



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **Mars 2015**

**La problématique de l'accès au
médecin généraliste**

**Etat des lieux et pistes d'action en
Champagne-Ardenne**

Anne PRUVOST

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Agnès Gerbaud, ma maitre de stage à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS Champagne-Ardenne pour nos échanges très enrichissants et ses précieux conseils dans la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Mme Coralie Paulus-Maurelet, chef de pôle, et l'ensemble des agents du pôle professionnels de santé pour leur disponibilité, notamment pour avoir répondu à mes questions même après ma période de stage, et les pistes de réflexions qu'ils m'ont suggérées. Mes remerciements s'adressent également aux référents premier recours présents dans les quatre délégations territoriales de l'ARS et aux personnes en charge des soins ambulatoires de premier recours des autres régions avec qui j'ai pu échanger.

Je souhaite en outre adresser ma reconnaissance à tous les membres de la profession médicale ayant accepté de me recevoir ou de m'accorder un entretien téléphonique. Ils ont su me communiquer la passion de leur métier et les valeurs humanistes qui les anime.

Enfin, je tiens à remercier mon père, pour ses connaissances sans faille en orthographe et en grammaire. Egalement, Jean-Pierre, mon fiancé et relecteur attentif pour le soutien qu'il m'a apporté tout au long de l'élaboration de ce travail

Sommaire

Introduction	1
1 Des problématiques nationales de répartition géographique et par modes d'exercice aux conséquences particulièrement marquées en Champagne-Ardenne	7
1.1 Description de la méthodologie mise en oeuvre dans la construction de l'analyse	7
1.2 Une démographie et une répartition territoriale des médecins généralistes particulièrement préoccupante au regard des besoins induits par les spécificités champardennaises	9
1.2.1 La prise en compte des spécificités de la Champagne-Ardenne dans la détermination du nombre nécessaire de médecins généralistes installés	9
1.2.2 Une population de médecins généralistes vieillissante et inégalement répartie au niveau national, régional et infrarégional	12
1.3 Une politique publique sensible, une coordination des acteurs complexe	16
1.3.1 L'impossible mise en place de dispositifs opposables aux médecins libéraux dans le choix de leur lieu d'installation	16
1.3.2 Un cadre institutionnel et légal complexe lié à la superposition des acteurs dans le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs à destination des médecins généralistes	18
2 La mobilisation des acteurs autour du développement de réponses innovantes aux aspirations des jeunes médecins	24
2.1 La persistance de la faible attractivité de l'exercice libéral de la médecine générale, notamment en zone déficitaire	24
2.1.1 Le faible attrait pour la spécialité médecine générale pour les internes aux épreuves nationales classantes	24
2.1.2 L'impact du changement rapide de paradigme sociétal sur le processus de décision d'installation	28
2.2 De récents dispositifs d'incitation positive prometteurs mais encore perfectibles	34
2.2.1 Le passage d'une politique contractuelle d'incitations financières à une politique plus globale d'accompagnement et d'amélioration des conditions d'exercice en libéral	35
2.2.2 Les premiers résultats de la politique volontariste de l'ARS Champagne-Ardenne de développement de structures d'exercice pluridisciplinaires	40

2.2.3 La persistance de freins administratifs et culturels appelle l'ARS Champagne-Ardenne à un travail partenarial	45
3 Perspectives et pistes de réflexion : Agir dès la formation initiale et accompagner les médecins dans la construction et le déroulement de leur parcours pour favoriser l'installation	49
3.1 Clarifier le cadre d'action de chacun et favoriser une meilleure coordination des acteurs	49
3.2 Renforcer l'accompagnement des professionnels dans le développement des structures pluriprofessionnelles, et appuyer les patients et les élus locaux dans le changement structurel de modèles de soins de premier recours	52
3.3 Agir dès les premières années de formation initiale des médecins	55
Conclusion.....	57
Sources et bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée

ARESPA : Association du réseau de santé de proximité et d'appui

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CESP : Contrat d'engagement de service public

CH : Centre hospitalier

CHAMP'AGJIR : Association champardennaise des généralistes jeunes installés et remplaçants

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIADT : Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire

CSP : Code de la santé publique

CNG : Centre national de gestion

DES : Diplôme d'études spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DPA : Démarche proactive

DTARS : Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

ECN : Examens classants nationaux

ENMR : Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

FEADER : Fonds européen agricole pour le développement rural

FEDER : Fonds européen de développement régional

FEMACHAMP : Fédération des maisons de santé en Champagne-Ardenne

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FNADT : Fonds national d'aménagement et de développement du territoire

IASS : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

ONDAM : Objectif national des dépenses de santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

PACES : Première année commune d'études en santé

PAPS : Plateforme d'appui aux professionnels de santé

PDSA : Permanence ambulatoire des soins

PRS : Projet régional de santé

PSRS : Plan stratégique régional de santé

PTMG : Praticien territorial de médecine générale

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires

SGAR : Secrétariat général pour les affaires régionales

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SROS : Schéma régional de d'organisation des soins

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

N'ayant pas réussi à trouver de remplaçant lors de son départ à la retraite, le Dr Danielle Paul, médecin dans le Nord-Pas-de-Calais, a entamé un périple à vélo depuis son cabinet de Rousies dans le département du Nord jusqu'à Charleville-Mézières dans les Ardennes. Ce périple lui a fait traverser des territoires fortement déficitaires en médecins généralistes, afin de mobiliser les élus locaux autour de la problématique des déserts médicaux¹.

La santé est l'un des premiers besoins d'une population. La présence d'au moins un médecin généraliste dans une commune est hautement symbolique, et constitue une problématique sensible pour l'opinion publique, comme pour les élus et les professionnels de santé eux-mêmes. Elle constitue également un facteur d'attractivité certain pour un territoire.

En effet, le rôle du médecin généraliste est central car il constitue pour ses patients la porte d'entrée plus fréquente et la mieux identifiée dans le système de santé. Ce rôle est consacré et renforcé par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009². En effet, il « assure pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et de l'éducation pour la santé. (...) Il oriente ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur-médico-social ; » il s'assure « de la coordination des soins nécessaires à ses patients, (...) de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». Il participe « à la mission de service public de permanence des soins » et contribue « à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle des études médicales³ ».

Acteur polyvalent, il occupe ainsi une place pivot vis-à-vis des autres professionnels de santé : d'une part il constitue le référent en matière de soins de premier recours, mais il occupe également un rôle d'orientation vers d'autres professionnels de premier recours, ses confrères spécialistes, ou des structures médico-sociales. Les réflexions actuelles sur la construction et la fluidité du parcours du patient mettent ainsi le médecin traitant et ses missions au cœur du débat.

¹J.-M. B., 28 septembre 2014, « De Rousies, Danielle Paul enfourche mercredi son vélo de bataille contre les déserts médicaux », la Voix du Nord, (en ligne), consulté le 31/10/2014, disponible :<http://www.lavoixdunord.fr/region/de-rousies-danielle-paul-enfourche-mercredi-son-velo-de-ia23b44399n2404540>

² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, journal officiel, 22 juillet 2009, n°0167, p.12184

³ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, article L.4130-1

Le médecin généraliste, dans son rôle de prise en charge de premier recours et de coordonnateur des professionnels de santé intervenant sur le lieu de vie est donc essentiel. Leur nombre et/ou l'organisation de la prise en charge en première intention doit donc lui permettre d'assurer efficacement son double rôle, en maintenant une prise en charge de qualité.

Les autres professionnels de premier recours, pharmaciens, infirmiers diplômés d'Etat (IDE), kinésithérapeutes, sont en partie dépendants de ses prescriptions. L'absence de médecins généralistes engendre donc souvent l'absence ou un faible nombre d'installations ou d'implantation de ces autres acteurs essentiels du système de soins. Aussi, cette étude se concentrera uniquement sur la démographie des médecins généralistes.

Toutefois, pour évaluer l'efficacité du dispositif de soins ambulatoires de premier recours il faut se pencher sur les caractéristiques de la population et les besoins en soins qui en découlent. La France compte une des parts les plus importantes de personnes dépendantes, polypathologiques, maintenues à domicile tant que cela est possible. La région Champagne-Ardenne présente les mêmes tendances, mais avec un vieillissement de la population prévisible encore plus marqué⁴. En effet, l'indice de vieillissement est de 67,7 contre 67,4 au niveau national. La région étant faiblement attractive, la population active, particulièrement les jeunes, diminue plus fortement qu'ailleurs, accentuant encore ce vieillissement prévisible. La part des plus de 60 ans pourrait progresser de plus de 50% d'ici 2040 pour représenter un tiers de la population, avec de très fortes disparités infrarégionales⁵. 4/5^{èmes} de la population champardennaise de plus de 85 ans vit chez elle, la moitié seule, et un tiers vit dans une commune rurale⁶. Ces constats font de la préservation de l'autonomie de ces personnes et de leur suivi médical par leur médecin traitant un enjeu majeur pour l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les zones où la population serait la plus âgée coïncident avec les territoires où la démographie des médecins généralistes est et sera problématique, notamment les départements de l'Aube et de la Haute-Marne.

D'autre part, les modalités alternatives à l'hospitalisation avec hébergement, notamment l'hospitalisation à domicile, connaît une forte croissance et un fort portage des pouvoirs

⁴ AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, 2012, Plan stratégique régional de santé, p.11-13

⁵ S. RIGOLLOT, M. SALIOU, janvier 2011, Projection de population en Champagne-Ardenne, INSEE Flash Champagne-Ardenne, n°129, (en ligne) disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=17089, consulté le 10/01/2015

⁶ AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, 2012, Plan stratégique régional de santé, p.11

publics avec des objectifs nationaux de développement ambitieux⁷. La Champagne-Ardenne présente un fort potentiel de développement, et une montée en charge déjà entamée⁸. Leur réussite est conditionnée par un suivi à domicile par un médecin traitant.

La démographie médicale au sens large est donc ici un enjeu crucial, mais toutefois particulièrement problématique et est la première priorité du projet régional de santé en Champagne-Ardenne. La question de la démographie des médecins généralistes, en est une composante particulièrement importante.

Les médecins généralistes sont dans leur quasi totalité conventionnés en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des tarifs sans dépassement d'honoraires. Le critère de l'accessibilité financière n'est donc pas ici significativement discriminant, et nous nous concentrerons uniquement sur l'accessibilité géographique.

L'accessibilité géographique doit prendre en compte la distance kilométrique acceptable par rapport au premier cabinet, mais également son accessibilité par les transports en commun. Celle-ci est particulièrement problématique en Champagne-Ardenne en raison de la forte dominante rurale de la région (28% des habitants vivent en zone rurale contre 18% au niveau national⁹) et des fortes carences en terme de réseau efficace de transports en commun. L'accessibilité doit également être examinée en termes de quota de patientèle, certains médecins généralistes refusant de nouveaux patients en raison de la taille déjà importante de leur patientèle existante. L'accessibilité aux médecins généralistes est donc directement corrélée à leur nombre.

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, on compte aujourd'hui 276 354 médecins inscrits au tableau de l'ordre, dont 90 630 en médecine générale¹⁰. Toutefois, toutes les régions enregistrent une diminution des effectifs de médecins généralistes sur la période 2007-2014 à l'exception de la région Pays de Loire.¹¹

Leur répartition sur le territoire laisse observer d'importantes disparités géographiques. La densité moyenne de médecins généralistes en France est de 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants, mais huit régions sont au dessous de cette densité, huit régions se situent dans la moyenne et six régions affichent une densité supérieure¹².

⁷ MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, CIRCULAIRE N°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), p.12-18

⁸ AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, Colloque régional sur l'hospitalisation à domicile, 2 octobre 2013

⁹ AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, Plan stratégique régional de santé 2012, p.11

¹⁰ ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, Atlas de la démographie médicale, 2014, 8^e édition, p.11, p.25, disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf, consulté le 30/11/2014

¹¹ Ibidem, p.26

¹² Ibidem, p.48

Leur répartition est également très inégalitaire au niveau infra-régional avec un déficit marqué dans les zones rurales et périurbaines sensibles¹³.

La situation de la région Champagne-Ardenne apparaît comme particulièrement préoccupante à court comme à moyen et long terme. En effet, elle compte une densité de 125 médecins généralistes pour 100 000 habitants¹⁴, se classant ainsi au 18^e rang des 22 régions métropolitaines. Elle enregistre la plus forte baisse en nombre de praticiens après l'Île de France sur la période 2007-2014¹⁵. Les prévisions à moyen terme ne laissent pas apparaître de perspectives d'évolution favorables spontanées, 26,5% des médecins ayant plus de 60 ans¹⁶. La Champagne-Ardenne ne compte que 4 centres de santé employant 15 médecins généralistes¹⁷, la plupart des praticiens exerçant des fonctions de soins de premier recours auprès des patients sont donc des médecins en exercice libéral ou mixte. Si on examine cette seule population, la densité régionale descend à 101 médecins généralistes pour 100 000 habitants¹⁸. Cette situation est fortement contrastée au niveau infrarégional, la Marne, département concentrant le plus de centres urbains, affichant la densité la plus élevée. Cette dernière est en effet de 113 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 99 dans les Ardennes, 96 en Haute-Marne et 83 dans l'Aube¹⁹.

Face à ces constats, les ARS disposent de peu d'outils contraignants pour réguler l'offre libérale. Les Examens Classants Nationaux (ECN) permettent de limiter l'accès aux spécialités par faculté sur la base d'un classement national. Toutefois à la fin de leur internat et donc de leur formation, les médecins généralistes disposent d'une liberté totale pour leur mode d'exercice et leur lieu d'installation, cela pouvant poser d'importants problèmes dans un région peu attractive comme la Champagne-Ardenne.

La loi HPST a instauré pour la première fois un Schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire élaboré par les ARS ayant pour objectif de susciter les évolutions nécessaires à l'offre de soins sur le territoire pour maintenir une offre de soins de qualité et accessible en tout lieu de la région. Toutefois, le volet ambulatoire n'est pas opposable aux professionnels de santé, car cela heurterait de front le principe cardinal de la liberté d'installation.

¹³ Idem

¹⁴ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2014, Atlas national de la démographie médicale en France, 8e édition, p.49

¹⁵ Idem

¹⁶ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2013, Atlas régional de la démographie médicale, 3^e Edition, p.43

¹⁷ Données internes de l'ARS Champagne-Ardenne

¹⁸ MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2013, disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>, consulté le 10/01/2015

¹⁹ Idem

La question centrale qui se pose ici est donc celle des outils mobilisables, qu'ils consistent en des déclinaisons d'outils nationaux ou des initiatives locales, afin de garantir une densité de médecins généralistes libéraux permettant de répondre aux besoins de la population champardennaise.

Les hypothèses et axes de réflexion sont les suivants: Quel est le besoin en médecins généralistes sur le territoire régional ? Quels sont les facteurs influençant l'installation des médecins généralistes ? Quelle est l'évolution prévisible de la densité au niveau régional et infrarégional ? Quelles sont les actions à mener pour parvenir à une accessibilité géographique réelle sur l'ensemble du territoire régional, notamment l'exercice coordonné ? Quels sont les résultats observables aujourd'hui et quels sont les leviers d'amélioration ? Comment exploiter les atouts de la région ?

Ce sujet présente un grand intérêt au regard des attributions professionnelles d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS). D'un point de vue général, l'IASS est un représentant de l'Etat et se doit d'assurer le respect du principe d'égalité, et particulièrement celui d'égalité d'accès aux soins. D'autre part, l'IASS est un des professionnels en charge de la planification de l'offre de soins en ARS, et à ce titre participe à l'élaboration de la mise en œuvre du SROS, notamment de son volet ambulatoire, et à sa déclinaison sur les territoires.

Le thème de la démographie médicale appelle à travailler en partenariat avec des acteurs multiples, notamment en lien étroit avec l'échelon départemental voir infra-départemental. Il permet de mieux appréhender les relations avec ceux-ci par exemple avec l'ordre des médecins, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), ou encore les élus locaux et les collectivités territoriales. C'est ici tout le sens de la mission d'animation territoriale de l'IASS qui doit avoir une connaissance fine des territoires.

La problématique est marquée en Champagne-Ardenne, mais elle est également d'ampleur nationale. Les retours d'expériences pourraient être diffusés et implémentés sur le reste du territoire.

Nous verrons dans un premier temps que les problématiques nationales de répartition géographique et par modes d'exercice ont des conséquences particulièrement marquées en Champagne-Ardenne (1), puis nous détaillerons la mobilisation des acteurs autour du développement de réponses innovantes aux aspirations des jeunes médecins (2), et enfin nous proposerons des pistes d'action tentant de répondre aux difficultés exprimées par les acteurs de terrain (3).

1 Des problématiques nationales de répartition géographique et par modes d'exercice aux conséquences particulièrement marquées en Champagne-Ardenne

Cette première partie a tout d'abord pour objet de présenter la méthodologie mise en œuvre dans l'analyse (1.1). L'accessibilité à un médecin traitant est une exigence citoyenne à laquelle les pouvoirs publics doivent tenter d'apporter une réponse concrète et rapide. La situation de la démographie des médecins généralistes, ainsi que leur répartition fortement hétérogène sur le territoire régional apparaît aujourd'hui particulièrement critique, notamment du fait des besoins en soins induit par des déterminants structurels propres à la Champagne-Ardenne (1.2). Ce constat a amené de nombreux acteurs à se saisir de la question, aboutissant à un modèle organisationnel complexe (1.3).

1.1 Description de la méthodologie mise en oeuvre dans la construction de l'analyse

La première étape a consisté en l'observation de l'implantation des médecins généralistes et de la location des zones déficitaires afin d'établir au niveau national comme régional et départemental une cartographie de l'offre actuelle. Ces données ont été complétées par celles relatives à l'évolution récente et prévisible du nombre de médecins généralistes aux mêmes échelles territoriales ainsi que celle de la population générale.

Il existe de nombreuses sources présentant ces chiffres : l'Assurance maladie, la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), des Statistiques de la santé et du social, l'Ordre des médecins etc. Cette dernière source a été privilégiée pour le caractère récent, régulier et complet de la publication des informations via ses atlas nationaux et régionaux annuels. Ces publications émanant de la même organisation, on peut supposer que les méthodologies d'élaboration sont similaires, ce qui permet d'établir certaines comparaisons.

A ensuite été menée une étude bibliographique sur les freins à l'installation recensés au niveau national et le cas échéant de les lier à la structure de la région Champagne-Ardenne (répartition des territoires urbains et ruraux dans la région, des foyers d'activité économique, les données socio-économiques, cartographie des infrastructures et équipements, du réseau de transports en commun et réseau routier). La littérature étant abondante sur le sujet, le choix a été fait de se concentrer sur les études les plus récentes et provenant de sources reconnues et à priori objectives (exclusion des documents syndicaux, des lettres ouvertes des élus, des billets d'humeur etc). Les documents

internes de l'ARS Champagne-Ardenne sont venus abondamment nourrir la réflexion. Cette étape a permis de dégager mes principaux axes de travail ainsi que les contours de celui-ci.

La seconde phase de cette analyse a consisté en une enquête de terrain. Ont été menés des entretiens avec les 6 agents du Pôle professionnel de santé à la Direction de l'Offre de soins afin de lister et de comprendre les missions des différents acteurs en présence, les outils mis en œuvre en région, les problématiques identifiées, et les pistes de solutions préconisées. Ont également accepté de répondre à mes questions les 4 référents premier recours dans les délégations territoriales (DTARS), qui m'ont livré leur analyse concernant la situation sur leur territoire et les leviers locaux à développer.

Puis, se sont déroulés 4 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes, en devenir ou en exercice : un interne en médecine générale, un médecin généraliste exerçant en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), un médecin généraliste ayant choisi le salariat hors centre de santé, un médecin généraliste installé juste après ses études et aujourd'hui en fin de carrière. Le but de ces entretiens était de confronter les connaissances acquises lors de la phase d'analyse de la littérature à la réalité du terrain et aux spécificités régionales, de comprendre les déterminants et freins individuels à l'installation, l'impact du facteur générationnel de perception de leur exercice par les médecins généralistes.

En raison du faible nombre de réponses prévisibles, le choix d'un questionnaire adressé à tous les médecins généralistes libéraux de la région n'a pas été retenu.

Afin d'avoir une vision plus globale, un entretien a été mené avec la présidente de l'URPS médecins de Champagne-Ardenne.

La nécessité de consulter un médecin généraliste pendant le stage a été transformée en enquête, et 10 médecins installés à Châlons-en-Champagne ont été contactés téléphoniquement le même jour pour s'enquérir de la possibilité d'obtenir un rendez-vous en tant que nouvelle patiente dans les 48 heures.

A noter que la faculté de médecine de Reims, ainsi que l'ordre des médecins n'ont pas répondu aux sollicitations. La visite d'une structure d'exercice pluriprofessionnel n'a pas été possible en raison des contraintes de temps et de la nécessité de préserver le secret médical.

Puis, au regard de l'étendue nationale de la problématique, il apparut pertinent d'établir des comparaisons régionales avec des territoires présentant des caractéristiques géographiques et socio-économiques proches et les mêmes problématiques. Aussi ont été menés des entretiens téléphoniques avec la responsable premier recours et le

délégué territorial de l'Aisne, ainsi que la responsable premier recours de la délégation territoriale de Haute Saône, et un entretien en présentiel avec le responsable des soins ambulatoires de l'ARS Lorraine.

Les entretiens suivaient des grilles jointes en annexe. Leur durée était d'environ une heure, avec quelques variations suivant la richesse des échanges. Ils n'ont pas été enregistrés afin de permettre une parole libre des personnes interrogées sur cette thématique sensible. De plus, certaines personnes ont insisté sur l'anonymat des propos recueillis. Ces entretiens ont été traités selon différentes thématiques : état des lieux, problématiques identifiées, nouvelles aspirations des médecins généralistes, nouveaux modes de rémunération, leviers et pistes d'action identifiées.

1.2 Une démographie et une répartition territoriale des médecins généralistes particulièrement préoccupante au regard des besoins induits par les spécificités champardennaises

La déclinaison régionale du volet ambulatoire du SROS a tenté de répondre aux besoins induits par les réalités géographiques, socio-économiques et sanitaires de la région (1.2.1). Toutefois, ce volet non opposable ne peut permettre que le déploiement d'actions incitatives, faible boîte à outils par rapport à une population de médecins généralistes vieillissante et en baisse constante, répartie de manière très hétérogène sur le territoire régional (1.2.2).

1.2.1 La prise en compte des spécificités de la Champagne-Ardenne dans la détermination du nombre nécessaire de médecins généralistes installés

Le Directeur général de l'ARS est chargé de définir et mettre en œuvre le volet ambulatoire du SROS²⁰. Le cadre législatif et réglementaire est complété par circulaire au niveau national²¹, mais chaque ARS reste libre dans la détermination de la méthodologie à employer.

De caractère non opposable, le volet ambulatoire est conçu comme un outil de diagnostic territorial partagé avec les acteurs de terrain, et d'évaluation de l'offre de soins ambulatoires, particulièrement celle de premier recours au regard des besoins de la

²⁰ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, articles L.1434-7, L.1434-9, R.1434-4

²¹ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Circulaire DGOS/R5/2011/311 relative à l'élaboration schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), 1 août 2011, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circul_guide_methodo_sros_prs_V3_010811-pddf.pdf, consulté le 10/11/2014

population. Il identifie ainsi les territoires connaissant des problèmes d'accessibilité aux médecins généralistes, mais où il existe encore des dynamiques à accompagner ou à renforcer. Le choix a été fait dans un premier temps de ne pas cibler les territoires dits « déserts médicaux », où il n'existe plus aucun médecin généraliste en activité, les possibilités d'y faire naître un cercle vertueux étant très faibles. Les efforts doivent porter en priorité sur certaines zones afin d'éviter un « saupoudrage » des fonds et des actions. L'action publique est concentrée sur les zones sous-dotées ainsi identifiées, incitant ainsi à l'installation de professionnels de santé sur ces territoires pour aboutir *in fine* à une couverture homogène du territoire.

Dans l'élaboration du volet ambulatoire du SROS, et particulièrement dans la détermination des zones sous-dotées prioritaires, le comité technique régional de premier recours piloté par l'ARS a réellement pris en compte les spécificités du territoire afin d'obtenir le schéma garantissant un accès effectif aux soins de premier recours. La Champagne-Ardenne est une région très vaste (25 605 km²) avec une densité de population inférieure à la moyenne nationale (52 habitants/km²)²². La majorité des communes sont de petite taille (moins de 500 habitants), et représentent 79% des communes dans la région contre 56% au niveau national²³.

L'accessibilité géographique (en termes de temps de parcours par rapport au cabinet le plus proche) a été un des forts critères de structuration du zonage. De vastes territoires induisent des temps de trajets importants pour les patients dans l'accès aux soins et pour les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Dans ce dernier cas, le temps d'intervention doit être de 45 minutes maximum. Le maillage territorial des cabinets doit être assez dense pour permettre le respect de ces critères.

Les zones retenues sont donc souvent très proches de l'échelle des bassins de vie. Toutefois, il faut souligner que les bassins de vie champardennais sont plus grands mais deux fois moins peuplés que la moyenne²⁴, et que les temps de transport estimés dans le SROS ne prennent pas en compte la problématique de l'absence de transports en commun dans de nombreuses zones rurales.

La région connaît une importante problématique transversale d'attractivité. En effet, elle est la seule de France à connaître un déficit migratoire depuis 1995 (le solde des

²² INSEE.FR, En résumé- Champagne-Ardenne, disponible sur <http://www.insee.fr/fr/regions/champagneardenne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>, consulté le 23/12/2014

²³ INSEE.FR, Recensement de la population de 2006, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=14230, consulté le 23/12/2014

²⁴ A. DEJOIE-LARNAUDIE, INSEE, Les bassins de vie en Champagne-Ardenne, décembre 2012, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=19325, consulté le 02/01/2015

naissances au regard des décès ne permet pas de compenser les départs de la région)²⁵. La Haute-Marne et les Ardennes sont parmi les 6 départements métropolitains en baisse démographique²⁶. Entre 2006 et 2011, la Champagne Ardenne a perdu à 0,04% de ses habitants²⁷. Elle s'inscrit dans un espace peu dynamique allant de la frontière belge au Limousin appelé la « la diagonale du vide ». Toutefois, sa proximité avec la région Ile de France pourrait infléchir cette tendance, notamment dans le département de l'Aube, seul département de la région à gagner des habitants depuis 1990²⁸.

Cette faible attractivité est en partie le fruit des difficultés économiques que connaît la région. En effet, elle est principalement orientée vers l'agriculture, particulièrement la filière du Champagne (11% de la valeur ajoutée, 6 fois plus que la moyenne nationale), et l'industrie (18% de la valeur ajoutée, soit 5 points de plus qu'au niveau national)²⁹ qui a été touchée de plein fouet par la crise économique débutée en 2008. La région est l'une des plus touchées par le chômage et affiche un niveau de vie médian 2,5 fois moins important que le reste de la France métropolitaine³⁰.

L'ARS Champagne-Ardenne par sa seule action ne peut lutter contre ce déficit global d'attractivité qui impacte également les médecins généralistes. Les actions à mettre en œuvre dans ce domaine doivent s'articuler avec les autres acteurs intervenant dans la problématique plus globale d'aménagement du territoire. En effet, dans la redynamisation et la croissance démographique de ces territoires un des facteurs essentiels est une offre de soins de premier recours, et donc un nombre de médecins généralistes, permettant d'attirer de nouveaux habitants. Ce type de démarche a été entamé, notamment avec le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) qui dans ses actions globales d'aménagement du territoire a lancé une politique en faveur du développement de 250 maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural³¹.

²⁵ A. DEJOIE-LARNAUDIE, INSEE, Les bassins de vie en Champagne-Ardenne, décembre 2012, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=19325, consulté le 02/01/2015

²⁶ Idem

²⁷ INSEE.FR, En résumé- Champagne-Ardenne, disponible sur <http://www.insee.fr/fr/regions/champagneardenne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>, consulté le 23/12/2014

²⁸ INSEE.FR, En résumé- Champagne-Ardenne, disponible sur <http://www.insee.fr/fr/regions/champagneardenne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>, consulté le 23/12/2014

²⁹ Idem

³⁰ Idem

³¹ DATAR.GOUV, Plan de développement de 250 maisons de santé en milieu rural, disponible sur <http://www.datar.gouv.fr/plan-de-developpement-de-250-maisons-de-sante-en-milieu-rural>, consulté le 05/01/2015

Cette baisse d'attractivité et de population n'est toutefois pas suivie d'une baisse correspondante de la demande en soins de premier recours. L'espérance de vie dans la région est inférieure à la moyenne nationale (respectivement 76 ans et 83,5 ans pour les hommes et les femmes vivant dans la région contre 77,4 ans et 84,4 ans en France métropolitaine³²), et la part des décès évitables supérieure (13% des décès en Champagne-Ardenne étaient évitables sur la période 2005-2007). Elle se classe au 17^e rang national sur 22 régions métropolitaines pour l'espérance de vie des femmes et 19^e pour l'espérance de vie des hommes³³. La région connaît une forte problématique de prévalence des maladies chroniques, notamment du diabète et des maladies cardiovasculaires, et des cancers, et ainsi une part importante de personnes en affection de longue durée (ALD)³⁴. En effet, les cancers et les maladies cardiovasculaires représentaient en Champagne-Ardenne sur 2005-2007 59,3% des décès chez les hommes et 55,3% des décès chez les femmes, soit plus de la moitié. L'obésité et le surpoids connaissent également une prévalence plus forte en Champagne-Ardenne (35,8 % de personnes obèses ou en surpoids contre 23,9 % en France métropolitaine, 6^e rang des régions pour l'obésité des enfants à l'entrée au CP)³⁵.

Le pivot de prise en charge de ces patients est le médecin généraliste, qui remplit un double rôle de suivi au long cours de la pathologie, et d'éducation thérapeutique du patient. Interlocuteur de confiance, sa bonne connaissance du patient, de son environnement ainsi que des acteurs locaux du système de santé fait de lui un acteur essentiel dans le parcours du patient. Le nombre de médecins généralistes installés ou accessibles doit donc être suffisant pour leur permettre d'assurer cette mission.

1.2.2 Une population de médecins généralistes vieillissante et inégalement répartie au niveau national, régional et infrarégional

A la fin de la seconde guerre mondiale, le système de santé français s'inscrit dans la modernité en vue de développer une réponse satisfaisante aux besoins en soins d'une population grandissante et solvabilisée par l'assurance maladie universelle. De très nombreuses promotions de médecins sont formées dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). De 59 000 médecins en 1968, on comptait au 1^e janvier 2013 90

³² AGENCE REGIONALE DE SANTÉ CHAMPAGNE-ARDENNE, Plan stratégique régional de santé, p.12

³³ INSEE.FR, Espérance de vie et le vieillissement de la population, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=17764}}&page=insee_dossier/id34_dd/id34_defi7_vie.htm, consulté le 21/12/2014

³⁴ AGENCE REGIONALE DE SANTÉ CHAMPAGNE-ARDENNE, Plan stratégique régional de santé, p.15

³⁵ Ibidem, p.16

630 médecins généralistes en activité régulière inscrits à l'Ordre des médecins. Ce dernier table sur une projection de 86 203 médecins généralistes en activité régulière en 2030³⁶. La densité moyenne est aujourd'hui au niveau national de 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants³⁷. Si on se fie à ces données, la France devrait en théorie compter numériquement assez de médecins, et notamment assez de médecins généralistes pour faire face à la demande de soins de premier recours. En effet, le nombre de médecins à former est déterminé par spécialité et par faculté par rapport au nombre de départs à la retraite prévisibles et devrait permettre un renouvellement satisfaisant de l'offre sur le territoire. Il faut souligner que la démographie médicale n'est devenue un chantier prioritaire que vers le milieu des années 2000. Jusqu'en 2003, les médecins pouvaient bénéficier de mécanismes d'incitation à la cessation d'activité pilotés par l'assurance maladie³⁸. Ce dispositif a participé à la baisse des médecins en activité, situation aujourd'hui difficile à inverser.

Malgré ce remplacement théorie des générations, est impossible de ne pas faire le constat, particulièrement en Champagne-Ardenne, de l'existence de zones déficitaires présentant un écart fort avec les valeurs moyennes, ou même des « déserts médicaux » où on ne compte plus aucune présence de médecins généralistes. La problématique principale n'est donc pas celle du nombre de médecins généralistes mais celle de leur répartition géographique.

Leur répartition reste principalement littorale et urbaine avec un certain héliotropisme. Sur la période 2007-2014, 16 départements enregistrent une hausse des effectifs de médecins généralistes, dont 8 sont situés sur la façade atlantique et 5 en région Rhône-Alpes, région possédant un tissu urbain très dense. En terme de densité, les seuls départements enregistrant une hausse sont situés sur la façade atlantique³⁹. Selon ces critères, la Champagne-Ardenne cumule les difficultés en termes d'attractivité : éloignement de toute façade maritime, présentant une forte dominante rurale avec peu de centres urbains et région n'enregistrant pas un fort taux d'ensoleillement.

Cela se traduit dans les chiffres. Si on se limite aux seuls médecins généralistes libéraux et mixtes, la Champagne-Ardenne ne compte au 1^{er} janvier 2013 que 1 216 médecins

³⁶ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale en France, 2014, 8e édition, p. 25

³⁷ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale en France, 2014, 8e édition, p.48

³⁸ COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, p.156

³⁹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale en France, 2014, 8e édition, p.26-27

généralistes de premier recours⁴⁰ pour 1,33 million d'habitants⁴¹, soit une baisse de 9,8% depuis 2007⁴². En tenant compte de leur concentration dans les centres urbains, on ne peut que constater les difficultés d'accès aux soins ambulatoires de premier recours des habitants des bassins de vie ruraux.

Comme au niveau national, les disparités les plus importantes sont observables au niveau infrarégional. En Champagne-Ardenne, les médecins se répartissant principalement autour des 13 bassins de vie urbains sur 45, ces 13 bassins de vie concentrant les deux tiers de la population⁴³. Un bassin de vie en région compte en moyenne 23 médecins généralistes libéraux ou mixtes. Entre 2007 et 2014, seuls 9 d'entre eux, tous situés en zone urbaine ou à son immédiate proximité, enregistrent une augmentation des effectifs⁴⁴. Ceux-ci sont particulièrement concentrés dans les deux départements du nord de la région (les Ardennes et la Marne) avec la présence des agglomérations de Reims, Charleville-Mézières, Sedan, Châlons-en-Champagne et Epernay. Aussi, au 1 janvier 2013, pour 100 000 habitants, la Marne comptait un taux de 138 médecins généralistes, dans les Ardennes 128, 131 en Haute-Marne et 110 dans l'Aube⁴⁵.

Ces résultats sont à compléter par les taux de baisse des effectifs de généralistes dans les départements de la Marne (- 7,3% entre 2007 et 2014) de l'Aube (-7,2%%), de la Haute-Marne (-12,8%), et particulièrement celui des Ardennes (15%, soit le double du taux national)⁴⁶. On voit bien ici que les départements présentant les situations les plus problématiques sont aussi ceux qui voient leur nombre de médecins généralistes décroître rapidement. Ces tendances se confirment sur les prochaines années selon les projections de l'ordre des médecins⁴⁷.

La baisse des effectifs peut apparaître comme une conséquence mécanique de la baisse

⁴⁰ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.44

⁴¹ INSEE, En résumé –Champagne-Ardenne, octobre 2014, disponible sur <http://insee.fr/fr/regions/champagneardenne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>, consulté le 10/01/2015

⁴² ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale, 8^e édition, 2013, p.194

⁴³ A. DEJOIE-LARNAUDIE, INSEE, Les bassins de vie en Champagne-Ardenne, décembre 2012, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=19325, consulté le 02/01/2015

⁴⁴ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.46

⁴⁵ Rapport nombre médecins/habitants : Pour les effectifs de médecins généralistes : ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale, 2014, 8^e édition, p.194. Pour le nombre d'habitants par département : INSEE.FR, population légale en 2011, <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/france-departements.asp?annee=2011> consulté le 13/01/2015

⁴⁶ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale, 2014, 8^e édition, p.194

⁴⁷ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.9-11

de la population dans certains bassins de vie (par exemple Fumay, Chaumont), et ainsi avoir des conséquences limitées sur l'accès aux soins. Cependant elle est particulièrement inquiétante dans les bassins de vie enregistrant une hausse de leur population, notamment ceux situés à la limite de la région Ile de France (par exemple Nogent sur Seine) ou à Reims et sa périphérie⁴⁸.

Ces disparités seront d'autant plus marquées que ces comportements de répartition géographique s'observent de manière plus marquée chez les jeunes installés. Les cohortes de la génération du baby-boom étaient très nombreuses et n'avaient que peu de possibilité de salariat, ils s'installaient donc en masse à la fin de leurs études. Une part d'entre eux s'installait donc où la patientèle le leur permettait, y compris en zone rurale isolée comme en compte beaucoup la Champagne-Ardenne. L'âge moyen d'un médecin généraliste en France est de 51 ans. Il faut souligner la forte disparité dans la pyramide des âges : 25% d'entre eux ont plus de 60 ans et seulement 14% ont moins de 40 ans⁴⁹. En Champagne-Ardenne, le vieillissement de la population des médecins généralistes est légèrement plus marqué avec 26% de médecins généralistes âgés de 60 ans et plus, et 14% ayant moins de 40 ans⁵⁰.

Les départements souffrant déjà d'un manque de médecins généralistes sont les plus touchés : les Ardennes ne comptent que 9% de médecins généralistes de moins de 40 ans et 28% de plus de 60 ans. La situation est encore plus critique en Haute-Marne avec seulement 7% de médecins généralistes de moins de 40 ans et 29% de plus de 60 ans. Seul le département de la Marne semble enregistrer une dynamique positive et avec respectivement 15% et 22%, affichant un meilleur renouvellement des générations qu'au niveau national⁵¹.

Le vieillissement moyen ainsi que la baisse des effectifs aboutissent dès lors à créer un effet d'entraînement, le départ de médecins non remplacés ne permettant plus d'instaurer une dynamique dans ces zones afin d'attirer de nouveaux médecins. La faible densité de médecins généralistes sur le territoire a en outre une incidence sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA), le regroupement des secteurs, rendu nécessaire par la faible démographie médicale et la densité de population, mais induisant un temps de trajet plus important pour les médecins, dès lors moins volontaires pour assurer cette mission de service public.

⁴⁸ Ibidem, p.47

⁴⁹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale en France, 2014, 8e édition, p .34

⁵⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.45

⁵¹ Ibidem, p.13

1.3 Une politique publique sensible, une coordination des acteurs complexe

La question de l'accès à un médecin généraliste renvoie à la fois au concept d'égalité et à celui d'efficience du système de soins ambulatoires⁵². A ce titre, les inégalités de répartition sur le territoire ont fait émerger des propositions d'outils coercitifs, mais n'ayant jamais donné de traduction concrète (1.3.1). La criticité de la problématique a toutefois mobilisé de nombreux acteurs, à l'origine de multiples politiques incitatives en tuyau d'orgue induisant un pilotage complexe (1.3.2).

1.3.1 L'impossible mise en place de dispositifs opposables aux médecins libéraux dans le choix de leur lieu d'installation

Face aux constats précédents et à leurs conséquences en terme d'égalité d'accès aux soins sur les territoires, une réflexion des pouvoirs publics a été d'envisager la mise en place de mesures d'incitation négative, c'est-à-dire mettant en place des mécanismes visant à dissuader l'installation en zone sur-dotée.

Un conventionnement sélectif est déjà en place pour certaines professions paramédicales. Ainsi, pour les IDE souhaitant exercer en libéral, l'accès au conventionnement dans les zones sur-dotées est subordonné au départ d'un autre IDE libéral conventionné⁵³. A l'inverse, l'installation en zone sous-dotée permet l'accès à des aides financières. De même, l'autorisation de création, de transfert, ou de regroupement de pharmacies doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'ARS⁵⁴.

Or, le principe fondamental de la médecine libérale en France est la liberté de choix laissée aux praticiens comme aux patients. Une liberté totale est laissée aux patients sur le choix de leur médecin traitant, ou spécialistes, hospitalier ou libéral. Le principe de la liberté d'installation permet au médecin à l'issue de ses études et tout au long de sa carrière de choisir librement son lieu d'installation en libéral et l'opportunité de conventionnement avec l'assurance maladie. Le principe de liberté d'installation n'est prévu dans aucun texte opposable, mais possède un caractère normatif certain et n'a jamais fait l'objet de remises en cause concluantes. Les médecins et leurs organisations représentatives y sont très fortement attachés, et tout atteinte à celui-ci s'est soldé par un conflit, puis un échec.

⁵² DELATTRE E, SAMSON A-L, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 455-456, 2012, stratégie de location des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes?, p.115

⁵³ CONVENTION NATIONALE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LIBERAUX, Avenants n°1 et 3, JO du 25 juillet 2007, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/infirmier-convention.pdf, consulté le 02/01/2015

⁵⁴ SERVICE-PUBLIC.FR, Les conditions de création d'une pharmacie, disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F13777.xhtml>, consulté le 23/12/2014

Ainsi, lors des négociations conventionnelles en 2006 pour la modification de la convention médicale, il avait été envisagé de réduire la participation de l'assurance maladie pour les cotisations des médecins généralistes s'installant nouvellement en zone sur dotée. Cette hypothèse n'a finalement pas été retenue⁵⁵.

L'article 38 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait prévu d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles une possibilité de modulation du conventionnement des médecins en fonction de la satisfaction des besoins en santé des assurés. Cet article n'a pas été retenu à la suite des grèves massives des médecins à l'automne 2007⁵⁶.

Plus récemment, la loi HPST avait introduit un « Contrat santé solidarité » marquant une profonde rupture en confiant aux Directeurs Généraux d'ARS la possibilité d'appliquer des mesures coercitives individuelles aux médecins. Les médecins installés en zone sur-dotée avaient l'obligation d'exercer partiellement en zone sous-dotée s'il apparaissait que *« l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé »*. L'ARS avait en charge la détermination des zones où l'offre médicale est particulièrement élevée et pouvait, *« proposer aux médecins exerçant dans les zones (sur-dotées) d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous dotées où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits »*.

Cette proposition était en fait obligatoire, le refus étant assorti de sanctions financières, rendant ce contrat réellement contraignant. Le texte disposait ainsi que *« les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale »*. Le montant maximum a été fixé à la somme de 2 865 euros⁵⁷.

La ministre en charge de la santé a indiqué le 25 juin 2010 lors de l'ouverture du 4e congrès national de médecine générale qu'elle *« mettait volontairement entre parenthèses cette disposition »*⁵⁸. Elle n'avait par ailleurs jamais été appliquée par les ARS en raison de l'opposition des syndicats et des médecins libéraux. La possibilité de sanction a été officiellement supprimée par la loi Fourcade en 2011⁵⁹.

⁵⁵ COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2011, p.165

⁵⁶ Idem

⁵⁷ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article L.1434-8, abrogé le 12 août 2011, disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=641B32079C08FD52DD96F77FE6658E5.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000020892330&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20110811, consulté le 01/12/2014

⁵⁸ COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2011, p.166

⁵⁹ GAZETTE SANTE SOCIALE, La loi Fourcade, correctif de la loi HPST ?, 15 juillet 2011, disponible sur <http://www.gazette-sante-social.fr/824/loi-fourcade-2011-correctif-loi-hpst>, consulté le 14/12/2014

Ces expériences montrent qu'il est impossible de mener une réforme d'envergure de l'exercice de la médecine libérale sans l'adhésion des médecins et de leurs instances représentatives. Le succès des mesures et des outils déployés est conditionné par leur implication dès la détermination des mesures. Les tentatives de régulation de la répartition géographique des médecins généralistes s'opèrent uniquement de manière partenariale.

Le passage par des mesures coercitives est donc exclu à court et moyen terme. L'ARS Champagne-Ardenne se doit donc de décliner et de développer des outils incitatifs innovants en partenariat avec les organisations représentatives des médecins libéraux pour résoudre ses problématiques d'accès à un médecin généraliste. A ce titre, les bonnes relations entretenues avec l'URPS médecins peuvent s'avérer être un levier pertinent.

1.3.2 Un cadre institutionnel et légal complexe lié à la superposition des acteurs dans le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs à destination les médecins généralistes

Le champ de la régulation de l'activité des médecins libéraux fait intervenir une pluralité d'acteurs, tant dans son pilotage que dans sa mise en oeuvre. Le pilotage de l'offre ambulatoire est dans les faits bicéphale et partagé entre l'Etat et l'assurance maladie. La mise en œuvre est le fruit en Champagne-Ardenne des actions combinées des caisses d'assurance maladie, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), des délégations territoriales de l'ARS (DTARS), et des collectivités territoriales, avec le siège de l'ARS comme pilote régional. Cette multiplicité des acteurs est accompagnée d'un partage des compétences aux contours parfois flous, les actions se superposant parfois. La coordination étant insuffisante, la vision globale de l'ARS sur l'état des lieux, les actions en cours et leurs effets en est altérée.

L'administration centrale détermine les modalités et le nombre d'étudiants admis aux deux concours qui ponctuent les études de médecine. Il définit par arrêté le nombre d'étudiants en première année commune d'études de santé (PACES) admis en seconde année après réussite du concours au classement concernant la filière médecine (numerus clausus). Le numerus clausus a été mis en place en 1971 afin d'éviter l'inflation des dépenses à la charge de l'assurance maladie et de permettre le maintien d'un revenu élevé pour les médecins déjà installés⁶⁰. Il a été fixé en 1971 à 8 588 places, puis a connu une baisse à

⁶⁰ DORMONT B, SAMSON AL, 2008, Démographie médicale et carrière des médecins généralistes, Economie et statistiques, n°414, p.6, disponible sur

partir de 1978 jusqu'à atteindre son point le plus bas en 1993 avec seulement 3 500 places, toutes spécialités confondues, offertes au concours au niveau national⁶¹. L'objectif de maintien d'un faible nombre de médecins a bien été atteint, mais il n'a pas permis de faire face à la demande en soins, mais sa baisse n'a pas été anticipée dans tous ses effets, notamment sur son impact principalement observé sur les territoires déjà fragiles. Pour tenter de répondre à ces besoins, le numerus clausus a connu une très forte croissance entre 1998 et 2004 (+67%) pour ralentir ensuite dans la période 2005-2009 avec une augmentation de 5% seulement⁶². Il est fixé pour l'année universitaire 2014-2015 à 7 487 places au niveau national pour la filière médecine, dont 201 à la faculté de médecine de Reims, seule faculté de la région Champagne-Ardenne. Ce nombre n'est plus susceptible d'augmenter de manière substantielle en raison de la saturation des capacités de formation de la faculté de Reims. On peut noter qu'il existe également un débat sur le coût pour l'établissement d'accueil des internes (CHU), ce qui peut l'amener à être réfractaire à ce qui apparaît comme une contrainte financière, surtout dans un contexte de plan de retour à l'équilibre

Du fait de la durée des études médicales (8 ans en l'absence de redoublement pour les médecins généralistes), l'impact de l'augmentation du numerus clausus sur les effectifs ayant la possibilité de débiter leur activité se fait ressentir avec retard. Cette politique doit être envisagée comme une régulation à long terme et non une solution de réponse à une crise immédiate.

L'Etat détermine également par arrêté le nombre de postes offerts aux Examens Classants Nationaux (ECN) par spécialité et par faculté⁶³. Cette prévision est quinquennale pour assurer une cohérence sur la période et éviter les variations importantes d'une année sur l'autre, mais fait l'objet d'une révision annuelle conformément à la loi HPST. Les ARS jouent également un rôle essentiel sur ce point. L'ARS Champagne-Ardenne prépare, en partenariat avec la faculté de Reims et le comité régional de l'Observatoire national des professionnels de santé (ONDPS), les propositions de détermination du nombre de postes pour la subdivision de Reims et par spécialité.

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2008_num_414_1_7026, consulté le 20/12/2014

⁶¹ Ibidem, p.3

⁶² OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Rapport 2010-2011, Tome 3, p.120, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens_orthophonistes_medecins_en_formation.pdf, consulté le 02/01/2015

⁶³ MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Arrêté fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire, Journal officiel, n°0159 du 11 juillet 2014, p.11516

L'Etat, via les ARS, finance les postes et assure en lien avec la faculté le suivi du cursus des internes de l'agrément des terrains de stage, la gestion des situations particulières (surnombres, disponibilités) et sert de facilitateur pour les modalités pratiques d'accueil des internes. Face aux difficultés d'accès aux soins de premier recours, les postes offerts en médecine générale ont connu une croissance de 112% entre 2005 et 2010 pour représenter aujourd'hui la moitié des postes proposés chaque année. Dans le même temps les postes offerts aux autres spécialités n'ont connu qu'une croissance de 18%⁶⁴.

Le numerus clausus comme les ECN se concevaient comme des outils de répartition géographiques, les places et postes offerts étant déclinés par faculté de médecine, les régions en difficulté pouvant ainsi bénéficier d'un nombre plus important de places ou de postes. Toutefois, les médecins restent libres de choisir leur lieu d'exercice à l'issue de leurs études, et la seule hausse mécanique des effectifs n'a pas d'effet sur les déterminants de répartition géographique des médecins. Un point positif à souligner est celui du faible « taux de fuite » des internes de médecine générale en Champagne-Ardenne à l'issue de leur cursus de formation, cette spécialité en enregistrant le taux le plus faible. En effet, ils sont 2/3 à s'inscrire à l'ordre des médecins en Champagne-Ardenne⁶⁵.

Même s'ils s'inscrivent à l'ordre départemental au sein de leur région de formations, ils préfèrent les centres urbains, laissant perdurer les inégalités infra-régionales déjà soulignées voire les accentuant avec une mise sous tension des capacités de formation des régions par définition sous-dotées. Entre 2007 et 2014, la Champagne-Ardenne a vu son nombre d'internes augmenter de 85%, avec toujours la moitié des postes offerts en médecine générale,⁶⁶ sans que ces mesures présentent des effets positifs mesurables sur les installations en zones sous-dotées.

L'Etat en tant que législateur, a également la possibilité d'instaurer des outils de régulation incitatifs, qu'ils soient globaux, comme le pacte territoire santé⁶⁷ ou plus ciblés. L'Etat via la loi de finance et l'inscription dans le code général des impôts peut décider d'exonérations, comme par exemple l'exonération fiscale pour les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires⁶⁸. Il peut également, sous conditions, exonérer les médecins qui embauchent un salarié dans une zone de revitalisation rurale⁶⁹.

⁶⁴ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Rapport 2010-2011, Tome 3, p.125

⁶⁵ Document interne de l'ARS

⁶⁶ Réunion bilatérale ARS Champagne-Ardenne/faculté de médecine de Reims, juin 2014

⁶⁷ Cf. supra

⁶⁸ CODE GENERAL DES IMPOTS, Article 151 ter

⁶⁹ CODE DE LA SECURITE SOCIALE, Article L.131-4-2

L'action de l'Etat se poursuit à l'échelon régional via les ARS, avec, outre l'élaboration du volet ambulatoire du SROS qui conditionne l'octroi de nombreuses aides financières, la déclinaison, le pilotage régional et l'animation des dispositifs nationaux, et la gestion de la Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), un site internet centralisant l'ensemble des informations utiles et des aides à l'installation en région. Celle-ci est animée en Champagne-Ardenne par la référente installation de l'ARS. Cette dernière a également en charge d'orienter les professionnels dans leur projet d'installation, de les accompagner du point de vue technique ou juridique, d'organiser et de coordonner les actions d'information avec les autres partenaires régionaux et les DTARS, d'assurer l'interface avec les autres contributeurs de la PAPS (assurance maladie, MSA, ordres des médecins, URPS principalement).

L'Assurance Maladie est également un acteur majeur dans le pilotage de l'offre de soins ambulatoires. Elle détermine par voie contractuelle, via la convention médicale⁷⁰, les tarifs de remboursement des différents actes des praticiens. La convention médicale poursuit de surcroît un objectif général d'accessibilité géographique des soins de premier recours, et prévoit également la contractualisation individuelle avec les médecins contre l'octroi d'aides financières⁷¹, sur la base zonage arrêté dans le volet ambulatoire du SROS, seules les zones sous-dotées pouvant en bénéficier. Cette condition implique une certaine coordination, sans toutefois éviter l'écueil de la complexité liée à la diversité des acteurs.

L'Assurance maladie propose également aux praticiens intéressés par l'installation dans une zone la réalisation d'une étude démographique sur ce territoire via le logiciel C@rtosanté Pro, qui permet d'évaluer la patientèle potentielle, sa structure, la consommation de soins, la démographie médicale, et donc l'opportunité d'une installation. Cette action ne fait pas l'objet de coordination réelle avec la référente installation de l'ARS Champagne-Ardenne.

On note une différence de méthode avec l'action étatique, aucun outil contraignant n'étant déployé.

La mutualité sociale agricole (MSA) développe elle aussi des actions de sensibilisation à destination des étudiants et des jeunes installés en zone rurale, notamment via des campagnes de communication et d'information.

⁷⁰ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, 22 septembre 2011, journal officiel, n°0223 du 25 septembre 2011, p.16080

⁷¹ Cf. Supra

Devant l'ampleur grandissante de la problématique et le peu d'efficacité des réponses constatée sur le terrain, d'autres acteurs, locaux, se sont saisis de la problématique de la démographie médicale, et notamment les collectivités territoriales. Le code général des impôts leur donne tout d'abord la possibilité d'exonérer les médecins venant de s'installer ou de se regrouper de la cotisation foncière des entreprises dans les zones de revitalisation rurale ou les commune de moins de 2 000 habitants⁷². Etant donné la typologie des communes de la région, nombreuses sont celles à être concernées en Champagne-Ardenne.

Toutefois, leur action repose principalement sur des mesures dont elles ont l'initiative.

Ainsi, le Conseil Général de l'Aube, un des départements de la région les plus touchés par le manque de médecins généralistes, incite les internes en médecine générale à effectuer un stage en 3^e cycle chez un médecin généraliste aubois en leur proposant le versement d'une prime de sujétions particulières mensuelle de 200 euros. De même, un logement au centre sportif de l'Aube à Troyes est proposé pour les externes effectuant un stage de 6 semaines au Centre Hospitalier (CH) ou chez un médecin libéral⁷³. Des communes rurales mettent également à disposition gracieusement un local pour un médecin généraliste souhaitant s'installer⁷⁴. Les aides octroyées étant de la seule compétence de la collectivité qui la met en place, celles-ci ne sont pas dépendantes du zonage opéré par le SROS. Ces actions isolées ne font pas l'objet de coordination, ou même parfois d'information, de l'ARS ou de la DTARS. Cela entraîne un manque de cohérence de l'action publique et des problématiques fortes de visibilité pour l'ARS en tant que pilote régional et plateforme centralisatrice des informations sur les aides à l'installation. En outre, les élus locaux ne sont pas toujours au fait des attentes des jeunes généralistes et de la politiques incitatives mises en oeuvre, et ces initiatives, couteuses parfois, peuvent se solder par des « coquilles vides » comme des bâtiments construits pour accueillir un médecin qui resteront vacant.

La pluralité des acteurs et de leurs modes d'action dans ce champ rend difficile l'identification d'un mode de gouvernance clair et la coordination des acteurs autour d'un pilote identifié (l'ARS). La superposition de leurs actions, notamment en matière d'incitation financière à l'installation, complique le pilotage, l'articulation et la lisibilité des dispositifs. Impulser une coordination des actions et une synergie des acteurs se heurte à de nombreux obstacles en Champagne-Ardenne plus qu'ailleurs. La Champagne-Ardenne est une région très étendue géographiquement et sans unité « historique » de

⁷² CODE GENERAL DES IMPOTS, Article 1464 D

⁷³ CONSEIL GENERAL DE L'AUBE, Des mesures destinées à améliorer la densité médicale dans l'Aube, <http://www.cg-aube.fr/Actualite/335/6-sante-social.htm>, consulté le 21/12/2014

⁷⁴ CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, Article L.1511-8

ses différents départements, y impulser une dynamique globale peut être complexe. Les comparaisons interrégionales font apparaître qu'une identité régionale forte est non seulement un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins originaires de la région, mais elle permet aussi une coordination des acteurs plus facile sous une bannière commune. En outre, la capitale régionale, Reims, est très éloignée des communes du sud de la Haute-Marne, où l'attractivité du pôle urbain de Dijon est plus forte, les jeunes haut-marnais allant y suivre des études supérieures plus volontiers qu'à Reims. La coordination avec la faculté de médecine de Dijon reste difficile, du fait du ressort territorial des facultés basé sur la région. Au niveau organisationnel, la région dépend de deux caisses de la MSA différentes (la MSA Sud Champagne et la MSA Marne Ardennes Meuse), ce qui peut créer des inégalités dans les politiques de coopération mises en œuvre sur les territoires.

Ainsi, le contexte global de la Champagne-Ardenne fait apparaître une importante différence entre l'effectif des médecins généralistes et les besoins en soins de premier recours de la population. La sensibilité politique et médiatique du sujet rend particulièrement délicate la mise en place de mesures coercitives individuelles, mais a donné lieu à de nombreuses actions émanant d'une pluralité d'acteurs rendant l'ensemble peu lisible et le pilotage complexe. Il convient à présent de se pencher sur les déterminants du choix de l'exercice libéral de la médecine libérale et les outils développés afin de favoriser l'arbitrage en faveur de ce choix.

2 La mobilisation des acteurs autour du développement de réponses innovantes aux aspirations des jeunes médecins

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) fait de la démographie médicale le premier enjeu pour l'avenir en Champagne-Ardenne. Afin de pouvoir apporter des éléments de réponse à cette problématique en ce qui concerne spécifiquement les médecins généralistes, il convient de se pencher plus en détail sur les déterminants de la faible attractivité de l'exercice libéral dans cette spécialité, ceux-ci formant la quasi totalité des médecins traitants de premier recours en région. Ces déterminants sont fortement liées à un changement de perception de l'exercice, et plus largement à un changement de perception sociétale globale de l'équilibre vie privée/vie professionnelle (2.1). Les récents dispositifs d'incitation positive, notamment les outils du pacte territoire santé et de la convention médicale, tentent de développer des actions innovantes dans les zones déficitaires afin de répondre aux nouvelles aspirations des médecins. Malgré un premier bilan positif, ces dispositifs sont perfectibles, notamment pour limiter les effets d'aubaine qu'ils induisent (2.2).

2.1 La persistance de la faible attractivité de l'exercice libéral de la médecine générale, notamment en zone déficitaire

L'exercice libéral de la médecine générale cumule aujourd'hui un double handicap nuisant à son attractivité : la spécialité médecine générale est considérée comme un « choix par défaut » des étudiants et est ainsi jugée peu attractive (2.1.1). Il en va de même pour le choix de l'exercice libéral en cabinet isolé, modèle d'exercice autour duquel a été pensée quasi exclusivement la médecine générale, mais qui est devenue une modalité marginale d'exercice pour les médecins tout juste diplômés (2.1.2).

2.1.1 Le faible attrait pour la spécialité médecine générale pour les internes aux épreuves nationales classantes

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁷⁵, puis la réforme opérée en 2004 dans l'accès au troisième cycle des études médicales ont transformé la médecine générale en une spécialité à part entière aux nouveaux ECN⁷⁶, qui est maintenant intégrée dans la liste des diplômes d'études spécialisés (DES). L'ambition était de faire du choix de la médecine générale un choix de l'étudiant et non une orientation subie. Or, la plupart des

⁷⁵ LOI n°2002-73 de modernisation sociale, 17 janvier 2002, journal officiel, 18 janvier 2002, p.1008

⁷⁶ MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Décret n°2004-67 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, 16 janvier 2004, journal officiel, n°15 du 18 janvier 2004, p.1394

étudiants entrant à la faculté de médecine souhaitent exercer une autre spécialité jugée plus prestigieuse. Ils placent les différentes spécialités selon une échelle très hiérarchisée. Aussi 3 étudiants sur 4 se projettent spontanément avant les ECN dans une spécialité médicale hors médecine générale⁷⁷. Ces représentations sont intériorisées et renforcées pendant les cours universitaires comme pendant les stages en milieu hospitalier.

Un des facteurs de la persistance de ce désintérêt est l'absence d'ouverture sociale des études médicales qui restent majoritairement entreprises par des enfants issus des familles de cadres et de professions intellectuelles supérieures, et ayant souvent un médecin dans leur entourage proche⁷⁸. Cela favorise la persistance des stéréotypes anciens, comme celui selon lequel avant la réforme des ECN, les généralistes étaient considérés comme les étudiants n'ayant pas réussi à décrocher leur internat pour exercer une spécialité. L'attrait pour la médecine générale baisse de 13% si l'étudiant a au moins un médecin dans son entourage proche⁷⁹.

Les recherches bibliographiques menées sur la sociologie des étudiants en médecine et son impact sur leur trajectoire professionnelle font ressortir que la spécialité médecine générale est jugée peu prestigieuse car elle ne laisserait que peu d'opportunités aux étudiants de pouvoir obtenir une reconnaissance professionnelle importante de leurs pairs ou de mener parallèlement une des activités d'enseignement et de recherche jugées très intéressantes et gratifiantes⁸⁰. Les entretiens menés sur le terrain font émerger un second facteur : cette spécialité fait peur aux étudiants car elle implique une grande diversité des motifs de consultations et des connaissances à mobiliser en un court laps de temps, et d'un investissement au long cours dans le suivi des patients. Elle laisse une place très importante à l'écoute et à l'humain, sujet très peu abordé au cours des études médicales, structurées selon une logique de médecine organique.

Aussi, alors que les effectifs des autres spécialités médicales et chirurgicales enregistrent entre 2007 et 2014 en Champagne –Ardenne respectivement 4,5% et 2% d'augmentation, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a connu une baisse de 9,8%⁸¹. La comparaison avec les taux nationaux (6,1% d'augmentation des effectifs pour les spécialités médicales, 6,7% pour les spécialités chirurgicales et 7,1% de

⁷⁷ A-C HARDY DUBERNET, C GADEA, DREES, De faire médecine à faire de la médecine, *Série et études*, n°53, octobre 2005, p.125-126

⁷⁸ Idem

⁷⁹ Ibidem, p.131

⁸⁰ Idem

⁸¹ ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, Atlas national de la démographie médicale, 2014, 8e édition, p.28-29-194

baisse pour les effectifs de médecins généralistes⁸²) fait apparaître que la situation en Champagne-Ardenne est cohérente avec la situation nationale. Le vieillissement de la professions touchant les généralistes comme les autres spécialités, ces écarts ne peuvent lui être entièrement imputés.

Ce phénomène s'est autorenforcé au fil des années avec un nombre important de postes d'internat de médecine générale non pourvus aux ECN. En effet, certains étudiants préféreraient le redoublement au choix d'une spécialité jugée trop peu prestigieuse et moins rémunératrice. Ce dernier point ne peut être infirmé. Les médecins généralistes gagnaient en 2010 74 640 euros bruts annuels, contre 139 278 euros bruts annuels en moyenne pour les médecins spécialistes⁸³.

A la faculté de Reims, on comptait 92 postes de médecine générale non pourvus sur 140 en 2010, et 72 sur 133 en 2011⁸⁴. En 2010, ils constituaient 94% des postes non pourvus au niveau national⁸⁵. Ces postes non pourvus se concentrent dans les régions jugées peu attractives comme la Champagne-Ardenne.

Face à ces constats, la première réponse a été d'augmenter le nombre de postes d'internat de médecine générale aux ECN afin de faire mécaniquement augmenter le nombre de postes pourvus. La faculté de médecine de Reims a ainsi enregistré une augmentation de 85% des internes à former sur la période 2007-2014, dont la moitié d'entre eux en médecine générale⁸⁶. En 2014, 100 postes ont été proposés pour la subdivision de Reims dans cette spécialité, 529 sur la période 2014-2018⁸⁷. Toutefois, depuis 2011, les possibilités de redoublement et d'un second passage des ECN pour convenances personnelles ont été drastiquement réduites, obligeant les étudiants à faire un choix à l'issue des ECN⁸⁸. Cela permet ainsi une meilleure adéquation entre le nombre de postes proposés et le nombre de postes pourvus. A terme, le nombre de postes proposés ayant été déterminé en fonction des départs à la retraite des praticiens en fin de carrière, cette mesure avait pour objectif d'être un facteur d'amélioration de l'offre sur les territoires.

⁸² Idem

⁸³ M. BETTI-CUSSON, 2011, Combien gagnent vraiment les médecins, Le Figaro (en ligne), disponible sur <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/17/16305-combien-gagnent-vraiment-medecins>, consulté le 02/01/2015

⁸⁴ Réunion bilatérale ARS Champagne-Ardenne/Faculté de médecine de Reims, juin 2014

⁸⁵ COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2011, p.160

⁸⁶ Réunion bilatérale ARS Champagne-Ardenne/Faculté de médecine de Reims, juin 2014

⁸⁷ MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Arrêté du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, journal officiel 13 juillet 2014, n°0161, p.11794

⁸⁸ DECRET n°2011-954, modifiant certaines dispositions à l'usage du troisième cycle des études médicales, 10 août 2011, journal officiel, 12 août 2011, n°0186, p.13860

En 2012 et 2013, 95% des postes d'internat en médecine générale ont été pourvus à l'issue des ECN au niveau national⁸⁹. En 2012, 41 postes sur 104 n'ont pas été pourvus en médecine générale à la faculté de Reims et seulement 21 en 2013⁹⁰.

Même si l'objectif quantitatif est atteint, ces seules mesures coercitives ne sont pas suffisantes. Elles doivent être accompagnées d'outils visant à améliorer l'image de la médecine générale dans les représentations des étudiants. En ce sens, la loi HPST a souhaité remettre le médecin généraliste au centre du parcours de soins du patient en renforçant son rôle d'accompagnement et de coordonnateur.

Toutefois, ces mesures de promotion de la spécialité doivent être plus ciblées sur les premières années d'étude. En effet, il ressort des entretiens avec l'ensemble des membres de la profession médicale que l'élaboration du projet professionnel est le fruit d'une construction longue et murie de l'étudiant, une trajectoire où rien n'est laissé au hasard. La médecine générale doit être promue dès le premier cycle pour être intégrée dans cette réflexion.

Il ressort des investigations de terrain que, même choisie aux ECN, elle reste un choix par défaut pour la plupart des étudiants, et n'est que très rarement choisie par des candidats bien classés ayant le choix avec plusieurs autres spécialités. En 2013, au niveau national, seul 7% des étudiants des 1000 premiers classés ont choisi la médecine générale⁹¹.

Au début de leurs études, les étudiants n'ont pas encore développé un projet précis, mais ont déjà certaines préférences. La possibilité d'orientation vers la médecine générale doit pouvoir représenter un choix aussi intéressant et pertinent que les autres. Les stages leur permettent ensuite d'affiner leur projet selon leurs envies et la découverte de différents univers. Les stages sont les lieux où se forme le médecin en devenir. Ils permettent de mesurer l'écart entre les représentations véhiculées sur les bancs de la faculté et la réalité du terrain. Intégrer des stages en médecine générale dès les premiers cycles des études médicales permet de casser les représentations sur cette spécialité⁹². La réalisation d'un stage chez un médecin généraliste est un des engagements du pacte territoire santé.

⁸⁹ DREES, Etudes et résultats, Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2013, octobre 2014, n°894, p.4

⁹⁰ Réunion bilatérale ARS Champagne-Ardenne/Faculté de médecine de Reims, juin 2014

⁹¹ DREES, Etudes et résultats, Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2013, octobre 2014, n°894, p.5

⁹², A-C HARDY DUBERNET, C GADEA, DREES, De faire médecine à faire de la médecine, Série et études, n°53, octobre 2005, p.130

Depuis plusieurs années, cela est effectif en Champagne-Ardenne⁹³. Il sera intéressant d'observer les effets sur les choix aux ECN de ces cohortes, mais il est impossible aujourd'hui d'apprécier l'efficacité de cette mesure.

2.1.2 L'impact du changement rapide de paradigme sociétal sur le processus de décision d'installation

Une fois l'arbitrage en faveur de la médecine générale opéré, le jeune interne doit se positionner sur le choix de son mode d'exercice : libéral, salarié, ou mixte. Il peut également choisir de dédier partiellement ou exclusivement son activité à la réalisation de remplacements.

Toutefois, aujourd'hui le choix pour l'exercice libéral lors de la première inscription à l'ordre des médecins tend à devenir marginal et est effectué par seulement 19% des internes en médecine générale au niveau régional en 2013. A contrario, ils sont 43% à choisir le salariat dès leur première inscription à l'ordre des médecins⁹⁴. On constate que 5 ans après cette première inscription, la proportion de salariés est passée à 53,5% alors que celle des médecins libéraux n'est passée qu'à 30,5%⁹⁵. Cette tendance est observée en Champagne-Ardenne comme au niveau national. En France en 2013, on observe un rapport entrants/sortants pour les médecins généralistes libéraux de 22/60. Pour les médecins généralistes salariés, ce rapport est de 35/15⁹⁶. Or, le nombre d'internes à former est déterminé sur la base des départs en retraite de médecins qui exercent principalement en libéral. Ce tropisme en faveur du salariat rend fausse totalement les prévisions sur le renouvellement des générations, et a donc des conséquences problématiques sur le terrain.

L'ancien modèle d'exercice libéral apparaît aujourd'hui très peu attractif pour les jeunes médecins généralistes. Dans ce modèle, le médecin généralistes était un homme, installé seul, et en Champagne-Ardenne principalement en zone rurale. Son épouse n'occupait aucun emploi salarié et se consacrait aux tâches administratives du cabinet. Il travaillait en moyenne 70 heures par semaine et habitait à proximité immédiate de son cabinet. De par son statut social et ses revenus, il appartenait aux catégories socioprofessionnelles supérieures, et avait l'image d'un notable dans la communauté.

⁹³ ARS CHAMPAGNE ARDENNE, Bilan 2013 du pacte territoire santé, 2014, disponible sur <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Bilan-du-Pacte-Territoire-Sant.171021.0.html>, consulté le 10/01/2015

⁹⁴ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.32-33

⁹⁵ Ibidem, p.36-37

⁹⁶ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2014, Atlas national de la démographie médicale en France, 8e édition, p.110-111

Aujourd'hui, ce modèle tend à disparaître, ne répondant plus aux aspirations des jeunes généralistes. Ce phénomène est multifactoriel.

Les causes de ces faibles chiffres sont tout d'abord à rechercher dans la formation des jeunes médecins généralistes qui ne reflète que très partiellement la richesse de l'exercice médical, particulièrement pour cette spécialité. En effet, sur l'ensemble de sa formation, un seul stage d'un semestre chez un médecin généraliste est rendu obligatoire. Cela est très peu au regard des 4 semestres de stage en milieu hospitalier. Les internes ont la possibilité de réaliser un stage en soins primaires autonome supervisé (SASPAS), un stage leur permettant de se mettre en situation dans un cabinet du médecin généraliste, en exerçant les mêmes missions. Le maître de stage peut être sollicité à tout instant de la consultation, et un débriefing est organisé chaque jour. Cependant, la demande est bien supérieure aux terrains de stage agréés en Champagne-Ardenne⁹⁷, et il est peu réalisé en pratique.

De même, les étudiants ne bénéficient pas pendant leur cursus universitaire d'une préparation suffisante aux véritables compétences de chef d'entreprise qui seront attendues d'eux dans la gestion de leur cabinet⁹⁸. Ils se trouvent fortement démunis devant ces tâches, qui peuvent retarder ou empêcher un projet d'installation.

On assiste également à un changement de perspective de la société sur l'équilibre vie familiale et vie professionnelle, et les médecins généralistes n'échappent pas à ce mouvement. Il ressort de l'ensemble des entretiens avec les médecins que le choix du lieu d'installation est motivé par la présence à proximité des équipements et services d'usage quotidien (supermarchés, équipements petite enfance et scolaire, transports en commun, réseau de téléphonie mobile performant et internet haut débit), la présence d'un bassin d'emploi à proximité pour leur conjoint qui occupe un emploi salarié, et une offre culturelle importante et variée. L'exercice en milieu urbain permet en outre une certaine sécurité de par la présence à proximité de centres hospitaliers et des ressources, techniques et humaines, qu'ils peuvent offrir. Le contexte économique global de la région ainsi que la connaissance antérieure du territoire jouent également un rôle déterminant dans la décision d'installation. Or, il ressort des entretiens menés que les étudiants en médecine principalement de jeunes ayant grandi en dans des familles citadines.

Il ressort des entretiens menés que les jeunes médecins ont également l'impression que la création et la persistance des zones déficitaires sont le fruit des actions des générations antérieures et par conséquent ne souhaitent pas eux-mêmes en assumer les

⁹⁷ Propos recueillis lors des entretiens avec la présidente de l'URPS médecin Champagne-Ardenne et avec de jeunes médecins

⁹⁸ Idem

conséquences sur leur mode d'exercice et leur lieu d'installation.

Ces facteurs sont particulièrement défavorables dans le contexte champardennais, où les zones déficitaires sont principalement des zones rurales, relativement éloignées des équipements et services de base et des grands réseaux de transports. Il existe quelques quartiers cibles de la politique de la ville dans ces zones, mais ils restent marginaux.

De plus, les médecins généralistes ne souhaitent plus habiter sur leur lieu d'exercice, mais entre 20 et 35 minutes de celui-ci. Cela peut être un facteur de redynamisation des zones sous-dotées relativement proches des grandes agglomérations. Mais les zones isolées de l'Aube ou de la Haute-Marne, sont situées à des distances bien plus importantes des grands centres urbains. Les nouvelles installations tendent donc à se faire principalement dans les zones urbaines, plus particulièrement dans les agglomérations rémoise et troyenne ou dans un rayon de 30 à 45 minutes de transport de celles-ci.

Mais surtout, le facteur déterminant est que les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer seuls dans leur cabinet, ils cherchent à rompre leur isolement par le contact avec leurs pairs, et la sécurité et l'émulation intellectuelle qui en découlent. Ils peuvent choisir dans ce cas l'exercice en cabinet monodisciplinaire, (c'est à dire le regroupement entre médecins de même spécialité) ou pluridisciplinaire. Cette envie de regroupement répond également à des raisons plus pragmatiques, notamment pour pouvoir partager les services administratifs supports, très coûteux et chronophages, et les charges financières de fonctionnement⁹⁹. Une étude sur le territoire nord alpin menée auprès de jeunes remplaçants en 2011 a montré qu'ils sont 13% à souhaiter exercer en cabinet de groupe pluridisciplinaire et 67% en groupe monodisciplinaire. Seule une minorité opte pour l'exercice isolé. Les entretiens menés en Champagne-Ardenne, tant auprès de l'UPRS que des médecins eux-mêmes font ressortir ce même souhait d'exercice regroupé. Cela est difficile en zone rurale, la patientèle potentielle étant souvent trop petite pour rendre rentable l'installation de deux médecins généralistes, sauf dans les centres-bourgs. La solution d'exercice pluridisciplinaire doit donc être encouragée.

De même les jeunes généralistes souhaitent réduire leur temps de travail afin de pouvoir préserver leur vie familiale. Ce sentiment est partagé par les hommes comme par les femmes, le foyer étant aujourd'hui sorti des prérogatives purement féminines. Or, l'exercice libéral implique un nombre d'heures travaillées élevé, les difficultés d'aménager

⁹⁹ Principaux freins à l'installation notés dans les études sur le sujet. Par exemple : A. DECORDE, Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin, 2011, p37

ses heures de travail pour convenances personnelles ponctuelles et des temps de déplacement importants pour effectuer des visites à domicile, particulièrement en zone rurale.

Aussi, au niveau national, parmi les nouveaux inscrits à l'ordre des médecins en 2013, toutes spécialités confondues, seul 64% des femmes et 83% des hommes souhaitent exercer à temps plein¹⁰⁰. Ces tendances ont été confirmées lors des entretiens menés en région. Il doit être tenu compte du fait qu'en Champagne-Ardenne, 55% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes¹⁰¹, et cette tendance tend à s'accroître au fil des nouvelles cohortes. Ce souhait de meilleur équilibre entre vie familiale et vie professionnelle touche les médecins dans les mêmes proportions. Cela était nettement moins marqué pour les générations de généralistes précédentes. Le nombre de médecins généralistes nécessaires doit donc tenir compte du plus faible nombre d'actes effectués par les nouveaux installés.

Aussi, dans la détermination du nombre de médecins généralistes nécessaires pour répondre aux besoins en soins de premier recours des champardennais il est essentiel de tenir compte du contexte de diminution de la densité des médecins généralistes libéraux et en exercice mixte. Les médecins installés devraient donc voir leur patientèle augmenter. Or, ils souhaitent uniquement maintenir celle-ci à un certain niveau, ou font le choix de ne travailler qu'à temps partiel avec une patientèle déjà réduite. Ils doivent donc refuser de nouveaux patients. Ainsi, même s'il existe un cabinet à proximité, sa seule présence ne garantit pas un accès aux soins. Lors des investigations menées dans le cadre de ce travail, 10 médecins généralistes installés à Châlons-en-Champagne, le chef lieu de la région, ont été contactés le même jour afin d'obtenir un rendez-vous dans les 48h pour une pathologie hivernale bénigne. Seul un rendez-vous a pu être obtenu, tous les autres praticiens ne souhaitant « pas prendre de nouveaux patients ».

Un sentiment est unanimement partagé par les médecins libéraux ou remplaçants interrogés, anciens ou jeunes, celui d'un déclassement ressenti vivement. La relation médecin traitant/patient a perdu son côté paternaliste, les médecins se sentent comme un « personnel technique de la médecine »¹⁰². Les patients viennent pour une pathologie qu'ils ont, ou croient avoir, préalablement identifiée eux-mêmes, et se présentent devant le médecin avec une « liste de course » comportant plusieurs médicaments, le médecin

¹⁰⁰ ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, Atlas de la démographie médicale, 2014, 8^e édition, p.103

¹⁰¹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas régional de la démographie médicale, région Champagne-Ardenne, 3^e édition, 2013, p.45

¹⁰² Propos recueillis lors d'un entretien avec un jeune généraliste effectuant ponctuellement des remplacements

ne servant qu'à rédiger la prescription. Ils souhaitent une solution immédiate car ils rémunèrent directement le médecin.

En outre, le médecin doit effectuer un nombre minimal de consultations par jour s'il souhaite maintenir la rentabilité de son cabinet. Le médecin étant payé à l'acte ses revenus sont directement corrélés au nombre de consultations. Celles-ci sont donc d'une courte durée (15 à 20 minutes en moyenne) « tout compris » : un temps de prise de contact, de formalités administratives, d'examen clinique, de réflexion et de décision, d'explication au patient et parfois de négociation sur le traitement. Ce temps reste difficilement extensible, même en cas de consultation complexe, comme chez les personnes polyopathologiques ou consultant pour un trouble anxio-dépressif. Dans ce contexte, les médecins perdent le sens de leur mission et de leur rôle de soignant. Parallèlement ils aimeraient disposer de davantage de temps médical afin de prendre en charge le patient de manière globale, notamment dans son éducation thérapeutique ou dans la prévention de certaines maladies. Cela est particulièrement marqué en Champagne-Ardenne en raison de la prévalence des maladies chroniques liées à l'environnement et au style de vie du patient.

L'impression de déclassement est également financière.

Pour un même nombre d'heures travaillées, le salariat est présenté comme plus rémunérateur que l'installation en libéral¹⁰³ (aides à l'installation en zones déficitaires incluses), et comme offrant davantage de possibilités de réduction du temps de travail, ce qui influe grandement sur un arbitrage en défaveur de l'exercice libéral.

En ce qui concerne ce dernier, les jeunes médecins généralistes, pour toutes les raisons précédemment évoquées, ne sont pas prêts à s'installer en zone sous-dotée. Un plus grand nombre d'actes induits par une patientèle plus importante et un plus grand nombre d'heures travaillées leur garanti pourtant un revenu plus élevé que leurs confrères installés en zone moyenne ou sur-dotée¹⁰⁴. Les généralistes privilégient leur qualité de vie. Par ailleurs, il faut tenir compte de la féminisation de la profession. La rémunération des femmes généralistes est inférieure de 34 % à celle de leurs confrères masculins, toutes choses égales par ailleurs. Les femmes médecins généralistes ne subissant pas de discrimination sur la rémunération des actes réalisés (les médecins généralistes étant quasi exclusivement en secteur 1, sans dépassements d'honoraires variables), la différence tient à une moindre activité souhaitée par celles-ci¹⁰⁵. Celles-ci sont encore

¹⁰³ Ressort de l'ensemble des entretiens avec les médecins interrogés

¹⁰⁴ DORMONT B, SAMSON AL, 2008, Démographie médicale et carrière des médecins généralistes, Economie et statistiques, n°414, p.13

¹⁰⁵ Ibidem, p.18

moins susceptibles de s'installer en zone rurale sous dotée, alors que la féminisation des médecins généralistes est de plus en plus importante.

La conséquence mécanique du peu d'attrait de l'exercice libéral, particulièrement en zone rurale, pour les jeunes généralistes, est un vieillissement accru de cette population, une baisse rapide attendue des effectifs particulièrement dans des territoires déjà déficitaires¹⁰⁶. La situation déjà difficile de la Champagne-Ardenne en matière d'accès au médecin traitant risque de devenir particulièrement problématique, les médecins salariés susceptibles d'exercer les fonctions de médecins traitants sont très faibles.

Cela est particulièrement problématique car l'exercice salarié en centre de santé (donc de médecins susceptibles de devenir des médecins traitants) est très faible en Champagne-Ardenne et ne concerne que 15 médecins généralistes. Les salariés exercent principalement dans les organismes d'assurance maladie, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les structures sanitaires comme les centres de soins de suite ou de réadaptation.

Les possibilités sont extrêmement diverses et il est impossible ici de toutes les recenser. Il faut noter que le nombre d'emplois proposés en salariat n'est pas extensible et leur nombre va tendre à diminuer étant donné la facilité actuelle de recrutement. Le risque est qu'au fil du temps, l'installation en libéral soit un mode d'exercice subi pour ceux n'ayant pu trouver un emploi sur le marché du travail salarié et que leur implication soit donc moindre et/ou qu'ils décrochent leur plaque dès lors qu'ils sont recrutés dans une structure répondant mieux à leurs aspirations, rendant d'autant plus délicates les prévisions, et précaire l'accès aux soins.

Le déficit d'installation en libéral à la fin des études médicales qui s'est creusé au fil des ans a grossi les rangs des médecins remplaçants. En effet, les jeunes diplômés souhaitant s'installer en libéral effectuent souvent pendant plusieurs années des remplacements, particulièrement sur le territoire d'installation visé afin de s'assurer de la pertinence d'un choix qui les engagera pour de nombreuses années. Ce fait explique un âge moyen d'installation de 37 ans pour les médecins généralistes en Champagne-Ardenne¹⁰⁷.

Les remplaçants jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins en cas d'absence ponctuelle du médecin traitant. Toutefois, ils ne peuvent assurer le rôle de suivi à long terme et de coordination qui est dévolu à ce dernier et leur plus value en terme d'amélioration de l'état de santé des champardennais ne peut être assimilée à celle apportée par un médecin installé. En outre, les médecins interrogés effectuant

¹⁰⁶ Cf. infra

¹⁰⁷ Source : ONDPS Champagne-Ardenne

ponctuellement des remplacements avouent ne pas agir comme ils le feraient avec leurs propres patients, notamment dans la phase de négociation du traitement où ils sont tentés de se contenter de suivre les souhaits de prescription du patient et n'engagent que très rarement une démarche d'éducation thérapeutique.

Au regard de la faible attractivité de la spécialité médecine générale et de son exercice en libéral, il apparaît essentiel de mettre en œuvre des outils d'incitation positive afin de mettre en adéquation l'offre de médecins traitants et les besoins en soins de la population champardennaise.

L'ARS Champagne-Ardenne a depuis 5 ans instauré, en partenariat avec la faculté de Reims et l'URPS médecins, une journée de l'installation. La 5^e journée de l'installation s'est déroulée le 5 mai 2014 à la faculté de Reims. Elle a pour but de faire découvrir aux étudiants la réalité des médecins installés, notamment en zone rurale, et de pouvoir répondre à leurs questions. Le format est tourné vers de petits ateliers thématiques afin de favoriser les échanges directs entre étudiants, internes et professionnels installés. Bien que cette initiative ne soit pas uniquement à destination des médecins généralistes, ceux-ci sont particulièrement concernés au vu de la situation en région. Des exposants, notamment les ordres départementaux des médecins, sont présents afin de répondre aux interrogations des étudiants et de valoriser leur territoire.

L'action est évaluée par un questionnaire à chaud remis aux étudiants et le bilan dressé est très clairement positif. On peut noter que si l'action était prévue initialement à destination des internes, les étudiants en second cycle sont de plus en plus nombreux à y participer. La décision d'installation découlant d'un processus muri au long cours par l'étudiant, l'information sur les appuis possibles peut jouer un rôle clef dans l'élaboration du projet et la stratégie à adopter à la fin du cursus universitaire.

Le virage semble aujourd'hui pris au niveau régional comme au niveau national vers des aides d'accompagnement qualitatif en complément des aides quantitatives financières.

2.2 De récents dispositifs d'incitation positive prometteurs mais encore perfectibles

Les dispositifs incitatifs à l'installation doivent aujourd'hui répondre aux différents freins à l'installation d'ordre financier comme administratif ou portant sur les conditions d'exercice. Il existe aujourd'hui une gamme d'outils complets s'adressant individuellement aux médecins (2.2.1) et d'autres plus globalement aux nouvelles structures d'exercice plébiscitées par eux (2.2.2). Toutefois, ces dispositifs répondent encore imparfaitement à

des freins administratifs et culturels, principalement reliés au principe du paiement à l'acte (2.2.3).

2.2.1 Le passage d'une politique contractuelle d'incitations financières à une politique plus globale d'accompagnement et d'amélioration des conditions d'exercice en libéral

La problématique de la démographie des médecins généralistes a appelé dès 2004¹⁰⁸ à la mise en place d'aides financières incitatives par l'Etat (principalement des mesures d'exonérations fiscales¹⁰⁹) et l'Assurance Maladie.

Des aides financières incitatives ont été mises en place par l'Assurance Maladie, dès le début des années 2000, mais ont été totalement repensées dans la convention médicale des médecins généralistes et spécialistes de 2011¹¹⁰.

L'option démographie¹¹¹ permet aux médecins généralistes conventionnés installés, ou s'installant en zone prioritaire ou à proximité immédiate (2 km en zone rurale, 5km en zone urbaine) et exerçant selon un mode collectif (cabinet monodisciplinaire, structure pluridisciplinaire ou pôle de santé) de bénéficier d'une aide forfaitaire à l'investissement de 5 000 euros et d'une somme correspondant à 10% de l'activité plafonnée à 20 000 euros. Pour les professionnels exerçant en pôle de santé, cette aide ne correspond qu'à 10% de l'activité et est plafonnée à 10 000 euros. En contrepartie, ils s'engagent à ne pas cesser leur activité et à ne pas changer le lieu, et à réaliser les 2/3 de leur activité en zone prioritaire, et le cas échéant, à se faire remplacer en cas d'absence.

L'option santé territoires¹¹² s'adresse elle aussi aux médecins généralistes conventionnés qui n'exercent pas en zone prioritaire. Elle permet aux médecins exerçant seuls de bénéficier d'une aide financière correspondant à 10% de l'activité plafonnée à 20 000 euros en contrepartie de l'exercice 28 jours par an dans une zone prioritaire définie par le volet ambulatoire du SROS.

¹⁰⁸ DELATTRE E, SAMSON A-L, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 455-456, 2012, stratégie de location des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes?, p.125

¹⁰⁹ Cf. infra

¹¹⁰ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, 22 septembre 2011, journal officiel, n°0223 du 25 septembre 2011, p.16080

¹¹¹ AMELI.FR, Fiche option démographie, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_OPTION_DEMOGRAPHIE.pdf, consulté le 16/12/2014

¹¹² AMELI.FR, Fiche option santé solidarité territoires, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_OPTION_SST.pdf, consulté le 16/12/14

Les différentes études menées les aides à l'installation purement financières font ressortir leur manque d'efficacité¹¹³. En effet, les jeunes installés, particulièrement les médecins généralistes acceptent globalement des revenus plus faibles en échange d'une meilleure qualité de vie ressentie. Les aides à l'installation ne seraient efficaces que dans les régions où les conditions de vie sont déjà perçues comme favorables et où cet avantage suffit à compenser les inconvénients, comme en Basse-Normandie par exemple qui possède une façade littorale¹¹⁴. L'étude mène une comparaison entre la région Provence Alpes Cote d'Azur (PACA) et la région Champagne-Ardenne. Même si les médecins gagnent 36% de plus que leurs confrères installés en PACA, le déterminant principal dans le choix de la région reste l'héliotropisme¹¹⁵. L'impact d'une aide financière ne suffira donc pas à compenser la perte ressentie en termes de qualité de vie.

Les dispositifs incitatifs contractuels issus de la convention médicale n'étant pas pilotés par l'ARS Champagne-Ardenne, et les personnes responsables au sein des caisses d'assurance maladie n'ayant pas répondu à mes sollicitations, aucune donnée chiffrée ne pourra être mobilisée sur l'efficacité de ces outils en région. Ce constat permet toutefois de mettre en évidence le fonctionnement en tuyau d'orgue de l'ARS et de l'Assurance Maladie sur les grands dispositifs incitatifs, particulièrement depuis la mise en place du pacte territoire santé.

Fort des constats tirés du bilan de ces dispositifs, a été lancé le 13 décembre 2012 par la ministre de la santé, Marisol Touraine, le « pacte territoire santé », un dispositif global de 12 engagements ayant pour but affirmé de « *lutter contre les déserts médicaux et de réduire les inégalités d'accès aux soins* »¹¹⁶. Il est articulé autour de 3 axes : « Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé, et investir dans les territoires isolés »¹¹⁷. Le troisième axe intéressant surtout les structures hospitalières, nous ne développerons ici que les deux premiers.

¹¹³ COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2011

¹¹⁴ DELATTRE E, SAMSON A-L, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 455-456, 2012, stratégie de location des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes?, p.136

¹¹⁵ Ibidem, p.120-121

¹¹⁶ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Pacte territoire santé, Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014, dossier de presse, 10 février 2014, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_fevrier_2014.pdf, consulté le 20/12/2014

¹¹⁷ Idem

L'engagement n°1 « un stage en médecine générale pour tous les étudiants » et l'engagement n°4 « un référent installation dans chaque région » du premier axe sont pleinement effectifs en Champagne-Ardenne¹¹⁸.

Les deux mesures phares de cet axe portent sur le développement des contrats d'engagement de service public (CESP) et des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Le CESP vise à garantir une sécurité financière à l'étudiant tout au long de son parcours. La garantie de revenu minimal ainsi que la protection sociale offerte par le dispositif PTMG permet de sécuriser un praticien lorsqu'il quitte le milieu organisé et hiérarchisé du CHU qu'il a fréquenté tout au long de sa formation.

Le CESP a été mis en place par la loi HPST, mais son développement a réellement été effectif avec le pacte territoire santé. Il prévoit l'octroi d'une bourse d'étude mensuelle de 1 200 euros bruts (montant net de 1 106 euros) pour les étudiants signataires¹¹⁹. Ceux-ci s'engagent en échange à exercer, pour une durée égale à celle du versement de l'allocation, dans une zone déficitaire en termes d'offre de soins de premier recours identifiée dans le volet ambulatoire du SROS¹²⁰. Cet exercice peut être libéral ou salarié. Le CESP concerne les étudiants en médecine à partir de la 2^e année jusqu'à l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine¹²¹. La durée du versement de l'allocation, et donc de l'obligation du signataire commence à l'obtention de leur diplôme de docteur en médecine et peut donc varier de 2 à 10 ans. Ce dispositif est financé sur des crédits Assurance Maladie du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) versés au Centre National de Gestion (CNG), qui le reverse ensuite aux étudiants¹²². Le nombre de contrats à signer par faculté est déterminé par arrêté interministériel des ministères en charge de l'enseignement supérieur et par celui en charge de la santé. Le pilotage de ce dispositif est centralisé mais la mise en œuvre est confiée aux ARS.

La commission de sélection est composée du doyen, du directeur général de l'ARS ou de son représentant, des représentants des médecins en exercice de la région, des représentants étudiants et des internes¹²³. La sélection est effectuée sur la base du projet professionnel du candidat, de sa motivation et de ses résultats universitaires. Une liste principale et une liste complémentaire distinctes sont établies pour les étudiants et les

¹¹⁸ Cf. Infra

¹¹⁹ SANTE .GOUV, CESP, foire aux questions, <http://www.sante.gouv.fr/cesp-la-foire-aux-questions-medecine.html#generalites>, consulté le 16/12/14

¹²⁰ DECRET n°2010-735 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales, article 6, 20 juin 2010, journal officiel, 1 juillet 2010, n°0150, p.11932

¹²¹ Idem

¹²² SANTE .GOUV, CESP, foire aux questions, <http://www.sante.gouv.fr/cesp-la-foire-aux-questions-medecine.html#generalites>, consulté le 16/12/14

¹²³ Idem

internes¹²⁴.

Ce dispositif est ouvert à toutes les spécialités, bien qu'il ait été principalement pensé pour les médecins généralistes se basant pour les territoires éligibles sur les zones déficitaires de premier recours.

Les étudiants signataires passent les ECN dans les mêmes conditions que les autres candidats et sont classés selon les mêmes règles, toutefois les étudiants signataires choisissent leur internat sur des listes spécifiques CESP. A l'issue de l'obtention de leur titre de docteur en médecine, ils choisissent leur lieu et modalité d'exercice (libéral isolé ou en maison de santé pluridisciplinaire, salarié, mixte) sur une liste nationale.

Le travail de l'ARS sur les CESP est mené en partenariat avec la faculté médecine de Reims. Le volet « animation territoriale », c'est à dire la réalisation des actions de communication, les premiers contacts, est réalisé par les DTARS.

Le siège de l'ARS est chargé d'animer le dispositif en région, d'assurer des permanences à la faculté, de définir les lieux prioritaires d'exercice ainsi que les différents modes (libéral, hospitalier, ou mixte) et de rendre publique cette liste. Les étudiants et internes souhaitant bénéficier d'un CESP sont accompagnés par un agent du pôle « professionnels de santé » en charge plus généralement des relations avec la faculté et les internes. Celui-ci s'assure bien en amont de la commission de sélection de la motivation de l'étudiant et du sérieux de son projet, mais également que celui-ci est en lien avec les besoins en généraliste/spécialiste dans la zone géographique visée. Une baisse rapide attendue des effectifs.

Depuis 2010, 42 CESP ont été signés en Champagne-Ardenne, dont 8 en 2013¹²⁵. Ils ont permis de maintenir des dynamiques sur des territoires où le dernier médecin généraliste allait partir à la retraite sans laisser de remplaçant.

Cependant, des retours d'expérience sur ce dispositif font apparaître qu'il n'a souvent pas eu le rôle de déclencheur de la décision d'installation, celle-ci était prise par l'interne bien avant la confirmation du bénéfice du dispositif. Il ne fait que conforter une décision déjà prise et induit ainsi d'importants effets d'aubaine. Il est également identifié comme un moyen de pouvoir s'insérer dans une MSP existante alors que l'exercice isolé en zone déficitaire reste peu attractif.

¹²⁴ Idem

¹²⁵ ARS CHAMPAGNE ARDENNE, Bilan 2013 du pacte santé territoire, http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/Actus_2014/Bilan_Pacte_Territoire_Sante/bilan_PTS_2013_-vdef27_fev_2014_01.pdf, consulté le 17/12/2014

La liste des choix étant nationale, les étudiants bénéficiaires peuvent, si leur classement le permet, choisir un poste d'internat, non en Champagne-Ardenne comme ils l'avaient indiqué dans leur projet, mais dans une région jugée plus attractive, ce qu'ils n'auraient pas pu faire sur la liste nationale classique. Ils peuvent également signer un CESP en présentant un projet de spécialisation en médecine générale et au moment des choix aux ECN choisir une autre spécialité sur la liste CESP, choix qui n'aurait pas été possible avec leur rang de classement sur la liste des postes classique. La vigilance de l'ARS doit donc porter, sans naïveté toutefois, sur la réalité du projet de l'étudiant et le sérieux de ses motivations.

Le second dispositif promu par le pacte territoire santé est celui des PTMG. Il permet aux médecins généralistes souhaitant s'installer, ou installés depuis un an, en zone sous-dotée définie par l'ARS de bénéficier d'une rémunération mensuelle garantie de 3 640 euros via le versement d'un complément aux émoluments perçus le cas échéant¹²⁶. Le PTMG bénéficie également d'une protection sociale et maternité, sous réserve d'avoir signé le contrat au moins 3 mois auparavant et d'avoir réalisé au moins 495 consultations¹²⁷. En contrepartie, il s'engage à exercer dans une zone sous-dotée définie dans le volet ambulatoire du SROS et de réaliser au minimum 165 consultations par mois pour un temps plein¹²⁸. Les PTMG ont la possibilité d'exercer leur activité en tant que médecin libéral, collaborateur d'un médecin libéral, à temps plein ou à temps partiel¹²⁹. Le complément de rémunération est versé sur la base d'une déclaration mensuelle, puis trimestrielle par le PTMG, transmise à l'ARS, du nombre de consultations réalisées et des honoraires perçus. Le versement est effectué par la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend le médecin.

En Champagne-Ardenne, la signature de ce contrat est assortie de l'obligation de la participation à la PDSA.

Huit contrats de PTMG ont été signés en région en 2013 et 11 en 2014. Ils bénéficient principalement au département de la Marne (11 contrats signés). Les départements de l'Aube et de la Haute-Marne, ceux où la situation est la plus critique n'ont pu bénéficier respectivement que de 3 et 4 PTMG sur deux ans. Ces dispositifs étant à l'initiative des jeunes médecins, on ne peut qu'observer ici que jouent comme dans toutes les autres décisions d'installations les mêmes déterminants en faveur des zones urbaines. Ces

¹²⁶ DECRET n° 2013-736 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale, 14 août 2013, journal officiel, 13 août 2013, n°0189, p.13969

¹²⁷ Idem

¹²⁸ Idem

¹²⁹ SANTE. GOUV, PTMG? Vos questions, nos réponses, <http://www.sante.gouv.fr/ptmg-vos-questions-nos-reponses.html#Q3>, consulté le 20/12/14

contrat ne répondent donc qu'imparfaitement à leur objectif initial de meilleure répartition géographique des jeunes installés.

Les montants versés varient grandement selon les médecins, la plupart ne touchent presque aucun complément¹³⁰, mais certains en sont fortement dépendants dans leurs revenus.

Les bénéficiaires sont en Champagne-Ardenne principalement des praticiens déjà installés. Le même constat peut être dressé en Lorraine et en Franche-Comté¹³¹. Parmi les ARS interrogées, l'ARS Picardie a souhaité que ce dispositif soit très majoritairement proposé aux médecins non encore installés, mais l'objectif annuel de signature de nouveaux contrats n'avait pas encore été atteint en octobre 2014.

L'effet incitatif de cette mesure est donc très faible, et ne joue pas le rôle de déclencheur à l'installation. Les bénéficiaires ne sont pas en général attirés par le volet financier du dispositif, mais par les garanties de protection sociale qu'il offre. Les bénéficiaires en Champagne-Ardenne sont quasi-exclusivement des femmes, qui souhaitent bénéficier d'un revenu durant leurs congés maternité. Ce même profil de bénéficiaire se retrouve au niveau national¹³² et dans les régions voisines, notamment en Lorraine où sur les 12 bénéficiaires en 2014, seulement 3 étaient des hommes¹³³.

Le principe de l'installation et même son lieu était dans 66% des cas déjà fixé avant la signature du contrat¹³⁴. Le bénéfice de ce dispositif était donc un pur effet d'aubaine dans ces cas.

Toutefois, les 33% de médecins installés en plus permet une la continuité de l'accès aux soins dans ces zones sous-dotées où aucun jeune médecin ne se serait probablement installé. Il constitue donc une réponse très partielle, mais ses effets ne peuvent être regardés comme négligeables.

2.2.2 Les premiers résultats de la politique volontariste de l'ARS Champagne-Ardenne de développement de structures d'exercice pluridisciplinaires

Le second axe du pacte santé territoire porte sur l'exercice regroupé et ses modalités, particulièrement en MSP. Une MSP est définie par le CSP comme « *une personne morale*

¹³⁰ Enquête Réagjir réalisée en juillet/aout 2014 présentée lors des journées des référents installation du 10 septembre 2014.

¹³¹ Source : entretiens réalisés avec les référents premier recours concernés

¹³² Idem

¹³³ Propos recueillis lors d'un entretien avec le chef de projet de l'organisation des soins ambulatoires de l'ARS Lorraine

¹³⁴ Idem

constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. » Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et, le cas échéant, de second recours (...), et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé »¹³⁵

Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) du 11 mai 2010 a lancé un plan de déploiement de 250 MSP en milieu rural jusqu'à la fin 2013¹³⁶. La circulaire du 27 juillet 2010 en a défini les conditions de mise en œuvre¹³⁷. Cette circulaire est accompagnée d'un cahier des charges qui précise les conditions de montage et de financement. L'objectif des MSP est « *d'améliorer les conditions d'exercice et la continuité des soins, de favoriser la communication entre les professionnels de santé, et l'échange de bonnes pratiques, et enfin de développer de nouvelles orientations dans la formation des internes et les insérer dans ces MSP* »¹³⁸. Afin de bénéficier du label MSP, ces structures doivent regrouper en termes d'effectifs au moins 2 médecins et un professionnel paramédical.

Ce plan a une importance toute particulière en Champagne-Ardenne en raison de la localisation rurale de la majorité des zones déficitaires.

On recensait en 2013 291 MSP au niveau national, dont 207 dans les espaces à dominante rurale¹³⁹. L'ARS Champagne-Ardenne, consciente du potentiel de ce mode d'exercice, a initié une politique ambitieuse et volontaire de portage des projets de MSP. En 2014, on comptait 9 MSP déjà achevées et ouvertes (3 dans l'Aube, 3 dans la Marne et 3 en Haute-Marne) et 33 projets accompagnés par l'ARS Champagne-Ardenne¹⁴⁰.

Toutefois, la volonté de développement se heurte au temps long de développement de ces projets (3 à 5 ans en moyenne). En effet, afin de répondre au cahier des charges

¹³⁵ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article L .6323-3

¹³⁶ DATAR.GOUV.FR, Plan de développement de 250 maisons de santé en milieu rural, <http://www.datar.gouv.fr/plan-de-developpement-de-250-maisons-de-sante-en-milieu-rural>, consulté le 23/12/2014

¹³⁷ MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ESPACE RURAL ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, CIRCULAIRE, Lancement d'un plan d'équipement de maisons de santé pluridisciplinaires, 27 juillet 2010 disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf, consulté le 10/12/2014

¹³⁸ Idem

¹³⁹ CHEVILLARD G. et al, Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, Questions d'économie de la santé , n°190, septembre 2013, p.2, disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>, consulté le 19/12/2014

¹⁴⁰ Cf. cartographie en annexe

posé par la circulaire précitée du 27 juillet 2010, un diagnostic de territoire doit être préalablement mené afin de dresser un bilan de l'offre, mais également de la réalité de terrain vécue par les professionnels de santé déjà installés et par les usagers. La MSP doit également être organisée autour d'un projet global écrit par l'équipe de professionnels de santé portant le projet. Celui-ci est décliné en un projet de santé qui doit démontrer l'accessibilité aux soins pour tous, les modalités de prise en charge et de suivi des maladies chroniques, et la mise en place d'actions de prévention. L'équipe doit également rédiger un projet professionnel, qui précise l'organisation pluridisciplinaire (notamment les temps de travail de chacun), définit les relations avec certains professionnels et structures extérieures, et pose les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles. Le projet immobilier et le projet de financement sont également des préalables essentiels. Un leader doit être désigné par les professionnels impliqués dans le projet, souvent un médecin généraliste, afin de faire l'interface avec le référent institutionnel, et d'assurer avec lui le co-pilotage du projet.

L'accompagnement de l'ARS commence par un repérage par les DTARS des dynamiques locales. Le siège fournit un accompagnement plus technique sur des thématiques précises comme les systèmes d'informations ou l'architecture en cas de projet immobilier le nécessitant. L'ARS Champagne-Ardenne a également conclu un marché public avec un prestataire extérieur pour l'aide globale au montage de projet.

Le financement se fait via un appel à projets lancé annuellement depuis 2010 par l'ARS en concertation avec la préfecture de région. Deux types d'interventions sont proposés, correspondant aux deux phases d'un montage d'un projet. La candidature au premier axe permet d'être potentiellement éligible à « une aide à l'investissement, au fonctionnement et à l'accompagnement sur le système d'information et/ou l'expertise juridique » pour les MSP déjà constituées en association loi 1901 ou en société interprofessionnelle de soins ambulatoires.¹⁴¹ La candidature au second axe intervient en amont du projet et permet de bénéficier d'un « soutien à l'accompagnement et au montage de projet »¹⁴².

Un comité technique est chargé d'instruire les demandes dans chaque département, qui seront par la suite examinées et sélectionnées lors du comité régional de sélection des MSP co-présidé par le Directeur Général de l'ARS et le préfet de région.

Ce pilotage partenarial bicéphale s'explique par l'origine des financements auxquels sont

¹⁴¹ ARS CHAMPAGNE-ARDENNE Appel à projets 2014 pour les structures d'exercice coordonné pluri professionnelles, Cahier des charges, disponible sur http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/Actus_2014/AAP_MSP_2014/CahierdeschargesAppel_projet_2014.pdf, consulté le 20/12/2014

¹⁴² Idem

éligibles les projets de MSP.

Les MSP sont éligibles à la dotation d'équipement des territoires ruraux, au fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT), ainsi qu'aux financements par le fonds européen de développement régional (FEDER) ou le fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER), tous gérés par le préfet. Ces fonds sont dirigés vers le financement du bâti et de son aménagement. L'ARS a quant à elle en charge le financement de la partie médicale, l'accompagnement dans la rédaction du projet médical ou le fonctionnement si la MSP est déjà ouverte, via le FIQCS. Celui-ci permet de financer l'équipement à usage collectif favorisant les pratiques coopératives (système d'information) et le temps de coordination. Ces financements peuvent être complétés par l'enveloppe régionale des ARS. Les conditions d'éligibilité varient selon la nature de la demande (accompagnement dans la rédaction de projet, financement du fonctionnement, aide à l'investissement) et sont détaillées par le cahier des charges élaboré par l'ARS¹⁴³. Elles sont principalement relatives au projet de la MSP et à son territoire d'implantation. Une grille d'aide à la décision notée sur 30, élaborée selon un référentiel national, permet de classer les projets présentés.

Les MSP peuvent bénéficier des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR)¹⁴⁴. Ceux-ci représentent seulement 2 à 5% du chiffre d'affaires des MSP en moyenne, mais ils sont essentiels à leurs principes de fonctionnement en coopération et coordination¹⁴⁵. Le module 1 des ENMR permet le financement des temps de coordination entre professionnels dans la structure. Le module 2 a pour objet de financer des prises en charge innovantes en médecine de ville, notamment des séances d'éducation thérapeutiques. Le module 3 est tourné vers l'expérimentation de protocoles de coopération entre les professionnels de santé, notamment du protocole ASALEE¹⁴⁶, du nom de l'association l'ayant imaginé. Celui-ci permet, dans le cadre des expérimentations sur les délégations de tâches prévues par la loi HPST¹⁴⁷, d'accueillir un IDE, libéral ou salarié, au sein d'un groupement de médecins, afin de lui déléguer des consultations sur

¹⁴³ Idem

¹⁴⁴ ARS POITOU-CHARENTE, NMR, nouveaux modes de rémunération, disponible sur :<http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Nouveaux-Modes-de-Remuneration.84620.0.html>, consulté le 02/01/2015

¹⁴⁵ FOURNIER C, FRATTINI M-O, Questions d'économie de la santé, n°200, juillet aout 2014, Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et les pôles de santé, p.5, disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>, consulté le 02/01/15

¹⁴⁶ ARS CHAMPAGNE-ARDENNE, ARRETE n°2014-704 portant autorisation du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers délégués validés par des médecins, recueil des actes administratifs Champagne-Ardenne, 11 juillet 2013, n°12, p.16

¹⁴⁷ LOI n° 2009-879 HPST, 21 juillet 2009, article 51, journal officiel, 22 juillet 2009, n°0167, p.12184

les activités concernées par le protocole (dépistage des troubles cognitifs et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et sur le suivi de maladies chroniques : diabète et risque cardio-vasculaire)¹⁴⁸. Cela s'inscrit dans l'engagement n°8 du pacte santé territoire : accélérer les transferts de compétences.

En 2014, trois sites champardennais ont pu bénéficier des financements du module 1 : le centre de santé de Troyes, la MSP de Fayl-Billot, et la MSP de Sézanne. Le module 3 a bénéficié aux MSP de Sézanne et de Romilly-sur-Seine. Ce financement sera demandé dans le cadre du projet de MSP de Nogent-sur-Seine.

Ces expérimentations ont été étendues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 jusqu'au 31 décembre de cette année¹⁴⁹. La question qui se pose donc aujourd'hui aux acteurs du champ est celle de leur éventuelle pérennisation afin de sécuriser les structures déjà en place.

Les MSP affichent aujourd'hui un bilan très clairement positif. Elles permettent d'assurer une continuité des soins tout en laissant une possibilité d'aménagement du temps de travail en répartissant les plages horaires entre médecins généralistes. Le regroupement au sein d'un même bâtiment induit la mutualisation des moyens administratifs (des postes de secrétariat ou de comptabilité par exemple), et par suite, elles permettent de dégager du temps médical pour les médecins et de se recentrer sur leur mission de soignants¹⁵⁰. Elles assurent également une certaine sécurité dans la prise en charge des patients avec très souvent un tuilage réalisé entre les jeunes médecins généralistes et les médecins plus expérimentés, et permet une meilleure communication, entre médecins et entre médecins et autres professionnels de santé, par l'organisation de réunions de synthèse sur les cas complexes. Tous les bénéficiaires de CESP qui avaient cette possibilité dans leur choix de postes à la sortie de leurs études ont choisi en Champagne-Ardenne l'exercice en MSP. Il en va de même pour la région Franche-Comté¹⁵¹.

Le gain de l'exercice regroupé pluriprofessionnel est considéré comme supérieur aux désavantages liés à l'exercice en milieu rural et fait peser l'arbitrage en faveur de l'installation en libéral dans ces structures.

On peut citer comme exemple la MSP de Fayl-Billot en Haute-Marne. La commune

¹⁴⁸ Note interne de l'ARS

¹⁴⁹ FEDERATION FRANCAISE DES MAISONS DE ET POLES DE SANTE, L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration>, consulté le 20/01/2015

¹⁵⁰ FOURNIER C, FRATTINI M-O, Questions d'économie de la santé, n°200, juillet aout 2014, Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et les pôles de santé, p.5, disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>, consulté le 02/01/15

¹⁵¹ Propos recueillis lors des entretiens avec les agents référents thématiques MSP

compte 1 445 habitants environ, et constitue un chef lieu de canton situé dans le sud de la Haute-Marne, en zone sous-dotée. La MSP a permis l'installation de 3 médecins généralistes dans la commune, et un PTMG a confirmé son intention d'installation prochaine. Ce type de structure est un atout indéniable dans la revitalisation de ces territoires et leur attractivité.

De même, la commune de Sézanne dans la Marne, une petite ville d'environ 5 000 habitants, elle aussi une zone sous-dotée définie par le volet ambulatoire du SROS, éloignée en termes de temps de trajet des grands centres urbains, s'est dotée depuis 2011 d'une MSP qui rencontre un franc succès auprès des 8 000 patients suivis et des professionnels qui la composent. Ceux-ci sont au nombre de 28, dont 10 médecins généralistes, 8 IDE, dont une participant au protocole ASALEE, 2 kinésithérapeutes et un psychologue. Le projet de santé regroupe la majorité des professionnels de santé présents sur le territoire avec un groupe fédérateur qui exerce au sein de la MSP. L'organisation de la coordination est claire et pertinente avec une régularité soutenue.

Les MSP apportent un bénéfice clair aux patients en ce qu'elle leur offre une prise en charge continue et globale. De plus, le protocole de délégation de tâches ASALEE a montré une meilleure observance de leur traitement par les patients diabétiques et une amélioration de leur état de santé général à coûts constants pour l'assurance maladie¹⁵². L'utilisation et l'extension de ce protocole sont particulièrement pertinentes en Champagne-Ardenne étant donné la présence fréquente d'IDE et de professionnels paramédicaux libéraux dans les territoires sous-dotés en médecins généralistes. Un dynamisme peut être initié à partir de ces professionnels, et des internes en médecine générale en fin de cursus peuvent être associés dès le démarrage du projet.

2.2.3 La persistance de freins administratifs et culturels appelle l'ARS Champagne-Ardenne à un travail partenarial

Malgré la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement globaux complétés par des accompagnements financiers, il reste des freins d'ordre administratif et culturel à lever pour permettre de mieux répondre aux nouvelles exigences des médecins généralistes et favoriser leur installation.

¹⁵² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre les professionnels de santé, 2008, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_cneh_etude_finale_2008_04_16_12_26_17_32.pdf, consulté le 24/12/2014

Le premier d'entre eux est le système du paiement à l'acte, ce système à lui seul n'est pas satisfaisant et ne répond plus aux aspirations de mode d'exercice des nouveaux généralistes libéraux, ni aux nouvelles attentes des patients.

En effet, le paiement à l'acte prévoit que le médecin conventionné est rémunéré en fonction du nombre d'actes qu'il effectue. Chaque acte donne lieu à l'avance du patient du prix de la consultation, sauf tiers payant, et donne lieu à un remboursement par l'assurance maladie au patient. Des majorations sont prévues dans certaines conditions (consultations de nuit, indemnité kilométrique, consultation pour des enfants de 0 à 2 ans etc)¹⁵³. Pour les médecins généralistes, un acte équivaut à une consultation en cabinet ou à une visite à domicile. L'intérêt des médecins est donc de réaliser un grand nombre d'actes simples et peu chronophages. Or, les jeunes généralistes souhaitent dorénavant s'inscrire plus globalement dans le parcours de soin du patient et s'investir dans des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques, de coordination avec d'autres acteurs soignants ou du monde social et médico-social. Ces consultations sont longues et peu rémunératrices pour le praticien, et il ne peut y consacrer le temps nécessaire car il doit maintenir la rentabilité de son cabinet, particulièrement s'il choisit de travailler à temps partiel.

Les médecins bénéficient d'autres modalités de rémunération, mais celles-ci restent très marginales et n'influent que très partiellement sur leurs modalités d'exercice. La convention médicale prévoit des rémunérations forfaitaires en fonction de la structure de la patientèle (nombre de patients ayant choisi le praticien comme médecin traitant, nombre de patients en ALD, etc). Par exemple, la rémunération forfaitaire par consultation pour le suivi des personnes âgées s'élève à 5 euros par patient et par consultation¹⁵⁴. On peut également noter que les médecins bénéficient également d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) couvrant l'organisation du cabinet (5 indicateurs) et la pratique médicale (24 indicateurs). Ces forfaits et majorations entendent poursuivre un but qualitatif au delà du seul aspect quantitatif du paiement à l'acte. Toutefois, les montants de ces forfaits restent négligeables par rapport aux revenus dégagés par les ressources du paiement à l'acte, et ne permettent donc pas de dégager le temps nécessaire à la réalisation matérielle de ces consultations. En Champagne-Ardenne, compte tenu de la forte prévalence des maladies chroniques, notamment du diabète et de l'obésité, il apparaît pourtant essentiel que ces actions répondant à un but de santé publique puissent être menées. Particulièrement en zone déficitaire en professionnels de

¹⁵³ AMELI.FR, Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine, 20 décembre 2013, disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole_calvados.php, consulté le 10/01/2015

¹⁵⁴ AMELI.FR, Rémunération forfaitaire par consultation pour le suivi de personnes âgées, disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-calvados/vous-informer/forfait-de-suivi-des-personnes-agees-mpa_calvados.php, consulté le 10/01/2015

santé et subissant des problématiques socio-économiques importantes comme dans la pointe nord des Ardennes dont l'industrie a été frappée de plein fouet par la crise économique, le médecin généraliste est parfois le seul interlocuteur médical régulier du patient. L'éloignement des spécialistes fait du médecin traitant un acteur clef de la prise en charge.

La pertinence de ces modalités de rémunération est d'autant plus interrogée en ce qui concerne les médecins en exercice coordonné. Ces modes de rémunération leur sont particulièrement inadaptés, notamment dans le cadre d'un protocole de coopération impliquant la délégation de certaines tâches simples et chronophages.

Sont concernées ici non seulement les maisons de santé, mais également les pôles de santé, qui se définissent comme des structures assurant des *" des activités de soins de premier recours (...), le cas échéant de second recours (...), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire(...). Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-social¹⁵⁵ »*. Les pôles de santé présentent ainsi la même architecture d'une MSP mais « hors les murs » sans exercice physiquement regroupé.

En effet, il ressort des entretiens avec les agents du pôle Professionnels de santé de l'ARS en charge de cette thématique et des différents entretiens menés avec des membres du corps médical que certaines procédures administratives lourdes freinent le développement des structures pluriprofessionnelles. La complexité et la longueur des procédures peut décourager les porteurs de projet, particulièrement ceux qui ne sont pas familiers de la conduite de projets et des questions administratives en général. Cela induit un risque d'essoufflement des professionnels en place et peut brider leurs initiatives innovantes, les porteurs de projet ayant conscience que le financement de chacune d'entre elles doit passer obligatoirement par une procédure d'appel à projet, induisant un décalage entre l'élaboration et la réception des financements pour sa mise en place effective. Par exemple, dans le cas de la MSP de Fayl-Billot, les professionnels avaient initié le projet de candidature au ENMR module 1 bis en début d'année, finalisé l'écriture en juillet, mais les financements ne leur sont parvenus qu'en octobre.

Or, ce sont les conditions d'exercice et ces actions nouvelles qui attirent les professionnels, et non les murs. La condition essentielle de la réussite d'un projet de MSP

¹⁵⁵ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article L.6323-4

est l'implication des professionnels de santé, dans l'émergence du projet et dans son évolution. En en laissant une plus grande liberté aux médecins et aux professionnels paramédicaux, ceux-ci peuvent développer des pratiques répondant aux besoins du territoire (d'autant plus au regard du bilan réalisé lors de la phase de montage de la MSP), mais également à leurs compétences ou à leurs souhaits. Cela constitue indéniablement facteur d'attractivité.

L'ARS doit donc être vigilante dans son action à préserver les dynamiques et à accompagner le portage de programmes innovants à destination des patients afin de conserver le caractère attractif des MSP, particulièrement en territoire rural. Cela peut être complexe si la procédure d'obtention de financements constitue un obstacle.

En outre, les investigations menées pendant le stage on fait ressortir d'importantes injonctions paradoxales des médecins généralistes plus expérimentés, proche de l'âge de la retraite. Ils souhaitent préserver une offre de soins sur leur territoire et mèneront des actions auprès des élus locaux à cette fin. Toutefois, ils ne souhaitent pas que celles-ci se mettent en place avant leur départ en retraite afin de préserver leur patientèle. Or, leur présence effective est indispensable pour maintenir une dynamique et attirer de nouveaux professionnels.

Ainsi, le projet de MSP à Bourbonne-les-Bains en Haute-Marne est en cours depuis plusieurs années et il est porté par les élus de la commune. Les médecins en place s'opposent à ce projet avant leur départ à la retraite du fait des diminutions du nombre d'actes pratiqués, et donc des revenus qui en résulteraient. Etant en fin de carrière, ils n'ont pas été intégrés dans le projet, celui-ci visant à maintenir une dynamique sur le long terme. Les autres professionnels de santé, notamment les paramédicaux, étant dépendants de leurs prescriptions, ils ne souhaitent pas s'opposer frontalement à eux. Le projet reste bloqué, et la longueur de la mise en place de la MSP risque de décourager les médecins généralistes porteurs de projet qui pourraient choisir un autre lieu d'installation.

Les jeunes médecins interrogés parlent volontiers de « conflit de générations ». Lors de leurs stages chez un médecin généraliste, les jeunes internes ont trouvé parfois le dialogue difficile avec leur maître de stage. Il leur paraissait complexe d'exprimer les aspirations et leur vision des choses, notamment sur l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle. Leurs maître de stage leur ont fait vivre leur quotidien, parfois une pratique qui n'est pas celle des nouveaux médecins généralistes, et qui a pu décourager les internes d'élaborer un projet d'installation.

La réponse à ces deux types de freins doivent faire l'objet d'un travail partenarial avec la préfecture et l'assurance maladie en ce qui concerne les modalités de rémunération, et l'ordre des médecins, l'URPS et la faculté de médecine pour les freins culturels.

3 Perspectives et pistes de réflexion : Agir dès la formation initiale et accompagner les médecins dans la construction et le déroulement de leur parcours pour favoriser l'installation

Différentes pistes d'action sont possibles afin d'adresser les obstacles et difficultés rencontrées par les médecins généralistes examinés dans l'analyse. Dans son rôle de pilote de dispositif et d'animation de réseau, l'IASS peut faire interagir les acteurs dans le sens d'une clarification du cadre d'action de chacun et ainsi favoriser une meilleure coopération (3.1). Dans son rôle d'animateur territorial et de soutien aux porteurs de projet, il peut opportunément renforcer l'accompagnement des professionnels dans le développement des structures d'exercice pluriprofessionnelles, et appuyer les patients et les élus locaux dans le changement structurel de l'organisation de l'offre de premier recours que cela induit (3.2). Enfin, en partenariat avec les acteurs concernés, il peut agir dès les premières années d'études en médecine afin d'aider à accentuer le changement amorcé d'image négative de la médecine libérale et de son exercice libéral (3.3).

3.1 Clarifier le cadre d'action de chacun et favoriser une meilleure coordination des acteurs

Ainsi que cela a été évoqué dans l'analyse, le cadre d'action dans le champ de la démographie médicale des professionnels libéraux de premier recours fait appel à une multiplicité d'acteurs dont les actions se superposent souvent par manque de coordination. Il ne ressort évidemment pas de la compétence de l'IASS de modifier le cadre juridique définissant les rôles des différents acteurs. Toutefois, à l'échelon régional comme territorial, il peut impulser des protocoles de coopération au service d'une plus grande efficacité. L'ARS doit pouvoir être affirmée dans son rôle de pilote des dispositifs à destination des zones sous-dotées. Une vision claire de l'état d'avancement des actions de chacun est la condition *sine qua non* d'un pilotage efficace et d'une distribution adéquate des moyens et des efforts.

Il conviendrait tout d'abord, en sus de la convention de coopération déjà signée avec les caisses de MSA, de signer une convention similaire avec l'assurance maladie afin de pouvoir identifier le nombre et la localisation des bénéficiaires des options « démographie » et « santé solidarité territoriale » offertes dans le cadre de la convention médicale de 2011. Ces actions sont les plus importantes en terme d'effectif du public cible et de financements dégagés. Une visibilité sur ces dispositifs est donc indispensable. Cette convention pourrait prévoir une information mutuelle régulière, sur une base trimestrielle par exemple, sous la forme de dépôt de données sur sharepoint sécurisé.

Cette mesure est peu coûteuse, ne nécessite que peu d'investissement en temps des agents, mais permet une lisibilité actualisée des actions de chacun. Ce sharepoint pourrait également intégrer par la suite les informations mutuelles partagées avec la MSA dans le cadre d'une convention tripartite.

Les élus locaux, au plus près des préoccupations de leurs administrés, mèneront des initiatives individuelles sans aucune coordination avec l'ARS s'ils estiment que celle-ci ne prend pas de mesures à la hauteur de la gravité perçue de la situation. Ces mesures peuvent être parfois coûteuses et inefficaces en raison du manque de connaissance des acteurs dans le champ. L'argument revenant souvent de la part des élus locaux est celui de l'inadaptation du zonage du SROS qui ne prendrait pas assez en compte les évolutions rapides de la démographie des médecins généralistes et la dégradation critique de la situation dans certaines zones. Il est impossible d'opérer une révision du schéma du SROS à des intervalles fréquents. Il est nécessaire de garder une fenêtre temporelle permettant de déployer et de suivre des actions cohérentes à moyen terme. Toutefois, laisser les élus locaux sans solution à court terme aboutit à une action publique dispersée. L'IASS dans son rôle d'animateur territorial pourrait leur proposer une démarche globale de recensement de ces zones, sur la base d'un diagnostic partagé, et l'établissement d'une cartographie des « zones à surveiller » actualisée tous les deux ans. Cette cartographie devra être élaborée selon une procédure plus simple que celle de la cartographie des zones sous-dotées du SROS, afin de ne pas surcharger les agents, tout en laissant une place non négligeable à la démocratie sanitaire.

Le but est d'établir une première cartographie des zones dont l'offre s'est fortement dégradée depuis l'élaboration du SROS sur la base de critères discriminants facilement quantifiables. Les données mobilisées seraient d'une part issue du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) pour le nombre de médecins généralistes par zones de premier recours, la part des plus de 55 ans, et d'autre part issues du dernier recensement sur le nombre d'habitants. Les dernières données connues de l'ARS pourraient être utilisées sur la part de personnes en ALD et la part des plus de 65 ans. L'élaboration de ce diagnostic serait confiée aux référents premier recours des DTARS. Un débat organisé dans chaque département, en lien avec les DTARS, pourrait permettre d'affiner le diagnostic et de laisser aux élus la possibilité de justifier leur entrée dans ce zonage s'ils ont des informations non connues de l'ARS ou des situations particulières le justifiant. Ces situations seraient examinées au cas par cas. L'entrée dans ce zonage pourrait être identifiée par les élus comme une reconnaissance de la gravité de la situation locale, mais également une porte d'entrée en zone sous-dotée lors de la révision du SROS. L'objectif est également d'éviter que les problématiques dans certaines zones identifiées soient simplement déplacées vers d'autres zones où auront émergé ces

mêmes problématiques. La région Champagne-Ardenne, de par ses problèmes structurels d'attractivité pourrait être particulièrement concernée par cette question. Il convient donc d'adopter une vision prospective.

L'entrée dans ces zones ne permettrait pas de bénéficier automatiquement des dispositifs spécifiques aux zones sous-dotées en raison de l'impératif de rationalisation des moyens financiers. Toutefois, à leur demande, les élus des communes situées dans ces zones pourraient bénéficier d'une évaluation de l'intérêt du dispositif qu'ils souhaitent mettre en place, mais surtout d'un accompagnement technique ponctuel par les personnels de l'ARS si un projet d'exercice coordonné porté par des professionnels de santé, et non les élus seuls, émerge sur le territoire. Un appui et un suivi par le référent premier recours des DTARS pourraient également être proposés. Ce projet ne pourrait pas bénéficier du label MSP ni des financements dédiés, mais la dynamique seule de ce type de structure peut permettre d'attirer de nouveaux médecins généralistes. Ce type de structure existe déjà dans la pratique, et la recenser doit également être un des objectifs de l'ARS.

Une action plus globale et complémentaire pourrait être proposée : l'envoi d'un courrier explicatif aux présidents des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) présentant les missions de l'ARS, parfois inconnues des élus, et l'importance d'une action publique cohérente. Cette lettre les inviterait surtout à faire connaître à l'ARS les actions qu'ils ont mises en place dans leur commune afin de faciliter la venue d'un jeune généraliste ou la reprise d'un cabinet existant. La réponse pourrait être proposée via un formulaire en ligne afin d'éviter un travail de saisine chronophage pour les agents de l'ARS. En cas de non réponse, une relance téléphonique pourrait être réalisée par les DTARS. La liste exhaustive des aides ainsi constituée pourrait bénéficier d'une grande visibilité par sa publication sur la PAPS.

Il convient également de donner une plus grande visibilité aux actions menées par les associations d'internes en médecine générale et l'association Champ'AGJIR. Celle-ci regroupe les jeunes généralistes installés et les remplaçants de la région dans la dynamique du Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR). L'association Champ'AGJIR a pour objet général d'accompagner les nouveaux généralistes champardennais dans leur exercice. Pour ce faire, elle organise notamment aujourd'hui des rencontres confraternelles autour de la médecine générale et des formations ciblées sous forme de café débat tous les deux mois. L'IASS, dans son rôle d'animateur territorial pourrait accompagner, renforcer et donner plus de visibilité aux actions de l'ARS qui répondent au besoin de rompre l'isolement exprimé par les nouvelles générations de généralistes. Les remplaçants sont un vivier de futurs installés. Le contact avec de jeunes installés, leurs conseils, pourraient

faciliter leur propre installation, de même pour les internes. Cette source confraternelle, émanant de professionnels directement concernés par les difficultés redoutées, aura plus d'impact que les messages institutionnels. Les regroupements de professionnels, monodisciplinaires comme pluridisciplinaires, émergent le plus souvent des relations interpersonnelles, celles-ci pourraient en constituer le cadre. L'intervention de l'IASS pourrait se matérialiser par un appui technique et logistique, l'association ne disposant pas nécessairement de moyens très développés dans ces domaines. L'IASS pourrait relayer ses actions via une plus grande visibilité sur la PAPS, ou assurer un relai auprès des jeunes généralistes et internes en fin de cursus via les référents en DTARS. L'ARS pourrait elle-même communiquer sur les actions de l'association dans ses newsletters, ou lors de ses diverses interventions. L'IASS pourrait partager ses compétences en matière d'animation de débat public et pourrait proposer une transformation progressive des cafés débats en ateliers sur le modèle de ceux organisés pendant les journées de l'installation. Ayant une connaissance fine des territoires et des personnalités compétentes, il pourrait les amener à échanger avec les généralistes présents.

Il n'existe pas de données chiffrées sur la région Champagne-Ardenne, mais l'impression des internes et des jeunes médecins interrogés est que les aides à l'installation sont peu connues de leurs pairs. L'association pourrait servir de relai en ce sens. L'IASS pourrait également devenir un facilitateur en fournissant des informations et supports à diffuser.

3.2 Renforcer l'accompagnement des professionnels dans le développement des structures pluriprofessionnelles, et appuyer les patients et les élus locaux dans le changement structurel de modèles de soins de premier recours

L'effort principal doit porter sur l'accompagnement du développement des MSP et des structures d'exercice coordonné en général, levier incontournable de l'attractivité des zones sous-dotées, qu'elles soient situées en zone rurale ou en zone urbaine difficile. La Lorraine expérimente le développement de telles structures depuis 2004 en tant que région pilote. 32 MSP et pôles de santé pluridisciplinaires ont été développés en 10 ans¹⁵⁶, et ils ont permis d'enrayer le déclin de la démographie des médecins généralistes dans certaines zones sous-dotées connaissant des problématiques géographiques et

¹⁵⁶ ARS LORRAINE, Pacte santé territoire, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins, bilan en Lorraine, juin 2014, p.15, disponible sur http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SA/NTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/ Pacte_Territoire_Sante_-Bilan_en_Lorraine-Juin2014.pdf, consulté le 14/01/2015

socio-économiques similaires à celle de la Champagne-Ardenne, notamment le département de la Meuse qui lui est limitrophe.

Le frein le plus notable au développement de ces structures est celui de la lourdeur des procédures administratives liée au passage systématique par un appel à projets. L'IASS, familier de l'organisation administrative et l'appui technique aux porteurs de projet, pourrait dans son rôle de coordonnateur et d'animateur tenter d'initier une simplification des procédures d'appel à projet. Le comité de sélection régional étant coprésidé par le préfet de région, il pourrait être opportun d'organiser une réunion de travail sur cette thématique avec les personnes référentes dans chaque structure, des représentants de la fédération des maisons de santé en Champagne-Ardenne (FEMACHAMP). Cette procédure simplifiée pourrait ne s'appliquer qu'aux appels à projet concernant des évolutions de structures existantes, qui constituent aujourd'hui la majorité des dossiers examinés. Cette procédure pourrait comporter un allègement du dossier et des pièces à fournir, et leur permettre de compléter eux même des grilles d'analyse, contrôlées par la suite par un agent de l'ARS. Cela pourrait à terme raccourcir le délai d'instruction des demandes, et ne pas décourager les professionnels de proposer des protocoles de coopération innovants.

Afin de donner encore plus de visibilité aux MSP et de les rendre encore plus attractives, il pourrait être imaginé des projets de coordination de plusieurs MSP, ou même leur constitution en pôle de santé. De nouveaux protocoles thérapeutiques pourraient être mis en œuvre en raison de l'atteinte d'une certaine taille critique. Ces projets de coordination pourraient également être un atout afin de renforcer le lien ville-hôpital avec le centre hospitalier (CH) ou l'hôpital local. L'IASS, dans son rôle de technicien et d'animateur territorial a toute sa place dans l'accompagnement de ces dynamiques qu'il pourrait suggérer aux porteurs de projet. Celles-ci ne pourraient se faire qu'avec l'adhésion des professionnels de santé qui porteraient eux-mêmes le projet. L'ARS ne serait qu'en soutien, comme dans le cadre des projets classiques de MSP. Ces structures de taille critique pourraient développer des permanences de consultations de médecins généralistes au sein d'antennes dans des communes isolées où la population connaît des difficultés de déplacement. Le département de l'Aube, particulièrement dynamique dans le développement des MSP pourrait en être le département pilote. En effet, les MSP de Marigny-le-Chatel, Nogent-sur-Seine et la Chapelle-St-Luc et Aix-en-Othe se situent dans la même zone géographique et pourraient développer un tel dispositif. La zone étant dynamique d'un point de vue démographique du fait de sa proximité avec l'Île de France elle pourrait servir de modèle de redynamisation. Toutefois, les MSP concernées par ce

type de projet doivent avoir assez de maturité et d'assise. Il convient donc de ne pas y inclure les MSP n'ayant pas au moins quelques années de fonctionnement.

En ce qui concerne, les zones sous-dotées dans lesquelles aucune dynamique de MSP n'a émergé, l'ARS a déjà entamé en partenariat avec le secrétariat général aux affaires régionales (SGAR) une démarche proactive (DPA). Elle consiste en des réunions départementales organisées par l'ARS avec des maires des communes et les présidents des EPCI concernés, suivies de réunions avec les professionnels de santé du territoire. Le but est faire connaître l'ARS, de faire identifier son rôle et d'élaborer ensemble un diagnostic territorial partagé, de les informer sur les aides à l'installation et de voir avec les élus locaux où pourraient naître des dynamiques. Des représentants d'associations d'internes, de jeunes médecins généralistes et/ou de la FEMACHAMP sont présents et permettent des échanges sur les aspirations des jeunes médecins généralistes. Ces réunions s'étant déroulées durant le mois d'octobre 2014, il est impossible d'en tirer aujourd'hui un bilan. Un IASS en poste s'inscrirait dans cette démarche proactive et innovante dans son rôle d'animation territoriale.

En complément de celle-ci il pourrait être opportun de proposer l'installation de MSP dans les locaux des hôpitaux, qui du fait des problématiques de mise aux normes d'accessibilité des cabinets médicaux rencontrés par certains praticiens, pourraient constituer un levier de développement de ces structures, proches du milieu hospitalier et pouvant donc potentiellement attirer des internes en médecine générale en fin de cursus universitaire.

Il convient également d'impulser le développement du protocole ARESPA, développé par une association franc-comtoise du même nom¹⁵⁷, qui devrait être expérimenté par un réseau de santé en Champagne-Ardenne en 2015. Ce protocole permet pour les généralistes d'avoir un interlocuteur unique clairement identifié, salarié de la plateforme ARESPA, chargé de gérer les incidences de la maladie dans la vie du patient. Le référent a pour mission d'évaluer les composantes additionnelles de la prise en charge médicale (médico-sociale, matérielle, financière, psychologique et environnementale). Il propose ensuite un plan d'appui aux soins en mobilisant les partenaires locaux adaptés. Cela permet au médecin traitant une prise en charge globale du patient sans induire un travail supplémentaire important. Cela est particulièrement important en zone rurale où le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié des patients pour ce type de situation.

Il convient également de mener des actions d'accompagnement au changement et de pédagogie à destination des élus locaux sur la transformation du modèle des soins de premier recours qui est en train de s'imposer, particulièrement en zone rurale. C'est là

¹⁵⁷ Document interne de l'ARS

également une des facettes de la mission d'animation territoriale de l'IASS. Le modèle d'un médecin généraliste par commune semble aujourd'hui difficile à maintenir ou à recréer. Le modèle qui va prévaloir sera celui d'une MSP par bourg-centre. Il convient d'accompagner la réflexion des élus locaux, notamment sur le développement d'un système de navettes ou de transport à la demande adapté aux personnes à mobilité réduite et à l'état de santé des personnes fragiles. Il convient donc d'impulser une dynamique sur une échelle territoriale plus vaste que la seule compétence de chacun, dynamique qui s'inscrit dans le cadre plus général de transfert de compétences des communes vers les EPCI.

3.3 Agir dès les premières années de formation initiale des médecins

A la source de la problématique de démographie des médecins généralistes, on retrouve la persistance de son image négative de la spécialité dans les représentations véhiculées en faculté de médecine. Le partenariat entre l'ARS Champagne-Ardenne et la faculté de médecine de Reims est donc essentiel.

La réalisation de SASPAS est un des facteurs déclencheurs essentiels de l'installation des médecins généralistes. Une étude réalisée par un interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine dans l'interrégion nord-est, Champagne-Ardenne inclus, auprès de remplaçants montre que 72 % des étudiants ayant effectué un SASPAS ont l'intention de s'installer. Sur ce même échantillon, ce chiffre tombe à 56 % pour les remplaçants n'ayant pas effectué ce stage¹⁵⁸.

Malgré une forte demande des internes, la région manque de terrains de stage. Ont été invoquées comme raison de refus par les médecins le manque de temps pour se consacrer à une telle tâche, ou l'impression de ne pas rémunérer à sa juste valeur un soignant qui effectue le même travail qu'eux.

Il convient ainsi de travailler en partenariat avec la faculté de médecine de Reims et l'UPRS médecins afin que ceux-ci organisent des réunions de sensibilisation au rôle de maître de stage. Il serait possible de renforcer le rôle de maître de stage dans l'accessibilité des soins, en faisant la promotion des enjeux de ce rôle dans le recul des déserts médicaux, en faisant des acteurs concrets dans la lutte contre cette problématique qu'ils dénoncent vigoureusement. L'IASS pourrait apporter son appui dans ces réunions avec son expertise sur le diagnostic chiffré et l'évolution des zones sous-

¹⁵⁸ SALMON JL, Le retard à l'installation des médecins généralistes thésés dans l'interrégion nord-est, 2009, thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine, faculté de médecine de Reims, p.47

dotées. Ces réunions pourraient se dérouler dans les sous préfectures, au plus proche des praticiens afin de s'assurer d'une présence minimale. L'impact de cette action sera toutefois assez limité. Inclure les MSP, pourrait s'avérer bien plus efficace à plus long terme.

En effet, Il convient également de travailler en partenariat avec la faculté sur la diversification des terrains de stage afin que les internes en médecine générale puissent à moyen terme avoir réalisé au moins un stage en MSP. Les retours de stage mitigés de certains étudiants ayant découvert la pratique libérale avec des médecins généralistes ayant une pratique différente de celle à laquelle aspirent les nouvelles générations de généralistes incitent à une diversification des terrains de stage. Cela reflèterait la richesse de l'exercice libéral, notamment les possibilités de coopération pluriprofessionnelle. Cela ne sera possible qu'une fois l'achèvement de la plupart des MSP en projet. Celles-ci étant par nature des lieux de formation des internes, cette proposition ne présente pas d'obstacles majeurs.

Conclusion

Bien que la démographie des médecins généralistes soit une problématique d'ampleur nationale, la situation en région Champagne-Ardenne y est plus préoccupante qu'ailleurs du fait notamment du déficit d'attractivité de la région. Il n'existe aucune perspective d'amélioration spontanée de cette situation dégradée et c'est là tout le sens des missions d'organisation des soins ambulatoires de l'ARS. Ce champ ne comprend presque aucune mission régaliennne ou d'application de mesure contraignante, c'est notamment aux IASS de mener des actions d'animation territoriale au plus près des acteurs de terrain afin de susciter les changements nécessaires. La priorité doit être donnée au développement d'outils innovants afin de mieux répondre aux nouvelles attentes des médecins généralistes, aspirant à dégager du temps pour leur vie personnelle tout en ayant une pratique permettant de donner tout son sens au mot de soignant. Le modèle de médecine générale libérale qui s'est imposé depuis 1945 n'apparaît plus aujourd'hui soutenable à long terme. La ruralité restera la ruralité et aujourd'hui elle n'attire plus les jeunes généralistes. On se dirige vers un modèle d'exercice regroupé pluriprofessionnel, avec une MSP par bourg-centre. Les MSP constituent à ce titre un des leviers les plus pertinents pour attirer de nouveaux médecins généralistes dans les territoires déficitaires.

J'ai pu choisir moi même ce thème de mémoire et sa réalisation a été particulièrement enrichissante d'un point de vue personnel comme professionnel. Les rencontres avec des médecins généralistes comme des agents des différentes ARS m'ont permis de comprendre que chacun d'eux était animé par la même envie de mettre ses connaissances et son savoir-faire service des citoyens, qu'ils soient patients ou usagers.

Ce mémoire m'a également permis de me confronter à la réalité du travail des IASS affectés en DTARS dans un département rural.

Au terme de la rédaction de ce mémoire, il apparaît que cette étude aurait pu être complétée par l'examen des déterminants à l'installation des IDE et des autres professionnels paramédicaux afin de pouvoir mieux évaluer la typologie des territoires où une dynamique de MSP pourrait émerger. De même, les motivations des étudiants en médecine auraient pu être affinées grâce à des entretiens avec des étudiants actuellement en formation et le responsable de la filière médecine générale.

Sources et bibliographie

➤ Textes législatifs et réglementaires

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

CODE DE LA SECURITE SOCIALE

CODE GENERAL DES IMPOTS

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, journal officiel, 22 juillet 2009, n°0167, p.12184

LOI n°2002-73 de modernisation sociale, 17 janvier 2002, journal officiel, 18 janvier 2002, p.1008

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Décret n°2004-67 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, 16 janvier 2004, journal officiel, n°15 du 18 janvier 2004, p.1394

DECRET n°2011-954, modifiant certaines dispositions à l'usage du troisième cycle des études médicales, 10 août 2011, journal officiel, 12 août 2011, n°0186, p.13860

DECRET n°2010-735 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales, article 6, 20 juin 2010, journal officiel, 1 juillet 2010, n°0150, p.11932

DECRET n° 2013-736 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale, 14 août 2013, journal officiel, 13 août 2013, n°0189, p.13969

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Arrêté fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales

en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire, 10 juillet 2014 Journal officiel, n°0159 du 11 juillet 2014, p.11516

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Arrêté déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, 10 juillet 2014, journal officiel, 13 juillet 2014, n°0161, p.11794

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, 22 septembre 2011, journal officiel, n°0223 du 25 septembre 2011, p.16080

ARS CHAMPAGNE-ARDENNE, ARRETE n°2014-704 portant autorisation du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers délégués validés par des médecins, recueil des actes administratifs Champagne-Ardenne, 11 juillet 2013, n°12, p.16

MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, CIRCULAIRE N°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circul_guide_methodo_sros_prs_V3_010811-pddf.pdf, consulté le 10/11/2014

MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ESPACE RURAL ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, CIRCULAIRE, Lancement d'un plan d'équipement de maisons de santé pluridisciplinaires, 27 juillet 2010 disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_p_lan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf, consulté le 10/12/2014

CONVENTION NATIONALE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LIBERAUX, Avenants n°1 et 3, JO du 25 juillet 2007, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/infirmier-convention.pdf, consulté le 02/01/2015

➤ **Productions de l'ARS Champagne-Ardenne**

AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, 2012, Plan stratégique régional de santé, disponible sur [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/PSRS - version finale.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/PSRS_-_version_finale.pdf), consulté le 01/11/2014

AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, 2012, Schéma régional de l'organisation des soins, volet ambulatoire, disponible sur http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/composantes/SROS_OK.pdf, consulté le 01/11/2014

ARS CHAMPAGNE ARDENNE, Bilan 2013 du pacte territoire santé, 2014, disponible sur <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Bilan-du-Pacte-Territoire-Sant.171021.0.html>, consulté le 10/01/2015

ARS CHAMPAGNE-ARDENNE Appel à projets 2014 pour les structures d'exercice coordonné pluri professionnelles, Cahier des charges, disponible sur http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/Actus_2014/AAP_MSP_2014/CahierdeschargesAppel_projet_2014.pdf, consulté le 20/12/2014

➤ **Ouvrages, rapports et thèses**

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, Atlas de la démographie médicale, 2014, 8^e édition, disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf, consulté le 30/11/2014

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2013, Atlas régional de la démographie médicale, 3^e Edition, disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/champagne_ardenne_2013.pdf, consulté le 30/11/2014

COUR DES COMPTES, Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, chapitre 5, la répartition territoriale des médecins libéraux, p.147-171, disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546/0000.pdf>, consulté le 07/01/2014

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Rapport 2010-2011, Tome 3, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens_orthophonistes_medecins_en_formation.pdf, consulté le 02/01/2015

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre les professionnels de santé, 2008, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_cneh_etude_finale_2008_04_16_12_26_17_32.pdf, consulté le 24/12/2014

A.DECORDE, Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin, 2011, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine générale, faculté de médecine de Grenoble, disponible sur <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242/document>, consulté le 15/12/2015

J-L SALMON, Le retard à l'installation des médecins généralistes thésés dans l'interrégion nord-est, 2009, thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine, faculté de médecine de Reims, disponible sur <http://www.youscribe.com/catalogue/tous/sante-et-bien-etre/medecine/these-524225>, consulté le 12/01/2015

➤ **Articles et périodiques**

S. RIGOLLOT, M. SALIOU, Projection de population en Champagne-Ardenne, INSEE Flash Champagne-Ardenne, janvier 2011, n°129, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=17089, consulté le 10/01/2015

DELATTRE E, SAMSON A-L, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 455-456, 2012, stratégie de location des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ?, disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455G.pdf, consulté le 05/12/2014

GAZETTE SANTE SOCIAL, La loi Fourcade, correctif de la loi HPST ?, 15 juillet 2011, disponible sur <http://www.gazette-sante-social.fr/824/loi-fourcade-2011-correctif-loi-hpst>, consulté le 14/12/2014

DORMONT B, SAMSON AL, 2008, Démographie médicale et carrière des médecins généralistes, Economie et statistiques, n°414, disponible sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2008_num_414_1_7026, consulté le 20/12/2014

A-C HARDY DUBERNET, C GADEA, DREES, De faire médecine à faire de la médecine, Série et études, n°53, octobre 2005, p.125-126

DREES, Etudes et résultats, Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2013, octobre 2014, n°894, p.4

CHEVILLARD G. et al, Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, Questions d'économie de la santé , n°190, septembre 2013, p.2, disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>, consulté le 19/12/2014

FOURNIER C, FRATTINI M-O, Questions d'économie de la santé, n°200, juillet aout 2014, Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et les pôles de santé, p.5, disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>, consulté le 02/01/15

J.-M. B., « De Rousies, Danielle Paul enfourche mercredi son vélo de bataille contre les déserts médicaux », la Voix du Nord, 28 septembre 2014, disponible sur <http://www.lavoixdunord.fr/region/de-rousies-danielle-paul-enfourche-mercredi-son-velo-de-ia23b44399n2404540>, consulté le 31/10/2014

M. BETTI-CUSSON, 2011, Combien gagnent vraiment les médecins, Le Figaro (en ligne), disponible sur <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/17/16305-combien-gagnent-vraiment-medecins>, consulté le 02/01/2015

INSEE FR, Densité des professionnels libéraux de la santé au 1^{er} janvier 2013, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=13&ref_id=santc06107, consulté le 10/01/2015

INSEE.FR, En résumé- Champagne-Ardenne, disponible sur <http://www.insee.fr/fr/regions/champagneardenne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>, consulté le 23/12/2014

INSEE.FR, Recensement de la population de 2006, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=14230, consulté le 23/12/2014

INSEE.FR, Espérance de vie et le vieillissement de la population, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=17764}}}&page=insee_dossier/id34_dd/id34_defi7_vie.htm, consulté le 21/12/2014

➤ **Colloques et discours**

AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE-ARDENNE, Colloque régional sur l'hospitalisation à domicile, 2 octobre 2013

M. TOURRAINE, ministre en charge de la santé, discours de lancement du pacte territoire santé, 13 décembre 2012, disponible sur <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/lancement-du-pacte-territoire,15465.html>, consulté le 02/01/2015

➤ **Sites internet**

MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2013, disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>, consulté le 10/01/2015

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Pacte territoire santé, Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014, dossier de presse, 10 février 2014, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_fevrier_2014.pdf, consulté le 20/12/2014

SANTE .GOUV, CESP, foire aux questions, <http://www.sante.gouv.fr/cesp-la-foire-aux-questions-medecine.html#generalites>, consulté le 16/12/14

SANTE. GOUV, PTMG? Vos questions, nos réponses, <http://www.sante.gouv.fr/ptmg-vos-questions-nos-reponses.html#Q3>, consulté le 20/12/14

DATAR.GOUV, Plan de développement de 250 maisons de santé en milieu rural, disponible sur <http://www.datar.gouv.fr/plan-de-developpement-de-250-maisons-de-sante-en-milieu-rural>, consulté le 05/01/2015

SERVICE-PUBLIC.FR, Les conditions de création d'une pharmacie, disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F13777.xhtml>, consulté le 23/12/2014

CONSEIL GENERAL DE L'AUBE, Des mesures destinées à améliorer la densité médicale dans l'Aube, <http://www.cg-aube.fr/Actualite/335/6-sante-social.htm>, consulté le 21/12/2014

AMELI.FR, Fiche option démographie, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_OPTION_DEMOGRAPHIE.pdf, consulté le 16/12/2014

AMELI.FR, Fiche option santé solidarité territoires, disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_OPTION_SST.pdf, consulté le 16/12/14

AMELI.FR, Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine, 20 décembre 2013, disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole_calvados.php, consulté le 10/01/2015

AMELI.FR, Rémunération forfaitaire par consultation pour le suivi de personnes âgées, disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-calvados/vous-informer/forfait-de-suivi-des-personnes-agees-mpa_calvados.php, consulté le 10/01/2015

ARS POITOU-CHARENTE, NMR, nouveaux modes de rémunération, disponible sur <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Nouveaux-Modes-de-Remuneration.84620.0.html>, consulté le 02/01/2015

ARS LORRAINE, Pacte santé territoire, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins, bilan en Lorraine, juin 2014, p.15, disponible sur http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/Pacte_Territoire_Sante_-_Bilan_en_Lorraine-Juin2014.pdf, consulté le 14/01/2015

FEDERATION FRANCAISE DES MAISONS DE ET POLES DE SANTE, L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration>, consulté le 20/01/2015

Liste des annexes

Annexe 1 : Cartographie des zones prioritaires du SROS

Annexe 2 : Cartographie de la variation des effectifs de médecins généralistes en Champagne-Ardenne sur la période 2007-2014 et variation de population

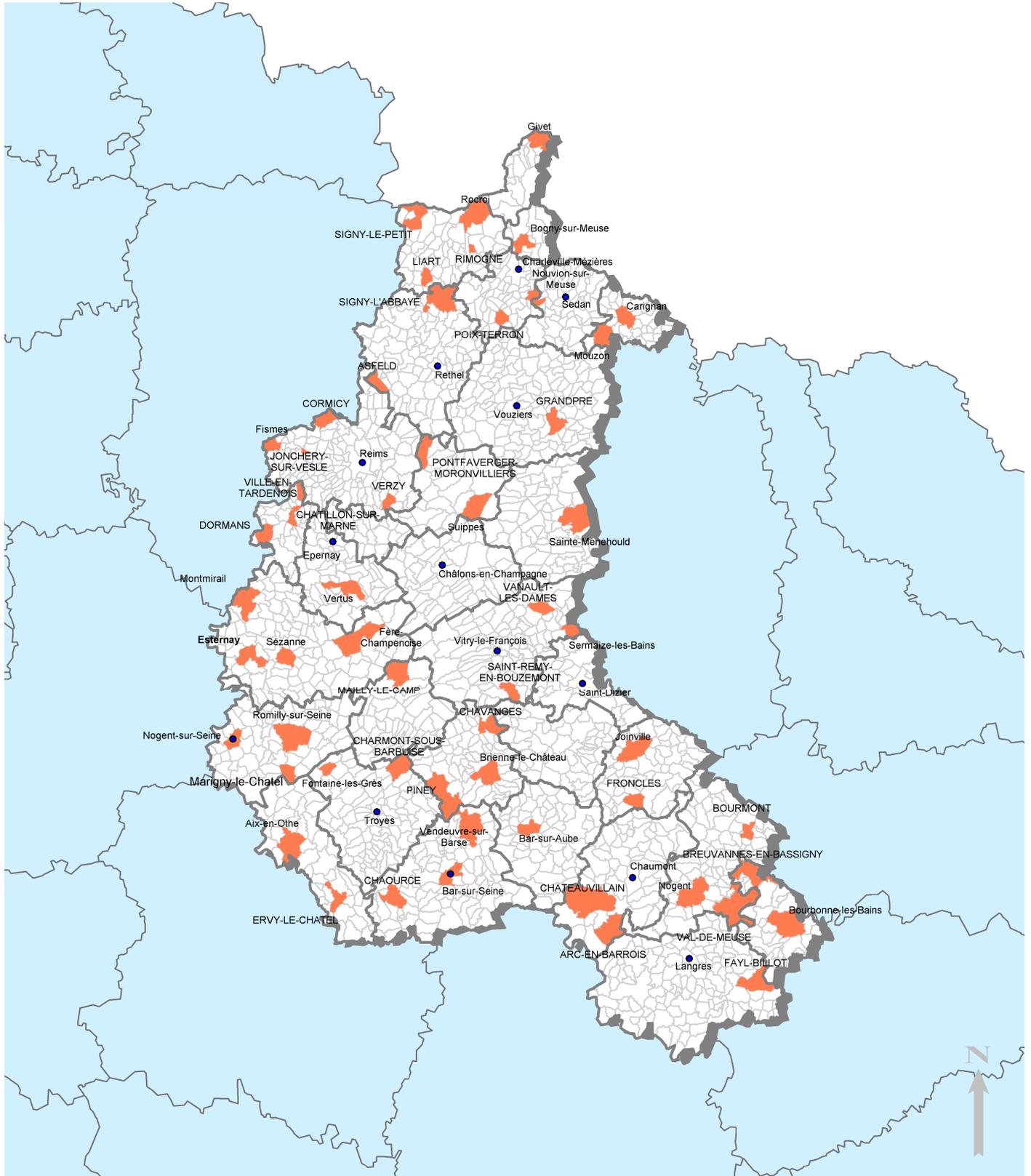
Annexe 3 : Cartographie de la densité des médecins généralistes libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants en Champagne-Ardenne

Annexe 4 : Cartographie des MSP en Champagne-Ardenne

Annexe 5 : Grilles d'entretien

Annexe 6 : « Echantillons » de la grille d'analyse utilisée

Ciblage des zones prioritaires

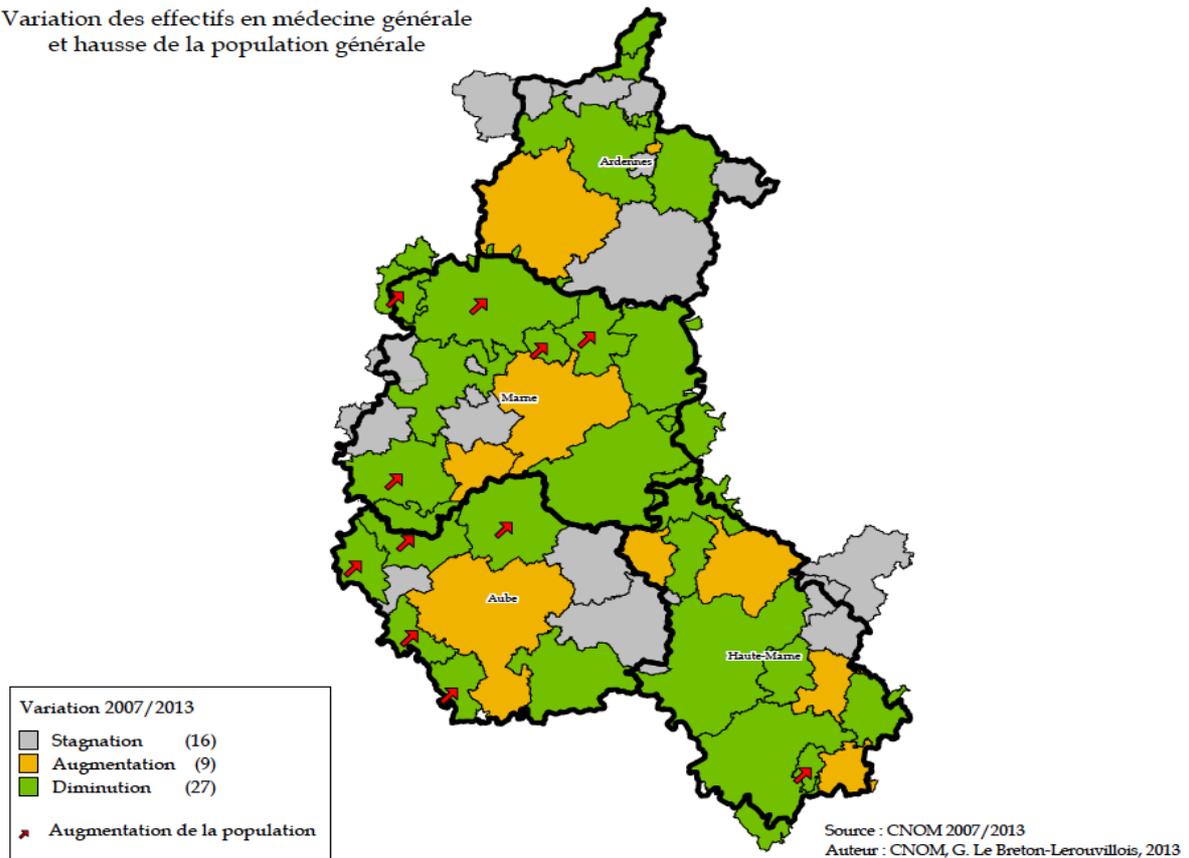


Source : ARS / OSA / eo - zones prioritaires

- Zones prioritaires
- Contour des territoires de 1er recours
- Préfectures / sous-préfectures

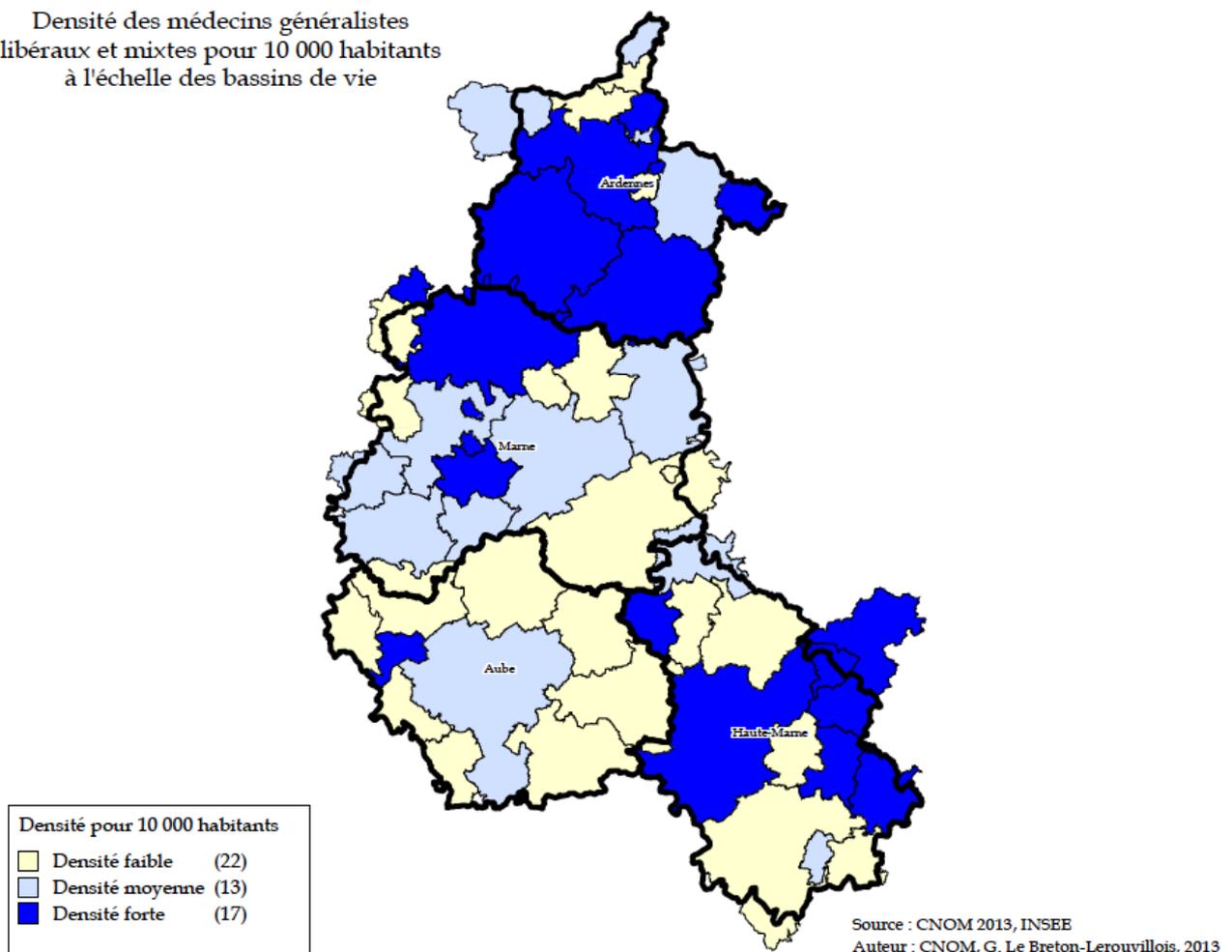
Annexe 2

Variation des effectifs en médecine générale
et hausse de la population générale

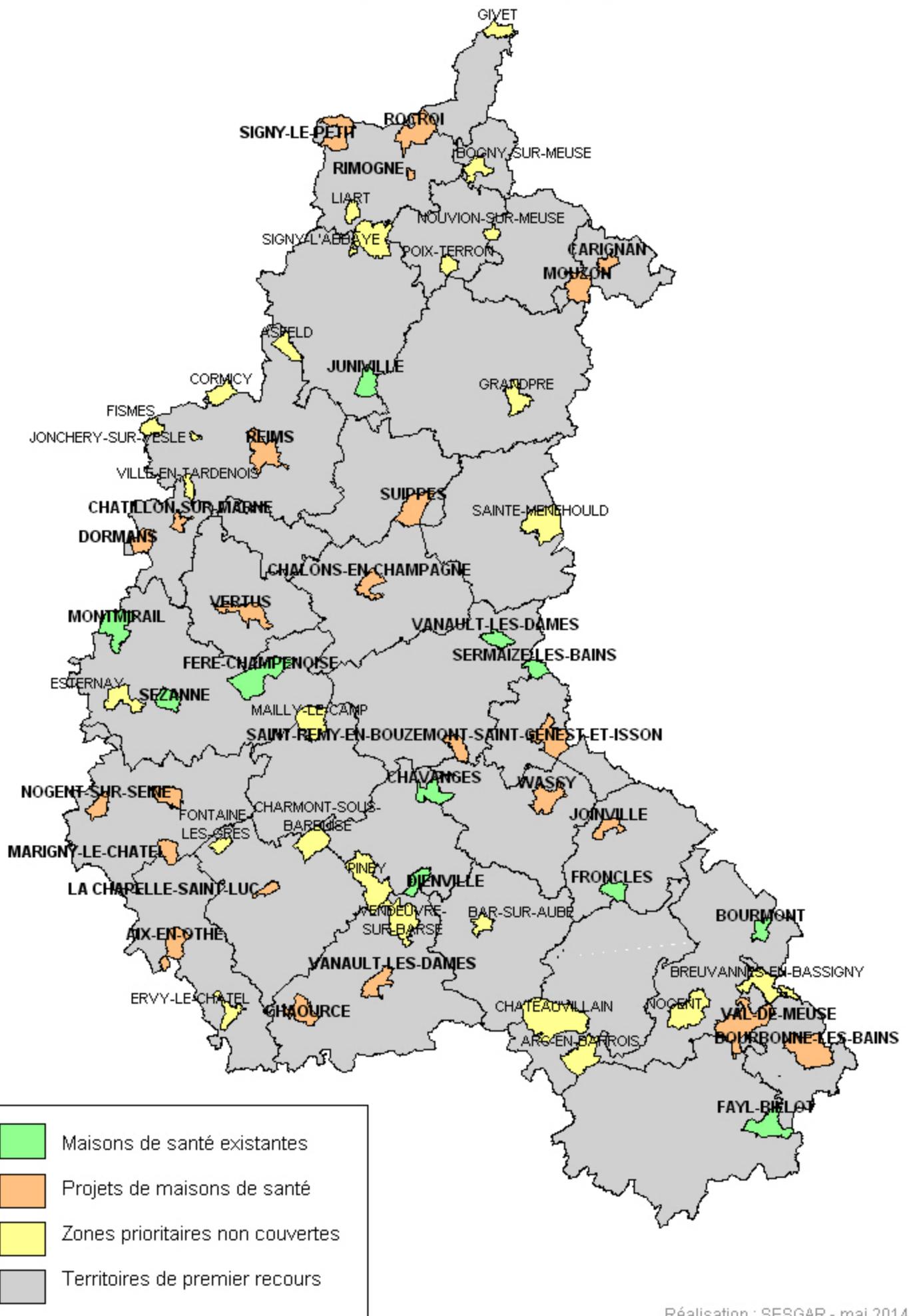


Annexe 3

Densité des médecins généralistes
libéraux et mixtes pour 10 000 habitants
à l'échelle des bassins de vie



Les MSP existantes et en projet en Champagne-Ardenne en 2014



Grille d'entretien URPS Médecin

La formation des médecins généralistes :

Est-ce que la médecine générale fait peur aux étudiants (notamment car elle va beaucoup plus loin qu'un simple « acte technique ») ? Est-elle vue comme moins rémunératrice ? Valorisante ?

Est-ce qu'il est possible de trouver un nombre suffisant de terrains de stage pour les SASPAS ? Quels sont les freins ?

Quel est l'impact de la journée de l'installation sur les étudiants ? Avez-vous eu des retours des étudiants ?

La première installation :

La question est-elle aujourd'hui plutôt celle de l'installation des médecins en zone déficitaire ou le problème d'un manque d'installation en général des médecins généralistes ?

Quels sont les motifs qui donnent aux jeunes médecins généralistes l'envie de s'installer ? La relation avec les patients par exemple ? L'envie de travailler de manière indépendante ? Quel est le poids de chaque type de critère (économique, qualité de vie etc) dans le choix du lieu d'installation ?

Quelles sont les principales difficultés rapportées par les praticiens nouvellement installés (notamment au niveau administratif) ?

L'exercice de la médecine générale:

Quelles sont aujourd'hui les aspirations des médecins généralistes ? Envie de s'inscrire encore plus dans une dimension globale de la santé, la prévention et la promotion de la santé par exemple ?

Que pensez-vous du principe du paiement à l'acte? Est-il encore pertinente compte tenu des évolutions des modes d'exercice ?

Pensez-vous que les mesures du pacte santé territoire vont avoir un effet incitatif ou vont les bénéficiaires sont des personnes qui étaient déjà décidées à s'installer et elles constituent ainsi juste des mesures facilitatrices ?

Questions générales :

Pensez-vous qu'il serait judicieux de limiter la liberté d'installation comme cela est actuellement le cas pour certaines professions paramédicales ? Quels en seraient les « effets pervers » ?

Quels seront selon vous les impacts de la future loi de santé, et notamment la création d'un service territorial de santé ?

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures d'incitation financières ? D'autres mesures comme l'accompagnement, l'incitation au développement des modes d'exercice regroupés doivent-ils être préférés ?

Grille entretien interne en médecine générale

Quelles ont été vos motivations dans le choix de la médecine générale ?

Quel est votre projet à l'issue de vos études ? Comment s'est-il construit ? Avez-vous effectué un SASPAS ?

Pensez-vous que votre formation est adéquate pour vous préparer à votre futur métier ?

Quels sont selon vous les avantages à l'installation en cabinet libéral ? Quels en sont les inconvénients ?

Quel est le poids de chaque type de critère (économique, qualité de vie etc) dans le choix du lieu d'installation ?

Souhaiteriez-vous rejoindre une équipée exerçant en MSP ? Participer au montage d'un projet ?

Que pensez-vous du principe du paiement à l'acte? Est-il encore pertinente compte tenu des évolutions des modes d'exercice ?

Pensez-vous que les mesures du pacte santé territoire vont avoir un effet incitatif ou vont les bénéficiaires sont des personnes qui étaient déjà décidées à s'installer et elles constituent ainsi juste des mesures facilitatrices ?

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures d'incitation financières ? D'autres mesures comme l'accompagnement, l'incitation au développement des modes d'exercice regroupés doivent-ils être préférés ?

Pensez-vous qu'il serait judicieux de limiter la liberté d'installation comme cela est actuellement le cas pour certaines professions paramédicales ? Quels en seraient les « effets pervers »?

Grille entretien Dr L., Médecin généraliste exerçant en MSP

Attention entretien de 20 minutes seulement !

Autour de quel projet est articulé la MSP ?

Quels ont été les principaux obstacles à la création de la MSP ?

Qu'est ce qui vous a motivé personnellement à exercer en MSP ?

Pensez-vous que ce nouveau mode d'exercice permette d'avoir une influence significative sur le nombre d'installations ? Sur l'âge de la première installation ?

Est-ce que l'exercice coordonné permettrait de renforcer l'attrait de la médecine générale ?

Grille entretien référent premier recours

Quels sont les atouts et les faiblesses de votre département en matière d'attractivité des médecins généralistes ?

Quelles sont les zones plus préoccupantes ? Pourquoi ?

Quelles actions dans les zones non prioritaires mais où il existe un fort déficit de médecins généraliste ? Comment impulser une dynamique sur ces territoires ?

Est-ce que le recours à des médecins étrangers est une solution pour créer une dynamique sur le territoire ?

Quels sont les premiers résultats du pacte santé territoire ?
Pour les PTMG, est-ce que les bénéficiaires sont principalement des médecins déjà installés ou des médecins non encore installés ?

Quelles sont les perspectives pour 2014/2015 ?

Qu'en est-il au niveau de la création des maisons de santé ? Quels sont les obstacles en pratique ?

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures d'incitation financières ? D'autres mesures comme l'accompagnement, l'incitation au développement des modes d'exercice regroupés doivent-elles être préférées ?

Questions générales et perspectives

Que pensez-vous du principe du paiement à l'acte ? Est-il encore pertinent compte tenu des évolutions des modes d'exercice ?

Pensez-vous qu'il serait judicieux de limiter la liberté d'installation comme cela est actuellement le cas pour certaines professions paramédicales ? Quels en seraient les « effets pervers » ?

Quels seront selon vous les impacts de la future loi de santé, et notamment la création d'un service territorial de santé ?

Grille d'entretien ARS Lorraine

Caractéristiques générales de la région :

Quelles sont les principales caractéristiques de la région au niveau de la répartition des médecins généralistes libéraux ?

Quels sont les territoires les plus dotés/sous dotés ?

Quel impact a eu le passé minier de la Lorraine en matière d'offre de soins ? Quelles bonnes pratiques peut-on en retirer et développer aujourd'hui ?

Est-ce qu'il existe des programmes spécifiques pour certains territoires ?

Quelles actions pour les zones non prioritaires où il n'y a pas assez de professionnels pour instaurer une dynamique, mais où il existe de réels besoins car il n'y a presque plus ou plus de médecins généralistes installés ?

La formation des médecins généralistes :

Est-ce que le nombre de postes d'internes en médecine générale est en adéquation avec les besoins ? Est-ce qu'il existe une fuite des diplômés vers d'autres régions ?

Est-ce qu'il est possible de trouver un nombre suffisant de terrains de stage pour les SASPAS ?

Les actions de communication en faculté de médecine sont-elles efficaces ?

La première installation :

Quelles sont les principales difficultés rapportées par les praticiens nouvellement installés (notamment au niveau administratif) ? Comment peut-on agir au niveau de l'ARS siège ?

Quels sont les résultats des mesures du pacte santé territoire en région (notamment CESP et PTMG) ? Pour les PTMG, est-ce que les bénéficiaires sont principalement des médecins déjà installés ou des médecins non encore installés ?

Quelles sont les perspectives pour 2014/2015 ?

Est-ce que l'ARS Lorraine a mis en place des actions spécifiques pour l'accompagnement des médecins libéraux dans leur première installation ?

L'exercice de la médecine générale:

Le SROS évoque de nombreux projets de MSP, qu'en est-il aujourd'hui ?

Quelles sont les principaux freins à la création de MSP ?

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures d'incitation financières ? D'autres mesures comme l'accompagnement, l'incitation au développement des modes d'exercice regroupés doivent-ils être préférés ?

Que pensez-vous du principe du paiement à l'acte? Est-il encore pertinente compte tenu des évolutions des modes d'exercice ?

Questions générales :

Avec quels partenaires travaille l'ARS Lorraine sur ces questions ?

Pensez-vous qu'il serait judicieux de limiter la liberté d'installation comme cela est actuellement le cas pour certaines professions paramédicales ? Quels en seraient les « effets pervers »?

Quels seront selon vous les impacts de la future loi de santé, et notamment la création d'un service territorial de santé ?

Plateforme PAPS CA	<p>Mise en place d'une plateforme régionale qui centralise toutes les informations relatives au mode d'exercice, à l'installation.</p> <p>Déploiement d'une PAPS V.2 2e trimestre 2015 avec 6 régions pilotes. Refonte graphique complète, plus conviviale. Regroupe également les annonces de remplacement (aujourd'hui sur le site rempla'champ), la liste des terrains de stage agréés.(1) A terme : constitution de dossiers en ligne pour l'installation => guichet unique en ligne.</p>	(1) Note interne de l'ARS à la suite des journées des référents installation 11 septembre 2014
Référent installation unique	<p>Référent installation au niveau régional en CA. Chargé de centraliser l'ensemble des aides pour l'installation des PS (médecins généraux, spécialistes et les paramédicaux).</p> <p>Mis en place par le pacte territoire santé, installation des référents au 1 février 2013 (1). Picardie : Référent installation au siège. Les personnels des DT n'ont pas de lien hiérarchique avec les DT, uniquement avec le siège.</p> <p>Missions : Orienter les professionnels dans leur projet d'installation, les accompagner techniquement ou juridiquement, faire la promotion des outils de l'ARS au sein des territoires fragiles, organiser et coordonner les actions d'information avec les autres partenaires régionaux et les DT, assurer l'interface avec les autres contributeurs de la PAPS, alimenter et gérer les contenus régionaux de la PAPS (2).</p>	<p>(1) ARS Champagne-Ardenne, Les référents installation, http://www.ars.sante.fr/Les-referents-installation-s.153369.0.html, consulté le 27/12/14</p> <p>(2) Entretien avec la référente installation</p>
Journée de l'installation	<p>Faculté de Reims, 5^e édition en 2014. Organisé partenariat : faculté/ARS/URPS. Fort taux de satisfaction (retour par questionnaires). Au début touchait surtout les internes, mais évolution maintenant 2^e cycle (avant ECN) => projet de l'étudiant est particulièrement mûri.</p>	Entretien avec la présidente de l'UPRS médecine
Méconnaissances des dispositifs d'aide	<p>Les étudiants en médecine, les jeunes médecins connaissent peu les dispositifs d'aide. Ils sont principalement en contact avec le milieu hospitalier, notamment les internes, donc difficile de les toucher (1).</p> <p>Etude réalisée en Isère, Savoie et Haute-Savoie 16 % des médecins remplaçants déclarent connaître les aides à l'installation. 50 % des jeunes installés déclarent les connaître avant leur installation (2)</p>	<p>(1) Entretien avec la référente installation</p> <p>(2) Augustin Decorde. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. 2011, pp.90, p.40</p>

<p>Modalité d'exercice libéral actuel ne permettent pas au patient de pouvoir exercer son rôle comme il le souhaiterait</p>	<p>Consultation : un temps de prise de contact, les formalités administratives, l'interrogatoire, l'examen clinique, un temps de réflexion et de décision, l'explication au patient (parfois négociation sur le traitement) (1). Le patient vient en général pour 2 ou 3 problématiques. => Le tout en 15/20 min maximum, même si la consultation est complexe (ex : dépression, maladie chronique etc).</p> <p>Cette diversité des fonctions, et cette responsabilité forte peut faire peur aux étudiants (2)</p>	<p>(1) Propos recueillis lors d'un entretien avec un jeune médecin généraliste remplaçant</p> <p>(2) Ibidem + A-C HARDY DUBERNET, C GADEA, DRESS, De faire médecine à faire de la médecine, Série et études, n°53, octobre 2005, p.128</p>
<p>Impression de déclassement par les MG</p>	<p>Nouveau rôle dans la société de consommation : ressentiment unanime parmi les acteurs médicaux interrogés : le rôle du MG a changé dans le sens d'un déclassement.</p> <p>L'image paternaliste du MG est une image d'Epinal, il s'inscrit comme un acteur à part entière de la société de consommation : les patients viennent avec une pathologie identifiée, une liste de courses de médicaments pour le traitement, et le MG n'est plus qu'un enregistreur. Ils souhaitent une solution immédiate et qui va dans leur sens car ils paient le MG. Plus de reconnaissance de la part des patients (1)</p> <p>Déclassement socio-économique :</p> <p>Pour une même quotité d'heures travaillées, le salariat est plus rémunérateur. Exemple pour un interne ayant effectué ce calcul sur la base d'une semaine de 40h, sans reprise de cabinet et avec éligibilité aux aides à l'installation, PTMG. Sachant qu'on va vers une diminution des heures travaillées, le libéral est donc moins rémunérateur que le salariat. (2)</p> <p>Pour la même quotité d'heures travaillées, la spécialité est plus rémunératrice (3).</p> <p>Impression pour les jeunes médecins que la création des déserts médicaux les précède et est le fait de leurs aînés. Ils n'ont donc pas à assumer leurs erreurs (4)</p>	<p>(1) Entretien avec un médecin expérimenté + médecin remplaçant</p> <p>(2) Entretien avec un interne en médecine générale + généraliste salarié</p> <p>(3) Entretien avec un interne en médecine générale</p> <p>(4) Entretien avec un interne en médecine générale + URPS médecin</p>

PRUVOST

Anne

Mars 2015

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013-2015

La problématique de l'accès au médecin généraliste : Etat des lieux et pistes d'action en Champagne-Ardenne

Résumé :

La France n'a jamais compté autant de médecins qu'aujourd'hui. Pourtant la problématique de la démographie médicale est particulièrement aiguë, notamment dans certains territoires peu attractifs. La Champagne-Ardenne présente une situation fortement défavorable de ce point de vue. Région rurale, éloignée de toute façade littorale, elle concentre également des problématiques socio-économiques importantes. Le médecin généraliste s'est vu confier un rôle de pivot dans le système de soins, par la loi Hôpital Patient Santé territoires du 21 juillet 2009. Acteur incontournable du premier recours, sa présence, ou son absence dans une commune est hautement symbolique. Le choix a donc été fait de se concentrer uniquement sur la démographie de ces professionnels.

Cette étude vise à dresser un état des lieux de la démographie des médecins généralistes en région et de son évolution prévisible. Elle vise également à souligner les importantes disparités infrarégionales et infradépartementales. L'étude se poursuit par l'analyse des déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes et l'impact des changements sociétaux globaux sur ceux-ci. Le faible attrait pour la spécialité médecine générale, et particulièrement pour son exercice libéral doit être souligné. D'autres freins d'ordre financiers et administratifs peuvent également être relevés. Toutefois, cette thématique fait l'objet de nombreuses actions des pouvoirs publics, à tous les échelons. Celles-ci souffrent toutefois d'un manque de coordination nuisant à un pilotage efficace.

Face aux difficultés recensées, il convient de proposer des pistes d'action se concentrant sur une communication sur la spécialité dès les premières années du cursus de formation universitaire, et d'accompagnement du développement de maisons de santé pluridisciplinaires, outil aujourd'hui le plus efficace.

Mots clés :

Médecin généraliste, démographie médicale, déserts médicaux, premier recours, maisons de santé pluridisciplinaires.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.