par rapport aux places offertes et le recours croissant aux médecins étrangers. Le Royaume-Uni s'oriente d'ailleurs aujourd'hui vers des mécanismes incitatifs :

- *golden hello schemes* s'adressent aux jeunes médecins qui se voient attribuer une bourse de 5000 livres
- *golden goodbye schemes* visent les médecins entre 60 et 65 ans susceptibles de partir à la retraite et prend la forme d'une prime annuelle de 10 000 livres en échange du maintien en activité
- *golden come back schemes*, en cours de négociation, visent les médecins ayant cessé leur activité et prêts à exercer à nouveau

²⁶Ministère de la santé - Inspection générale des affaires sociales - Le système de santé en Angleterre – juin 2002

La régulation en Allemagne, sur le mode d'une autorisation ou non à exercer, quant à elle, aboutit aujourd'hui à un vieillissement accéléré de la population médicale et à une baisse importante du nombre d'étudiants en médecine. En effet, cette régulation a créé un phénomène de *first in, last out* : les médecins déjà installés au moment de la mise en place de la régulation, ont pris les places dévolues par la planification, empêchant de nouvelles installations et créant une file d'attente non pas pour les patients mais pour les médecins. Ce phénomène en rendant moins attractives les professions de santé, accélère la relative pénurie de ces professionnels qui se profile également en Allemagne.

Cependant, si les mesures incitatives devaient échouer, des mesures de nature réglementaire pourraient dans les dix prochaines années être envisagées. **Ces mesures peuvent être graduelles et ne pas remettre en cause la liberté d'installation.**

C'est ainsi que certains syndicats de médecins libéraux (SML), organismes d'assurance maladie (CANAM) et experts (DATAR) suggèrent, à long terme, l'instauration d'un régime **d'autorisations administratives** pour les cabinets. D'autres, notamment la CSMF, imaginent une **régulation par la profession elle-même**, ce qui serait préférable. Ce régime de régulation des installations pourrait s'inspirer de celui des pharmaciens. Il s'agirait donc de responsabiliser les professions médicales en leur confiant la charge de se répartir le plus harmonieusement possible sur le territoire.

En attendant l'éventuelle émergence de cette autorégulation, c'est toutefois, et conformément à l'objet la mission, la piste des mesures incitatives pour résorber les inégalités régionales en matière d'offre de soins ambulatoires, qui est privilégiée. Le sens des responsabilités de l'ensemble des acteurs et leur capacité à s'organiser entre eux favoriseront la réussite de ces mesures.

En outre, ces mesures, loin de s'opposer à une éventuelle autorégulation, pourraient également constituer autant de leviers d'actions complémentaires.

B. UNE PANOPLIE DE MESURES ADAPTEES AUX SITUATIONS LOCALES ET A L'ENSEMBLE DES PROFESSIONS DE SANTE

Compte tenu de la pluralité des situations et des professions, **une réponse unique n'est pas envisageable**. En conséquence, différents instruments d'aide à l'installation doivent être développés pour rendre le dispositif attractif. En outre, les différents professionnels ne sollicitent pas tous les mêmes solutions. Ainsi, le principal syndicat national des chirurgiens dentistes, la confédération nationale des syndicats dentaires, n'est par exemple pas favorable aux aides financières à l'installation puisque de nombreux cabinets, possédant une situation financière saine et bénéficiant d'une clientèle suffisante, ne trouvent pas aujourd'hui de repreneurs malgré un prix de vente faible ou nul. En revanche, le syndicat national autonome des orthoptistes, qui souligne que leur profession est l'une des moins bien rémunérées parmi les paramédicales, souhaite la mise en place rapide de ces aides face aux coûts élevés représentés par l'installation d'un cabinet.

Cependant, au vu du nombre relativement limité de professionnels de santé libéraux concernés par l'ensemble de ces mesures, **des solutions locales, ponctuelles et adaptées** apparaissent plus pertinentes qu'une réponse unique et globale. En outre, ces solutions ne doivent pas être envisagées isolément mais emboîtées les unes dans les autres, à l'image d'une fusée à plusieurs étages, chaque étage ne pouvant donner sa pleine efficacité sans les autres, pour influencer sensiblement l'installation de ces professionnels.

Une distinction peut être opérée entre les mesures immédiatement opérationnelles et des perspectives à moyen terme

1. Les mesures immédiatement opérationnelles

1.1 Prendre les décrets d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 relatif aux aides à l'installation même si leur efficacité paraît limitée

L'article 39 de la loi de finances de la sécurité sociale 2002 prévoit **des primes à l'installation pour les professionnels de santé dans les zones déficitaires**. Deux projets de décrets relatifs, pour le premier, à la détermination de zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation et, pour le second, aux contreparties de ces dernières sont en cours d'élaboration.

Les auditions ont montré l'impact probablement limité d'une telle prime du fait de son faible montant et de son caractère non pérenne, et ce, même si le projet de décret relatif aux contreparties de l'attribution des aides à l'installation prévoit une obligation de demeurer dans une zone déficitaire pendant cinq ans.

Si ces aides à l'installation ne permettent pas de résoudre dans sa globalité le problème de la répartition géographique des professionnels libéraux sur le territoire, elles peuvent en influencer certains lors de leur choix d'installation et sont, de toute façon, attendues.

Il semble cependant que la piste des aides à l'installation, pour se révéler efficaces et réellement incitatives, devrait prévoir de les verser sur plus de cinq ans et, en terme d'équité, s'accompagner également d'une aide au maintien pour les professionnels déjà installés dans les zones déficitaires.

1.2 Autoriser les cabinets multisites

Le conseil national de l'ordre des médecins est en train de réécrire l'article 85 du code de déontologie, pour permettre sous certaines conditions, **l'installation de cabinets multisites en particulier dans des zones démographiquement déprimées** où une installation permanente n'est pas économiquement viable mais où l'offre de soins de proximité doit être maintenue pour des raisons de service public. Cette présence physique, même à temps partiel, d'un médecin contribue fortement au sentiment de sécurité médicale du patient, comme l'ont souligné les élus locaux auditionnés. Il est souhaitable que ces propositions soient rendues rapidement publiques.

1.3 Assouplir et régionaliser les *numerus clausus* dans les facultés de médecine et de pharmacie et le nombre d'entrées dans les écoles de paramédicaux

La remontée du *numerus clausus* est indispensable pour retrouver un niveau global de densité qui rende possible les actions corrigeant les disparités constatées entre les régions et à l'intérieur même des régions. C'est ainsi que le *numerus clausus* pour les médecins est passé de 4700 en 2002 à 5100 en 2003.

Cette augmentation des *numerus clausus* ou des places dans les écoles en fonction des professions concernent l'ensemble des carrières médicales et paramédicales, mais n'atteindra son plein effet qu'entre trois et dix ans, selon les professions.

Cet accroissement brut aura cependant un effet limité en terme de réduction des inégalités interrégionales et pourrait même s'avérer préjudiciable, s'il n'est pas accompagné à moyen terme des ajustements tels que la **régionalisation**, mais aussi de sa fixation non pas en fonction des besoins en personnel médical des centres hospitaliers universitaires mais **des besoins de la population**.

Il est donc essentiel qu'une réflexion soit rapidement engagée sur les modalités de fixation du *numerus clausus*.

2. Perspectives à moyen terme

Plusieurs types de mesures sont envisagés. Il s'agit tout d'abord de propositions relevant de la fiscalité ou des cotisations sociales. Plus fondamentalement, il est ensuite proposé de promouvoir et de faciliter les initiatives des collectivités locales en matière d'installation de professionnels de santé. Enfin, des modes d'exercices plus collectifs et répondant mieux aux aspirations des professionnels de santé doivent leur être proposés. Toutes ces mesures, cependant, nécessitent du temps de réflexion et du temps pour les voir jouer leur plein effet.

2.1 Développer les incitations en matière de fiscalité et de charges sociales

Des dispositifs d'exonération existent, qu'il faut rendre plus performants, tout en instaurant de nouvelles mesures, ciblées et efficaces.

L'impact de ces mesures sera d'autant plus grand qu'elles seront mises en œuvre dans **un cadre contractuel**. Le professionnel de santé souhaitant en bénéficier, ne pourra le faire qu'en s'engageant à exercer, pour une période donnée, sur un territoire défini comme déficitaire.

Aménager les dispositifs existants pour les rendre plus efficaces

De nombreux dispositifs existent et reposent sur un zonage multiforme, urbain et rural. Les zones franches urbaines sont le dispositif le plus connu. Quarante zones ont été créées par la loi 96-987 du 14 novembre 1996, et quarante et un zones nouvelles le seront prochainement. Ces zones permettent à tous les professionnels, et donc aux professionnels de santé libéraux de bénéficier des exonérations fiscales et sociales qui y sont attachées :

- **Exonération d'impôt sur le revenu (IR), sur les bénéfices non commerciaux ou sur les sociétés (IS), pendant cinq ans.** Les bénéfices sont soumis à l'IR ou à l'IS à hauteur de 40% à 80%, étalés dans le temps.
- En outre, les professionnels de santé libéraux installés dans ces zones franches bénéficient également d'une **exonération des cotisations maladie et maternité**.
- S'ils sont employeurs, ils bénéficient également d'une **exonération sur les**

cotisations patronales. Il pourrait être demandé à la direction de la législation fiscale un bilan de l'effet des zones franches quant à l'installation des professionnels libéraux.

Dans les communes de moins de deux mille habitants, **les conseils municipaux peuvent exonérer de taxe professionnelle les médecins et auxiliaires médicaux** (article 1464 D du code général des Impôts). Cette exonération est de deux ans à partir de leur installation. En outre, les délibérations d'exonérations prises par les groupements de communes à fiscalité propre, le département ou la région s'appliquent pour leur part de taxe professionnelle, dans les communes de moins de 2000 habitants dans leur ressort géographique. Ce dispositif, soit **parce qu'il est peu adapté ou mal connu a été peu utilisé**, comme l'a souligné la direction générale de la législation fiscale. Ainsi, en 2001, seules 1650 communes, ont voté une telle exonération. Toutefois, le cadre juridique existe et pourrait être aménagé pour concerner l'ensemble des zones considérées comme déficitaires. Il est à noter, notamment dans la perspective du développement d'un exercice collectif que le plafond actuel paraît insuffisant et mal adapté.

Enfin, les collectivités locales ont sur les zones franches, mais également sur les territoires ruraux de développement prioritaire et les zones de redynamisation urbaine la **possibilité d'exonérer du paiement de la taxe foncière pendant deux ans**, suivant la création du cabinet.

Moduler les exonérations de charges sociales dont bénéficient les professionnels de santé libéraux

Actuellement, l'article L 162-5-11 dispose que les caisses prennent en charge une partie des cotisations d'assurance vieillesse, de cotisations familiales et de cotisations maladie maternité dues par les médecins généralistes et spécialistes de secteur 1, quel que soit leur lieu d'implantation.

La part de l'assurance vieillesse, prise en charge par les caisses est aujourd'hui de deux tiers pour les médecins généralistes et de 56,7% pour les spécialistes, la différence s'expliquant par l'absence de convention spécifique avec les spécialistes.

S'agissant des prestations familiales, le taux de cotisation pour les praticiens en secteur I est le suivant :

	Généralistes	Spécialistes
A la charge du médecin	0,4% sous le plafond sécurité sociale 2,5% sur le montant supérieur du plafond	1,1% sur l'intégration des revenus 1,8% sur le montant supérieur au plafond
A la charge de l'assurance-maladie	5% sous le plafond sécurité sociale 2,9% sur l'intégralité	1,8% sous plafond sécurité sociale 2,5% sur l'intégralité

Enfin, s'agissant des cotisations maladie- maternité, le taux de cotisation à charge de l'assurance maladie est de 9,7% pour les généralistes et 8,2 % pour les spécialistes, à charge des médecins : 0,11% pour les généralistes et 1,61% pour les spécialistes.

Il pourrait être envisagé de moduler, à la hausse comme à la baisse, la part prise en charge par les caisses en fonction de la zone où s'installent les professionnels. Le critère territorial retenu pourrait être celui prévu à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002.

Sous réserve d'une expertise juridique plus fine, une telle mesure, dont l'impact auprès des professionnels reste à déterminer, pourrait être prise dans le cadre réglementaire. En outre,

cette modulation peut être envisagée uniquement dans le cadre de la réforme à venir de l'assurance maladie et, surtout, **dans un climat de confiance et un dialogue restauré entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.**

Etudier et développer de nouvelles pistes d'exonération

La possibilité pourrait être donnée aux collectivités locales, situées dans les zones déficitaires mentionnées à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002, de voter une **exonération de taxe professionnelle pour les professionnels de santé** s'y installant et, le cas échéant, pour ceux déjà présents dans ces zones. Une telle mesure, pour être efficace, devrait être au moins partiellement compensée par le budget de l'Etat. Une étude d'impact devra être menée sachant que les médecins s'acquittent de 2000 à 3000 euros de taxe professionnelle annuelle.

Il pourrait également être envisagé, sur ces mêmes zones, une **exonération partielle d'impôt sur le revenu ou sur les bénéfices non commerciaux qui pourrait se traduire par exemple, par une exonération sur les quinze mille premiers euros gagnés**, le montant devant être suffisamment élevé pour être incitatif. En effet, les mesures fiscales sont efficaces dans la mesure où l'élasticité au revenu est forte ou la hausse du revenu anticipé significative. Ainsi, pour être réellement efficace, cette exonération devra être importante. En outre, les professionnels auditionnés mettent en avant qu'elle aura un effet réel sur la répartition géographique des professionnels de santé que si elle s'applique à la fois aux professionnels s'installant dans ces zones déficitaires et à ceux déjà installés afin de les encourager à s'y maintenir.

Il pourrait également être envisagé **d'augmenter le plafond d'amortissement déductible pour les véhicules des professionnels de santé installés dans les zones difficiles d'accès**, celles où les médecins se déplacent davantage en raison de l'âge élevé des patients et de l'éloignement de ces derniers. Ce plafond, actuellement de 18 300 euros, pourrait facilement augmenter puisque cette limitation de déduction ne concerne déjà pas, les taxis, les auto-écoles et les ambulanciers.

Enfin, dans le cadre du développement des cabinets de groupe, **la récupération de la taxe sur la valeur ajoutée** pourrait être offerte aux collectivités locales achetant les locaux et les mettant à la disposition des professionnels de santé. Toutefois, il est d'ores et déjà possible pour une collectivité locale, de confier à une société d'économie mixte d'aménagement la maîtrise d'œuvre des cabinets ainsi aidés, ce qui permet de récupérer cet impôt.

Avantages des mesures fiscales

Le premier **avantage** des mesures d'exonération fiscale est qu'elles ont la faveur des professionnels libéraux, mais aussi, dans la mesure où elles sont compensées par l'Etat, des collectivités locales.

Ensuite, elles ont pour atout d'être réellement incitatives et de pouvoir être rapidement mises en œuvre.

Enfin, l'efficacité des exonérations fiscales et de charges sociales présente le double avantage sur les dispositifs réglementaires et sur les aides versées sous forme de subvention de valoriser les comportements vertueux, en l'occurrence de répartition des professionnels de santé et de pouvoir être évaluée *a posteriori*.

Définir un zonage pertinent pour renforcer l'impact des mesures d'exonérations fiscales et de charges sociales

Les zonages instaurent une discrimination positive à l'égard de territoires en crise - anciennes zones de reconversion, zones franches urbaines, zones de redynamisation urbaine, etc - ou à l'égard de territoires soumis à un handicap naturel - zones de montagne. Les zonages constituent ainsi un important **outil de territorialisation de l'action publique**. Ils permettent d'adapter avec une certaine **souplesse** les différentes politiques sectorielles soit par des incitations, soit par des restrictions. Par le ciblage qu'ils permettent, les zonages sont une façon de rapprocher les politiques publiques des besoins spécifiques de certains territoires. Ils constituent un bon principe de politique publique puisqu'ils manifestent un rapprochement des actions et des besoins locaux.

Il convient cependant de déterminer des critères de zonage pertinent afin de pallier leurs éventuelles limites.

La multiplication des zonages sur le territoire conduit à une complexité qui peut faire perdre au système une partie de son efficacité.

Afin de surmonter cet obstacle, outre la définition précise des zones sanitaires que devrait apporter le projet de décret d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, une simplification de l'ensemble des dispositifs de zonage existants permettrait de les rendre cohérents. C'est ainsi que l'éventuelle création d'un zonage spécifique aux inégalités en terme d'accès aux soins **doit s'appuyer sur une réflexion partagée entre l'ensemble des acteurs**. En effet, l'établissement de périmètres résultant de l'application non concertée de critères définis nationalement, pourrait s'avouer incohérente avec les territoires réellement déficitaires à l'échelon local. Ainsi, le département de la Manche a connu une expérience de détermination des zones déficitaires en offre de soins, effectuée par l'union régionale des caisses d'assurance maladie de Basse-Normandie, qui ne correspondait pas à la réalité ressentie par les professionnels et les élus, qui les ont donc, au terme d'une concertation, redessinées.

Par ailleurs, pour endiguer le risque d'*effets d'aubaine*, l'attribution des aides, allègements ou exonérations fiscales et sociales doit s'effectuer non seulement sur la base de critères d'éligibilité mais encore sur la pertinence du projet bénéficiaire au regard des besoins réels du territoire. Un tel **cadre contractuel** permettrait donc de faire correspondre le nombre d'installations avec les besoins de la population.

Le zonage peut quelquefois créer des frontières entre des territoires aux problèmes souvent proches avec le risque d'instaurer une inégalité de traitement qui se justifie difficilement localement. Dès lors, **un lissage dans l'espace doit être imaginé** afin que les allègements fiscaux et sociaux ou les aides ne créent pas de discrimination injuste.

En somme, pour donner aux incitations fiscales leur pleine efficacité, le zonage doit être défini sous l'autorité de l'Etat, avec tous les acteurs concernés, à l'échelon régional, départemental ou intercommunal, sur la base de critères nationaux. La procédure contractuelle en permettant de faire précéder le zonage d'une phase de négociation avec les acteurs locaux contribue à mobiliser les énergies locales, et à débouche sur un diagnostic partagé répondant aux besoins de la population.

Au total, la détermination de territoires déficitaires pour les professionnels de santé, doit

être menée de manière concertée, à l'échelon local, en poursuivant un nombre d'objectifs réduits, en ciblant un petit nombre de surfaces et en proposant un niveau d'aides suffisamment élevé, privilégiant les cofinancements et prévoyant l'évaluation de leurs effets.

2.2. Moduler la rémunération

L'incitation financière peut reposer sur des exonérations fiscales, comme vu précédemment, mais également sur un changement des modes de rémunérations.

Moduler les lettres clefs C et/ou V

Actuellement, la valeur des consultations ou des visites, des actes pour les infirmiers est la même quelles que soient les contraintes techniques ou matérielles qui pèsent sur eux, telles que les difficultés d'accès.

Les contraintes d'exercice étant plus élevées dans les zones rurales ou urbaines défavorisées, il pourrait être envisagé **de majorer le tarif des consultations ou/et des visites** dans ces zones à l'image de ce qui existe au Québec. Depuis 1982, la loi 27²⁷ a instauré dans cette province et pour les trois premières années d'exercice des médecins des niveaux de tarifs différents en fonction des zones où ils s'installent. Ainsi, les praticiens exerçant dans une *région éloignée* ou *isolée* bénéficient d'un tarif majoré à 115% pour les généralistes et 120 % pour les spécialistes. A l'origine la loi avait également prévu que les médecins installés dans *une région universitaire* percevaient seulement 70% du tarif, mais cette disposition, controversée, a été annulée par le juge constitutionnel québécois en novembre 2002.

La critique faite, en France, à ce genre de mécanisme est que la lettre clef rémunère un acte intellectuel et que cet acte n'est pas différent selon le lieu d'exercice. Cependant, la lettre clef est censée couvrir l'ensemble des charges inhérentes à l'exercice médical ou à l'acte de soins et celle-ci pourrait donc être modulée selon le lieu d'exercice et l'intérêt général pour la communauté. Elle pourrait en outre, à l'exemple du Québec, être réservée aux premières années d'exercice ou inversement couvrir l'ensemble de la carrière effectuée dans les zones déficitaires. Cette dernière hypothèse semble plus juste dans la mesure où l'on cherche à moduler la rémunération en fonction de la difficulté d'exercice et des besoins de la population.

Cette mesure semble difficile à mettre en œuvre pour l'Etat car elle repose sur les négociations conventionnelles entre les partenaires. Elle peut cependant faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Mettre en œuvre des aides pérennes pour l'exercice dans des zones déficitaires

Si la modulation de la rémunération des consultations et des actes s'avère délicate, les aides peuvent prendre la forme de forfaits versés aux professionnels de santé en contrepartie d'un exercice dans ces zones et en complément des paiements à l'acte. Cette rémunération au cabinet viserait à compenser les inconvénients de l'activité dans de telles zones.

C'est dans ce contexte qu'un accord a permis de définir une rémunération spécifique pour les médecins de montagne.

²⁷ Yann BOURGUIL, Ulrike DÜRR, Gérard de POUVOURVILLE, Sophie ROCAMORA-HOUZARD - Groupe Image-ENSP - La régulation des professions de santé - Etudes monographiques - 2000

Cette solution repose cependant sur les négociations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé.

Toutefois, dans le cadre de la réforme de l'assurance - maladie, il peut être envisagé une distinction, dans la rémunération, entre les missions d'intérêt général et l'activité purement libérale. Cette dernière continuerait à être rémunérée à l'acte, tandis qu'un forfait prendrait en charge toutes les missions d'intérêt général, telles que la permanence des soins ou l'exercice dans des zones déficitaires. Une telle séparation entre les missions de service public et l'activité libérale existe déjà pour d'autres professions libérales, telles que les avocats, les notaires ou les vétérinaires. Cette séparation serait, en outre, en cohérence avec la réforme en cours du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité distinguant en effet les deux types de missions.

Au-delà, l'intérêt d'une telle réflexion réside dans le fait qu'elle pourrait être l'occasion de redéfinir la place des professionnels de santé libéraux dans l'offre de soins et, plus globalement, dans la société. Elle pourrait prendre la forme d'une réunion rassemblant l'ensemble des partenaires, sous l'égide du ministre en charge de la santé. La liste des missions d'intérêt général et les rémunérations y étant associées seraient discutées et définies au cours de cette rencontre.

2.3 Mieux valoriser le rôle des collectivités locales

De nombreux élus locaux ont pris des initiatives notamment pour favoriser l'installation en engageant des programmes d'investissement de réhabilitation de bâtiments communaux locaux ou en octroyant certains avantages aux jeunes médecins à la recherche d'une première installation, afin de favoriser l'accueil de nouveaux praticiens. Il convient aujourd'hui de valoriser et d'accompagner ces initiatives locales, qui permettent d'améliorer à la fois les conditions de vie matérielles et les conditions d'exercice des médecins dans les zones déficitaires.

Des initiatives nombreuses au Parlement comme sur le terrain

Deux propositions de loi ont été enregistrées cette année au Parlement, la première à la présidence du Sénat le 10 janvier 2003, la seconde à la présidence de l'Assemblée nationale, le 10 avril 2003, mettant en évidence l'importance de ce sujet pour les élus locaux et nationaux.

La proposition de loi déposée au Sénat ne remet pas en cause la liberté d'installation et s'appuie sur un mélange de mesures existantes et à créer. Elle définit un contrat d'objectif entre l'Etat et les médecins, reposant sur les outils incitatifs à l'installation, des dégrèvements fiscaux ainsi qu'un engagement de la part du médecin d'exercer dans la zone déficitaire durant six années. En outre, elle inscrit dans la loi d'aménagement du territoire, l'obligation pour l'Etat de créer des « maisons de santé » ou des services privés d'utilité publique.

La proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale et relative à la régulation de la démographie médicale et à l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire, prévoit la mise en place d'un *numerus clausus* à l'installation des médecins, à l'instar du dispositif en vigueur pour les officines de pharmacie, afin de réduire les écarts de densité que l'on constate aujourd'hui sur le territoire. Cette mesure s'accompagne de mesures incitatives, par l'octroi d'aides au profit des médecins généralistes s'installant en zone rurale. Elle pose également le principe de la détermination du nombre et de la répartition des étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine au-delà de la première année doit être fonction des évolutions prévisibles de la démographie médicale et des besoins de santé de la population.

Au-delà de ces deux propositions de loi, les associations d'élus se mobilisent fortement sur la problématique de la désertification sanitaire. C'était, par exemple, le sujet de l'assemblée de l'association des maires ruraux en 2002. En outre, les élus locaux ont des attentes en la matière et font preuve d'initiatives intéressantes, nombreuses et originales illustrées ici par trois expériences.

L'expérience menée dans le Tarn

Le sénateur du Tarn, Jean-Marc PASTOR, à l'origine d'une des deux propositions de loi, a présenté la situation de son département. Confrontées à l'absence d'installation de médecins généralistes libéraux depuis trois ans, cinq communes rurales de moins de 1500 habitants se sont mobilisées, dans un premier temps sans concertation entre elles, pour financer l'investissement de cabinets médicaux. L'investissement a représenté jusqu'à deux ans de budget pour ces communes.

Dans un deuxième temps, une coopération entre les services de l'Etat, le conseil général, le conseil de l'ordre, l'assurance maladie et les communes a émergé, fondée sur les intercommunalités existantes.

Devant la difficulté persistante à trouver des médecins libéraux, les acteurs locaux ont cherché et réussi à faciliter l'installation de cinq praticiens espagnols en leur proposant un logement et un cabinet. Le succès de cette initiative reste mitigé, car les médecins ne se sont pas coordonnés avec les autres professionnels de santé et plusieurs d'entre eux ont déjà quitté le Tarn.

L'expérience menée dans la Manche

Le Conseil général en étroite collaboration avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, l'union régionale des caisses d'assurance-maladie, l'union régionale des médecins libéraux et la caisse primaire d'assurance-maladie, a procédé en plusieurs étapes :

Dès novembre 2001, il a entrepris plusieurs opérations promotionnelles pour inciter des médecins à s'installer dans les zones déficitaires : réunion à l'Assemblée nationale, campagne dans les journaux professionnels et dans les facultés de médecine. Le résultat de cette opération s'est avéré modeste, puisque trois médecins seulement se sont installés, dont deux dans des cantons non déficitaires.

Le Conseil général a ensuite aidé au financement non pas de médecins mais de cabinets pluridisciplinaires, sur la base d'une carte des besoins non satisfaits établis par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie de Basse-Normandie.

Enfin, en collaboration avec une association de développement local du commerce et de l'artisanat, des études de marché ont été réalisées mettant en évidence le potentiel de certains territoires et ont permis d'attirer quatre médecins belges. En outre, pour tenter de mieux répondre à leurs aspirations personnelles, un questionnaire a été établi et a débouché sur des propositions d'installation correspondant à leur style de vie.

L'expérience menée dans la Mayenne

En Mayenne, le Conseil départemental de l'ordre des médecins a pris conscience de la faiblesse médicale, suite à des courriers de patients se plaignant du comportement agressif de certains médecins, surmenés par une amplitude de travail trop importante.

Les initiatives, plurielles, reposent sur un travail en commun avec les Conseils régionaux et généraux, l'agence régionale de l'hospitalisation, les services de l'Etat, l'union régionale des caisses d'assurance-maladie et les directeurs des centres hospitaliers :

Afin de réduire la fréquence des gardes, le nombre de secteurs a été diminué passant de trente cinq à vingt et un, l'objectif étant d'atteindre une nuit de garde et un week-end par médecin toutes les sept semaines.

Pour lutter contre l'isolement dans l'exercice professionnel, et tenir compte des aspirations des jeunes médecins, et notamment des femmes, la mise en place de statuts professionnels nouveaux a été expérimentée, avec l'accord du Conseil national de l'ordre : assistants salariés, associés temps partiel, cabinets multisites.

Enfin, toujours pour mutualiser les connaissances et réduire l'isolement un site Internet a été financé par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et le Conseil général²⁸. Il est composé de deux portails, l'un ouvert au grand public et lui permettant de connaître l'ensemble des praticiens du département et un site sécurisé, où les professionnels de santé accèdent à la formation continue, à un service de messagerie, à des dossiers médicaux partagés et au tableau de garde. Ils peuvent en outre y commander, en ligne, les ordonnances et autres documents de la caisse primaire d'assurance-maladie. Le développement de ce site, se heurte à l'absence d'accès au haut débit dans le département.

2.4. Développer les cabinets de groupe pluridisciplinaires réels ou virtuels

Les initiatives des collectivités locales visant à aider à l'investissement de cabinets pluri-professionnels et pluridisciplinaires doivent être encouragées. Ces financements permettent une diminution des charges des professionnels de santé et facilitent sa venue sans le lier dans la zone déficitaire pour l'ensemble de sa carrière.

Les professionnels y travaillant ne relèveront pas uniquement du statut libéral mais pourront également être salariés.

Cependant, afin d'une part d'éviter une concurrence entre les communes qui nuirait à l'efficacité de telles initiatives, et d'autre part d'assurer la viabilité de ces cabinets de groupe, les réflexions doivent être menées sur un bassin de population suffisamment important et si possible reposer sur les intercommunalités existantes.

Il serait contre-productif de faire peser l'entièreté des dépenses sur une seule commune, les communes concernées ayant souvent peu de moyens propres. Ces dernières ne peuvent donc pas, et ne doivent pas, financer seules de telles mesures.

Des subventions de l'Etat, des collectivités locales ou de l'assurance maladie pourraient alors être prévues pour aider ces collectivités à investir et jouer un effet de levier, notamment en faveur de l'exercice collectif.

²⁸ www.sante-mayenne.com

Une réflexion sur les transports doit être menée en parallèle sur l'organisation des transports des consultants ou sur celle des visites à domicile. L'exercice de groupe, reposant sur un bassin de population important, peut desservir un territoire aux distances kilométriques importantes. Ce constat met en lumière un paradoxe entre la recherche de proximité et le regroupement de professionnels.

En effet, s'il faut préserver le déplacement des professionnels de santé au domicile des patients immobilisés ou difficilement transportables, notamment pour les infirmiers, la pénurie médicale justifie également que le patient se déplace autant que possible dans les maisons médicales. Dans cette optique, un assouplissement des conditions de remboursement des frais de transports pourrait être envisagé.

Par ailleurs, ces maisons de santé peuvent également **prendre une forme virtuelle**. La création de cabinet de groupe en chef lieu de canton fait en effet courir le risque de fermeture ou de baisse substantielle du chiffre d'affaires des pharmacies dans les communes où plus aucun médecin n'est présent physiquement, ce qui appauvrit également ces communes. La forme virtuelle, en reliant par les technologies de l'information et de la communication les professionnels de santé, permet aux médecins qui prennent des congés, d'être remplacés par leur confrère et de mutualiser les moyens, en particulier les assistants téléphoniques, sans porter préjudice au tissu préexistant.

S'agissant du financement ou de l'aide au financement des cabinets par les collectivités locales, il devrait être juridiquement sécurisé. Outre le risque de contentieux pour concurrence déloyale qu'un professionnel non aidé par la collectivité locale pourrait engager, les chambres régionales des comptes pourraient constater l'existence d'avantages indus nés de l'utilisation de biens publics pour des intérêts privés. Par ailleurs, elles pourraient estimer que les dépenses, ici à la charge des collectivités locales, sont des dépenses relevant de l'assurance maladie puisque les frais de fonctionnement et d'investissement du cabinet sont inclus dans les honoraires versés aux médecins.

Face au grand intérêt que présentent ces cabinets pluridisciplinaires et professionnels, une réécriture des textes législatifs et réglementaires est nécessaire.

2.5. Favoriser un exercice collectif et décloisonné

Afin de rompre l'isolement redouté par les professionnels de santé exerçant dans les zones déficitaires, un exercice collectif doit être encouragé. De même, il paraît important d'optimiser la ressource médicale, notamment là où elle est rare. Le régime minier a, par exemple, entamé une réflexion visant à ouvrir ses centres de santé, principalement situés dans l'est et le nord de la France, zones déficitaires en offre de soins, aux populations des autres régimes de protection sociale.

Outre les maisons de santé, les cabinets de groupe et les centres de santé, l'exercice collectif, quant-à lui peut revêtir la forme de réseaux ou dans certains cas d'un exercice mobile. De nouvelles formes de travail et de statuts pour les professionnels doivent également pouvoir être créés. Afin de décloisonner les soins, un exercice rapprochant le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier devra être promu.

Encourager le développement des réseaux de santé et de la télé-médecine

Les réseaux de santé, mode d'exercice collectif regroupé autour d'une pathologie ou d'une population, apparaissent comme un facteur positif de maintien des professionnels de santé libéraux dans les zones déficitaires. Ils offrent à l'échelle du territoire de proximité, du secteur sanitaire ou de la région, un maillage entre les structures de santé, les professionnels exerçant en libéral, les services publics et les associations, permettent de partager des connaissances et de mieux s'orienter dans le système de santé et couvrent les champs sanitaires, médico-social et social. Les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie, en charge de la décision de financer le développement des réseaux (via la dotation régionale ad hoc) et du développement des réseaux, pourraient être encouragées à initier ou soutenir leur création dans les zones rurales et les zones périurbaines, afin d'y assurer la continuité des prises en charge.

La télé santé constitue également une pratique médicale plus coopérative et permet de sécuriser les diagnostics. Les nouvelles technologies offrent en effet des possibilités nouvelles pour l'exercice de la médecine, notamment pour la consultation à distance, la coordination des soins ou dans le domaine de la formation à distance des praticiens. Les échanges de données médicales numérisées entre centres de soins, hôpitaux et médecins favorisent de surcroît le développement de la recherche médicale et des opérations chirurgicales à distance réalisées par des équipes médicales de nationalités différentes.

La totalité des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) dispose d'un réseau informatique, de même que 80% des centres hospitaliers (CH) notamment pour les systèmes d'information administratifs. A l'heure actuelle, cependant, des zones entières du territoire national, le plus souvent déficitaires en professionnels libéraux, ne bénéficient pas de **réseau haut débit ou de couverture cellulaire**, comme l'ont fait remarquer le représentant des maires ruraux ou le président du conseil départemental de l'ordre de la Mayenne.

En matière de soins dentaires, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes a suggéré la création de **plateaux techniques mobiles**, bus ou camions aménagés, respectant les normes de sécurité sanitaire. Cette proposition paraît simple à mettre en œuvre et économiquement viable. L'investissement n'est que de 25% supérieur à celui d'un plateau technique classique. En outre, ce type d'installation peut desservir notamment des maisons de santé, des maisons de retraite ou des centres spécialisés pour personnes handicapées. Il paraît adapté aux problématiques du monde rural, en permettant de concilier proximité pour la population, et rentabilité pour les professionnels, ainsi qu'un exercice plus collectif. A titre expérimental, un tel équipement a été mis en œuvre dans le département des Hauts de Seine pour permettre un accès aux soins dentaires aux personnes sans domicile fixe. Un tel dispositif peut être imaginé pour l'ensemble des professions utilisant un plateau technique.

Décloisonner les secteurs hospitalier et ambulatoire

Beaucoup d'éléments séparent encore le monde libéral du monde hospitalier : les statuts juridiques, les modes de rémunération, les pratiques et les cultures professionnelles.

Le rapprochement entre la ville et l'hôpital apparaît une voie incontournable, en particulier dans les zones déficitaires et ce, pour plusieurs raisons :

- techniques tout d'abord, de plus en plus de patients peuvent être pris en charge en ambulatoire là où autrefois une hospitalisation était nécessaire
- d'amélioration de la qualité ensuite, pour répondre à la demande de prise en charge globale des patients.
- démographiques : la croissance de la part des personnes âgées dans la population française, impliquant d'une part de favoriser le maintien à domicile et d'autre part

d'établir des relations formalisées entre l'amont et l'aval du séjour hospitalier, lorsqu'une telle hospitalisation est inévitable, afin d'éviter des ruptures de prise en charge.

- Les territoires déficitaires conjuguent difficultés de recrutement à l'hôpital et carence des installations en libéral, d'où l'importance cruciale de mutualiser les ressources. En outre, l'un des critères des jeunes médecins dans le choix du lieu d'installation est la proximité d'un établissement de santé.

Le décloisonnement entre les secteurs hospitalier et ambulatoire passe par la réaffirmation des hôpitaux de proximité et par le développement des passerelles entre les professionnels.

Réaffirmer l'importance des hôpitaux locaux

L'exercice collectif pluri-professionnel peut utilement s'appuyer sur **l'hôpital de proximité et en particulier sur les hôpitaux locaux**²⁹. Ces derniers constituent un facteur de dynamisme dans l'installation et le maintien des professionnels de santé, comme l'a rappelé lors des auditions le représentant de l'association des généralistes des hôpitaux locaux. A côté des formes d'exercice collectif indiquées ci-dessus, je vous propose donc d'encourager le maintien et le développement de ces structures, et en particulier de leur activité de médecine et de soins de suite, comme le propose la circulaire relative aux hôpitaux locaux du 28 mai 2003.

Favoriser la venue de professionnels libéraux à l'hôpital

Il existe déjà plusieurs voies permettant la venue de médecins libéraux à l'hôpital, qui pourraient être assouplies.

Les praticiens libéraux peuvent, tout d'abord, être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier, en tant que « salariés ». Plusieurs statuts coexistent :

- La vacation, dont le niveau de rémunération est trop faible
- La situation « contractuelle »
- Le statut de praticien hospitalier à temps partiel, qui souffre d'une certaine rigidité.

Les pistes promouvant la présence de praticiens à temps partiel dans les hôpitaux doivent être encouragées. Elles passent probablement par un rapprochement des statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel, ainsi que par une homogénéisation, à la hausse, des situations des praticiens contractuels. En outre, un va et vient entre ces différents statuts doit être possible tout au long d'une carrière.

En terme de coopération, à proprement parler, de nombreuses possibilités sont déjà ouvertes par l'article L 6112-4 du code de la santé public qui dispose que « les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent-ils recourir **à l'aide technique des établissements** assurant le service public hospitalier ». Ce terme peut recouvrir un très grand nombre de coopérations entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires : accès à la documentation, à la formation. D'autres applications pourraient intervenir, par exemple dans le domaine des

²⁹ Cf. Annexe 9: implantation des hôpitaux locaux et densité des médecins généralistes par canton

vigilances³⁰. Cette aide technique doit être développée pour rompre l'isolement des professionnels de santé exerçant en ambulatoire.

De même, l'article susmentionné, permet aux médecins libéraux, en signant un contrat, de **recourir au plateau technique** des établissements de santé.

Par ailleurs, l'association au service public hospitalier (défini au titre IV de la loi du 9 janvier 1986) permet aux médecins libéraux d'exercer ponctuellement à l'hôpital public. Toutefois, les conditions de cette association n'ont jamais véritablement été précisées, sauf dans des domaines mineurs du point de vue de l'exercice médical.

Ces coopérations entre la ville et l'hôpital paraissent cependant encore peu nombreuses. Dans les zones rurales et périurbaines, afin de répondre tant aux difficultés de recrutement des hôpitaux de taille moyenne, qu'au souhait des médecins libéraux de diversifier leur exercice, il paraît intéressant de permettre au **groupement de coopération sanitaire**, seul instrument de coopération entre les établissements publics de santé et les cliniques privées, d'associer en son sein **des praticiens libéraux**.

Favoriser les remplacements et expérimenter un statut de collaborateur associé et ou salarié

Les auditions ont fait apparaître qu'une des causes récurrentes de refus d'installation en zone rurale était l'absence de possibilité de remplacement et donc la difficulté de pouvoir prendre des congés ou de trouver un successeur. Il faut **donc faciliter les remplacements temporaires en zone déficitaire**, ce qui pourrait inciter à moyen terme les professionnels concernés à s'installer dans ces territoires.

Inversement, les centres urbains, et notamment Paris, connaissent un phénomène de « professionnalisation » du remplacement - l'âge moyen d'installation est de 37,5 ans en France, et de 41 ans à Paris. Cette tendance indique peut-être une remise en cause de l'attachement à l'exercice libéral et il conviendrait donc de s'interroger sur les attentes des professionnels de santé.

Une réflexion sur le statut des médecins remplacés et remplaçants doit donc être amorcée en vue d'orienter les remplaçants vers les zones déficitaires. Comme l'a suggéré l'association des médecins généralistes exerçants à l'hôpital local (AGHL), il pourrait être envisagé de reconnaître au médecin remplacé l'accomplissement d'un service public par leur présence jour et nuit, sur des territoires peu desservis. Ce temps de travail pourrait donner droit à des journées de *repos compensateur* pour lesquelles le praticien percevrait une indemnité forfaitaire. Le remplaçant se verrait, pour sa part, attribuer le bénéfice, par exemple, d'un abattement fiscal sur les revenus liés à ce remplacement. Néanmoins cette mesure présente des difficultés de mise en place, notamment sur la définition et le montant de la rémunération.

Par ailleurs, de nouvelles formes de travail et de rémunération des professionnels de santé exerçant en ambulatoire doivent être expérimentées. Pour faciliter l'installation des jeunes praticiens, en particulier dans les zones les moins attractives, et y pallier leur manque, un nouveau statut est à l'étude, celui **d'assistant ou « collaborateur associé »** Suggéré par le doyen BERLAND dans son rapport sur la démographie médicale, il est examiné par le conseil de l'ordre national des médecins qui envisage de modifier le code de déontologie pour le rendre possible.

³⁰ Toutefois, l'arrêt du conseil d'Etat 23 février 1979, Sieur Tolub, précise que ces prestations ne peuvent être reçues qu'à titre onéreux.

Les syndicats auditionnés se disent intéressés par la réflexion sur cette nouvelle catégorie de praticiens.

Ce statut existe déjà dans d'autres professions libérales, par exemple, chez les avocats. Certes, le salariat ne semble possible que pour des cabinets de taille importante et paraît donc adapté au développement des cabinets de groupes.

Si le choix du salariat n'était pas retenu, le collaborateur libéral pourrait être rémunéré par rétrocession. Les cabinets dentaires et les officines de pharmacie connaissent depuis longtemps les « **assistants collaborateurs** » qui peuvent être salariés mais dont le statut s'apparente le plus souvent à un *louage d'ouvrage*. Dans cette hypothèse, ils disposent du matériel et de la patientèle et ils perçoivent des honoraires dont ils rétrocèdent une partie au titulaire du cabinet. Cette rétrocession est soumise à la TVA, qui est partiellement récupérable au *pro rata* des chiffres d'affaires réalisés. Jacques REIGNAULT, président de la conférence nationale des professions de santé, a précisé la complète indépendance, de l'assistant collaborateur, qui doit avoir sa propre plaque, son propre carnet de rendez-vous et qui fixe ses horaires librement.

Les jeunes praticiens, de l'Intersyndicale nationale autonome des résidents (ISNAR) et du syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) sont intéressés par cette formule d'exercice, moins contraignante et moins coûteuse que l'installation en libéral.

Dans les zones déficitaires, la mise en place de ces nouveaux statuts, permettrait, en lien avec l'exonération des charges patronales et salariales, de décharger les médecins installés d'une partie de leur charge de travail. En outre, ils offriraient à de jeunes praticiens, d'exercer pour la durée de leur choix dans ces zones, sans s'y sentir définitivement engagés. Le cas échéant, à l'instar de ce qui se passe chez les avocats, leur statut pourrait évoluer, passant de salarié, à associé en prenant des parts au capital du cabinet, puis successeur.

2.6. Agir en amont sur la formation

Encourager et rendre attractif les stages dans les zones déficitaires

Tout d'abord, il pourrait être envisagé de créer dès le deuxième cycle des études de médecine un stage en ambulatoire, afin de susciter des vocations pour la médecine générale.

Par ailleurs, le stage du sixième semestre chez un praticien libéral devrait pouvoir s'effectuer plus facilement dans les zones déficitaires. En effet, les futurs médecins tendent aujourd'hui à effectuer ce stage dans la ville où ils poursuivent leurs études, ce qui ne leur permet pas de découvrir un exercice différent de leur art. La découverte d'une pratique loin du centre hospitalier universitaire, permettrait à ces futurs médecins de devenir d'abord les remplaçants occasionnels de leur tuteur, puis le cas échéant leurs successeurs dans ces zones.

Pour donner un caractère incitatif à ce stage en zone déficitaire, une prime indemnisant notamment la charge financière que cet éloignement engendre pourrait être créée.

Octroyer des bourses aux étudiants s'engageant à exercer dans les zones déficitaires pour une durée déterminée

Il a été proposé par la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) la création d'un fond de régulation de la démographie médicale,

dont le montant serait fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, et financé par l'assurance maladie. Ce fond permettrait le versement d'une bourse, dès la deuxième année, aux étudiants en médecine. En contrepartie, ces derniers s'engageraient, pour une période minimum de cinq ans, à débiter leur exercice professionnel dans une zone désignée comme déficitaire.

La CANAM estime que la proposition serait plus attractive si ces jeunes médecins étaient salariés, par exemple d'un établissement de santé, mais toutes les formes d'exercice peuvent être retenues, y compris celles de salarié d'un médecin ou de collaborateur associé proposé plus haut.

Ces bourses pourraient également être allouées à des médecins déjà en exercice pour leur permettre de se réorienter vers des disciplines reconnues déficitaires.

Ces propositions ont reçu un accueil très favorable de l'ensemble des professionnels auditionnés.

Mener une réflexion sur le contour des métiers

La piste évoquée par Yvon BERLAND dans son rapport relatif à la « démographie des professions de santé, de la famille et des personnes handicapées » remis au ministre en charge de la santé le 3 décembre 2002, d'une redéfinition du contour des métiers me paraissent particulièrement intéressantes.

Ce rapport évoque également d'autres pistes tel qu'un partage des tâches renouvelé, la création de nouveaux métiers et la mise en place de passerelles entre les différentes professions de santé.

Redéfinir de la sorte les contours de certains métiers implique dans certains cas des transferts de compétence. Ce pourrait être le cas, par exemple, entre les sages-femmes et les obstétriciens, les orthoptistes, voire les opticiens- lunetiers et les ophtalmologistes, les infirmières et les médecins pour certains actes – par exemple la surveillance de la dialyse péritonéale, les infirmières et les « auxiliaires de vie ou aides- soignantes » pour les actes de *nursing*. Il convient néanmoins d'être prudent sur cette redéfinition en l'enfermant dans un cadre strict et en la situant d'emblée sous la responsabilité des médecins.

Un tel partage des compétences, permettrait dans un premier temps de gagner du temps médical et infirmier dans les zones qui en manquent. Il favoriserait également l'accès sur ces territoires à des prescriptions ou des soins prodigués aujourd'hui par des professionnels peu nombreux et concentrés dans les villes de plus de 200 000 habitants. Par la suite, ce transfert des tâches permettrait d'augmenter rapidement le nombre de professionnels, le temps de formation des para- médicaux étant plus court. Il sera pourtant nécessaire de conjuguer cette redéfinition des tâches, avec une politique fortement incitative pour attirer les nouveaux professionnels dans les zones déficitaires.

Cependant, les auditions ont permis de constater une réticence des professionnels concernés à l'égard de ces propositions qui remettent en cause les rémunérations et peut-être plus encore la place de chacun dans l'offre de soins.

Toutefois, le doyen Yvon BERLAND, s'est vu confier une nouvelle mission visant à étudier, expérimenter et évaluer les coopérations qui pourraient être organisées entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et des professions paramédicales. Le bilan de ces expérimentations, prévu pour le début 2004, est très attendu.

2.7 Mieux évaluer les besoins en professionnels de santé et donner un outil de prospective aux professionnels

Actuellement, le *numerus clausus* qui fixe le nombre de places offertes à l'entrée de la deuxième année des études de médecine ainsi que les places ouvertes au concours de l'internat, est trop souvent fonction des besoins en temps médical des centres hospitaliers universitaires et pas assez en fonction des évolutions démographiques ni des besoins régionaux de la population.

De même, les places en écoles d'infirmières sont également déterminées à partir des seuls besoins hospitaliers.

Il est essentiel que **les besoins soient définis par région** et de façon concertée entre les différents partenaires : représentants de l'Etat, agence régionale de l'hospitalisation, élus, URML, URCAM, caisses, conseils départementaux de l'ordre, représentants des usagers.

Il apparaît donc nécessaire, pour définir le nombre de places de développer et de s'appuyer sur les **comités régionaux de la démographie des professions de santé** pour évoluer les besoins. Les conclusions du rapport des professeurs Jacques DOMERGUE et Henri GUIDICELLI³¹ vont dans ce sens en précisant que « le nombre de chirurgiens à former doit être défini par région, par spécialité, en fonction des évolutions démographiques et des besoins de la population. ». Un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ambulatoire pourrait ainsi voir le jour. Son objectif serait d'inciter à la convergence vers la moyenne nationale le ratio médecin/population dans chacune des régions et au sein de chaque région.

Certes, la régionalisation tant du *numerus clausus* que du nombre de places au concours d'internat, ne permettra pas de résoudre entièrement les inégalités de répartition régionales, puisqu'il n'existe aucune garantie de voir les médecins exercer dans leur région de formation. C'est cependant le cas de 70%³² d'entre eux, ce qui justifie une telle proposition.

Par ailleurs, plusieurs unions régionales des caisses d'assurance-maladie, par exemple en Basse Normandie et en Poitou Charente fournissent aux médecins désireux de s'installer **une véritable étude de marché** afin de les orienter là où le besoin s'en fait sentir. Ces initiatives doivent être mieux connues pour être généralisées.

L'outil informatique créé dans ces régions offre aux praticiens candidats à l'installation la possibilité d'estimer la nature de l'activité et le potentiel économique d'une installation à partir de la densité médicale par canton, le nombre d'actes ou les évolutions démographiques de la population.

2.8 Répartir les effectifs par spécialité pour garantir l'accès aux spécialistes sur l'ensemble du territoire

La densité de spécialistes est, comme nous l'avons vu, fortement corrélée à celle des médecins généralistes, ce qui rend difficile l'accès à certaines spécialités pour les populations situées en zone rurale ou périurbaine, ce qui est particulièrement pénalisant pour les spécialités de premier recours.

³¹ Professeur Jacques Domergues et professeur Henri Guidicelli – rapport sur la chirurgie française – février 2003

³² Ministère de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques- Audition Avril 2002

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs³³, une détermination des effectifs par spécialité devra être envisagée et atteindra son plein effet, en matière de réduction des inégalités géographiques de répartition, si elle intervient en parallèle d'une évaluation des besoins régionale et concertée.

Actuellement le nombre de places au concours de l'internat est fixé nationalement par grandes disciplines. Si certaines disciplines correspondent à des spécialités, deux d'entre-elles, la médecine et la chirurgie, représentant plus de la moitié des places mises au concours, correspondent respectivement à seize et treize spécialités différentes.

Dans la perspective d'une stabilisation des effectifs, il paraît important de s'assurer que les formations choisies correspondent aux besoins prioritaires. La régulation suppose ainsi que la répartition du nombre de places au concours d'internat soit faite impérativement par spécialités et par région.

³³ Guy Nicolas- Michèle Duret – Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale – juin 2001 et professeur Jacques DOMERGUE et professeur Henri Guidicelli - *ibid.*