



Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion : **2014 – 2016**

Date du Jury : **mars 2016**

**Les relations de proximité entre l'ARS
et les médecins généralistes libéraux :
Etat des lieux & Perspectives**
*Analyse dans le département des Hautes-
Pyrénées*

Alexis THIBORD

Remerciements

A toutes les personnes qui m'ont soutenu au cours de l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont d'abord à mon maître de stage, J.M. Blay, délégué territorial de l'ARS des Hautes-Pyrénées, aux agents de la délégation territoriale des Hautes-Pyrénées, notamment ceux exerçant quotidiennement au sein du pôle Animation territoriale, en particulier M. Moreau-Suzanne et P. Grand, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale et Médecin Inspecteur de Santé Publique.

Je souhaite aussi remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ces travaux, pour le temps qu'elles ont bien voulu me consacrer, leurs éclairages et leurs conseils.

Je remercie mes collègues de promotion qui ont eu à disserter sur des sujets souvent passionnants.

Mes remerciements vont aussi évidemment à mes parents, mon frère et mes amis qui m'ont accompagné tout au long de mes études et durant la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je souhaite adresser un mot à mes relecteurs, pour certains d'entre eux étudiants à la Faculté de médecine, pour leurs avis et l'échange de points de vue, enrichissants à de nombreux égards.

« Au seuil d'un petit livre dans lequel il ne va être guère parlé que des médecins, l'auteur a pensé qu'il était de son devoir de faire à ses lecteurs éventuels l'immédiate déclaration suivante : J'adore les médecins. »

Sacha Guitry, *Mes médecins*

Sommaire

Introduction	1
1. Construction socio-historique d'une profession en marge de la régulation publique (des origines jusqu'à la loi HPST)	8
1.1. Une profession libérale en cours de mutations	8
1.1.1. Une construction socio-historique particulière	8
1.1.2. Les transformations significatives récentes de la médecine générale libérale	13
1.2. Historique de la régulation publique sur la profession médicale : la montée en charge de la régulation conventionnelle	16
1.2.1. La structuration préalable de l'ordre des médecins	16
1.2.2. Les débuts de la régulation (1945-1971)	17
1.2.3. Une montée en charge progressive depuis 1971	18
1.3. L'introuvable place des médecins généralistes dans le système de santé français	21
1.3.1. La difficile revalorisation de la médecine générale : la question des revenus	21
1.3.2. Le Médecin généraliste-pivot du système de soins ?	23
2. Des relations complexes sur des champs divers : état des lieux depuis la Loi HPST	25
2.1. Des relations sur un champ traditionnel et régalién : une relation d'autorité	25
2.1.1. La permanence des soins ambulatoires : une relation co-construite dans un cadre législatif rénové	25
2.1.2. Des relations sous tensions	28
2.2. Des relations nouvelles et spécifiques : des relations de partenariat	30
2.2.1. Un cadre de relations nouveau : l'alliance objective	30
2.2.2. Dans le but de lutter contre la désertification médicale	32

2.2.3.	Dans le but de favoriser les nouveaux modes d'exercice professionnel et la coordination.....	35
2.2.4.	Des relations partenariales à l'occasion d'expérimentations : l'exemple de PAERPA	38
3.	Des relations perfectibles dans le but d'améliorer l'organisation et l'efficience de l'offre de soins ambulatoire : perspectives et préconisations	41
3.1.	Des relations en voie de normalisation ? Perspectives.....	41
3.1.1.	Evolutions dans un contexte de réformes.....	41
3.1.2.	Freins et oppositions	43
3.1.3.	La fin de la spécificité des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux ?	45
3.2.	Préconisations en vue d'améliorer des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux.....	47
3.2.1.	La réforme de la formation	47
3.2.2.	La création d'outils et de dispositifs	49
3.2.3.	Une meilleure communication : l'indispensable rôle des facilitateurs de l'ARS	50
3.2.4.	Une plus grande efficience de la régulation publique	52
	Conclusion.....	55
	Sources & Bibliographie.....	I
	Liste des annexes	V

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

ASIP santé : Agence des systèmes d'information partagés en santé

CCP : Coordination clinique de proximité

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRGDR : Commission régionale de la gestion du risque

CTA : Coordination territoriale d'appui

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

DTARS : Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé

FIR : Fonds d'intervention régional

FMPMPS : Fédération Midi-Pyrénées des maisons et pôles de santé

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MSP : Maisons de santé pluri-professionnelle

MSS : Messagerie sécurisée en santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PPS : Plan personnalisé de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

URPS : Union régionale de professionnels de santé

SROS-volet ambulatoire : Schéma régional d'organisation des soins, volet ambulatoire

Introduction

Le sujet des relations entre les médecins généralistes libéraux et l'administration de la santé constitue un champ d'investigation relativement nouveau et peu étudié étant donné que l'offre de soins ambulatoire est un domaine de compétence acquis récemment lors de la création des Agences régionales de santé avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ce sujet connaît une actualité nouvelle avec la mobilisation récente de la profession médicale contre le projet de Loi de modernisation du système de santé présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 et adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 17 décembre 2015.

Plus avant, le sujet des relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux intéresse particulièrement le métier d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale. En effet cette thématique couvre l'ensemble des multiples dimensions du métier.

Tout d'abord, ce sujet traite de la dimension stratégique et territoriale du métier. En effet, l'IASS intervient dans la régulation et la planification de l'offre de soins de premier recours. Ce sujet intéresse particulièrement la dimension territoriale du métier d'IASS, notamment lorsqu'ils exercent au sein des délégations territoriales des ARS. On peut ainsi considérer l'IASS comme un médiateur entre des politiques publiques nationales - accès aux soins, lutte contre les déserts médicaux, coordination des parcours - déclinées au niveau régional dans les Projets régionaux de santé et leurs schémas d'organisation de l'offre de soins ambulatoires ; et un territoire, sa population et ses besoins.

Par ailleurs, ce sujet semble pertinent au regard de la dimension relationnelle fondamentale pour un IASS. En effet, l'inspecteur est à l'interface entre des acteurs intervenant dans le champ ambulatoire qui possèdent des intérêts, des logiques d'intervention et des représentations différents, divergents voire contradictoires. Avec sa capacité à raisonner à l'échelle large d'un territoire et avec l'objectif constant d'améliorer la prise en charge des usagers, l'IASS impulse et accompagne la mise en oeuvre de projets à l'échelle d'un territoire. Dans ce cadre, l'inspecteur développe sa capacité à communiquer et à convaincre ses interlocuteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux, parfois réticents à adhérer à des dispositifs impulsés par l'ARS.

Cette étude se fonde sur le concept de relation sociale, entendu comme « un échange entre acteurs qui éveille chez eux des attentes culturellement définies et qui se déroule sous des contraintes sociales » (G. Bajoit). Ici nous analyserons les interactions entre l'ARS Midi-Pyrénées et les médecins généralistes libéraux. Il convient de définir le terme de « médecins généralistes libéraux » comme des « *omnipraticiens qui dispensent des soins de premiers recours en médecine ambulatoire* » (F.X. Schweyer). Le champ d'investigation sera circonscrit aux relations de l'ARS avec les médecins généralistes libéraux afin d'approfondir les logiques professionnelles propres à ce groupe professionnel et d'analyser la spécificité et la complexité de leurs relations avec l'autorité administrative.

Le terrain d'observation envisagé pour cette étude est la délégation territoriale de l'ARS des Hautes-Pyrénées, située à Tarbes. Cette structure dispose d'un effectif modeste : une vingtaine d'agents. L'un des pôles est consacré à l'animation territoriale. Il comprend une inspectrice, un médecin inspecteur, un secrétaire administratif et deux adjointes administratives. Notons que la délégation est en voie de renforcement dans le cadre de la fusion entre l'ARS Midi-Pyrénées et l'ARS Languedoc-Roussillon qui a eu lieu au 1^{er} janvier 2016.

La présente étude a donc vocation à couvrir l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées qui correspond à un territoire de santé, du ressort de la délégation territoriale de l'ARS. Le territoire de santé se décompose en quatre bassins de santé¹. Contrairement aux idées reçues, c'est un des départements les moins ruraux de la région car seule 24% de sa population vit dans un espace à dominante rurale². Toutefois, ce département comporte des spécificités majeures telles que sa situation géographique (département frontalier avec l'Espagne et couvert par une partie du massif montagneux des Pyrénées) et de fortes disparités infra-départementales (notamment avec l'existence de zones isolées et difficiles d'accès).

La population des Hautes-Pyrénées – 227 926 habitants en 2015 - représente 8% de la population régionale, population variant d'ailleurs peu du fait d'un excédent migratoire faible. Le département est « plus âgé » que la moyenne nationale, l'enjeu populationnel majeur sur ce territoire est donc celui du vieillissement. Il va d'ailleurs fortement s'accroître d'ici 2030 : la population âgée de 75 ans et plus représente aujourd'hui 12%, et représentera

¹ sur les 33 que compte la région Midi-Pyrénées

² Le diagnostic territorial présenté ici est établi sur la base du Bilan Santé 65 réalisé par l'Observatoire régionale de la santé Midi-Pyrénées (données datant de 2006).

en 2030 16% de la population contre 12% au niveau national. En outre, la grande majorité des personnes âgées vit à domicile³ (près de 9 personnes âgées sur 10).

Dans ce département, l'enjeu de l'accessibilité socioéconomique et financière aux soins et à la santé se pose étant donné un taux de chômage relativement élevé par rapport aux autres départements de la région (12,6% en 2012) et un revenu fiscal médian par unité de consommation inférieur à la moyenne nationale avec 16 161 € en 2010 contre 18 749 € en France.

La situation sanitaire d'ensemble est relativement moins favorable que dans les autres départements de la région et de la France, en particulier pour les Hommes. Leur espérance de vie à la naissance est inférieure aux moyennes régionale et nationale⁴. Le taux de mortalité générale et de mortalité prématurée est parmi les plus élevés de la région Midi-Pyrénées⁵, notamment du fait de l'incidence élevée de certaines maladies cardio-vasculaires favorisée par la forte prévalence des comportements à risque tels que l'usage de tabac et la consommation d'alcool.

En résumé, la situation sanitaire du département des Hautes-Pyrénées est parmi les moins favorables de la région, en particulier chez les hommes. Les points préoccupants sont, outre les enjeux liés au vieillissement de la population, les niveaux élevés de mortalité et de mortalité prématurée « évitable » liée à des comportements à risque, ce qui met en lumière d'importants besoins de prévention et l'existence de zones plus vulnérables au sein du département.

Les constats nationaux relatifs au sujet choisi sont divers et s'inscrivent dans la thématique plus large de la régulation publique de l'offre de soins dans le champ ambulatoire.

Le premier constat à dresser concerne la démographie médicale en France⁶. La densité médicale en France est de 294,9 médecins pour 100 000 habitants. En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, une première difficulté trait aux méthodes de calcul et aux sources utilisées. Par exemple, la Drees recense pour la France entière 62 211 MG libéraux exclusifs⁷ alors que le Conseil national de l'Ordre des médecins recense 58 104

³ 88% des personnes âgées de ce département vit à domicile. 39% des personnes âgées de 75 ans et plus vit seule.

⁴ 77,1 ans contre 77,3 ans au niveau régional et 78,5 ans au niveau national.

⁵ Taux de mortalité pour 100 000 habitants : 1 032 / 100 000 dans les Hautes-Pyrénées, 947 / 100 000 dans la région Midi-Pyrénées

⁶ Cf. annexe 3

⁷ Source ASIP-Santé RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)

médecins généralistes (libéraux et mixtes⁸). Nous utiliserons ici les données du Conseil national de l'Ordre des médecins qui permettent d'établir des comparaisons à plusieurs échelles. On note une baisse constante des effectifs depuis 2007 qui semble se poursuivre à l'horizon 2020.⁹ La densité moyenne de médecins généralistes (libéraux et mixtes) en France métropolitaine est de 88.7 médecins pour 100 000 habitants en 2015 contre 100.1 en 2007. Environ 30% des médecins généralistes ont 60 ans et plus. Parmi les médecins les plus âgés, 80% sont des hommes. 13,5% des médecins généralistes ont moins de 40 ans, et ce sont à 60% des femmes. Les grandes tendances démographiques de la profession de médecin généraliste sont les suivantes : la population baisse, vieillit et se féminise.

A ce premier « constat quantitatif », on peut ajouter des constats « qualitatifs ». Tout d'abord, l'offre de soins ambulatoire et au sein de celle-ci, le rôle des acteurs de santé libéraux, est une composante essentielle du système de santé français. À titre d'exemple, les médecins généralistes libéraux ont un rôle central dans le parcours des patients, notamment depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie¹⁰. Par ailleurs, les médecins généralistes libéraux ont un rôle essentiel en matière de permanence des soins ambulatoires (PDSA). Enfin, les médecins généralistes libéraux ont un rôle majeur en matière de prévention.

En outre, l'amélioration de l'offre de premier recours et la lutte contre le phénomène de « désertification médicale » sont des axes prioritaires de la Stratégie nationale de Santé présentée en septembre 2013 mise en œuvre avec l'adoption du projet de loi de modernisation de notre système de santé en décembre 2015.

Notons aussi que les relations entre l'ARS et les professionnels de santé libéraux sont en cours d'évolution aussi bien du fait de la montée en charge des compétences des ARS sur le champ de l'offre de soins ambulatoire¹¹, que du fait des évolutions qui touchent cette profession.

Dans ce cadre, les pouvoirs publics déploient de nombreuses mesures pour rendre l'accès aux professions de santé plus homogène. Il s'agit par exemple de mesures de régulation et d'incitation qui concernent particulièrement les médecins libéraux (numerus clausus, contrats d'engagement de service public, contrats de praticiens territoriaux de médecine générale...). Les principales limites à ces mesures tiennent à leur absence de

⁸ Les médecins mixtes exercent une activité libérale principale et une activité salariée secondaire à l'Hôpital ou dans un centre de santé.

⁹ 64 778 en 2007 → 58 104 en 2015 (- 10%) → 54 179 en 2020 (- 7%)

¹⁰ Dont l'une des mesure est l'obligation de désignation d'un médecin traitant par les usagers.

¹¹ depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

lisibilité et à leur complexité. En outre, on peut noter la difficulté de coordonner les différents acteurs institutionnels qui interviennent dans la régulation de l'offre de soins ambulatoire (Assurance Maladie, ARS, collectivités territoriales). L'analyse de leurs interactions semble donc indispensable à une mise en perspective du sujet.

À ces constats nationaux, s'ajoutent des constats locaux établis à l'occasion de mon stage à la délégation territoriale de l'ARS des Hautes Pyrénées.

La région Midi-Pyrénées est une région attractive pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux. Cette région bénéficie d'une forte densité médicale avec 306 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants¹². Toutefois si on affine l'analyse aux seuls médecins généralistes (libéraux et mixtes), on observe que les effectifs ont fortement baissé sur la période 2007-2015, leur nombre passant ainsi de 3 774 à 3 401 (soit une baisse de 10% ces huit dernières années). Parallèlement, la densité diminue avec 96.6 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015 contre 109.7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007. L'âge moyen des médecins généralistes de la région est de 52 ans. 32% des médecins généralistes ont plus de 60 ans et 13% ont moins de 40 ans¹³. Notons aussi que 63% des médecins généralistes sont des hommes alors que 68% de la jeune génération¹⁴ (les moins de 40 ans) sont des femmes. Enfin, il convient de noter que 162 postes d'internes en médecine générale ont été ouverts au niveau régional en 2015.

Outre les constats posés ci-dessus concernant la fragilité de la population des Hautes-Pyrénées sur le plan sanitaire et l'enjeu que constitue son vieillissement, on peut s'inquiéter de l'évolution de la démographie des acteurs de santé libéraux sur le territoire, en particulier en ce qui concerne les médecins généralistes.

À première vue, la situation démographique des médecins dans les Hautes-Pyrénées ne semble pas particulièrement inquiétante¹⁵. En effet, il y a dans ce département 317 médecins pour 100 000 habitants (généralistes et spécialistes, tout mode d'exercice confondu, c'est-à-dire libéral, salarié et mixte), contre 306 pour 100 000 habitants au niveau régional et 294.9 pour 100 000 habitants au niveau national. La répartition démographique entre médecins généralistes et spécialistes dans le département est la suivante : en 2015 il y avait 408 médecins généralistes (tous types d'exercice confondus) et 345 médecins spécialistes. Les projections pour 2020 sont de 371 médecins généralistes (soit une baisse

¹² 6^{ème} région française

¹³ Ce qui correspond aux moyennes nationales

¹⁴ Les médecins de moins de 40 ans.

¹⁵ Cf. annexe 6

de 9% par rapport à 2015) et 360 médecins spécialistes (soit une hausse de 4.3% par rapport à 2015).

En dépit d'une situation démographique globalement favorable à l'heure actuelle avec une densité de 104 médecins généralistes (libéraux ou mixtes) pour 100 000 habitants, la situation est préoccupante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le contexte national et régional de baisse du nombre de médecins généralistes libéraux n'épargne pas le territoire des Hautes-Pyrénées. On compte ainsi 248 médecins généralistes en 2015 contre 298 en 2007 (soit une baisse de plus de 20%). De plus, les médecins généralistes libéraux dans le département des Hautes-Pyrénées sont plus âgés que la moyenne régionale (56 ans en moyenne contre 53 ans au niveau régional). 43% des médecins généralistes libéraux du territoire d'étude ont 60 ans et plus (contre seulement 30% au niveau régional) et seulement 11.6% ont moins de 40 ans. La population de médecins généralistes dans le département considéré est donc plus âgée et plus masculine que dans le reste de la région.

En outre, si on affine l'analyse à l'échelle des bassins de vie, on constate de fortes disparités en ce qui concerne la démographie des médecins généralistes libéraux. Un gradient nord/sud apparait. Le sud du territoire se caractérise par une forte densité : il y a par exemple 105 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Lourdes. Le centre du département possède des densités moyennes : le bassin de vie de Tarbes compte 93,8 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Le nord du département se caractérise quant à lui par une densité faible avec 75,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Vic-en-Bigorre.

Cette étude est sous-tendue par la question suivante : Quelles sont les incidences de la qualité des relations entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux sur la satisfaction des besoins de santé et la qualité des soins sur le territoire ?

Il s'agira ainsi de décrire les relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux, dans leur nature et leur degré, en prenant en compte les spécificités socio-historiques et culturelles ainsi que les logiques propres à ce groupe professionnel. Il conviendra aussi d'évaluer la qualité de ces relations, et après avoir établi le diagnostic, de voir comment parfaire ces relations dans le but d'améliorer l'offre de soins de premier recours sur le territoire au profit de la population.

Pour mener à bien ces investigations j'ai développé une démarche méthodologique diversifiée. Ainsi, j'ai d'abord mené un travail de recherche bibliographique et d'analyse documentaire. Ces recherches ont par exemple porté sur la démographie et la répartition territoriale des médecins généralistes au niveau national, régional et départemental. J'ai aussi travaillé sur l'histoire et la sociologie de ce groupe professionnel.

Par ailleurs, j'ai participé en tant qu'observateur actif à de nombreuses réunions de travail et d'information, au sein de la délégation territoriale ou au siège de l'Agence, à la Préfecture, au siège de collectivités territoriales.... J'ai aussi assisté à des réunions d'information auprès des médecins généralistes dans le cadre de l'accompagnement proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux dans le cadre de projets de regroupement pluri-professionnel.

Enfin, j'ai mené des investigations sur le terrain en rencontrant dans le cadre d'entretiens semi-directifs des médecins généralistes et des personnes-ressources concernées par la thématique de ce mémoire¹⁶. Enfin, j'ai lancé une enquête quantitative sous la forme d'un questionnaire auprès des médecins généralistes libéraux du département, dont le taux faible de réponse constitue la principale difficulté méthodologique de ces travaux et ne pourra donc en tant que tel être exploité.

Afin de proposer des réponses aux questions soulevées par le sujet, nous analyserons tout d'abord la construction socio-historique propre à la profession de médecin généraliste, en marge de la régulation par les pouvoirs publics (1). Nous dresserons ensuite un état des lieux des relations actuelles entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux dans le département des Hautes-Pyrénées, relations à la fois complexes et diverses (2). Enfin, partant du constat que ces relations sont perfectibles, nous présenterons les perspectives d'évolution et un ensemble de préconisations pour les améliorer dans le but de rendre plus efficiente l'offre de soins de premier recours sur le territoire (3).

¹⁶ Cf. grille d'entretien en annexe 1

1. Construction socio-historique d'une profession en marge de la régulation publique (des origines jusqu'à la loi HPST)

Une approche socio-historique de la profession de médecin généraliste est un préalable indispensable à la compréhension des logiques d'intervention et des positionnements stratégiques propres à ces professionnels, notamment lorsqu'on les analyse au regard de la régulation publique. Une mise en perspective socio-historique est ici proposée des origines de la profession jusqu'à la Loi HPST qui marque un tournant fondamental notamment en terme de régulation de l'offre de soins ambulatoire.

1.1. Une profession libérale en cours de mutations

La profession médicale fut longtemps imperméable au regard sociologique, compte tenu de sa grande technicité et du fait que la discipline était réservée à un nombre restreint d'initiés.

1.1.1. Une construction socio-historique particulière

La construction de la profession médicale¹⁷ est tout à fait originale du point de vue de l'histoire et de la sociologie des professions¹⁸. L'histoire de cette profession est traditionnellement envisagée sous le prisme des évolutions législatives qui la concernent¹⁹ et qui sont autant de causes de segmentations entre plusieurs composantes de ce qui deviendra la profession médicale. Car en effet, le corps médical se structure paradoxalement au gré d'un processus de segmentations successives.

C'est au XIX^{ème} siècle que le processus d'homogénéisation de la profession médicale a lieu. Cette structuration lente se fait par le dépassement des conflits entre segments professionnels se revendiquant de la médecine. Il s'agit avant tout des conflits entre médecins titulaires d'un doctorat de médecine institué en 1803 et les officiers de santé formés dans des écoles départementales²⁰. Par ailleurs, les médecins subissent la concurrence des praticiens populaires, des sages-femmes et des religieuses. En 1892, la loi Chevandier organise la médecine libérale en réprimant l'exercice illégal de la médecine et supprime l'officianat de santé. Les médecins se voient alors reconnaître par l'Etat le monopole des soins médicaux ainsi que la possibilité de se réunir en associations

¹⁷ L'analyse spécifique de la médecine générale interviendra plus tard dans le propos étant donné la non-différenciation qui perdura longtemps au sein de la profession médicale.

¹⁸ Discipline initiée par Carr-Saunders et Wilson in *The Professions* (1933)

¹⁹ L'analyse débute ici au XIX^{ème} siècle en mentionnant toutefois l'abolition des corporations de médecins à la Révolution française en 1789.

²⁰ Formation plus courte et moins coûteuse

professionnelles. Ce n'est qu'alors que la médecine acquiert le statut de profession²¹ en réussissant une synthèse fragile entre « *individualisme libéral et associationnisme* » (Arliand, 1987). Les médecins changent ainsi de statut social²². Cette ascension a été rendue possible par le phénomène d'industrialisation et les progrès médicaux. En parallèle, l'Etat développe une préoccupation croissante pour les besoins de santé de sa population et médicalise certains problèmes sociaux²³. Il crée des lieux de soins et assure la solvabilisation de la demande croissante en instituant la protection sociale. Enfin la structuration de ce groupe professionnel n'a pu aboutir que grâce à la capacité de mobilisation collective des médecins soutenue par la naissance d'un syndicalisme propre dans les années 1880.

Cette ascension sociale est considérée par les sociologues sous le prisme de la sociologie des professions. L'approche traditionnelle essentialiste revient à considérer les professions, et parmi elles les médecins, à travers leur contribution à l'ordre social. Les professionnels se distinguent des autres métiers par leur niveau élevé de formation et par leur altruisme, leur esprit de service et leur désintéressement envers la population. La notion de vocation est ainsi centrale dans la notion de profession. En échange, les professions se voient reconnaître par l'Etat un monopole sur leur activité et une autonomie dans leur exercice et leur contrôle²⁴. L'approche structuro-fonctionnaliste développée par T. Parsons en 1955 prolonge l'analyse traditionnelle et établit un lien entre l'émergence des professions et la nouvelle organisation du travail dans des sociétés désormais urbanisées fondées sur une division des tâches et des fonctions. T. Parsons insiste sur les points communs entre le modèle bureaucratique et les professions (application de règles, tendance à la spécialisation des activités) tout en rappelant le rôle social fondamental des médecins. Il considère que la légitimité de la profession médicale provient avant tout du niveau élevé de compétences et de savoirs des médecins.

Le courant sociologique interactionniste, incarné dans l'étude de la profession médicale par la troisième Ecole de Chicago - représentée par Becker, Strauss et Goffman - rejette l'idée que la profession médicale émerge automatiquement des nouvelles formes de la division du travail. Elle pense à l'inverse l'ascension de cette profession en termes de processus. La structuration des groupes professionnels aurait ainsi lieu selon une

²¹ Au sens sociologique du terme

²² « La profession du médecin » in *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Ph. ADAM et C. HERZLICH, Armand Colin, 2004

²³ Tels que l'alcoolisme, la maladie mentale ou la prostitution.

²⁴ Nous verrons ainsi que les médecins déterminent le contenu de leur formation, rédigent leur Code de déontologie et organisent leur auto-contrôle via l'Ordre des médecins.

dynamique de segmentation non définitive. Ainsi, la division du travail médical est mouvante et négociée car partagée entre médecins, paramédicaux et profanes (les patients et leurs familles). Dans ce cadre, obtiennent le statut de professionnel ceux qui, comme les médecins, parviennent à persuader l'état du caractère irremplaçable de leur compétences et de leurs services par une mobilisation collective. E. Freidson prolonge l'analyse et insiste sur le pouvoir des médecins. Cette profession développe des stratégies de captation et de maintien de leur position dominante dans la division du travail. L'autonomie professionnelle des médecins est qualifiée de « *professionnalisme* ». Les médecins exercent en fait un double contrôle, sur leur propre exercice et sur les autres acteurs qui participent aux soins. Ce dernier contrôle renforce leur position de dominants dans la division du travail dans le domaine des soins via la prescription²⁵.

L'harmonisation de la profession médicale est rendue possible par l'adhésion de ses membres à un socle de principes communs. Ces principes s'inscrivent dans la tradition libérale. Après la promulgation de la loi Chevandier en 1892 et la fragile unification du corps médical qui en découle, une nouvelle segmentation a lieu à l'occasion du développement de la protection sociale et des premières assurances sociales. La problématique du degré d'autonomie des médecins par rapport à l'Etat et aux institutions - ici les caisses d'assurance sociales - va être la source de multiples divisions au cours de l'histoire de la profession. En 1925, une première scission syndicale a lieu²⁶. Une majorité de médecins prônent la négociation collective avec les caisses d'assurances sociales alors qu'une minorité de refusent l'immixtion d'un tiers dans leur relation avec l'Etat. Cette minorité crée la Fédération nationale des syndicats de médecins de France et élabore une Charte qui pose les « *principes qui régissent l'exercice de la médecine* ». Les principes de la médecine libérale sont alors arrêtés. Il s'agit du libre choix du médecin par le malade, de la liberté thérapeutique et de prescription, du respect du secret professionnel²⁷. Cette Charte pose aussi des principes qui président à la détermination de la rémunération des actes médicaux : le droit à des honoraires, le paiement direct de ces honoraires et l'entente directe (par laquelle le médecin fixe la valeur de l'acte à son patient). La Charte rappelle enfin le principe du contrôle par les pairs. Cette Charte est finalement adoptée par le Congrès des syndicats médicaux en 1927, ce qui aboutit l'année suivante à la réunification syndicale via la création de la CSMF²⁸. C'est un des moments forts de la professionnalisation de la médecine. Les principes de la médecine libérale sont repris lors de la création de l'Ordre des médecins en

²⁵ E. Friedson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984

²⁶ Au sein de l'Union des syndicats médicaux français

²⁷ Ce principe date lui-même du Code pénal de 1810.

²⁸ Confédération des syndicats médicaux français

1940²⁹ et inscrits dans le premier Code de déontologie médicale de 1941 et promulgués dans le nouveau Code de déontologie de 1947. Les principes de la médecine libérale sont présentés depuis l'origine comme les seules garanties à la qualité et à la déontologie de l'exercice médical. En effet, l'activité libérale et individuelle est présentée comme la *condition sine qua non* d'une écoute attentive et d'une pratique humaniste, le cabinet médical étant considéré comme le lieu privilégié pour l'écoute la compréhension des patients, et permet un « *idéal de la rencontre* » (G. Bloy). Par contraste se développe chez les médecins libéraux une vision péjorative de l'activité médicale salariée qui induirait une prise en charge de moindre qualité. L'organisation de l'offre de soins ambulatoire en France restera centrée autour de la pratique de la médecine générale dans les cabinets libéraux.

Pour P. Hassenteufel, le libéralisme médical s'inscrit dans une relation paradoxale de dépendance à l'Etat et au système français d'assurance maladie : « *c'est de l'Etat que les médecins en tant que profession organisée ont sollicité et obtenu collectivement leur monopole sur les soins médicaux depuis la loi Chevandier de 1892 ; c'est de l'Etat qu'ils tiennent ensuite la reconnaissance de leur autonomie dans la dispense des soins, au sens de capacité collective à en fixer les règles et contrôler le respect, avec la création d'un Ordre en 1940. C'est enfin l'Etat qui organise progressivement le système de prise en charge solidaire qui solvabilise le marché des soins dont ils tirent l'essentiel de leur revenu* ». De ces analyses, P. Hassenteufel tire le constat d'une singularité de l'activité médicale libérale en France : « *Fondé sur un monopole d'exercice, financé sur prélèvements obligatoires, s'auto-régulant entre autres au moyen de clauses anti-concurrentielles, le libéralisme économique de la profession médicale a une allure très singulière* ».

Poursuivons l'analyse sur la seule profession de médecin généraliste. Un mouvement de spécialisation de la médecine a lieu depuis le XIX^{ème} siècle mais ne se développe véritablement qu'après la Seconde Guerre mondiale en parallèle des progrès scientifiques et techniques. L'analyse de ce processus de spécialisation est indispensable si on veut comprendre les logiques de structuration propres aux médecins généralistes qui ne se définissent longtemps que par opposition aux médecins spécialistes et hospitaliers.

L'approche généraliste reste privilégiée dans le monde médical et dans les universités jusqu'à l'introduction de cours complémentaires de spécialités en 1860. Dix ans plus tard, des chaires de clinique spécialisée apparaissent dans les facultés de médecine. On assiste ainsi progressivement à un renversement de la hiérarchie symbolique au profit des spécialités qui s'accompagne d'une dévalorisation parallèle de la médecine générale.

²⁹ Sur la constitution de l'Ordre des médecins voir plus loin.

Ainsi selon P. Pinell (2005), « *l'autonomisation successive des branches spécialisées fait évoluer la conception même de la clinique générale. A mesure que celle-ci se voit soustraire une part de plus en plus importante de la pathologie, elle perd sa cohérence épistémologique et tend à être redéfinie comme un domaine par défaut* ». Dans l'entre-deux-Guerres, dans un contexte de croissance démographique forte de la profession médicale, le nombre de spécialistes libéraux et de spécialités augmentent. En 1947, la procédure de qualification en médecine de spécialité est confiée à l'Ordre des médecins tandis que sont institués les certificats d'études spéciales dans les universités. En 1954, un tiers des médecins inscrits à l'Ordre sont des médecins spécialistes. La réforme Debré de 1958, en fondant le système de santé français sur l'hospitalo-centrisme³⁰ consacre la médecine de spécialité comme médecine d'excellence. Les meilleurs médecins français exerceront désormais dans les CHU, qui viennent d'être créés. La véritable rupture symbolique et pécuniaire entre les médecins libéraux et les médecins spécialistes a alors lieu. « *La spécialisation confère un prestige supérieur à celui qui l'exerce. Son intervention est créditée d'une efficacité accrue, et le prestige est accentué par une tarification plus élevée des honoraires, négociée dans le cadre des conventions médicales. De ce fait, le processus de spécialisation, qui se développe par approfondissement scientifique ou technique de compétences communes, a installé la médecine générale à une place résiduelle et statutairement dominé dans la hiérarchie du travail médical* »³¹. Les conséquences de cette nouvelle segmentation apparaissent dans l'augmentation importante de la part de médecins spécialistes au sein du corps médical³² dans un contexte de forte croissance démographique et du nombre de spécialités qui passent de onze en 1949 à près d'une cinquantaine aujourd'hui.

Les médecins généralistes sont ainsi marginalisés et retranchés dans leurs cabinets ce qui permet paradoxalement la stabilisation de leur identité professionnelle à distance du monde hospitalier et des spécialités. Selon G. Bloy : « *la médecine générale devient durablement, malgré l'importance de ses effectifs, un segment dominé du monde médical qui ne trouve à se définir qu'en creux, comme en retrait de l'évolution scientifique et technologique* ».

³⁰ « On appelle hospitalo-centrisme le trait fondamental d'un système qui soumet au principe et à la loi de l'autorité médicale hospitalo-universitaire l'ensemble du champ de la production médicale. » Arliaud, 1997

³¹ M. Bungener et I. Baseanger

³² 32% en 1967, 39% en 1980, 42% en 1982 et 50% depuis les années 1990
Alexis THIBORD – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

1.1.2. *Les transformations significatives récentes de la médecine générale libérale*

Il s'agit ici de faire le point sur les grandes mutations qu'a connues la médecine générale, qui constituent autant d'enjeux à relever pour les pouvoirs publics.

Nous évoquerons d'abord l'évolution de la formation des médecins généralistes³³. Il faut rappeler avec E. Hughes³⁴, que les études médicales, qui permettent l'acquisition de savoirs et de compétences techniques, ne sont qu'une composante de la formation des médecins qui passe aussi par une appropriation d'un rôle et d'une culture médicale qui repose sur une « conception de la maladie et de la santé » liée à une philosophie partagée par les membres de ce même groupe professionnel.

Ceci étant dit, on peut observer que la formation des généralistes a connu des évolutions majeures depuis la réforme Debré de 1958³⁵. Dès lors, l'ensemble des médecins est formé dans les CHU par des praticiens hospitalo-universitaires sur des patients hospitalisés. Le contact avec la médecine générale libérale est rare.

Des évolutions législatives et réglementaires permettent de réformer les conditions de recrutement des futurs médecins généralistes et de donner une place à part entière à la médecine générale à l'université. Ainsi, en 1984, à l'occasion de la réforme de l'Internat, l'expression « *médecin généraliste* » apparaît pour la première fois dans un texte officiel qui traite de la formation. Toutefois cette réforme, dont l'un des buts était de revaloriser la médecine générale avec la création d'un résidanat de deux ans, va paradoxalement « *accentuer la coupure symbolique entre généralistes et spécialistes* » (G. Bloy). En effet, les généralistes n'ont plus accès aux certificats de spécialité³⁶ et ce sont les étudiants les plus mal classés au concours qui choisissent la médecine générale. En 1997, les départements de médecine générale sont créés dans toutes les facultés. En 2004, avec la fin de l'Internat et l'instauration des Epreuves nationales classantes³⁷ et des diplômes d'études spécialisés, la médecine générale est finalement reconnue comme une spécialité à part entière. Si cette réforme constitue une avancée symbolique majeure dans la revalorisation de la médecine

³³ Cf. annexe 12, 13 et 14

³⁴ Cf. *La Fabrication d'un médecin*, 1958

³⁵ Pour la chronologie détaillée des évolutions de la Médecine générale à l'université voir annexe

³⁶ Les CES sont dès lors en voie de disparition.

³⁷ Elles remplacent le concours de l'internat (que seuls les futurs médecins spécialistes préparaient) et ont lieu à l'issue du second cycle. En fonction de leur classement aux ENC, les étudiants choisissent un diplôme d'étude spécialisé (DES).

générale, ses effets réels sont à nuancer. En effet, l'abondance du nombre de postes proposés en médecine générale rend cette nouvelle spécialité facilement accessible³⁸.

La seconde évolution majeure qui touche la profession médicale est la féminisation. Notons que ce phénomène, qui s'accélère depuis les années 1980³⁹, concerne plus largement l'ensemble des autres professions intellectuelles supérieures (avocats, architectes, cadres de la fonction publique...). Il est notamment lié à des facteurs sociétaux comme l'accès des femmes aux études supérieures et à l'évolution des conditions d'exercice⁴⁰. Au sein de la profession médicale, on constate traditionnellement une surreprésentation des femmes dans quelques spécialités médicales telles que la dermatologie, la pédiatrie ou la gynécologie médicale et une sous-représentation dans les spécialités chirurgicales telles que la chirurgie orthopédique par exemple. La médecine générale est particulièrement concernée par ce phénomène. Si 38.9% des médecins généralistes sont des femmes⁴¹ elles sont 30% à exercer en libéral et 59% à être salariées⁴². 60% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes. Dans la région Midi-Pyrénées, 42% des médecins généralistes sont des femmes. Toutefois, seules 27% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont des femmes (68% parmi les jeunes générations). Les médecins généralistes du département des Hautes-Pyrénées sont les moins concernés par le phénomène de féminisation : seules 35% des médecins généralistes du département sont des femmes. Notons enfin que la féminisation de la médecine générale s'accompagne d'une augmentation de l'activité libérale : plus de femmes s'installent en libéral qu'auparavant (sans doute du fait de l'amélioration des conditions de travail).

La dernière évolution significative de la profession que nous souhaitons évoquer est le phénomène de retard à l'installation en cabinet libéral. Ainsi, le délai entre la fin de la formation initiale et l'installation en cabinet libéral passe de 1,6 an dans les années 1980 à 3.7 ans en 2001⁴³. En parallèle, l'âge moyen à l'installation s'accroît.

³⁸ NB : des étudiants bien voire très bien classés choisissent la médecine générale non par défaut mais parce que le choix de cette spécialité correspond à un projet professionnel mûri au cours de leur parcours universitaire.

³⁹ Cf. annexe 4

⁴⁰ Exemple : exercice regroupé et pluri-professionnel permettant une maîtrise du temps hebdomadaire de travail.

⁴¹ Toutes disciplines confondues, 45% des médecins français sont des femmes.

⁴² Le choix du salariat pour les femmes médecins généralistes s'oriente majoritairement vers l'exercice salarié non-hospitalier (ex : 68.3 % des médecins de l'éducation nationale sont des femmes)

⁴³ Délai stable depuis selon le Conseil National de l'Ordre des médecins
Alexis THIBORD – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

Pour appréhender ce phénomène, il est nécessaire de s'intéresser aux effectifs nouvellement inscrits à l'Ordre des médecins. Les diplômés de médecine générale, lorsqu'ils s'inscrivent à l'Ordre⁴⁴ en 2014, sont 22.4% à opter pour l'exercice libéral contre 30.2% à choisir le salariat. Cinq ans après l'inscription, la tendance s'inverse en faveur de l'exercice libéral⁴⁵. En parallèle, l'exercice salarié a tendance à baisser, et les remplacements à augmenter.

Les freins identifiables à l'installation⁴⁶ sont avant tout les charges liés à l'investissement dans des locaux et les charges d'exploitation liées à la gestion du cabinet médical - problématique accentuée aujourd'hui avec la mise aux normes obligatoire des locaux en termes d'accessibilité⁴⁷ pour les personnes à mobilité réduite -. On peut aussi noter l'augmentation du temps de travail. Quant aux motivations à l'installation, il convient d'identifier la régularité de l'activité, la recherche d'une stabilité géographique et d'une régularité dans les revenus, le lieu d'exercice du conjoint et une meilleure considération des patients.

Dans la période de transition entre la fin des études et l'installation les jeunes diplômés de médecine générale font des remplacements en cabinet libéral ou à l'Hôpital. Cette période permet aux jeunes médecins de garder un équilibre entre vie privée et professionnelle (notamment lorsqu'il s'agit d'attendre que le conjoint soit fixé quant à son propre devenir professionnel), mais aussi de tester les différents modes d'exercice. Notons avec F.X. Schweyer que les vacances hospitalières « *semblent traduire une hésitation plus grande par rapport à l'exercice libéral* ».

Nous verrons ainsi plus loin que l'installation des médecins généralistes est devenue un problème public⁴⁸.

⁴⁴ L'inscription à un Conseil départemental de l'Ordre est obligatoire pour pouvoir exercer la médecine en France cf. art. L. 4161-1 à 5 du Code de la santé publique.

⁴⁵ Cf. annexe ? Modes d'exercice des diplômés de MG lors des premières années d'exercice en 2014

⁴⁶ Voir la thèse Augustin Decorde. *Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Human health and pathology*. 2011

⁴⁷ Cf. loi 2005 n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et loi n°2015-988 du 5 août 2015 ratifiant l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public...

⁴⁸ Au sens de la sociologie des politiques publiques.

1.2. Historique de la régulation publique sur la profession médicale : la montée en charge de la régulation conventionnelle

Nous présenterons ici les différentes étapes de la régulation conventionnelle de la profession médicale. En repartant de l'analyse socio-historique des rapports entre les médecins et l'Etat, on peut rappeler avec P. Hassenteufel que le groupe des médecins se structurent autour d'une logique de monopolisation et d'autonomisation qui ont conduit à instaurer des rapports durables avec l'Etat. La création de l'Ordre des médecins et du système de négociation collective a permis d'institutionnaliser ces relations. La composition progressive du paysage syndical se fonde en parallèle sur les oppositions ou les soutiens des uns ou des autres aux différentes évolutions conventionnelles.

1.2.1. La structuration préalable de l'ordre des médecins : une profession représentée

L'ordre des médecins va devenir un acteur majeur de la régulation de la profession médicale.

En 1923, pour la première fois, un projet de texte législatif envisage la création d'un Ordre des médecins. En 1928, l'Académie de médecine et la CSMF, nouvellement créée suite à l'adoption de la Charte de la médecine libérale, mènent des réflexions sur le sujet. En octobre 1940, le gouvernement de Vichy dissout la CSMF et établit le Conseil supérieur des médecins tout en interdisant le droit aux médecins juifs d'exercer. Ce premier Ordre des médecins sera dissous par le Gouvernement provisoire d'Alger en octobre 1943. C'est finalement par une Ordonnance du 24 septembre 1945 du Général de Gaulle, signée par le ministre communiste de la santé F. Billieux, qu'est créé l'Ordre des médecins dont le rôle est de contrôler le respect de la déontologie médicale. A partir de 2002⁴⁹, l'Ordre des médecins possède un échelon régional et est chargé de veiller à la formation continue des médecins. Depuis 2007, les conseils régionaux de l'Ordre se voient confiés des missions administratives, qui s'ajoutent à leur mission traditionnelle de juridiction de première instance contentieuse et disciplinaire. Avec la loi HPST, le Conseil national est étendu de 40 à 50 conseillers et sera désormais renouvelé par moitié tous les 3 ans (il en va de même pour les conseils départementaux et régionaux).

Au-delà des fonctions qui lui sont déléguées progressivement, le Conseil de l'Ordre participe de la consolidation de la profession médicale.

⁴⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Alexis THIBORD – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

1.2.2. Les débuts de la régulation (1945-1971)

Les débuts de la régulation conventionnelle de la profession médicale par les pouvoirs publics se structurent en deux étapes.

Tout d'abord, c'est l'époque des conventions départementales. Elle débute avec la création de la Sécurité Sociale en 1945⁵⁰. Ces conventions ont pour objectif de fixer les tarifs des prestations et actes médicaux. Seule la moitié des départements français est alors concerné par ces conventions. Dans les autres, la fixation des tarifs se fait par arrêtés ministériels. Ceci étant, même dans les départements conventionnés, les médecins pouvaient faire des « *dépassements d'honoraires de notoriété* ». Ce système a vite atteint ses limites. Il induisait des inéquités entre assurés sociaux d'un département à l'autre. Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie étaient dans l'impossibilité de conclure des conventions individuelles avec les médecins.

A partir de 1960, le Décret Bacon⁵¹ permet la négociation d'une convention-type entre la CSMF et l'Assurance Maladie. Les conventions départementales doivent désormais s'y conformer. Les tarifs appliqués par les médecins doivent respecter des plafonds fixés par arrêtés ministériels. Dans les départements où il n'existe pas de conventions, les médecins peuvent individuellement adhérer à cette convention-type en échange de l'octroi d'avantages fiscaux et sociaux. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie s'engagement à ne pas créer d'institutions de médecine salariée dans les départements conventionnées. Notons que dès 1960, l'immense majorité des médecins généralistes est conventionnée (86,4%). L'année suivante, les syndicats départementaux refusant cette signature forme l'Union nationale des syndicats de France (USMF) qui prend, en 1968, le nom de la Fédération des médecins de France (FMF).

⁵⁰ Ordonnances des 4 et 19 octobre 1945.

⁵¹ Le décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité Sociale met un terme au principe de la libre entente dans la fixation des honoraires (qui ne disparaîtra des textes officiels qu'avec la loi du 3 juillet 1971).

1.2.3. Une montée en charge progressive depuis 1971

La signature de la première convention nationale pluriannuelle est une étape majeure de la régulation conventionnelle de la profession médicale. Elle remplace les conventions départementales et s'impose à l'ensemble des médecins libéraux (généralistes et spécialistes)⁵². Seule la CSMF signe la première convention nationale en juillet 1971 avec les caisses nationales. En contrepartie de la fixation de tarifs nationaux, les médecins obtiennent la prise en charge de leur assurance maladie et de leur assurance vieillesse. Cette convention instaure le *numerus clausus* dans les facultés⁵³. Elle réaffirme en préambule les principes de la médecine libérale tandis que la loi du 3 juillet 1971 ajoute la liberté d'installation et fait disparaître l'entente directe.

La 2^{ème} convention nationale 1976 fixe l'écart entre les lettres-clés C et V⁵⁴ et fixe le nombre de signataires minimum pour qu'une convention nationale soit actée à deux caisses (dont la CNAMTS) et un syndicat représentatif. Cette convention nationale est signée par la CSMF et la FMF (le SMG premier syndicat mono-catégoriel, n'est pas encore reconnu représentatif).

La 3^{ème} convention nationale signée en 1980 instaure la distinction entre deux secteurs. Notons que la CSMF conteste alors cette convention qui n'est signée que par la FMF. Les praticiens exerçant en secteur 1 s'engagent à respecter des tarifs opposables, négociés par leurs représentants avec les caisses nationales. En contrepartie, l'Assurance maladie prend en charge la part patronale de leurs cotisations sociales et des avantages fiscaux leur sont octroyés. Le secteur 2 dit « secteur conventionné à honoraires libres » permet un certain retour au principe de l'entente directe. Les praticiens exerçant en secteur 2 peuvent librement fixer leurs tarifs dans la seule limite du « tact et mesure ». Leurs patients ne sont remboursés que sur la base du tarif conventionné et non sur la base réelle des sommes acquittées. Dans les faits, peu de médecins généralistes choisissent le secteur 2. En 2004, seuls 8% des médecins généralistes libéraux exercent en secteur 2⁵⁵ contre 38% des médecins spécialistes libéraux. Notons aussi qu'il existe un secteur « non-

⁵² Les médecins ont un délai pour renoncer individuellement à la convention auprès de la caisse départementale d'assurance maladie de leur lieu d'exercice.

⁵³ Le *numerus clausus* fixe par arrêté ministériel le nombre d'étudiants admis à passer en seconde année d'études médicales (voir annexe)

⁵⁴ C permet la valorisation des consultations et V la valorisation des visites à domicile ou en institutions.

⁵⁵ Ils sont majoritairement installés en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Toutefois, si on ajoute les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier (MEP) le taux s'élève à 13%.

conventionné » qui comprend environ 1 500 médecins, en majorité des médecins généralistes.

Après la signature de cette convention, et dans un contexte d'alternance politique en 1981, le paysage syndical de la profession médicale va évoluer. La CSMF prend alors une orientation libérale à la faveur du changement de son Président⁵⁶, le syndicat accepte désormais le secteur 2. Dans le même temps, le « Comité Vigilance et Action » se crée au sein de la CSMF pour représenter au mieux les intérêts des médecins généralistes. Notons aussi que la Fédération nationale des omnipraticiens français (FNOF) est créée, elle deviendra l'Union nationale des omnipraticiens français en 1984 (UNOF). Des praticiens exerçant en secteur 2 fondent le Syndicat des médecins libéraux (SML). En 1985 enfin, le syndicat MG France est créé par des membres du SMG, du « Comité Vigilance et Action » et du Mouvement d'action des médecins généralistes (MAG). MG France est reconnu comme représentatif en 1989 et donc autorisé à participer à la négociation conventionnelle. Une des revendications de ce syndicat est la mise en place de « contrats de santé » donnant une place centrale au médecin généraliste dans le système de santé. La création de MG France marque l'évolution du syndicalisme spécifique aux médecins généralistes qui passe de revendications « alternatives » - tel que le rejet des principes de la médecine libérale comme le paiement à l'acte – à un syndicat luttant pour contre le phénomène de dévalorisation de la médecine générale. Notons que depuis le milieu des années 1980, le paysage syndical "conventionnel" est quasiment fixé.

Une nouvelle convention est négociée en 1993. Elle crée les références médicales opposables, les objectifs quantifiés nationaux en termes de maîtrise des dépenses de santé et les unions professionnelles régionales. MG France refuse de la signer, ce qui lui permettra de remporter les élections professionnelles en 1994⁵⁷.

En 1997, dans le cadre du plan Juppé, est négociée une convention spécifiquement dédiée aux médecins généralistes. Elle instaure le dispositif du « médecin référent ». MG France est la seule organisation syndicale à la signer. Cette prise de position aura pour conséquence l'échec de ce syndicat aux élections professionnelles suivantes en 2000. Avec l'alternance politique de 2002, les différents ministres de la santé vont privilégier la CSMF dans une logique de réconciliation électorale après le vote sanction exprimé en 1997. MG France s'en trouvera durablement marginalisé. Ce n'est qu'avec son opposition à la loi de

⁵⁶ Jacques Monier alors proche de Jack Ralite, Ministre de la santé socialiste, est remplacé par Jacques Beaupère.

⁵⁷ Cf. annexe 16

2004 et à la convention de 2005, qui institue notamment le médecin traitant⁵⁸ que MG France redevient le premier syndicat de médecins généralistes.

Les élections professionnelles de 2006 entérinent la fragmentation durable de la représentation des médecins généralistes⁵⁹.

Bien que le propos s'arrête ici à la loi HPST (à laquelle la CSMF s'oppose alors que MG France y est favorable), on se doit de citer la dernière convention de 2011 et notamment son avenant n°8 signé le 25 octobre 2012 qui instaure notamment le contrat d'accès aux soins afin de lutter contre le phénomène des dépassements d'honoraires.

In fine, le paysage syndical français se décompose et se recompose au gré de la négociation et de la signature des nouvelles conventions nationales pluriannuelles, les organisations représentatives se positionnant tantôt en faveur tantôt contre telle ou telle convention.

⁵⁸ MG France s'y oppose car le choix est laissé aux patients de choisir leur médecin traitant : il ne s'agit pas forcément d'un médecin généraliste.

⁵⁹ Entre quatre principaux syndicats : MG France, la CSMF, la FMF et le SML.

1.3. L'introuvable place des médecins généralistes dans le système de santé français

1.3.1. *La difficile revalorisation de la médecine générale : la question des revenus*

Au-delà de la revalorisation universitaire évoquée plus haut, nous évoquerons ici la revalorisation de la médecine générale sur le plan pécuniaire.

Nous faisons ici référence aux travaux de G. Bloy⁶⁰ qui met en lumière la complexité de la problématique des revenus des médecins dans un système français fondé sur la synthèse entre médecine libérale et socialisation des dépenses par prélèvements obligatoires.

Comme nous l'avons vu plus avant, l'un des principes fondamentaux de la médecine libérale repose sur le paiement à l'acte. Il se distingue d'une autre forme de rémunération, le salariat, qui s'applique aux médecins généralistes exerçant à l'hôpital ou dans les centres de santé. G. Bloy voit dans l'attachement à ce principe le fait que beaucoup de médecins généralistes ont été sensibilisés depuis le début du XX^{ème} siècle à l'approche freudienne qui argue que la rencontre thérapeutique suppose l'acquittement d'une somme d'argent par le patient.

Ces considérations étant posées, il convient de s'intéresser aux caractéristiques des revenus des médecins généralistes. Si on observe les grandes tendances d'évolution des revenus de cette catégorie professionnelle, on constate que le pouvoir d'achat moyen augmente pour cette catégorie de médecins de 20% sur la période qui court de 1980 à 2000, soit une progression plus rapide que celle des salariés (+ 15% sur la période considérée) mais moindre que celle des médecins spécialistes (+ 39% sur la même période). Pour nuancer cela, on peut noter que les charges qui incombent aux médecins généralistes libéraux dans la gestion de leurs cabinets augmentent plus rapidement que l'augmentation des honoraires jusqu'en 2000. La situation s'inverse ensuite avec l'accélération de la croissance des revenus sous l'effet d'une reprise de l'activité conjuguée à une progression des tarifs. Néanmoins, dans le même temps, l'écart avec les revenus des médecins spécialistes se creuse⁶¹. En 2007, le revenu moyen déclaré par les médecins généralistes libéraux est de 66 800 euros annuels. Toutefois au sein de la profession, des disparités apparaissent. En effet, les médecins généralistes exerçant dans une unité urbaine de moins de 5 000 habitants ont les revenus les plus élevés. Selon G. Bloy, le revenu décroît en effet avec le degré d'urbanisation, notamment parce que les charges liées à la gestion du cabinet sont plus élevées dans les grandes villes. Toutefois, l'exercice en commune rurale est moins

⁶⁰ Dans le chapitre intitulé « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus in *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP

⁶¹ Cf. annexe 15

rémunérateur que dans les petites unités urbaines. Quant à l'évolution des revenus au cours de la carrière, on peut décrire un effet parabole. Les revenus en début de carrière sont inférieurs à la moyenne dans les premières années qui suivent l'installation. Ensuite les revenus des médecins généralistes libéraux croissent jusqu'à l'âge de 55 ans. Enfin, ces revenus diminuent, notamment du fait du vieillissement de la patientèle parallèle au vieillissement du praticien et à une réduction progressive de l'activité dans les dernières années qui précèdent la cessation définitive de l'exercice.

En définitive, on peut noter avec G. Bloy que malgré le sentiment véhiculé par les médecins et leurs syndicats, il n'y a pas de paupérisation des médecins généralistes libéraux français. Le sentiment de dévalorisation très présent chez ces médecins s'explique par un sentiment de déficit de reconnaissance sociale dont l'évolution des revenus – moins rapides que chez les spécialistes – n'est qu'une composante. Ceci est renforcé par l'absence de politique claire et constante sur la réévaluation de la rémunération des médecins généralistes. Au-delà des réflexions menées depuis une dizaine d'années sur ce thème, les choses ne semblent évoluer qu'à la marge. Pour preuve, la différence de cotations des actes C (pour les médecins généralistes) et CS (médecins spécialistes) alors même que la médecine générale est devenue une spécialité depuis 2004. Or, il paraît indispensable d'envisager une réforme de la rémunération des médecins généralistes français. Outre la nécessaire revalorisation des actes des médecins généralistes⁶², il s'agit aussi de penser la diversification des modes de rémunération. Actuellement fondé presque exclusivement sur le paiement à l'acte, le mode de rémunération des médecins généralistes ne favorise ni le développement de la prévention, ni l'amélioration des pratiques professionnelles mais favorise plutôt la multiplication des actes. Les pouvoirs publics s'interrogent donc sur la diversification de la rémunération des médecins généralistes.

Tout d'abord, des forfaits ont été introduits dès 1997 avec l'instauration du médecin référent. En effet, les médecins qui le souhaitaient pouvaient obtenir une part complémentaire de rémunération fondée sur le principe de la capitation par l'introduction de forfait. Au vu du faible engouement pour ce système et avec le remplacement du médecin référent par le médecin traitant en 2004, la rémunération complémentaire par capitation fut abandonnée. Par ailleurs, d'autres forfaits ont été instaurés, notamment en 2005 pour les patients en affection de longue durée⁶³. Dans les années 2000, la rémunération sur objectifs de santé publique voit le jour avec des dispositifs tels que les accords de bons usages de soins ou les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI 2008).

⁶² Le 1^{er} janvier 2011, la rémunération de la consultation est passée de 22 à 23 euros.

⁶³ rémunération spécifique de 40€ par an et par patient

1.3.2. *Le Médecin généraliste-pivot du système de soins ?*

Nous nous interrogerons ici sur la place, le rôle et les missions du médecin généraliste au sein du système de santé.

Rappelons en préalable que selon la définition de la WONCA⁶⁴ proposée en 2002 insiste sur la fonction du médecin généraliste. Il assure ainsi le « *premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé. La médecine générale assure la coordination des soins en lien avec d'autres professions de santé, elle privilégie une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, elle utilise un mode de consultation spécifique construisant dans la durée la relation médecin-patient, elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé, a une responsabilité spécifique en santé publique et répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, social, culturelle et existentielle* ».

Depuis 2004 et l'instauration du médecin traitant, le médecin généraliste est positionné, dans les textes, comme le pivot du système de soins. En effet, la loi du 13 août 2004 prévoit « *le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant (...) qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins* ». Cependant, la cour des comptes pointe dans son Rapport public annuel de février 2013 le caractère inabouti de cette réforme étant donné « *la place incertaine du médecin traitant* » qui tient à la fois à « *l'articulation insuffisante entre les différents acteurs* ». Les freins à ce repositionnement sont aussi le manque d'organisation et de développement des outils à disposition du médecin traitant, en particulier avec le retard du développement du dossier médical personnel.

Avec la loi HPST, le législateur souhaité renforcer la position pivot du médecin généraliste en définissant une notion nouvelle liée à sa fonction : « *le médecin de premiers recours* ». Selon l'article L. 4130-1 du Code de la santé publique, ses missions sont notamment de « *contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* », « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; d'assurer la coordination des soins nécessaire à ses patients...* ». La Cour des comptes estime néanmoins que la nouvelle notion de médecin généraliste de premiers recours « *ne se superpose pas exactement à celle de médecin traitant et contribue davantage à brouiller son rôle qu'à l'affermir* ».

⁶⁴ *World Organization of National Colleges and Academies of family doctors*

La principale difficulté tient à ce que la fonction pivot du médecin généraliste soit pleinement reconnue par les acteurs du système, car chacun « *tend à vouloir que la coordination s'exerce à partir de sa propre sphère de responsabilité* ».

Pour donner au médecin généraliste le rôle qui lui incombe, la Cour recommande notamment de « *réaffirmer le médecin traitant comme le coordonnateur des soins de ses patients vis-à-vis de l'ensemble des autres acteurs du système de santé et de mettre sans délai à sa disposition les outils indispensables à sa mission et à sa relation avec les autres intervenants du système de soins* » tels que la messagerie sécurisée en santé et le dossier médical personnel.

En définitive, nous avons démontré que la profession de médecin généraliste possédait des caractéristiques très particulières, notamment du fait de son rapport original aux pouvoirs publics. Les contours de rôle et de ses missions, bien qu'affirmés dans les textes, ne semblent pourtant toujours pas stabilisés. Dans ce cadre, la Stratégie nationale de santé initiée en septembre 2013, présentée après les conclusions du Comité des sages présidé par A. Cordier tente de nouveau de replacer le médecin généraliste au cœur du système de soins français. La Stratégie nationale de santé s'incarne dans le projet de loi de modernisation du système de santé, définitivement voté en décembre 2015, et prend en compte certaines des propositions du Rapport du Pr. Druais sur « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé » délivré à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé en mars 2015. Le deuxième axe prévoit ainsi d'organiser les soins autour du patient et de mettre en place une médecine de premier recours en recentrant notamment l'organisation des soins autour du médecin traitant et en favorisant l'exercice regroupé et pluri-professionnel. Pour ce faire la loi prévoit la mise en place d'équipes de soins primaires (ESP) organisées autour des médecins généralistes ainsi que la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont l'objectif est de regrouper des médecins – généralistes et spécialistes – des auxiliaires médicaux et des professionnels des secteurs social et médico-social.

2. Des relations complexes sur des champs divers : état des lieux depuis la Loi HPST

Nous dresserons dans cette partie le panorama des relations entre les médecins généralistes et l'ARS dans le département des Hautes-Pyrénées, en particulier depuis la loi HPST. Au terme des investigations menées, ces relations apparaissent à la fois complexes et multiples, tant les domaines concernés sont larges.

2.1. Des relations sur un champ traditionnel et régalien : une relation d'autorité

2.1.1. *La permanence des soins ambulatoires : une relation co-construite dans un cadre législatif rénové*

C'est dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires que la DTARS semble le plus au contact des médecins généralistes libéraux. La permanence des soins ambulatoires⁶⁵, qui consiste en un maintien de l'offre ambulatoire à l'heure de fermeture des cabinets médicaux (la nuit, le week-end et les jours fériés) est inscrite dans le Code de Déontologie médicale et dans le Code de la santé publique. Suite à un fort mouvement de contestation des médecins libéraux, la permanence des soins n'est plus une obligation depuis 2002 mais un simple « *devoir déontologique* » et repose sur le volontariat⁶⁶ et sur une régulation médicale assurée par le centre 15⁶⁷. Avec la loi HPST⁶⁸, la permanence des soins est reconnue comme mission de service public. Son organisation est assurée par l'Agence régionale de santé sur la base d'un cahier des charges régional décliné dans chaque département en respectant le Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires. L'ARS a la compétence pour définir les modalités de mises de la PDSA et le montant des indemnités versées aux médecins participant au dispositif.

En Midi-Pyrénées, l'organisation de la permanence des soins a été arrêtée le 13 novembre 2012 après une phase de consultations obligatoires⁶⁹ et des échanges avec les acteurs de santé de la région. Les délégations territoriales de l'ARS ont eu un rôle majeur dans cette réorganisation de la PDSA. Les priorités de l'Agence dans cette réorganisation

⁶⁵ dont le pendant complémentaire est la permanence des soins des établissements de santé (PDSES).

⁶⁶ Article R.4127-77 du code de la santé publique : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

⁶⁷ voire par les associations de permanence des soins comme « SOS médecins » dans les grandes agglomérations.

⁶⁸ Le décret du 13 juillet 2010 modifie l'organisation de la PDS conformément aux articles 1, 48 et 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009

⁶⁹ auprès des URPS, de la CRSA et des CODAMUPS-TS de tous les départements

ont été l'adaptation de la PDSA aux besoins des patients ainsi qu'aux aspirations des médecins généralistes libéraux, la clarté et la sécurité du dispositif. Les mesures prises dans ce cadre ont par exemple été l'amélioration du régime indemnitaire pour les médecins se portant volontaires, la mise en place d'un numéro unique pour les patients – le 3966 - ou l'orientation des appels de patients en fonction de leur nature : ceux qui relèvent de la PDSA et ceux qui relèvent de l'aide médicale urgente⁷⁰. Dans la région, 55% des médecins généralistes participent à la PDSA contre 60% dans la majorité des départements français. La rémunération de la PDSA – qui comprend deux forfaits, selon que le médecin soit effecteur ou régulateur – est fixée à 50 euros pour la première partie de nuit, et jusqu'à 200 euros pour la deuxième partie de nuit et le week-end. L'activité de régulation médicale est rémunérée à hauteur de 70 euros par heure, soit le minimum réglementaire.

Dans le département des Hautes-Pyrénées, on note une très forte participation avec plus de 80% des médecins généralistes qui participent à la PDSA. Ceci est sans doute lié aux caractéristiques sociodémographiques des médecins du territoire qui sont plus âgés que la moyenne régionale, sachant qu'on peut établir un lien entre la participation à la PDSA et l'âge des médecins, les jeunes médecins participant moins à la PDSA que leurs aînés. Au 31 décembre 2014, il y a 16 secteurs de garde dans le département sur les 158 que compte la région. Dans ce département, la PDSA est organisée tous les jours de 20 heures à minuit et le samedi à partir de midi (il n'existe donc plus de garde en nuit profonde).

Le rôle du Conseil départemental de l'Ordre des médecins est fondamental dans l'organisation de la PDSA. Le CDOM a ainsi participé aux travaux menés par la DTARS pour redéfinir les secteurs de garde en 2003. La qualité du travail en collaboration qui a alors été mené a permis de mettre en place la PDSA plus rapidement que dans les autres départements de la région. En 2013, lors de la redéfinition des secteurs de garde suite à la création des ARS et l'adoption du cahier des charges régional, un remaniement de la PDSA a été co-construit dans une des vallées isolées du département. Le Président du CDOM des Hautes-Pyrénées, interrogés dans le cadre des investigations menées, considère d'ailleurs qu'a eu lieu « un véritable travail en harmonie », notamment pour mettre en place une maison médicale de garde. Par ailleurs, le CDOM a pour rôle de constituer les tableaux de garde via un logiciel dédié auquel la DTARS a accès. Le fonctionnement de la PDSA dans ce département, bien qu'organisée sur un modèle minimaliste, est assuré notamment grâce aux quatre maisons médicales de garde qui ont été créées. Au quotidien, la DTARS veille à

⁷⁰ Notons qu'une des mesures de la loi de modernisation de notre système de santé sera la mise en place d'un numéro d'appel national pour joindre un médecin en période de PDSA, différent du n°15 réservé à l'aide médicale urgente.

l'effectivité de la permanence des soins en vérifiant et en validant les tableaux de garde transmis par le CDOM, notamment quant à leur compatibilité au cahier des charges régional. En fin de procédure, l'ARS transmet ce tableau à la Caisse primaire d'assurance maladie, ce qui vaut ordre de paiement et pour les forfaits de régulation et d'astreinte des médecins participant à la PDSA.

La DTARS co-préside avec le Préfet le Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS)⁷¹, dont elle assure le secrétariat. Cette instance consultative est composée du Préfet, du représentant de la DGARS, des représentants des collectivités territoriales, des partenaires de l'aide médicale urgente et des représentants des professionnels de santé ainsi que des représentants des associations d'usagers. Les missions de ce comité sont de veiller « *à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charge* » et de s'assurer « *de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires* »⁷².

Notons enfin que l'organisation de la PDSA est sujette à critiques depuis sa réorganisation en 2002. Un rapport d'information parlementaire dresse ainsi les constats suivants⁷³, qui ne concernent qu'en partie l'organisation de la PDSA dans la région et le département d'étude. De multiples insuffisances existent dans l'organisation du dispositif. La PDSA ne permet par exemple pas de réduire significativement le recours aux urgences. Par ailleurs, de moins en moins de médecins généralistes se portent volontaires, ce qui s'explique à la fois par la baisse des effectifs et par le choix des jeunes générations de privilégier la qualité de vie et donc de ne pas participer aux gardes. D'ailleurs au niveau national, seuls environ 30 000 généralistes assurent des gardes dans le cadre de la PDSA mais que seuls 3 000 médecins généralistes réalisent 60% des gardes. Les mesures prises par les ARS pour lutter contre la désaffection des médecins généralistes pour la PDSA n'ont parfois pas les effets attendus. Par exemple, la politique de réduction du nombre de secteurs de garde, a pour conséquence de décourager les médecins chargés désormais de couvrir des secteurs plus étendus.

⁷¹ Le CODAMUPS-TS se réunit au moins une fois par an et se compose de deux sous-comités, l'un rassemblant les médecins siégeant au CODAMUPS-TS et l'autre dédié aux transports sanitaires.

⁷² Au terme de l'article R. 6313-1 du Code de la santé publique

⁷³ Rapport d'information de la Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins en juin 2015

En outre, le coût de la PDSA devrait être mieux maîtrisé. L'enveloppe nationale dédiée s'élevait à 380 millions d'euros en 2013, contre 280 millions d'euros en 2005, dont 136 millions sont consacrées aux dépenses liées aux forfaits d'astreinte et de régulation et 247 millions aux dépenses liées aux honoraires et aux majorations d'actes. En Midi-Pyrénées, l'enveloppe dédiée s'élève à plus de 13 millions d'euros en 2013. La hausse des dépenses liées à la PDSA se fait en parallèle d'une baisse du nombre d'actes réalisés dans le cadre de ce dispositif⁷⁴. La cause principale en est l'efficacité de la régulation médicale, qui permet par exemple de substituer un conseil médical à distance à une visite à domicile.

Enfin on peut observer les inégalités territoriales et sociales dans l'accès à la PDSA. Selon le même rapport d'information, la PDSA « *souffre des écarts manifestes de la répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national* ». De plus, les personnes ayant d'ordinaire des difficultés à recourir aux soins, ont aussi des difficultés d'accès aux soins lors de la fermeture des cabinets de ville.

2.1.2. Des relations sous tensions

Nous soulignerons ici que les relations entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux sont parfois tendues, notamment à l'occasion d'épisodes de fortes contestations. Se posera ici la question des grèves de la permanence des soins et le rôle de la DTARS - en lien avec la Préfecture - en matière de réquisitions.

Le propos s'inscrit ici dans le cadre du principe de la participation volontaire des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins⁷⁵, ainsi qu'à sa régulation. Les médecins souhaitant participer à la PDSA remplissent le tableau de garde qui précise leur nom, les modalités de dispensation des actes et leur lieu. Ce tableau doit être transmis au Conseil départemental de l'Ordre quarante-cinq jours avant échéance. Dans les faits, c'est souvent le CDOM qui remplit ce tableau, en accord avec les médecins concernés. Notons que le tableau de garde doit être transmis à l'ARS dix jours au moins avant sa mise en œuvre. Lorsque le CDOM n'arrive pas à remplir le tableau de garde, il se doit de mener des démarches de concertation pour y parvenir, auprès de l'URPS notamment. Si celles-ci n'aboutissent pas, le Conseil est censé transmettre à la Directrice générale de l'ARS, ou à son représentant, un rapport qui comprend une liste de médecins susceptibles d'assurer la permanence des soins. L'ARS transmet ensuite ce rapport au Préfet de département afin qu'il procède si besoin aux réquisitions correspondantes. Notons que certains praticiens, dont la liste est établie par le CDOM, compte tenu de leur âge et de leur état de santé, sont

⁷⁴ 5,4 millions d'actes en 2011 contre 7,1 millions en 2001

⁷⁵ cf. article R. 6315-4 du Code de la santé publique

exemptés de participer à la PDSA. Les relations entre l'ARS et le Préfet sont formalisées dans le cadre d'un protocole établi en application de l'article R. 1435-2 du Code de la santé publique. La réquisition demeure un pouvoir de police du préfet, les arrêtés de réquisition élaborés par la DTARS en utilisant des modèles élaborés par le siège régional, sont donc signés par le Préfet de département.

A l'occasion de grèves⁷⁶, les médecins généralistes libéraux ne s'inscrivent pas à la permanence des soins ou renoncent au tour de garde auquel ils s'étaient inscrits. Dans ce dernier cas, ils doivent notifier leur refus d'assurer la garde. Ils peuvent aussi fermer leurs cabinets en dehors des périodes de PDSA. Dans ces deux cas, le cadre de la réquisition préfectorale peut s'appliquer. Le Code général des collectivités territoriales⁷⁷ prévoit ainsi qu'en « *en cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées* ».

Lors du mouvement de contestation contre le projet de loi de modernisation de notre système de santé et de sa mesure phare, le tiers-payant obligatoire et généralisé, les médecins ont procédé à des fermetures de cabinets et à une « grève de la permanence des soins ». La « grève » a eu lieu à la fin décembre 2014 et en septembre 2015. La DTARS a alors procédé aux demandes de réquisitions correspondantes. Le portage des arrêtés de réquisition constitue une question non définitivement tranchée dans de nombreuses ARS, en particulier en Midi-Pyrénées. Deux solutions sont aux mains des ARS et des préfetures : l'envoi par courrier recommandé ou le portage par les forces de l'ordre. Notons qu'avec la première méthode, la présence du praticien réquisitionné est nécessaire pour accuser réception de l'arrêté de réquisition. Or, en période de grève particulièrement, les médecins généralistes libéraux ne sont pas présents à leurs cabinets. La deuxième méthode a l'inconvénient de véhiculer une image négative et d'autorité, très mal perçue par les médecins concernés. Y recourir est de nature à tendre encore des relations particulièrement délicates lors des périodes de forte contestation.

⁷⁶ voir Circulaire interministérielle n°SG/DGOS/2014/351 du 19 décembre 2014 relative aux préconisations de conduite à tenir dans le cadre du mouvement de cessation d'activité des médecins libéraux - généralistes et spécialistes - des urgentistes et des cliniques sur la période du 22 au 31 décembre 2014 et à compter du 5 janvier 2015

⁷⁷ cf. article L. 2215-1 du CGCT

2.2. Des relations nouvelles et spécifiques : des relations de partenariat

2.2.1. *Un cadre de relations nouveau : l'alliance objective*

Avec la Loi HPST, le cadre de relations entre l'administration de la santé (désormais ARS) et les médecins généralistes libéraux s'est transformé.

Rappelons tout d'abord que les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins ont participé à l'élaboration du Projet régional de santé. Ce travail d'élaboration en concertation fut l'occasion de poser un cadre de relations nouveau, qu'on peut qualifier d'alliance objective. En effet, la loi HPST entend développer la démocratie sanitaire. En Midi-Pyrénées, l'élaboration du PRS a été précédée d'une étape de concertation à laquelle plus de 2000 personnes ont participé. Il s'est agi d'établir le diagnostic des besoins de santé des usagers sur le territoire, dans une logique nouvelle de parcours de santé, notamment pour certaines catégories de personnes aux besoins prioritaires (les personnes âgées par exemple). Parmi ces personnes-ressources, l'ARS Midi-Pyrénées a eu recours à l'expertise de plus de 700 professionnels de santé réunis au sein de 17 groupes-experts dénommés Comités techniques régionaux (COTER). Le diagnostic se fonde sur les réalités locales et prend en compte l'offre de santé et de soins existante. Deux instances de démocratie sanitaire ont par ailleurs vu le jour avec la loi HPST. Il s'agit d'abord de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie dont le rôle est de participer à la définition de la politique régionale en matière de santé. Par ailleurs, des Conférences de territoire ont été constitués dans les huit départements de la région. Elles réunissent les acteurs de santé de proximité afin d'identifier les besoins de chaque territoire de santé et aident à prioriser les actions à mettre en œuvre. Le PRS se décline ensuite en objectifs stratégiques présentés dans des schémas régionaux de planification tels que le schéma régional d'organisation des soins. Ces schémas sont ensuite déclinés dans des programmes régionaux mis en œuvre dans les territoires.

Outre les instances de démocratie sanitaire, les URPS, mis en place avec la loi HPST, ont été conviées à l'élaboration du diagnostic territorial. Interrogé en décembre 2011⁷⁸, le Président de l'URPS des médecins considère que « *la désorganisation qui prévaut aujourd'hui doit céder la place à une vraie coordination et un véritable parcours de soins identifié par les citoyens et accepté par tous les intervenants* ». Par ailleurs, selon lui, « *l'ARS a fait le choix d'un schéma d'organisation des soins autour d'un projet de bassins de santé reprenant les concepts du premiers recours. Cela va dans le bon sens, mais cela*

⁷⁸ dans le périodique « Question santé, le magazine de l'ARS Midi-Pyrénées », n°4 décembre 2011

nécessite d'en définir les moyens. La quadrature du cercle réside dans la non fongibilité des enveloppes financières entre hôpital et ambulatoire ». Volontaires pour accompagner les évolutions induites par la réforme HPST, l'URPS des médecins de la région Midi-Pyrénées se disait alors très attentive « *à ne pas voir charger la barque des libéraux du premiers recours en terme de missions, sans moyens financiers fléchés* » et vigilante « *à ce que cette nouvelle organisation s'accompagne d'une information claire de tous les professionnels de santé et des assurés sociaux de chaque bassin* ».

En se fondant sur ce diagnostic territorial co-construit, trois priorités ont été mises en exergue par l'ARS Midi-Pyrénées dans son PRS. Il s'agit de la réduction des inégalités sociales de santé, du repositionnement du patient au cœur du système de santé et de l'adaptation de ce système à l'évolution des besoins de la population.

Concentrons nous ici sur le diagnostic posé sur l'organisation des soins de premiers recours. L'objectif de ce diagnostic, qui est une composante de l'élaboration du PRS, est de trouver des réponses à la question suivante : « *comment améliorer l'organisation des soins de premier recours pour permettre l'accès de tous à des soins de qualité ?* ». La méthode employée pour élaborer ce diagnostic fut d'analyser de manière quantitative les données socio-médico-démographiques dans chaque secteurs de la permanence des soins ambulatoires. De ces travaux apparaissaient les résultats suivants. Les défis majeurs à relever dans la région sont liés au vieillissement de la population, au poids des maladies chroniques et aux comportements à risque. La problématique de la démographie médicale se pose en termes de répartition territoriale, de retard à l'installation, de renouvellement générationnel et de manque d'attractivité pour l'exercice libéral. Il apparaît aussi que les attentes des jeunes professionnels de santé portent sur leur souhait de libérer du temps pour se concentrer sur leur cœur de métier, de diversifier leurs modes d'exercice et de travailler à proximité de service de soins. La notion de « *plateau technique généraliste* » a ici été présentée. Il s'agit de garantir dans chaque territoire la présence d'un service d'accueil des urgences, d'un laboratoire et d'une imagerie médicale. Les points faibles identifiés dans l'organisation de l'offre sont notamment l'insuffisante coordination des acteurs de premiers recours autour du patient.

Avec la loi HPST, et dans le cadre de l'élaboration du PRS, une nouvelle relation de type partenariale entre administration de la santé et médecins généralistes libéraux a ainsi été construite. Notons toutefois que depuis le changement de Directeur général de l'ARS Midi-Pyrénées en 2012, la démocratie sanitaire a marqué le pas dans la région. Pour preuve, le Président du CDOM des Hautes-Pyrénées regrette que « *les conférences de territoire soient désormais endormies* ».

2.2.2. Dans le but de lutter contre la désertification médicale

Le partenariat qui peut se créer entre ARS et médecins libéraux a pour but premier de lutter contre la dégradation de la situation démographique.

La constitution de déserts médicaux en France provient de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. Sa conséquence première est la difficulté d'accéder aux soins. Pour y remédier, des dispositifs ont été mis en place par l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales, en particulier depuis la loi HPST et plus tard dans le cadre de la Stratégie nationale de santé avec le « Pacte territoire santé ».

Il s'agit d'abord de dispositifs à l'intention des futurs médecins en formation initiale. On peut ainsi évoquer le Contrat d'engagement de service public (CESP), qui est une des mesures phares du « Pacte territoire santé » présenté en décembre 2012 par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Il s'agit d'une allocation mensuelle⁷⁹ versée aux étudiants et internes de médecine – potentiellement dès la deuxième année – jusqu'à l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées. Au-delà de l'aide financière, un accompagnement individualisé est proposé aux médecins en formation initiale, ainsi qu'un soutien dans leurs projets d'installation. En contrepartie, les futurs médecins s'engagent à s'installer dans un territoire éligible, sous-doté en médecins, pour une durée équivalente au versement de l'aide (avec un minimum de deux années). Dans la région Midi-Pyrénées, 70 CESP ont été signés avec des médecins généralistes libéraux entre 2010 et 2015. Par ailleurs, des aides des collectivités territoriales peuvent être proposées aux termes de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux⁸⁰. Les collectivités territoriales peuvent verser aux internes en médecine générale des indemnités d'hébergement et de déplacement lors de leurs stages en zones déficitaires. Ils s'engagent en contrepartie à exercer dans ces zones pendant cinq ans au moins.

Un autre dispositif consiste à développer le nombre de maîtres de stage en médecine générale. En effet, il l'augmentation du nombre de maîtres de stage est un des facteurs favorisant la venue des internes dans des zones sous-dotées pour y effectuer un stage. Le département des Hautes-Pyrénées se caractérisait par un nombre faible de maîtres de stage. Le CDOM et la DTARS ont donc œuvré pour le développer⁸¹. Ce travail collaboratif a

⁷⁹ 1 200 euros bruts / mois

⁸⁰ article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales

⁸¹ Cf. annexe 8

produit ses effets puisque fin 2014, on compte 24 maitres de stage agréés en médecine générale dans le département⁸².

En outre, des dispositifs d'aide à l'installation en zones sous-dotées ont été créés. Ces zones sont définies par l'ARS en application de l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique. Parmi ces dispositifs on peut citer le « référent régional pour l'installation » au sein de l'ARS. C'est une des mesures prévues par le Pacte Territoire Santé de 2012. L'idée est de désigner dans chaque ARS une personne ressource disponible pour informer les médecins sur les démarches et les dispositifs d'aides existants. Il a aussi pour mission d'orienter les professionnels et de les accompagner dans leurs projets d'installation en lien avec les priorités définies dans les schémas régionaux. Dans chaque DTARS, un correspondant local a aussi été désigné. Dans le département des Hautes-Pyrénées, il s'agit de l'Inspectrice en charge du pôle animation territoriale. Par ailleurs, les médecins généralistes peuvent recourir à l'outil de cartographie interactive « C@rtosanté »⁸³ afin de recueillir des données sur l'offre de soins existante dans le territoire qu'ils envisagent pour s'installer, ainsi que sur les caractéristiques sociodémographiques de leur future patientèle. Les collectivités territoriales peuvent aussi prendre en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement, mettre à disposition des locaux ou des logements et verser des primes d'installation. Ces aides à l'exercice sont attribuées en contrepartie d'un engagement du praticien de rester dans la zone pendant trois ans.

Au-delà des précédents dispositifs, il s'agit enfin de favoriser le maintien des médecins généralistes libéraux après leur installation sur un territoire. Depuis 1995, la politique en faveur des territoires isolés a permis certaines exonérations fiscales pour les professionnels de santé exerçant dans les zones de revitalisation rurale⁸⁴. Il s'agit par exemple pour les médecins de l'exonération d'impôts sur le revenu pour les rémunérations perçues au titre de la PDSA. On peut aussi citer les options conventionnelles définies dans la Convention nationale passée entre UNCAM et les représentants des médecins en 2011. Elles sont basées sur le principe de l'adhésion individuelle volontaire des praticiens. Il s'agit tout d'abord de l'option conventionnelle « démographie » qui consiste en deux aides financières, l'une à l'investissement⁸⁵ et l'autre à l'activité. Cette option est à destination des

⁸² sur les 190 de la région.

⁸³ outil développé par l'Assurance maladie avant la création des ARS, qui s'enrichit depuis des données internes à l'Agence. Il est disponible sur le site des ARS.

⁸⁴ Créées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995

⁸⁵ Versés pendant 3 ans : 5 000 euros pour le professionnel exerçant en groupe, 2 500 euros pour celui membre d'une maison de santé.

médecins généralistes déjà installés dans une zone sous-dotée et qui travaillent en groupe ou en regroupement pluri-professionnel. Par ailleurs, l'option conventionnelle « santé solidarité territoriale » permet une aide financière individuelle en contrepartie d'un soutien en temps médical à des confrères installés dans des territoires déficitaires.⁸⁶ Le médecin généraliste signataire s'engage alors à exercer au moins 28 jours par an pendant trois ans dans la zone déficitaire.

Il nous faut enfin présenter un dispositif du « Pacte Territoire santé » : le contrat de « praticien territorial de médecine générale ». Ce dispositif a été institué par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Ce contrat permet aux médecins, non encore installés ou installés depuis moins d'un an dans une zone fragile, de percevoir un complément de rémunération⁸⁷ et des avantages en matière de protection sociale, notamment en cas d'arrêts maladie ou de congé maternité. Ce contrat est valable un an, renouvelable une fois. Fin 2014, 400 PTMG ont été signés, 16 dans la région Midi-Pyrénées dont 3 dans le département des Hautes-Pyrénées. Dans la continuité, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 crée le contrat de « praticien territorial de médecine ambulatoire ». Il concerne tous les médecins généralistes ou spécialistes, en secteur 1 ou en secteur 2, souhaitant s'installer dans une zone fragile. Le PTMA est un contrat plus long que le PTMG (de 3 à 6 ans). Il indemnise le congé paternité

Notons que ces deux contrats impliquent le respect d'engagements individualisés pour chaque praticien, en fonction des priorités de santé publique dans la zone d'installation, notamment en termes de dépistage, de prévention, d'éducation à la santé et de permanence des soins. Ces deux contrats ne sont pas cumulables.

⁸⁶ majoration de 10% de l'activité réalisée dans cette zone et prise en charge des frais de déplacement.

⁸⁷ Garantissant un revenu de 6 900 euros bruts / mois avec un complément maximal de 3 105 euros bruts mensuel pour une activité de 9 demi-journées hebdomadaires.

2.2.3. Dans le but de favoriser les nouveaux modes d'exercice professionnel et la coordination

L'autre objectif de la relation partenariale que tente de tisser la DTARS avec les médecins généralistes libéraux est de développer les nouveaux modes d'exercice professionnel liés à la coordination. Nous présenterons ici les différents dispositifs existants en matière d'exercice regroupé et leur déploiement dans le département des Hautes-Pyrénées.

La coordination des professionnels de santé dans le champ ambulatoire n'est pas une nouveauté. En effet, comme le rappelle F.X. Schweyer, les médecins généralistes ont toujours eu un « réseau professionnel informel ». Les médecins généralistes libéraux adressent aux médecins spécialistes libéraux leurs patients en fonction de la qualité de leurs relations professionnelles voire interpersonnelles, de leurs habitudes et de la qualité du retour d'information donnée par ces médecins spécialistes. Les médecins généralistes libéraux ont des contacts fréquents avec les cabinets infirmiers libéraux, notamment dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées. Le réseau professionnel informel du médecin généraliste comprend aussi souvent un masseur-kinésithérapeute, un laboratoire d'analyse médicale et des orthophonistes. Cet espace professionnel est toutefois sous tensions. En effet, selon F. X. Schweyer, *« les relations entre personnels de santé se structurent par des contraintes (rivalités de territoire professionnels, concurrence, règles et normes, manque de temps...), par des aspirations à s'affranchir des rapports de subordination et des hiérarchies, mais aussi par un jeu de miroir entre différents idéaux »*.

Nous nous intéresserons ici plus particulièrement à l'évolution de la coordination instituée. Avec la création du « médecin référent » en 1998 puis du « médecin traitant » en 2005, la coordination devient de plus en plus formalisée. Les réseaux de santé, qui voient le jour en 2002, constituent aussi une étape vers une prise en charge plus intégrée et coordonnée autour de certains types de patients. Avec la loi HPST, le médecin de premiers recours est pivot du système de santé. Il a notamment pour missions d'orienter le patient dans le système de soins et le secteur médico-social et d'assurer la coordination de soins.

L'exercice regroupé coordonné et pluri-professionnel trouve sa concrétisation dans la possibilité pour les professionnels de santé de premiers recours de créer des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Ce dispositif apparaît dans les textes avec la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008⁸⁸. Le cahier des charges national des MSP élaboré par la DGOS date de 2010. Ses principaux éléments sont la formulation préalable

⁸⁸ Inscription dans le Code de la santé publique à l'article L. 6323-3 puis modifié par l'article 39 de la loi HPST puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011.

d'un diagnostic des besoins de santé de la population sur le territoire envisagé pour l'implantation de la MSP ainsi que le projet de santé de la structure. Ce dernier document fondamental comprend un projet professionnel et le projet d'organisation de la prise en charge. Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein de la structure. Deux médecins généralistes et un auxiliaire médical⁸⁹ sont l'équipe socle minimum pour élaborer un projet de santé. Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré ce projet de santé peuvent bénéficier de l'appellation « MSP », et sous réserve d'une contractualisation avec l'ARS, de financements dédiés. Pour ce faire, le projet de santé est instruit par l'ARS afin de le présenter pour validation à la commission départementale des MSP et Pôle de santé avant de passer en commission régionale.

Les MSP se distinguaient d'abord des Pôles de santé⁹⁰ dont la caractéristique était de faire travailler entre eux des acteurs non rassemblés sur un même site géographique (professionnels de santé, MSP, centres de santé, etc.). Désormais, on ne parle plus que de MSP mono ou multi-sites. Dans les deux types de structures, un système d'information partagé doit être institué.

Pour les MSP mono-site, la problématique des locaux ne doit être abordée qu'une fois le projet de santé défini étant donné que le volet immobilier doit correspondre aux besoins réels de la population et permettre la mise en œuvre complète du projet de santé. Le projet immobilier est porté par un maître d'œuvre, il s'agit en général d'une communauté de communes.

Dans ce cadre, l'ARS, au niveau régional et départemental, intervient à plusieurs étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets d'exercice regroupé.

Tout d'abord, l'ARS définit des zones cibles pour le soutien à l'exercice coordonné ou regroupé en application des articles L. 1431-7 et L. 1434-3. Ainsi, l'ARS Midi-Pyrénées a arrêté deux types de zonage. Le premier concerne les zones de vigilance fondées sur des éléments de fragilité démographique. Les projets d'exercice coordonné peuvent y être encouragés et l'octroi d'aides financières est possible pour le fonctionnement et l'aide à l'installation des projets de santé. L'ensemble du département des Hautes-Pyrénées a été classé en zone de vigilance⁹¹. Par ailleurs, des zones fragiles ont été identifiées. Dans ces zones, les professionnels de santé peuvent bénéficier de l'ensemble des aides existantes

⁸⁹ Parmi les 20 professions citées au Livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique.

⁹⁰ Défini à l'article L. 6323-4 du Code de la santé publique

⁹¹ Cf. arrêté du Directeur général de l'ARS Midi-Pyrénées du 14 avril 2014.

notamment conventionnelles. Dans le département des Hautes-Pyrénées, cinq communes ont été identifiées comme fragiles⁹².

Par ailleurs, la DTARS a un rôle pour susciter les projets, notamment dans ces zones fragiles. Pour ce faire, les équipes de la DT organisent des réunions avec les professionnels de santé libéraux pour leur présenter les différentes modalités d'exercice regroupé. Lorsqu'un projet émane des professionnels de santé ou d'une collectivité territoriale, la DTARS peut apporter un appui technique dans l'élaboration du diagnostic territorial initial⁹³. L'ARS apporte alors son expertise en terme d'ingénierie de projet. Un accompagnement dans la rédaction du projet de santé peut aussi être proposé par le médecin-inspecteur de la DTARS. Car en effet, rappelons avec F.X. Schweyer que les professionnels de santé libéraux, en particulier les médecins généralistes, ont peu de goût pour les activités rédactionnelles considérées comme des « tâches administratives ». Après validation du projet, la DTARS intervient dans le suivi de la structure et de l'atteinte des objectifs préalablement fixés.

Enfin, la DTARS peut apporter un accompagnement aux structures dans l'obtention d'aides financières. Les MSP peuvent bénéficier de subventions à l'investissement octroyées, après approbation du projet de santé et sur sollicitation des collectivités territoriales, par l'Etat⁹⁴, le Conseil régional ou l'Union Européenne. Par ailleurs, des aides au fonctionnement de la structure pluri-professionnelle peuvent être octroyées par l'ARS⁹⁵. En outre, la création de MSP peut permettre à ses membres de diversifier leurs modes de rémunérations. En 2008, l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale permet des expérimentations de nouveaux modes de rémunération pour favoriser la coordination pluri-professionnelle. La pérennisation de ce dispositif a été prévue dans le cadre de la négociation de l'Accord national interprofessionnel sur les soins de proximité. Après l'échec des négociations, un arbitre a été nommé en novembre 2014 (B. Fragonard). Il remet son règlement arbitral en février 2015, celui-ci entre en vigueur le 28 février 2015. Les structures concernées par ces aides financières sont les MSP mono ou multi-sites constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Chaque structure retenue par la CPAM et l'ARS signe un contrat conforme à un contrat-type, annexé au règlement arbitral, pour 5 ans qui comporte des engagements de la structure en matière d'accès aux soins, de

⁹² Il s'agit de Argelès-Gazost, Arreau, Campan, Maubourguet et Rabastens de Bigorre cf. annexe 9

⁹³ Les porteurs de projet peuvent avoir recours à des cabinets de conseil spécialisés.

⁹⁴ Au titre de la Dotation d'équipement des Territoires ruraux (DETR) par exemple

⁹⁵ à hauteur maximum de 50 000 euros dans les zones fragiles et de 30 000 euros dans les zones de vigilance

travail en coordination et de système d'information⁹⁶. Une rémunération par points est prévue en fonction du respect de ces engagements.

In fine, il est à noter que la création des MSP suppose une double volonté concomitante des professionnels de santé libéraux et des élus. Trop souvent des MSP sont restées « coquilles vides » tant le projet de santé avait insuffisamment été pensé. C'est pour cette raison que l'ARS Midi-Pyrénées adopte une position pragmatique. L'idée est de soutenir les initiatives de regroupement professionnel même si ceux-ci ne recueillent pas la labellisation « MSP », qui demeure très lourde et contraignante.

2.2.4. Des relations partenariales à l'occasion d'expérimentations : l'exemple de PAERPA⁹⁷

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013⁹⁸ permet la mise en œuvre de projets pilotes qui concernent le parcours de santé des personnes âgées. L'objectif général du dispositif PAERPA est de faciliter la vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de préserver leur autonomie via le maintien à domicile. Un des territoires pilote se trouve dans la région Midi-Pyrénées et en particulier dans le département des Hautes-Pyrénées⁹⁹.

Les professionnels de santé du premier recours sont les acteurs essentiels de PAERPA. Ils sont réunis au sein d'une équipe pluri-professionnelle dénommée coordination clinique de proximité (CCP)¹⁰⁰ dont le rôle est d'apporter une réponse aux besoins de santé des patients âgés¹⁰¹. Afin de formaliser leur action auprès d'une personne âgée présentant

⁹⁶ Certains engagements sont obligatoires tels que l'ouverture de la MSP de 8h à 20h et le samedi matin ou la rédaction de protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies. D'autres engagements ne sont qu'optionnels et concerne par exemple l'accueil de jeunes professionnels de santé.

⁹⁷ Cf. annexe 10 et 11

⁹⁸ Cf. article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013

⁹⁹ Dans cette région, le projet PAERPA a officiellement été lancé en septembre 2013 (1^{ère} vague de lancement des projets pilotes). Sur ce territoire, les personnes âgées de 75 ans et plus sont au nombre de 29 387 en 2011, ce qui représente 12,8% de la population contre 9,1% en France. Le territoire connaît le plus fort taux de vieillissement de la région⁹⁹.

¹⁰⁰ La CCP comprend le médecin traitant, d'un pharmacien d'officine, d'un IDE libéral (ou coordinateur de SSIAD) et d'un autre professionnel de santé en fonction des besoins de la personne (tel qu'un masseur-kinésithérapeute par exemple).

¹⁰¹ Sachant que les principaux facteurs d'hospitalisation évitable sont : l'optimisation des traitements médicamenteux, la prévention des chutes, de la dénutrition et de la dépression.

une maladie chronique ou une polyopathie, ces professionnels élaborent, en concertation pluridisciplinaire et après avoir recueilli l'accord indispensable du patient, un plan personnalisé de santé. Le travail d'élaboration de ce document est rémunéré par un financement spécifique imputé sur le FIR et liquidé par la CPAM¹⁰². Le médecin traitant pilote l'élaboration du PPS et le valide¹⁰³.

La mise en œuvre de l'expérimentation PAERPA est l'occasion de relations partenariales entre la délégation territoriale de l'ARS et les médecins généralistes libéraux. Rappelons que dans le cadre de ce projet, le rôle de l'ARS est de déployer les financements dédiés à la coordination, le pilotage et le suivi du projet pilote en les imputant sur une dotation spécifique prévue au FIR.

Au sein de l'ARS, une équipe projet régionale a été constituée. Sa composition a évolué depuis la phase de cadrage et de lancement du projet, tant parmi ses membres que dans son périmètre. L'équipe projet comprenait à l'origine un chef de projet, un informaticien, un statisticien, la Médecin référent personne âgée du siège de l'ARS et une chargée de mission. De plus, la délégation territoriale, associée au début aux travaux de l'équipe projet via la participation de sa déléguée territoriale, ne l'a été par la suite que de façon discontinue et avec un rôle variable. Une coordination territoriale d'appui a été constituée pour la mise en œuvre opérationnelle du projet. Elle se situe dans les locaux de la DTARS bien que portée par le Conseil départemental. Elle comprend une chargée de mission et deux secrétaires médico-administratifs. Son rôle est d'abord d'identifier les besoins de santé, d'offre de soins et de services sur le territoire de l'expérimentation. De plus, la CTA a en charge la définition des indicateurs de suivi ainsi que la formation à destination des professionnels de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. Pour finir, la CTA soutient les professionnels de proximité notamment lors de l'élaboration des PPS (dans leur volet soins) et constitue l'interface avec les établissements de santé. La CTA organise aussi des réunions d'information à destination des professionnels de santé pour les convaincre de la pertinence du projet.

Toutefois, il faut noter un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre de PAERPA. L'une des difficultés majeures dans le département des Hautes-Pyrénées est celle liée à la mobilisation des acteurs concernés, au premier rang desquels les médecins généralistes libéraux. Avec PAERPA, l'ARS s'inscrit complètement dans le rôle nouveau d'accompagnement. Mais cette nouvelle relation partenariale ne va pas sans difficultés. En

¹⁰² 100€/PPS/patient/an

¹⁰³ Un PPS peut être élaboré par un autre professionnel de santé membre de la CCP mais est toujours validé par le médecin traitant.

effet, les médecins généralistes libéraux ont quelques réticences à s'inscrire dans une démarche pilotée par les pouvoirs publics. Notons aussi que dans le département, un précédent dispositif a suscité de nombreuses réticences. Il s'agissait de la création d'un réseau de soins palliatifs¹⁰⁴. Il se trouve que l'un des chefs de projet PAERPA était, à l'époque, initiateur puis directeur de ce réseau de santé. En parallèle, les médecins engagés dans ce réseau participent de nouveau aujourd'hui au projet PAERPA. Ces médecins sont clairement identifiés par leurs confrères comme faisant partie d'une minorité de médecins convaincus dès hier comme aujourd'hui par les différents dispositifs impulsés par les pouvoirs publics¹⁰⁵. Le projet PAERPA se trouvait donc identifié par certains comme une réédition du projet de réseau et donc *a priori* décrié.

On évoquera brièvement les difficultés techniques liées aux outils prévus dans le cadre de PAERPA. On note globalement une sous-utilisation des outils créés dont les causes identifiables sont leur complexité les réticences socio-culturelles qui proviennent de la difficulté à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé libéraux.

Par exemple, seuls 46 PPS ont été élaborés sur la période qui court d'octobre 2014 à octobre 2015 sur un objectif de 200 PPS à la fin 2015¹⁰⁶. Par ailleurs, on note la sous-utilisation de la messagerie sécurisée d'échanges d'information en santé *Medimail* et de l'appliquatif *WebPPS* qui vise à faciliter la diffusion du PPS, à éviter la saisie manuelle et à optimiser le suivi et le *reporting* de l'activité par la CTA. Le recours large à cet outil est pourtant une condition *sine qua non* à la réussite de l'expérimentation PAERPA tant la coordination pluri-professionnelle suppose un système d'échange dématérialisés et sécurisés des données de santé.

Finalement, on peut estimer qu'en dépit des multiples relations évoquées plus haut, les relations entre médecins généralistes libéraux et l'ARS sont sous-optimales. L'explication en est plurifactorielle. Nous verrons tout d'abord que les acteurs intervenant dans la régulation de l'offre de soins ambulatoire sont nombreux ce qui est de nature à créer un système complexe. La répartition des rôles n'est d'ailleurs pas clairement identifiée par les médecins libéraux. Par ailleurs, la qualité des relations entre médecins et ARS est dégradée du fait d'un système de représentations profondément ancrées et de méconnaissances mutuelles qui tiennent notamment à la formation des acteurs, médecins comme administratifs. Nous poserons enfin la question de l'efficacité des outils de communication, partant du postulat que la communication est un enjeu majeur pour l'amélioration de ces relations.

¹⁰⁴ Le réseau Arcade créé en 2005

¹⁰⁵ Exercice regroupé, tiers-payant...

¹⁰⁶ NB : seuls 14 PPS ont été liquidés par la CPAM et la MSA sur les 46 élaborés.

3. Des relations perfectibles dans le but d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins ambulatoire : perspectives et préconisations

Partant du constat que les relations entre médecins généralistes libéraux et l'ARS ne sont pas optimales, nous présenterons les perspectives d'évolution de ces relations dans un avenir proche ainsi qu'un certain nombre de préconisations afin de les améliorer dans le but de rendre plus efficace l'organisation de l'offre de soins ambulatoire.

3.1. Des relations en voie de normalisation ? Perspectives

3.1.1. Evolutions dans un contexte de réformes

Nous poserons ici la question de l'éventuelle mais au combien souhaitable normalisation des relations entre médecins généralistes libéraux et ARS dans le cadre plus large de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat arrêtée en Conseil des ministres le 4 mars 2015. Cette réforme a pour but de rendre l'action publique étatique plus efficace et adaptée à un cadre régional rénové avec la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions. Le décret du 7 mai 2015 portant Charte de la Déconcentration a pour but de renforcer l'efficacité de l'Etat local à tous les échelons en confortant l'échelon départemental comme échelon territorial de droit commun de mise en œuvre des politiques publiques nationales. La nouvelle organisation de l'Etat au niveau régional entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Cette réforme concerne les ARS. Seize ARS ont ainsi été regroupées en sept ARS¹⁰⁷. L'ARS Midi-Pyrénées fusionne avec l'ARS Languedoc-Roussillon. La Directrice générale préfiguratrice a été nommée le 16 décembre 2015 en Conseil des ministres Directrice générale de la nouvelle ARS. Le siège de l'ARS sera désormais situé à Montpellier. Les directions et services régionaux sont répartis entre Toulouse et Montpellier. Par exemple, la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie qui comprend le département du premier recours reste située à Toulouse. Les délégations territoriales sont maintenues dans chacun des treize départements que comptent les deux anciennes régions. Leurs missions sont confortées et leurs effectifs rééquilibrés. En effet, les travaux de préfiguration ont démontré des disparités dans l'organisation et les missions des DTARS des deux anciennes régions, l'ARS Languedoc-Roussillon était organisée sur le modèle des anciens services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales avec le maintien d'une forte présence dans les départements.

Les conséquences envisageables de cette réorganisation sur les relations entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux sont notamment un éloignement du centre de décision - désormais situé à Montpellier - et une refonte de la répartition des compétences

¹⁰⁷ Alors que dix ARS restent inchangées.

entre le siège de l'ARS et ses délégations territoriales. Pour compenser cette évolution sans doute néfaste sur la qualité des relations, on peut penser que la création d'une direction des territoires chargée d'assurer l'interface entre le siège de l'ARS et les délégations territoriales permettra de mieux harmoniser l'accomplissement des missions dans chaque délégation territoriale notamment en ce qui concerne la mission d'animation territoriale. En effet, aujourd'hui encore des disparités existent dans l'accompagnement des professionnels de santé et des projets de regroupement pluri-professionnel d'une DT à l'autre. La nouvelle organisation de l'ARS prévoit de renforcer les délégations territoriales dans une logique bi-départementale. Ainsi, un délégué territorial couvrira deux départements et des maîtrises d'ouvrage pourront être déléguées à l'une ou l'autre des délégations territoriales pour l'accomplissement de certaines missions. Nous sommes favorables à cette nouvelle organisation dès lors que le renforcement des missions des délégations territoriales s'accompagne de moyens humains renforcés et de réelles marges de manœuvre qui supposent un champ plus vaste de délégations de signature. Car en effet aujourd'hui, les inspecteurs en DT, n'ont délégations de signature que pour certaines décisions relatives à la gestion des professionnels de santé.

Il nous faut aussi évoquer les perspectives d'évolution dans un contexte de réforme du Pacte territoire santé. Au premier Pacte territoire santé de décembre 2012 succède en novembre 2015 son second volet. Il s'agit pour la Ministre de présenter des engagements dans le but « que chaque Français puisse se faire soigner près de chez lui ». Ce nouveau pacte amplifie les actions préalablement mises en œuvre telles que le renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins dans les zones fragilisées ou le soutien financier apporté au regroupement pluri-professionnel. L'objectif affiché est le fonctionnement de 1 000 MSP en 2017. Ce Pacte prévoit aussi de nouvelles mesures telles qu'une augmentation du nombre de médecins dans les régions prioritaires¹⁰⁸, une augmentation du nombre de médecins libéraux enseignants¹⁰⁹ et une revalorisation de la rémunération versée aux maîtres de stage.

Ces nouvelles mesures seront l'occasion de relations entre médecins généralistes libéraux et ARS. Elles sont prévues pour adapter les évolutions du système aux besoins des patients mais aussi à ceux des médecins.

¹⁰⁸ hausse ciblée de 6,4%

¹⁰⁹ avec le doublement du nombre de médecins généralistes chefs de clinique d'ici 2017

3.1.2. Freins et oppositions

Nous présenterons ici les éventuels freins voire les oppositions à la normalisation des relations, en rappelant notamment le contexte de mobilisation contre le projet de loi de modernisation de notre système de santé¹¹⁰.

En effet, on observe la réticence des médecins généralistes libéraux, très mobilisés dans le département des Hautes-Pyrénées via la création d'un mouvement de coordination contre le projet de loi et en particulier contre sa disposition phare qu'est la mise en place du tiers-payant généralisé et obligatoire. Le processus d'adoption de cette loi a rompu en partie les relations entre l'ARS et les médecins libéraux au cours de l'année 2015. D'ailleurs, les investigations réalisées au cours de ce mémoire ont quelque peu été entravées du fait de ce contexte de tensions particulier. Par exemple, nous avons eu de grandes difficultés à recueillir les réponses des médecins généralistes libéraux à un questionnaire qui portait sur leurs relations et leurs perceptions de l'ARS. En effet, sur 250 questionnaires diffusés par voie de messagerie électronique, nous n'avons reçu qu'une dizaine de réponses soit un taux inférieur à 5%. Ce taux de réponse faible par rapport à l'objectif initial, certes ambitieux car fixé à 20%, s'explique en partie par le contexte de défiance que nous évoquons ici. Toutefois, en lui-même ce taux très faible est porteur de sens et permet d'abonder dans le sens des hypothèses de travail fixées au préalable. Par ailleurs, nous avons eu certaines difficultés à rencontrer des médecins généralistes qui faisaient partie du programme d'entretiens élaboré au début des travaux.

Les principales oppositions des médecins généralistes à ce texte concernent avant tout la crainte de ne pas percevoir en temps utile les rémunérations correspondantes aux actes effectués. Plus avant, les médecins généralistes craignent une « *étatisation du système de santé* » (sic) et une immixtion des caisses d'assurance mutuelles dans leurs relations avec les patients.

Comme nous l'avons vu précédemment, le mouvement de contestation contre le projet de loi a pris la forme de grèves de la permanence des soins et de la continuité des soins en décembre 2014, septembre et novembre 2015. Notons que dans le département des Hautes-Pyrénées, un phénomène d'essoufflement a eu lieu. En effet, la mobilisation a été la plus forte lors du premier épisode de grèves, qui atteignit son paroxysme avec l'envahissement des locaux de la délégation territoriale des Hautes-Pyrénées. Le mouvement de coordination qui s'est créé dans le département réussissait alors à unir les

¹¹⁰ Cf. annexe 17

différents syndicats de médecins généralistes. L'union syndicale masquait alors difficilement les divergences profondes et historiques sur la conception du rôle du médecin généraliste et plus largement du système de santé français qu'ont les différents syndicats de médecins. En septembre 2015, la mobilisation fut forte bien que marquée par le retrait de MG France du mouvement contestataire.

La division syndicale eut lieu dans un contexte d'élections professionnelles qui intervinrent en octobre 2015. Rappelons que des résultats de ces élections dépend la reconnaissance par les pouvoirs publics des organisations syndicales représentatives de la profession médicale¹¹¹. Ces élections professionnelles sont marquées par un taux global de participation en baisse¹¹². MG France reste le premier syndicat au niveau national chez les généralistes et consolide même sa place de leader. Dans la nouvelle grande région, c'est la FMF qui obtient la première place devant MG France, bénéficiant notamment d'un recul de la CSMF et d'une aura forte auprès des médecins généralistes du fait de son opposition radicale et constante au projet de loi de modernisation de notre système de santé. Rappelons que la FMF est historiquement née du refus de signer la première convention-type dans les années 1960 et négocia plus tard la création du secteur 2 à honoraires libres.

Plus largement, les freins et oppositions à la normalisation des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux tiennent à « des méconnaissances mutuelles », des incompréhensions et des non-dits.

¹¹¹ Depuis la loi HPST, la représentativité des syndicats est arrêtée par le Ministre sur la base des élections aux URPS (seuil de 10% des votants). Seuls les syndicats déclarés représentatifs seront habilités à participer aux négociations conventionnelles.

¹¹² 39,92% contre 44,6% en 2010 au niveau national et 38,26% contre 46,7% en 2010 dans la nouvelle grande région

3.1.3. La fin de la spécificité des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux ?

Nous proposons ici une réflexion sur la fin de la spécificité des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux qui passe par un nécessaire questionnement de la liberté d'installation spécifique à cette catégorie de professionnels de santé.

La liberté d'installation semble être une des causes principales des problèmes de répartition géographique des médecins généralistes libéraux sur le territoire. Plus avant, ce principe fondamental de la médecine générale limite la portée de la politique d'augmentation du *numerus clausus* engagée depuis 2001¹¹³. En effet, on observe avec le recul que l'augmentation strictement quantitative des effectifs, sans réflexions menées sur la répartition géographique des nouveaux médecins, ne permet pas de réduire les disparités territoriales. En dépit d'une concurrence forte et d'une offre arrivée à saturation dans certaines zones fortement pourvues, les médecins généralistes continuent à s'installer dans ces zones. Dans les années 1970-1980, les médecins généralistes libéraux, se heurtant à une situation concurrentielle, s'orientaient pourtant eux-mêmes vers les zones rurales pour s'assurer une patientèle suffisante et des revenus confortables.

Par ailleurs, les médecins généralistes libéraux conservent une liberté d'installation pleine et entière, à l'inverse des autres professionnels de santé. On développera ici l'exemple des infirmiers libéraux. En effet, leur liberté d'installation est encadrée par le principe du « conventionnement sélectif ». L'ARS définit dans son schéma régional d'organisation des soins un zonage de cette profession avec cinq types de zones¹¹⁴ conformément à l'article L.1434-7 du code de la santé publique¹¹⁵. Dans ce cadre, et en plus des conditions générales de conventionnement¹¹⁶, un infirmier libéral ne peut s'installer dans une zone sur-dotée qu'à la condition qu'un infirmier libéral conventionné dans cette zone cesse définitivement son activité¹¹⁷.

¹¹³ Cf. annexe 3

¹¹⁴ très sous-dotée, sous-dotée, intermédiaire, très dotée, sur-dotée

¹¹⁵ qui prévoit les zones mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé

¹¹⁶ Diplôme d'Etat, expérience professionnelle de 24 mois dans les 6 dernières années acquise dans une équipe de soins généraux ou en qualité de remplaçant d'un infirmier libéral conventionné en plus des 18 mois acquis en équipe de soins généraux

¹¹⁷ conditions en vigueur depuis le 18 avril 2009 dans l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmiers libéraux.

En février 2013, un Rapport d'information parlementaire rédigé par un groupe de travail sénatorial¹¹⁸ préconise d'appliquer aux médecins généralistes libéraux le système du « conventionnement sélectif ». Avec ce dispositif, si un médecin souhaite s'installer dans une zone très dotée, il ne pourra être conventionné par l'Assurance maladie. Selon le rapporteur du groupe de travail qui a réalisé le rapport, M. Maurey, l'application du conventionnement sélectif a eu des effets positifs. Il a par exemple permis d'augmenter le nombre d'infirmiers libéraux de 30 % de 2008 à 2011 dans les zones sous-dotées. Les réactions à ce rapport furent très vives. Le Président de la CSMF d'alors, M. Chassang, considérait cette préconisation comme « *une véritable provocation* » car selon lui, ce dispositif « *porterait atteinte très gravement à la médecine libérale* » arguant au surplus que « *la carence démographique que nous connaissons aujourd'hui (...) va se résorber dans les années qui viennent* ». Plus loin, la CSMF condamne des « *mesures totalement ineptes, dangereuses et contreproductives qui mettent en lumière l'ignorance crasse qu'ont ceux qui les ressortent des cartons, de la complexité de la démographie médicale* ».

Récurrente depuis plusieurs années, la question de l'encadrement de la liberté d'installation pour les médecins libéraux fait de nouveau l'actualité avec une proposition de loi présentée par Ph. Folliot le 18 février 2015. Elle entend créer des mesures coercitives pour réguler l'installation des médecins généralistes libéraux en instaurant notamment un *numerus clausus* à l'installation. La proposition de loi prévoit aussi de créer un stage obligatoire auprès d'un médecin généraliste libéral exerçant en zone rurale au cours des stages du second cycle d'études médicales. En outre, ce texte institue de nouvelles incitations financières à l'installation des médecins généralistes en zone rurale. Enfin cette proposition de loi prévoit de redéfinir les territoires de santé à l'échelle départementale avec la création d'une « commission de démographie médicale » et de développer les transferts d'actes entre professionnels de santé dans le but d'améliorer la coopération et la coordination des prises en charge. Sans doute cette proposition restera lettre morte étant donné le fort lobbying médical présent à l'Assemblée nationale et le caractère coercitif de ces mesures. Toutefois, elle a le mérite de réactiver les réflexions sur une question qui demeure fondamentale.

¹¹⁸ Cf. FICHET J.L. et MAUREY H, (*Sénat*) Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, Rapport d'information suite aux conclusions du Groupe de travail présence médicale sur l'ensemble du territoire, *Déserts médicaux : agir vraiment*, février 2013

3.2. Préconisations en vue d'améliorer des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux

L'amélioration des relations entre ARS et médecins généralistes libéraux n'a de sens que lorsqu'elle poursuit le but d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins ambulatoires. Les préconisations proposées ici se fondent sur des préconisations déjà proposées par des réflexions sur l'évolution du rôle et des missions des médecins généralistes libéraux et sur des pistes de réflexion personnelles¹¹⁹.

3.2.1. *La réforme de la formation*

Tout d'abord, l'amélioration des relations passe par une meilleure connaissance mutuelle qui suppose la compréhension du rôle et des missions de chacun. En effet, nous avons démontré que le phénomène de méconnaissance était double et renforcé par un système de représentations profondément ancré : les médecins généralistes connaissent peu les ARS et les agents qui y travaillent, et ces derniers méconnaissent les médecins généralistes libéraux, leur sociologie et la constitution socio-historique particulière de leur groupe professionnel. Or nous pensons que l'apprentissage de l'autre devrait se faire dès la formation initiale. Il s'agit donc de proposer une réforme de la formation, à la fois dans les facultés de médecine et dans l'école qui forme certains agents des ARS : l'Ecole des hautes études en santé publique.

Concentrons nous d'abord sur la formation initiale des médecins. Nous avons constaté lors de nos investigations que le volume horaire dédié aux sciences humaines était certes déjà élevé au regard de toutes les connaissances et compétences que les étudiants ont à acquérir¹²⁰. Toutefois, on constate que les jeunes médecins méconnaissent le rôle et les missions de l'ARS, qui est souvent perçue comme une autorité administrative coercitive. Nous proposons de développer les enseignements dédiés à la connaissance du système de santé, de la santé publique et au rôle de chacun de ces acteurs : administration, professionnels de santé de premiers recours, du secteur médico-social et social. D'aucuns argueront sans doute du manque de temps dans une formation déjà très dense. Nous postulons dans la continuité de travaux réalisés par des élèves de l'ENA sur la thématique des enjeux liés à l'information des médecins que « *dans un contexte d'accroissement exponentiel de la science médicale, il est illusoire de considérer le socle de connaissances*

¹¹⁹ Cf. annexe 18

¹²⁰ L'unité d'enseignement dédiée aux sciences humaines et au système de santé comprend 28h dans le premier cycle d'études médicales lorsque les étudiants préparent leur diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM), c'est-à-dire au cours de la deuxième et troisième année.

acquis lors des études universitaires comme une garantie pour une prise en charge optimale des futurs patients. L'ensemble des connaissances médicales ne pouvant plus être maîtrisé, il convient de mettre l'accent sur les voies d'accès à ce savoir médical et pas seulement son contenu ». Plus avant, en développant les enseignements sur les systèmes d'information en santé, nous pensons pouvoir dégager des temps d'enseignement dédié aux grands enjeux du système de santé. Il faudrait aussi introduire dans la formation des enseignements destinés à préparer les futurs médecins généralistes à la gestion d'un cabinet médical. On peut ainsi envisager des cours de gestion, de ressources humaines et d'économie.

Préconisation n°1 : Développer lors de la formation initiale des médecins les enseignements dédiés à la connaissance du système de santé et de ses acteurs (en particulier les ARS).

Nous proposons aussi une généralisation des stages en médecine générale dès le second cycle d'études médicales, c'est-à-dire avant les épreuves classantes nationales et le choix de la spécialité. Le Pacte territoire santé a déjà permis de rendre obligatoire un stage en quatrième ou en cinquième année. Il s'agirait plus loin d'imposer un stage en cabinet libéral en zone déficitaire¹²¹ afin de susciter des vocations, au-delà du choix de la médecine générale, pour l'exercice particulier qu'est celui en zone rurale et sous-dotée.

En ce qui concerne la formation à l'EHESP, il existe certes des unités d'enseignement consacrées à l'animation territoriale. Durant ces enseignements, les élèves-inspecteurs apprennent à développer leurs compétences en matière de pouvoir de conviction auprès des médecins généralistes libéraux. Toutefois, nous pensons que ces périodes d'enseignement arrivent trop tard dans la formation, une fois les postes d'affectation choisis. Ainsi, nombre d'élèves se désintéressent d'une thématique qui leur paraît très éloignée de leurs futures missions. Par ailleurs, il semble indispensable d'intégrer des cours de sociologie et d'histoire de la médecine lors de la formation initiale des inspecteurs. Nous pensons aussi indispensable d'étendre les temps de formation pluri-professionnels, avec les médecins inspecteurs notamment. En effet, ces professionnels sont amenés à travailler ensemble dans les ARS, en particulier dans les délégations territoriales sur la fonction d'animation.

Préconisation n°2 : Généraliser les stages auprès d'un médecin généraliste exerçant en zone sous-dotée lors du second cycle d'études médicales et créer une quatrième année professionnalisante pour les étudiants en troisième cycle de médecine générale.

¹²¹ Dispositif qui existe déjà dans certaines facultés de médecine où le stage en médecine générale de six semaines est réalisé pour moitié auprès d'un médecin généraliste exerçant en ville et pour moitié dans un cabinet situé dans une zone sous-dotée.

3.2.2. La création d'outils et de dispositifs

Il s'agira par exemple de l'élaboration d'une méthode de diagnostic territorial uniformisé dans le cadre des projets de regroupement de professionnels de santé. En effet, chaque délégation territoriale est relativement eseuulée dans l'élaboration des diagnostics territoriaux. Pour réaliser un diagnostic, les agents travaillant dans les délégations territoriales doivent demander des données sociodémographiques au département du siège de l'ARS dédié aux statistiques. Ils s'appuient par ailleurs sur l'outil *C@rtosanté*. Toutefois, aucune méthode standardisée d'élaboration de diagnostic n'existe et les méthodes varient d'une délégation territoriale à l'autre. Par ailleurs, il s'agirait de mettre en place une étude sociodémographique standardisée pour analyser plus finement et de manière prospective les évolutions en matière de démographie médicale dans le département. En effet, il est apparu au cours des investigations que les sources pour comptabiliser ne serait-ce que le nombre de médecins généralistes libéraux actifs dans le département étaient discordantes. En effet, les extractions du fichier RPPS¹²² et les données du CDOM ne présentent pas les mêmes effectifs. Il faudrait alors créer un instrument de suivi de type Tableau de bord départemental des professionnels de santé, renseigné régulièrement¹²³.

Préconisation n°3 : Doter les ARS d'outils uniformisés de diagnostic territorial.

Nous proposons aussi, en s'inspirant du dispositif prévu par la loi de modernisation de notre système de santé pour la gestion des patients complexes¹²⁴, la mise en place de plateformes territorial d'appui destinées aux professionnels de santé libéraux souhaitant s'engager dans un projet d'exercice regroupé et pluri-professionnel. Il s'agit d'un guichet unique avec un numéro dédié. Ce dispositif pourrait être envisagé comme une déclinaison territoriale des plateformes d'appui aux professionnels de santé, créées avec la loi HPST. Leur rôle est d'informer les professionnels, en formation et en exercice, sur l'état de l'offre de santé et de les accompagner dans les différentes étapes décisives de leurs carrières (installation, nouveau mode d'exercice, cessation progressive d'activité). Cette plateforme d'appui pourrait être composée d'un secrétaire administratif et d'une infirmière de santé publique, sous la responsabilité d'une cadre référente pour la mission d'animation territoriale.

Préconisation n°4 : Instituer des plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé souhaitant s'engager dans un projet d'exercice regroupé et pluri-professionnel.

¹²² Répertoire partagé des professionnels de santé

¹²³ Tous les 6 mois.

¹²⁴ Patients dont l'état de santé, le handicap ou la situation sociale rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux.

3.2.3. Une meilleure communication : l'indispensable rôle des facilitateurs de l'ARS

Au sein des ARS, certains agents sont particulièrement au contact des professionnels de santé et parmi eux des médecins généralistes libéraux. Il s'agit d'une part des conseillers médicaux et des médecins inspecteurs de santé publique¹²⁵ et d'autre part des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Ces agents interagissent avec les médecins généralistes libéraux dans une dialectique complexe. En effet, les médecins travaillant pour l'ARS ont le privilège de partager avec les médecins généralistes libéraux des valeurs professionnelles communes. Or, nous avons observé lors de nos travaux que les médecins sont très attachés à la notion de « pairs » et à l'échange confraternel. Il est donc indispensable de maintenir et de développer cette relation privilégiée entre médecins de l'ARS et médecins généralistes libéraux. Au cours de nos investigations, nous avons observé ce rôle fondamental des médecins de l'ARS notamment dans le cadre de la présentation de l'expérimentation PAERPA dont le chef de projet était un Médecin. Par ailleurs, c'est dans le cadre de l'accompagnement au regroupement pluri-professionnel et coordonné que des médecins facilitateurs interviennent. Il s'agit des médecins membres de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). En effet, pour présenter les dispositifs de regroupement coordonné et pluri-professionnel, ces médecins facilitateurs interviennent pour prouver par l'exemple que des projets peuvent voir le jour et démontrer les nombreux avantages à travailler en MSP. Leur intervention doit être complétée par celle d'un inspecteur dont le rôle est de présenter les aspects réglementaires et financiers. C'est pourquoi il nous apparaît important de formaliser dans chaque délégation territoriale des équipes pluri-professionnelles « ambassadrices » dont le rôle serait, au-delà de la mission classique d'animation territoriale, de convaincre les médecins généralistes libéraux des nouveaux dispositifs existants. Ces équipes peuvent avoir recours, le cas échéant, à des facilitateurs du siège de l'ARS sur des thématiques particulières.

<p>Préconisation n°5 : Formaliser des équipes pluri-professionnelles « ambassadrices » au sein de chaque ARS.</p>
--

Il s'agit en outre de rénover les méthodes de communication auprès des médecins généralistes libéraux. Longtemps, le postulat en matière de communication auprès des partenaires était le suivant : plus il y a de canaux de communication diversifiés, plus le message a de chance d'être reçu. Il ne faut certes pas nier cette approche et il semble donc utile de continuer à s'appuyer sur les méthodes de communication traditionnelles, que ce soit

¹²⁵ « *Le dernier recours du premier recours* » selon un médecin inspecteur rencontré dans le cadre de ce mémoire.

la diffusion d'information auprès des relais institutionnels existants (tels que les URPS ou les conseils régionaux et départementaux de l'ordre des médecins) ou les canaux traditionnels de communication (mails, courriers, *phoning*, réunions d'information sur le terrain...). Toutefois, nous pensons aussi qu'en réduisant les canaux de communications et en se focalisant sur certaines méthodes qui ont fait leurs preuves, le message à délivrer a de meilleures chances d'être reçu et surtout bien perçu¹²⁶. Partant du constat que les technologies de l'information et de la communication ne peuvent se substituer complètement à l'information présenteielle, nous préconisons la création d'une nouvelle fonction de « délégués de l'Agence régionale de santé » sur le modèle des délégués de l'Assurance maladie, eux-mêmes fondés sur le modèle des visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique. Leur rôle serait notamment de présenter les nouveaux dispositifs de l'ARS lors de tournées dans les cabinets et les maisons de santé pluri-professionnelles. A l'heure actuelle, dans le département des Hautes-Pyrénées, territoire pilote de déploiement de l'expérimentation PAERPA, les délégués de l'Assurance maladie de la CPAM présentent le dispositif aux médecins généralistes libéraux qu'ils rencontrent dans le cadre de leur programme de visites. Toutefois, certains médecins ne comprennent pas « *pourquoi c'est l'Assurance maladie qui présente PAERPA, alors que c'est un dispositif de l'ARS, c'est un mélange des genres* ». Plus avant l'idée est de donner plus de visibilité à l'ARS auprès des médecins généralistes, car selon un médecin inspecteur rencontré lors des investigations, « *les médecins généralistes ne voient pas l'ARS, on n'est pas sur leur radar* ».

Préconisation n°6 : Instituer la fonction de « délégué de l'Agence régionale de santé » sur le modèle des délégués de l'Assurance maladie.

Enfin, il est nécessaire de repenser les méthodes pour convaincre les médecins généralistes libéraux. Pour illustrer le propos, nous partirons de la préconisation évoquée plus haut de créer une plateforme territoriale d'appui au profit des professionnels de santé libéraux. Pour faire adhérer les médecins généralistes à ce nouveau dispositif il faut procéder par étapes. Tout d'abord, il s'agit de créer une cohorte de médecins expérimentateurs. Ces quelques médecins doivent être reconnus par leurs confrères. Leur légitimité doit être acquise et difficilement contestable, quelle soit académique ou professionnelle. A cette étape, il faut éviter de recourir à de leaders d'opinion, représentants professionnels ou syndicalistes, dont le rôle n'est pas de permettre la diffusion d'un nouveau dispositif et qui sont mus par des considérations d'ordre politique pouvant entraver la réussite du projet. Ensuite il s'agit de tester la mise en œuvre du dispositif et l'adhésion des professionnels. Puis une phase d'évaluation de l'expérimentation est indispensable, notamment pour permettre des

¹²⁶ McLuhan : « le message c'est le médium »

ajustements si nécessaire. C'est seulement après ces différentes étapes qu'advient la phase de diffusion et de généralisation du dispositif. Lors de la phase de généralisation, il s'agit, lorsqu'on utilise les canaux de communication traditionnels évoqués, de toujours adapter la méthode de communication au public-cible que l'on cherche à convaincre. En effet, il est indispensable d'adapter le discours et de prendre garde au vocabulaire utilisé en évitant un registre administratif qui fait obstacle à une totale compréhension des médecins, habitués à un autre registre lexical, et nuit à la qualité du message à délivrer.

3.2.4. Une plus grande efficacité de la régulation publique

Nous proposons pour finir quelques pistes pour rendre plus efficace la régulation publique sur la profession de médecins généralistes.

Tout d'abord, certains pointent les limites des mesures dites structurelles de régulation pour améliorer la répartition des médecins généralistes sur le territoire. Au-delà de l'approche strictement quantitative longtemps privilégiée avec la politique d'augmentation du *numerus clausus* qui n'a pas permis, comme nous l'avons vu, de mieux répartir les professionnels sur le territoire, d'autres mesures n'ont qu'une portée limitée. En effet, rappelons que le volet ambulatoire du SROS n'est pas opposable à la liberté d'installation. Une plus grande efficacité de la régulation de l'offre de soins ambulatoires passe par une réforme de ses outils. Nous proposons ainsi, en suivant la préconisation émise par un médecin-inspecteur de l'ARS Midi-Pyrénées, « *d'appliquer au champ du premier recours, les outils existants pour réguler l'offre de soins hospitalière* ». Il s'agit de faire évoluer la régulation publique sur le champ ambulatoire vers le modèle de la régulation publique sur le champ hospitalier en posant la question de la transposition des outils existants au premier recours. On pourrait ainsi imaginer une généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec tous les médecins généralistes libéraux, ou du moins, pour commencer, avec tous les praticiens exerçant de manière regroupée. On pourrait plus avant imaginer l'extension du régime des autorisations d'activités aux maisons de santé pluri-professionnelles. Sur le modèle des coopérations hospitalières, désormais obligatoire avec la création des groupements hospitaliers de territoire¹²⁷, nous pensons nécessaire de rendre obligatoire l'adhésion de chaque médecin à une structure de coopération (réseaux de santé, MSP...).

Préconisation n°7 : Appliquer les outils de régulation de l'offre de soins hospitalière à l'offre de soins ambulatoire.
--

¹²⁷ article 27 du Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé

La complexité du système de régulation publique sur l'offre de soins de premier recours tient aussi au fait que deux acteurs interviennent dans cette dernière. Il s'agit de l'ARS et de l'Assurance maladie. Bien que n'intervenant pas sur les mêmes champs de la régulation, ces deux acteurs institutionnels ont à développer leur partenariat dans le domaine de l'accompagnement des professionnels de santé car à l'heure actuelle les relations dans les Hautes-Pyrénées avec la CPAM « *sont a minima* ». ARS et CPAM interviennent ensemble dans les champs des incitations à l'installation, pour favoriser les nouveaux modes d'exercice professionnel et dans la structuration de la permanence des soins. Notons par exemple qu'un représentant de la CPAM siège dans les commissions régionales et locales qui attribuent les labellisations de maisons de santé pluri-professionnelle. Par ailleurs, des réunions informelles ont lieu entre le délégué territorial de l'ARS et la Directrice de la CPAM à une fréquence semestrielle. Ces rencontres viennent d'être réactivées avec l'arrivée du nouveau délégué territorial de l'ARS dans les Hautes-Pyrénées. Toutefois, il apparaît que les interventions de ces deux acteurs de la régulation sur des champs communs souffrent d'un déficit de coordination. Il s'agirait donc de renforcer les partenariats et les complémentarités entre ces deux acteurs sur le modèle des travaux menés de concert dans le cadre du plan ONDAM¹²⁸. Le plan ONDAM est copiloté pour certains blocs opérationnels par l'ARS et l'Assurance maladie au sein de la Commission régionale de gestion du risque¹²⁹. On peut aussi évoquer le nécessaire renforcement du travail partenarial dans l'articulation de dispositifs. Par exemple, il s'est agit d'articuler le dispositif PAERPA avec le PRADO-personnes âgées¹³⁰. Cet exemple réussi de travail en collaboration serait à développer sur d'autres projets et dispositifs tant que le système de santé français restera organisée sur un modèle dual.

Préconisation n°8 : Renforcer les partenariats et les complémentarités entre CPAM et ARS en matière de régulation des professionnels de santé libéraux.

¹²⁸ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

¹²⁹ Cette instance organise les conditions de coordination ARS/Assurance maladie, le partage de données et d'informations et s'assure de la cohérence et de la non redondance des actions. Elle s'assure aussi de l'avancement des plans d'actions et mesure leurs résultats.

¹³⁰ Programme de retour à domicile à la suite des hospitalisations

Nous formulons pour finir quelques pistes de réflexion pour améliorer la permanence des soins ambulatoires, activité dont l'organisation est, comme nous l'avons vu précédemment, l'occasion de relations rapprochées entre ARS et médecins généralistes libéraux. Nous reprenons ici pour l'essentiel les recommandations d'un Rapport d'information parlementaire de l'Assemblée nationale¹³¹. Il s'agit par exemple d'évaluer « *la mise en place d'un comité départemental restreint chargé d'améliorer le fonctionnement de la PDSA* », de prévoir « *la formation des étudiants en médecine aux tâches de régulation téléphonique et de soins durant les heures de PDSA* », et d'organiser « *une grande campagne d'information sur le thème « téléphonez avant de vous déplacer ! » auprès du grand public* ». La Cour des comptes propose quant à elle de « *transférer le pouvoir de réquisition du Préfet au Directeur général de l'Agence régionale de santé* »¹³².

Préconisation n°9 : Organiser une campagne d'information à diffusion large pour responsabiliser les patients sur le recours à la PDSA

Préconisation n° 10 : Transférer le pouvoir de réquisition du Préfet au Directeur général de l'Agence régionale de santé

¹³¹ De la Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins

¹³² Rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2013.

Conclusion

En définitive, le sujet des relations de proximité entre ARS et médecins généralistes libéraux demeure relativement nouveau. Les objectifs poursuivis par ce travail étaient de mieux appréhender la profession de médecin généraliste libéral aujourd'hui, de présenter les grands enjeux liés à la qualité des relations entre l'administration de la santé et les médecins généralistes libéraux et de proposer quelques pistes de réflexion pour les améliorer dans le but de rendre plus efficaces la régulation et l'organisation de l'offre de soins de premier recours pour répondre aux besoins de santé des patients sur le territoire. Nous répondons à la question posée en préambule de ce travail : les incidences de la qualité des relations entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux sur la satisfaction des besoins de santé et la qualité des soins sur le territoire sont majeures, complexes et nombreuses. Nous pouvons enfin dire que de la qualité de ces relations dépend pour partie, la qualité de la prise en charge des patients, *a fortiori* à l'heure de la mise en œuvre de la logique de parcours de santé.

Nous proposons pour finir une comparaison avec l'Allemagne sur le rapport des médecins généralistes à l'Etat en se fondant sur les travaux de P. Hassenteufel. En dépit de caractéristiques communes qui traitent à un niveau de compétences et de formation similaire, à une position élevée dans la hiérarchie sociale et des évolutions comparables, la figure identitaire des médecins généralistes diffère dans les deux pays. En France, la profession médicale se caractérise par une identité libérale forte construite au gré d'un processus de segmentations successives. En Allemagne, c'est le médecin de caisse d'assurance sociale qui constitue l'idéal-type de la profession médicale. Des différences existent aussi dans les modes de représentation collective. En France, cette représentation est fragmentée et partiellement institutionnalisée. En Allemagne, la représentation est très intégrée dans un système institutionnel de droit public. Bien que les deux systèmes de protection sociale soient analogues étant donné qu'ils reposent tous deux sur un modèle d'assurance maladie financé par cotisations sociales, et que les conditions d'exercice de la médecine de premier recours soient proches - le modèle du cabinet individuel géré de façon autonome prédomine dans les deux pays - les rapports entre la profession médicale et l'Etat sont différents. En Allemagne, la profession médicale est unifiée et constitue un véritable contre-pouvoir face aux caisses d'assurance maladie.

In fine, les véritables obstacles à un rapprochement entre l'administration de la santé et les médecins généralistes libéraux tiennent autant à des facteurs socio-historiques, culturels et psychologiques, qu'à des facteurs structurels liés à la mission nouvelle de l'ARS sur la régulation de l'offre ambulatoire. En effet, selon une personne ressource rencontrée dans le cadre des travaux préparatoires à ce mémoire, « *on ne régule bien que ce sur quoi on a la main, aujourd'hui l'ARS ne l'a pas sur les médecins généralistes libéraux* ».

Il reste que la profession de médecin généraliste connaît de profondes mutations. En effet, sans doute faut-il faire le deuil d'un système où la figure du médecin de famille domine. A l'heure où se développe fortement l'exercice regroupé, pluri-professionnel ou non, se pose la question des délégations de tâches à d'autres professionnels de santé. L'objectif est en effet d'élargir « *les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique* »¹³³. Par exemple, on peut imaginer que demain, de nouveaux métiers émergent comme celui d'infirmier clinicien. C'est ce que prévoit la loi de modernisation de notre système de santé. Lorsqu'il participe à une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, l'infirmier en pratique avancée devrait pouvoir assurer le suivi d'un patient atteint d'une maladie chronique en lui prescrivant des examens complémentaires et adapter ses prescriptions. Toutefois, cette réforme de la division des tâches devra passer l'obstacle des réticences d'un groupe professionnel très attaché à ses principes fondateurs, en particulier le monopole sur les soins médicaux. C'est alors que devraient intervenir les ARS, notamment les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale en complémentarité avec leurs collègues médecins inspecteurs de santé publique. En effet, ces agents auront pour rôle de convaincre les médecins généralistes libéraux de la plus-value de telles délégations de tâches, l'objectif poursuivi étant de recentrer les médecins généralistes sur leur cœur de métier, à savoir l'examen clinique.

Il s'agit en définitive de faire évoluer les pratiques des professionnels du premier recours en passant d'une prise en charge cloisonnée à un modèle intégrée de prise en charge globale, c'est-à-dire favoriser la transition vers une véritable approche de santé publique. Et cette (r)évolution nécessite une adhésion large de tous les acteurs de l'offre de soins ambulatoire. A l'instar de l'ancien chef de projet PAERPA, rencontré dans le cadre de ce travail, nous estimons « *qu'il faut au moins dix ans pour faire bouger les choses dans le champ de l'offre de premier recours* ».

Finissons en paraphrasant P. Hassenteufel qui considère « les médecins face à l'Etat » et en faisant référence à Sacha Guitry qui disait être « contre les femmes, tout contre », nous pensons que les médecins généralistes français sont « contre l'Etat, tout contre ».

¹³³ Mesure prévue par la loi de modernisation de notre système de santé.

Sources & Bibliographie

- Textes législatifs et réglementaires
 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Titre premier)
 - Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 44 autorise des expérimentations portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans
 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
 - Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST)
 - Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, Article 48 (expérimentation PAERPA)
 - Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé n° 2302, déposé le 15 octobre 2014 à l'Assemblée Nationale. Dossier législatif disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/sante.asp>
 - Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du code de déontologie médicale, Permanence des soins et volontariat. Arrêté et circulaire n°587 du 12 décembre 2003.
 - Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 (Organisation du 3ème cycle des études médicales)
 - Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 précise le contenu des contrats d'objectifs des maisons et des centres de santé
 - Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité
 - Circulaire n°2004-153 du 26 mars 2004 relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.

- Ouvrages

- La profession du médecin in *Sociologie de la médecine et de la maladie*, 2004, Ph. ADAM et C. HERZLICH, Armand Colin
- BLOY G. et SCHWEYER F.X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP
- P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, 1997, Presses de Sciences Po

- Articles universitaires

- BLOY G., « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? », DREES, Document de Travail n°104, février 2011
- IRDES, « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins », in *Questions d'économie et de santé*, n°189, juillet-août 2013
- DREES, « 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014 », in *Etudes & Résultats*, n°937, octobre 2015

- Articles de presse

- « Maison de santé : 45 des 200 nouvelles structures prévues pour 2015 sont opérationnelles (conseil des ministres) », APMnews, *APM International* du 24 juin 2015
- PERES J., « Vers la construction d'une maison de santé », *La Dépêche du Midi – Hautes-Pyrénées*, 30 juin 2015
- PERES J., « Maison de santé : enfin une solution ! », *La Dépêche du Midi – Hautes-Pyrénées*, 7 juillet 2015
- BARREJOT A., « Les médecins enragent contre une loi antisociale », *La Dépêche du Midi – Hautes-Pyrénées*, 19 septembre 2015

- Rapports

- NICODEME R., DEAU X., *Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 2008
- Dr. LEGMANN M., *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 2010
- FICHET J.L. et MAUREY H, (*Sénat*) Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, Rapport d'information suite aux conclusions du Groupe de travail présence médicale sur l'ensemble du territoire, *Déserts médicaux : agir vraiment*, février 2013
- Observatoire nationale de la démographie des professions de santé, *Rapport annuel 2013-2014*
- Pr. DRUAIS P.L., *La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé*, mars 2015
- C. Lemorton (rapporteuse), Rapport d'information de la Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins, juin 2015

- Travaux universitaires

○ EHESP :

- Sarlandie G., « L'amélioration de l'offre de soins de premier recours en Savoie – L'implantation de maisons et pôles de santé pluri-professionnels », mars 2012
- Atalaya J., « L'exercice coordonné pluri-professionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale dans le département des Hautes-Alpes. », mars 2015

○ ENA :

- Promotion Emile ZOLA (2008-2010), Groupe n°13, « La rémunération des médecins libéraux », février 2010
- Promotion Emile ZOLA (2008-2010), Groupe n°14, « La régulation de l'offre de soins de premiers recours », février 2010

○ Autre :

- Decorde A., « Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin ». *Human health and pathology*. 2011.

- Sites Internet

- Site de l'ARS Midi-Pyrénées : <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Le-projet-regional-de-sante.101804.0.html> :
 - Projet régional de santé 2012 /2017
 - Schéma régional d'organisation des soins – offre de soins ambulatoire - soins du premiers recours 2012 / 2017
 - Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)
- Site internet de l'Institut de recherche et de documentation en santé <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf> : *Atlas des territoires pilotes PAERPA – situation 2012*
- Site de l'Ordre national des médecins : *Atlas de la démographie médicale 2015*
- Site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, *Cahier des charges des projets pilotes PAERPA, 2013*

Liste des annexes

- Annexe 1 : Grilles d'entretien – Programme de rencontres
- Annexe 2 : Evolution de la démographie des médecins libéraux en effectifs (omnipraticiens et spécialistes)
- Annexe 3 : Evolution du *numerus clausus* et du nombre de diplôme
- Annexe 4 : Evolutions de la part des femmes chez les omnipraticiens et les spécialistes libéraux
- Annexe 5 : Evolution de la démographie médicale par sexe et mode d'exercice
- Annexe 6 : Densité de médecins généralistes libéraux et mixtes dans les Hautes-Pyrénées en 2012
- Annexe 7 : Zones cibles pour le soutien à l'exercice coordonné ou regroupé dans les Hautes-Pyrénées
- Annexe 8 : Praticiens libéraux maitres de stage en médecine générale dans les Hautes-Pyrénées en 2012
- Annexe 9 : Les maisons et les pôles de santé pluri-professionnels en Midi-Pyrénées dont le projet est validé par le Comité régional au 5 juin 2014
- Annexe 10 : Objectifs de PAERPA
- Annexe 11 : Acteurs de l'expérimentation PAERPA
- Annexe 12 : Evolution de la place de la Médecine générale à l'université (cf. BLOY G. et SCHWEYER F.X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 326)
- Annexe 13 : Annexe V de l'Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine modifié par l'Arrêté du 4 octobre 2011 - art. 2
- Annexe 14 : Modes d'exercice des diplômés de médecine générale lors des premières années d'exercice en 2014
- Annexe 15 : Les revenus des médecins selon la spécialité
- Annexe 16 : Résultats aux élections professionnelles (collège des généralistes, résultats exprimés en % de sièges obtenu)
- Annexe 17 : Calendrier d'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé
- Annexe 18 : Synthèse des préconisations

Annexe 1 : Grilles d'entretien – Programme de rencontres

Personnes interrogées : **Médecins généralistes**

Propos liminaires : présentation de la démarche, du sujet de mémoire et de la méthode d'investigation

- Perceptions / représentations sur la médecine générale
 - Quel est votre parcours professionnel (études, internat, date d'installation) ?
 - Quelle perception avez-vous de votre propre métier ?
 - Comment percevez-vous vos confrères du département ?
 - Selon vous, comment les médecins généralistes perçoivent l'ARS ?
 - Selon vous, perçoivent-ils l'ARS et la CPAM de la même manière ?
 - Quelle évolution majeure touche votre profession ?

- Organisation de l'offre de soins ambulatoire (médecine générale) dans le département des Hautes-Pyrénées
 - Quels sont les points positifs de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire dans le département des Hautes-Pyrénées ?
 - Quels sont les points noirs/les pistes d'amélioration en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ambulatoire dans le département des Hautes-Pyrénées ? (densité médicale, démographie des professionnels de santé, répartition géographique...)

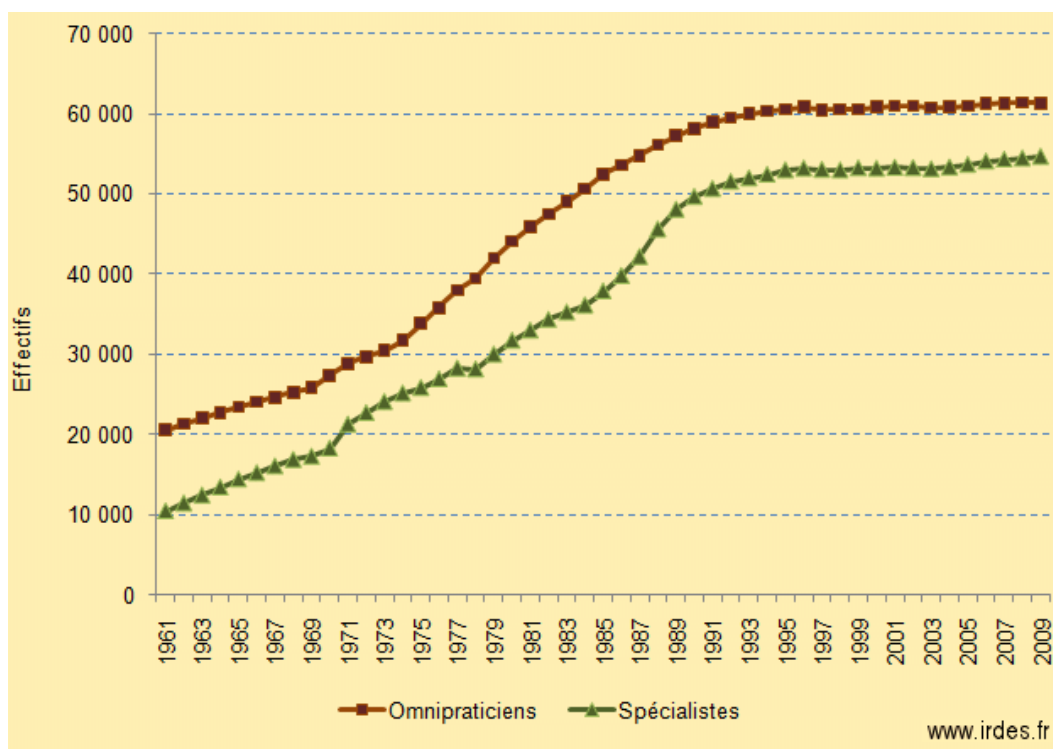
- Relations avec l'ARS
 - Evolution historique (évolutions des relations avec évolutions de la médecine générale, évolutions sociodémographiques de cette profession médicale, réforme de l'organisation administrative DDAS → DTARS...)
 - Etat des lieux relations actuelles
 - Leviers d'action sur l'offre de soins ambulatoire
 - Freins identifiés à l'amélioration des relations avec l'ARS
 - Etat des lieux relations avec la CPAM
 - Quelle est la fréquence de vos relations avec l'ARS ?
 - Sur quels domaines portent vos échanges avec l'ARS ?
 - Comment l'ARS communique-t-elle avec vous (moyens de communication/information) ? Ces outils sont-ils adaptés ?
 - Comment l'ARS peut apporter son aide/soutien aux médecins généralistes ? dans quel but ?
 - Les outils/dispositifs/programmes/démarches existants permettent-ils, selon vous, de répondre aux défis auxquels est confrontée la médecine générale aujourd'hui (MSP, PTMG, CESP, PAERPA...) ?
 - Pour vous, combien de temps faut-il pour qu'une réforme de la médecine générale prenne effet ?

- Rôle/missions de l'ARS en matière d'offre de soins ambulatoire
 - Les ARS remplissent-elles efficacement leurs 2 grandes missions ? (cf. loi HPST) :
 - Le pilotage de la politique de santé en région et sa déclinaison territoriale
 - en particulier la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé
 - La régulation de l'offre de santé
 - « réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé »
 - Si non quels sont, selon vous, les freins à l'accomplissement de ces missions ?
 - Les objectifs de santé publique poursuivis par les ARS dans le champ de l'offre de soins ambulatoire sont-ils atteints ?
 - le développement des actions de santé publique mieux ciblées, adaptées aux besoins de chaque région
 - l'amélioration de l'accès aux soins, en assurant un meilleur système de garde et la répartition de l'offre de soins sur le territoire, répondant aux besoins des patients
 - l'améliorer de l'organisation des parcours de soins / le décloisonnement hôpital, champ ambulatoire, champ médico-social
 - la lutte contre la désertification médicale, la promotion de la continuité des soins
 - la maîtrise des dépenses de santé
 - Si non pourquoi ?
 - Selon vous quel va être l'impact de la réforme de l'organisation des ARS sur :
 - L'exercice de ses missions dans le champ de l'offre de soins ambulatoire
 - Les relations avec les médecins généralistes
 - Les représentations qu'ont les médecins généralistes à propos l'ARS ?
- Questions diverses
 - Que peut, selon vous, apporter une étude sur les relations entre l'ARS et les médecins généralistes ?

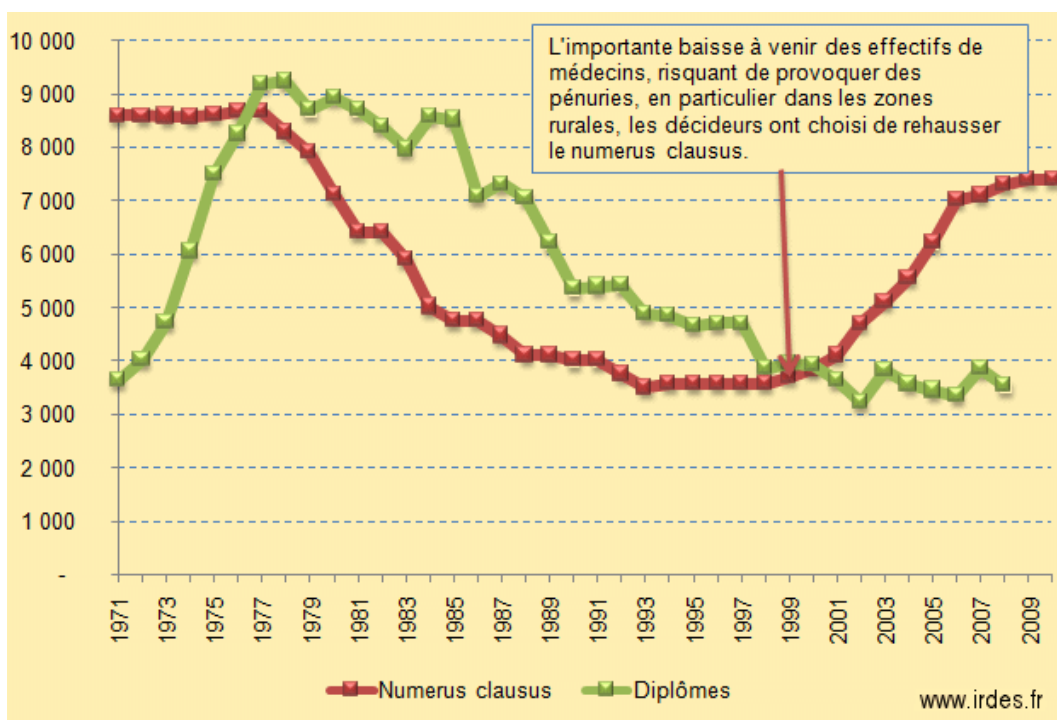
Conclusion

- Remerciements et réponses aux éventuelles questions de l'enquête

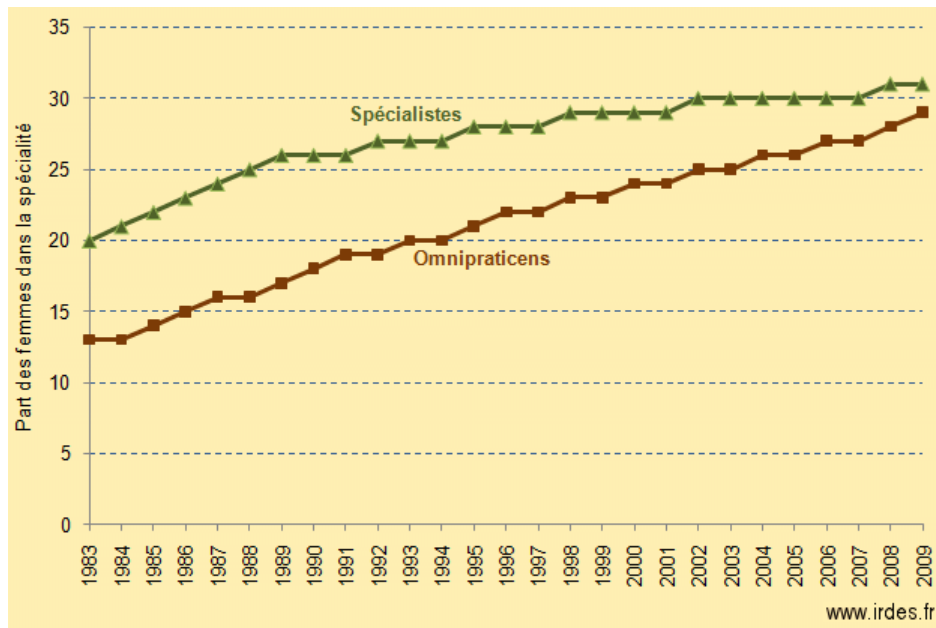
Annexe 2 : Evolution de la démographie des médecins libéraux en effectifs (omnipraticiens et spécialistes)



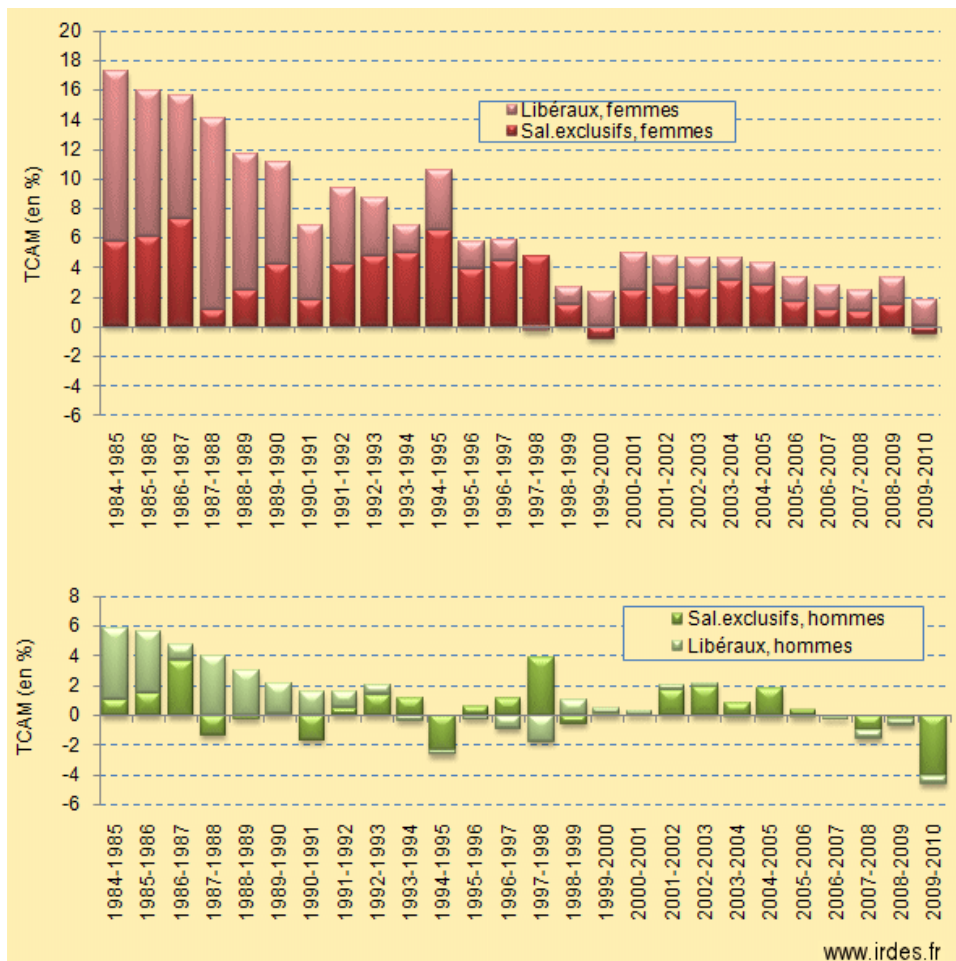
Annexe 3 : Evolution du *numerus clausus* et du nombre de diplôme



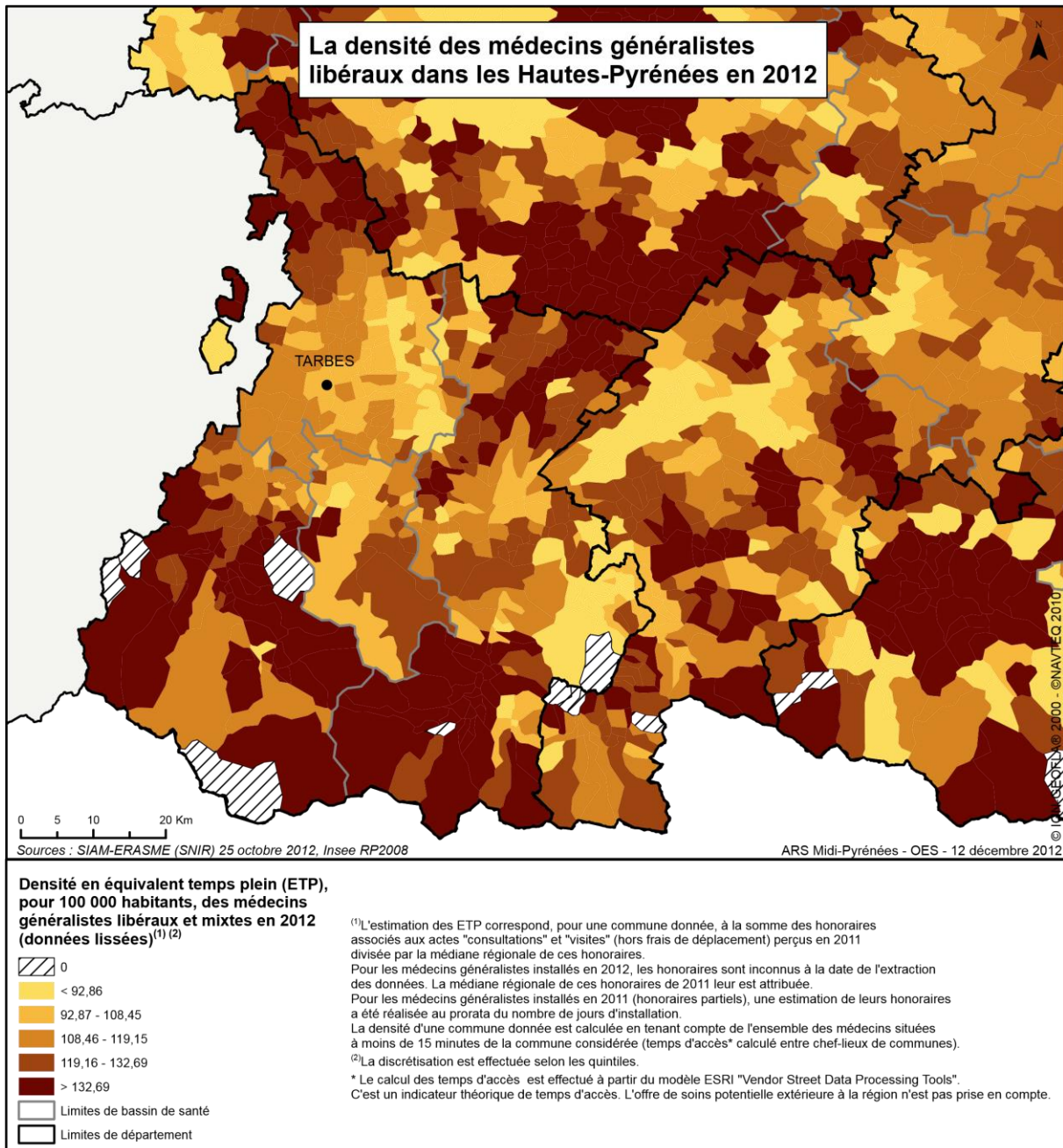
Annexe 4 : Evolutions de la part des femmes chez les omnipraticiens et les spécialistes libéraux



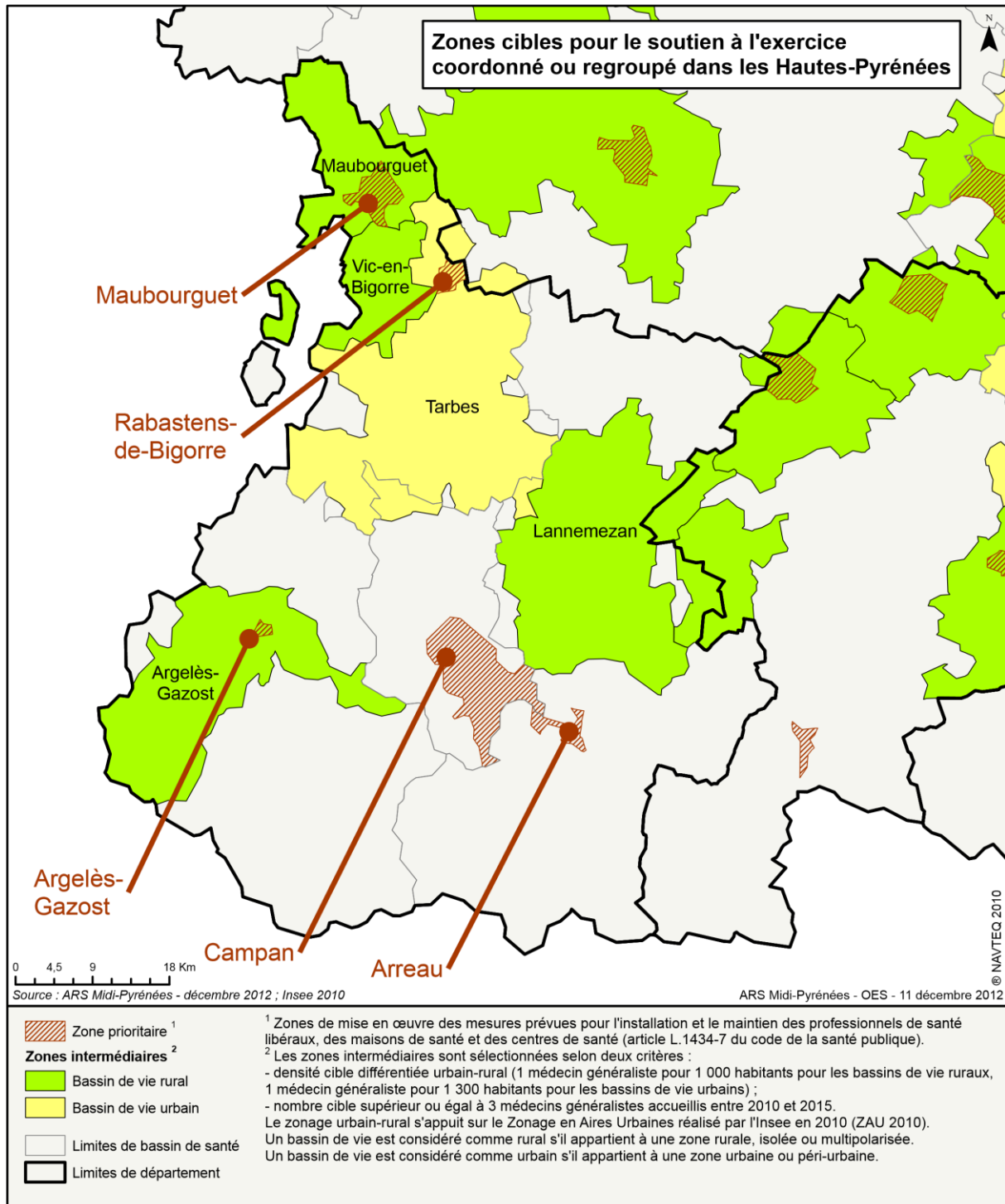
Annexe 5 : Evolution de la démographie médicale par sexe et mode d'exercice



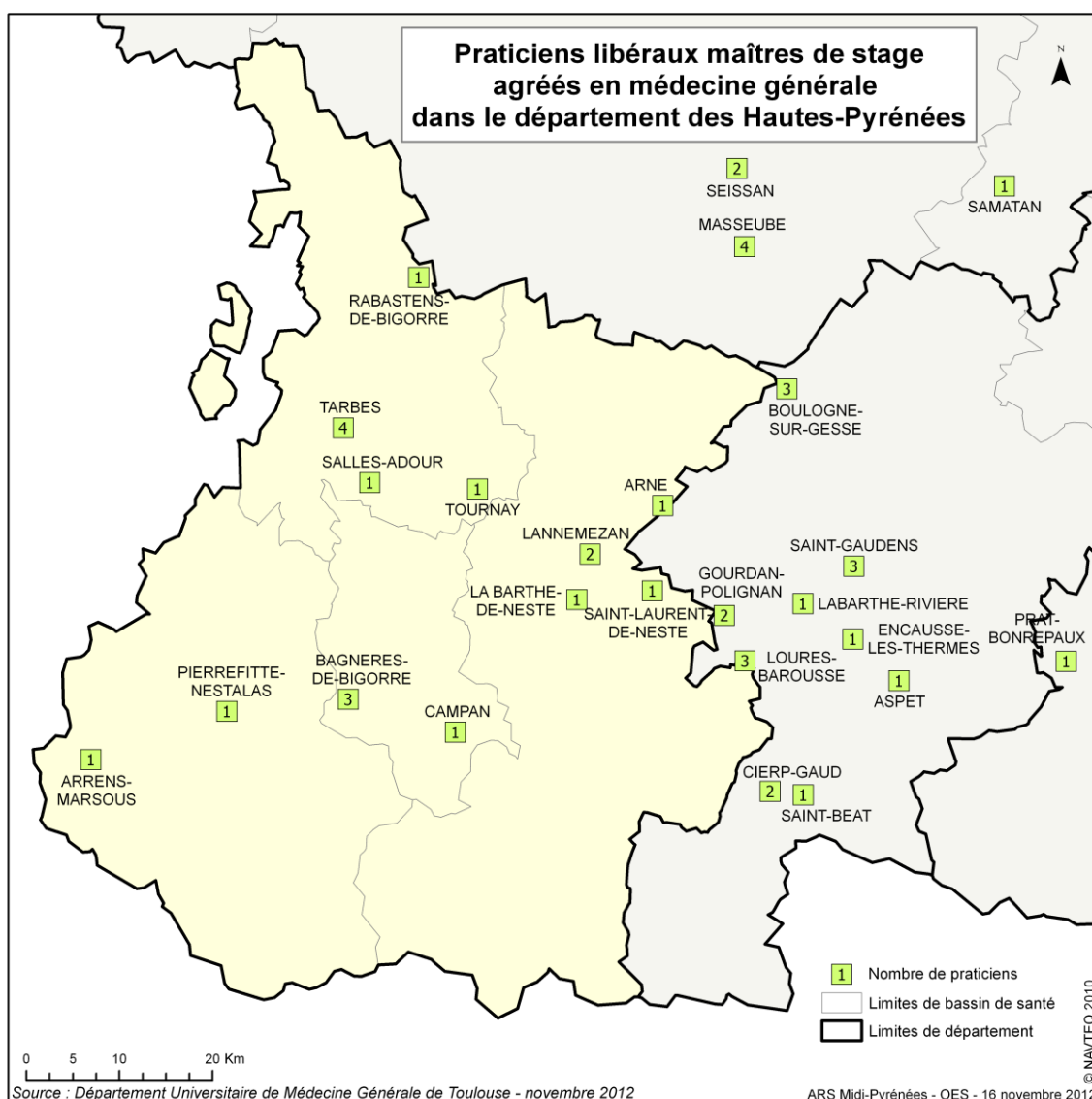
Annexe 6 : Densité de médecins généralistes libéraux et mixtes dans les Hautes-Pyrénées en 2012



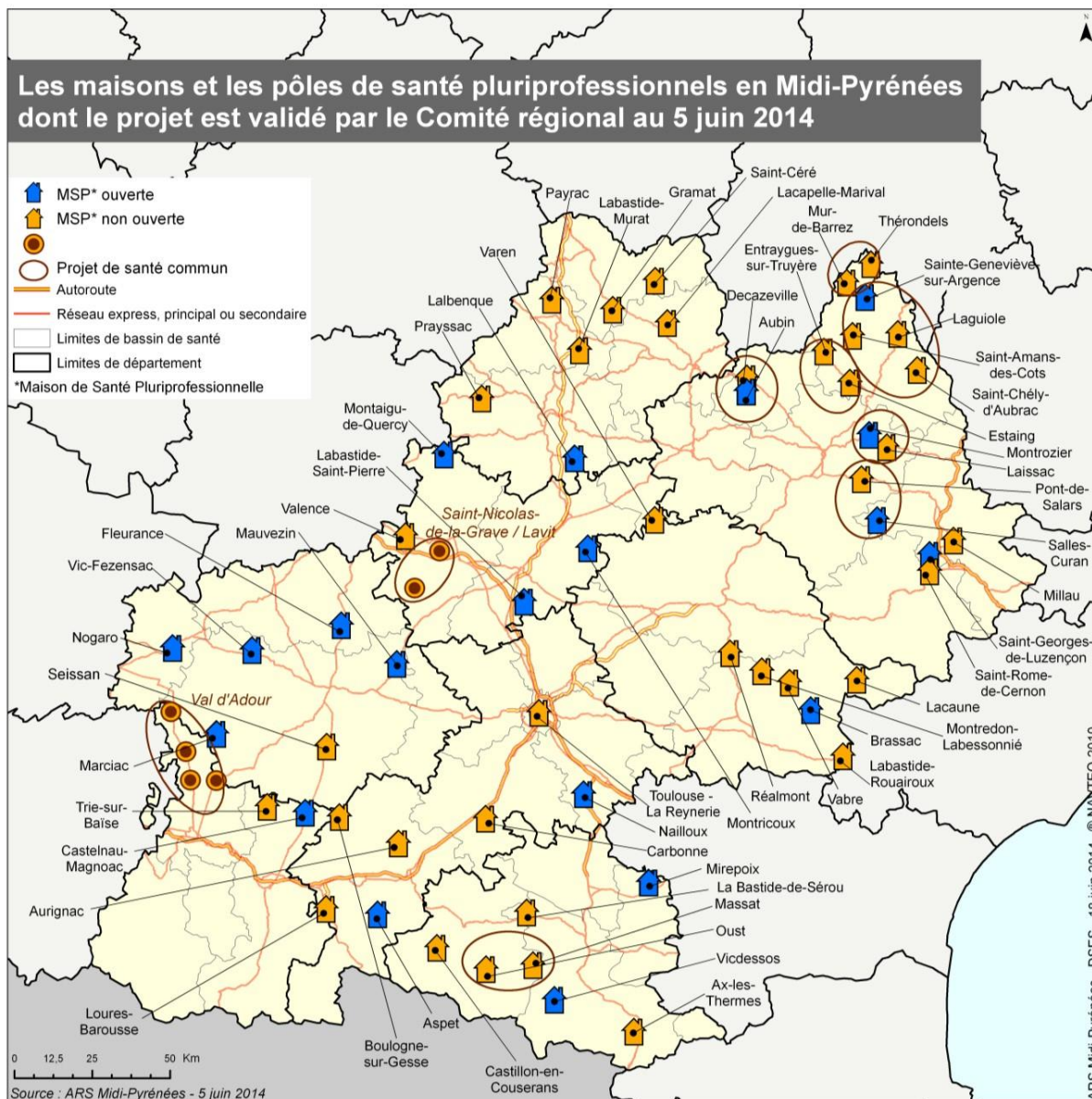
Annexe 7 : Zones cibles pour le soutien à l'exercice coordonné ou regroupé dans les Hautes-Pyrénées



Annexe 8 : Praticiens libéraux maîtres de stage agréés en médecine générale dans les Hautes-Pyrénées en 2012



Annexe 9 : Les maisons et les pôles de santé pluri-professionnels en Midi-Pyrénées dont le projet est validé par le Comité régional au 5 juin 2014



Annexe 10 : Objectifs de PAERPA

Un parcours mieux coordonné



Annexe 11 : Acteurs de l'expérimentation PAERPA



Annexe 12 : Evolution de la place de la Médecine générale à l'université
(cf. BLOY G. et SCHWEYER F.X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 326)

- 1958 : réforme Debré institue les CHU qui consacrent le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation de tous les médecins, rien n'est prévu pour la MG
- 1968 l'idée d'un stage en MG pour les futurs généralistes est lancée. 1^{er} diplôme universitaire de formation supérieure à la MG
- 1972 : possibilité légale d'un stage en MG. 3^{ème} cycle expérimental à Bobigny et Créteil
- 1973 : Création des 1^{ères} sociétés savantes de MG
- 1975 : 1^{er} syndicat mono-catégoriel : SMG (non-représentatif)
- 1982-84 : réforme de l'internat :
 - o Mise en place d'un 3^{ème} cycle pour les étudiants généralistes (résidanat de 4 semestres de stages hospitaliers + 1 stage de 20 demi-journées en MG)
 - o Suppression des CES
 - o Dévalorisation induite de la MG...
- 1983 : création du CNGE qui regroupe et forme les premiers maîtres de stage et enseignants en MG
- 1986 : constitution de MGFrance (reconnu représentatif en 1989)
- 1991 : premières nominations de maîtres de conférences associés de MG dans les facultés
- 1993 : directive d'harmonisation des études médicales
- 1997 : décret instituant le semestre de stage obligatoire « chez le praticien » pour tous les résidents. Toutes les facultés ont désormais leur département de médecine générale (DMG) : les recrutements de maîtres de conférences associés, puis professeurs associés, vont croissant, les volumes de cours réalisés par des généralistes augmentent, les dispositifs pédagogiques se multiplient.
- 2002-2004 : proclamation de la spécialité médecine générale : DES en 3 ans (le semestre supplémentaire peut être effectué en ambulatoire ou à l'hôpital) ; l'internat est remplacé par des épreuves classantes nationales (ECN)
- 2006 : création d'une sous-section médecine générale au CNU
- 2007 : premières promotions sorties du DES → nomination des 16 premiers chefs de clinique
- 2008 : loi crée la filière universitaire de MG et d'un corps d'enseignants titulaires de médecine générale
- 2009 : loi HPST prévoit un plan pluriannuel de recrutement de maîtres de conférences et professeurs de médecine générale + définition des soins de premier recours et précision des missions de généralistes.

Annexe 13 : Annexe V de l'Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine modifié par l'Arrêté du 4 octobre 2011 - art. 2

DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE GÉNÉRALE- DURÉE : TROIS ANS

I - Enseignements (deux cents heures environ)

A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale ;

- Épidémiologie et santé publique ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.

B) Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application ;

- Gestes et techniques en médecine générale ;

- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;

- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;

- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;

- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

II - Formation pratique

A) Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;

- un au titre de la médecine d'urgence.

B) Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;

- un semestre libre.

C) Un semestre auprès d'un MG, praticien agréé-maître de stage des universités.

D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée

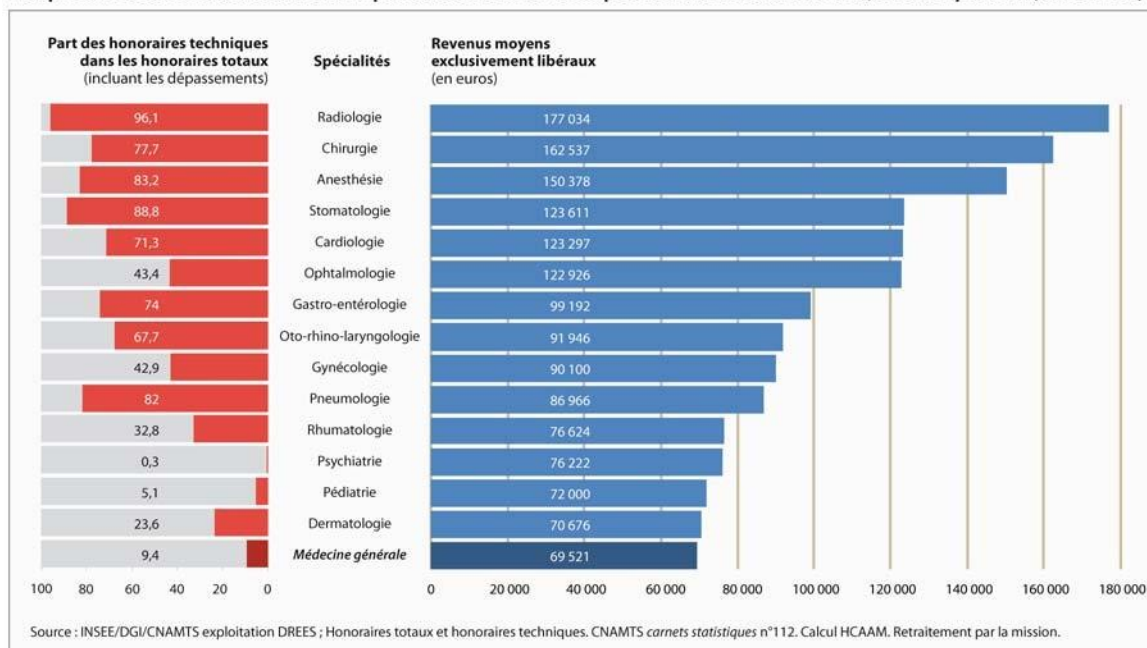
Annexe 14 : Modes d'exercice des diplômés de médecine générale lors des premières années d'exercice en 2014

	<i>France</i>	<i>Région Midi-Pyrénées</i>	<i>Département des Hautes-Pyrénées</i>
Lors de l'inscription à un CDOM	Libéral : 22.4% Salarié : 30.2%	Libéral : 44.4% Salarié : 54.2%	Libéral : 33.3% Salarié : 66.7%
5 ans après l'inscription	Libéral : 40% Salarié : 37.5%	Libéral : 51.5% Salarié : 24.2%	Libéral : 33.3% Salarié : 16.7%

Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2015, CNOM

Annexe 15 : Les revenus des médecins selon la spécialité

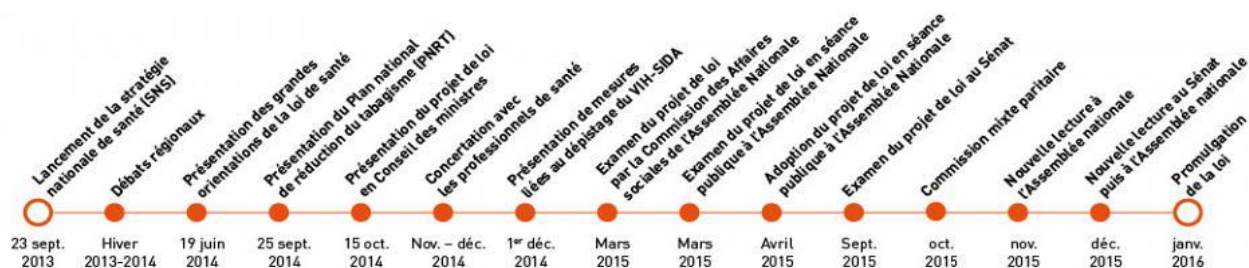
Comparaison des revenus libéraux et de la part des honoraires techniques dans les honoraires totaux, selon la spécialité (année 2005)



**Annexe 16 : Résultats aux élections professionnelles
(Collège des généralistes, résultats exprimés en % de sièges obtenus)**

	CSMF	SML	FMF	MG France	SMIF (Alliance en 2006¹³⁴)	Espace généraliste¹³⁵
1994	26%	11%	6%	55%	2%	
2000	41%	16%	5%	31%	6.5%	
2006	26%	10.5%	16.5%	31%	1%	12%
2010	27%	19.2%	18.5% ¹³⁶	30%	0.3%	
2015	20%	16.5%	27,5%	31%		

Annexe 17 : Calendrier d'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé



¹³⁴ Le Syndicat des médecins indépendants de France (SMIF) a formé en 2002 l'Alliance intersyndicale des médecins indépendantes avec l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF), issue de la FMF et créée en 1992.

¹³⁵ Créé en 2005 par d'anciens membres de l'association dissidente de MG France « Vigilance et Action »

¹³⁶ La FMF et Espace généraliste fusionnent en 2009 au sein de l'Union généraliste.

Annexe 18 : Synthèse des préconisations

- Axe 1 : La réforme de la formation

- Préconisation n°1 : Développer lors de la formation initiale des médecins les enseignements dédiés à la connaissance du système de santé et de ses acteurs (en particulier les ARS).
- Préconisation n°2 : Généraliser les stages auprès d'un médecin généraliste exerçant en zone sous-dotée lors du second cycle d'études médicales et créer une quatrième année professionnalisante pour les étudiants en troisième cycle de médecine générale.

- Axe 2 : La création d'outils et de dispositifs

- Préconisation n°3 : Doter les ARS d'outils uniformisés de diagnostic territorial.
- Préconisation n°4 : Instituer des plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé souhaitant s'engager dans un projet d'exercice regroupé et pluri-professionnel.

- Axe 3 : Une meilleure communication

- Préconisation n°5 : Formaliser des équipes pluri-professionnelles « ambassadrices » au sein de chaque ARS.
- Préconisation n°6 : Instituer la fonction de « délégué de l'Agence régionale de santé » sur le modèle des délégués de l'Assurance maladie.

- Axe 4 : Une plus grande efficacité de la régulation publique

- Préconisation n°7 : Appliquer les outils de régulation de l'offre de soins hospitalière à l'offre de soins ambulatoire.
- Préconisation n°8 : Renforcer les partenariats et les complémentarités entre CPAM et ARS en matière de régulation des professionnels de santé libéraux.
- Préconisation n°9 : Organiser une campagne d'information à diffusion large pour responsabiliser les patients sur le recours à la PDSA.
- Préconisation n° 10 : Transférer le pouvoir de réquisition du Préfet au Directeur général de l'Agence régionale de santé.

THIBORD	Alexis	Mars 2016
<p align="center">Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale</p> <p align="center">Promotion 2014-2016</p>		
<p align="center">Les relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux</p> <p align="center">Etats des lieux & Perspectives</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La question des relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux a été jusqu'à présent relativement peu étudiée, étant donné que la régulation de l'offre de soins ambulatoire est une compétence acquise récemment par les Agences régionales de santé grâce à la loi HPST.</p> <p>Les relations entre administration de la santé et médecins généralistes libéraux sont multiples et complexes, notamment à l'heure de la mise en œuvre de réponses aux grands enjeux de santé publique que la France connaît aujourd'hui.</p> <p>Leurs incidences sont importantes sur l'efficacité de la régulation de l'offre de soins ambulatoire et plus avant sur la qualité de la prise en charge des usagers du système de santé.</p> <p>Toutefois, ces relations sont aujourd'hui sous-optimales. Ceci s'explique par une multitude de facteurs qui tiennent à la construction particulière d'un groupe professionnel et à des facteurs structurels liés à la montée en charge des compétences des ARS sur le premier recours.</p> <p>Nous proposerons donc un certain nombre de préconisations afin d'améliorer ces relations dans le but de rendre plus efficace l'offre de soins ambulatoire.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Agence régionale de santé – médecins généralistes libéraux – relations de proximité – offre de soins ambulatoire</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		