

NOTE DE L'AUTEUR

Le 16 avril 2010, le Président de la République annonçait, à l'occasion d'un déplacement en Seine Saint Denis, sa décision de me confier une mission sur la médecine de proximité, montrant ainsi qu'il avait entendu le message d'inquiétude et de mécontentement exprimé par les médecins.

En quelques lignes, je voudrais tout d'abord dire les raisons qui m'ont conduite à répondre positivement à cette demande, aussi lourd soit-il de concilier, durant six mois, une telle mission avec une activité professionnelle, elle-même, chronophage.

Etre médecin a été mon souhait dès mon adolescence. Exercer la médecine générale en cabinet libéral a été un choix précoce et volontaire et non une orientation par défaut.

Cette activité était, pour moi, celle qui répondait le plus aux valeurs que j'associais et que j'associe toujours à la médecine : écoute, humanité, respect du patient. Elle impliquait pour moi disponibilité et engagement au service des malades.

Les études de médecine dans les années 70 ne préparaient pas plus, peut être même moins qu'aujourd'hui, à l'exercice de la médecine ambulatoire mais nos professeurs, qui bien souvent avaient eux mêmes exercé en libéral, nous enseignaient, au lit du malade, deux éléments essentiels : l'importance de l'interrogatoire et la nécessité de procéder à un examen clinique, avant toute autre démarche et nous sanctionnaient quand nous demandions des examens complémentaires, avant d'avoir conduit correctement ces étapes.

Ce bonheur d'apprendre, cette envie d'exercer la médecine, cette relation si particulière qui se crée entre un médecin et son patient, je souhaiterais que tous les jeunes médecins les connaissent à leur tour.

Les hasards de la vie m'ont éloignée depuis 16 ans d'un cabinet médical, mais je n'ai pas oublié les visages de certains de mes patients avec qui j'avais lié des liens plus forts qu'avec d'autres, souvent parce que la maladie les avait frappés plus douloureusement. C'est en souvenir d'eux que je défends dans ce rapport le droit, pour tous, d'accéder en tout point du territoire, à une offre de santé de qualité.

Parce que je croyais indispensable la participation des médecins généralistes à la formation de leurs futurs confrères, étudiante, j'ai participé à Nantes, à la fin des années 70, à la création des premiers stages auprès du praticien.

Parce que déjà, il y a après de 30 ans, j'estimais que les études de médecine ne préparaient pas à l'exercice de la médecine générale, j'ai soutenu ma thèse de doctorat en médecine sur la nécessaire réforme de cette formation.

Parce que je pensais que l'exercice libéral de la médecine devait être défendu, je me suis engagée dans l'action syndicale puis en politique.

Parce que je crois profondément à l'évolution de notre offre de soins, j'essaie désormais de contribuer à sa modernisation en développant l'hospitalisation à domicile.

Cette mission a donc été l'aboutissement de ces engagements et de ces combats conduits avec des succès parfois mitigés, mais toujours avec sincérité et enthousiasme.

Je remercie le Président de la République de la confiance qu'il m'a témoignée en me chargeant de ce dossier. Je souhaite que les préconisations et propositions énoncées dans ce rapport, fruit d'expériences professionnelles et humaines, variées et riches, répondent bien sûr à son attente mais aussi redonnent espoir et dignité à mes confrères médecins, toutes générations confondues.

SOMMAIRE

PREAMBULE	11
SYNTHESE	13
INTRODUCTION	19
PARTIE 1 : OSER DES REFORMES STRUCTURELLES POUR PREPARER L'AVENIR	23

CHAPITRE 1 : LA REFORME DES ETUDES MEDICALES, SOCLE FONDAMENTAL DE LA PERENNITE D'UNE MEDECINE DE PROXIMITE.....25

1. L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA FORMATION.....	26
1.1. Les normes européennes.....	26
1.2. Les études de médecine en France.....	26
1.3. La formation de la spécialité médecine générale.....	27
2. LES DEFAILLANCES DU SYSTEME ACTUEL DE FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES	28
2.1. L'organisation du DCEM reste centrée sur la seule connaissance des CHU	28
2.2. Les choix opérés aux épreuves classantes nationales sont le reflet d'une méconnaissance du secteur des soins de proximité.....	29
2.3. L'installation en exercice libéral des jeunes diplômés est de plus en plus tardive	30
2.4. L'enseignement de la médecine générale n'a pas encore trouvé sa place au sein des facultés de médecine	31
3. REFORMER LES ETUDES MEDICALES EST UNE URGENCE	34
3.1. Présenter précocement des modèles de l'exercice médical autres que celui en CHU.....	34
3.2. Diversifier les stages effectués au cours du DCEM.....	35
3.3. Améliorer la formation pratique des internes en médecine générale.....	36
3.4. Augmenter le nombre de maîtres de stages et améliorer l'attrait de cette fonction.....	38
3.5. Modifier l'examen classant	39
4. ALLER PLUS LOIN DANS LA VOIE DES REFORMES	41
4.1. Réduire la durée du DCEM.....	41
4.2. Scinder les fonctions d'enseignant de celles de chercheur et praticien.....	41
5. PLANIFIER LES ETAPES DE LA REFORME	42

CHAPITRE 2 : LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION ET DE LA TELEMEDECINE, ETAPE MAJEURE DE LA MODERNISATION DE LA MEDECINE DE PROXIMITE45

1. DES SYSTEMES D'INFORMATIONS EN SANTE ENCORE BALBUTIANTS	47
1.1. Les systèmes d'informations hospitaliers peinent à se mettre en place	47
1.2. Le processus d'informatisation de la médecine libérale suit un chemin laborieux	48

1.3. L'absence d'interopérabilité au sein des systèmes d'information de santé est un handicap majeur.....	50
1.4. Le cloisonnement des systèmes d'informations ville/hôpital n'est plus acceptable.....	51
1.5. La télémédecine est un chantier inexploité	52
2. UNE REFLEXION AVANCEE A L'ETRANGER	54
3. METTRE EN ŒUVRE UN PLAN AMBITIEUX DE DEPLOIEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATIONS ET DE LA TELEMEDECINE EN SANTE	55
3.1. Développer une messagerie sécurisée et interopérable dès 2011.....	55
3.2. Intégrer très rapidement au DMP une information médicale structurée, pertinente et condensée.	56
3.3. Lancer un plan ambitieux de financement des SI en santé et de la télémédecine.....	57
3.4. Recueillir et exploiter les données médicales issues des systèmes d'informations	58
3.5. Affecter des professionnels à l'exploitation des données.....	59
3.6. Confier la responsabilité des données de santé à un opérateur unique.....	59
3.7. Utiliser les systèmes d'informations pour améliorer le pilotage du système de santé.....	59
3.8. Lever les obstacles juridiques au développement de la télémédecine	60
3.9. Clarifier les conditions de facturation des actes de télémédecine	60
3.10. Utiliser l'informatisation pour dématérialiser les tâches administratives et optimiser le temps médical.....	60
3.11. Accompagner les acteurs dans cette démarche de conduite du changement.....	61

PARTIE 2 : CHANGER LES MODES DE PENSEE ET DEVELOPPER DE NOUVEAUX MODES D'EXERCICE.....63

CHAPITRE 1 : LES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE, UNE CHANCE POUR NOTRE SYSTEME DE SANTE.....65

1. DES RELATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE MARQUEES PAR LE LIEN PRESCRIPTEUR/PRESCRIT66	
1.1. Les textes sont inadaptés à une organisation des soins moderne	66
1.2. Le partage d'activités n'est pas une démarche naturelle des professions de santé.....	66
2. CERTAINS PAYS ETRANGERS PRECURSEURS EN MATIERE DE COOPERATIONS EN SANTE	68
2.1. Les domaines de l'éducation thérapeutique et les actions de prévention sont le terrain privilégiée des coopérations	69
2.2. La pratique d'actes techniques par des professions paramédicales est courante à l'étranger.....	69
2.3. Un champ de transferts qui peut parfois concerner le « diagnostic »	69
2.4. Les transferts de tâches sont soumis au préalable d'une formation spécifique	69
3. UNE DEMARCHE TIMIDE EN FRANCE	70
3.1. Le nombre d'expérimentations conduites en application de la loi de 2004 est réduit.....	70
3.2. La loi HPST renforce la possibilité de développer des coopérations.....	70
3.3. Certains domaines de la médecine de proximité pourraient être prioritairement concernés71	

4.	ASSOULPIR LES TEXTES ET OUVRIR DAVANTAGE LA VOIE AUX EXPERIMENTATIONS	72
4.1.	<i>Sortir d'une définition des professions de santé établie sur des décrets d'actes</i>	72
4.2.	<i>Revoir les référentiels des métiers et la formation des professionnels.....</i>	73
4.3.	<i>Rémunérer les coopérations.....</i>	74
4.4.	<i>Préciser les règles de responsabilités propres à chaque acteur.....</i>	74
4.5.	<i>Certifier les équipes engagées dans les coopérations pour garantir la sécurité</i>	75

CHAPITRE 2 : LES NOUVEAUX CADRES D'EXERCICE, LA VOIE DU RENOUVEAU POUR LA MEDECINE GENERALE.....77

1.	UN SYSTEME DE SOINS FRAGILISE PAR LE DEFICIT PROGRAMME DE MEDECINS DE PREMIER RECOURS .	78
1.1.	<i>Le flou des définitions et des données chiffrées est préjudiciable à la détermination des besoins en offre de proximité.....</i>	78
1.2.	<i>La seule évaluation du nombre de médecins est un argument en trompe l'œil</i>	81
1.3.	<i>Le déficit en médecins généralistes est lié à d'autres raisons.....</i>	82
2.	L'EMERGENCE D'UN AUTRE MODELE D'OFFRE DE SANTE.....	84
2.1.	<i>L'exercice regroupé et pluri-professionnel est plébiscité.....</i>	84
2.2.	<i>L'exercice regroupé pluri professionnel peine à se développer.....</i>	86
3.	SE DONNER LES MOYENS DE SES AMBITIONS	91
3.1.	<i>Apprécier de façon juste et incontestable l'offre de soins existante</i>	92
3.2.	<i>Déterminer de façon fiable les territoires sur lesquels implanter prioritairement les MSP et PSP et cibles des financements publics.....</i>	93
3.3.	<i>Améliorer le cahier des charges des MSP et PSP.....</i>	93
3.4.	<i>Intégrer des chefs de projets experts au sein des ARS.....</i>	94
3.5.	<i>Faire des ARS le « guichet unique » des aides financières</i>	95
3.6.	<i>Sécuriser l'environnement financier des regroupements pluri professionnels</i>	95
3.7.	<i>Doter les MSP et PSP de moyens humains spécifiques.....</i>	95
3.8.	<i>Sécuriser l'environnement juridique des regroupements pluri professionnels</i>	96
3.9.	<i>Réserver le label, MSP ou PSP aux structures dotées d'un système d'informations ambitieux et interopérable</i>	97
3.10.	<i>Autoriser le partage d'informations entre les professionnels de santé</i>	98
3.11.	<i>Prévoir l'évaluation des regroupements dès leur mise en œuvre</i>	98

CHAPITRE 3 : DES FINANCEMENTS PUBLICS ET DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, CLES DE LA REUSSITE DE LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE 101

1.	LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, OBJETS DE CONSENSUS MAIS DONT LE PERIMETRE FAIT DEBAT	102
2.	DES EXPERIMENTATIONS TIMIDES.....	103
2.1.	<i>L'absence de rémunérations spécifiques et pérennes n'a pas incité les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'exercice.....</i>	103
2.2.	<i>Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération en sont au début.....</i>	103
2.3.	<i>D'autres modalités de rémunération sont envisagées mais leur mise en place pose questions voire suscite de fortes oppositions</i>	106

3.	REBATIR LE MODE DE REMUNERATION DES MEDECINS ET ASSURER DURABLEMENT LE FONCTIONNEMENT LES MSP ET PSP	108
3.1.	<i>Modifier le modèle de fixation de la rémunération à l'acte</i>	108
3.2.	<i>Instituer une rémunération inspirée de la TAA pour certaines prises en charge</i>	110
3.3.	<i>Octroyer un financement structure aux MSP et PSP labellisées</i>	111
3.4.	<i>Résoudre rapidement la question du régime social des rémunérations autres que les honoraires liés à l'acte</i>	112

CHAPITRE 4 : LA CLARIFICATION DU ROLE DES DIVERS ACTEURS INSTITUTIONNELS, COMPLEMENT INDISPENSABLE DE TOUTE REFORME..... 113

1.	L'ETAT, GARANT DE LA COHERENCE, DE L'EFFICIENCE ET DE L'EQUITE DES SYSTEMES DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE.....	114
1.1.	<i>Renforcer le positionnement scientifique de la Haute Autorité de Santé</i>	115
1.2.	<i>Mieux utiliser le HCAAM, instance trop méconnue</i>	115
1.3.	<i>Donner les moyens au politique d'être maître de la décision</i>	115
2.	LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE, MAITRES D'ŒUVRE DE LA POLITIQUE CONVENTIONNELLE .	115
2.1.	<i>Sortir la politique conventionnelle du climat de psychodrame dans laquelle elle évolue depuis des années</i>	115
2.2.	<i>Rénover la politique conventionnelle</i>	117
2.3.	<i>Redéfinir le contenu des conventions</i>	118
3.	LES AGENCES REGIONALES DE SANTE, SIGNATAIRES ET ANIMATEURS DE LA POLITIQUE CONTRACTUELLE EN REGION	120
3.1.	<i>Donner pleine compétence aux ARS sur la gestion du risque</i>	120
3.2.	<i>Mieux identifier le rôle de la coordination nationale des ARS</i>	120
3.3.	<i>Donner une vraie marge d'autonomie aux ARS</i>	121
3.4.	<i>Doter les ARS des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite des politiques territoriales</i>	121
3.5.	<i>Privilégier la conclusion de contrats collectifs plutôt qu'individuels</i>	122
3.6.	<i>Inscrire l'action des ARS dans la durée</i>	122
3.7.	<i>Faire des ARS le conseil des collectivités territoriales en matière de santé</i>	122

PARTIE 3 : SECURISER DURABLEMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LEUR EXERCICE ET GERER LA CRISE IMMEDIATE PAR DES MESURES TEMPORAIRES 123

CHAPITRE 1 : REPENSER LA PERMANENCE DES SOINS 125

1.	LA PERMANENCE DES SOINS, OBJET DE TENSIONS FORTES AVEC LES MEDECINS	126
1.1.	<i>La prise en charge des urgences s'est organisée au fil du temps</i>	126
1.2.	<i>Le dispositif libéral de la PDS se structure peu à peu</i>	127
1.3.	<i>Le bilan de la PDS n'apparaît pas pleinement satisfaisant</i>	128
2.	LA PERMANENCE DES SOINS, FRAGILISEE PAR L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DEFAVORABLE	129

3.	RENFORCER LA PDS	130
3.1.	<i>Mieux définir la notion de permanence des soins.....</i>	131
3.2.	<i>Faire de la régulation médicale le pivot de l'organisation de la PDS.....</i>	131
3.3.	<i>Faire des exercices regroupés, MSP et PSP, les lieux d'accueil privilégiés, durant la journée, des consultations urgentes non programmées</i>	132
3.4.	<i>Associer maisons de garde libérales et services d'urgences hospitaliers pour répondre aux urgences durant les heures de PDS.....</i>	132
3.5.	<i>Faire une analyse des besoins en PDS, région par région, département par département, territoire par territoire, selon une grille de lecture cohérente.</i>	133
3.6.	<i>Instituer un numéro à 4 chiffres, spécifique et identique sur tout le territoire, en parallèle au 15.....</i>	133
3.7.	<i>Elargir le vivier de médecins pour la PDS</i>	134
3.8.	<i>Consacrer un financement suffisant au fonctionnement de la PDS libérale</i>	134

CHAPITRE 2 : ACCOMPAGNER L'INSTALLATION ET LES REGROUPEMENTS 135

1.	L'INSTALLATION, VECUE COMME UNE PERIODE D'INSECURITE.....	136
1.1.	<i>Le remplacement est parfois une stratégie d'évitement à l'installation.....</i>	136
1.2.	<i>Les jeunes générations répugnent à investir dans leur outil de travail</i>	137
1.3.	<i>L'octroi des aides incitatives à l'installation dans les zones sous-médicalisées est un parcours du combattant.....</i>	137
2.	SECURISER LES CONDITIONS DE L'INSTALLATION.....	138
2.1.	<i>Accompagner les professionnels qui souhaitent investir dans leur outil de travail.....</i>	138
2.2.	<i>Favoriser l'installation dans des conditions qui n'imposent pas d'investir.....</i>	140
3.	FAIRE BENEFICIER CERTAINS SPECIALISTES AVEC PLATEAUX TECHNIQUES DES DISPOSITIONS PRECEDEMMENT DECRITES	142

CHAPITRE 3 : FAVORISER LES EVOLUTIONS DE CARRIERE..... 143

1.	OFFRIR LA POSSIBILITE D'EVOLUER VERS UNE AUTRE SPECIALITE.....	144
2.	AIDER A DIVERSIFIER SON MODE D'EXERCICE.....	145
2.1.	<i>Former à la conduite de projets et au management des MSP ou des PSP et reconnaître ces fonctions.....</i>	145
2.2.	<i>Privilégier les exercices mixtes plutôt que les temps pleins</i>	145
2.3.	<i>Valoriser l'expérience</i>	145
3.	CREER DES PASSERELLES ENTRE LES DIFFERENTS EXERCICES.....	146
3.1.	<i>Réorienter des médecins généralistes vers des activités plus axées sur la prévention que sur le curatif</i>	146
3.2.	<i>Confier à d'anciens médecins généralistes certaines fonctions de contrôle ou d'inspection.....</i>	147

CHAPITRE 4 : AMELIORER LA PROTECTION SOCIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX..... 149

1.	UNE COUVERTURE MATERNITE QUI DOIT RAPIDEMENT ETRE AMELIOREE.....	150
1.1.	<i>Deux régimes coexistent au sein des professions de santé.....</i>	150

- 1.2. *La couverture maternité des PAMC est moins favorable que celle des salariées ou des artisans et commerçants* 151
- 1.3. *Augmenter les indemnités maternité et reconnaître le cas des grossesses pathologiques* 152
- 2. UNE COUVERTURE MALADIE ET UN REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES QUI AUX YEUX DE LA MISSION SONT SATISFAISANTS VU LES COTISATIONS VERSEES 153
- 3. UN SYSTEME DE RETRAITE A BOUT DE SOUFFLE, VICTIME D'UN AVEUGLEMENT GENERALISE 153

CHAPITRE 5 : DEDRAMATISER LES RISQUES PESANT SUR LA RESPONSABILITE CIVILE DES PROFESSIONNELS DE SANTE 155

- 1. UNE VISION DEFORMEE DES RISQUES DE MISE EN CAUSE DES MEDECINS 156
 - 1.1. *Les déclarations des sinistres sont en nombre stable depuis plus de 10 ans*..... 156
 - 1.2. *La pression des patients sur les professionnels est de plus en plus forte* 156
- 2. INTEGRER LA PREVENTION DES RISQUES DANS SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE 157
 - 2.1. *Mieux informer son patient et davantage tracer cette information*..... 157
 - 2.2. *Sécuriser ses pratiques*..... 157
 - 2.3. *Développer la rédaction de protocoles*..... 157

CHAPITRE 6 : SIMPLIFIER LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU 159

- 1. LE DPC, UNE NOUVELLE AMBITION AU SERVICE DE LA QUALITE 160
- 2. UN SYSTEME DE GESTION QUI N'EST PAS ENCORE STABILISE 160
 - 2.1. *Les modalités d'organisation et de gestion du DPC sont encore floues*..... 160
 - 2.2. *Les principes d'évaluation apparaissent complexes*..... 160
 - 2.3. *Le système semble trop administré aux yeux des professionnels*..... 161
- 3. FAIRE CONFIANCE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE EST IMPERATIF 161
 - 3.1. *S'appuyer davantage sur les professionnels pour qu'ils organisent les contenus et la gestion du DPC*..... 161
 - 3.2. *Valoriser les actions déjà entreprises en matière de qualité* 161
 - 3.3. *Apparenter au DPC d'autres démarches accomplies par les professionnels de santé et qui elles aussi visent à améliorer les pratiques y compris à long terme* 161

CHAPITRE 7 : ADOPTER DES MESURES TEMPORAIRES POUR PALLIER DES MAINTENANT LE DEFICIT DE MEDECINS EN CERTAINS TERRITOIRES 163

- 1. L'IMPORTANCE DE L'IDENTIFICATION FINE DES SITUATIONS DIFFICILES 164
- 2. FAIRE DE L'OFFRE MEDICALE DANS LES ZONES DESERTIFIEES, UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC 164
 - 2.1. *Reconnaître la mission de service public effectuée par une rémunération spécifique* 164
 - 2.2. *Mettre à disposition des lieux d'exercice équipés*..... 165
- 3. ADAPTER LA MISSION DE SERVICE PUBLIC AUX DIFFERENTS TYPES DE MEDECINS SUSCEPTIBLES DE L'EXERCER 165
 - 3.1. *Inciter les internes à effectuer une année supplémentaire de mission de service public* . 165
 - 3.2. *Instituer un temps de mission de service public dans la durée des remplacements* 166

3.3. <i>Impliquer les médecins en activité, libérale ou hospitalière, dans cette démarche de solidarité</i>	167
3.4. <i>Faire appel aux médecins retraités</i>	167
4. MAINTENIR EN ACTIVITE LES MEDECINS DE PLUS DE 60 ANS.....	168
5. METTRE A DISPOSITION DES POPULATIONS LES MOYENS MATERIELS LEUR PERMETTANT D'ACCEDER A UN MEDECIN, FUT IL A DISTANCE.	168
CONCLUSION	171
ANNEXE 1 : LISTE DES AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS ECRITES	175
ANNEXE 2 : LISTE DES DEPLACEMENTS ET REUNIONS	179
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE	181

PREAMBULE

Dans sa lettre du 27 avril 2010, le Président de la République a précisé le sens de la mission confiée au Docteur Elisabeth HUBERT, ancien Ministre de la Santé et de l'Assurance Maladie : permettre aux français, en 2020 ou 2030, d'accéder de façon satisfaisante et équitable aux soins de premier recours dispensés par la médecine de proximité.

La démarche était ambitieuse, les objectifs étant tout à la fois de renouer le dialogue avec le corps médical, de donner la parole aux professionnels de santé libéraux, de dessiner un nouveau modèle d'organisation de la pratique ambulatoire sans oublier la recherche de solutions au problème très actuel de la pénurie médicale en certains territoires.

En 6 mois, malgré des impératifs de calendrier parfois peu favorables, la mission, constituée d'une équipe très restreinte s'est attachée à répondre à cette demande et a, pour cela, procédé de diverses façons :

Tout d'abord, par la lecture des nombreux rapports rédigés ces dernières années sur le thème de la médecine ambulatoire. En effet, nombreuses ont été les commissions constituées, et variés leurs constats et propositions pour faire évoluer notre système de soins. Multiples sont les analyses publiées, que ce soient par l'IRDES, le HCAAM, des associations d'élus ou par des experts géographes, économistes ..., toutes montrant les risques que nous encourons au regard des problèmes de démographie médicale. A ces documents officiels, se sont ajoutés de nombreux courriers et mails, envoyés par de nombreux médecins, livrant souvent des réflexions et des idées intéressantes.

Ensuite par des auditions. Plus de 80 rencontres ont été organisées avec les représentants d'organisations syndicales, associations ou ordres de professions de santé; des grandes institutions, directions et agences gestionnaires de notre système de santé; des représentants des formations politiques, des associations d'élus, des grandes centrales syndicales, associations d'usagers... Ont également été entendus un certain nombre de personnalités et d'experts, porteurs de réflexions et de propositions. Tous ont apporté leur éclairage et leur contribution au débat.

Enfin, la mission a rencontré, à l'issue d'une quinzaine de déplacements effectués dans une dizaine de régions, de nombreux professionnels de santé, essentiellement libéraux mais aussi salariés. Ces échanges ont eu lieu lors de visites de structures de soins de proximité et à l'occasion de débats auxquels étaient invités les représentants régionaux des professions concernées (médecins des diverses spécialités, pharmaciens, chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes sage femmes, orthophonistes....) mais aussi des professionnels de terrain de ces mêmes disciplines sans engagement syndical. Ces réunions ont permis un dialogue riche et parfois vif, parfaitement illustratif de l'état d'esprit actuel des professions de santé. Celles-ci ont ainsi témoigné des difficultés de leurs pratiques, fait état de leur malaise mais aussi exprimé leurs idées et présenté leurs projets.

S'ajoute à ce travail, la réalisation de deux monographies réalisées sous l'égide de l'office national de la démographie des professions de santé dans deux départements, la Seine et Marne et le Calvados.

Il est vraisemblable qu'avec un peu plus de temps, nous aurions pu auditionner d'autres personnes et réaliser de nouveaux déplacements pour prendre connaissance des initiatives lancées dans d'autres régions. Mais nous pensons néanmoins, au vu des informations recueillies, pouvoir présenter une analyse factuelle et temporelle de la situation de l'offre de santé et être en mesure d'émettre des propositions volontaristes voire originales.

Pour autant, certaines professions de santé pourront estimer que nous faisons dans ce rapport, une trop large place aux médecins et insistons insuffisamment sur leur propre apport à l'offre de santé de proximité.

Néanmoins, cela ne doit aucunement être traduit comme de l'indifférence ou vécu comme une volonté de prééminence hiérarchique. La raison en est tout simplement que ce sont les médecins qui connaissent la crise démographique la plus grave et que si d'autres professionnels de santé peuvent, comme nous le montrerons dans ce rapport, effectuer des tâches aujourd'hui dévolues aux médecins voire les suppléer en certaines circonstances, ils ne peuvent les remplacer durablement. De ce fait, certains aspects de ces professions sont laissés dans l'ombre par manque de temps et d'éléments d'analyse suffisants.

Mais surtout nous émettons nous-mêmes deux critiques à ce rapport :

- il ne repose pas sur une solide analyse juridique,
- les mesures proposées n'ont pas fait l'objet d'une évaluation financière (même si est régulièrement signalé le souci de leur auteur de ne pas accentuer le déficit des comptes de la nation).

Il sera donc nécessaire de compléter ce document afin d'en mesurer impact et faisabilité.

Enfin pour conclure ce préambule, l'auteur de ce rapport se permettra deux réflexions personnelles :

Notre système de santé est indissociable de notre modèle de couverture maladie. Or les difficultés économiques que nous connaissons fragilisent dangereusement une protection sociale héritée d'une époque où n'existaient pas la concurrence internationale et à peine le chômage et où on n'imaginait pas ce que seraient les progrès de la science et la proportion de personnes très âgées.

Reformer notre système de santé comme nous le proposons dans ce rapport sans, en parallèle, réformer notre couverture maladie risque fort, au mieux d'atténuer les effets bénéfiques de nos préconisations, au pire d'empêcher le déploiement de certaines suggestions tant les marges de manœuvre financières seront insuffisantes.

Il n'était pas dans le champ de notre mission de faire en ce domaine des propositions mais il est à notre sens de notre responsabilité d'attirer l'attention des décideurs politiques sur cet impératif financier.

La seconde réflexion concerne les choix qui seront faits à l'issue de la publication de ce rapport. Il ne nous appartient pas de nous immiscer dans le choix politique d'appliquer ou non les propositions qu'il contient.

Il nous paraît toutefois que ce document répond à une logique et à une cohérence qui font que les préconisations viennent en déclinaison ou en résonance les unes des autres. C'est donc volontairement que n'est pas inclus dans ce rapport un résumé d'une longue liste de propositions numérotées, mais une brève note de synthèse. Ce rapport est un tout. Ne retenir que les mesures les plus immédiates serait dangereux pour l'avenir, mais se focaliser sur les seules dispositions à moyen ou long terme nuirait au sens même de la mission: Garantir, durablement et équitablement, à nos concitoyens l'accès à une offre de santé de proximité.

SYNTHESE

Par lettre en date du 27 avril 2010, Monsieur le Président de la République a confié à Madame le Docteur Elisabeth HUBERT, la mission d'organiser une large concertation sur la médecine de proximité et de proposer des mesures concrètes en réponse aux difficultés structurelles que connaît la médecine ambulatoire depuis des années.

Les dispositions proposées dans ce rapport sont de deux ordres :

Tout d'abord, des mesures structurelles, fondamentales pour reconstruire durablement une offre de santé de proximité. Elles sont distinguées selon leur délai d'efficacité, les unes ayant des effets positifs à une échéance de 8 à 10 ans, les autres offrant une perspective de réponse dans les 3 à 5 ans à venir.

Ensuite, des mesures conjoncturelles, indispensables pour inverser rapidement la tendance actuelle de désertification médicale ; les premières, qui se veulent pérennes ont pour objectif de répondre aux interrogations et aux craintes exprimées par les professionnels notamment médecins, les secondes temporaires visent à permettre, dès maintenant, à toutes les populations, d'accéder aisément à un avis médical.

Le choix fait par la mission a été de traiter avant tout de la situation des médecins ; l'état démographique de cette profession faisant peser un réel danger sur toute l'offre de santé. A contrario, comme nous le montrons, les solutions développées concernent l'ensemble des professions de santé, l'idée centrale de ce rapport étant de mieux centrer chacun sur sa valeur ajoutée et de davantage optimiser le temps médical.

Des mesures structurelles dont les effets seront acquis dans 8 à 10 ans

La formation des médecins n'est pas conçue pour orienter les jeunes étudiants en médecine vers la spécialité de médecine générale, les études s'effectuant quasiment intégralement au sein des seuls CHU.

Par méconnaissance, les étudiants s'orientent vers d'autres spécialités découvertes durant leur formation et, pour ceux qui néanmoins font le choix de la médecine générale, la plupart retardent le moment de leur installation, s'estimant mal préparés à leur future pratique.

Il est donc urgent et fondamental de réformer les études médicales.

En ce qui concerne, en premier lieu, le second cycle des études médicales, il convient de présenter précocement aux étudiants toute la diversité de la pratique médicale, de mettre en œuvre dans toutes les facultés de vrais stages d'initiation à la médecine générale, de faire effectuer aux étudiants des stages hors des CHU, de leur faire découvrir l'activité des autres professions de santé et ainsi faire l'apprentissage du partage des compétences, de modifier les modalités des épreuves classantes nationales. L'internat en médecine générale doit lui aussi être sensiblement modifié en augmentant le nombre de stages effectués chez le médecin généraliste, en créant une année complémentaire de « séniorisation » en formant les internes en médecine générale aux particularités de l'exercice libéral et à la gestion d'un cabinet médical.

Dans le même temps, il est urgent de procéder aux nominations de professeurs de cette spécialité en fonction du rythme prévu par la loi HPST, de rendre attractif le statut de chefs de clinique de médecine générale, de recruter en nombre suffisant les maîtres de stage pour encadrer les étudiants et internes en médecine générale et pour cela, d'améliorer l'attrait de cette fonction.

Mais les réalités du XXI^{ème} siècle justifient, aux yeux de la mission, deux autres changements qui seraient, il est vrai, vécus comme une réelle révolution : réduire la durée des études de médecine avant l'internat de 6 à 5 ans et dissocier la fonction d'enseignant de celle de praticien hospitalier.

Le second enjeu des 10 prochaines années sera le développement des systèmes d'informations et de la télémédecine.

L'utilisation de l'équipement informatique à des fins médicales reste faible, les applications utilisées étant uniquement en rapport avec la gestion du cabinet et la télétransmission. En effet, le défaut majeur des systèmes actuels est l'absence de partage d'informations tant entre professionnels de santé (y compris au sein d'un même cabinet) qu'entre établissements de santé et médecins traitants.

Un plan ambitieux doit être rapidement mis en œuvre. Avant tout, il faut rompre avec le développement anarchique et non coordonné des systèmes d'information aboutissant au fait que, sur un territoire de santé, les politiques d'informatisation sont conçues sans recherche d'interopérabilité entre elles. Il faut donc développer, dès 2011, une information médicale condensée et une messagerie sécurisée. L'ASIP Santé doit être mandatée pour publier de façon urgente des normes d'interopérabilité et des référentiels de sécurité.

Mais une telle mutation vers une informatique de santé communicante doit être financée et être utile tant aux patients qu'à la collectivité et bien sûr, faciliter et non compliquer l'exercice des professionnels de santé. Pour satisfaire à ce triple objectif, les informations recueillies doivent servir la santé de chaque patient, permettre de mieux piloter le système de santé et réduire les tâches administratives des praticiens. Ceci impose de lever les obstacles juridiques au développement de la télémédecine, d'en clarifier les conditions de facturation et de faire en sorte que le traitement des données de santé soit réalisé de manière professionnelle.

En outre, une agence technique de l'information en santé née de la fusion de l'actuelle ATIH et d'une nouvelle entité dédiée à l'information ambulatoire permettrait de donner à l'ensemble du dispositif une cohérence qui n'existe pas actuellement.

Les mesures structurelles dont les réponses seront perceptibles à moyen terme

Nous sommes à une période charnière de l'organisation de la santé dans notre pays, nos difficultés se révélant paradoxalement de formidables opportunités pour changer nos modes de pensée. La formation des médecins et les nouvelles techniques de l'information et de la communication sont à la base d'un exercice plus coopératif des soins.

Le partage d'activités entre professionnels de santé a pris du retard en France en comparaison, notamment, aux pays anglo-saxons. La démographie médicale et la tendance des praticiens à réduire leur durée hebdomadaire de travail pour mieux concilier exercice professionnel et vie personnelle conduisent à devoir mieux utiliser le temps médical. Il convient donc de recentrer les médecins sur leur cœur de métier et transférer certaines tâches à d'autres professionnels de santé. A cet égard, la loi HPST offre aux ARS la possibilité d'autoriser ces démarches en fonction des besoins de santé de la région et du respect de principes édictés par la Haute Autorité de Santé.

Le rapport émet des recommandations pour faciliter ces coopérations dans les meilleures conditions de qualité et de responsabilité, notamment en s'appuyant sur la formation des professionnels, la redéfinition des métiers à partir de la démarche des référentiels et la certification des équipes. La mission insiste également sur la nécessité de rémunérer ces coopérations et de préciser les règles de responsabilité de professionnels qui s'y engagent.

Mais créer la transversalité entre professions de santé nécessite de créer les conditions matérielles de l'exercice de cette pluridisciplinarité. Les maisons de santé et les pôles de santé répondent non seulement à ce besoin mais satisfont aussi le souhait d'un nombre grandissant de médecins de ne plus exercer de façon solitaire.

Pour autant, il convient de ne pas laisser faire n'importe quoi, n'importe où, n'importe comment. Or aujourd'hui, les actions incitatives des pouvoirs publics sont peu lisibles, non pérennes et sans réel effet. Si la volonté de remédier à la création de déserts médicaux et d'organiser les soins de proximité est réelle, deux préalables doivent être satisfaits : apprécier les besoins en offre de santé de proximité de façon incontestable selon une méthodologie identique pour les régions, et doter les ARS de professionnels pour accompagner ces projets dont le nombre va grandissant mais dont le montage et le contenu ne sont pas toujours efficaces.

Vraies solutions dans les zones en voie de désertification médicale, ces regroupements pluri-professionnels doivent davantage être favorisés tant des freins en obèrent l'avenir. Cet exercice pourtant inscrit dans la loi HPST est restreint par sa fragilité juridique, aucun des statuts existants pris individuellement ne répondant aux objectifs et besoins des maisons de santé ou des pôles de santé pluri-disciplinaires. La sécurisation de leur environnement juridique, leur viabilité économique, la mise en œuvre en leur sein de systèmes d'informations partagés, sont les conditions du succès de ces nouveaux modes d'exercice.

Par le passé, des initiatives intéressantes de pratiques nouvelles et coordonnées ont disparu faute de financements. Cette même menace pèse sur les regroupements de professionnels tant sont instables et limitées les aides financières actuelles. Aujourd'hui, le paiement à l'acte n'est plus défendu comme mode de rémunération unique des professionnels libéraux. En revanche, les pistes envisagées apparaissent singulièrement peu ambitieuses au regard des objectifs organisationnels poursuivis.

C'est à une refonte totale du système de rémunération des professionnels de santé et en particulier des médecins qu'il faut aujourd'hui envisager. Il n'est plus possible de payer le même prix pour une consultation quelles qu'en soient la complexité et la durée. La grille tarifaire doit donc tenir compte de cette variabilité. Les situations, éminemment complexes, qui imposent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels et des réunions de concertations, seraient quant à elles rétribuées sous la forme de forfaits selon des modalités s'inspirant de la tarification à l'activité telle qu'utilisée en hospitalisation à domicile. Une clarification du régime social et fiscal de ces sommes forfaitaires devra être opérée, leur assimilation aux honoraires conventionnels apparaissant le système le plus simple et le moins pénalisant pour les professionnels.

Par ailleurs, les surcoûts engendrés par les formes d'exercices regroupés, tant dans les MSP que dans les Pôles de Santé, doivent faire l'objet d'un financement spécifique, pérenne compte tenu de l'enjeu organisationnel qu'elles représentent.

L'ensemble du dispositif proposé apparaît néanmoins, pour être pleinement efficace, devoir s'accompagner d'une clarification concomitante du rôle des divers acteurs et de la fongibilité des enveloppes consacrées à chaque secteur du soin et votées dans le cadre du PLFSS, la compartimentation actuelle apparaissant en totale discordance avec les évolutions de notre système de santé.

L'Etat, garant du bon fonctionnement du système et non gérant du quotidien, doit être seul investi de la décision politique. Cela impose que les organismes payeurs soient, eux, les vrais maîtres d'œuvre d'une politique conventionnelle dont les contours et le contenu sont à redéfinir. Quant aux Agences Régionales de Santé, créées par la Loi HPST, il importe d'en renforcer le rôle. Pour cela, il faut leur donner de vraies marges d'autonomie, les doter des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite de leurs missions, inscrire leur action dans la durée, leur donner pleine compétence sur la gestion du risque, les inviter à conclure des contrats non à l'échelle individuelle des praticiens mais avec leurs représentants régionaux et les regroupements de professionnels, faire d'elles les « conseillers » santé des collectivités territoriales.

Les mesures conjoncturelles qui témoigneraient d'une vraie prise de conscience de la situation délétère du monde de la santé

Les nombreuses rencontres organisées avec les médecins ont montré l'étendue des contraintes qu'ils associent au statut libéral. De cette appréciation, naissent chez les jeunes médecins, un sentiment d'insécurité et chez ceux déjà installés, une forte lassitude. C'est pour répondre à ces préoccupations que des mesures rapides et pérennes doivent être prises, dispositions indispensables pour redonner confiance à ces professionnels et envie d'exercer le métier pour lequel ils ont été formés.

La permanence des soins (PDS) libérale est devenue au fil du temps en certains endroits un objet de fortes tensions entre médecins et pouvoirs publics, la coercition exercée n'étant pas étrangère à des départs anticipés de praticiens. Or, les difficultés ne peuvent que s'aggraver en raison de l'évolution démographique. Il apparaît, cependant, bien souvent que beaucoup de situations peuvent être résolues si une bonne concertation existe entre autorités sanitaires et professionnels. Certains départements qui disposent d'une PDS efficiente sont là pour en témoigner alors même qu'ils ont une démographie médicale problématique. La régulation téléphonique doit être le pivot de l'organisation de la PDS, maisons de garde, urgences hospitalières et médecins libéraux étant associés à la prise en charge des actes durant les horaires de PDS selon la graduation des réponses à apporter aux malades. Le développement des MSP et des PSP et l'organisation en leur sein de consultations non programmées, sont de nature à désengorger les services d'urgences hospitaliers non seulement dans la journée mais également en soirée, heures de forte affluence, l'intérêt de ces regroupements étant précisément de disposer de plages horaires d'accueil plus larges. Pourrait également être expérimenté, un numéro à 4 chiffres fonctionnant en parallèle du 15 et en étroite liaison avec celui-ci, l'objectif étant de répondre à des demandes qui inquiètent,

mais qui ne justifient ni déplacement de médecin, ni venue aux urgences. La réussite de cette expérience en Franche Comté conduit à recommander le déploiement en d'autres régions.

Faute de nouvelles installations et en raison du départ de plus en plus précoce des médecins, le territoire français peu à peu se raréfie en praticiens. La mission n'a pas fait le choix de mesures coercitives estimant que les incitations ont été, jusqu'à ce jour trop éparses, mal ciblées et peu connues pour qu'il en soit déduit un échec. Il est devenu indispensable d'agir sur les facteurs déterminants de l'installation des médecins. Une soustraction des pouvoirs publics à cette obligation aurait pour conséquences une grave désorganisation de notre système de soins et un surcoût financier ; les patients étant conduits à s'orienter encore un peu plus vers le système hospitalier alors que leurs soins ne le justifieraient pas.

Sécuriser les conditions de l'installation, c'est faciliter l'investissement des professionnels dans leur outil de travail. Prêts à taux zéro pour les primo installations dans certaines zones, utilisation du dispositif du crédit-bail, dispositifs de déduction fiscale, institution d'un fonds de garantie de l'investissement sont autant d'outils qui peuvent contribuer à inciter des professionnels à investir et à rejoindre une MSP ou un PSP, qu'ils soient jeunes ou déjà installés en isolé.

Au préalable, les ARS devront établir un diagnostic pour identifier les territoires sur lesquels porter les efforts et conduire des actions de communication et d'information en direction des futurs professionnels, afin d'accompagner les promoteurs de projets. Elles seront aussi en appui dans leurs démarches auprès des collectivités territoriales pour ceux qui ne souhaitent pas ou hésitent à investir dans l'immobilier, tout comme elles solliciteront ces dernières pour prendre en charge le logement des stagiaires et internes effectuant en zones rurales leurs stages auprès des médecins généralistes.

Nous avons vu combien le souhait de concilier activité professionnelle et vie personnelle était déterminant pour décider du lieu et des conditions d'installation. Mais la peur d'être durablement fixé en son cabinet avec pour seule voie d'échappement, la retraite, apparaît réhivatoire à nombre de jeunes médecins, et désespérant à ceux plus âgés qui ont encore 15 ou 20 ans d'exercice devant eux.

Outre la garantie donnée de pouvoir revendre en un délai court, au prix de l'acquisition, ses parts de cabinet, il importe d'offrir des évolutions de carrière aux professionnels de santé, à l'instar de ce qui se fait pour les salariés. Valoriser l'expérience ; privilégier les exercices mixtes ; former à des activités de management, de gestion, d'enseignement ; évoluer vers une autre spécialité ou vers une activité davantage axée sur la prévention, le contrôle ou l'inspection sont autant de voies qui peuvent permettre aux praticiens de ne plus vivre l'exercice en cabinet libéral comme un enfermement.

Enfin, au regard de la féminisation croissante de la profession médicale, le rapport préconise d'améliorer la couverture maternité des médecins libéraux exerçant en secteur 1, afin que ces médecins ne retardent pas leur installation pour la seule raison du poids des charges fixes de leur cabinet. La mission profite de ce rapport pour appeler toutes les parties concernées par le sujet de l'assurance vieillesse à prendre leur responsabilité, l'état catastrophique de ce régime faisant peser de lourdes craintes sur les retraites des médecins.

La mission s'est aussi penchée sur deux autres objets d'interrogations : le développement professionnel continu (DPC) et la responsabilité civile professionnelle. Il convient de dépassionner ce dernier sujet pour les médecins généralistes au regard du faible nombre de plaintes enregistrées et du montant inchangé des primes d'assurance. Quant au DPC, plus que de réglementations multiples c'est d'autonomie dont ont besoin les professionnels de santé, la confiance et l'évaluation devant désormais être les piliers des relations instituées.

On l'a compris, ce rapport dessine une feuille de route pour les 10 années à venir.

Les mesures proposées ont leur cohérence si elles sont mises en œuvre, ensembles, sans attendre et cela bien que certaines heurtent des conservatismes bien établis. Mais en différer l'institution serait céder à des jeux de pouvoir qui n'ont pas leur place au regard des enjeux de l'offre de santé de proximité.

Cependant nous l'avons dit, les effets positifs complets de ces dispositions ne se feront ressentir qu'au fil des années tant le monde de la santé est tenté par l'attentisme, le passé ayant montré l'instabilité et la fragilité des décisions prises. Or, pour bien exercer leurs fonctions, ces professionnels ont besoin de stabilité et de visibilité.

Des mesures temporaires sont donc à adopter pour aider les territoires, d'ores et déjà désertifiés en médecins, à passer le cap et attendre que, demain, de nouveaux médecins viennent créer leur activité.

Ce rapport propose que soit reconnu de service public, l'exercice des professionnels en ces territoires. Assortie d'une rémunération spécifique et incitative, cette mission serait assurée, dans des locaux aménagés et mis à disposition par les communes, par des jeunes médecins ayant fini leur internat mais qui souhaitent différer leur installation, des remplaçants dans cette situation depuis un certain temps, et par tous les médecins, libéraux ou hospitaliers, installés à proximité de ces lieux ou retraités qui accepteraient, par solidarité de s'y associer.

Faire venir les médecins auprès des patients est la possibilité à privilégier mais qui ne s'avérera pas toujours réalisable. Pour pallier cette défaillance et ne pas pénaliser des populations très isolées et souvent très fragiles car âgées, seront mis à leur disposition des moyens de transport pour se rendre chez le médecin le plus proche et seront utilisés les outils de télémédecine, sous la conduite d'autres professionnels de santé, afin de permettre, dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité, la mise en relation avec leur médecin traitant habituel ou un autre spécialiste.

La difficulté principale pour les ARS sera non pas de mettre en place ces mesures, les incitations proposées devant aider grandement à leur déploiement et leur succès, mais d'y mettre fin quand il apparaîtra que les réformes de structures portent leurs effets ce dont la mission est persuadée, tant la médecine générale, mieux connue des étudiants, est de nature à les attirer par sa diversité et son humanisme.

INTRODUCTION

Avant tout, la mission souhaite se livrer à une brève explication sémantique qui déjà en soi va permettre de comprendre le sens de sa réflexion et le contenu de certaines propositions.

La mission avait pour intitulé « mission de concertation sur la médecine de proximité » mais la lecture de la lettre mandatant l'auteur de ce rapport indiquait clairement que le champ des interlocuteurs devait aller au-delà des seuls médecins.

En effet, comme nous nous en expliquerons dans ce document, il convient moins de parler de « médecine de proximité » que « d'offre de proximité », tant désormais et encore plus demain, la réponse aux besoins de la population reposera sur un panel varié et complémentaire de professionnels de santé.

Nous emploierons également volontairement les mots « offre de santé » et non « offre de soins » tant ces mots nous apparaissent réducteurs par le fait qu'ils n'intègrent que la dimension curative de la santé, ignorent le vaste domaine de la prévention dont le poids va pourtant grandissant, et en marginalisent la dimension sociale.

Ces précisions vont bien au-delà des arguties sémantiques car elles contribuent à mieux cerner ce que recouvre le mot « proximité ».

Il est apparu que l'emploi de ce mot était d'autant plus source de perplexité que le terme de « premier recours » sacralisé par la loi HPST n'avait pas encore pleinement trouvé sa place dans le vocabulaire institutionnel de la santé.

Nous avons donc interrogé les interlocuteurs auditionnés par la mission sur leur définition du mot « proximité », afin de mieux cerner la nature des solutions à proposer aux populations.

Les réponses ont été évidemment diverses selon qu'elles étaient apportées par des usagers de la santé, des élus, des institutionnels ou des professionnels de la santé. Mais à l'intérieur de ce dernier groupe, elles ont été tout aussi variées selon que les interlocuteurs étaient libéraux ou hospitaliers, médecins généralistes ou d'autres spécialités, pharmaciens ou paramédicaux....

Ne pouvant réaliser l'impossible synthèse, la mission a choisi de donner sa propre définition d'une offre de santé de proximité :

Son contenu tout d'abord.

Tout patient doit pouvoir faire appel à un médecin capable d'assurer un diagnostic et d'établir des préconisations thérapeutiques. Il doit pouvoir solliciter aisément les professionnels qui vont assurer ces prescriptions, qu'elles soient médicamenteuses ou de soins.

Au delà de ce seul aspect curatif, toute personne doit pouvoir accéder à une information de prévention et si besoin est, à l'éducation thérapeutique justifiée par sa pathologie.

Les conditions d'accès.

Proximité, ne signifie pas disposer à sa porte. Accéder à l'issue d'un trajet de 20 minutes à un lieu où puissent être pratiqués interrogatoire, examen clinique et prescriptions, apparaît raisonnable.

Accéder à un avis médical, ce n'est pas obligatoirement avoir en face de soi, physiquement, un médecin. Ce peut être, dans certains cas, la présence d'un professionnel non médecin qui réalise certaines étapes de l'interrogatoire et de l'examen, voire établit certaines préconisations thérapeutiques, le médecin validant la démarche, en direct ou en recours.

Mais pouvoir recourir à un médecin, c'est aussi pouvoir consulter un médecin qui pratique des tarifs compatibles avec vos possibilités financières ou votre couverture maladie complémentaire.

Les effecteurs

Ils sont nécessairement variés tant est large le contenu de l'offre et sont ouvertes les conditions d'accès.

De façon privilégiée et avant tout, l'offre de santé de proximité est portée par le médecin généraliste. Même dans le cas de coopérations développées et réussies, il demeure l'axe essentiel et indispensable de la démarche de diagnostic, fussent plus épisodiques ses interventions que ce que nous connaissons actuellement. Quant aux prescriptions, il en reste l'effecteur principal et le

responsable, bien qu'à juste raison le droit à prescrire ait été accordé, dans le champ strict de leurs compétences, à d'autres professions de santé.

Au nom de l'efficacité du service rendu aux malades, les médecins généralistes rencontrés par la mission ont signalé l'indispensable et grandissante interaction de leurs activités avec celles des professionnels paramédicaux et des pharmaciens d'officines ; ils ont souligné leur besoin d'accéder aisément à des confrères d'autres spécialités, qui sans appartenir eux-mêmes à la médecine de premier recours, sont des maillons indispensables à son bon fonctionnement.

Néanmoins, quoi que certains puissent imaginer, la relation privilégiée entre un patient et son médecin traitant est une caractéristique forte de notre système de santé à laquelle les français sont profondément attachés. Elle peut certes être aménagée, elle peut souffrir des exceptions dans des cas de fort éloignement, elle peut s'inscrire dans un travail en équipe, mais elle ne peut être annihilée ni remplacée par les nouvelles technologies aussi séduisantes, soient celles-ci.

Ces définitions posées et la réalité du terrain entendues, il est indéniable que les difficultés à accéder à une offre de soins en un temps court et à des conditions financières acceptables sont réelles dans notre pays ; elles ne sont pas le fruit de l'imagination fertile d'adeptes de scénario catastrophe, même si a contrario, il est inutile d'en exagérer la portée et de laisser croire qu'il s'agisse d'une situation générale dans tout le pays.

Les territoires touchés sont majoritairement ruraux et le déficit concerne essentiellement les médecins. Mais il serait faux de penser qu'il ne s'agit que d'un problème d'aménagement du territoire. Toutes les zones en difficultés ne sont pas dépeuplées ou éloignées de villes. Pire même, la pénurie frappe également des quartiers d'importantes cités urbaines et concerne dans ce cas tous les professionnels de santé, l'insécurité les conduisant à fuir ces endroits, malgré les difficultés sanitaires et les besoins considérables des populations concernées.

En effet, comme nous le verrons dans ce rapport, au-delà de la réduction réelle mais relative des effectifs, nous devons être interpellés moins par la problématique numérique que par la mauvaise répartition territoriale des professionnels de santé et à un moindre degré, la mauvaise répartition entre médecins généralistes et autres spécialistes.

La dégradation des conditions d'exercice a souvent été mise en avant lors des nombreuses rencontres organisées avec les organisations de professions de santé et les échanges sur le terrain avec les médecins, infirmières, kinés, ... Si tous vivent mal cette situation, ce sont principalement les médecins libéraux qui voient leurs effectifs se réduire et expriment avec le plus de force leur « ras le bol ». ¹

Facteur aggravant, ce sentiment de mal être est, chez les médecins, transgénérationnel.

La conséquence en est chez les jeunes, le refus de l'installation et de création de leur propre activité et chez les plus âgés, la tentation de dévisser leur plaque.

La mission a perçu, chez ces médecins installés parfois depuis 2 ou 3 décennies, en tant que généralistes mais aussi parfois exerçant une autre spécialité, l'expression d'un très fort sentiment de lassitude, teinté tout autant d'amertume que de colère.

Les mots employés pour illustrer leurs sentiments sont forts : « *Harcelés par les caisses.....* » « *Méprisés par les hospitalo-universitaires* » « *Considérés comme des distributeurs d'ordonnances et des guichets orienteurs vers les autres spécialistes ...* » « *Montrés du doigt par les pouvoirs publics comme étant à l'origine des déficits de la Sécurité sociale....* »

Il est évident que cet état d'esprit ne conduit guère à exprimer une vision positive de l'exercice médical et on ne s'étonnera pas que les jeunes médecins ne veuillent en aucun cas vivre ce que leur décrivent leurs confrères des générations précédentes. Force est d'avouer que les généralistes français ne sont pas aujourd'hui les meilleurs vendeurs de l'image de marque de leur profession.

¹ La baisse prévue d'ici 2020 des effectifs de médecins est d'environ 10% quand depuis 1991 ceux des infirmiers libéraux ont cru de 41 000 à 70 000.

Malgré ce contexte difficile, paradoxalement et malgré la réserve formulée dans le préambule, de la nécessité d'une réforme de la protection sociale, la période est favorable pour impulser une vraie réforme de l'offre de santé ambulatoire.

Si la pénurie médicale libérale est source de difficultés, elle est aussi une opportunité, renforcée par le fait que dans le même temps, le secteur hospitalier est engagé dans une profonde restructuration qui vise à réduire les durées d'hospitalisation et conduira inévitablement demain à limiter le recours à l'hôpital.

Moins nombreux, les médecins devront optimiser le temps médical, se recentrer sur les actes pour lesquels est utile leur valeur ajoutée, partager certaines de leurs activités actuelles avec d'autres professionnels de santé.

L'enjeu à l'avenir est donc bien de développer une approche pluridisciplinaire de l'offre de santé, que cela concerne le curatif ou le préventif.

La mission a fait ce choix bien qu'ayant ressenti une certaine frilosité vis-à-vis de cette vision très partenariale de la santé.

Tracer les contours de l'exercice médical dans 10 ou 20 ans justifie de dépasser le conservatisme ambiant.

Cela veut dire qu'il faudra du temps pour déployer l'ensemble du schéma proposé et qu'il faut conjuguer mesures structurelles et dispositions conjoncturelles.

La réforme de la formation de professionnels, en particulier celle des médecins, et le déploiement des techniques de l'information et de la communication (TIC) en santé sont les éléments fondamentaux qui dessineront l'offre de santé demain, la plénitude de leurs effets ne se faisant sentir au plus tôt que dans 6 à 10 ans.

A côté de ces deux changements majeurs, d'autres dispositions peuvent aussi structurellement modifier l'organisation de l'offre de santé à moyen terme. Ces chantiers portent sur le développement des coopérations entre professionnels, les exercices regroupés et pluridisciplinaires, les nouveaux modes de rémunération, les nouvelles relations avec les organismes payeurs et l'État.

Mais au-delà de ces réformes de fond, des mesures conjoncturelles devront être adoptées. Les premières, pérennes visent à lever rapidement les réticences des médecins frais émoulus des facultés à exercer la médecine de premier recours et à convaincre ceux déjà installés de poursuivre leur activité libérale. Les secondes, temporaires, ont pour objet, sans attendre les effets bénéfiques des dispositions proposées, de répondre aux besoins médicaux de certaines populations qui ont les plus grandes difficultés aujourd'hui à les voir satisfaits.

PARTIE 1

**OSER DES REFORMES STRUCTURELLES
POUR PREPARER L'AVENIR**

Dans la lettre nous confiant cette mission de concertation sur la médecine de proximité, le Président de la République a ouvert un champ large de réflexion, inscrivant la problématique de la médecine de proximité à horizon de 10 à 20 ans.

Deux éléments nous sont apparus répondre au qualificatif de structurels et à ce titre, avoir des effets qui s'inscrivent dans le long terme : la formation des médecins et les technologies de l'information et de la communication appliquées à la santé.

La formation tout d'abord.

Le choix de s'engager dans des études de médecine obéit en 2010 à des raisons différentes de celles des étudiants des années 70. Les difficultés économiques conduisent à rechercher après le baccalauréat des formations débouchant sur des métiers identifiés, respectés et ne connaissant pas ou peu le chômage. Ce réalisme ne signifie pas que n'existe plus l'idéalisme qu'affichaient autrefois nombre de futurs médecins. Il s'exprime tout simplement différemment.

Parmi les étudiants inscrits en première année de médecine, moins de 10% verront se concrétiser leurs aspirations de devenir médecin. Ceux qui survivent au couperet du concours développent assez naturellement le sentiment d'appartenir à une élite, perception qui ira se renforçant tout au long des études du fait même des conditions de leur formation. On comprend aisément que cette fierté est peu compatible avec l'envie de se diriger vers la médecine générale, activité dans laquelle l'humilité est indispensable et où les qualités humaines ont autant d'importance que les connaissances scientifiques.

C'est tout le sens du long chapitre que nous consacrons à ce sujet fondamental de la formation : inverser la tendance pour qu'une majorité d'étudiants choisisse volontairement la carrière de médecin généraliste et adapter le contenu et les modalités de la formation à la réalité de l'exercice médical.

Les techniques de l'information et de la communication appliquées à la santé ensuite.

Les domaines d'application des ces techniques sont d'ores et déjà multiples, messagerie sécurisée, dossier médical partagé, télémédecine, télésurveillance. Demain, bien d'autres, que nous n'imaginons pas encore, viendront s'ajouter à cette liste.

Inévitablement, ils bouleverseront l'organisation de l'offre de santé que ce soit à l'échelle du médecin, du patient isolé à son domicile ou du praticien exerçant dans un service hospitalier hyperspécialisé.

Outils devenus nécessaires à l'exercice des métiers de santé, appuis structurels de l'offre de soins et de l'amélioration de sa qualité, les TIC seront également un support majeur de l'organisation territoriale de l'offre de la santé et peuvent bouleverser l'idée même de zones déficitaires.

Le déploiement des TIC en santé est donc bel et bien une priorité structurelle pour la médecine de demain

Les propositions que nous faisons ne suffiront pas à inverser la tendance mais si des changements profonds en ces deux domaines n'interviennent pas rapidement, il est certain que la situation que nous connaissons perdurera. A contrario, l'impact des mesures à prendre est à ce point puissant que les effets en seront durables.

CHAPITRE 1 :

LA REFORME DES ETUDES MEDICALES, SOCLE FONDAMENTAL DE LA PERENNITE D'UNE MEDECINE DE PROXIMITE

Le présent rapport n'a pas vocation à analyser les modalités de formation de l'ensemble des professions de santé et à formuler des propositions pour les améliorer, le champ en étant trop vaste, les problèmes plus ou moins aigus et l'expertise nécessaire très diverse. La mission ne s'est donc pas saisie de ce sujet dans sa globalité mais a ciblé son travail sur la formation des médecins, en particulier les spécialistes en médecine générale.

Cette profession fait l'objet d'un regard spécifique au vu d'une des principales menaces qui pèse sur la médecine de proximité et qui est l'absence sur certains territoires, à court ou moyen terme, de médecins généralistes. Or, cette situation apparaît en grande partie comme la conséquence de la mauvaise prise en compte de cette spécialité dans le cursus des études médicales.

1. L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA FORMATION

1.1. Les normes européennes

Afin de garantir la libre circulation des professionnels au sein de l'espace européen, la directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 fixe les conditions minimales de formation permettant aux professionnels de santé de bénéficier de la reconnaissance de leur diplôme dans les Etats membres.

S'agissant des études de médecine, elles sont basées sur le principe d'une formation médicale de base d'une durée d'au moins six années d'étude (article 24 de la directive), la qualité de médecin spécialiste étant acquise à l'issue d'une formation complémentaire dont la durée minimale est fixée dans une annexe de la directive.

L'article 28 de la directive précise que la durée de la formation spécifique délivrée en médecine générale, en sus des six années de formation de base, est d'au moins 3 années à temps plein pour les titres délivrés depuis le 1er janvier 2006 (deux années pour les diplômes délivrés avant le 1er janvier 2006).

Ainsi, la durée minimale de la formation des médecins généralistes européens, dans les pays dont la médecine générale constitue une spécialité, est de 9 années, éventuellement ramenée à 8 années si les stages réalisés en médecine générale, au cours du deuxième cycle, ont cumulé une durée d'un an.

Dans les autres pays qui n'ont pas reconnu la médecine générale comme une spécialité mais simplement comme la formation de base de tout médecin, la durée de formation d'un médecin généraliste peut n'être que de 6 années (Exemples : l'Espagne, la Roumanie, etc...)

L'ensemble de ces deux formations, formation de base et formation spécialisée, doit être dispensé dans le cadre ou sous le contrôle d'une université.

1.2. Les études de médecine en France

En France, les études permettant l'obtention du titre de médecin spécialiste, que celui-ci soit ensuite qualifié en médecine générale ou dans une autre spécialité, débutent par une période de deux ans constituant le premier cycle des études médicales (PCEM), période pendant laquelle sont enseignées les matières théoriques fondamentales.

La première année de ce premier cycle est, à partir de la rentrée universitaire 2010-2011, commune aux études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de sage femme (loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009). Le nombre des étudiants admis à l'issue du concours en seconde année des quatre filières sus citées est fixé, pour chaque faculté, par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (numerus clausus). Ce nombre doit tenir compte des besoins de la population, de la réduction des inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) délivre une formation de quatre ans qui comprend une partie théorique et une partie pratique sur les différentes pathologies, segmentées en modules : modules transversaux (plus ou moins interdisciplinaires) ou modules d'organes. Ces modules constituent le programme de l'examen classant national et comprennent une liste d'items qui correspondent soit à des pathologies soit à des situations cliniques ou thérapeutiques.

Pendant la première année du DCEM, l'étudiant n'exerce pas encore de fonctions dans les services hospitaliers mais fait un stage au cours duquel, en parallèle de l'enseignement de la sémiologie, il apprend à mener un examen clinique d'un patient et à rédiger une observation médicale.

A partir de la deuxième année du DCEM, les étudiants doivent participer à l'activité hospitalière (sans exercer de responsabilité diagnostique ni thérapeutique) avec le titre d'étudiant hospitalier (dénommés externes autrefois).

Ils accomplissent ainsi 36 mois de stage, soit dans la plupart des cas, 12 stages de 3 mois. Ils bénéficient d'une rémunération (dont le montant mensuel net va de 122 € en DCEM2 à 265 € en DCEM4) qui leur donne la qualité de salarié affilié au régime général de la sécurité sociale. Ils cotisent sur ces rémunérations au régime général de retraite et à l'IRCANTEC comme tous les personnels hospitaliers. Les gardes sont rémunérées 26 €, somme venant en complément du salaire.

Un arrêté du 4 mars 1997 a institué un stage d'initiation à la médecine générale de 8 semaines, ouvert à tous les étudiants, au cours du DCEM. Ce stage n'ayant été organisé pendant 10 ans que par un faible nombre de facultés de médecine, deux autres arrêtés ont été publiés, l'un en novembre 2006, l'autre le 18 juin 2009.

Ce stage, qui doit être réalisé au sein d'un cabinet de médecin généraliste, bénéficie d'une rémunération dont le financement est assuré par le ministère en charge de la santé (sous forme de remboursement de l'Etat aux établissements hospitaliers qui versent les rémunérations des étudiants). Les étudiants font valoir que sauf rare exception (financement d'une collectivité locale par exemple), ils ne sont pas indemnisés pour leurs frais de déplacement et de logement.

Au moment de la rédaction de ce rapport, la proportion d'étudiants en DCEM qui a pu bénéficier de ce stage d'initiation à la médecine générale reste faible (37%), malgré des efforts récents.

Depuis 2004, tous les étudiants se présentent, après avoir validé leur deuxième cycle des études médicales, à des épreuves classantes nationales pour obtenir leur affectation en qualité d'interne dans une des disciplines parmi les onze existantes. Ce nombre de disciplines est en cours de modification avec la création de filières (notamment celle des urgences en 2011). Cet internat leur permet d'obtenir un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) après une formation dont la durée va de trois à 5 ans selon les cas. La spécialité de médecine générale est acquise dans le cadre d'un DES se préparant en 3 ans.

1.3. La formation de la spécialité médecine générale

Au cours des trois années de formation de la spécialité médecine générale, les futurs généralistes doivent effectuer des stages :

- Deux stages de 2 semestres dans des services hospitaliers agréés au titre de la médecine générale dans un service d'adulte (médecine interne, gériatrie aiguë ou médecine polyvalente) et dans un service d'urgence ;
- Un stage dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, agréé au titre de la médecine générale (stage avec responsabilité et pouvoir de prescription).
- Un semestre obligatoire dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé « maître de stage », aux termes de l'article 14 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004.

En fin de troisième cycle, pour leur dernière année d'internat ils peuvent effectuer un stage en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisée (SASPAS). Ce stage qui constitue le véritable temps d'autonomisation de l'interne, ne revêt qu'un caractère facultatif. A défaut, cette année est effectuée en établissement hospitalier (stage « libre ») ou dans une structure médicale agréée par le responsable du département universitaire de médecine générale.

En 2010, 30 % seulement des promotions actuelles d'internes en médecine générale ont accès à ce SASPAS, ce qui conduit environ 70% des étudiants qualifiés en médecine générale à n'avoir effectué que 6 mois sur 36 dans un cabinet de médecine générale.

Les trois années du DES de médecine générale permettent, après la soutenance d'une thèse d'exercice, d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine et le DES de médecine générale.

Au total, la maquette de ce DES de médecine générale comporte en majorité des stages qui se déroulent dans des services hospitaliers et, de surcroît, dans des secteurs d'activité qui ne sont pas spécifiquement ceux de cette spécialité.

La formation de spécialiste en médecine générale peut être complétée par des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de groupe I ou de groupe II. Les DESC de groupe I (parmi lesquels la médecine du sport, la médecine d'urgence ou la nutrition) n'ouvrent pas droit à la qualification correspondant à leur intitulé.

Les DESC du groupe II (parmi lesquels la gériatrie ou la réanimation médicale) sont, en revanche, qualifiants.

Les rémunérations brutes annuelles (hors gardes) des internes de médecine vont de 16 506 € en première année d'internat à 25 348 € en troisième année.

2. LES DEFAILLANCES DU SYSTEME ACTUEL DE FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES

La mission a fait le choix de ne pas s'appesantir sur le PCEM1, dont on vient de voir qu'il était désormais la première année de formation de 4 métiers de la santé différents. Cela ne reflète pas un quelconque désintérêt à l'égard de ce concours ou ne signifie pas qu'il soit sans imperfections.

Cet examen, à l'issue duquel moins de 10% des étudiants ont une chance de succès, est depuis longtemps considéré comme étant à l'origine d'un réel gâchis humain au regard du taux d'échec enregistré. La mutualisation de plusieurs filières et surtout une organisation différente des épreuves peuvent concourir à réduire ce taux d'échec. C'est son objectif et seule la mise en pratique permettra de dire si la méthode retenue est la bonne.

Pour nous, le défaut essentiel de cet examen est que le mode de sélection privilégie les étudiants scientifiques et exclut de fait quasi automatiquement les jeunes littéraires des études de médecine. Ce constat d'éviction des littéraires concerne nombre d'autres voies universitaires ou de grandes écoles. Mais, les conséquences en sont plus lourdes pour la formation des médecins, profession dont l'exercice requière non seulement des connaissances mais également de fortes qualités humaines.

Ce sujet, aussi important soit il, n'entre pas dans le champ de notre mission et mérite une expertise que nous n'avons pas.

Néanmoins, beaucoup des constats que nous avons faits sur le manque d'appétence des jeunes médecins à l'égard du métier de médecin généraliste ont pour point de départ cette sélection sur critères scientifiques, péché originel dont on va voir qu'il est entretenu ensuite durant le second cycle des études de médecine. Il conviendra donc de trouver un mode plus équilibré de sélection du PCEM1 pour ouvrir plus largement le recrutement des étudiants en médecine et ainsi se doter de profils plus diversifiés.

2.1. L'organisation du DCEM reste centrée sur la seule connaissance des CHU

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'organisation du stage d'initiation à la médecine générale au cours du DCEM est encore très imparfaite. 23 facultés ont répondu en 2010 aux obligations réglementaires et seuls 37 % des étudiants ont pu bénéficier de ce stage. Huit facultés ont organisé un stage plus court que celui imposé par les textes (quatre demi journées à cinq semaines) et trois facultés n'ont toujours pas organisé ces stages, malgré l'obligation inscrite dans 3 arrêtés successifs.

Cette situation ne permet pas aux étudiants en médecine d'avoir un contact de terrain avec la spécialité de médecine générale en secteur ambulatoire bien qu'un sur 2 soit appelé à exercer cette activité. Ignorant l'intérêt de cet exercice, seul demeure l'attrait des autres spécialités, souvent très spécifiques, découvertes lors de leurs stages en CHU. En l'absence de modèle identitaire généraliste, la référence du praticien hospitalier en CHU devient la règle.

Ce stage de sensibilisation aux activités de soins primaires constitue pourtant une opportunité fondamentale pour tous les futurs médecins. Même ceux qui seront amenés à exercer une spécialité autre, gagneraient à connaître les conditions d'exercice de ce moment essentiel du parcours de soins que constitue la médecine générale.

En outre, il est évident qu'un certain niveau de connaissance de la fonction de médecin généraliste, de son positionnement dans notre système de soins, de leurs contraintes soit nécessaire pour éviter que ne se développe une incompréhension entre praticiens hospitaliers et libéraux comme encore aujourd'hui trop souvent on le constate.

La connaissance exclusive donnée aux étudiants, à ce stade de leur cursus, du milieu hospitalier et des spécialités d'organes qui s'y exercent est la raison majeure qui contribue à les détourner du choix de la spécialité de médecine générale.

2.2. Les choix opérés aux épreuves classantes nationales sont le reflet d'une méconnaissance du secteur des soins de proximité

Le tableau ci-dessous montre que la spécialité de médecine générale ne pourvoit pas la totalité de ses postes. Ce phénomène est constant et se produit chaque année dans des proportions proches de 20 %. La comparaison des années 2010 et 2008 est significative à cet égard.

Discipline	Postes ouverts		Postes choisis		Ecart	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Médecine générale	3 200	3 632	2 591	2 964	609	668
Spécialités médicales	885	1 204	885	1 204	0	0
Spécialités chirurgicales	550	557	550	557	0	0
Psychiatrie	280	367	280	367	0	0
Anesthésie-réanimation	260	318	260	318	0	0
Pédiatrie	200	274	200	274	0	0
Gynécologie-obstétrique	155	177	155	177	0	0
Santé publique	60	80	57	73	3	7
Biologie médicale	40	86	40	86	0	0
Médecine du travail	54	120	46	88	8	32
Gynécologie médicale	20	24	20	24	0	0
TOTAL	5 707	6839	5 084	6132	620	707

Et pourtant, le nombre de postes ouverts aux épreuves classantes nationales correspondant strictement au nombre de candidats, il ne peut y avoir théoriquement, de postes laissés vacants.

Les 668 postes de médecine générale non pourvus en 2010 (comme les 609 de 2008) sont, pour l'essentiel, le fait d'étudiants qui ont fait le choix de ne pas valider leur dernier semestre de DCEM afin de tenter d'obtenir un meilleur classement aux épreuves classantes nationales de l'année suivante avec l'espoir de pouvoir choisir une autre spécialité que celle qui leur est proposée parmi les postes restants.

Il faut noter que la loi HPST de juillet 2009 introduit par un arrêté quinquennal (ministres chargés de la santé et des universités) une régulation qui ajoute pour chaque spécialité la précision de la subdivision territoriale, afin de mieux parvenir à la réduction des inégalités géographiques notamment en médecine générale.

Ces subdivisions permettent d'ouvrir des postes par disciplines sur des interrégions et au sein de celles-ci, pour chacune des facultés de médecine. Cette procédure vise à tenir compte des besoins

en médecins des zones desservies par une faculté². Malheureusement, le nombre de postes non affectés en certaines régions relativise l'intérêt de cette méthode.

2.3. L'installation en exercice libéral des jeunes diplômés est de plus en plus tardive

L'écart d'âge entre l'installation des spécialistes en médecine générale et celui de l'obtention de leur diplôme s'est accru en 30 ans de façon importante.

Le tableau ci-dessous montre les évolutions par périodes de cinq ans de 1980 à 1999.

Age moyen d'installation	Hommes	Femmes
Période 1980-1984	30,4	30,4
Période 1985-1989	31,2	31,5
Période 1990-1994	33,4	32,7
Période 1995-1999	34,5	33,9

Source : CREDES année 2004

Des chiffres communiqués par le Conseil National de l'Ordre des Médecins permettent de compléter ces informations pour la période plus récente : l'âge moyen d'installation des médecins généralistes des deux sexes est estimé à 36,7 ans pour la période 2000 à 2004 et à 37 ans pour la période 2005 à 2009.

Cet écart entre la date d'obtention de leur diplôme et la date de leur installation s'explique par une forme d'hésitation des jeunes générations à s'engager dans un exercice professionnel stabilisé et par l'abondance de l'offre de postes offerts dans le secteur de la médecine salariée ou dans celui en plein développement des remplacements.

Pour autant, il semble traduire aussi un sentiment d'insécurité professionnelle des jeunes médecins que les études de médecine générale, telles qu'elles sont conçues actuellement, semblent accentuer car jugées inadaptées à l'exercice de cette activité.

Les jeunes médecins rencontrés expliquent cette situation par le besoin d'approfondir leurs connaissances en soins primaires en milieu ambulatoire, les remplacements leur permettant de conforter leur formation et de percevoir une réalité de l'exercice qu'ils n'ont pas approchée auparavant faute de stages de durée suffisante en cabinet de médecine générale. Rappelons en effet que l'ensemble de leur pratique clinique a été acquis en milieu hospitalier universitaire, c'est-à-dire dans un lieu dont les malades ont le profil le plus éloigné de ceux qu'ils auront à prendre en charge dans un cabinet de médecine générale. Il va de soi que cette période contribue à accroître l'inadéquation entre les besoins en soins primaires des populations mal desservies et l'offre de soins que ces jeunes spécialistes en médecine générale pourraient représenter.

Il convient d'ajouter que ce sentiment d'insécurité favorise l'orientation d'une partie des jeunes diplômés vers des formations complémentaires (telles que l'urgence, la gériatrie, la médecine du sport ou des pratiques conduisant à un exercice particulier³) qui aboutit à les détourner un peu plus de l'exercice de la médecine de premier recours sans que ce phénomène ne fasse l'objet d'une régulation des pouvoirs publics alors même qu'il contribue à accentuer l'absence de réponse à des besoins prioritaires.

Un rapport récent de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche sur le post internat note, à cet égard, que celui-ci « est en partie utilisé pour une réorientation professionnelle en dehors de la médecine de premier recours ».

² Auparavant, la procédure consistait à tenir compte essentiellement des moyens en formation dont disposaient les facultés ce qui revenait à pérenniser les déséquilibres démographiques : les facultés les plus importantes en nombre d'étudiants se voyaient automatiquement accorder un nombre important d'internes.

³ Médecines dites « douces », acupuncture, homéopathie....

La proportion forte de jeunes femmes parmi les nouveaux médecins peut expliquer également ce décalage de choix de l'installation. En effet, la précarité de protection sociale des maternités les conduit à faire le choix d'avoir des enfants alors qu'elles bénéficient d'un autre statut que celui de libéral ou tout au moins durant une période pendant laquelle elles n'ont pas les charges fixes d'un cabinet à payer.

Mais la réticence à s'installer des jeunes médecins généralistes se nourrit également d'autres raisons :

- La crainte de l'isolement et d'une disponibilité de tous les instants à l'instar de ce qu'a connu la génération des plus de 50/55 ans
- Le sentiment que la médecine générale est une spécialité complexe par sa diversité et l'étendue des connaissances qu'elle impose
- La crainte de se fixer durablement à un endroit alors qu'ils intègrent dans leur choix les aléas de la vie et l'éventuelle nécessité d'une mobilité
- La perspective de devoir investir dans un cabinet médical, cette réticence étant d'autant plus forte que les coûts de première installation peuvent être conséquents s'ils doivent acheter des parts de SCI ou de SCM.
- L'inconnue de la gestion d'un cabinet libéral et l'ignorance des impératifs administratifs d'une installation
- La peur des mises en cause auxquelles sont exposés de plus en plus les praticiens même si celles-ci sont encore peu fréquentes ou porteuses de peu de conséquences pour les médecins généralistes⁴. En effet, la comparaison de la sinistralité entre spécialités (nombre de sinistres traités par les compagnies d'assurance rapportés au nombre de professionnels de la spécialité) situe la médecine générale parmi les spécialités les moins exposées.

2.4. L'enseignement de la médecine générale n'a pas encore trouvé sa place au sein des facultés de médecine

La filière de médecine générale, de création encore récente, est aujourd'hui confrontée à des difficultés qui retardent la mise en place de l'ensemble du dispositif.

Les problèmes se concentrent sur trois catégories de professionnels : les professeurs de médecine générale, les chefs de clinique de médecine générale et les maîtres de stage de médecine générale.

2.4.1. Le nombre de professeurs titulaires de médecine générale est insuffisant

Au 1er septembre 2009, 10 professeurs titulaires de médecine générale ont été nommés au sein des 33 facultés de médecine.

Un certain nombre de professeurs (entre cinq et dix selon les informations connues au moment de la rédaction de ce rapport) seront intégrés dans le corps des professeurs titulaires en 2010 alors que 39 praticiens ont été jugés aptes à cette fonction par la commission universitaire compétente.

Dans 23 facultés de médecine, ce sont donc des professeurs associés (81 actuellement) ou des maîtres de conférences (au nombre de 88) qui ont en charge l'organisation de l'enseignement de la médecine générale.

La mise en place de la filière de médecine générale dans les facultés est donc lente. Les retards s'expliquent en partie par le fait qu'il ait fallu créer un corps de professeurs dont le vivier de recrutement était uniquement constitué de professionnels dont peu d'entre eux remplissaient les conditions d'intégration dans le corps (obtention d'un doctorat en plus du diplôme d'Etat de docteur en médecine).

⁴ Les données communiquées par la MACSF montrent que la sinistralité est faible et stable pour les médecins généralistes depuis 2005 : 1,1 %

Par ailleurs, les créations de postes de professeurs de médecine générale le sont par redéploiement de postes au sein des universités donc au détriment de nominations dans d'autres spécialités, aucune dotation supplémentaire n'ayant été donnée pour engager le processus.

Des solutions techniques permettent de lever les obstacles administratifs à ces recrutements. Il s'agit, par exemple, de la pérennisation du recrutement d'enseignants associés en médecine générale en parallèle à la constitution du corps de professeurs titulaires et de l'intégration dans ce corps de certains d'entre eux après avis de la commission nationale d'intégration. Le retard pris dans la constitution du vivier des chefs de clinique en médecine générale nécessite, en effet, que la solution à caractère provisoire de celui des professeurs associés ne soit pas placée trop tôt en voie d'extinction.

Il convient donc d'accompagner ces mesures et d'en accélérer la mise en œuvre par un redéploiement de postes universitaires au profit de la médecine générale. A moyen terme, ce sont les chefs de clinique en médecine générale qui devront constituer l'essentiel du potentiel humain parmi lequel seront recrutés les professeurs, à l'instar des autres disciplines médicales.

Cet accompagnement est d'autant plus nécessaire que la situation est très variable selon les UFR de médecine en fonction d'historiques locaux, de la qualité des départements de médecine générale, de la bonne volonté des doyens et du degré d'adhésion à une telle politique des hospitalo-universitaires.

Ce redéploiement est une mesure qui certes apparaîtra injuste aux chefs de cliniques d'autres spécialités qui attendent une nomination parfois depuis plusieurs années mais c'est un geste fort qui témoignerait de la volonté politique de revaloriser la médecine générale et qui serait d'ailleurs le reflet des besoins au regard du nombre de jeunes médecins futurs généralistes. Qui plus est, les retards pris dans les nominations de professeurs de médecine générale en 2010 menacent la structuration même des départements de médecine générale.

A tout le moins, en attendant ces efforts supplémentaires, il est impératif que les seuils fixés par la loi HPST (50 nouveaux postes de chefs de cliniques de médecine générale à créer en 2010-2011) et au moins autant les deux années suivantes soient respectés.

2.4.2. Le statut de chefs de clinique en médecine générale n'est pas attractif

En septembre 2010, 45 chefs de clinique en médecine générale sont en fonction dans les 33 facultés.

Ce nombre rapporté à celui des internes en médecine générale (7 300 en 2008-2009) met cette spécialité au dernier rang de toutes les disciplines médicales pour le ratio Chefs de clinique / internes à encadrer. Cette situation, qui ne peut perdurer, fait peser sur ces chefs de clinique une charge particulièrement importante d'enseignement et d'encadrement des internes dans le cadre de leur thèse.

Cette difficulté, à elle seule, ne rend pas attractive la fonction de chef de clinique en médecine générale et les retards dans le plan de nomination des professeurs évoqué au paragraphe précédent contribuent à faire planer, chez ces jeunes médecins, des doutes sur leurs perspectives d'avenir.

Ce manque d'attractivité est, en outre, aggravé par le fait que les chefs de clinique en médecine générale ne bénéficient pas, comme leurs confrères des autres spécialités, d'une valence soin exercée sous la forme d'un poste d'assistant dans un CHU, ce qui d'ailleurs se conçoit, l'activité de médecine générale ne s'exerçant pas en CHU.

Ils doivent donc, en parallèle à leur activité universitaire, organiser une activité de soins de premier recours en secteur ambulatoire.

Or, une présence à temps partiel dans un cabinet libéral, dans le cadre d'une rémunération à l'acte avec des charges de cabinet pouvant être lourdes, est difficile à concilier avec les contraintes d'enseignement et de recherche inhérentes à la fonction de chef de clinique.

Dans les faits actuellement, sur les 46 chefs de clinique en médecine générale, 39 exercent leur activité de soins en utilisant le statut de collaborateur libéral (article L 183-1-2 du code de la sécurité sociale), cinq utilisent le statut de remplaçant et deux sont salariés dans un centre de santé.

Ces difficultés font l'objet d'un travail de concertation entre les intéressés et l'administration. Un accord est urgent tant la situation actuelle est problématique. Or ce sont ces jeunes médecins qui sont le potentiel humain à la base de la filière universitaire de médecine générale en cours de construction.

2.4.3. La situation des maîtres de stage est trop précaire

Les maîtres de stage sont ces médecins généralistes, agréés par les départements de médecine générale des facultés qui, depuis l'institution des premiers stages auprès des praticiens dans les années quatre vingt, encadrent dans leur cabinet les étudiants en médecine.

Ils sont chargés d'accueillir les étudiants du Deuxième Cycle des Etudes Médicales pendant le stage de 8 semaines (stage dont il convient de rappeler qu'il est encore rarement mis en place) et les internes pendant les stages de médecine générale du troisième cycle, que ce soit celui obligatoire ou le SASPAS. Ils ont suivi eux-mêmes un ou plusieurs stages organisés par le département de médecine générale de chaque UFR pour acquérir leurs compétences pédagogiques. Ils sont rémunérés 600 € par mois et par accueil à temps plein d'un stagiaire.

Les maîtres de stage étaient 3 500 pendant l'année 2008-2009.

Cette même année, pour permettre à 80 % des internes de faire le SASPAS, il aurait fallu disposer d'un effectif de maîtres de stage de plus de 6 000 praticiens.

Force est de constater qu'encore trop peu de praticiens sont maîtres de stage (moins de 7% des généralistes installés), l'accueil d'un étudiant en début du stage de médecine générale étant perçu comme difficile, occasionnant une perte de temps et une baisse de productivité du fait du travail d'explication au stagiaire, impression très souvent relativisée par ceux qui sont maîtres de stage depuis plusieurs années.

La faible rémunération octroyée au regard des contraintes de la fonction de maître de stage est aussi un argument parfois avancé comme expliquant en partie le peu de formateurs généralistes.

Ces réticences s'entendent moins pour les internes qui effectuent le SASPAS dans la mesure où ils sont suffisamment autonomes pour prendre en charge eux-mêmes certains actes, l'intervention du maître de stage se limitant à la vérification de leur bonne réalisation. Qui plus est ces internes, une fois diplômés, sont dans nombre de cas les remplaçants réguliers de leurs anciens maîtres de stage, ce qui dans un contexte de pénurie, en particulier en zone rurale, ne peut qu'être apprécié des généralistes installés.

Il est à noter que certaines facultés bénéficient d'un nombre de maîtres de stage très supérieur à ce chiffre, cette situation étant liée au militantisme actif d'un ou de plusieurs praticiens en médecine générale implantés dans la région et à une approche favorable à la médecine générale des responsables de l'établissement universitaire de rattachement⁵.

Les rencontres avec certains de ces maîtres de stage témoignent de l'intérêt porté à cette fonction par leurs titulaires. Tous évoquent le fait que ces échanges entre praticien expérimenté et jeune interne conduisent tout autant que des séances de formation continue à s'interroger sur sa pratique et à développer de nouvelles démarches thérapeutiques. Ces maîtres de stage, passionnés par leur rôle, ne s'appesantissent bien souvent que peu sur la perte de revenus liée à cette charge, disposant il est vrai fréquemment (et paradoxalement) d'une patientèle importante.

Les auditions que la mission a menées lui permettent d'identifier certaines difficultés au déficit actuel du volontariat pour la mission de maître de stage, au-delà des contraintes de temps et du niveau de rémunération ou de la méconnaissance du dispositif. Certaines sont matérielles et d'autres d'ordre psychologique :

- la nécessité de suivre des formations de maître de stage en des lieux éloignés de leur cabinet ;
- en cas d'accueil de SASPAS, la nécessité de disposer d'un second cabinet de consultation pour permettre à l'interne de mener sa propre activité ;

⁵ Pour l'année 2008, le rapport maître de stage/interne de médecine générale va de 0,215 dans le Nord Pas de Calais à 1,034 dans le Centre. La moyenne est de 0,5.

- les problèmes de logement des internes quand le cabinet se trouve éloigné du site de la faculté ;
- le motif parfois avoué, la crainte de ne pas être « à la hauteur » face du regard d'un jeune étudiant habitué à la sécurité du CHU et prompt à juger et à comparer avec ce à quoi il a toujours été habitué.
- et aussi ne nous le cachons pas, une prise de conscience insuffisante de l'importance de ces stages par des praticiens qui eux mêmes n'ont jamais vécu ce compagnonnage de terrain, au regard de l'ancienneté de leur propre formation.

3. REFORMER LES ETUDES MEDICALES EST UNE URGENCE

Les interlocuteurs de la mission ont été nombreux à dénoncer l'inadéquation de la formation des médecins avec la réalité de leur exercice futur. Alors que seul un étudiant sur 100 exercera en CHU, la totalité de la formation est organisée dans ces hôpitaux qui ne voient qu'un malade sur 1000, nécessairement les plus compliqués à diagnostiquer et à soigner.

Or cela a une incidence profonde sur le choix de spécialité des étudiants, influencés par les rencontres faites au cours de stages effectués dans des services hospitaliers de plus en plus spécialisés, qui de fait constituent pour ces jeunes la seule référence d'exercice de la médecine. La quasi absence de stages en cabinet libéral notamment de médecine générale ou leur trop faible importance dans le cursus de formation conduit les étudiants, par méconnaissance de cette voie, à se projeter dans un avenir essentiellement hospitalier. Les conséquences sur la démographie en sont désormais connues.

La réforme nécessaire est de grande ampleur et il est clair qu'elle ne pourra se faire en un temps court, en particulier parce qu'il n'apparaît pas raisonnable de procéder à certains changements profonds pour des étudiants déjà engagés dans la formation.

Néanmoins, il est impératif que les nouvelles règles soient fixées rapidement afin que les étudiants en PCEM1 en 2010/2011 bénéficient de la plénitude des mesures proposées,

La mise en place des Agences Régionales de Santé en 2010 et certaines mesures envisagées par la loi HPST permettront sans doute d'améliorer la capacité des Pouvoirs Publics à enrayer certaines des évolutions actuellement constatées.

A titre d'exemple, l'article 46 de la loi HPST permet dès la rentrée 2010 la mise en place de contrats d'engagement de service public permettant aux étudiants ayant franchi avec succès le cap du concours de fin de première année et aux jeunes internes de bénéficier d'allocations mensuelles en échange d'un engagement d'exercice dans des zones d'offre médicale insuffisante après l'obtention de leur diplôme. Le nombre de contrats qui pourront être signés en 2010 a été fixé par arrêté ministériel à 200 pour les étudiants de PCEM2 et à 200 pour les internes de médecine générale. Il a été signalé à la mission lors des auditions auxquelles elle a procédé que dans les départements ou régions qui ont d'ores et déjà mis en place un tel système, les candidatures à ces allocations mensuelles ne se sont pas manifestées de façon massive. Il faudra donc évaluer ce nouveau dispositif avec précision dès que le recul le permettra.

Pour autant, une réforme plus volontariste s'impose tant l'organisation actuelle des études médicales reste trop marquée par son « CHU-centrisme ».

3.1. Présenter précocement des modèles de l'exercice médical autres que celui en CHU

En instituant les centres hospitalo-universitaires et en assignant à certains médecins une triple fonction d'enseignant, de praticien et de chercheur, la France s'est donnée en 1958 les moyens de rivaliser, dans le domaine des sciences médicales, avec les autres pays, notamment anglo-saxons.

Mais peu à peu, il s'est inscrit, dans les esprits de certains, que celles et ceux qui faisaient un autre choix que celui d'hospitalo-universitaire ou qui échouaient au difficile concours de l'internat, tel qu'il a existé jusque dans les années 90, avaient moins de compétences professionnelles que leurs confrères. Malgré la réforme de l'internat et bien qu'existent désormais des professeurs de médecine générale, il apparaît que perdure encore cette vision mandarinale.

Les discours tenus ici ou là, encore aujourd'hui, lors de l'accueil des étudiants issus du PCEM1, tendent parfois à renforcer cette idée d'une médecine élitiste et d'une pratique de second niveau, (qui serait bien entendu celle de la médecine générale) sentiment renforcé par les commentaires parfois entendus sur les pratiques des médecins généralistes lors de leurs stages. Cela a un effet délétère tant sur le choix des étudiants que sur les médecins généralistes en exercice qui vivent très mal cette forme de mépris à leur égard.

Pourquoi les étudiants admis en PCEM 2 ne seraient-ils pas dans toutes les facultés, accueillis par plusieurs médecins qui, à travers leur expérience personnelle brièvement relatée, leur montreraient déjà toute la richesse de l'exercice médical qu'il soit libéral ou salarié, en pratique ambulatoire ou en établissement hospitalier, dans quelque spécialité que cela soit, médecine générale, spécialité clinique ou avec plateau technique ?

S'il est indispensable de connaître les pathologies graves et urgentes, aussi rares soient elles, pour développer certains réflexes et acquérir de l'assurance dans ses diagnostics, celles-ci justifiant parfaitement d'être expliquées dans le cadre des CHU, pourquoi, pour nombre d'autres pathologies, les enseignements ne « mixeraient » ils pas les regards des diverses spécialistes, généralistes et consultants d'une autre spécialité, libéraux et hospitaliers, tous contribuant à expliquer aux étudiants la démarche diagnostique et thérapeutique selon le niveau de gravité de la maladie ?

3.2. Diversifier les stages effectués au cours du DCEM

3.2.1. La mise en place généralisée du stage d'initiation à la médecine générale de DCEM est une priorité

Aussi insuffisant soit il en durée, le stage d'initiation à la médecine générale créé en 1997 n'en demeure pas moins actuellement la seule ouverture hors du CHU offerte aux étudiants. Dans l'attente de la mise en œuvre des autres mesures proposées dans ce rapport, il n'est pas acceptable que seulement un étudiant sur 3 en bénéficie. Il doit être mis en place pour tous les étudiants dans toutes les facultés tant l'importance de ce stage est primordiale y compris pour ceux qui ne choisiront pas la filière médecine générale à la fin du DCEM.

3.2.2. Les étudiants en médecine doivent découvrir les diverses formes d'exercice de la médecine par des stages hors des CHU

L'exercice de la médecine est varié et offre des conditions à ce point dissemblables qu'il importe que le futur médecin en ait découvert, précocement et le plus possible, les diverses facettes.

Cette découverte est aujourd'hui non seulement essentielle en raison de la faible attractivité de certaines spécialités mais aussi parce que peu de jeunes envisagent désormais une vie professionnelle linéaire. Montrer à un jeune médecin que choisir la médecine générale ne le condamnera pas sa vie durant à exercer, seul, dans un village isolé et qu'une réorientation sera possible s'il le souhaite, serait de nature à ne pas décourager d'éventuelles vocations.

Dès le DCEM 1 et pour tout le second cycle, des stages en Centres Hospitaliers non CHU, en cabinet libéral de médecine générale et de toute autre spécialité, en médecine du travail et dans toute autre forme d'exercice de la médecine sans oublier les laboratoires de recherche tant nous avons besoin de chercheurs, devraient être proposés aux étudiants.

Hors le stage chez le médecin généraliste nécessairement obligatoire et un dans un centre hospitalier non universitaire qui pourrait lui aussi être obligatoire, un voire deux autres stages hors CHU seraient à effectuer, sachant que devraient être privilégiés comme lieu de stage au sein des CHU les services offrant la plus grande diversité de pratique.

Ces obligations de stage hors des CHU conduiront à prendre des mesures d'accompagnement en matière de transport et de logement des jeunes stagiaires, ceux-ci ne devant pas être placés dans la situation de supporter de coûteux frais de transport ou de payer 2 logements ou de déménager plusieurs fois au cours d'une année. La mise à disposition de logements meublés soit par les établissements hospitaliers non CHU soit par les collectivités locales est de nature à lever cet obstacle de l'éloignement du lieu de stage.

De même il importera de modifier les modalités de l'enseignement théorique qui dans ce contexte ne peut plus se concevoir comme étant uniquement le fait de cours magistraux en amphithéâtre. Les outils modernes de communication en particulier Internet devront être privilégiés comme support de formation théorique.

3.2.3. La notion de partage de compétences avec les autres professionnels de santé doit être inculquée précocement

La loi HPST a inscrit le partage de compétences comme un objectif de l'organisation des soins. Les décrets de compétences de plusieurs professions de santé leur ont ouvert la voie à davantage de marges de manœuvre dans la prise en charge des patients. De plus en plus, des formes d'exercice pluri professionnelles sont appelées à se développer obligeant tous les professionnels de santé à coopérer entre eux.

Ces diverses avancées vont concourir à faire évoluer profondément la relation prescripteur/prescrit, souvent perçue comme hiérarchique, vers une démarche plus coopérative et partenariale.

Cela sera d'autant plus naturel aux futures générations de médecins qu'ils connaîtront le contenu de l'exercice de leurs futurs partenaires et qu'ils auront fait l'apprentissage de la transversalité durant leurs études.

Pour cela, effectuer durant les études de médecine un stage chez un professionnel paramédical de quelques semaines fût il concomitant d'un des autres stages précédemment cités et organiser, lors des stages hospitaliers, un travail d'études commun avec des élèves infirmier, masseur-kinésithérapeute ou de toute autre profession paramédicale, serait de nature à profondément modifier le regard porté par les médecins sur les autres professions de santé et à modifier la pratique médicale.

3.3. Améliorer la formation pratique des internes en médecine générale

La tendance à allonger la période qui suit l'obtention du DES de médecine générale, avant l'installation stable dans un poste correspondant à cette spécialité, va croissante, le sentiment que ces études ne préparaient pas à l'exercice en cabinet étant profondément ancré chez les jeunes générations. Rien aujourd'hui ne permet de dire que ce mouvement va se ralentir ou se modifier.

3.3.1. Mettre fin à une formation à la médecine générale inadaptée

Il n'est pas normal que 70 % des étudiants se destinant à la médecine générale n'aient, au cours d'une formation de 9 années (voire 10 années compte tenu du nombre de redoublants en PCEM1), bénéficié que d'un stage de 6 mois en troisième cycle auprès d'un praticien de leur future spécialité !

Les plus « favorisés » des étudiants sont minoritaires, il s'agit des 30 % qui ont pu faire en sus de ces 6 mois, le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés. Ils ont ainsi bénéficié d'une année complète auprès d'un médecin généraliste agréé. Mais pour être plus satisfaisante, cette situation apparaît encore notoirement inadaptée à la complexité de l'exercice en médecine générale

3.3.2. Instituer des stages qui préparent véritablement à la pratique de la médecine générale

Les stages auprès d'un praticien de médecine générale confirmé sont ceux qui permettent, sur le principe du « compagnonnage », d'acquérir réellement les connaissances pratiques qui constituent le parachèvement indispensable de la formation.

La répartition entre stages hospitaliers et stages préparant à l'exercice de la médecine générale devrait être profondément modifiée :

- deux semestres seraient effectués dans plusieurs cabinets médicaux de médecine générale différents, afin de montrer la différence d'exercice entre les divers cabinets selon que l'installation soit rurale ou citadine, en groupe pluridisciplinaire ou médical voire en cabinet isolé.

- un 3^{ème} semestre serait validé comme actuellement dans un lieu agréé au titre de la médecine générale, dans un service de pédiatrie ou de gynécologie ou dans des cabinets libéraux de praticiens exerçant ces spécialités
- deux semestres seraient quant à eux faits dans des services hospitaliers agréés au titre de la médecine générale tels que service d'urgences, gériatrie aiguë, médecine interne ou polyvalente, les sites pouvant être divers, publics ou privés, mais choisis pour leur caractère formateur, la polyvalence de leur recrutement, et la qualité de leur projet et encadrement pédagogiques. Certains services de SSR, d'HAD et des hôpitaux de proximité anciennement hôpitaux locaux seraient éligibles à ces terrains de stage si les conditions énoncées y sont respectées.
- Il convient par ailleurs de donner un caractère obligatoire au SASPAS.

Le troisième cycle de médecine générale comporterait ainsi trois semestres de stage chez le praticien au cours desquels pourraient se dérouler dans un temps suffisant les phases :

- semi-active durant laquelle le stagiaire exécute des actes en présence du maître de stage
- active (essentiellement celle du SASPAS) pendant laquelle le stagiaire effectue seul des actes, le maître de stage supervisant le résultat.

Quant à la phase d'observation aujourd'hui imposée par l'article D 4131-7 du code de la santé publique, si les propositions faites dans ce chapitre étaient retenues, il serait dans ce cas cohérent d'en réduire au minimum la durée, voire de la supprimer dans la mesure où l'étudiant en aura déjà bénéficié, lors de son stage chez le généraliste, au cours du second cycle.

3.3.3. Créer une année de séniorisation après le 3^{ème} cycle

Afin de parfaire la formation des médecins généralistes et de les préparer à l'exercice en cabinet libéral, il serait créé une séniorisation d'un an après le troisième cycle.

Cette année, qui aboutirait à porter à 4 ans la durée du DES de médecine générale, se ferait sous la forme d'un exercice à temps plein, en totale autonomie au sein de la région de rattachement de l'ex-interne, sous le tutorat d'un médecin généraliste de référence, en des territoires identifiés comme sous densifiés en médecins ou en voie de sous densification.

A l'instar d'un collaborateur libéral, ce senior serait installé dans un cabinet dont il n'aurait pas à assurer l'installation et la gestion. Mais ces charges seraient portées non par un médecin déjà installé mais par les collectivités territoriales (municipalité, communauté de communes, département). Il bénéficierait des revenus des actes effectués, sous couvert d'une rémunération minimale garantie, dont le montant devra être attractif afin de lever chez ce jeune médecin tout sentiment d'insécurité et toute réticence vis-à-vis de ce mode d'exercice.

3.3.4. Mettre en œuvre les conditions de l'acceptabilité de ces stages

Il est évident que les communes dans lesquelles se dérouleraient tant les stages de 3^{ème} cycle que cette année de séniorisation, en des lieux parfois éloignés des villes des facultés, devraient offrir à ces internes des logements à même de les accueillir eux-mêmes et parfois leurs familles.

Cette aide des collectivités locales représenterait pour ces dernières un coût faible mais serait d'un effet essentiel sur l'attractivité de communes souvent stigmatisées par méconnaissance.

A défaut du paiement de logements, une indemnisation correspondant aux frais de déplacement des stagiaires devrait leur être versée.

3.3.5. Délivrer une formation permettant aux futurs médecins libéraux d'améliorer leurs connaissances de l'exercice libéral

L'ignorance des conditions d'une installation et des obligations administratives qu'elle impose, qu'elles aient trait aux relations avec les organismes payeurs, à la protection sociale du praticien, à l'économie générale d'un cabinet -gestion du personnel ou comptabilité- est une autre raison avancée par les jeunes médecins pour expliquer leur réticences à s'installer.

Il semble néanmoins que cette explication soit spécifique aux médecins alors que d'autres professions libérales, y compris professions de santé, pour vivre ces mêmes craintes n'en font pas argument pour différer leur installation.

La période de l'internat, notamment celles des deux stages chez le médecin généraliste ou celle du SASPAS doivent être des moments privilégiés pour acquérir ces connaissances sur des sujets non médicaux et qui portent sur la gestion, l'organisation, l'informatique, les relations avec les caisses, les relations avec les autres professions de santé et les prestataires, voire le management.

Dans le but de renforcer la transversalité avec les autres professions de santé exerçant elles aussi en libéral, certaines de ces formations auraient avantage à être communes à ces diverses professions.

Le contenu de ces enseignements organisés en modules devrait être concret, adapté aux demandes exprimées par ces jeunes médecins et délivré à chaque fois que possible avec le double regard de l'expert et d'un professionnel de terrain.

L'année de séniorisation sera l'apprentissage concret de ce statut libéral même s'il ne portera que sur certains aspects, tels que la tenue d'une comptabilité des revenus ou la gestion de sa protection sociale.

3.4. Augmenter le nombre de maîtres de stages et améliorer l'attrait de cette fonction

3.4.1. Mieux financer la formation des maîtres de stage

Les maîtres de stage sont agréés par le département de médecine générale de leur UFR de rattachement à partir de critères portant sur les contenus de leur exercice professionnel et de leur propre formation médicale continue.

Ils sont astreints à une formation pédagogique dont les caractéristiques générales ont été édictées par le collège national des généralistes enseignants (CNGE). La durée est généralement de trois périodes de deux jours (qui peuvent aller jusqu'à cinq périodes de deux jours).

Ces formations tiennent compte de la nature des étudiants encadrés : étudiants en deuxième cycle ou en troisième cycle.

Bien qu'indispensables, ces formations sont insuffisamment financées. Dans certaines régions, elles n'ont pu être mises en place qu'avec la participation du conseil régional, dans d'autres ce sont les ARH qui les ont soutenues.

Un système de financement pérenne de la formation des maîtres de stage doit donc être élaboré dans des conditions qui permettent de faire face à l'inéluctable et nécessaire augmentation de leur nombre, au regard des besoins identifiés.

3.4.2. Augmenter la rémunération des maîtres de stage

La rémunération des maîtres de stage est basée sur un forfait de 300 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant de deuxième cycle et de 600 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant de troisième cycle. Cette rémunération est soumise aux prélèvements et charges des médecins libéraux de sorte qu'elle n'est, au final, que symbolique.

Alors que nous avons besoin d'augmenter le nombre de maîtres de stage, cette rémunération doit être rapidement revalorisée. Pour ne pas être en soi un élément d'attractivité, les maîtres de stage soulignant tous l'intérêt de cette fonction pour leur propre formation, une juste rétribution de la qualité de maître de stage serait perçue comme un signe de reconnaissance envers la médecine générale.

3.4.3. Intégrer la fonction de maître de stage dans le DPC

Dans le système précédent de Formation Médicale Continue, les formations de maître de stages étaient intégrées dans la formation obligatoire de chaque praticien en fonction de leur durée et donnaient lieu à des points de FMC. La DGOS s'oriente, dans le nouveau système de validation

annuelle du DPC, vers une prise en compte de la formation des maîtres de stage, l'année de sa dispensation.

Ce système doit être revu afin que ne soit pas seulement pris en compte, au titre de la DPC, ce seul stage pédagogique. Il serait opportun et juste de considérer que la fonction de maître de stage, qui implique un travail de confrontation de ses propres pratiques professionnelles avec un autre professionnel fût-il interne, puisse être prise en compte dans la validation annuelle du DPC.

3.5. Modifier l'examen classant

L'examen classant unique pour toutes les spécialités a été institué pour revaloriser la médecine générale.

Force est de reconnaître que cet objectif n'a guère été atteint tant la désaffection pour cette activité va se renforçant, le nombre de postes vacants lors du choix d'internat témoignant de cette réalité.

On peut certes supposer que la mise en œuvre des mesures proposées dans ce rapport sera de nature à modifier cette vision négative de la médecine générale. Il n'en demeure pas moins que la préparation de cet examen conduit les étudiants à un « bachotage » de 2 à 3 ans, les amène à parfois privilégier le choix de stages peu contraignants au cours du second cycle et donc à sacrifier une part de leur formation pratique au lit du malade.

3.5.1. Tempérer le poids des notes obtenues lors de l'examen par les résultats des notes d'examens du second cycle et les appréciations de stages

La dernière année du DCEM est une année relativement pauvre sur le plan de son contenu pédagogique et est avant tout utilisée par les étudiants pour préparer les épreuves classantes nationales.

Sans sous estimer le caractère positif d'une préparation à ces épreuves qui permet aux étudiants de procéder à un travail de révision de certaines matières de leur formation, il apparaît qu'une importance excessive leur soit actuellement attribuée.

Plusieurs travaux de réflexion ont été menés sur ce sujet par des universitaires sans que des décisions radicales ne soient prises.

Et pourtant, une refonte de la conception actuelle des ECN dans le sens d'un exercice moins mobilisateur de temps pour les étudiants est cohérente.

Il semble donc nécessaire de réduire le poids des notes obtenues à ce seul examen et d'y intégrer les résultats des contrôles continus et des appréciations des stages effectués.

De surcroît, le classement national comporte en lui-même des effets pervers. Il arrive ainsi régulièrement que plusieurs dizaines de candidats soient classés ex aequo dans le même centième de point. Dans cette situation, des règles existent pour les départager mais le caractère aléatoire et peu cohérent de ce système renforce la nécessité d'utiliser des critères de classement qui soient le reflet d'une réelle acquisition de compétences et ainsi donner du sens à ces épreuves classantes.

3.5.2. Instituer un examen classant interrégional

Les interlocuteurs de la mission ont tous évoqué, à des degrés divers, leur opposition à l'institution de mesures restrictives à l'installation. Il est en effet vraisemblable que l'effet avant d'en être positif (si tant est que cela soit le cas) serait fortement dissuasif sur plusieurs générations de jeunes médecins !

Néanmoins, les chiffres montrent clairement la propension des jeunes internes médecins originaires des régions Sud de la France à quitter la région où ils effectuent leur internat dès lors que celle-ci est située dans la moitié Nord du pays. Les projections démographiques dans les 20 années à venir et la multiplication de territoires sous-densifiés en médecins généralistes ou la pénurie en certaines spécialités, laissent supposer que ce mouvement ne cessera pas, tant le choix de lieux et de conditions d'installation seront nombreux.

A contrario, il est aisé de constater l'attachement des étudiants à leur région dès lors que leur famille y est installée, et qu'ils y ont effectué toutes leurs études secondaires et universitaires.

Ces constats plaident pour une organisation interrégionale et non plus nationale de l'examen classant, l'idée de grandes interrégions permettant de ne pas renouer avec les inconvénients de l'ancien internat régional.

Le refus d'un tel schéma est souvent porté par les futurs spécialistes autres qu'en médecine générale qui veulent pouvoir bénéficier de stages dans les meilleurs centres hospitaliers du pays pour acquérir technique et compétence voire s'offrir la possibilité de mener une carrière hospitalière.

Cet argument peut être entendu mais pour offrir cette éventualité de choix à quelques étudiants, est-il admissible de laisser s'amplifier la désertification médicale dans de plus en plus de territoires ? La possibilité de passer cet examen dans 2 régions, dont une au moins en situation de sous densité médicale, et la multiplication d'échanges entre CHU (qui existent déjà d'ailleurs) atténueraient les quelques inconvénients de cette réforme.

3.5.3. Ne pas multiplier les filières offertes aux choix de l'examen classant

L'arrêté du 12 juillet 2010 fixant le nombre de postes offerts aux Epreuves Classantes Nationales au titre de l'année 2010-2011 ouvre ces postes par interrégions et par discipline et ajoute pour la première fois la notion de spécialités au sein des disciplines médicales et chirurgicales.

Ainsi, la discipline chirurgicale est subdivisée en 4 spécialités (chirurgie générale, neurochirurgie, ORL et chirurgie cervico-faciale, stomatologie). La discipline médicale est subdivisée en 16 spécialités⁶.

L'objectif de cette segmentation est de mettre autant que possible en adéquation, dans une région donnée, les besoins en ces spécialités et le nombre d'étudiants formés. Compte tenu de la pension des jeunes médecins à quitter certaines régions et comme nous le verrons en une autre partie du rapport, une évaluation des besoins en médecins peu fiable, il est à craindre que ce raisonnement soit très théorique et n'est en définitive plus d'inconvénients que d'avantages.

Même si ce sujet a, à première vue, peu de liens avec la médecine de proximité, il n'est pas inutile d'alerter sur le danger potentiel que représente une hyperspécialisation précoce en certaines spécialités. Le fait de ne plus être cardiologue mais rythmologue ou hypertensiologue ; chirurgien orthopédiste spécialiste de la main ou de l'épaule ; ophtalmologiste, spécialiste de la rétine ou de la cataracte, etc. aura des incidences sur les besoins en médecins dans les territoires, ces hyperspécialistes s'estimant incompetents pour suppléer à un de leurs confrères, lui-même hyperspécialisé en un autre domaine.

On nous opposera que cette spécialisation des spécialités existe déjà et qu'elle est un mouvement inéluctable lié au progrès technique. La différence est néanmoins que les hyperspécialistes d'aujourd'hui ne le sont devenus qu'après un temps d'exercice d'un certain nombre d'années de leur spécialité originelle, ce qui ne sera bien souvent plus le cas des nouveaux spécialistes formés.

Cette évolution vers une pratique très étroite de la médecine ou de la chirurgie peut également avoir deux autres conséquences :

- voir poindre une lassitude rapide de l'exercice, la réorientation étant d'autant plus difficile que l'hyperspécialisation aura été précoce ;
- conduire dans quelques années à substituer un super technicien au médecin formé plus de 12 ans.

Les risques que fait courir cette évolution vers une hyperspécialisation précoce des médecins devraient, à tout le moins, justifier de la part des autorités régulatrices de la santé une réflexion approfondie.

⁶ Médecine physique et réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiologie et imagerie, rhumatologie, anatomie et cytologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entéro-hépatologie, hématologie, génétique, médecine interne, médecine nucléaire

4. ALLER PLUS LOIN DANS LA VOIE DES REFORMES

4.1. Réduire la durée du DCEM

Les auditions menées par la mission ont mis en exergue le caractère peu satisfaisant de l'organisation du DCEM.

Les études de médecine sont en France, comme dans la plupart des pays comparables, les plus longues de celles qui sont proposées aux jeunes générations⁷ et nous l'avons vu, l'allongement du troisième cycle est évoqué pour certaines spécialités.

Dans ces conditions, il paraît indispensable de réfléchir à un raccourcissement du deuxième cycle dans la perspective d'en réduire la durée de 4 à 3 ans.

Compte tenu de la faible teneur du programme de la 4^{ème} année du DCEM et de l'organisation des stages souvent choisis, cette année là, essentiellement dans la perspective de dégager du temps libre pour permettre la préparation des épreuves classantes, cette amputation ne porterait guère préjudice à la qualité de la formation qui pourrait être délivrée en 3 années de second cycle et non plus en 4.

Certes, cela nécessite de refondre la totalité du programme, d'organiser différemment les années universitaires et très certainement de s'appuyer davantage pour la formation théorique des étudiants sur les moyens modernes de communication. Mais les propositions que nous avons faites d'une formation pratique des étudiants plus diversifiée, en des lieux parfois distants des CHU imposeront de toute façon cette réorganisation.

Cette réforme aurait également l'avantage de conformer les études de médecine au principe du LMD, la fin du second cycle équivalent à l'obtention d'un master.

Une telle réforme est possible et en cohérence avec les propositions faites précédemment notamment celles concernant l'examen classant, mais il est vrai qu'elle bouleverse nombre de conventions établies.

4.2. Scinder les fonctions d'enseignant de celles de chercheur et praticien

La réforme Debré de 1958, qui reste le fondement de l'organisation actuelle des CHU, n'est plus en adéquation avec les réalités du XXI^{ème} siècle.

Le principe consistant à conférer aux praticiens hospitalo-universitaires une mission d'enseignement et de recherche en plus de celle d'exercer leur discipline médicale est désormais en décalage avec la complexité actuelle de ces trois activités.

Plus aucun praticien hospitalo-universitaire ne peut s'investir intensément dans ces trois activités tout au long de sa carrière. Il fait légitimement des choix selon ses aspirations et les opportunités qui lui sont offertes.

La simple consultation de la littérature médicale dans des revues à comité de rédaction et des indicateurs de qualité et de quantité de ces publications montre des écarts considérables entre les personnels hospitalo-universitaires, ceci témoignant d'un plus ou moins grand investissement dans les activités de recherche. Les indicateurs d'activité cliniques au sein des CHU montrent également d'importants écarts de temps consacré aux consultations ou aux interventions.

Il en est de même pour les activités universitaires qui sont, et on peut le comprendre, parfois délaissées par des praticiens plus cliniciens et chercheurs qu'enseignants.

La triple valence est donc devenue une fiction que la plupart des professionnels concernés ne nient pas.

⁷ 9 à 12 ans et plus souvent, compte tenu du nombre de redoublants en PCEM1, 10 à 13 voire 14 ans !

La création du statut de professeurs titulaires de médecine générale et dans une moindre mesure la possibilité inscrite dans la loi HPST d'effectuer des stages d'internes dans d'autres établissements que les hôpitaux publics, ont ouvert la voie à un modèle d'enseignants exerçant hors CHU. Pourquoi, à l'instar de la médecine générale, des praticiens exerçant les autres spécialités, médicales et chirurgicales, dans des hôpitaux généraux, en libéral et en clinique, ne pourraient ils pas être eux aussi enseignants ?

Cela permettrait d'élargir l'éventail des stages offerts aux étudiants tant dans le second cycle que lors de l'internat et diversifierait l'enseignement théorique qui s'ouvrirait à la réalité de la médecine (seul un patient sur 1000 est vu en CHU).

Ce n'est pas pour autant que devrait être sacrifiée la qualité du recrutement et il est bien évident que la nomination et la carrière de ces professeurs n'exerçant pas en CHU devraient répondre à des règles tout aussi rigoureuses que celles qui ont cours aujourd'hui, même s'il serait cohérent d'en faire évoluer les critères.

Cette scission entre les fonctions de clinicien, enseignant et chercheur devrait s'accompagner en parallèle du développement d'une recherche clinique en médecine générale, parent pauvre actuellement de la recherche en France. Cela justifie des crédits fléchés qu'ils soient universitaires ou INSERM au profit d'équipes de généralistes, soigneusement sélectionnées.

5. PLANIFIER LES ETAPES DE LA REFORME

Il faut 10 ans pour former un médecin. C'est donc dès maintenant que des mesures sont à prendre afin d'engager un changement profond dans les choix des étudiants.

Prolonger la durée du DES de médecine de générale en en portant la durée de 3 à 4 ans pourrait apparaître aux yeux de certains comme une mesure a minima.

Fausse bonne idée, ce ne serait pas pertinent et pour le moins prématuré pour plusieurs raisons :

- Cette prolongation se heurterait à des difficultés en termes de recrutement des maîtres de stage, le nombre de ceux ci étant notoirement insuffisant. La qualité ne devant pas être sacrifiée à la quantité, il importe avant tout de valoriser cette fonction de maître de stage et de la rendre attractive.
- Un allongement de la durée de la formation des médecins généralistes français pourrait soulever des inconvénients compte tenu de la libre installation au sein de l'espace européen des médecins. En effet, même si l'expérience montre qu'il n'y a pas de mouvement de fond en la matière, des médecins généralistes étrangers européens formés en un temps plus court garderaient le droit de s'installer en France⁸.
- Le problème n'est pas une insuffisance de temps de formation mais le fait que le contenu de celle ci ne soit pas adapté à l'exercice de la médecine générale. Rajouter une année supplémentaire pour pallier des insuffisances qui ne seraient pas en parallèle corrigées serait un gâchis.

L'urgence est de procéder à la généralisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés et de faire respecter, dès cette année, l'obligation du stage de découverte pour tous les étudiants dans toutes les facultés.

Dans le même temps,

- Les mesures en faveur des maîtres de stage doivent être prises afin d'encourager massivement les généralistes à assumer cette fonction que ce soit pour les étudiants de DCEM, les internes ou les SASPAS.

⁸ Une faculté de médecine roumaine forme actuellement plusieurs dizaines de médecins français qui échappent ainsi au couperet du concours de fin de PCEM1 et qui bénéficient d'une formation plus courte que celle qui est imposée en France. Ils ont néanmoins la capacité de revenir s'installer en France après leur cursus universitaire.

- Les créations de postes universitaires telles qu'elles ont été prévues par le législateur dans la loi HPST doivent être effectives. Les mesures visant à améliorer l'organisation de l'exercice de la valence soins des chefs de clinique de médecine générale doivent être prises.
- La diversification des stages dans le second cycle doit être engagée tant il apparaît urgent de rompre avec le modèle identitaire CHU présenté aux futurs jeunes médecins.

La séniorisation de l'internat tel que décrit au 3.3.3 pourrait être envisagée ensuite mais sa généralisation devrait être concomitante de la réduction de la durée d'une année du second cycle (cf. 4.1).

Quant à la réforme de l'examen classant, il n'est pas envisageable d'en modifier les modalités alors que des étudiants sont déjà engagés dans le cycle de formation de DCEM. Elle n'est donc possible que dans plusieurs années à moins qu'un large consensus ne se dégage pour en accélérer la mise en œuvre.

L'objectif devrait être que les étudiants actuellement en PCEM 1, et dont on sait que moins de 1 sur 10 sera médecin, soient les premiers à bénéficier de la plénitude des réformes proposées.

CHAPITRE 2 :

LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION ET DE LA TELEMEDECINE, ETAPE MAJEURE DE LA MODERNISATION DE LA MEDECINE DE PROXIMITE

Le champ des techniques d'information et de communication appliquées à la santé est vaste et certaines applications sont déjà usitées ou plus exactement sont connues des professionnels de santé même s'ils n'en maîtrisent pas quotidiennement l'usage. Ainsi en est-il des systèmes d'information.

Au delà du déploiement des systèmes d'information partagée de santé, la télémédecine est un formidable outil d'appui à l'organisation territoriale de l'offre de soins. Des équipements de télémédecine sont d'ores et déjà utilisés, en diverses régions, de façon expérimentale, comme solution à l'éloignement des patients et des professionnels de santé. Ils permettent par exemple l'accès à un diagnostic à distance par un spécialiste éloigné, ce qui évite au patient ou au médecin de se déplacer.

Ce type d'organisation rend non seulement plus attractif l'exercice en zone déficitaire, en apportant la collégialité et la sécurité tant sollicitées par les jeunes générations mais il est également de nature à révolutionner la définition du concept « déficitaire en offre de soins » et donc à influencer sur l'appréciation en besoins de professionnels de santé par les ARS.

Mais pour autant, ainsi que nous l'avons déjà dit et que nous le soulignerons dans d'autres chapitres de ce rapport, la relation instituée entre un médecin et un patient est essentielle et irremplaçable, même si dans certains cas et à certains moments, elle sera déléguée à un confrère ou un autre professionnel de santé identifié, selon des protocoles établis au préalable. C'est la raison qui nous fait afficher de la réticence à l'égard du développement de consultations par internet.

Les enjeux du développement des TIC en santé sont multiples tant par ses domaines d'application - messagerie sécurisée, dossier médical partagé, télémédecine, télésurveillance...- que par les réponses que ces techniques peuvent apporter :

- Un mode de travail plus collaboratif, avec un partage et une mutualisation de l'expertise,
- Le décloisonnement entre les professionnels de santé hospitaliers et de l'ambulatoire,
- Un accès facilité à l'offre de soins et une couverture médicale des territoires déficitaires en professionnels de santé, notamment pour les patients âgés, handicapés, résidant dans des territoires enclavés ceci pouvant éviter des déplacements parfois longs et coûteux pour certaines consultations spécialisées
- Une amélioration de la qualité des actes par la fluidité, la rapidité, la pertinence tout autant que l'exhaustivité des informations transmises entre professionnels
- La garantie de la sécurité et de la traçabilité des données, des actes médicaux ainsi que la préservation des droits des patients, et ce d'autant plus que les données médicales sont d'une grande sensibilité,
- Le déploiement d'un vrai dispositif de veille sanitaire grâce à une circulation rapide de l'information entre autorités de tutelle/institutions en charge de la santé publique/établissements/professionnels
- La structuration et l'exploitation possible des données médicales rendues anonymes, stockées pour un meilleur pilotage du système de santé, notamment à des fins de santé publique
- Des gains d'efficacité qui contribueront à terme à une optimisation des dépenses de santé grâce au recueil et à l'analyse des données médico-économiques

Les TIC constituent un support indispensable au développement des modes d'exercice regroupé et coopératif. Sans système d'informations performant, les regroupements de professionnels sont voués à l'échec.

1. DES SYSTÈMES D'INFORMATIONS EN SANTÉ ENCORE BALBUTIANTS

Comme le soulignait déjà Michel GAGNEUX dans son rapport sur le dossier médical personnel⁹, « *considéré dans sa globalité, le système d'information de santé français apparaît fragmentaire, cloisonné, peu communicant et faiblement sécurisé* ».

Comme on le verra dans l'analyse de la situation actuelle, une des raisons de l'incompréhension sur ce sujet réside dans le fait que sont souvent confondus :

- les outils informatiques nécessaires à la gestion de structures (comptabilité/logistique/gestion des stocks ou circuit du médicament, etc.) avec toutes les spécificités qu'en impliquent les particularités de fonctionnement,
- les logiciels « métier » là aussi spécifiques à l'exercice de chaque profession de santé,
- et enfin les systèmes d'informations utiles au suivi des patients, nécessairement partagés et accessibles aux professionnels, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

C'est donc à un vaste chantier qu'il convient de s'attaquer.

1.1. Les systèmes d'informations hospitaliers peinent à se mettre en place

Le système informatique hospitalier (SIH) est caractérisé par la prééminence d'une logique « métiers », qui fait subsister au sein de l'hôpital une multitude d'applications hétérogènes créées au fil de l'eau et spécifiques à chaque service, logique totalement défavorable à l'intégration des systèmes d'information.

Certes les crédits débloqués dans le cadre du plan hôpital 2007 ont permis aux établissements hospitaliers de résorber une partie de leur retard en matière informatique mais sans pour autant atteindre une remise à niveau complète et en laissant perdurer une très forte hétérogénéité des systèmes retenus..

En matière d'information médicale, les établissements hospitaliers n'ont ainsi pas réussi, à quelques exceptions près, la transformation de leur système informatique en un système d'information intégré. Trop souvent, les applications « métiers » se limitent au service qui les a créées, sans pouvoir communiquer entre elles (du fait de l'insuffisance des normes d'échanges actuelles), ni alimenter un dossier patient central, souvent réduit à son expression minimale. Ainsi, le partage d'informations entre services peut se révéler, à l'intérieur d'un même établissement, problématique. Seuls environ 30 % des établissements hospitaliers disposent de dossiers patients électroniques¹⁰.

Le SIH est également marqué par

- une faiblesse des maîtrises d'ouvrages qui entraîne une définition imprécise des objectifs et du périmètre des projets de système d'information,
- une conduite des projets ne prenant pas suffisamment en compte les aspects organisationnels et l'importance de l'accompagnement du changement des utilisations,
- des difficultés techniques importantes liées principalement à l'intégration et à l'absence d'architecture fonctionnelle cible.

En raison de ces différents aspects, le SIH a été identifié dans le cadre du rapport sur le dossier médical personnel (DMP) du député Jean Pierre DOOR en 2008¹¹ comme « *l'un des principaux problèmes de mise en œuvre du DMP* ». En effet, les SIH ne sont pas compatibles avec les

⁹ Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, M. GAGNEUX, avril 2008

¹⁰ Source : rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le dossier médical personnel, J.P. DOOR, janvier 2008.

¹¹ Cf. rapport précité.

exigences juridiques auxquelles est subordonné l'accès aux données figurant dans le DMP (authentification des acteurs, pas d'identifiant commun du patient...), la carte électronique de professionnel de santé n'étant pas utilisable, faute de lecteurs installés sur les postes mais aussi, faute de logiciels capables de la prendre en compte.

Par ailleurs, la logique « métier » qui prévaut au sein de chaque service de l'hôpital empêche l'interopérabilité avec le DMP mais aussi avec les intervenants extérieurs (médecine de ville notamment). Un certain nombre de rapports¹² ou d'institutions comme la Cour des comptes ont ainsi souligné à maintes reprises la défaillance voire l'absence de pilotage stratégique des systèmes d'information hospitaliers qui ont conduit à cet échec relatif du SIH.

La compartimentation de l'informatisation entre l'hôpital et l'ambulatoire a pour conséquence aujourd'hui un système cloisonné ne permettant ni une grande opérabilité ni un échange d'informations entre praticiens hospitaliers et libéraux, alors que ce partage des données médicales est indispensable à une meilleure coordination et qualité de la prise en charge médicale.

Il convient de tirer les enseignements de cet échec afin de ne pas reproduire, pour la médecine de ville, cette démarche « cloisonnante ». Il faut au contraire, construire un système d'information ouvert et communicant dès le départ entre les divers professionnels de santé, prenant en compte la dimension ville/hôpital.

Le coût par ailleurs important de l'informatisation hospitalière - une enveloppe de 1,5 milliards d'euros affectée aux investissements informatiques dans le cadre du seul plan « hôpital 2012 » - pour un résultat contestable, impose de mieux utiliser pour l'avenir la ressource, y compris au bénéfice de la médecine de ville.

Cela conduit la mission à conseiller que dans les territoires où le dialogue entre secteurs hospitalier (public ou privé) et ambulatoire (MSP ou PSP) est le plus avancé, puissent être conçues des infrastructures informatiques communes à la ville et à l'hôpital.

Il serait opportun dans ce cadre que les enveloppes informatiques soient fongibles entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Dès à présent, les crédits prévus pour les systèmes d'information hospitaliers dans le cadre du plan « hôpital 2012 » doivent pouvoir être mobilisés pour financer des systèmes d'informations communs à la ville et à l'hôpital.

1.2. Le processus d'informatisation de la médecine libérale suit un chemin laborieux

A l'inverse des pharmaciens que le déploiement du tiers payant et le nombre de références des médicaments vendus, ont conduit, il y a de nombreuses années, à s'informatiser, les médecins ne se sont engagés dans ce processus qu'au début des années 2000 et, encore comme nous allons le voir, de façon limitée.

Cette approche progressiste des officinaux s'est de nouveau manifestée plus récemment avec la mise en œuvre d'un dossier pharmaceutique, porté par la profession et dont le déploiement est un succès réel.

Cette initiative doit désormais s'intégrer dans la démarche plus générale de l'informatisation du monde de la santé mais est un exemple dont le pragmatisme peut inspirer les applications pour les autres professions de santé.

1.2.1. Les cabinets sont majoritairement bien informatisés mais sous-utilisent les potentialités offertes par cette informatisation

D'après les informations fournies par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du ministère de la santé, les médecins libéraux en cabinet, sont informatisés en forte proportion (80 à 85 % d'entre eux se seraient équipés, notamment depuis les aides accordées par l'assurance maladie en 2000-2002 et à l'occasion de la mise en place du projet SESAM -Vitale). La télétransmission des feuilles de soins électroniques a été sans aucun doute un facteur déterminant de l'informatisation des cabinets de médecine de ville.

¹² Voir rapport J.P. DOOR précité, rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur *l'informatisation du secteur de la santé*, Yves JEGO, 2006, rapport 2007 sur la sécurité sociale de la Cour des comptes.

Mais seuls 40 à 60 % des médecins ont recours à un dossier patient informatisé et très peu disposent d'un dossier réellement ouvert, communicant et utilisant une application moderne. L'usage de l'équipement informatique – en fait essentiellement utilisé pour la télétransmission et la gestion du cabinet – à des fins médicales n'est donc pas aujourd'hui une réalité.

Ces restrictions faites, il apparaît qu'en outre, les dossiers médicaux informatisés, quand ils existent, ne sont pas aujourd'hui des outils de coordination ni de coopération, y compris entre professionnels exerçant ensemble dans une structure pluridisciplinaire.

Les professionnels libéraux utilisent en fait ces équipements au minimum des possibilités, ce qui les rend peu crédibles au regard des autres professionnels et des pouvoirs publics, selon les termes employés par certains interlocuteurs de la mission. Ces outils, plus axés sur la gestion que sur le métier, sont utilisés pour des prises de notes ou la facturation et non comme des outils au service de la santé des populations, ce qui d'ailleurs ne serait pleinement utile que si en parallèle existait une analyse des données collectées.

La médecine libérale doit donc fournir un effort important d'adaptation de ses outils informatiques à court terme pour répondre aux impératifs de partage du dossier du patient, ce qui implique au minimum :

- le partage des données entre professionnels sur un territoire donné,
- l'interopérabilité des systèmes que ce soit entre hôpitaux/EHPAD/ et regroupements de professionnels mais également entre les différentes professions de santé libérales
- la production d'un document de synthèse par l'équipe de soins de premier recours,
- l'hébergement externe des données,
- la capacité à extraire des données sur la patientèle et à produire des analyses.

1.2.2. L'émiettement des prestataires de services est un réel frein au développement d'une offre globale, adaptée aux besoins des praticiens

L'offre informatique, toutes professions de santé confondues, se singularise par le nombre de produits concurrents, plus d'une centaine de logiciels métiers par exemple. Cette offre est en outre dispersée entre de multiples acteurs, les industriels qui fournissent les équipements et infrastructures supportant les services, les fabricants d'aides techniques et de dispositifs médicaux communicants, les éditeurs de logiciels spécialisés et les intégrateurs, les prestataires de services informatiques...

Par ailleurs, en l'absence de standards, ces logiciels proposent rarement des fonctionnalités d'échanges de données et pour certains d'entre eux la reprise des données d'une version antérieure du même produit s'avère même un problème !

La rationalisation et le développement des systèmes d'informations sont ainsi confrontés à un équipement très hétérogène des professionnels libéraux, une multiplicité de logiciels plus ou moins récents et actualisables, qui se caractérisent avant tout par leur incompatibilité et donc leur inadaptation aux enjeux précédemment décrits.

Il convient donc d'engager une réflexion pour mettre fin à l'atomisation qui caractérise l'offre de logiciels de santé, tout en maintenant une vraie diversification pour ne pas entraver les innovations technologiques sources de progrès.

1.2.3. Les retards importants dans le calendrier de mise en œuvre du dossier médical personnel nuisent à la crédibilité du dispositif

Le DMP, prévu par les articles 3 à 5 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, était un outil qui devait permettre, avec le consentement du patient, de centraliser l'ensemble de ses données médicales personnelles, rendues accessibles, par habilitations, à certains personnels médicaux, dans le respect des principes de propriété individuelle des informations médicales.

La conception originelle de ce DMP faisait que chaque professionnel de santé, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé et quel que soit son mode d'exercice, était tenu de reporter dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte, consultation ou séjour, les éléments

diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

L'ambition était donc grande : favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins ; améliorer la communication des informations de santé, tout en respectant les droits du patient ; et *in fine*, accroître l'efficacité de notre système de santé et, par ce biais, réaliser des économies.

Le calendrier de déploiement de ce modèle prévoyait une mise en œuvre opérationnelle au 1^{er} janvier 2007. Au-delà d'un calendrier analysé depuis comme irréaliste, le retard pris est du à la fois à des déficiences internes au projet et à un certain nombre de freins externes. Comme l'ont analysée différents rapports¹³, la conduite du projet présentait des faiblesses intrinsèques :

- Un pilotage défaillant et une mise en place lente du GIP-DMP,
- Des décisions stratégiques non prises,
- Une définition insuffisante du DMP qui a d'abord donné une priorité absolue à la confidentialité des données médicales et à la protection du patient, au détriment du partage d'informations indispensable à un DMP utilisable facilement par les professionnels de santé. La relance du DMP est d'ailleurs passée par un rééquilibrage entre protection des patients et facilité d'utilisation par les praticiens.
- Sans oublier les difficultés techniques nombreuses d'interopérabilité, de traçabilité des données, d'identification du patient, etc.

Tout en restant basé sur le choix du patient et sur une maîtrise par celui-ci de son utilisation par les professionnels de santé, le DMP a été, lors de sa relance en 2009, repositionné et est désormais conçu dans un souci de services rendus tant aux patients qu'aux professionnels de santé.

Son déploiement va néanmoins nécessiter des mises à jour techniques des postes de travail des professionnels, un temps de formation et d'appropriation et un délai nécessaire à l'atteinte d'une masse critique de détenteurs d'un dossier et d'informations disponible dans ces dossiers, temps durant lequel le service rendu sera moindre. Ce n'est donc pas dans l'immédiat que ce DMP repositionné sera déployé et utilisable à large échelle.

Selon l'ASIP¹⁴ en charge du dossier, cet outil sera mis en place progressivement sur l'ensemble du territoire à compter de décembre 2010.

Il sera, pour les patients ayant donné leur consentement à l'ouverture de leur DMP, utilisable, sous couvert des habilitations qu'ils auront données, par l'ensemble des acteurs concernés sous la seule réserve d'une mise à jour de leur logiciel. Or nous avons vu que ces logiciels constituaient bien souvent un point noir de l'équipement des cabinets des professionnels. Pour pallier cet inconvénient, un accès par navigateur internet est prévu mais reste peu ergonomique pour les professionnels.

Ce projet national majeur est la cible idéale et les enquêtes d'opinion attestent de son attente tant par les usagers que par les professionnels. Il n'en demeure pas moins que les dossiers professionnels communicants entre les différentes structures de soins représentent une priorité immédiate, d'autant plus que la structuration de ces dossiers devrait les rendre aptes à alimenter les DMP en données pertinentes et stabilisées au terme d'un épisode soins, tant en pratique ambulatoire qu'en établissements.

1.3. L'absence d'interopérabilité au sein des systèmes d'information de santé est un handicap majeur

La télésanté fait intervenir des professionnels multiples, certains appartenant à des professions de santé dont l'exercice est réglementé et d'autres, intervenant dans le domaine de l'assistance médico-sociale à la personne. Ce qui pose la question de la compatibilité technique des outils

¹³ Rapport de M. GAGNEUX précité ; *rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé*, Jean-Jacques JÉGOU, 2005 ; *Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le dossier médical personnel*, M. Jean Pierre DOOR, 2008.

¹⁴ Agence des systèmes d'information de santé partagés.

utilisés, comme nous l'avons déjà vu, mais également de l'accessibilité et de la confidentialité des données pour les patients, les médecins, les autres professionnels de santé.

L'interopérabilité en matière de système d'informations vise à rendre la communication compréhensible et indépendante des filières technologiques utilisées. Elle repose sur un ensemble de conventions techniques entre les parties qui peuvent prendre la forme de convention d'usage, de standards de fait qui s'imposent au marché ou de normes nationales ou internationales.

Concrètement, les conventions d'interopérabilité débouchent sur des spécifications techniques détaillées appelées spécifications d'interface, ou protocoles, que chaque concepteur se doit de respecter.

Or, cela n'a pas été un objectif jusqu'à un temps récent.

Dans son rapport¹⁵, M. Yves BUR montre qu'avec 7 000 systèmes différents en France, l'interopérabilité des systèmes d'information en santé est loin d'être garantie, ce qui ipso facto complique le fonctionnement entre professionnels, limite l'intérêt des exercices regroupés, et engendre des pertes d'efficacité importantes.

De même, dans son rapport annuel 2007 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes constate que « *le domaine de la santé se caractérise par un grand nombre de systèmes d'information interdépendants, mais dont les projets sont pilotés par des structures différentes* ». Ce point a été pris en compte avec la création de l'ASIP en juillet 2009.

Concernant spécifiquement le DMP, l'ASIP Santé vient de publier fin septembre 2010 une version quasi complète du cahier des charges de la DMP-compatibilité, soit le « dossier de spécification fonctionnelle et technique des interfaces DMP des logiciels de professionnels de santé ».

Ceci doit permettre d'interfacer les logiciels métier avec le DMP. C'est une étape clef vers la mise en service du DMP en fin d'année.

Ces éléments très attendus par l'ensemble des acteurs sont un premier pas vers l'alignement des solutions en les rendant interopérables.

Pour ce qui a trait à la sécurisation des échanges et du partage d'informations, le décret « confidentialité » du 15 mai 2007¹⁶ a clarifié la situation en imposant, lors des échanges de données médicales personnelles, l'authentification des professionnels de santé à l'aide de la carte CPS.

La loi HPST a introduit la notion de dispositifs équivalents agréés par l'autorité émettrice de la CPS.

Mais à ce jour, pour des raisons techniques, l'utilisation de la CPS, dans son actuelle version, est inadaptée aux conditions d'exercice, qui ne sont pas obligatoirement sur un site unique mais peuvent être multi sites voire au domicile des malades (visites, EHPAD, urgences, etc...)

Il est donc impératif que le système CPS évolue rapidement pour répondre à toutes les situations d'usages professionnels en garantissant l'authentification des professionnels qui échangent ou partagent des informations et ce, sans sacrifier la protection de données personnelles de santé des patients dans l'Espace numérique.

1.4. Le cloisonnement des systèmes d'informations ville/hôpital n'est plus acceptable

La communication entre les systèmes d'informations de la médecine de ville et ceux des établissements de santé n'est pas organisée. Il ne peut donc y avoir de partage des informations entre tous les acteurs du système de santé.

¹⁵ Rapport d'information n° 697 présenté par M. Yves BUR au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur les agences régionales de santé, février 2008.

¹⁶ Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des données informatiques médicales conservées sur support informatique par voie électronique.

Le développement des échanges d'informations entre la ville et l'hôpital pour assurer la complémentarité entre les différentes structures de soins et la médecine libérale est pourtant aujourd'hui un des enjeux majeurs de l'informatisation du secteur de la santé en France.

Les applications en sont concrètes, simples mais décisives : transmission de lettres de sortie de l'hôpital ; résultats d'examen complémentaires ; avis spécialisé ; prise en charge commune par un réseau de professionnels de santé, hospitaliers et libéraux ; diffusion d'un protocole de soins et des préconisations thérapeutiques aux professionnels intervenant au domicile d'un malade.

Est-il acceptable en 2009 de voir un hôpital local et une maison de santé nouvellement créée, situés sur le même site, disposer chacun d'un système d'informations récent, financé l'un et l'autre par des fonds publics, non interopérable, obligeant les médecins à une double saisie pour un même malade selon qu'il le voit dans son cabinet médical ou lors de sa prise en charge à l'hôpital local ?

Le paradoxe est qu'il existe néanmoins des expérimentations intéressantes et réussies dont nous ne citerons là que quelques exemples qui nous ont été présentés :

- « DOMELIS », un dossier médical en ligne sécurisé mis en place par le CH Mâcon, et utilisé et alimenté par 167 des 220 médecins généralistes du secteur,
- « RESOMEL », qui complète « DOMELIS » sur le même territoire, est une messagerie sécurisée pour les professionnels de santé. 469 praticiens libéraux et hospitaliers y sont inscrits et l'utilisent quotidiennement.
- ou encore « Santé-Limousin », une messagerie sécurisée gérée par l'association Reimp'Hos.

Il s'agit de dispositifs classiques de messagerie auxquels sont ajoutées des fonctions de sécurité particulières permettant d'identifier l'auteur du message (identification par la carte CPS), de crypter et signer numériquement les messages et documents.

De nombreux usages coopératifs de ces outils ont été mis en place : réception des résultats d'analyse médicale, d'anatomo-pathologie - ce qui a nécessité entre autres de vérifier l'interopérabilité des 42 laboratoires d'analyse médicale de la région limousine - ainsi que des comptes rendus de spécialité par les professionnels de santé et les établissements.

D'autres usages sont en cours de déploiement dont la transmission d'image simple pour avis distant, la transmission automatique du compte-rendu de passage aux urgences ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant.

Ces expériences très innovantes restent cependant très limitées sur le territoire et pire sont manifestement mal connues ce qui témoigne d'une organisation défaillante dans le partage d'expériences conçues sur le terrain au plus près des professionnels. La conséquence en est simple, elles restent circonscrites à quelques territoires et à quelques acteurs.

1.5. La télémédecine est un chantier inexploité

L'article 78 de la loi HPST définit la télémédecine, comme constituant « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* ».

Ce champ a été précisé par le décret du 19 octobre 2010¹⁷. Ce décret indique la définition de la télémédecine en disposant que « Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Il définit ensuite la télémédecine comme constituée de quatre types d'activités :

¹⁷ Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

- La télé-consultation qui est un acte médical à distance. Le patient dialogue avec le médecin par le biais d'un système de visioconférence.
- La télé-expertise qui se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs professionnels de santé qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base de données biologiques, radiologiques ou cliniques échangées ou accessibles sur un dossier médical partagé par voie électronique.
- La télé-surveillance qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique ou biologique recueilli par le patient lui-même ou un professionnel de santé. Il ne s'agit pas ici de la surveillance à domicile des personnes âgées ou handicapées. La télé-surveillance est une pratique médicale à distance, comme pour tout acte de télémédecine comme le rappelle la loi HPST (art. L6316-1). Elle relève de la pratique de la médecine et non de la simple surveillance.
- La télé-assistance lorsqu'un médecin assiste à distance l'un de ses confrères en train de réaliser l'acte médical ou chirurgical.

Le décret précise aussi les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine. Ceux-ci doivent être réalisés dans des conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte, l'identification du patient, l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte et -lorsque la situation l'impose- la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

Le décret donne également la liste des éléments à inscrire dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation, ainsi que les conditions de prise en charge des actes de télémédecine par la sécurité sociale, par le biais du FIQCS (art. L 221-1-1) et de la dotation MIGAC (art. L162-22-13 du code de la sécurité sociale).

Alors que les premières expériences de consultations à distance datent de plusieurs années et que certains pays ont développé cette activité au point d'en faire un axe stratégique de leur développement et qu'en France depuis plus de 20 ans des pionniers ont travaillé sur ce sujet, il aura fallu attendre 2009 et le décret d'octobre 2010 pour qu'enfin la télémédecine ait une existence légale et un cadre juridique propice à son déploiement.

S'il n'y a plus de réelles entraves technologiques, comme l'a indiqué lors de son audience le Dr Pierre SIMON¹⁸, le développement de la télémédecine connaît cependant encore certains freins.

Ainsi si les industriels du numérique et les opérateurs de télécommunications ont aujourd'hui la capacité de s'adapter aux besoins exprimés par les professionnels, il n'en demeure pas moins que certains territoires peu denses sont inaccessibles à ces technologies et ne le seront qu'au prix d'investissements satellitaires inaccessibles aux professionnels. Or le paradoxe est que ce sont dans ces zones que le besoin de la télémédecine est le plus prégnant de par leur isolement et par la proportion de personnes âgées qui y résident et dont un bon nombre justifient des soins à leur domicile.

En second lieu, si la télémédecine a été reconnue juridiquement, par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, comme un acte médical plein et entier, son déploiement à large échelle n'a pas été significativement intégré dans les SROS comme le prévoyait ladite loi.

Quant à certaines clarifications juridiques, elles restent à parfaire. Si les conditions de mise en œuvre ont enfin été précisées par le récent décret d'application qui détermine les droits et devoirs du médecin, les règles d'expression du consentement du patient et l'organisation de l'archivage des télétransmissions, les modalités d'engagement de la responsabilité des différents praticiens participant à la télémédecine restent à déterminer.

Il apparaît donc nécessaire de compléter ces textes pour ce qui concerne les domaines de responsabilité des différents intervenants dans la chaîne de télésanté (médecin sollicitant, médecin sollicité, professionnels de santé associés, professionnels médico-sociaux,).

Ne doivent pas être non plus oubliées, les responsabilités de l'utilisateur/patient qui a en effet vocation à être de plus en plus partie prenante et acteur dans la mise en œuvre des applications

¹⁸ Dr Pierre SIMON, conseiller général des établissements de santé

de télésanté, et celles propres au tiers technologique pour ce qui concerne la robustesse du dispositif, la non altération des données et la protection en terme de sécurités informatiques.

Enfin et ce n'est pas le moindre des problèmes, les modalités de rémunération et de prise en charge de ces actes renvoient au FIQCS et au MIGAC dont on sait que les enveloppes suffisent à peine et ne suffiront pas à financer le large champ des expérimentations conduites dans le domaine de l'organisation de soins.

2. UNE REFLEXION AVANCEE A L'ETRANGER

Sur la base du rapport de M. Pierre LASBORDES¹⁹ qui a effectué une importante revue de littérature des expériences étrangères, on peut retirer les éléments principaux suivants.

On relève en premier lieu que la télésanté, qui est un concept générique qui englobe à la fois les systèmes d'information (messageries, dossiers patients numérisés...) et la télémédecine tant dans le secteur de santé que dans le champ médico-social, a pris son essor au début des années 90 sous l'impulsion du monde industriel. Mais celle-ci reste le plus souvent, y compris dans les pays les plus avancés, au stade expérimental.

Les technologies développées actuellement se concentrent autour du transfert électronique des prescriptions (ETP), du dossier personnel des patients (DMP) ou le dossier électronique de la santé (EHR en Angleterre, pays Nordiques, Pays Bas, Espagne...) et la téléconsultation, dans les spécialités de dermatologie, psychiatrie, gériatrie...

De nombreux pays au sein de l'Union européenne ont développé un EHR au niveau national (Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Norvège, Royaume-Uni, Suède) ou à l'échelon décentralisé en cas de gestion autonome de la santé de la population (Andalousie, Catalogne, Pays Basque).

Beaucoup de projets européens s'attachent à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou des personnes âgées dépendantes pour qu'elles demeurent à leur domicile et ainsi éviter des hospitalisations inutiles.

La Commission Européenne (CE) s'est en outre fortement investie depuis 1988 dans les projets de recherche et développement en télésanté (500 millions d'euros ont été investis dans plus de 400 projets entre 1988 et 2003).

La CE a présenté en 2004 une communication intitulée « Santé en ligne-améliorer les soins de santé pour les citoyens européens : plan d'action pour un espace européen de santé en ligne », puis en 2008 un plan d'action relatif à la télémédecine.

Au plan international, des grands groupes industriels se mobilisent depuis 4 ou 5 ans, très activement depuis 2 ans, et encore plus récemment pour les industriels français.

Le monde industriel développe essentiellement trois types de nouvelles technologies :

- les implants miniaturisés et communicants avec des systèmes de communication à distance ;
- l'exploitation continue de données biologiques, ou comportementales du patient vers des professionnels de proximité (infirmières, pharmaciens d'officines, médecins traitants), ou distants (CHU, épidémiologistes, laboratoires pharmaceutiques) ;
- les grands projets nationaux d'organisation et de gestion des données médicales de masse qui nous intéressent ici en premier lieu.

¹⁹ La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien être, Pierre LASBORDES, député de l'Essonne, 15 octobre 2009

3. METTRE EN ŒUVRE UN PLAN AMBITIEUX DE DEPLOIEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATIONS ET DE LA TELEMEDECINE EN SANTE

Nous avons vu que si étaient clairs les objectifs poursuivis par la mise en œuvre des TIC en santé, les modalités de leur déploiement laissaient elles à désirer. Nous sommes en ce domaine comme dans d'autres, dotés d'ambitions que nous n'avons pas obligatoirement les moyens de développer. Et plutôt que de procéder par étapes, nous courrons à la recherche de l'impossible Graal et du système idéal.

Les préconisations inscrites dans ce chapitre se veulent éminemment pragmatiques et des résultats probants et rapides sont accessibles, si s'exprime une volonté politique ferme.

Mais au préalable, quelques principes de bon sens doivent être affirmés et si possibles partagés :

- Les systèmes d'informations (messagerie sécurisée, normalisation de l'interopérabilité, fiche médicale synthétique, DMP...) ainsi que la télémédecine doivent devenir un réel enjeu national au service duquel se mettent administrations centrales, organismes payeurs, et autres autorités régulatrices de la santé et des soins. Le pilotage stratégique national doit être clarifié, nettement identifié et s'installer dans la durée au regard des enjeux.

- Chaque acteur ne peut et ne doit continuer à agir isolément. Il ne peut y avoir poursuite d'une politique d'informatisation hospitalière en ignorant ce qui se fait ou peut se faire dans le domaine ambulatoire. Les importants financements concédés au secteur hospitalier, dans ce but, doivent, entre autres conditions, inclure l'interopérabilité avec les systèmes d'informations ambulatoires. Cette même remarque vaut également pour les organismes payeurs trop isolés dans le déploiement et l'exploitation de leurs systèmes d'informations.

- Des financements en faveur du déploiement des systèmes d'information en santé doivent être octroyés au secteur ambulatoire à l'instar des plans 2007 et 2012 en faveur du secteur hospitalier.

Le déploiement des systèmes d'informations doit répondre aux besoins des professionnels de santé et être en adéquation avec ceux des patients.

Ceci établi, il convient de développer sans attendre un plan fait de diverses actions.

3.1. Développer une messagerie sécurisée et interopérable dès 2011

La messagerie sécurisée constitue une réponse associée au DMP. Ce moyen peut être déployé sans délais, dans un objectif de réponse à des épisodes de soins coordonnés. Cette solution s'avère peu coûteuse et elle s'adapte aux besoins des praticiens. Elle constitue un atout indéniable pour la simplification et la sécurisation des échanges entre les professionnels et entre ces derniers et les établissements de santé et médico-sociaux. Elle revêt plusieurs avantages :

- Caractère immédiat de la transmission de l'information : gains de temps et de coûts,
- Dématérialisation des documents et suppression des opérations de numérisation : gain logistique,
- Traçabilité et sécurité des données transmises
- Valeur probante des documents échangés par la signature électronique

Diverses types de messagerie existent déjà dont une largement développée. Le Conseil National de l'ordre des Médecins a également un projet très avancé en la matière. Il n'appartient pas à la mission d'émettre un avis technique en faveur des uns ou des autres modèles alors qu'elle ne dispose pas des compétences pour cela sauf à souligner que la coexistence de plusieurs messageries posera peu de problèmes si une norme unique est édictée.

En toute hypothèse, le développement d'un système de messagerie sécurisée et interopérable sur la totalité du territoire nécessite une publication en urgence par l'ASIP des référentiels de sécurité, notamment en matière de chiffrement. Les messages doivent en effet circuler chiffrés, leur origine doit être authentifiée (par la carte CPS ou les dispositifs équivalents), et ils doivent être électroniquement signés.

Il serait pour le moins incompréhensible que le domaine de la santé ne puisse rapidement généraliser cet outil de messagerie sécurisée alors que des secteurs, tout aussi sensibles que la défense ou la banque, ont su le faire depuis longtemps.

3.2. Intégrer très rapidement au DMP une information médicale structurée, pertinente et condensée.

Comme nous l'avons vu, le DMP doit centraliser l'ensemble des données médicales personnelles d'un patient (Cf. § 1.2.3). Il devrait dans cet objectif comporter 6 parties :

- des données permettant d'identifier le patient et son médecin traitant
- des données générales : antécédents médicaux et chirurgicaux, historique des consultations, vaccinations, allergies...
- des données de soins : résultats d'examens, comptes rendus d'actes et de diagnostics, pathologies en cours, prescriptions....
- des données de prévention : facteurs de risques individuels, comptes rendus d'actes à visée préventive...
- des données d'imagerie médicale
- un espace d'expression personnelle pour le patient

Le DMP se veut ambitieux, réunissant un ensemble d'informations nombreuses, disparates et dispersées, classées par grandes catégories d'actes.

Pour intéressante et nécessaire que soit à terme une telle conception, sa mise en œuvre risque cependant de ne pas complètement répondre aux besoins de la pratique médicale qui requiert sélectivité, hiérarchisation et synthèse.

Or, ne pas répondre aux besoins prioritaires des praticiens, à savoir disposer d'une information médicale structurée, pertinente et condensée, expose le DMP à un danger : la non appropriation de cet outil par les professionnels de santé qui n'en verront pas l'intérêt pour faciliter leurs pratiques et en améliorer l'efficacité.

La non adhésion des médecins de premier recours au DMP ou tout au moins leur non implication, aurait pour conséquence l'échec de ce dispositif, alors qu'il est au centre du développement des systèmes d'information partagée.

Des propositions qui sont certainement à améliorer et à intégrer dans une vision plus large que celle du médecin ont été faites. Des expérimentations sont engagées.

L'expertise de leurs initiateurs les conduit à s'interroger sur le positionnement actuel d'un DMP trop exhaustif au détriment d'une structuration plus simple des données médicales du patient.

La question est en effet de savoir si on souhaite que le DMP constitue d'abord un catalogue complet des données médicales du patient classées par grandes catégories d'actes (les 6 grands types d'actes déjà évoqués) sans hiérarchisation des informations, ou si le besoin immédiat est celui d'un dossier plus simple et plus concis, structuré, où l'information est sélectionnée et priorisée.

Dans la première hypothèse, le DMP constitue une véritable bibliothèque des données médicales du patient, ce qui a tout son intérêt pour établir le plus justement et complètement possible le dossier médical du patient ou lorsqu'il est nécessaire de rechercher un compte rendu, un résultat d'examen particuliers.

Dans la seconde hypothèse, l'existence d'une simple fiche condensée au sein du DMP permet à tout médecin que le patient serait conduit à consulter, d'avoir immédiatement lecture de données essentielles et structurées sur son état de santé et son suivi médical, sans recherche excessive dans une multitude d'autres données, et d'y ajouter éventuellement les nouveaux éléments constatés.

Pour les organisations professionnelles concernées par la médecine de premier recours, priorité doit être accordée à la communication entre professionnels plutôt qu'à la constitution d'un entrepôt de données. Pour cette raison, ils souhaitent la mise en œuvre dès le démarrage du DMP d'un volet médical de synthèse (VMS), utile aux soins quotidiens ou à une prise en charge en urgence.

Une fiche simple affichant les principales informations du dossier médical (antécédents, allergies, traitements en cours, diagnostics, comptes rendu opératoires ou d'hospitalisations...) répondrait à cette attente et permettrait :

- à tout professionnel de santé recevant un patient en l'absence du médecin traitant, de s'approprier et actualiser les données essentielles concernant ce patient pour pouvoir assumer la continuité des soins ou une prise en charge médicale dans l'urgence,
- une édition aisée pour accompagner le patient en soins secondaires, en plateau technique ou lors de ses déplacements. Ce qui permettrait ainsi un vrai partage d'informations et compléterait efficacement la messagerie sécurisée évoquée au § 3.1.

Tel qu'il est conçu et doit être mis en œuvre fin 2010, il semble que le DMP ne comprend pas ce document. Le besoin en apparaîtra très vite au fur et à mesure de l'enrichissement par des données de sources multiples et variées. La structuration du DMP doit donc d'ores et déjà pouvoir intégrer cette demande.

La mission souhaite que l'ASIP entende cette demande des professionnels et l'intègre au sein du DMP aux côtés des 6 grandes catégories d'actes qui accueilleront l'ensemble des données médicales.

C'est la condition indispensable à l'adhésion des professionnels libéraux de premier recours au DMP et à leur appropriation de l'outil pour qu'ils l'utilisent au quotidien. Ceci ne doit bien sûr imposer aucune double saisie, le système devant être interopérable avec l'ensemble des logiciels médicaux.

3.3. Lancer un plan ambitieux de financement des SI en santé et de la télémédecine

3.3.1. Assurer le financement des messageries sécurisées, de la fiche médicale et de l'informatisation des regroupements de professionnels

Globalement, la connaissance immédiate des informations médicales par le partage d'informations (messagerie sécurisée, DMP) devrait produire à moyen/long termes des sources d'économies (économies dues à une diminution des coûts de consultation, à l'absence d'examen redondants, etc.). Financer la mise en œuvre de ces outils afin d'en accélérer le déploiement et en généraliser l'accès est donc un investissement qui permettra ces gains d'efficacité dont il conviendra de s'assurer.

Ceci étant, à court terme, leur mise en œuvre aura un coût qui doit être accompagné par les pouvoirs publics.

Autant certains coûts comme les ordinateurs dont ils sont d'ailleurs largement équipés ou la connectivité internet ADSL doivent rester à la charge des professionnels libéraux car partie intégrante de leurs frais d'exploitation liés à la pratique professionnelle, autant un déploiement volontariste des nouveaux télé services ne peut être laissé à la charge des professionnels, sous peine d'en étendre les délais de façon très importante.

Selon le même raisonnement qui avait conduit à inciter financièrement les médecins à l'acquisition d'un ordinateur en son temps pour accompagner la dématérialisation de la feuille de soins il est urgent de soutenir de façon volontariste, sous d'autres formes, la conduite du changement afin d'accélérer la mutation vers une informatique de santé communicante, condition au développement de pratiques coopératives.

Contrairement au modèle des aides directes utilisée à l'époque, il importe d'assujettir ces financements de logiciels, de maintenance, de formation à une utilisation réelle de ces services, le constat de service étant fait par le biais des éditeurs et sociétés de services informatiques du secteur. Ainsi preuve serait faite de l'usage du logiciel médical capable d'échanger les informations patients, de celui du DMP ou de la messagerie, les choix étant laissés aux professionnels dans la mesure où les équipements et formations répondraient à la labellisation édictée par l'ASIP.

Il serait attesté le caractère effectif de la mise à niveau technique du poste du professionnel et de sa formation, ceci déclenchant le paiement d'une prestation forfaitaire au prestataire.

Précisons que ces modes de financement conditionnés sont ceux utilisés dans le cadre du plan du Président OBAMA pour accélérer l'informatisation des établissements de soins.

L'ASIP a évalué le coût d'un tel plan de modernisation de l'informatique de santé ciblé sur les professions les plus exposées et orienté vers le déploiement des services. Le chiffre avancé est de 60 M€ sur deux ans (300 euros par poste de travail pour 200 000 postes dont 100 000 médecins du secteur libéral) attribué selon le principe du service fait en application d'un cahier des charges.

Il convient néanmoins certainement de valider ce chiffrage à la fois parce qu'il apparaît modeste et oubliée donc vraisemblablement certains services associés mais aussi parce qu'il doit concerner l'ensemble de la chaîne de soins de l'ambulatoire.

3.3.2. Faire du déploiement de la télémédecine un projet national

Dernièrement, un appel à projets a été lancé par le ministère de l'Industrie et doté de 3M€, afin de favoriser l'émergence de solutions innovantes pour la prise en charge des maladies chroniques au domicile telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou les maladies respiratoires chroniques. Cette initiative menée en lien avec le ministère de la Santé et des Sports vise à soutenir le développement de solutions complètes utilisant les TIC au sein de pilotes industriels, pour améliorer la vie quotidienne et la prise en charge des patients, en garantissant un lien permanent avec les personnels de santé. Il s'agit ici de renforcer les synergies entre le monde industriel et le monde de la santé pour développer des solutions innovantes en matière de télémédecine et notamment de télésurveillance.

D'autres financements pourraient être sollicités opportunément dans le cadre du grand emprunt compte tenu des perspectives d'avenir immenses de la télémédecine. Son développement est intrinsèquement lié à celui des coopérations interprofessionnelles qui vont s'accélérer. Ainsi un cabinet de radiologie pourrait fonctionner avec les seuls manipulateurs, l'interprétation se faisant alors à distance par le radiologue resté à son cabinet ou en établissement de santé.

Cela permettrait dans notre contexte de pénurie médicale dans certaines zones d'augmenter l'offre de soins, d'assurer aux médecins de premier recours un accès aux examens complémentaires dont ils ont besoin dans leur exercice quotidien, tout en garantissant au patient accessibilité et qualité des actes d'investigation.

De la même manière, des équipements de télémédecine, par exemple de télésurveillance des patients atteints de maladies chroniques qui font l'objet de l'appel d'offre décrit ci-dessus, pourraient en priorité être installés dans les MSP.

3.4. Recueillir et exploiter les données médicales issues des systèmes d'informations

Les nouveaux télé-services (et en premier lieu le DMP) permettront aux professionnels de santé de disposer de nombreuses informations médicales sur leur patientèle et ce d'autant plus s'ils exercent selon un mode pluridisciplinaire en MSP ou en PSP.

En contrepartie du financement du déploiement des systèmes d'information partagée, l'Etat doit pouvoir disposer, sous une forme rendue anonyme, de ces données médicales précieuses sur la population. Celles-ci permettront de répondre à certains besoins de la santé publique dans le domaine de veille et de la sécurité sanitaire et de l'épidémiologie en temps réel.

Leur collecte anonyme permettra de mieux suivre l'état de santé des populations et son évolution et se révélerait d'une grande richesse alors que notre pays ne s'est jamais vraiment distingué dans ces domaines de la santé publique faute d'outils appropriés et de moyens dédiés.

Pour cela, outre l'indispensable interopérabilité des systèmes d'information déjà longuement évoquée, il faut assurer une standardisation du recueil des données médicales.

3.5. Affecter des professionnels à l'exploitation des données

Au-delà de la phase collecte, il importe que ces données stockées chez les médecins libéraux et rendues anonymes puissent faire l'objet d'une extraction, puis d'une exploitation par des services compétents tels que l'INSERM ou tout autre centre de recherches habilité.

Cela justifie que le formatage et le traitement de ces données collectées soient effectués de façon professionnelle, par un technicien de l'information médicale²⁰ comme cela existe déjà pour l'hôpital voire d'assistants de recherche comme on le voit dans le suivi d'études cliniques.

Il est bien sur évident que le médecin, qui aura mis ses données à disposition et en aura permis l'exploitation, sera destinataire des requêtes faites.

3.6. Confier la responsabilité des données de santé à un opérateur unique

L'organisation des procédures de collecte, d'anonymisation, d'exploitation et de diffusion des données, qu'elles soient épidémiologiques ou de cotation d'actes, pourrait faire l'objet d'une analyse et de propositions par l'Institut national des données de santé, l'articulation entre le système d'informations de la médecine de ville avec le SNIIRAM ainsi qu'avec les données hospitalières issues du PMSI devant être un objectif.

Une solution préconisée par la mission serait de confier à une agence technique de l'information en santé (ATIS), née de la fusion de l'actuelle ATIH et d'une nouvelle entité dédiée à l'information ambulatoire la gestion de l'ensemble de ces données à l'instar de ce qu'elle fait avec le PMSI à charge pour elle d'en redispacher les éléments aux organismes payeurs, aux organisations professionnelles pour ce qui les concernent et aux ARS et aux URPS dans les régions.

Il va de soi que, là aussi, les médecins restent propriétaires de ces données médicales, qu'elles sont mises à disposition de l'Etat et de l'Assurance maladie en contrepartie du financement accordé, comme c'est le cas pour les données du PMSI qui sont traitées par l'ATIH²¹.

3.7. Utiliser les systèmes d'informations pour améliorer le pilotage du système de santé

On ne peut pas piloter le système de santé sans disposer de systèmes d'information.

Cela est vrai pour toutes les étapes du pilotage :

- Pour établir des projets territoriaux de santé, il faut connaître autant l'offre de soins ambulatoire qu'hospitalière et avoir une juste idée de leur activité,
- Pour attirer des médecins dans les zones déficitaires, il faudrait offrir aux praticiens des états prévisionnels de besoins et d'effectifs médicaux, territoire par territoire, ce qui n'est pas aujourd'hui possible pour des raisons exposées en une autre partie du rapport²²,
- Pour la maîtrise médicalisée des dépenses et la gestion du risque, il faut connaître la consommation de soins des assurés dans sa globalité, leur état de santé et plus largement les besoins des populations.

Le déploiement des systèmes d'information de la médecine de ville devrait permettre de mieux répondre à ces différents enjeux et d'améliorer le pilotage du système de santé.

Mais cela implique de doter les ARS de compétences en la matière afin que soient exploitées au mieux les données qui pourront leur être fournies.

Dans cette attente d'actions ambitieuses, il conviendrait déjà de faire en sorte qu'un échange d'informations entre régions se fasse et que le partage d'expériences réussies ou non ouvre la voie au déploiement de certaines initiatives ou corrigent la conduite d'autres.

²⁰ Nous verrons dans le chapitre consacré aux modes d'exercice de la médecine de proximité, plus précisément aux maisons et pôles de santé, les modalités d'emploi et de financement de ces personnels.

²¹ Agence technique de l'information hospitalière.

²² Cf. Partie 2 Chapitre 2 « une nouvelle organisation de l'offre de soins ambulatoire ».

3.8. Lever les obstacles juridiques au développement de la télémédecine

Comme nous l'avons vu (cf. §1.5), la télémédecine est un acte médical à part entière et les règles déontologiques et juridiques applicables à tout acte médical le sont aux actes de télémédecine.

Cependant, certains actes, comme la télé-expertise qui est un échange entre deux ou plusieurs professionnels de santé qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique, nécessitent d'élaborer des protocoles de bonnes pratiques et de définir la responsabilité des différents acteurs, notamment celle du médecin sollicité et du médecin sollicitant

Selon le code de déontologie, chaque médecin participant à l'acte de télémédecine reste personnellement responsable, qu'il soit médecin *sollicitant* ou médecin *sollicité*. Il faudra clarifier la responsabilité du médecin *sollicité* vis-à-vis du patient télé consulté. L'intégrer dans une relation contractuelle avec le patient, c'est reconnaître la nécessaire mutualisation des savoirs et l'exercice pluridisciplinaire de la médecine d'aujourd'hui. Pour cette raison, c'est une recommandation de la mission.

Nous avons vu combien la télémédecine était un élément structurant de la modernisation de notre système de santé et le support indispensable au développement de l'exercice collectif de la médecine.

La loi et en application les codes de déontologie des professions de santé, doivent donc être modifiés pour reconnaître cette évolution des pratiques, justifiée notamment par une nécessité de prendre aujourd'hui en charge, dans sa globalité, un patient atteint de plusieurs maladies chroniques, soignés par plusieurs professionnels de disciplines différentes et ce, parfois à distance.

3.9. Clarifier les conditions de facturation des actes de télémédecine

L'exercice de la télémédecine ne fait pas encore l'objet d'une reconnaissance particulière dans le cadre de la classification des actes médicaux (CCAM).

Le financement des pouvoirs publics a été jusqu'à présent non pérenne, essentiellement consacré à accompagner des études pilotes.

Le décret du 19 octobre 2010 prévoit encore un financement non pérenne des actes de télémédecine puisque se faisant par le biais du FIQCS ou des dotations MIGAC.

L'absence de rémunération clairement identifiée de l'activité de télé-consultation et de télé-expertise freine le développement de la télémédecine dans le contexte du financement à l'activité et le rend impossible dans le secteur libéral.

Il importe que très vite soit établie une cotation de ces actes sous peine là aussi de freiner le développement de la télémédecine et d'en décourager les précurseurs, alors même que nous l'avons vu, c'est un élément déterminant pour faciliter l'accès aux soins en tout point du territoire.

3.10. Utiliser l'informatisation pour dématérialiser les tâches administratives et optimiser le temps médical

Nous avons dit que l'idée maitresse de ce rapport était de repositionner les médecins sur leurs compétences, là où ils ont une vraie valeur ajoutée.

Pour les médecins, cela signifie dégager du temps médical, pour les autres professionnels de santé, valoriser leurs expertises.

Or, nous allons l'examiner (cf. § 2.2.6 du chap.2 de la partie 2), on observe dans les cabinets libéraux une charge administrative et de gestion croissante sans pour autant que cela ne s'accompagne de meilleures capacités de pilotage du système de soins ni d'une amélioration significative du service rendu aux usagers à l'exception notable mais isolée du remboursement grâce au système SESAM- Vitale.

A titre d'exemple, l'approche des télé-services par l'Assurance Maladie (« Espace Pro Améli ») repose en fait sur un déport de tâches administratives de la CNAMTS vers les professionnels et n'est pas abordée sous cet angle de la simplification. Cela a pour conséquence néfaste de donner une perception négative de l'outil informatique par les professionnels.

C'est une des fonctions essentielles des systèmes d'information dans tous les secteurs d'activités que d'automatiser ou simplifier certaines tâches. La médecine ne saurait faire exception, les méthodes visant à simplifier les processus devant y être aussi appliquées. Des services de l'Etat comme ceux de l'administration fiscale ont réussi ce pari. La tâche était pourtant tout aussi complexe et ambitieuse.

La mission propose la mise en place d'un groupe de travail pérenne en charge de la simplification administrative de la production des soins en pratique ambulatoire.

Partant de l'observation et de l'analyse des processus au plus près de la pratique, ce groupe s'attachera à réduire le temps et la complexité des tâches administratives et de gestion par une double démarche de simplification et de dématérialisation des processus.

Afin d'être en capacité d'agir, ce groupe doit être composé de représentants de l'Etat, de l'Assurance Maladie et de professionnels de santé.

3.11. Accompagner les acteurs dans cette démarche de conduite du changement

Les impacts majeurs du développement des TIC dans le secteur de la santé ne seront pleinement positifs qu'à condition que leur déploiement et leur appropriation fassent l'objet d'un accompagnement adapté de tous les acteurs en matière de conduite du changement.

Pour cela, il est nécessaire de :

- Impliquer les professionnels de santé dans la définition des orientations stratégiques en matière d'informatisation,
- Développer les formations, initiale des étudiants dans les métiers de la santé et continue des professionnels de santé en matière d'utilisation des systèmes d'information et d'exploitation des données médicales,
- Lancer une campagne globale de sensibilisation des professionnels de santé et du grand public, afin de s'assurer de leur adhésion
- Mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement du changement permettant à tous les acteurs de s'approprier ces nouvelles démarches et outils, que les publics soient des personnels des ARS, des organismes payeurs, des administrations centrales de la HAS, etc.

Ces actions d'accompagnement du changement doivent couvrir toutes les dimensions du projet concerné : organisation ; fonctionnalités applicatives et techniques; aspects administratifs, budgétaires, juridiques et financiers ; logistique; maintenance.

Le coût de ce plan d'accompagnement de la conduite du changement qui s'étagera nécessairement sur plusieurs années devra être inclus dans le financement de la télémédecine tel qu'évoqué au § 3.3.2.

PARTIE 2 :

**CHANGER LES MODES DE PENSEE ET DEVELOPPER DE
NOUVEAUX MODES D'EXERCICE**

Nous l'avons déjà évoqué, nous sommes à une période charnière de l'organisation de la santé dans notre pays, restructuration hospitalière, déficit du nombre de médecins et situation économique du pays difficile, se révélant paradoxalement de formidables opportunités pour changer nos modes de pensée et entreprendre des réformes.

La formation des médecins, dont nous avons précédemment écrit qu'elle devait profondément évoluer afin de faire découvrir aux étudiants toutes les facettes de la médecine, et les nouvelles techniques de l'information et de la communication permettront dans le futur de développer un exercice plus coopératif de l'offre de soins.

La relation prescripteur/prescrit, qui est celle que des générations de professionnels de santé ont connue, va s'en trouver bouleversée. De vrais partages de tâches vont se mettre en œuvre, que ce soit par raison, du fait du manque de médecins, ou par volonté affirmée, pour optimiser le temps médical.

L'évolution est inéluctable, les esprits changent et les jeunes générations travailleront différemment de leurs aînés. Les vrais déterminants du choix de s'installer sont et seront en particulier pour les médecins, les conditions de travail, la capacité à travailler en équipe, la qualité de vie et la possibilité de concilier au mieux vie professionnelle et vie privée. Dans ces conditions, les modes d'exercice regroupés seront privilégiés car répondant à ces critères.

Mais en parallèle, pour accompagner ces regroupements, doivent être imaginés de nouveaux modes de rémunération des professionnels et un financement de ces exercices regroupés, à l'origine de nouveaux services pour les patients.

Dans le même temps, si les professionnels sont amenés à évoluer et ce parfois dans la douleur, les institutions devront elles aussi changer. Les Agences Régionales de Santé sont de création récente mais seront demain les interlocuteurs privilégiés des exercices regroupés de professionnels de santé. Les organismes payeurs vont donc devoir adapter leurs activités aux nouvelles données de la loi HPST et trouver leur place dans un schéma institutionnel qui n'est plus celui qu'ils ont connu. Quant à l'Etat il va devoir apprendre à être davantage garant que gérant.

C'est donc bel et bien une véritable révolution culturelle que devront vivre les acteurs de santé, acteurs de terrain ou institutionnels. Pour être réussie, elle devra être accompagnée, expliquée et financée.

CHAPITRE 1 :

LES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE, UNE CHANCE POUR NOTRE SYSTEME DE SANTE

Les études de médecine, du fait du taux d'échec à l'issue du PCEM1 et d'une formation dispensée en CHU, conduisent à une vision élitiste du métier de médecin. Cela influe durablement sur les comportements et induit un mode de fonctionnement très cloisonné de l'offre de soins.

Or cet exercice compartimenté ne sera plus demain compatible avec les besoins des patients, leur degré d'information et le progrès technique.

Les médecins vont devoir apprendre à coopérer, à partager leurs activités, celles qui ne réclament pas la plénitude de leurs compétences et non pas simplement celles qui ne leur plaisent pas.

Anticipée, préparée et non subie, la coopération entre professionnels de santé constitue une chance pour tous les professionnels de santé, une garantie d'accès à une offre de santé de proximité pour les populations et porteuse d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité de notre système de santé.

1. DES RELATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE MARQUEES PAR LE LIEN PRESCRIPTEUR/PRESCRIT

1.1. Les textes sont inadaptés à une organisation des soins moderne

En France, le code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé : les professions médicales (médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes), les professions pharmaceutiques (pharmaciens et préparateurs) et les auxiliaires médicaux.

L'activité de soins est, de ce fait, organisée, pour l'essentiel, en fonction de la définition de ces professions, celle-ci étant elle-même établie à partir de l'autorisation, donnée par voie réglementaire, de l'exécution de leurs tâches.

L'autorisation donnée de façon restrictive à certains professionnels de réaliser certains actes est directement liée à la possession de diplômes particuliers déterminés par la loi, cette situation se voulant le témoignage de la recherche d'une sécurité maximale.

Ainsi, les professions de santé se trouvent restreintes dans leurs initiatives de répartition de leurs activités par des décrets de compétence rigides qui énumèrent des listes limitatives d'actes.

1.2. Le partage d'activités n'est pas une démarche naturelle des professions de santé

1.2.1. Un temps médical mal utilisé

La France se caractérise par rapport aux autres pays européens (et aux pays anglo-saxons en particulier) par un nombre de médecins par habitants parmi les plus élevés et a contrario par un nombre de professionnels paramédicaux faible par médecin.²³

Mais en France, la réglementation réserve aux seuls médecins la possibilité d'effectuer certaines tâches qui, à l'étranger, sont déléguées aux membres des professions paramédicales, situation dont on peut se demander si elle est la cause ou la conséquence de ce déséquilibre numérique entre professions.

Ainsi, dans deux domaines souvent cités comme étant les parents pauvres de notre système de santé, et dans lesquels il est vrai, la France peine à trouver ses marques, la prévention primaire et l'éducation thérapeutique des malades chroniques, les tâches exercées relèvent des médecins alors que d'autres professions de santé seraient en mesure d'en prendre en charge une partie significative, avec au moins autant d'efficacité. Certaines expériences étrangères ont montré que certaines d'entre elles, les infirmières notamment, assument ce type d'activité.

²³ En 2007 le nombre de médecins en France était de 3,4 pour mille habitants (moyenne OCDE : 3,1 pour mille)

En 2007, le nombre de personnels infirmiers était en France de 7,7 pour mille habitants (moyenne OCDE : 9,6 pour mille)

Le ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins était en 2007 en France de 2,3 (moyenne OCDE : 3,1)

Les projections démographiques des professions de santé et notamment de certaines spécialités médicales mettent en évidence une perspective de forte diminution du nombre de médecins dans les prochaines années. Cette raréfaction du temps « médecin » sera d'autant plus prégnante que nous vivrons dans le même temps un accroissement de la demande de soins et une tendance des praticiens à réduire la durée de leur temps de travail.

Ce constat conduit à rechercher les modalités d'un transfert de tâches vers d'autres professions de santé afin de dégager du « temps médical » et permettre aux médecins de se recentrer sur ce qui constitue leur cœur de métier et leur véritable valeur ajoutée.

De surcroît, une activité des professions de santé dans un cadre pluridisciplinaire et coordonné est de nature à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral encore trop basé sur un caractère individuel et isolé et surtout organisé sur un mode mono professionnel, ce qui ne correspond plus aux attentes des jeunes générations qui ont, toutes professions confondues, une forte exigence qualitative de leur métier.

1.2.2. Des professions de santé insuffisamment prêtes à des évolutions

Les auditions conduites ont montré les réticences parfois suscitées chez les médecins, notamment généralistes, par cette idée de partage des compétences. Le fait que ces derniers parlent de délégations de tâches quand certaines professions para médicales parlent de transferts reflète cet état d'esprit.

Il est intéressant de noter que cette réticence n'est pas seulement le fait des médecins installés depuis longtemps mais est parfois exprimée par certains jeunes médecins qui attachent une grande importance à la partie « non curative » de la prise en charge des patients et entendent être fortement présents dans ces volets prévention et éducation thérapeutique.

Cette inquiétude n'est pas illégitime dans un contexte qui a vu ces dernières années considérablement augmenter leurs tâches administratives (réponses aux multiples demandes des caisses d'assurance maladie, certificats divers, ...), ceci faisant craindre aux médecins qu'en les déchargeant de certaines activités qui entrent aujourd'hui dans leur champ de compétences, on vide un peu plus de son intérêt leur métier qui déjà a eu tendance à se « démedicaliser » au fil du temps.

Il faut d'ailleurs souligner que certains paramédicaux eux-mêmes sont parfois réticents à partager leurs compétences. Ainsi en est-il de certaines infirmières qui répugnent à transférer, par exemple, aux aides soignantes les soins d'hygiène.

A contrario, les organisations de pharmaciens d'officine sont pour certaines d'entre elles, demandeuses d'un élargissement de leurs missions.

En fait, le concept de coopération entre professionnels de santé ne doit pas susciter un climat de défiance et de concurrence entre eux. Il est basé sur la recherche d'une valeur ajoutée qui à vocation à tirer vers le haut toutes les professions concernées de la fonction d'aide-soignante à celle de médecin en passant par toutes les professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

Mais au-delà de ces difficultés qui trouvent leurs origines dans les textes cités précédemment et dans des formations très cloisonnées, tous les acteurs s'interrogent, à juste titre, sur les conséquences de ces éventuels partages d'activités en matière de responsabilité professionnelle, les médecins ne voulant pas assumer la responsabilité d'un acte qu'ils n'auraient pas personnellement assuré et les paramédicaux ne souhaitant pas toujours être confrontés aux effets d'une autonomie à laquelle ils n'ont pas été préparés.

1.2.3. Une dynamique de changement portée par le progrès technique et l'amélioration de la formation initiale

D'autres arguments plaident cependant en faveur de la mise en place de coopérations entre professionnels de santé.

Le niveau de formation de la plupart des professions de santé s'est élevé depuis plusieurs décennies et les compétences de ces professionnels peuvent être aujourd'hui utilement mises à contribution.

Il en est ainsi, à titre d'exemple, de la profession d'infirmière dont le niveau est reconnu à bac + trois (licence) pour les promotions actuelles et qui comporte, d'ores et déjà, plusieurs formations complémentaires spécialisées d'un an ou 18 mois qui peuvent ouvrir la voie à un élargissement de leurs compétences.

Enfin, les progrès technologiques des dernières décennies (techniques médicales de diagnostic, techniques opératoires, nouvelles thérapeutiques mais aussi télémédecine) facilitent l'émergence de nouveaux partages des compétences entre les professionnels de santé et vont certainement profondément modifier à l'avenir certaines pratiques. C'est d'ailleurs un des effets, positif ou négatif selon les points de vue, de l'hyperspécialisation de spécialités aujourd'hui médicales, assises plus sur l'accomplissement d'un acte technique que d'une démarche intellectuelle. Des gestes simples mais répétitifs pourront demain être assurés par des professionnels non médecins, l'exemple d'opérations de la cataracte ou de poses de prothèses simples, assurables par des techniciens spécialisés, ayant été cités par certains interlocuteurs de la mission

Ce sujet des coopérations avait été longuement évoqué lors des Etats Généraux de l'Organisation des Soins (EGOS) de 2008 et la nécessité de modifier les missions des différents professionnels de santé avait été actée.

Plusieurs travaux de réflexion sur la possibilité de coopérations conçues sous la forme de délégation de tâches et de compétences ont permis d'avancer sur le sujet et il convient, notamment, de se référer à un des premiers rapports sur le sujet, du Professeur Yvon BERLAND présenté en octobre 2003, qui a ensuite été complété par d'autres études²⁴ pour envisager une accélération des évolutions dans ce sens.

Dans ce rapport, l'auteur indiquait que l'analyse des pratiques nord-américaines et européennes et la synthèse des entretiens auxquels il avait procédé dans le cadre de sa mission l'amenaient à conclure au caractère urgent de l'organisation de transferts de compétences entre les professionnels de santé.

En décembre 2007, la HAS, en collaboration avec l'ONDPS, a soumis à la consultation publique un projet de recommandations sur les conditions des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé. Ce travail posait les bases de possibles évolutions en introduisant, notamment, la notion de référentiels métiers et compétences, ceci permettant d'aborder sous un angle nouveau la problématique de l'articulation des métiers de la santé.

D'ores et déjà, à la suite de ces travaux, le chantier d'élaboration de référentiels métiers est largement engagé pour l'ensemble des professions de santé (cf.2.2 ci-dessous).

2. CERTAINS PAYS ETRANGERS PRECURSEURS EN MATIERE DE COOPERATIONS EN SANTE

Les délégations de tâches et d'actes médicaux à des professions para médicales ont été organisées dans certains pays anglo-saxons à partir des années 60 et concernent surtout les infirmiers. Ces pratiques ont fait l'objet d'évaluations.

Il n'est pas toujours simple de transposer au système français ces démarches et ces évaluations en raison du caractère très différent des systèmes de soins étrangers et de modalités très variables de solvabilité des frais de santé. Pour autant, ces exemples étrangers nous fournissent un éclairage qui mérite d'être pris en considération.

Les pays les plus ouverts en la matière sont le Canada, les Etats-Unis, la Grande Bretagne, la Nouvelle Zélande et l'Australie.

²⁴ « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de la santé », Groupe de travail présidé par Mireille ELBAUM décembre 2007,

« Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de la santé : aspects juridiques », Groupe de travail présidé par Claude EVIN décembre 2007

2.1. Les domaines de l'éducation thérapeutique et les actions de prévention sont le terrain privilégiée des coopérations

Les transferts de tâches des médecins au profit des infirmières portent de façon privilégiée sur des activités d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique en direction de patients atteints de pathologies dont la prise en charge comporte un fort volet d'information.

Il est souvent apparu dans ces exemples étrangers que pour ces activités, les infirmières obtiennent de meilleurs résultats que les médecins (éducation nutritionnelle du diabétique et formation à sa prise en charge thérapeutique, éducation nutritionnelle des personnes en surpoids, éducation des patients dialysés...). Le temps nécessairement court d'une consultation chez le médecin, la disponibilité de plus en plus faible des praticiens mais aussi une proximité relationnelle teintée de plus d'humanité chez les infirmières, expliquent très certainement cette bonne performance de ces dernières sur ce type d'activité.

2.2. La pratique d'actes techniques par des professions paramédicales est courante à l'étranger

- Dans les pays d'Amérique du Nord et même dans certains pays d'Europe²⁵ certains examens d'échographie sont réalisés par des manipulateurs d'électro radiologie. En revanche, les examens restent, en général, interprétés par des radiologues.
- Dans le domaine de l'ophtalmologie, la Grande Bretagne et l'Allemagne ont développé de longue date une délégation du diagnostic des troubles de la réfraction à une profession non médicale (les optométristes) qui est également habilitée à faire les études de champ visuel, les fonds d'œil non-dilaté et les mesures de la tension oculaire.
- D'autres exemples de transferts de tâches à l'étranger doivent être cités bien qu'ils ne concernent pas à proprement parler la médecine de proximité : la pratique de coloscopie ou de l'anesthésie par des infirmières spécialisées (ou formées sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin) est relativement courante et fait l'objet de protocoles dans un grand nombre de pays.

2.3. Un champ de transferts qui peut parfois concerner le « diagnostic »

Il est intéressant de noter que les délégations de tâches des médecins vers les infirmières ne se limitent pas dans certains pays à des activités d'éducation et d'information ou à la pratique d'actes techniques et qu'ici ou là se développe une activité de consultations avec attribution d'un pouvoir de prescription, le périmètre de celui-ci étant plus ou moins limité par la réglementation.

Ainsi en Grande Bretagne, il existe des consultations de premier recours assumées par des infirmières qui déchargent les médecins de la prise en charge des pathologies courantes dont le diagnostic et le suivi ne présentent pas de difficultés particulières.

Ces expériences sont réalisées dans un cadre bien particulier. Elles ont lieu, en général, dans des cabinets pluridisciplinaires de soins primaires, organisation qui permet aux infirmières de réorienter, si besoin, leur patient vers un des médecins du cabinet.

Dans tous les cas, les transferts de tâches mis en place sont encadrés par des protocoles précis.

2.4. Les transferts de tâches sont soumis au préalable d'une formation spécifique

La plupart de ces pays ont mis en place un système qui consiste à transférer des compétences à des infirmières ayant bénéficié après leur formation d'une spécialisation complémentaire (à l'exemple des « infirmières cliniques spécialistes » ou des « infirmières praticiennes » du Canada ou de Grande Bretagne), le transfert pur et simple de certains actes médicaux aux infirmières titulaires du diplôme de base restant rare.

De même, dans la plupart des pays cités comme ayant délégué la réalisation des échographies aux manipulateurs radio, ces derniers reçoivent une formation complémentaire pour réaliser ces examens (formation de deux ans en plus de la formation de base).

²⁵ Le Professeur BERLAND citait dans son rapport de 2003 : Le Royaume Uni, les Pays Bas, la République Tchèque, la Grèce, la Hongrie, la Norvège, la Finlande, le Portugal et l'Autriche

3. UNE DEMARCHE TIMIDE EN FRANCE

3.1. Le nombre d'expérimentations conduites en application de la loi de 2004 est réduit

L'article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopération entre professions de santé et aux possibilités de transfert de tâches entre professions médicales et autres professions de santé.

Seize expérimentations de transferts de compétences²⁶ à des personnels paramédicaux ont été conduites de 2003 à 2007. Elles ont concerné des actes techniques (échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives), des actes médico-techniques (suivi de patients recevant des chimiothérapies à domicile), ou des actes médicaux (consultation de prévention et de dépistage pour le suivi des maladies chroniques).

Ces expériences ont fait l'objet d'une évaluation²⁷ par l'ONDPS et la HAS qui ont conclu au caractère positif de ce mode de travail.

- Il a été montré dans un premier temps que la réalisation d'actes médicaux par des professionnels paramédicaux, préalablement formés, était faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients.

- Cette évaluation a permis ensuite de mettre en évidence la nécessité de construire des projets impliquant des prises de décision de professionnels paramédicaux dans un cadre organisationnel précisé au préalable.

- Le besoin en formation spécifique a été confirmé par ces expérimentations tant sous l'angle de la théorie que de la pratique.

- Sous réserve du respect de ces conditions, les résultats enregistrés ou décisions prises selon qu'ils aient été le fait d'un professionnel paramédical ou d'un médecin ont été concordants sur le plan qualitatif et ont permis d'estimer globalement positifs les résultats de ces expérimentations.

Il est cependant à noter que les expérimentations conduites dans le cadre de la loi de 2004 ont été peu nombreuses, dans des domaines trop restreints et sur un mode relationnel médecins-paramédicaux parfois restrictif, le professionnel en charge de nouvelles missions étant salarié des médecins.

Il est donc évident que, pour intéressantes que soient ces initiatives, elles ne répondent pas au nombre et à l'étendue des partages d'activités qui pourraient être initiés dans les années futures.

3.2. La loi HPST renforce la possibilité de développer des coopérations

La loi HPST a tiré leçon de la faiblesse du nombre d'initiatives et a ouvert la voie aux évolutions structurelles en sortant du caractère expérimental inscrit dans la loi de 2004.

Elle met en place un système de dérogation des conditions légales d'exercice de leur profession qui autorise les professionnels de santé à s'engager dans une démarche de coopération dont l'objet est d'opérer entre eux des transferts de tâches ou d'actes de soins.

Ces transferts doivent être organisés dans le cadre du respect de protocoles de coopération soumis à l'Agence Régionale de Santé qui vérifie qu'ils correspondent à des besoins de santé dans la région concernée et aux principes édictés par la Haute Autorité de Santé. Le directeur général de l'ARS autorise ensuite la mise en œuvre des protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de Santé.

²⁶ Définition compétence : maîtrise d'un savoir faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée

Définition d'une activité : premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé

²⁷ HAS-ONDPS décembre 2007

Au-delà de démarches ciblées, la Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national et, dans ce cas, la décision d'une ARS autorisant la mise en œuvre du protocole est prise sur simple information de la HAS.

Il est à noter que ces démarches de coopération ont été étroitement encadrées, l'idée n'étant nullement d'instaurer un système de soins dont la sécurité serait amoindrie. C'est ainsi que la Haute Autorité de Santé a publié des guides en septembre 2010 qui précisent la démarche mise en place et les conditions dans lesquelles elle donnera son avis sur les protocoles

Plusieurs critères devront être réunis :

- un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle,
- un accès à des soins de qualité,
- une maîtrise des risques de la nouvelle prise en charge des patients.

Pour autant, s'il est compréhensible et même indispensable que dans notre pays de droit écrit, où existent des décrets d'actes des professionnels de santé, les Pouvoirs Publics créent une procédure spécifique pour autoriser les projets de coopération professionnels avec, dans chaque cas, un avis de HAS, il faut néanmoins éviter l'effet dissuasif d'une procédure administrative lourde pour les promoteurs de projet qui viendrait s'ajouter à d'autres mesures perçues déjà comme pesantes.

Aussi il apparaît nécessaire que les ARS soient sur ces sujets en situation d'accompagner les porteurs de ces demandes de coopérations et se dotent des compétences humaines pour assurer ce rôle de facilitateur afin que ces projets de partages d'activités ne se transforment pas en courses d'obstacles.

La confrontation d'expériences entre ARS et la reproduction des démarches suivies d'une région à l'autre, dans la mesure où elles sont réussies, s'avèrent indispensables pour accélérer la mise en œuvre de ces projets, en assurer la qualité et en faciliter l'évaluation et, parfois éviter de refaire les erreurs déjà vécues par d'autres.

Les déplacements en province de la mission lui ont permis de constater que les exemples étrangers et même les expériences réalisées en France restent largement inconnues des professionnels. La presse et la littérature médicale française ont, d'ailleurs, donné peu d'échos à ce type d'expérimentations.

En outre, il est indispensable que la possibilité dont dispose la HAS de généraliser un protocole à l'ensemble du territoire national soit mise à profit dès que les évaluations en auront confirmé l'efficacité et la sécurité afin d'alléger la procédure en la remplaçant par un simple régime de déclaration.

3.3. Certains domaines de la médecine de proximité pourraient être prioritairement concernés

Les multiples auditions auxquelles la mission a procédé ont permis de mettre en évidence une forte attente des professionnels sur ce sujet, toutes professions confondues, même si comme il a déjà été indiqué ce souhait était parfois teinté de réticences ou d'imprécisions quant au périmètre de ces coopérations et de craintes sur le champ des responsabilités.

La loi HPST donne clairement l'initiative dans ce domaine aux professionnels eux-mêmes qui doivent concevoir et élaborer des projets pour les soumettre à l'ARS dont ils relèvent. Il n'appartient donc pas à cette mission de définir dans le cadre de ce rapport les contours ou les limites d'un chantier de mise en place de coopérations au sein des professions de santé.

Il est cependant clair que cette démarche opérationnelle sur le terrain est fortement dépendante du travail en amont sur les référentiels métiers de toutes les professions de santé et de toutes les spécialités médicales (cf. 1.2.3). L'écriture de ces documents permettra d'actualiser les décrets de compétences des diverses professions de santé

Il est néanmoins possible de citer au niveau de la médecine de proximité des domaines dans lesquels les expériences étrangères donnent des pistes :

- l'amélioration de la coopération entre médecins et sages femmes dans le suivi des grossesses, dans la mesure où statistiquement peu sont complexes, voire dans d'autres domaines de la gynécologie si le besoin n'est pas couvert,

- la délégation à des infirmières de certaines tâches d'éducation thérapeutique pour certaines maladies chroniques (insuffisance cardiaque, asthme, diabète, obésité...),

- la délégation d'actes d'ophtalmologie aux orthoptistes en particulier (dont la formation doit être modifiée ou complétée en conséquence) afin d'améliorer les conditions d'accès à un avis ophtalmologiste qui devient problématique dans certaines régions,

- la délégation de certains actes (détartrage, scellement de sillons et application de fluor, prise d'empreintes...) à des professionnels assistant les chirurgiens dentistes dont les délais d'accès s'accroissent en certains territoires là aussi du fait de leur situation démographique et de leur concentration en certains lieux.

4. ASSOULPIR LES TEXTES ET OUVRIR DAVANTAGE LA VOIE AUX EXPERIMENTATIONS

La nécessité de recentrer tous les acteurs sur leur valeur ajoutée et donc d'amorcer pour tous un mouvement ascensionnel en matière de compétences doit être un postulat de la démarche engagée.

4.1. Sortir d'une définition des professions de santé établie sur des décrets d'actes

Le cadre réglementaire actuel des différentes professions de santé est rigide et ne permet pas d'introduire les évolutions avec la rapidité nécessaire qu'impose pourtant la satisfaction des besoins des usagers de la santé.

Ainsi, il paraît difficile d'envisager une modification ponctuelle des décrets d'actes en fonction des décisions de généralisation à l'ensemble du territoire des protocoles de coopération par la HAS. Il s'agirait alors d'une procédure permanente de mise à jour de ces décrets qui serait matériellement extrêmement lourde d'autant plus qu'une procédure législative s'avère obligatoire car la loi fait référence aux décrets d'actes.

Il est donc devenu inéluctable de sortir du cadre actuel de la définition des professions basée sur des décrets d'actes. Il est surtout devenu impératif d'avoir une lecture transversale de ces professions et non plus une approche profession par profession, sous peine de voir ces révisions être inspirées plus par le souci de protéger que par le souhait d'innover.

Une refonte de ces textes établie pour les professions de santé, qu'elles soient médicales ou paramédicales, sur la notion de mission est donc à privilégier. Ce système qui existe déjà dans certains pays anglo-saxons et en Allemagne présente une souplesse bien plus adaptée aux évolutions actuelles.

Cette souplesse ne doit, cependant, pas se faire au détriment de la qualité et de la sécurité. Cette notion de mission devrait être complétée par des critères plus sélectifs qui introduiraient des limites techniques à ne pas dépasser.

Il est par ailleurs évident que cette nouvelle approche de l'offre de soins devrait s'accompagner d'une rédaction de protocoles dont il conviendra d'évaluer le suivi.

Il est donc urgent de confier ce travail à la Haute Autorité de Santé, qui a commencé à s'imposer comme un interlocuteur des sociétés savantes et des organisations fédératives et de lui demander de produire des premiers résultats à échéance rapide.

Certaines missions déjà citées se prêtent mieux que d'autres à cette évolution. Il n'est pas interdit de commencer par le plus facile et le plus acceptable ! Il est certainement utile, dans cet esprit, de privilégier en pratique ambulatoire, le partage des compétences entre professionnels réunis dans un cadre organisé et reconnu, tel que les maisons ou les pôles de santé ou de les instituer dans des situations très spécifiques et dans des conditions précises, telles que l'absence de médecins sur un territoire où sont par contre présents paramédicaux et pharmaciens.

4.2. Revoir les référentiels des métiers et la formation des professionnels

La HAS, dans son rapport de 2007 sur les coopérations dans le domaine de la santé, avait souligné avec force la nécessité de faire évoluer les formations des professionnels de santé et de disposer des référentiels métiers et des référentiels compétences qui en découlent.

4.2.1. Rédiger prioritairement les référentiels métiers

Ces référentiels métiers permettent de recenser pour chacun d'eux les activités qui en relèvent (ce qui constitue le référentiel activité) et les compétences requises pour réaliser ces activités (référentiel compétences).

S'agissant des spécialités médicales, les travaux d'élaboration de ces référentiels activités et compétences ont été réalisés sous l'autorité de la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat (CNIPI) et sont sur le point d'être terminés à l'automne 2010 (au moment de la rédaction de ce rapport, la DGOS évaluait à 60 % la proportion de spécialités pour lesquelles le travail était terminé).

Pour les professions paramédicales, le même exercice est en cours sous l'autorité du Ministère de la santé (Direction générale de l'Offre de Soins), les travaux étant terminés pour certaines professions comme celle d'infirmier et en cours pour d'autres.

Les travaux sont conduits profession par profession (sur le triptyque référentiel activité-référentiel compétence-référentiel formation) à partir d'une méthodologie mise au point par un cabinet de consultants à la demande de la DGOS.

Ces référentiels sont donc établis profession par profession mais sont ensuite comparés les uns aux autres, dans le cadre d'une étude transversale qui a permis de mettre en évidence des zones communes entre ces professions tant sur le plan des activités qu'au niveau des compétences. Cela ouvre ainsi la voie à des formations communes pour ces différentes professions.

Il faut insister sur le fait que cette modalité de formation, entre étudiants destinés à des professions de santé différentes, peut être particulièrement bénéfique au niveau de l'apprentissage du travail pluridisciplinaire qui sera de plus en plus le leur à l'avenir.

En outre, au-delà de l'aspect formation, la mise en évidence par la comparaison des référentiels métiers de zones d'activités communes entre les professions permet de s'engager aisément dans la voie des coopérations entre les professions telle que précédemment évoquée.

4.2.2. Construire ensuite les référentiels de formation

Pour ce qui concerne plus particulièrement les actes transférés dans le cadre des coopérations professionnelles, il importe de distinguer ceux dont les compétences requises figureront dans le référentiel de formation de base et ceux qui devront relever d'une formation complémentaire.

Ainsi, certains actes transférables des professions médicales à certaines professions paramédicales pourraient être ajoutés dans leur décret de compétence sans modifier leur formation de base. Les expérimentations françaises ont clairement montré que certains actes ne relevaient pas de formations particulières sous réserve de la vérification de l'acquisition des savoirs faire correspondants.

En revanche, certaines tâches nécessitent des formations courtes d'approfondissement (par exemple dans le domaine de la nutrition, de l'hémodialyse, des plaies, de la douleur...). Ce type de formation correspond parfois à ce qui est actuellement inclus dans les programmes de certains diplômes d'université.

La procédure de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pourrait également être utilisée.

Le point essentiel, quelle que soit la méthode retenue pour atteindre l'objectif, sera de s'assurer de la capacité du professionnel à réaliser les actes des professionnels considérés.

Enfin, certains actes ou missions nécessitent des formations plus longues qui auront vocation à s'inscrire dans le dispositif des masters en fonction de la durée d'études nécessaires à l'accomplissement des activités.

4.3. Rémunérer les coopérations

Les nomenclatures actuelles ne permettent pas la rémunération des différents intervenants dans les tâches de coopération, les négociations conventionnelles profession de santé/ assurance maladie n'intégrant pas cette intrication possible des activités et ce d'autant moins que les négociations sont conduites profession par profession

En l'absence d'évolution tarifaire, les professionnels qui présenteront un projet de coopération à l'ARS de leur région se heurteront donc à des difficultés pour en assurer le financement ce qui condamne à brève échéance toute initiative, à l'instar de ce que nous avons vécu par le passé avec d'autres initiatives arrêtées faute de financements pérennes.

Pour satisfaire à ces légitimes ambitions de développement de coopération dont on a vu qu'elles allaient dans le sens du vent de l'histoire et qu'elles étaient, qui plus est, certainement un élément de réponse à la désertification médicale, il importe de revisiter les modes de rémunération des professionnels de santé en application de l'article 44 de la LFSS 2008. Le chapitre consacré aux nouveaux modes de rémunération et au financement des maisons et pôles de santé permettra de préciser nos propositions en la matière.

4.4. Préciser les règles de responsabilités propres à chaque acteur

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'audition des représentants des professions de santé libérales a montré de fortes inquiétudes quant à l'exercice de la responsabilité des professionnels engagés dans une démarche de partages d'activités.

Il convient tout d'abord de rappeler que les garanties dues par les assureurs ne portent que sur des activités déclarées qui correspondent, pour les professions réglementées, à celles de leur décret de compétence.

Ceci signifie qu'en préalable à toute autre démarche, une déclaration aux assureurs devra être faite par les promoteurs de projet pour chaque activité qu'ils envisagent de « transférer ». Une attestation de leur assurance prouvant leur couverture sur le plan de la garantie en responsabilité civile professionnelle pour les actes décrits dans le protocole de coopération devra d'ailleurs être fournie à la HAS à l'occasion du dépôt de la demande

Lorsque le projet émanera d'une structure dans laquelle les professionnels sont salariés c'est son directeur qui sera chargé de fournir cette attestation (cf. guide de la HAS sur les protocoles de coopération des professionnels de santé paru en septembre 2010)

Il conviendra de se montrer particulièrement vigilant sur ce point et de décrire avec précision les actes effectués par des professionnels en dérogation de leur décret de compétence²⁸, en particulier lors de l'autorisation des premières coopérations et dans l'attente des révisions des textes réglementaires régissant les professions

La lourdeur de ces procédures dans le montage des projets illustre, une nouvelle fois si besoin en est, l'impératif de publication de textes modifiant les décrets de compétences et établissant clairement les conditions requises pour l'exercice de ces partages d'activités (cf. 4.2)

Mais au-delà des conditions d'assurance propres à chaque professionnel de santé impliqué dans ces coopérations, il convient de s'interroger sur l'intérêt d'instituer, pour les formes organisées d'exercice des professionnels tels que maisons ou pôles de santé dont on sait qu'elles seront les lieux privilégiés de ces coopérations, au moins dans un premier temps et pour des raisons évidentes, une assurance responsabilité civile attachée à la structure, comme cela est le cas pour un établissement de santé.

Ce système présenterait l'avantage de ne plus faire peser les risques sur les seuls professionnels engagés dans les partages d'activités mais sur une structure organisée, évaluée voire accréditée et en partie financée par la collectivité publique, ce qui devra constituer un gage de qualité et de sécurité.

²⁸ La tendance depuis 2004 est de fusionner dans un seul décret, dénommé décret de compétence, la définition des règles de la profession et l'énumération des actes autorisés

Il n'est d'ailleurs pas inenvisageable qu'à l'instar de ce que fait l'assurance maladie en participant à une partie de la prise en charge de la RCP de certaines spécialités à risque, de façon identique l'assurance maladie prenne en charge une part de ces responsabilités civiles que cela soit celle de la structure ou des professionnels. Cela serait d'autant plus logique que ces démarches de coopérations seront très certainement génératrices de gains de productivité et que cette recherche de l'efficience va dans le sens du plan stratégique de l'UNCAM.

4.5. Certifier les équipes engagées dans les coopérations pour garantir la sécurité

Il est vraisemblable que ces évolutions dont on a vu qu'ils étaient facteurs de craintes chez les professionnels risquent fort d'engendrer des inquiétudes encore plus fortes chez nos concitoyens qui ont développé une relation de confiance avec leurs professionnels de santé et qui les identifient aux tâches qu'ils assurent aujourd'hui, (même si nous avons vu qu'elles ne correspondaient pas obligatoirement à leur niveau de formation et de compétences).

Le bouleversement culturel peut être d'autant plus brutal qu'actuellement l'indice de satisfaction vis-à-vis de notre système de santé est globalement positif²⁹ et que seule une minorité de français souffre de difficultés d'accès aux soins et ce, de façon limitée pour des soins bien identifiés.

Un important travail de pédagogie et d'information sera donc à conduire en direction du grand public, le succès de cette démarche d'explications reposant inévitablement sur des garanties données de qualité et de sécurité.

Or, ces dernières années, nous nous sommes habitués à lire les résultats d'indicateurs qualité portant sur les établissements de santé voire sur des équipes de praticiens. Sans attendre, il convient d'imaginer ce que doivent être les indicateurs qualité de ces coopérations et des équipes qui les exercent, l'aboutissement ultime de cette démarche étant l'accréditation voire la certification de ces dernières, à l'instar de ce que nous connaissons pour les établissements de santé.

En parallèle et dans la logique de la remarque faite dans notre préambule selon laquelle une nouvelle organisation de notre système de santé ne pouvait être dissociée de la réforme de notre couverture maladie, il conviendra de réfléchir aux mesures incitatives (ou des pénalités ?) des patients qui accepteraient (ou pas) ces nouvelles modalités de prises en charge. Dans un contexte contraint des ressources affectées à la santé, nous ne pourrions échapper à ce débat.

²⁹ L'enquête du baromètre européen sur les principaux débats de santé 2010 (groupe Europ Assistance en partenariat avec le Cercle Santé et Société) montre que, sur un échantillon de citoyens de 8 pays (Etats-Unis d'Amérique et 7 pays européens), Les français portent sur leur système de soins un jugement globalement positif (61 % des sondés).

CHAPITRE 2 :

LES NOUVEAUX CADRES D'EXERCICE, LA VOIE DU RENOUVEAU POUR LA MEDECINE GENERALE

Favoriser et accompagner les coopérations entre professionnels de santé est une première étape indispensable pour développer un nouveau modèle d'organisation des soins, tant les mentalités demandent encore à bouger sur l'idée de partage d'activités. Mais ceci étant engagé, il faut ensuite créer les conditions matérielles du succès de l'exercice de cette pluridisciplinarité et lui offrir un cadre approprié. C'est tout l'enjeu des maisons de santé et des pôles de santé.

Pour autant il convient de ne pas céder à l'effet de mode ou résumer ces projets à de l'immobilier. Ces initiatives doivent répondre à une démarche des professionnels de santé eux mêmes, ne peuvent leur être imposées et pour cette raison ne doivent pas être le fait des seuls médecins, même si nous allons le voir et pour des raisons que nous avons déjà abordées dans les pages précédentes, ces derniers sont, toutes générations confondues, les plus impliqués, les plus demandeurs ou à tout le moins les plus intéressés par les MSP et les PSP.

Ne nous faisons pas d'illusions, même si une réelle dynamique est en œuvre sur le terrain, le pays ne sera pas dans les trois ans couvert de MSP ou de PSP. Ce n'est ni possible ni d'ailleurs souhaitable. En effet, pour être efficaces et répondre aux besoins des populations, ces regroupements de professionnels mettent nécessairement du temps pour se déployer tant est long la maturation de telles idées et spécifique chaque situation.

1. UN SYSTEME DE SOINS FRAGILISE PAR LE DEFICIT PROGRAMME DE MEDECINS DE PREMIER RECOURS

1.1. Le flou des définitions et des données chiffrées est préjudiciable à la détermination des besoins en offre de proximité

1.1.1. Une définition de la « médecine générale » trop hétérogène malgré les avancées de la loi HPST

La dénomination « médecine générale » recouvre des réalités bien différentes, les métiers exercés par les diplômés de médecine générale étant de fait très divers.

La loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire (HPST) - art. L4130-1 - a enfin donné un encadrement juridique à la médecine générale en la définissant comme médecine de premier recours :

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :
1° 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. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Quant à la médecine de premier recours, elle a été elle-même définie à l'article L1411-11 de la loi HPST comme suit :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au

niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Néanmoins au-delà de ce progrès indéniable en termes de reconnaissance de la spécialité, au sein même du groupe des médecins généralistes qui se consacrent pleinement aux soins de premier recours, les caractéristiques du métier varient selon les territoires, les patientèles, et aussi les modalités de prise en charge des patients. «*La médecine générale ne constitue pas un monde unique*»³⁰. Les tâches à accomplir peuvent être différentes compte tenu des éléments épidémiologiques locaux et des spécificités du territoire. L'existence d'établissements de santé avec hébergement et plateaux techniques, la proximité de confrères d'autres spécialités, les choix de pratique des médecins constituent des facteurs supplémentaires de variabilité de l'exercice.

Aussi, les médecins généralistes peuvent, en fonction de ces différents déterminants, avoir un exercice libéral, salarié ou mixte, isolé ou regroupé, exclusif ou non de la médecine de 1^{er} recours.

1.1.2. L'imprécision du nombre de médecins généralistes

67 % des 103 759 médecins généralistes exercent en 2010 à titre libéral, 11 % sont salariés du secteur privé et 22 % du secteur public, soit environ pour chaque segment 70 000, 11 000 et 23 000 médecins³¹.

Alors que les médecins généralistes exerçaient traditionnellement et très majoritairement en France leur métier de façon isolée, plus que dans d'autres pays, l'exercice en groupe³² est devenu récemment majoritaire. En effet, la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009³³. Cette augmentation est en partie générationnelle : elle est très marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe.

Les médecins généralistes exerçant en groupe travaillent pour les trois quarts d'entre eux dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblent en majorité deux ou trois praticiens.

De nombreuses imprécisions compliquent l'identification des professionnels du 1^{er} recours qui pratiquent un exercice en mode regroupé, et au sein de ce dernier, sous forme pluri-professionnelle. Cette difficulté de recensement est notamment liée au fait que le mode d'exercice regroupé peut prendre diverses formes:

- une association de médecins avec une mise en commun qui se limite au locaux et/ou de matériels voire à un secrétariat. Pour être peu différente de celle d'un médecin exerçant de façon isolée, la pratique professionnelle se trouve néanmoins ainsi facilitée en termes d'organisation du travail,

³⁰ *La médecine générale*, rapport 2006-2007 ONDPS Tome1, 2008.

³¹ Etude Haas/Vigneron pour la FEHAP précitée.

³² Le groupe est défini par la présence sur un même lieu d'exercice d'au moins deux professionnels de santé, quelle que soit la forme juridique du cabinet. On parlera de « groupes médicaux » quand ils ne sont constitués que de médecins et de « groupes pluriprofessionnels » quand ils réunissent des professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

³³ Etude IRDES-INPES Questions d'économie de la santé n° 157 – *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009* - septembre 2010

- un regroupement pluridisciplinaire, (médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) plus rare mais mis en œuvre parfois depuis de longues années par des précurseurs qui ont ainsi vu non seulement le moyen de partager des locaux et plus rarement un secrétariat (celui-ci restant souvent intra professionnel) mais également de mettre au service de la population, un ensemble de services de soins,

- et enfin plus récemment, des regroupements pluri disciplinaires, maisons et pôles de santé ou réseaux de professionnels, porteurs d'un projet de santé et d'une nouvelle organisation du travail.

En outre, à la frontière de ces divers modes d'organisation, existent des variantes, certains regroupements associant aussi, par exemple, des médecins d'autres spécialités voire des plateaux techniques de radiologie ou de biologie.

Tout ceci conduit aujourd'hui à une incapacité à apprécier quantitativement et qualitativement l'exercice non isolé des médecins.

Si la réalité quantitative de l'exercice regroupé s'avère impossible, l'identification du nombre de médecins qui exercent réellement une médecine de premier recours est largement aussi imprécise, comme en témoigne l'ONDPS.

On estime aujourd'hui à 40% les diplômés de médecine générale qui n'exercent pas une activité de soins primaires. Le rapport 2006-2007 de l'ONDPS précise que sur près de 107 000 généralistes diplômés recensés par l'Ordre des médecins au 1er janvier 2007 dont 96 890 en activité régulière³⁴, seuls 56 750 exerceraient effectivement la médecine générale de premier recours, 6 200 déclarant à l'Ordre un mode d'exercice particulier (MEP). Les autres omnipraticiens n'exerçant pas le 1^{er} recours exercent soit en milieu hospitalier – 3 168 sont recensés par le répertoire ADELI– soit détiennent des compétences spécialisées qui les éloignent des soins primaires – 18% des diplômés de médecine générale disposent selon le CNOM d'une compétence autre (gynécologie médicale, gériatrie- gérontologie...).

Le conseil de l'Ordre assortit cependant ces statistiques d'une réserve majeure: il ne peut apprécier avec précision la nature de l'activité d'un médecin généraliste. En effet, l'exercice particulier est difficilement recensé, certains médecins à exercice particulier exclusif sont intégrés dans les effectifs de médecins de premier recours. Pour les médecins diplômés de médecine générale exerçant en milieu hospitalier au titre de compétences autres, le CNOM les recense comme généralistes dans son fichier.

L'effectif des généralistes de premier recours n'est donc qu'une estimation et les statistiques publiées concernant les chiffres des installations sont, en partie pour cette raison, sujettes à caution.

Quoi qu'il en soit, au vu du caractère hétérogène de la qualification « médecine générale » et du nombre d'internes issus de cette filière qui n'exerceront pas la médecine de premier recours, on peut d'ores et déjà affirmer que l'augmentation du nombre d'internes en médecine générale ne garantit pas pour autant une amélioration de l'offre de soins de proximité dans les années à venir.

1.1.3. Une appréciation quantifiée de l'offre de santé de proximité quasi impossible

Ces imprécisions ont une conséquence grave : l'absence de données chiffrées relatives au nombre exact de médecins de premier recours et aux différents modes d'organisation ne permet pas d'avoir une connaissance fine et une analyse précise de la réalité de l'offre de soins de proximité. Cette situation rend donc très approximative toute mise en adéquation entre besoins en matière de soins de 1^{er} recours et réponses possibles, ceci limitant grandement toute réflexion sur les modalités d'organisation les plus efficaces selon les territoires et les attentes des praticiens.

C'est un des chantiers les plus déterminants auquel devront répondre les Agences régionales de santé (ARS). Encore faut-il leur donner les outils méthodologiques pour réaliser ces études et s'assurer ensuite que, dans chaque région, elles auront été établies sur les mêmes bases.

³⁴ Les médecins ont une activité régulière selon le CNOM s'ils sont installés et disposent d'une adresse professionnelle.

1.2. La seule évaluation du nombre de médecins est un argument en trompe l'œil

Les statistiques et les projections issues des travaux de la DREES indiquent qu'avec un nombre d'étudiants en médecine admis en PCEM 2, identique à celui d'aujourd'hui et des conditions de cessation d'activité « normales », le nombre de médecins en activité baisserait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019 soit une diminution de 10%. Il ré-augmenterait ensuite pour atteindre 206 000 en 2030 soit pratiquement son niveau actuel.

Mais nous allons voir qu'au-delà de ces prévisions globales connues, la réalité dans les territoires pour la médecine générale est toute autre.

1.2.1. La démographie inquiétante des médecins de premier recours

Le constat sur la démographie médicale notamment dans le champ de la médecine générale est largement partagé : la diminution globale du nombre de médecins généralistes de la génération issue du baby-boom, associée à leur mauvaise répartition, va accentuer la baisse de la densité médicale dans les territoires les moins attractifs.

Cela conduit à l'apparition de « déserts médicaux », situation déjà connue en certaines régions et prévisible demain dans toutes, y compris celles qui sont considérées aujourd'hui comme sur-denses, sur densification à l'échelle régionale pouvant coexister avec sous densification à l'échelle d'un micro territoire.

Cette situation va s'aggraver plus rapidement que les premières estimations ne le prévoyaient en raison :

- d'une part, de la tentation des médecins à anticiper leurs départs à la retraite (40% des médecins ont plus de 55 ans) et d'un effet « boule de neige », le dévissage d'une plaque, quelle qu'en soit la raison entraînant parfois d'autres départs par peur d'une suractivité à venir et de conditions de travail plus difficiles.
- d'autre part, de besoins en services de santé en constante augmentation, du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, et d'une meilleure information des populations.

1.2.2. L'échec des mesures pour améliorer la démographie médicale

Divers outils ont été utilisés pour tenter de corriger cette situation démographique dont notamment :

L'augmentation du numerus clausus

Après le creux du début des années 90 (3 500 en 1993) le numérus clausus de PCEM 1 a été peu à peu augmenté et fixé pour 2011 à 7400. De façon concomitante, le nombre de postes offerts à l'examen national classant a régulièrement progressé. Ces deux mesures n'ont eu aucun effet, le nombre de médecins généralistes décroissant inéluctablement, la répartition territoriale ne s'améliorant pas et le nombre de postes d'internes en médecine générale non pourvus à l'issue des ECN s'accroissant.

Peut-il en être autrement dans la mesure où les racines du mal n'étaient pas traitées ? Néanmoins encore aujourd'hui certains plaident pour un relèvement du numérus clausus alors même que cette démarche s'apparente à tenter de remplir une baignoire dont on n'a pas fermé la bonde !

Les leviers financiers

Les aides financières pour inciter les médecins à exercer dans les zones déficitaires en offre de soins, les zones rurales ou les zones « blanches » éloignées des structures des urgences relèvent d'un dispositif complexe.

Tant au niveau national que régional, l'Etat, l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales privilégient les aides financières à l'installation ou au maintien en exercice dans des zones considérées comme prioritaires, urbaines ou rurales :

- La possibilité d'exonération de la taxe professionnelle et de l'impôt sur le revenu dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) et les zones franches urbaines (ZFU),

- Des aides financières diverses des collectivités locales destinées à favoriser l'installation ou le maintien de l'activité dans les territoires déficitaires en offre de soins par la prise en charge financière de tout ou partie des frais d'investissement, la mise à disposition de locaux, le versement d'une prime d'installation...
- Les collectivités territoriales peuvent également accorder des aides financières aux étudiants, qui se traduisent par des indemnités de logement ou de déplacement, la mise à disposition de logements ou encore des indemnités d'études, dès lors que les internes effectuent leurs stages en zones déficitaires et s'engagent à y exercer pendant cinq ans au moins,
- Des aides accordées par le biais du FIQCS. L'Assurance Maladie dispose d'aides financières dans le cadre de sa politique conventionnelle avec par exemple les contrats de bonne pratique susceptibles de favoriser l'installation ou le maintien des généralistes dans des zones spécifiques par le biais d'aides à la vacation, au remplacement, voire des majorations forfaitaires, en contrepartie d'engagement à l'exercice pour une durée déterminée.

Toutes ces mesures financières incitatives reposent sur des zonages instables. Ainsi, les zones déficitaires éligibles aux différents leviers financiers, définies en 2004 par l'ONDPS (qui avait relevé 86 cantons présentant des signes de tension) ont été revues par les caisses d'assurance maladie qui ont établi un nouveau zonage en 2005. Ce sont 7 442 zones de recours qui ont été définies non plus sur la base du canton mais du bassin d'attractivité du généraliste.

A partir de 2005, les missions régionales de santé ont été chargées d'identifier les zones déficitaires, elles en ont recensées 391.

Enfin, la circulaire du 14 avril 2008 modifie encore les règles du jeu et fixe un nouveau zonage sur la base du bassin de vie, la densité des généralistes et leur activité (mesurée par leurs honoraires).

Au total, les aides financières sont caractérisées comme nous l'examinerons ensuite plus précisément (Cf. Partie 3, Chap.1) par :

- leur foisonnement peu organisé et insuffisamment articulé entre les différents acteurs - Assurance Maladie avec le FIQCS et l'avenant 20 ; Collectivités locales, etc.,
- leur instabilité et leur absence d'évaluation,
- un zonage peu lisible et en constante modification,
- une méconnaissance profonde de leur existence et de leur mécanisme par les médecins.

Tout cela a conduit à un échec des leviers financiers pour la régulation démographique territoriale, ce constat étant partagé par tous les acteurs concernés.

1.3. Le déficit en médecins généralistes est lié à d'autres raisons

De tout temps perçue comme un exercice par défaut, la médecine de premier recours est encore trop souvent regardée de façon péjorative par le secteur hospitalier et les appréciations portées dans certains CHU sur les compétences des médecins généralistes ne sont guère propices à engendrer des vocations chez les jeunes externes. Sur ce point, les solutions existent, elles ont trait à la formation des étudiants et ont déjà été développées en un autre chapitre de ce rapport.

Mais, outre la méconnaissance du métier induite par l'organisation actuelle des parcours d'étudiants et par l'insuffisance des stages de médecine générale, le désamour des étudiants et des jeunes générations de médecins pour la médecine générale se nourrit d'autres raisons.

1.3.1. Le mal être des médecins généralistes actuellement installés

On a déjà souligné le mal être du corps médical qui s'alimente de multiples raisons et ce depuis des années.

Le burn out des médecins est de plus en plus évoqué et a fait l'objet récemment de plusieurs études soulignant l'importance de ce syndrome d'épuisement professionnel qui toucherait 47% des médecins libéraux.

L'URML Ile-de-France a ainsi évalué en juin 2007 l'importance de cet épuisement professionnel et mis en évidence les différents facteurs du mal être des médecins. Sur 2243 médecins généralistes et spécialistes qui ont renseigné le questionnaire de l'URML, 53 % des médecins répondants se sentaient menacés par le burn out. Il s'agit surtout de généralistes, secteur 1, qui réalisent plus de 6 000 actes par an, consultent sans rendez-vous, pratiquent la visite à domicile et sont âgés entre 45 et 50 ans.

Parmi les causes évoquées par ces médecins, ils situent en premier l'excès de paperasserie (96%). Viennent ensuite "la non reconnaissance de l'action du médecin" (90,1%), "la charge de travail" (89,1%), "l'augmentation des contraintes collectives" (88,6%), "la longueur des journées" (85,3%) puis "l'exigence des patients" (84,1%).

Ce sont incontestablement la charge de travail - les généralistes consacrant 57 h en moyenne par semaine à leurs activités professionnelles -, la lourdeur des tâches administratives et les relations avec l'Assurance Maladie qualifiées parfois de « véritable harcèlement » que les médecins déclarent avoir le plus de mal à gérer.

A ces difficultés actuelles s'ajoutent la crainte d'une suractivité à venir en raison de la démographie médicale, la perception d'un dévissage de plaques plus important qu'auparavant autour d'eux, la difficulté à trouver un successeur en cas de cessation d'activité.

Tous ces éléments expliquent le mal être des médecins installés et la tentation d'anticiper la cessation d'activité libérale.

1.3.2. La recherche générationnelle d'un équilibre vie professionnelle/vie personnelle

Les jeunes médecins ne sont pas différents des jeunes ingénieurs, architectes, avocats ou cadres d'entreprises. Ils ont un rapport nouveau au travail et ne veulent pas sacrifier leur vie personnelle à l'exercice de leur profession.

La génération des 25/35 ans est née au lendemain de 1968, de parents qui se sont libérés de nombreuses contraintes sociales, qui les ont voulus mais n'ont pas toujours été présents aux côtés de leurs enfants, étant eux mêmes absorbés par des activités professionnelles intenses. Les jeunes ne veulent pas vivre cette situation, leur échelle des valeurs est différente. Il n'y a pas à les stigmatiser ou à les juger, leurs aspirations sont la conséquence de leur éducation.

La distinction entre les jeunes médecins et ceux qui ont choisi d'autres formations réside dans le fait tout d'abord que ces derniers entrent dans la vie active plus tôt et qu'ensuite très vite ils se trouvent soit confrontés aux réalités de l'entreprise soit, s'ils ont un statut d'indépendants, aux nécessités de se créer des clientèles dans des professions encombrées.

Les jeunes médecins ne connaissent pas cette réalité. Ils sont étudiants jusqu'à 27/28 ans ; leur formation s'effectue dans le seul milieu très cadré et hiérarchisé des services hospitaliers ; ils savent qu'ils n'auront aucune difficulté à trouver une activité professionnelle, ne connaîtront pas le chômage et auront un revenu correct.

Pour la plupart, ils ne sont donc pas préparés au saut dans l'inconnu que constitue un exercice libéral qui par définition est peu protecteur. Laissés à eux-mêmes, mais ayant le choix de leur activité au regard des besoins en médecins, ils choisissent tout naturellement les situations les moins contraignantes et les plus rassurantes.

1.3.3. Un modèle libéral traditionnel d'exercice isolé en rupture avec les aspirations des jeunes générations

Comme nous l'avons déjà vu, la médecine libérale de 1^{er} recours est perçue par les jeunes générations comme un exercice particulièrement contraignant.

Les rencontres organisées tant avec les étudiants de second cycle, les internes, les collaborateurs ou remplaçants ou de jeunes médecins nouvellement installés ont permis d'entendre des aspirations déjà soulignées par le rapport du sénateur J.M. JUILHARD³⁵:

³⁵ Juilhard J.M., *Offre de soins, comment réduire la fracture territoriale ?* Les rapports du Sénat 2007-2008 n°14, octobre 2007.

- aménagement du travail pour la qualité de vie,
- mutualisation des coûts d'investissement et de fonctionnement,
- exercice volontiers mixte (salarial et exercice libéral) et à temps partiel, volonté d'une dynamique collective « sécurisante » d'échange sur ses pratiques avec d'autres professionnels de santé,
- travail en groupe notamment pour la permanence des soins (maisons médicales de garde),
- enfin, si la notion de rémunération est importante, elle n'intervient pas au premier plan des déterminants de l'exercice, même si le paiement à l'acte n'est plus le mode exclusif de rémunération envisagé par les plus jeunes.

L'exigence de conciliation entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que le souhait de ne pas exercer de façon isolée, percutent donc frontalement le modèle d'exercice traditionnellement associé au médecin généraliste (solitaire et toujours accessible).

Il en résulte que le modèle libéral d'exercice isolé, autrefois considéré comme la forme la plus noble de l'exercice libéral ne s'impose plus comme une évidence.

2. L'EMERGENCE D'UN AUTRE MODELE D'OFFRE DE SANTE

La problématique essentielle de l'offre de soins de 1^{er} recours étant moins un déficit numérique de médecins qu'un manque d'attractivité pour le métier de médecin spécialiste en médecine générale, les solutions sont donc à rechercher dans le contenu même du métier et dans les conditions de son exercice

2.1. L'exercice regroupé et pluri-professionnel est plébiscité

2.1.1. L'expérience ancienne mais limitée des centres de santé

Les centres de santé représentent le mode le plus ancien d'exercice pluri professionnel intégré et le plus présent sur le territoire national. En 2005, la CNAMTS en dénombrait 1 432 mais seulement 159 centres de santé sont médicaux, 521 étant des centres de soins infirmiers.

Les centres de santé, dans lesquels sont présents entre autres des médecins, essentiellement gérés par des organismes à but non lucratif (Mutualité, régime minier...) ou des collectivités locales, sont caractérisés par le mode de rémunération de leurs professionnels de santé, basé essentiellement sur le salariat, et une forte prise en compte de la dimension sociale.

Ceci est lié à leur histoire (ils sont particulièrement présents dans les départements de tradition ouvrière), et leur implantation (dans les grandes villes pour les centres médicaux). Ils garantissent l'accès aux soins, pratiquent le tiers payant et inscrivent leurs professionnels en secteur 1, y compris les médecins spécialistes autres que de médecine générale. Cependant, ils ne participent pas, pour la plupart, au dispositif départemental de permanence des soins³⁶.

Comme le rappelle justement le rapport sur les maisons de santé³⁷, « deux éléments, freinent leur développement :

- *L'image dégradée de « dispensaire » dont on les affuble, image injustifiée pour la plupart,*
- *Leur déficit « structurel », de l'ordre de 10 à 50 % selon les centres. Certains responsables avancent que le modèle économique, en l'état actuel, ne peut être équilibré et ont renoncé à leur développement ».*

³⁶ Ceci étant lié à la non transcription de l'accord national de la CNAM : pas de rémunération versée ni aux centres, ni aux médecins y participant.

³⁷ Juilhard J.M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, octobre 2009.

2.1.2. Une réelle dynamique de regroupement des professionnels de santé libéraux

Bien que dans l'incapacité de chiffrer le nombre de ces structures pluridisciplinaires en l'absence de tout recensement - le chiffre de 160 MSP et 25 PSP est néanmoins avancé³⁸ -, la mission a pu constater lors de ses déplacements en région une réelle dynamique. De nombreux projets, aussi difficiles à quantifier soient ils, émergent dans la plupart des régions.

Ces structures d'exercice regroupé et pluridisciplinaire semblent répondre aux aspirations des professionnels.

Ainsi la seule évaluation existante sur les maisons de santé conduite par l'IRDES en 2008³⁹ montre que ces structures, en rompant avec l'isolement, permet d'améliorer les conditions d'exercice et le cadre de travail des professionnels de santé. L'équipement y est supérieur à la moyenne, les pratiques coopératives bien qu'essentiellement informelles permettent aux professionnels de santé d'échanger, les conditions de travail y sont plus souples, les périodes de congés plus longues à activité égale.

Mais au-delà de ce ressenti par les professionnels, il importe de souligner que cette étude met en évidence une plus grande accessibilité horaire pour les patients et ce sans accroître le temps de travail individuel des médecins, du fait du partage de la charge de travail.

Pour être réelle, cette dynamique n'existe cependant que par la force de l'engagement et la détermination de leurs promoteurs.

Une caractéristique essentielle est commune à toutes ces initiatives, qu'elles soient maisons ou pôles de santé : toutes ont été portées par des personnes, le plus souvent médecins, qui ont su, à un stade plus ou moins précoce, entraîner avec eux, dans ce qu'il convient d'appeler une aventure, d'autres professionnels de santé. Sans ces leaders et leur ténacité, bien peu de projets auraient vu le jour tant leur temps de gestation est long, 3 à 6 ans dans bien des cas, en particulier quand ce sont des maisons de santé totalement libérales, les difficultés étant accrues par la dimension immobilière.

2.1.3. Une grande hétérogénéité des initiatives

Lors des visites de ces maisons de santé ou à l'occasion de rencontres avec des promoteurs de pôles, la mission a été frappée par la grande hétérogénéité de ces initiatives, qu'il s'agisse de leur taille, localisation, organisation, architecture, implication financière des professionnels, contribution des collectivités territoriales ou support juridique.

A l'issue de toutes ces rencontres, il est clair qu'il n'existe pas de modèle unique de regroupement.

Compte tenu de la grande diversité des territoires, patientèles et modes de prises en charges (cf. supra) et aussi du degré d'engagement variable des professionnels de santé, un modèle « universel » de regroupement pluri disciplinaire n'est pas possible. Ce serait une erreur stratégique d'organiser les soins de 1^{er} recours suivant un modèle formaté.

Ainsi le regroupement physique des professionnels de santé dans un site unique (MSP) n'est pas une nécessité absolue et peut au contraire s'avérer parfois source d'échec. En effet, la concentration de l'offre de soins dans la commune-pivot d'un bassin de vie, d'ores et déjà en état de sous densité médicale ou à tout le moins en forte fragilité, risque d'éloigner les professionnels de santé de certains de leurs patients : les soins de premier recours y perdraient en proximité et surtout ce projet risquerait fort de recueillir plus d'hostilité que d'adhésion.

Dans ce cas, le modèle des PSP semble plus adapté. Rappelons en effet, que peuvent parfaitement fonctionner ensemble des professionnels situés en des sites différents si certaines conditions d'organisation sont formalisées.

³⁸ MSP et PSP ayant reçu un financement FIQCS. Ce chiffrage ne comptabilise donc pas les structures qui n'ont reçu aucune subvention publique. Rapport précité.

³⁹ *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et Bourgogne*, Questions d'économie de la santé, IRDES n°147, octobre 2009.

De même, une MSP voire un pôle de santé peuvent être adossés à un hôpital de proximité, une clinique privée ou encore à un établissement médico-social. Ces établissements de santé peuvent en effet être un appui intéressant pour l'émergence de projets de regroupements si tant est que les professionnels libéraux du territoire de référence y soient associés.

Dans certains cas enfin, en raison de fortes spécificités de population, d'une concentration de publics en difficultés sociales et aussi parfois de problèmes de sécurité, les centres de santé implantés en zones urbaines sensibles peuvent être de nature à assurer une offre de santé de proximité à des populations qui en seraient autrement dépourvues.

Un autre élément d'étonnement a été la forte méconnaissance de nombre de ces promoteurs de ce qui s'était fait ou se faisait en d'autres territoires. Cette lacune a pour conséquence la survenue de difficultés qui, bien souvent, induisent des retards dans les projets, aléas qui auraient pu être évités tout simplement par le partage d'expériences. Fortes de ces constats, des URML se sont désormais fortement impliquées dans le conseil au montage de ces maisons ou pôles. De même certaines ARS ont entrepris d'accompagner ces promoteurs de MSP ou de PSP, grâce à l'expérience de certains de leurs collaborateurs qui appartenaient auparavant aux ex URCAM et à ce titre entretenaient déjà des relations avec les libéraux.

En l'absence de tout échange organisé d'expériences, et même si la fédération des maisons et pôles de santé tente de pallier cette carence, force est de constater que pas plus qu'il n'existe de modèle unique de regroupement de professionnels de santé, il n'existe de modèle idéal ou parfait.

2.1.4. Des démarches innovantes encore timides

L'innovation prédominante de ces nouveaux modes d'exercice et commune à toutes les MSP et aux PSP est la volonté de mettre en œuvre un projet de santé. Ce dernier est la base de tout projet d'exercice regroupé pluridisciplinaire.

Le projet de santé comprend deux types d'objectifs :

- les objectifs tournés vers la patientèle identifient différents items de la maison de santé : accès et continuité des soins (incluant des plages élargies de consultation), mise en œuvre de missions de santé publique à vocation individuelle ou collective : séances d'éducation thérapeutique, consultations de dépistage des facteurs de risque, actions de prévention... Le suivi coordonné et l'orientation du patient dans son parcours de soins sont également évoqués, de même que la participation à la veille épidémiologique.

- les objectifs d'amélioration de la qualité grâce à des engagements de formation et d'évaluation des pratiques pour les membres de la maison de santé.

Ainsi, on constate d'ores et déjà dans certaines de ces structures, même si cela est encore trop rare, des plages élargies de consultation, une plus grande coopération entre médecins et paramédicaux, un plus large éventail de soins, la prise en compte des consultations non programmées, voire des petites urgences, et une offre diversifiée (actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, actions sociales). Enfin, quelques MSP se positionnent en maison à dimension universitaire, afin de développer l'enseignement ambulatoire de la médecine générale dans un cadre moderne et adapté aux exigences futures.

Par contre, il est à noter que le lien avec l'action sociale est très peu développé dans ces nouveaux modes d'exercice, alors qu'il s'agit ici d'une possibilité intéressante à explorer dans le cadre de la pluridisciplinarité.

2.2. L'exercice regroupé pluri professionnel peine à se développer

Cette émergence de nouvelles structures de soins a été plus ou moins accompagnée par les pouvoirs publics et les collectivités territoriales qui leur ont octroyé des aides financières, tant ces structures peuvent permettre de répondre aux objectifs d'une offre de santé de proximité : continuité et permanence des soins, suivi des patients et coordination des soins, prise en charge de populations en difficultés, amélioration des pratiques, coopération interprofessionnelle, développement d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique... autant de tâches qui demandent davantage de temps médical ou paramédical et de nouvelles organisations du travail.

Mais malgré le dynamisme des professionnels et la bonne volonté de leurs interlocuteurs, la conduite de ces initiatives est un vrai parcours du combattant et de nombreux obstacles retardent leur aboutissement

2.2.1. La fragilité juridique de l'exercice regroupé pluridisciplinaire

L'absence de statut juridique clair constitue un frein majeur au développement des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

Le plus souvent coexistent différents statuts pour une même MSP :

- association loi 1901 regroupant les professionnels impliqués dans le projet, outil support de l'initiative, interlocuteur des autorités de santé et des collectivités locales, destinataire des éventuels financements publics ;

- société civile de moyens (SCM) support de la gestion de la structure quand elle est matérialisée ;

- société civile immobilière quand existe un projet immobilier porté par les professionnels ;

- contrat d'exercice en commun pour certaines professions paramédicales ;

- voire dans certains cas rares, société d'exercice libéral (SEL) rassemblant les seuls médecins.

La nécessité de combiner différents statuts complexifie le montage des projets et décourage les professionnels de santé.

Le constat est simple : aucun des statuts existants pris individuellement ne répond complètement aux objectifs et besoins des MSP et PSP. Qui plus est, certains ne leur permettent pas de percevoir des subventions ou autres financements ou n'en autorisent pas le reversement.

Ainsi les associations loi 1901 peuvent recevoir des subventions mais ne peuvent pas en reverser une part à leurs membres (cela étant contraire à leur statut d'organisme sans but lucratif). En effet, le risque de requalification en sociétés commerciales est majeur, ceci ayant des incidences fiscales (impôts sur les sociétés, assujettissement à la TVA)

Les sociétés collectives (SCP, SCI, SCM etc.) nécessitent quant à elles des montages juridiques complexes pour encadrer la coopération entre différentes professions. Leur champ est nécessairement spécifique et oblige donc à les multiplier pour répondre à chaque objet : une SCI pour l'investissement en locaux, une SCM pour le partage des équipements et des charges de fonctionnement.....

Quant aux SEL, la loi du 31 décembre 1990 qui a créé ce statut prévoit qu'elle peut avoir pour objet l'exercice en commun de plusieurs professions libérales, mais aucun décret d'application n'en a, à ce jour, fixé les conditions d'exercice, obligeant ainsi les professionnels de santé à créer une SEL par profession.

Il est donc indispensable de définir un ou plusieurs statuts juridiques lisibles permettant :

- l'inter professionnalité,
- la réception de subventions publiques (Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales...),
- la redistribution des sommes entre ses membres (professionnels de santé libéraux) en toute sécurité au niveau fiscal et social,
- l'usage de règles simples en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure.

2.2.2. La vulnérabilité économique de l'exercice regroupé

Un modèle économique qui reste à construire

Contrairement à l'idée selon laquelle le regroupement crée des économies d'échelle, une MSP qui répond à une certaine ambition a un coût de fonctionnement plus élevé que celui d'un cabinet isolé.

Une étude menée par la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) évalue le surcoût à 4 400€ annuels par médecin. Ce chiffre est dans certains cas sensiblement supérieur quand s'ajoutent des investissements immobiliers.

Il est indispensable à cet égard de mener rapidement une étude sur le modèle médico-économique des MSP et PSP, suggestion déjà faite dans le rapport sur les maisons de santé.

Quant aux centres de santé, ils se caractérisent par un déficit « structurel » de 10% à 50% selon les centres en raison d'une faible productivité en regard des charges administratives et de structures souvent fortement staffées en personnel. Des gains d'efficacité doivent pouvoir être trouvés en recherchant une organisation moins coûteuse en charges administratives et en mettant en place des modes de rémunération des médecins intégrant l'efficacité ainsi que cela a déjà été fait dans certains centres de santé mutualistes .

Le problème spécifique des infirmiers.

Les rencontres ont permis de constater une assez forte réticence de la part de la profession infirmière à intégrer ces maisons de santé pluridisciplinaires.

En effet, leurs conditions d'exercice les amènent à effectuer beaucoup d'actes à domicile pour des raisons liées à l'âge souvent élevé de leurs malades ou à leurs pathologies mais aussi à une meilleure valorisation de cette activité domicile en comparaison de celle en cabinet, peu attractive. L'investissement dans les locaux et les coûts de fonctionnement sont donc souvent considérés comme excessifs pour un temps d'occupation très partiel.

A cette raison objectivée, s'ajoute également la crainte que ne surgisse un lien de subordination aux médecins, certaines expérimentations de coopérations instituées dans le cadre de la loi 2004 et développées en salariant des infirmières ayant suscité chez les infirmiers libéraux une assez forte opposition.

Le flou des cotisations sociales

Une interrogation pèse enfin sur le caractère ou non conventionnel des sommes forfaitaires susceptibles d'être perçues par les professionnels libéraux via la structure pluridisciplinaire au titre des missions spécifiques qui y seraient développées. En effet, la participation des caisses au paiement des cotisations sociales inscrite dans les conventions des médecins, infirmières, masseurs kinésithérapeutes n'est pas assurée sur ces sommes, qui de ce fait sont requalifiées et obligent leurs bénéficiaires à honorer des cotisations sociales à un niveau plus élevé, à l'instar de ce qui est aujourd'hui le cas pour les honoraires perçues via les EHPAD, les SSIAD ou les HAD.

2.2.3. Des actions incitatives peu lisibles, non pérennes et sans réel effet

Des aides multiples, dispersées et mal connues

Jusqu'en 2004, le cadre financier caractérisant l'exercice libéral était peu propice au regroupement. Il s'est assoupli récemment, les pouvoirs publics multipliant les aides incitatives au regroupement, et autorisant certains modes d'exercice jusqu'alors interdits réglementairement et déontologiquement (levée de l'interdiction de l'exercice secondaire ou création du statut de collaborateur libéral, dispositifs que nous verrons plus précisément dans la partie 4).

Le mécanisme prévu par l'avenant n°20 du 7 février 2007 à la convention médicale du 12 janvier 2005 est certainement le plus emblématique des aides au regroupement. Cette option conventionnelle prévoit le versement d'un forfait annuel représentant 20% des honoraires pour les médecins exerçant, pendant 3 années consécutives, en mode regroupé dans des zones sous dotées et s'engageant à participer à la continuité et à la permanence des soins.

Des dispositifs inefficaces

Il apparaît en fait que ces aides financières, conventionnelles ou contractuelles versées par le biais du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (aide aux études de faisabilité, au fonctionnement des MSP pendant une durée déterminée...), sont en réalité peu connues des médecins tant la dispersion de ces fonds publics les rend difficilement identifiables. Ainsi, une étude a montré que 90% des étudiants ne connaissent pas l'avenant 20.

Mais surtout ces dispositifs ne suffisent pas à contrebalancer la perception négative des médecins de certains territoires et ne répondent pas aux problématiques de désertification médicale dont on a vu précédemment les raisons. En effet, il s'agit d'aides financières alors que les revenus des médecins sont potentiellement élevés dans les zones sous denses. La solution ne saurait donc être du seul ordre du complément de rémunération.

L'analyse qui en est faite montre d'ailleurs leur efficacité limitée, notamment concernant l'avenant 20. En 2008, selon la DSS, sur les 1 583 médecins éligibles au bénéfice de cette mesure, on recense 653 adhésions dont seulement 49 primo installations, 20 étant identifiées comme ayant eu un effet déclencheur. Le montant des aides versées s'est élevé à 17M€, soit 26 000€ en moyenne par médecin. Il s'agit donc d'un dispositif relativement coûteux qui n'a pas prouvé son impact sur la structuration de l'offre et qui a constitué manifestement, selon les chiffres communiqués, un effet d'aubaine pour des médecins déjà installés.

Des financements rendus fragiles par l'inconstance des décisions

Enfin, une des critiques récurrentes des professionnels de santé rencontrés par la mission est l'absence de pérennité des financements.

Ainsi en a-t-il été du FIQCS.

En effet, l'Assurance Maladie a participé dans quelques cas au financement d'études de faisabilité et informatiques de certaines de ces MSP ou PSP, mais s'agissant des frais de fonctionnement, elle ne peut verser qu'une aide au démarrage, limitée dans le temps et dégressive.

De la même manière, le décret d'application de la loi HPST du 2 septembre 2010 révisant le fonctionnement du FIQCS limite le financement à une durée de 5 ans maximum.

Quant aux nouveaux modes de rémunération mis en œuvre sous l'égide de la Direction de la Sécurité Sociale, s'ils ont normalement pour objectif un financement pérenne de certaines activités exercées par les MSP et PSP, ils sont encore à l'état d'expérimentation et ce pour une durée de cinq ans.

En l'absence de tout autre moyen financier, les promoteurs de regroupements jugent cette expérimentation intéressante mais trop lente dans sa mise en œuvre et trop complexe dans ses critères d'attribution et indicateurs.

Au total, cette absence de lisibilité de long terme sur le financement de leur fonctionnement est un frein majeur au développement des maisons et pôles de santé, les professionnels craignant de devoir demain assurer seuls les coûts de ces maisons ou pôles et des nouveaux services qu'ils auront créés.

2.2.4. L'absence d'accompagnement dans le montage des projets

Les professionnels de santé porteurs de projet d'exercice regroupé doivent franchir nombre d'obstacles et développer une multiplicité de démarches administratives. Monter un tel projet exige des compétences particulières qui ne font pas l'objet d'un enseignement dans les facultés et impose une disponibilité importante dont ne disposent pas, par nature, les professionnels de santé libéraux.

La plupart des structures visitées par la mission n'avaient reçu aucun accompagnement dans la phase d'études et aucune aide à l'ingénierie de projet et se sont donc créées de ce fait dans des délais assez longs.

Seule la volonté, voire le militantisme, des professionnels de santé qui ont dû pour certains délaissé leur activité médicale ont permis aux projets d'aboutir. Ces démarches encore « très artisanales » rendent très aléatoires la réussite d'un projet de MSP ou de PSP et, en toute hypothèse, ne permettent pas de répondre aux ambitions de maillage du territoire national par des MSP ou, à tout le moins, des PSP. Tout cela explique en partie que de nombreux professionnels même s'ils sont intéressés ne s'orientent pas dans cette voie. L'engagement des autorités sanitaires régionales aux côtés des professionnels est donc indispensable.

A l'inverse, la mission a noté le souhait de nombreuses collectivités locales de s'investir dans le montage de projet de MSP/PSP voire d'en être les porteurs.

Si les collectivités territoriales sont appelées à jouer un rôle essentiel dans la structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours, notamment en aidant à certains investissements souvent immobiliers, elles ne doivent en aucun cas se substituer aux professionnels de santé.

Toute initiative de collectivités locales qui ne serait pas basée sur un projet de santé porté par des professionnels de santé serait vouée à l'échec et aboutirait à une « coquille vide ». Certaines collectivités ont en effet d'ores et déjà construit des MSP qui n'ont pas trouvé d'occupant.

L'importance du projet de santé et la nécessité d'une initiative pré existante des professionnels de santé ont d'ailleurs été soulignées dans la dernière circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 définissant le cahier des charges des MSP.

En outre, la concurrence qui s'instaure, ici ou là, entre collectivités territoriales pour installer des médecins sur leur territoire pourrait très vite aboutir à une surenchère des aides - certaines d'entre elles « offrent » déjà les murs -, et s'avérer au final très coûteuse sans certitude quant à l'efficacité des projets soutenus. La mission craint également un risque d'éviction au détriment des collectivités les moins riches et les plus fragiles.

Il importe donc que les mécanismes d'incitation soient cohérents entre eux et qu'une stratégie de régulation territoriale de l'offre de soins de 1^{er} s'instaure dans le cadre de la mise en place des ARS qui auront un rôle essentiel en la matière.

2.2.5. Des archaïsmes déontologiques

L'impossibilité de considérer la MSP ou le PSP comme « structure traitante »

Lors des tables rondes organisées en région, certains professionnels des MSP ont regretté que la structure « MSP » ou « PSP » ne puisse être considérée comme « structure traitante » en lieu et place du « médecin traitant », afin de faciliter les remplacements entre praticiens d'une même structure et formaliser la coordination des soins dès lors que le patient en est d'accord.

La mission recommande d'autoriser l'identification de la structure d'exercice regroupé (physique ou réunie informatiquement) comme « médecin traitant ». Cette préconisation va dans le sens d'une reconnaissance de l'exercice collectif mis en œuvre et simplifiera les tâches administratives et les relations des structures regroupées avec les organismes de sécurité sociale.

Les obstacles au partage de l'information entre praticiens d'une MSP/PSP

Alors que le partage d'information entre médecins et professionnels soignants va de soi dans le secteur hospitalier, celui-ci se heurte à des obstacles législatifs et déontologiques dans le champ libéral.

Outre la très grande faiblesse des systèmes d'information que ce rapport a déjà évoquée, l'absence de dossier unique et partagé est un frein majeur au développement des MSP/PSP et surtout à leur efficacité organisationnelle, le sens même de leur création étant l'amélioration de la coordination des soins et la coopération interprofessionnelle.

En effet l'article L1110-4 du code de santé publique ainsi que le code de déontologie des médecins limitent l'échange d'informations médicalisées.

Compte tenu des objectifs de coopération et de la nécessaire protocolisation des prises en charge pluridisciplinaires effectuées par les professionnels exerçant en MSP et PSP, il est indispensable que soit autorisé le partage d'informations médicalisées entre les différents professionnels quels qu'ils soient, dès lors que sont garantis la sécurisation des données et le respect des droits du patient.

Il convient aujourd'hui de dépasser des modes de fonctionnement archaïques qui empêcheraient par exemple aux infirmiers, aux pharmaciens, aux masseurs-kinésithérapeutes... d'avoir accès aux données du patient, alors que même que ce dernier y est favorable. Cette situation est d'autant plus anormale dans bien des structures d'exercice regroupé, le secrétariat dispose déjà de droits d'accès parfois très larges et qu'il n'y a pas de difficulté technique à la mise en œuvre de ce dossier unique partagé.

2.2.6. L'esprit d'entreprise des professionnels de santé restreint par le poids des contraintes médico-administratives

Nous avons vu que les projets de regroupement ne pouvaient se créer, se développer, émerger et fonctionner sans l'implication des professionnels de terrain libéraux. Aujourd'hui, le désabusement en particulier des médecins est tel qu'il fait peser un risque réel sur la réussite de l'ambition affichée par les pouvoirs publics de multiplier les MSP et les PSP.

Les raisons de cette situation sont multiples mais il en est une qui fait l'unanimité : en effet, lors des tables rondes, les médecins libéraux ont exprimé de façon récurrente un sentiment d'« *exaspération* » envers l'alourdissement des charges administratives et un accroissement du formalisme de l'Assurance Maladie, qui obèrent le temps médical, alors même que l'offre de soins régresse et que la demande en soins de la population augmente.

Une étude de la DREES⁴⁰ estime le temps consacré aux activités administratives - à la fois « la paperasse », les tâches médico-administratives (dossier ALD, dossier COTOREP, APA, certificats médicaux, certificats de décès...) et la gestion du cabinet -, entre 4 et 6 heures par semaine.

Le regroupement des professionnels de santé est certes un moyen de réduire ces tâches administratives (mutualisation des tâches, présence d'un secrétariat voire d'un gestionnaire dans certaines MSP). Néanmoins nombre d'actes médico-administratifs continuent de relever des médecins et empièteront encore trop sur l'activité médicale proprement dite.

Or, encore une fois nous le disons, l'objectif doit être d'optimiser le temps médical. Cela nécessite d'une part, de décharger les médecins de certains actes administratifs ou de simplifier ces derniers et d'autre part, de modifier le dispositif de contrôle acte par acte des prescriptions.

Actuellement, la DSS travaille avec l'Education Nationale sur la simplification administrative des certificats médicaux. L'Education Nationale a ainsi supprimé l'exigence d'un certain nombre de certificats médicaux pour les absences ou ceux attestant qu'un enfant a bien subi les vaccinations obligatoires avant l'entrée à l'école, mais il n'est pas sûr que tous les établissements d'enseignement appliquent cette consigne.

Autre exemple, quand une famille veut préparer l'entrée d'une personne âgée dans un EHPAD et s'adresse à plusieurs établissements différents pour s'assurer d'une place dans un délai rapide, le médecin aura à remplir autant de formulaires qu'il y a de demandes faites. Ne serait-il pas possible d'établir, en concertation avec les représentants des EHPAD et les plus importants gestionnaires de ces structures, un formulaire unique intégrant les divers renseignements demandés, la famille n'ayant plus qu'à communiquer une copie fut elle certifiée par le médecin ?

Cependant la piste plus sérieuse reste la dématérialisation des certificats médicaux et des actes médico-administratifs (gestion des ALD, APA...).

3. SE DONNER LES MOYENS DE SES AMBITIONS

Nous avons déjà eu l'occasion d'écrire dans ce rapport que la crise de la démographie médicale et les restructurations du tissu hospitalier constituaient une opportunité pour remodeler notre modèle d'organisation des soins ambulatoires.

Encore faut-il que les professionnels de santé libéraux soient prêts à relever ce défi. En effet, tant aux jeunes générations qui sont les médecins de demain qu'aux praticiens qui exercent encore aujourd'hui, il faut donner envie de participer à cette évolution et pour cela regagner leur confiance.

Cela impose des mesures lisibles, pérennes et justifie d'y consacrer des moyens humains et financiers.

⁴⁰ L'emploi du temps des médecins libéraux, Dossiers Solidarité et Santé n°15, 2010.

3.1. Apprécier de façon juste et incontestable l'offre de soins existante

3.1.1. Identifier précisément les vrais médecins généralistes

La loi HPST a donné une définition à la médecine générale et à la médecine de premier recours (Cf.1.1.1). Ce sont donc désormais ces définitions qui s'imposent. Il importe rapidement d'identifier précisément les médecins actuellement en exercice qui entrent dans cette définition pour une part majoritaire de leur activité. Il n'est effectivement plus acceptable que des praticiens soient qualifiés en médecine générale faute d'avoir pu être inclus, au titre d'activités particulières, dans le périmètre d'autres spécialités.

3.1.2. Utiliser la même méthodologie dans toutes les régions

Les monographies réalisées dans le Calvados et la Seine et Marne par l'ONDPS⁴¹ mettent en évidence une grande imprécision dans l'évaluation actuelle et future du nombre de médecins.

Or une méthodologie identique dans toutes les régions est nécessaire afin de pouvoir identifier les zones sur lesquelles doivent porter aujourd'hui et demain prioritairement nos efforts financiers, selon qu'elles sont ou seront sous dotées en professionnels de santé. Chacune de ces professions, et pas seulement les médecins, doit être soigneusement identifiée à l'échelle du bassin de vie, les coopérations pouvant demain profondément bouleverser l'exercice de la médecine et conduire certains paramédicaux à effectuer des actes dévolus actuellement aux médecins.

3.1.3. Utiliser des définitions identiques pour qualifier les modes d'exercice

En premier lieu, il est très souhaitable que le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) permette de disposer d'une seule référence permettant, au niveau national et au niveau régional, une diversité d'approches et d'analyses démographiques fondées sur des données non concurrentes.

En outre, l'extrême fragilité de certaines situations infra-départementales conduit à souligner l'importance d'un suivi local régulier, qui implique que des données actualisées soient mises à la disposition des ARS.

Les écarts constatés entre les différentes sources de données renvoient également plus fondamentalement à des différences de conceptions qui gagneraient à être explicitées. Ainsi, l'approche de la médecine de premier recours ou de proximité est limitée par l'existence de la catégorie « omnipraticiens », qui recoupe aussi bien dans ADELI que dans les données de l'Ordre, l'ensemble des médecins diplômés ou qualifiés en médecine générale, quelle que soit leur orientation d'exercice.

La notion de « libéral » reste, elle-même, imprécise du fait de la coexistence des deux définitions différentes selon la CNAMTS et ADELI d'une part, l'Ordre d'autre part. L'Ordre retient le champ des médecins ayant un statut libéral exclusif pour évaluer la situation. La CNAMTS considère les actes libéraux présentés par les patients au remboursement comme significative de l'offre médicale libérale, quel que soit le type d'exercice du médecin (libéral exclusif, ou mixte).

Ces acteurs doivent impérativement se mettre d'accord sur cette notion d'exercice libéral et ses critères d'appréciation.

3.1.4. Etablir des diagnostics territoriaux précis

Deux objectifs différents doivent donc être associés au développement des diagnostics menés à l'échelle départementale et infra-départementale :

⁴¹ Monographies réalisées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – sept. 2010.

- Établis à partir de critères et d'indicateurs harmonisés, ils doivent permettre à l'échelle nationale, de comparer les situations, de repérer les processus qui les ont produites et les leviers qui permettraient de les infléchir.

Un tel examen homogène des situations départementales de premier recours, fondé sur un nombre restreint d'indicateurs, garantit l'égalité de prise en compte des populations vis à vis de l'offre de premier recours. Il permet aussi aux acteurs nationaux de mieux cerner les traits qui influencent la répartition de l'offre de soins de premier recours, au delà des particularités de tel ou tel territoire.

- Simultanément, des diagnostics sont nécessaires pour la définition des schémas régionaux d'organisation des soins ou la conception de « thérapeutiques locales » adaptées à la singularité des situations et de la mobilisation locale des acteurs.

Dans ce cadre, le recours à des indicateurs complémentaires est sans doute indispensable et relève de l'échelon local. C'est à ce seul niveau en effet, qu'il est possible de collecter des données suffisamment précises, actualisées et parlantes pour déclencher si besoin des solutions plus urgentes.

On peut cependant souhaiter la mutualisation entre les régions de ces « bonnes pratiques » méthodologiques.

3.2. Déterminer de façon fiable les territoires sur lesquels implanter prioritairement les MSP et PSP et cibles des financements publics

Avoir une juste idée de l'offre de soins est un élément indispensable car la mise en perspective de cet indicateur avec les besoins de santé des populations dans leurs bassins de vie est une des premières missions des ARS à travers l'édification des SROS ambulatoire.

De cette cartographie des zones sous dotées ou en voie de fragilisation va dépendre la cartographie possible des MPS ou des PSP qui feront l'objet de financements privilégiés.

En effet, autant il est indispensable de favoriser cette forme d'exercice, facteur de réels progrès dans la connaissance de la maladie et support à une médecine davantage assise sur la coordination des soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, autant il est essentiel de cibler l'attribution d'aides financières sur des territoires particulièrement sensibles, qu'il soient urbains ou ruraux.

Cela ne signifie pas que des projets sur des territoires normalement dotés à court et moyen terme, notamment en médecins, ne seront pas aidés. Mais ils le seront plus par un accompagnement technique que par des aides financières.

3.3. Améliorer le cahier des charges des MSP et PSP

3.3.1. Afficher une vraie volonté en faveur des regroupements de professionnels

La loi HPST (articles 39, 40 et 41) comporte des dispositions qui visent à permettre un développement cohérent de l'exercice regroupé pluridisciplinaire des MSP, PSP et centres de santé. Elle précise les modalités d'exercice coordonné sur la base d'un projet de santé élaboré par les professionnels de santé et les dotations de financement versées par les ARS, versement subordonné à la conclusion de CPOM entre l'ARS et chaque structure. L'implantation des MSP doit par ailleurs être précisée dans le volet ambulatoire du SROS.

Dans ce cadre, un cahier des charges national des maisons de santé a été élaboré par la DGOS du ministère de la Santé dans le contexte d'un plan d'équipement en milieu rural. En effet, les ministères de l'Intérieur, de la Santé et des Sports et de l'Espace Rural et de l'Aménagement du Territoire ont lancé un programme national de développement des maisons de santé, en faveur spécifiquement des territoires ruraux, visant à financer 250 MSP sur la période 2010-2013. Ce plan national a pour objectif de lutter contre la désertification médicale de 1^{er} recours des territoires ruraux.

3.3.2. S'appuyer sur le cadre réglementaire récemment publié

La circulaire interministérielle d'application de ce plan (circulaire du 27 juillet 2010) et le cahier des charges national qui l'accompagne, établissent un corpus des MSP partagé par les différents ministères. La circulaire rappelle aux ARS que les projets de MSP qui leur seront soumis doivent s'appuyer en premier lieu sur un projet de santé porté par les professionnels, et qu'il convient de cibler leur développement dans les zones fragiles où la démographie médicale doit être confortée, et non dans les zones totalement dépourvues de médecins, les chances de réussite des projets étant dans ce dernier cas très compromise.

Le cahier des charges national précise :

- 1) les modes de financement des projets de MSP « zone rurale » qui seront retenus. Des financements pourront être affectés au fonctionnement via le FIQCS et les nouveaux modes de rémunération. Les financements de l'investissement en milieu rural relèveront quant à eux du fonds national d'aménagement et de développement du territoire ainsi que de la dotation globale d'équipement ou de développement rural.
- 2) des recommandations pour le projet de santé rappelant notamment la nécessité d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge pour assurer l'accès, la continuité et la qualité des soins ainsi que la coordination et la coopération interprofessionnelle.
- 3) les caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des MSP.

Concernant ce dernier point, le cahier des charges définit les critères sociaux minimaux d'éligibilité d'un projet de MSP à une aide financière. Il rappelle ainsi qu'une MSP doit répondre à un besoin de santé en cohérence avec le SROS, qu'elle doit assurer une prise en charge pluri professionnelle coordonnée, être en capacité d'assurer la continuité des soins et répondre aux urgences non programmées en dehors des horaires de la PDS, s'engager à accueillir et encadrer des stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} cycle ainsi qu'à mettre en place un système d'informations partagées.

3.3.3. Corriger les oublis de la circulaire

On peut regretter que la circulaire du 27 juillet 2010 et le cahier des charges national ne prennent en compte que les MSP et oublient les pôles de santé qui relèvent pourtant de la même philosophie et peuvent parfois soulever moins de réticences en milieu rural, en n'exigeant pas un regroupement des professionnels de santé dans un même lieu.

On peut également s'interroger sur les critères d'éligibilité aux aides financières qui sont définis de façon très large. Ainsi les coopérations si elles sont recommandées ne sont pas un critère d'éligibilité et aucune obligation n'est posée en matière de systèmes d'information.

Or la mission a pu constater que le qualificatif de maisons de santé recouvrait des réalités bien différentes. Il conviendra que les ARS veillent à faire préciser, par exemple, le nombre minimal d'étudiants à encadrer, les moyens mis en œuvre pour organiser la coordination et soient très attentifs aux choix des systèmes d'informations

3.4. Intégrer des chefs de projets experts au sein des ARS

Aide dans le diagnostic et la faisabilité du projet ; appui à la réflexion et à l'écriture du projet de santé ; conseils juridiques et comptables ; identification des sources de financement ; choix des systèmes d'informations ; mises en relations avec les architectes, les collectivités locales, les autres acteurs de santé (réseaux, hôpitaux locaux)...sont autant d'actions indispensables à la mise en œuvre de projets de regroupements. Pour les conduire, des spécialistes de l'ingénierie de projets doivent être recrutés.

Issus le plus souvent du privé, ces experts devront être avant tout des « accoucheurs », des « facilitateurs » qui à aucun moment ne s'immiscent dans le rôle de leurs interlocuteurs. Ils doivent être aussi compétents en méthode qu'en réalisation, leur savoir-faire pouvant s'être construit dans les domaines les plus divers de l'industrie, secteurs dans lesquels les démarches de conduites de changement sont légion.

3.5. Faire des ARS le « guichet unique » des aides financières

Nous en avons déjà fait le constat, les aides financières - aides incitatives à l'installation ou au maintien dans les zones déficitaires, aides au regroupement, aides à l'investissement, etc. – relèvent de dispositifs multiples, complexes et peu connus des professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou professionnels paramédicaux, jeunes installés ou praticiens aguerris.

Or, il n'y a pas de politique globale d'incitation sans coordination et fléchage des aides. Ceci n'existant pas actuellement, il en résulte un grand manque de lisibilité et d'efficacité.

Il est nécessaire de communiquer sur les possibles financements auprès des internes et jeunes médecins, de centraliser toutes les informations utiles et de coordonner les financements dans le cadre du « guichet unique » au sein des ARS.

La mise en place d'un point d'entrée unique de l'information et de la coordination des aides, facilement identifiable, facilitera l'ensemble des démarches des acteurs concernés et permettra un meilleur accompagnement des porteurs de projet.

Cette centralisation au sein des ARS, tant technique que financière, ne doit pas transformer ces agences en citadelles. Rappelons qu'elles ne sont pas là pour faire à la place des actes de terrain mais pour les accompagner dans leurs projets.

Au contraire, il est impératif que cette fonction s'exerce dans la plus totale transparence et concertation et soit parfaitement articulée tant avec les collectivités locales qu'avec les instances de représentation régionale des professionnels de santé (URPS)

La mission préconise en outre la réaffectation aux ARS des fonds affectés aux aides incitatives dont l'efficacité n'est pas prouvée et qui peuvent entraîner des effets d'aubaines comme c'est le cas pour l'avenant 20 qui, a minima, devrait être limité aux primo installations.

3.6. Sécuriser l'environnement financier des regroupements pluri professionnels

Nous avons déjà vu que les aides au démarrage de projet (évaluation des besoins, appui au montage de projet...), à l'installation, à l'investissement sont aujourd'hui dispersées. Plus grave, alors que l'engagement des professionnels de santé dans des projets longs et coûteux nécessite une visibilité de long terme sur les financements, aucun n'est pérenne.

Cette pérennisation des financements, indispensable à l'engagement des professionnels de santé qui ont besoin d'une visibilité à moyen terme, devra être mise en œuvre dans le cadre du financement des modes d'exercice regroupés et des nouveaux modes de rémunération forfaitaires qui sont examinés plus précisément au chapitre 3 de la partie 2.

3.7. Doter les MSP et PSP de moyens humains spécifiques

3.7.1. Créer au sein des MSP ou PSP la fonction spécifique de coordonnateur

L'exercice regroupé pluridisciplinaire a pour objectifs une amélioration de la continuité et de la permanence des soins permettant un moindre recours aux services d'urgences et à l'hospitalisation et une meilleure coordination des soins.

Sans faire de ces MSP ou de PSP, des machines administratives ou les transformer en établissements de santé, il n'est néanmoins pas possible d'ignorer les besoins nouveaux qui vont naître de la mise en œuvre de ces regroupements dont on espère que rapidement ils permettront de limiter le recours à l'hospitalisation et développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Cela signifie qu'au sein de ces structures une personne, qui n'est pas un des professionnels libéraux inclus dans le regroupement, doit être affectée à l'organisation, l'articulation des interventions des divers professionnels, la gestion de cette structure pluri disciplinaire. En effet, le temps nécessaire à l'accomplissement de ces tâches, les connaissances qu'impose cette fonction, la nécessité de composer avec des professionnels dont les activités peuvent parfois se chevaucher, sont autant de raisons qui justifient aux yeux de la mission un emploi spécifique.

Il est d'ailleurs tout à fait envisageable que cette activité de coordination des professionnels et de gestion des activités des MSP ou des PSP soit mutualisée à l'échelle de plusieurs MSP ou PSP, chaque structure n'ayant en propre qu'un personnel de secrétariat.

Cette délégation de tâches serait financée par un « forfait structure » dans le cadre des nouveaux modes de rémunération (cf.infra), en contrepartie d'engagements des professionnels intégrés dans ces structures.

3.7.2. Inclure une dimension sociale au sein de ces regroupements

De nombreux rapports ont montré que la proportion de personnes en particulier âgées adressées aux urgences puis hospitalisées était considérable, ce transfert étant justifié dans bien des cas par des difficultés d'ordre social plus que d'ordre sanitaire.

Nous avons vu que les MSP et PSP ont pour double objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les populations et de faciliter les conditions d'exercice des professionnels de santé et par là même de rendre plus attractif l'exercice de la médecine de premier recours et d'optimiser le temps médical.

Il ne doit cependant pas être perdu de vue que de façon concomitante, ces regroupements de professionnels doivent également permettre d'améliorer l'efficacité de notre système de soins dans sa globalité.

La conjonction de ces constats et des ambitions conduit à mettre à disposition un temps d'assistante sociale au sein de ce MSP et à introduire cette dimension dans les PSP.

Si nous voulons que les MSP et les PSP soient les supports de prises en charge nécessitant des soins coordonnés et s'imposent dans le paysage sanitaire comme ayant une réelle valeur ajoutée, doivent être inclus dans les équipes des travailleurs sociaux, la charge de leurs salaires faisant l'objet d'un financement spécifique fruit d'un accord entre les ARS, les collectivités territoriales et les structures concernées.

3.8. Sécuriser l'environnement juridique des regroupements pluri professionnels

Suite aux auditions pratiquées, la mission préconise trois types de statuts qui, chacun séparément, répondraient aux exigences du regroupement pluridisciplinaire (inter professionnalité, réception de subventions publiques, partage des honoraires entre les différentes catégories de professionnels de santé) dans un cadre sécurisé au niveau fiscal et social :

- **Le groupement de coopération sanitaire (GCS)** répond aux attentes des professionnels et est sécurisé sur le plan du droit fiscal. N'étant pas ouvert aujourd'hui aux structures de soins ambulatoires⁴², il conviendrait par un vecteur législatif de modifier les membres d'un GCS définis dans la loi, afin de prévoir qu'un tel groupement puisse être constitué sans établissement de santé dès lors qu'il sert de support juridique à une MSP ou un PSP.

- **La société d'exercice libéral (SEL)** sert déjà de support à quelques MSP en particulier de certaines portées, à l'origine, par des médecins. Alors que ce statut pourrait répondre aux objectifs des professionnels de santé, le fait qu'elle ne puisse être que mono professionnelle en limite l'usage.

La loi du 31 décembre 1990⁴³ prévoit pourtant que, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, une SEL puisse avoir pour objet cet exercice pluri professionnel sans qu'aucun décret n'ait fixé les conditions d'exercice entre plusieurs professions.

La mission préconise donc de prendre ce décret dans des délais rapides pour permettre aux MSP et PSP de bénéficier d'un statut juridique lisible permettant l'inter professionnalité

- **La société coopérative** facilite le rassemblement en une même société de professionnels qui veulent conserver leur indépendance. Elle permet de développer une logique "métiers". Aujourd'hui, dans le secteur de la santé, il n'existe qu'une seule société coopérative adaptée au milieu médical : les sociétés coopératives hospitalières de médecins.

⁴² L'article L 6133-2 du code de santé publique exige la présence d'un établissement de santé pour la constitution d'un GCS.

⁴³ L'article 1^{er} du titre I de la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990

Pourtant, dans les secteurs sanitaires et sociaux, ce droit assurerait aux pouvoirs publics un meilleur suivi de leurs orientations d'intérêt général (ici, par exemple, obligations statutaires concernant le système commun d'information, de formation, d'insertion territoriale, d'accessibilité...) et aux professionnels concernés, une mise en œuvre de leur projet facilitée, mieux articulée à leur logique "métier" et mieux assurée en termes de pérennité.

Les avantages spécifiques de ce droit sont connus, et fixés en France par la loi de 1947 :

- démocratie des hommes (et non du capital) quelle que soit la contribution au capital,
- revenus des sociétaires provenant du travail que permet l'outil commun et non de la valeur de cet outil,
- garantie de recouvrer les sommes versées lors de la cessation d'activité, quelles qu'en soient les raisons (c'est souvent une angoisse pour les libéraux au moment de leur départ à la retraite), la participation en capital est en effet liée à l'activité et remboursée lors de la cessation d'activité,
- double qualité d'associé et d'usager,
- participation en capital obligatoire selon ses "apports" (définis par l'assemblée générale),
- ancrage territorial,
- obligation statutaire de formation,
- distribution des résultats aux réserves et selon les apports de chacun, la société coopérative échappe ainsi à la critique d'être à but "lucratif" : le profit est redistribué sous forme de réserves constituées au sein de la société et de compléments de revenus proportionnels à l'activité constatée, ils sont donc taxés sur les revenus imposables des membres associés...

On le voit à la lecture de ces principes, très souvent ils vont dans le même sens que les orientations et les valeurs à l'origine des projets ou des montages actuellement en cours entre professionnels de santé. Ce droit coopératif pourrait donc être ouvert aux professionnels concernés par les MSP et PSP.

Cette proposition, si elle était retenue, devrait être reprise sous forme de "lois particulières" comme cela est expressément prévu par la loi du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération.

3.9. Réserver le label, MSP ou PSP aux structures dotées d'un système d'informations ambitieux et interopérable

Exercice pluridisciplinaire regroupé et système d'informations (messagerie et DMP) sont indissociables.

L'essence même de l'exercice pluridisciplinaire regroupé est de développer les coopérations interprofessionnelles, la coordination des actes et des interventions et le suivi des prises en charge médicales.

Cela implique un nécessaire partage d'informations entre les professionnels de santé sans qu'il n'y ait perte de temps mais au contraire optimisation (Cf. 3.10).

Ce partage d'informations ne doit donc pas s'ajouter aux tâches des professionnels de santé mais s'intégrer dans un mode d'exercice nouveau qui implique une informatisation poussée des structures.

Ces systèmes d'informations doivent être sécurisés et interopérables entre les professionnels de santé de la structure mais également avec les établissements de santé ou médico-sociaux, afin d'obtenir une réelle coordination et continuité des soins au-delà même du regroupement de professionnels ambulatoire. Ce point a été détaillé dans le chapitre 2 de la partie 1 relatif au déploiement des systèmes d'information.

3.10. Autoriser le partage d'informations entre les professionnels de santé

Le partage d'informations entre les différentes catégories de professionnels de santé, notamment par le biais des données médicales informatisées, est comme nous venons de l'indiquer, un élément indispensable à la coordination des soins et la coopération interprofessionnelle autour de protocoles de prises en charge pluridisciplinaire.

La mission préconise donc de modifier l'article L1110-4 qui limite le partage d'informations médicales aux équipes de soins des établissements de santé pour l'élargir aux professionnels des MSP et PSPS, dès lors que le patient l'autorise et que l'accès est sécurisé.

3.11. Prévoir l'évaluation des regroupements dès leur mise en œuvre

Les MSP et PSP sont des projets ambitieux dont on a compris que les objectifs allaient bien au delà du domaine connu des soins.

Ce qualificatif de MSP ou PSP ne devant pas être galvaudé nous avons rappelé la nécessité de souscrire à un cahier des charges dont le suivi vaudra labellisation.

Néanmoins, les propositions faites pour aider au développement et à la pérennité de ces structures vont obligatoirement mobiliser des moyens humains importants et par là même justifier des financements qui s'inscriront dans la durée.

Certaines expériences passées dans ce domaine des soins, qu'elles aient été d'origine hospitalières ou ambulatoires, se sont révélées parfois coûteuses sans qu'en parallèle preuve ait été faite de leur réel bénéfice pour la santé. Cela conduit à faire trois propositions de suivi :

Un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens doit être conclu entre chaque MSP et PSP et l'ARS

Ce contrat sera le témoignage de l'engagement des professionnels à réaliser le projet pour lequel ils auront sollicité le soutien de l'ARS. Reprenant les éléments du cahier des charges définissant ces regroupements et les spécificités de leur projet, il fera l'objet d'un suivi régulier.

En contrepartie, à l'instar de ce qu'elle fait pour les établissements de santé, l'ARS s'engagera à financer pour la durée du contrat ces structures, la reconduction étant liée au respect des indicateurs définis de façon concertée et inscrits dans le CPOM.

Conclu entre la structure et l'ARS, il engagera l'ensemble des professionnels inclus dans le regroupement mais ne s'apparentera en aucun cas à un conventionnement individuel.

La construction de ces CPOM devra se faire en lien étroit avec les URPS.

Les MSP et PSP devront être accrédités par la HAS

Ces regroupements de professionnels sont indubitablement une chance pour garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés.

Nous avons vu que ces MSP et PSP seront des lieux privilégiés où se développeront des coopérations et s'exerceront des partages d'activité entre médecins et autres professionnels de santé. Dans la partie 2 – chapitre 1, nous avons souligné la nécessité de protocoliser les interventions et avons envisagé une assurance responsabilité civile pour ces regroupements.

Il apparaît nécessaire d'aller jusqu'au bout de la démarche entreprise et d'accréditer ces MSP et PSP. Sans aller jusqu'aux démarches de certification qui s'imposent aux établissements et qui, à l'échelle de ces structures seraient trop lourdes et rapidement dissuasives, la formalisation d'une démarche qualité serait un précieux argument en faveur de la reconnaissance de ces structures.

En contrepartie, il pourrait être envisagé d'alléger les obligations de développement professionnel continu des médecins, infirmiers, kinés qui exercent dans ces structures, l'accréditation de la structure étant un gage de qualité des professionnels qui y exercent.

Les sociétés savantes des diverses professions, la fédération des maisons et pôles de santé etc.... devront être étroitement associées à la rédaction de ce guide d'évaluation par la HAS afin que soit prise en compte la spécificité de l'activité ambulatoire et qu'il n'y ait pas de tentation d'appliquer aux MSP et PSP les obligations d'établissements hospitaliers, ce qui conduirait à l'effet inverse à celui recherché.

L'Assurance Maladie devra désormais privilégier les contrôles ciblés et a posteriori

Cette mission a pu constater combien les professionnels de santé vivaient mal leurs relations avec les organismes payeurs, souvent ressenties comme suspicieuses et tatillonnes. Des exemples communiqués à la mission ont, il est vrai, témoigné du manque de discernement de certaines demandes et d'un formalisme excessif pour d'autres.

Il est certes légitime que les caisses d'Assurance Maladie s'assurent de la bonne utilisation des cotisations versées par la population. Mais est-il pour cela nécessaire de multiplier les paperasses et les démarches administratives.

Un des intérêts de ces MSP et PSP, dotés d'outils d'information tels que nous les avons décrits dans le chapitre 2 de la partie 1, est de permettre un recueil d'informations fiables, accessibles aux caisses d'Assurance Maladie. L'analyse de ces données et leur mise en cohérence les unes avec les autres permettront de cibler les contrôles sur les atypies et donc de privilégier une démarche de contrôles a posteriori.

Ce changement de méthode sera rendu possible par le fait que ces MSP et PSP seront signataires de CPOM avec les ARS, contrats assortis d'indicateurs de suivis, toutes données communiquées aux caisses d'assurance maladie.

Au-delà de ces évaluations à l'échelle de chaque regroupement, il est indispensable qu'une étude soit engagée mesurant l'impact positif ou négatif sur les dépenses de santé de ces nouveaux modes d'organisation, en prenant en compte non seulement les dépenses de soins et de médicaments mais également l'impact de la MSP ou du PSP sur le recours aux services d'urgences ou à l'hospitalisation avec hébergement.

Même s'il est évident que ce n'est pas du jour au lendemain qu'une MSP peut à elle seule modifier les comportements, des analyses régulières à l'échelle d'un territoire seront porteuses d'enseignements, ceci justifiant encore un peu plus la concordance de systèmes d'informations utilisés dans les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social.

CHAPITRE 3 :

DES FINANCEMENTS PUBLICS ET DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, CLES DE LA REUSSITE DE LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les regroupements de professionnels de santé engendrent un coût de charges supérieur à celui d'un exercice isolé.

Les changements qu'ils induisent dans la pratique quotidienne sont néanmoins tels que plébiscités par les jeunes médecins, ces regroupements apparaissent aussi de plus en plus attractifs aux médecins plus âgés qui voient ainsi le moyen de retrouver du plaisir à exercer leur métier et ce, dans un contexte plus serein.

Les MSP et les PSP sont donc indéniablement des formes d'exercice sur lesquels il convient de capitaliser, sous réserve, comme cela a déjà été souligné, d'une bonne analyse des besoins et des projets d'un accompagnement technique et financier pour aider au démarrage de ces structures.

Le problème est que, par le passé, nous avons déjà observé des initiatives intéressantes et utiles aux populations, périlcliter et disparaître faute de financements pérennes.

Il convient désormais d'imaginer des modalités de financement stables de ces regroupements et des activités spécifiques qui y sont déployées, ce sujet étant indissociable de ce qui est communément appelé, les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

1. LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, OBJETS DE CONSENSUS MAIS DONT LE PERIMETRE FAIT DEBAT

Les auditions et les déplacements en province de la mission ont permis de constater que si les professionnels de santé libéraux soutenaient encore très largement le principe du paiement à l'acte, il n'est plus perçu par ces derniers aujourd'hui comme exclusif de tout autre mode de rémunération.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que certaines institutions gérant des centres de santé, où les médecins et les autres collaborateurs sont salariés, ont indiqué lors des audiences avoir mis en place (ou réfléchir à le faire) une rémunération proportionnelle au nombre d'actes. Le but poursuivi est de permettre, par un mécanisme incitatif, la reconnaissance du niveau d'activité et d'investissement personnel de leurs professionnels et par là même, d'augmenter l'activité du centre.

Le débat ne se situe donc plus dans une opposition entre un système de paiement à l'acte versus un autre système de paiement, salaire ou capitation, mais dans un équilibre à trouver entre un socle de rémunération, basé sur le paiement à l'acte et d'autres rémunérations forfaitaires.

Et c'est là où les divergences apparaissent : que doivent financer les forfaits ? Sur quelles bases doivent-ils être calculés ? Quelle part de la rémunération doivent-ils représenter ? Devront-ils être versés aux professionnels individuellement ou à la structure ?

Un consensus semble se dégager tant parmi les professionnels de santé qu'au sein des administrations ou des organismes financeurs sur le fait qu'un paiement de type forfaitaire pourrait rémunérer les activités de prévention et d'éducation thérapeutique. Encore faut-il définir la population cible et le périmètre de ces actions sous peine d'en voir considérablement croître le coût...

Deux domaines sont par contre souvent cités par les professionnels comme éligibles à une rémunération au forfait :

- le temps de coordination entre professionnels de santé que ce soit pour un échange autour d'un patient ou pour partager des expériences et à partir de celles-ci, améliorer les pratiques
- le coût de la structure et notamment le paiement de personnels affectés à l'organisation/ la gestion/ les relations avec les autres structures sanitaires ou le secteur médico-social etc.

Si le premier sujet est inclus dans les expérimentations en cours sur lesquelles nous allons revenir, le second par contre est regardé avec beaucoup de suspicion par les autorités de tutelle.

D'autres domaines d'activité enfin sont parfois évoqués comme éligibles à une rémunération forfaitaire, notamment par les organismes payeurs : le suivi de certaines maladies chroniques et la performance induite par cette démarche. La mission a néanmoins noté que sur ce sujet les avis divergeaient tant étaient flous le concept, ses contours et les indicateurs d'évaluation.

2. DES EXPERIMENTATIONS TIMIDES

2.1. L'absence de rémunérations spécifiques et pérennes n'a pas incité les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'exercice

Les déplacements effectués en diverses régions ont permis de noter une réelle dynamique de regroupements, aussi « hommes-dépendantes » soient ces initiatives, certaines maisons de santé existant d'ailleurs depuis plusieurs décennies, portées par quelques visionnaires. Toutes ont su attirer des jeunes médecins, rassurés d'exercer auprès de confrères expérimentés et séduits par le caractère pluridisciplinaire des MSP.

Tous les professionnels engagés dans ces structures, qu'elles soient en projet ou déjà en fonctionnement, ont tout à la fois témoigné de leur souhait d'aller plus loin dans la modification de leur exercice et déploré le fait que cette transformation ne soit que timidement accompagnée financièrement, le paiement à l'acte ne pouvant pas prendre en compte ce travail collectif et pluridisciplinaire.

En effet, ces pionniers ont une vision de leur exercice qui va au-delà de la prise en charge individuelle de leurs patients et qui repose sur un projet de santé au service de la population du territoire sur lequel ils sont installés. Les actes ne sont donc plus les seules prestations qu'ils délivrent mais pour autant, jusqu'à une époque récente, aucune rémunération n'était prévue pour ces activités non attachées nominativement à un patient. Cela a constitué un frein voire un blocage à certaines tentatives de modernisation des modes d'exercice.

La mise en place de nouveaux modes de rémunération devient donc nécessaire et est réclamée par les professionnels de santé moins le plus souvent pour améliorer leurs conditions de vie que pour offrir à leurs patients des services innovants.

2.2. Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération en sont au début

Conscients de la nécessité d'accompagner les professions de santé dans leur adaptation à de nouveaux modes d'exercice, les Pouvoirs Publics ont mis en place un dispositif d'expérimentations dont la base juridique figurait dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008.

Un cahier des charges a été élaboré et des appels à projet ont été diffusés en juillet 2008 par les Missions Régionales de Santé dans 6 régions. Un comité de sélection des projets a retenu dans ces régions ceux présentés par 42 structures (18 maisons de santé, 21 centres de santé et 3 pôles de santé).

Ces expérimentations sont entrées en phase opérationnelle sous l'égide des ARS en 2010 et seront évaluées dans la perspective d'une éventuelle généralisation. Les évaluations porteront sur l'impact de ces mesures sur la qualité de prise en charge des patients (cf. paragraphe suivant).

Dans un premier temps, les expériences sur les nouveaux modes de rémunération ont porté sur deux types de projets :

- un projet intitulé « forfait missions coordonnées »
- un projet intitulé « nouveaux services aux patients » qui est limité dans un premier temps à une activité d'éducation thérapeutique du patient.

Les sites d'expérimentation sont répartis entre ces deux projets.

2.2.1. La complexité du « forfait missions coordonnées »

Ce forfait est destiné à rémunérer le temps de coordination au sein de la structure, les professionnels continuant, par ailleurs, à bénéficier du paiement à l'acte pour leur activité habituelle.

Le forfait est calculé en fonction du nombre de professionnels de santé participant au projet et de la taille de la patientèle concernée (nombre de patients ayant choisi comme médecin traitant un des praticiens de la structure et, le cas échéant, prise en compte également de leurs enfants à la double condition qu'ils soient âgés de 6 à 16 ans et qu'ils aient consulté au moins 2 fois dans l'année).

L'emploi du forfait est libre et garanti jusqu'en 2012 (sauf dans le cas d'un abandon de l'expérimentation par la structure considérée).

Le forfait ⁴⁴ est versé en totalité la première année pour mettre en place l'expérimentation et son versement les années suivantes sera conditionné à l'atteinte d'objectifs visant à s'assurer d'une plus value pour les patients du travail de coordination ainsi mis en place⁴⁵.

Les responsables de la structure sont en effet tenus, dans le cadre d'une convention spécifique signée avec l'ARS, de fournir des éléments de suivi de leurs résultats afin de permettre d'évaluer le dispositif.

Dans cette perspective, une batterie d'indicateurs a été conçue par un groupe de travail pluridisciplinaire puis validée par le comité de pilotage de ces expérimentations (qui associe l'administration, les caisses nationales d'Assurance Maladie, les organismes complémentaires, les représentants des professions de santé et des assurés).

Ces indicateurs ont été construits dans le but d'appréhender les résultats de la structure en termes d'atteinte d'objectifs de qualité des soins, de réalisation du travail coordonné et d'efficience. A l'exception de ceux qui portent sur l'objectif d'efficience, ils ont été validés par la HAS.

Les 10 indicateurs de qualité des pratiques portent sur la prévention des cancers et de la grippe (taux de participation des patients aux campagnes de dépistage organisés et à la vaccination), la lutte contre l'hypertension (taux de patients ayant un hypertension équilibrée par le traitement), la prise en charge du diabétique (taux de patients ayant au moins 3 dosages annuels HBA 1C), la prévention de l'obésité, le dépistage de l'Alzheimer et son accompagnement, la prescription des paramédicaux (taux de délivrance de dispositifs médicaux prescrits par des IDE), la prévention du risque cardio-vasculaire, la prise en charge des lombalgies chroniques (taux de patients lombalgiques en arrêt de travail de plus de 3 mois dont le dossier a été discuté en réunion pluridisciplinaire).

Les indicateurs de l'objectif de réalisation du travail coordonné portent sur la continuité des soins (qualité du dossier médical commun, continuité des soins, coordination avec une structure extérieure type HAD ou SSIAD), le partage d'informations (réunions pluridisciplinaires...), et l'existence de protocoles sur support papier ou électronique.

Les indicateurs de l'objectif d'efficience portent sur le bon usage des génériques et des transports sanitaires (taux de prescription dans le répertoire des génériques et taux de prescription de véhicules sanitaires légers).

Les promoteurs des projets ont été invités à choisir les indicateurs correspondant le mieux à leur projet et à leur activité avec l'obligation d'en choisir au moins 4 parmi les indicateurs de qualité des pratiques, au moins 4 parmi les indicateurs de réalisation du travail coordonné, les deux indicateurs d'efficience étant obligatoires.

Il faut noter qu'une partie conséquente des indicateurs cités ci-dessus sont ceux qui ont déjà été utilisés dans la procédure des Contrats d'Amélioration des Pratiques individuelles (CAPI).

⁴⁴ A titre d'exemple, une maison de santé pluri-professionnelle dont la patientèle est inférieure à 2 700 patients et comprenant 2 médecins généralistes, 2 infirmiers dont 1 à temps plein et un à mi temps et un psychologue percevra 22 496 € par an

⁴⁵ Objectifs de qualité des pratiques, objectifs de coordination et de continuité des soins, objectifs d'efficience)

2.2.2. Le caractère limité du forfait « nouveaux services aux patients »

Dans un premier temps, ce module concerne la seule éducation thérapeutique mais cette expérimentation n'a pas vocation à se limiter à cette activité dès lors que le choix serait de nature à favoriser l'émergence de nouvelles formes de prises en charge.

L'idée est de proposer aux professionnels de santé libéraux une rémunération pour une activité aujourd'hui peu formalisée et pourtant indispensable afin de permettre aux patients et à leur entourage de gérer mieux leur maladie.

Les programmes faisant l'objet de l'expérimentation portent en priorité sur le diabète, l'asthme, la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque et l'hypertension artérielle.

L'équipe d'intervention doit comprendre au moins deux professionnels de santé et être coordonnée par un médecin. La file active de patients ainsi pris en charge doit intégrer au moins 50 patients la première année et augmenter d'au moins 10 % par an pendant la durée de l'expérimentation.

La rémunération de ces programmes d'éducation thérapeutique repose sur un forfait par programme et par patients, alloué à la structure qui en dispose librement.⁴⁶

La structure est évaluée pour cette activité sur des données descriptives qu'elle s'engage à fournir (nombre de patients bénéficiaires, contenu du programme, nombre de séances éducatives etc).

2.2.3. Des forfaits qui ne sont pas à la hauteur des enjeux

Au total, ces expérimentations sont intéressantes car elles tracent la voie à un autre mode de rémunération des professionnels, établi sur une vision plus globale de la prise en charge des patients au-delà du seul domaine du curatif.

Pour autant, selon les professionnels concernés par ces expérimentations, elles apparaissent comme complexes et technocratiques, les procédures d'évaluation pour indispensables qu'elles soient étant particulièrement rébarbatives.

Qui plus est, le qualificatif d'expérimentations et le terme de 2012, font craindre à nombre de promoteurs la non reconduction de cette aide, ainsi que cela a été le cas par le passé, par exemple, pour les réseaux Soubie.

Enfin, le fait qu'un grand nombre des indicateurs de l'expérimentation du forfait « missions coordonnées » soient également ceux qui sont utilisés dans les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) pose question sur la coexistence de ces deux systèmes, le CAPI étant un contrat individuel applicable au seul médecin et le forfait missions coordonnées s'appliquant lui à la structure dans laquelle il exerce.

La construction de ces forfaits est fortement influencée par le mode de pensée auquel nous sommes soumis depuis de longues années, plus suiveur que précurseur, porté avant tout par le souci de contenir les dépenses de l'ambulance, sans vision globale des dépenses de santé dans leur ensemble. En réalité, ce système de rémunération n'apparaît pas à la hauteur des enjeux qui sont ceux d'une médecine de proximité moderne, à même de prendre en charge des patients aux divers stades de la maladie, et organisée de telle sorte qu'elle réduise le recours à l'hospitalisation avec hébergement.

⁴⁶ 250 € pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances et 300 € pour 5 ou 6 séances. En sus, une somme de 1 000 € peut être allouée une seule fois pour la conception initiale du programme d'éducation thérapeutique

2.3. D'autres modalités de rémunération sont envisagées mais leur mise en place pose questions voire suscite de fortes oppositions

2.3.1. La mise en place controversée du CAPI, dispositif de contractualisation individuel ne s'inscrivant pas dans le cadre conventionnel

Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) est un contrat conclu entre un médecin conventionné et la CPAM, dans le cadre d'une démarche volontaire par un médecin qui conserve, en outre, la faculté de le résilier.

Ce contrat, conforme à un contrat type national, engage le médecin à améliorer la prise en charge de sa patientèle au sens collectif du terme, en contrepartie d'une rémunération versée par la CPAM.

Cette prise en charge recouvre plusieurs champs de l'activité médicale allant de la prévention primaire à la prise en charge des pathologies chroniques et à des efforts de maîtrise médicalisée.

Les CAPI sur lesquels l'assurance maladie semble fonder de grands espoirs ont été initiés au printemps 2009 suite à une décision de l'UNCAM de mars 2009.

Cette décision d'une ampleur politique certaine s'inscrit dans une démarche de recherche d'efficacité accrue dans le domaine de la maîtrise médicalisée. Les thèmes sont, pour partie, ceux qui ont déjà figuré dans des programmes antérieurs (prescription de classes thérapeutiques les moins chères à effet thérapeutique identique).

En outre, ce dispositif ne se limite pas à une évolution de la pratique médicale vers le meilleur soin au moindre coût mais se donne pour ambition d'améliorer l'état de santé de la patientèle en incitant certaines catégories d'assurés (diabétiques, personnes âgées) à se soumettre à des actes de prévention (vaccination contre la grippe par exemple) ou à un meilleur suivi (examens biologiques ou ophtalmologiques chez les diabétiques).

Le principe technique retenu consiste à fixer aux médecins des objectifs quantifiés, tels que pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans vaccinée pour la grippe saisonnière ou nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au programme de dépistage du cancer du sein.

L'élément nouveau dans le programme CAPI par rapport aux dispositifs antérieurs réside dans l'octroi d'une rémunération complémentaire en proportion de l'atteinte des objectifs ciblés.

Ce dispositif a suscité des réserves, voire des oppositions, dont la plus notable est celle du Conseil National de l'Ordre des médecins qui, dans un avis adopté en décembre 2008, a déclaré inacceptable le principe d'une rémunération liée à des décisions médicales qui pourraient, selon lui, affecter la relation de confiance entre le médecin et le malade « qui pourrait se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement ». Le Conseil de l'Ordre demande qu'au minimum une information des patients soit donnée à ce sujet.

Dans un premier temps, en 2009, la CNAMTS s'est fixé un objectif de nombre de signatures de CAPI qui corresponde aux médecins identifiés comme remplissant les critères dans leur pratique professionnelle ou étant proches de les satisfaire. Ce parti pris explique très certainement les réponses positives des quelques 15 000 médecins quasi assurés de satisfaire aux critères et donc de percevoir au moins une part de cette rémunération complémentaire.

2.3.2. Les interrogations suscitées par une possible rémunération au forfait pour les maladies chroniques

Certains interlocuteurs de la mission ont évoqué l'opportunité de procéder à la rémunération sous forme d'un forfait pour les actes de patients atteints de maladies chroniques, les pathologies concernées pouvant justifier des prises en charge relativement stéréotypées et standardisées.

Cette possibilité suscite néanmoins plusieurs interrogations :

Quelles maladies chroniques seraient concernées? Si le critère utilisé est celui des malades en ALD, il est à craindre, vu leur nombre, que le coût n'en soit élevé sauf à fixer un montant de forfait faible ce qui retire tout intérêt à la méthode.

La seconde difficulté réside dans le fait que, par nature, certains de ces patients chroniques ont des phases d'aggravation de leur maladie. Les évolutions, les décompensations et les complications de cette pathologie seraient-elles incluses dans le forfait ou en seraient-elles exclues?

Enfin qu'en serait-il de la liberté de choix par le patient de son médecin traitant qui, par définition, serait restreinte pendant la durée couverte par un forfait ?

2.3.3. La capitation, un modèle inadapté à notre pays

Plusieurs pays ont développé des rémunérations à la capitation. Le système de rémunération à la capitation tel qu'il existe dans certains pays anglo-saxons ne porte pas sur des pathologies mais sur des populations.

Ainsi en Grande Bretagne, les médecins de premier recours reçoivent une rémunération trimestrielle du Service National de Santé composée :

- d'une somme qui a vocation à prendre en charge une partie de leurs frais professionnels (frais de loyers et de paiement des salaires de leurs employés),
- d'une somme modulable calculée en fonction du nombre de patients suivis dans leur cabinet, de l'âge de ces patients, de leurs pathologies chroniques, de leur précarité et de leurs besoins sociaux (calculés à partir d'indicateurs spécifiques), qui constitue le paiement à la capitation proprement dit.

Le suivi des grossesses est rémunéré sur d'autres bases et les actions de dépistage et de prévention sont rémunérées à l'acte.

Ce système présente l'avantage pour les médecins de ne pas les contraindre à la pression du nombre d'actes pour faire face à leurs charges et de maintenir un niveau de rémunération convenable.

En revanche, ce système est parfois accusé d'inciter les praticiens à moins travailler en raison de la déconnexion de leurs revenus du nombre d'actes réalisés ou de se décharger de certaines tâches que la capitation ne rémunère pas (petite chirurgie ou visites de nuit) en adressant les patients concernés vers d'autres structures.

Par ailleurs, il ne respecte pas la liberté de choix du médecin par le patient et peut favoriser, au contraire, une sélection des patients par les médecins (sélection des patients présentant peu de difficultés sur le plan médical ou social et incitation à ne pas prendre en charge les patients présentant le profil contraire).

Surtout à l'expérience, ce système de rémunération n'est pas vecteur d'économies pour les institutions qui financent les dépenses de santé car il incite les médecins de premier recours à se décharger des malades difficiles sur d'autres professionnels ou d'autres modes de prises en charge plus coûteuses telles que les hospitalisations.

Pour tenter de remédier à cette situation, un dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2005.

Il s'agissait, par des incitations financières, d'accroître les motivations des professionnels à délivrer des soins de qualité et de favoriser une amélioration des pratiques.

Les dépenses ainsi générées au titre du paiement à la performance ont représenté 1,2 Milliards d'euros en 2007, soit une augmentation des ressources des cabinets de 13 %.

L'évaluation officielle de cette mesure a permis de constater un impact plutôt positif sur la qualité des pratiques cliniques et des soins, résultat néanmoins considéré comme modeste car, semble-t-il, plutôt imputable à une meilleure protocolisation des soins.

En outre, les exigences qui supportaient le contenu des indicateurs d'évaluation ont été considérés comme très modérément ambitieuses.

3. REBATIR LE MODE DE REMUNERATION DES MEDECINS ET ASSURER DURABLEMENT LE FONCTIONNEMENT LES MSP ET PSP

Divers principes doivent présider aux choix à faire:

- le système de rémunération des professionnels de santé libéraux doit désormais intégrer des activités autres que celles directement liées aux soins délivrés à une personne dans le cadre d'une relation individuelle soignant-soigné
- le travail de coordination de plusieurs professionnels de santé au service d'un patient, au-delà des soins délivrés, doit être reconnu et rémunéré et ce d'autant plus que la prise en charge concertée s'avère complexe et chronophage
- le déploiement de moyens matériels et humains effectué par des professionnels regroupés au sein d'une structure, MSP et PSP, et mis au service d'une population dans un territoire donné doit être reconnu et financé
- le paiement à l'acte demeure un mode de rémunération adapté à une large part de l'activité des professionnels de santé libéraux, beaucoup d'actes demeurant basés sur une relation singulière entre ces derniers et leurs patients.

3.1. Modifier le modèle de fixation de la rémunération à l'acte

3.1.1. Reconnaître l'obsolescence du système tarifaire actuel

Depuis de longues années, est dénoncée la faiblesse de la valorisation de la part intellectuelle dans la démarche diagnostique des médecins au détriment de celle affectée aux actes techniques.

Pour sortir de l'enfermement du prix unique du C, les partenaires conventionnels ont peu à peu distingué diverses situations jugées plus complexes et à ce titre éligibles à une majoration du montant du C.

La difficile reconnaissance du C=CS et surtout le psychodrame du C à 23€, revalorisation inscrite dans la convention de 2005 et dont l'effectivité a été repoussée d'année en année pour finalement être effective au 1^{er} janvier 2011, témoignent de l'obsolescence de ce mode de raisonnement.

En fait, conscients de cette situation, les professionnels demandent depuis de longues années la discussion d'une CCAM clinique à l'instar de ce qui a été conduit pour les actes techniques, ce système permettant à leurs yeux d'enfin hiérarchiser leurs actes et de sortir de l'hétérogénéité du système actuel qui permet de rémunérer 22 € des consultations qui valent moins que ce montant quand bien d'autres en vaudraient deux à trois fois plus.

La CNAMTS avait proposé en 2004 un projet consistant à réutiliser les mêmes paramètres que ceux de la CCAM technique pour établir la hiérarchie des consultations (durée, technicité, stress, effort mental). Ce schéma n'a pas été accepté par les syndicats car jugé inadapté aux réalités quotidiennes.

Les organisations représentant les professionnels ont proposé eux-mêmes des typologies ou critères discriminants permettant de dégager, selon les syndicats, de 2 à 4 niveaux de C.

3.1.2. Etablir une grille tarifaire selon la complexité des situations rencontrées

Nous avons défendu, en d'autres chapitres de ce rapport, l'idée d'une optimisation du temps médical et d'un recentrage de l'intervention des divers professionnels de santé et notamment celles des médecins, autour d'actes qui correspondent véritablement à leur valeur ajoutée.

La conséquence d'un tel changement sera certainement une légère réduction du volume d'activité des médecins (mais vite compensée en certains territoires par l'accroissement du nombre de patients compte tenu de la réduction du nombre de praticiens) qui, en toute hypothèse, ne saurait se traduire par une diminution de leurs revenus dont on sait qu'ils sont déjà en France inférieurs à ceux des médecins d'autres pays.

Moins d'actes mieux payés est le rêve de tout médecin. Moins d'actes médicaux inutiles est le rêve de tout organisme payeur. Un autre référentiel des tarifications des médecins peut permettre de concilier ces aspirations apparemment divergentes.

La référence de tarification ne doit plus être une grille de chiffres mais une grille simple de situations de complexité variable, le critère de valorisation étant la difficulté à établir un diagnostic et à instituer une démarche thérapeutique.

Les rémunérations s'inscriraient ainsi dans un éventail de 4 ou 5 tarifications, d'une plus faible à une plus élevée, selon que l'acte est simple et peu chronophage chez un patient jeune et connu ou complexe, chez un patient nouveau, polyopathologique et présentant des symptômes nouveaux.

Les valeurs pourraient aisément s'échelonner de la valeur d'un demi C actuel à 60 à 70€ pour une consultation longue et difficile.

Un tel système permettrait de sortir du débat récurrent de l'insuffisance de rémunération de certains actes, du sous paiement de l'acte intellectuel et de la valorisation du suivi des maladies chroniques étant entendu qu'il pourrait être admis que tout malade en ALD bénéficie une fois par an, d'une consultation longue.

Les sceptiques à l'égard de cette proposition mettront sûrement en avant la tentation de certains praticiens de coter leurs actes dans l'échelle haute de cette grille et d'un surcoût pour l'assurance maladie.

Depuis déjà de longues années, les organismes payeurs disposent des profils des médecins et des caractéristiques de leurs pratiques. La simple comparaison entre le profil antérieur des médecins et celui qui résulterait du changement de tarification, corrélée à un contrôle de cohérence entre praticiens, permettra aisément de vérifier du bon usage de cette nouvelle grille tarifaire.

Il est évident que ce système doit être bâti à partir de simulations ainsi que cela a été fait lors de la mise en place de la TAA dans les établissements hospitaliers, tout à la fois pour éviter un dérapage déraisonnable des coûts et créer des effets d'aubaine mais également pour apprécier de façon juste, les situations retenues et les tarifs qui y seront liés afin de ne pas créer chez les médecins des manques à gagner inacceptables.

Par ailleurs, la mise en œuvre de ce système est conciliable avec le travail sur la CCAM clinique, celle ci permettant d'affiner les situations et d'en estimer la juste rémunération. En effet, la complexité d'un acte est à apprécier moins en fonction du patient que du problème qu'il pose à un moment donné.

Quant aux autres spécialités médicales dont l'apport est plus intellectuel que technique, elles seraient soumises aux mêmes grilles tarifaires, l'usage en toute logique en étant centré sur les situations les plus complexes. L'idée est d'amener ces spécialistes non généralistes à privilégier leur fonction de consultant et à ne pas assurer, comme on le voit parfois, le suivi de malades chroniques qui relève de la mission du médecin traitant. Nous serons là aussi dans une logique de moins de malades mais d'honoraires plus élevés.

Ces actes de consultation ainsi payés seraient compatibles avec la cotation de certains actes techniques (tel que, par exemple, une consultation durant laquelle est fait un frottis cervico-vaginal).

3.1.3. Intégrer la notion de partage d'activités dans la fixation des tarifs

Les échanges avec les professions de santé autres que celles des médecins ont montré l'aspiration de ces professions à se voir reconnues dans un rôle plus conforme à leurs formations et à leurs expertises.

Ainsi en est il des sage femmes dont les actes sont mal valorisés alors qu'elles font 5 ans d'études, sont reconnues comme professions médicales et ont suivi pour certaines d'entre elles des formations complémentaires, validées de façon identique aux médecins (ex DU d'échographie fœtale). Est-il juste que la rémunération de l'acte soit différente ? Au moment où nous allons manquer d'obstétriciens, n'est il pas judicieux de valoriser mieux la compétence des sages femmes ?

D'autres exemples pourraient être cités montrant que d'autres professions de santé peuvent dans des cas précis, selon des protocoles clairement établis, se substituer à des médecins. C'est le sens et la conséquence du recentrage des praticiens sur les actes à valeur ajoutée médicale. Mais il convient d'aller jusqu'au bout de la logique et de rémunérer de façon identique l'acte fait par le médecin ou le professionnel non médecin. Ainsi en est-il d'une vaccination chez une personne connue sans antécédent pathologique ...

L'affirmation de ce principe : payer de façon identique, à tout professionnel apte à l'effectuer, qu'il soit médecin ou non, un acte serait un élément puissamment accélérateur du partage d'activités.

A contrario, les professionnels non médecins qui vont tirer bénéfice de cet élargissement de leurs territoires d'exercice devront eux-mêmes également se recentrer sur les actes qui justifient leurs interventions. Ainsi les infirmières engagées dans ces démarches de coopérations ne pourront elles plus revendiquer les soins d'hygiène dont on sait qu'ils sont de la compétence des aide soignantes, même si cette pratique doit être assortie d'une parfaite traçabilité des informations concernant la santé des malades.

De même conviendra t-il que les infirmiers libéraux limitent leurs activités à domicile aux stricts soins de patients dans l'impossibilité de se déplacer, des marges de progrès sensibles étant possibles en ce domaine. En contrepartie de cet effort, il devra être envisagé d'aligner pour tous les professionnels de santé se rendant au domicile et conventionnés, les indemnités liées à l'usage d'un véhicule, le principe, consistant à moins payer une infirmière ou un kiné qu'un médecin pour ses déplacements auprès d'un malade alité, étant totalement injustifié.

3.2. Instituer une rémunération inspirée de la TAA pour certaines prises en charge

Si le système de rémunération précédent a vocation à concerner tous les professionnels de santé libéraux et au premier chef d'entre eux, les médecins, cette rémunération complémentaire ne s'adresse qu'à ceux engagés dans une formule de pratiques pluridisciplinaires, MSP ou PSP, signataires, à travers ces structures, d'un contrat d'objectifs et de moyens avec les ARS.

L'idée générale est qu'un petit nombre de patients identifiables relèvent d'une prise en charge renforcée et coordonnée.

Le principe n'est plus de rétribuer un acte individuel, fruit d'une relation entre un patient et un professionnel mais de rémunérer une activité comprenant temps de coordination et interventions de plusieurs professionnels. Le modèle en est la tarification à l'activité telle qu'elle se pratique en HAD.

Cette rémunération est versée pour une prise en charge de durée déterminée.

Une grille de codage serait établie recouvrant diverses situations dont toutes ont pour point commun d'être complexes et d'amener à l'intervention de plusieurs professionnels de santé. La tarification devrait être évaluée de telle sorte qu'elle intègre rémunération des temps de coordination et actes accomplis. Elle pourrait être pondérée à la hausse si les interventions impliquent le déplacement au domicile du malade.

A titre d'exemples, les patients actuellement pris en charge en SSIAD relèvent de cette démarche renforcée. De même, le suivi du post partum physiologique en cas de sorties de maternité à J+1 ou J+2 entre également dans ce cadre. Les activités d'éducation thérapeutique pourraient relever également de ce mode de financement.

Il sera certainement évoqué le coût possible pour l'Assurance Maladie de cette rémunération qui, il est vrai, est à évaluer.

Mais, tout d'abord, à l'inverse du forfait missions coordonnées évoqué au 2.2.1, il est plus aisé à circonscrire dans son périmètre, les expérimentations devant concerner quelques cibles bien identifiées (dont celles citées) et la durée de la prise en charge étant de toute façon limitée dans le temps.

Par ailleurs, nombre de rapports ayant dénoncé les hospitalisations évitables, notamment des personnes âgées, il est clair que cette démarche est de nature à en réduire le recours, ce qu'une étude médico-économique pourra aisément démontrer et évaluer. Il n'est, dans ce cas, pas inconcevable que le financement en soit assuré sur l'enveloppe hospitalière et au moins, dans un premier temps, en y affectant une part des MIG-AC. Serait ainsi amorcée la fongibilité des enveloppes hospitalière et ambulatoire si souvent réclamée et jamais engagée, cette activité coordonnée assurée par l'ambulatoire étant en fait utile au secteur hospitalier.

A l'instar de ce qui a déjà été dit, en vitesse de croisière d'utilisation de ce mode de rémunération, ce sera l'analyse comparée entre MSP et PSP, rapportée à leur taille et au territoire concerné qui identifiera les éventuels abus.

Ces forfaits étant versés à la structure, il appartiendrait à cette dernière d'en répartir le montant aux professionnels intervenants selon des critères qui lui appartiendraient mais qui auraient été actés en annexe du CPOM signé avec l'ARS.

3.3. Octroyer un financement structure aux MSP et PSP labellisées

Les MSP et les PSP sont une forme d'exercice encouragée par les autorités publiques et sont de nature à aider à l'installation de jeunes générations de médecins. Par contre, nous avons vu que cette forme d'exercice, de par ses charges et ses contraintes d'organisation, engendrait un surcoût pour les professionnels qui s'y engageaient et amenait certaines professions, comme les infirmières, à hésiter avant de rejoindre ces structures.

Au regard de l'enjeu organisationnel pour notre système de santé que constitue ces regroupements, la puissance publique ne peut se limiter à accompagner les seules phases de faisabilité et de démarrage et éventuellement certains investissements.

Pour perdurer et durablement répondre à l'objectif d'accès à la santé pour tous, ces MSP et PSP doivent faire l'objet d'un financement pérenne et pluri annuel, inclus dans les CPOM signés avec les ARS.

Que ces initiatives soient portées directement par les professionnels eux-mêmes, par un établissement de santé, une collectivité ou tout autre porteur de projets, il est impératif que soit assurée une couverture financière des surcoûts liés au suivi du cahier des charges qui les qualifie, et inhérents aux activités spécifiques qui sont développées en leur sein.

Ces financements doivent couvrir :

- Les charges liées à des locaux plus spacieux car intégrant salle d'urgences/ salles de réunion/ cabinets d'accueil des internes
- Le fonctionnement des outils de télémédecine et systèmes d'informations,
- Des plages horaires de personnel d'accueil plus larges que dans les autres cabinets, l'objectif étant de couvrir le temps hors PDS (8h/20h)
- Le temps de personnel affecté à la coordination, à l'organisation et à la gestion de cette structure
- Le temps d'assistante sociale attachée à la structure.
- Le temps du personnel attaché à la gestion de l'information médicale (cf. chapitre sur la télémédecine et les systèmes d'informations)
- L'organisation de réunions d'information des populations

Ces financements lissent ainsi les charges de telles structures, ceci favorisant l'intégration des paramédicaux encore trop réticents à les rejoindre (notamment les MSP).

Le montant en sera variable selon la population couverte et le nombre de professionnels inclus. Le versement en serait conditionné au respect du cahier des charges national des MSP et PSP et du CPOM.

3.4. Résoudre rapidement la question du régime social des rémunérations autres que les honoraires liés à l'acte

Ces dernières années sont apparues des difficultés liées à la non prise en charge par les caisses d'Assurance Maladie, des cotisations sociales des rémunérations perçues dans un cadre autre que celui du paiement à l'acte et à ce titre non assimilables à des honoraires conventionnels⁴⁷.

Les sommes versées sous la forme de forfaits font donc courir à leurs bénéficiaires le risque d'être considérées par les URSSAF et l'administration fiscale non comme des honoraires mais comme des salaires.

Il est donc urgent, dans un premier temps et dans l'attente de l'adoption d'autres mesures, d'obtenir une tolérance des URSSAF et des services fiscaux pour les professionnels engagés dans les expérimentations citées ci-dessus jusqu'à leur terme en 2012.

Dans un second temps, il conviendra d'adopter un système simple et non pénalisant pour clarifier les régimes social et fiscal de ces sommes, le plus simple étant très certainement de les assimiler à des honoraires conventionnés, ce qui serait d'ailleurs logique, ces forfaits n'étant pas libres mais réglementés, certains relevant du cadre conventionnel et d'autres de la contractualisation avec les ARS.

⁴⁷ Les CPAM participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés de secteur 1 selon les modalités suivantes :

-au titre de l'assurance maladie, maternité et décès les médecins conventionnés doivent une cotisation prévue par le code de la sécurité sociale. La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net des dépassements d'honoraires qui correspond à 9,7 % de ce montant.

-au titre des allocations familiales, la participation des caisses est assise sur le montant du revenu net des dépassements d'honoraires et correspond à 5 % de ce montant dans la limite du plafond annuel de SS et à 2,9 % au-delà

-au titre du régime de l'avantage complémentaire vieillesse, la participation des caisses à la cotisation due par les médecins est fixée à 66,66 % des cotisations dues par le médecin qui est calculées sur la base de 60 C

CHAPITRE 4 :

LA CLARIFICATION DU ROLE DES DIVERS ACTEURS INSTITUTIONNELS, COMPLEMENT INDISPENSABLE DE TOUTE REFORME

Nous avons vu en diverses parties de ce rapport les liens indissociables existant entre notre système de santé et les modalités de financement de notre protection maladie.

Aussi forte soit la volonté politique de modernisation de notre offre de santé, les actions à accomplir ne prendront leur pleine mesure que si, en parallèle, est conduite, comme nous l'avons dit dans le préambule de ce rapport, une réflexion puis une réforme du système de financement.

Néanmoins et en attendant ce jour, il importe à tout le moins de clarifier les responsabilités et les fonctions des divers acteurs et des différents échelons d'interventions : Etat/ Agences Régionales de santé/ organismes payeurs.

En effet, la loi HPST a, par son contenu, établi la fin de la dichotomie hôpital/secteur ambulatoire, les ARS étant là pour témoigner de la volonté politique d'un pilotage commun afin de, désormais, regarder l'offre de santé à l'échelle de territoire et répondre ainsi aux objectifs essentiels que sont l'accessibilité et la qualité des soins

C'est là un vrai bouleversement pour les acteurs de l'ambulatoire, les activités des professionnels de ce secteur étant jusqu'au vote de cette loi, uniquement régies par le biais des conventions nationales signées entre les organismes d'Assurance Maladie et les organisations syndicales représentatives. Demain, existeront des schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires (SROS ambulatoires) et des Unions régionales de Professions de Santé (URPS).

Ces changements ont suscité de fortes réticences, car c'est toute l'architecture d'un système qui se trouve bouleversée et c'est aussi, il faut l'avouer, tout un jeu de pouvoirs qui est bousculé.

Ceci explique que, si un effort de clarification a été fait à l'échelon régional, il n'en est pas de même à l'échelon national, les responsabilités respectives de l'union des caisses d'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé apparaissant quelque peu déconnectées de la logique de la loi HPST.

Nous ne rentrerons pas dans le débat de savoir s'il convient de créer ou non une Agence Nationale de Santé. Cet aspect institutionnel ne rentre pas dans notre lettre de mission. Mais le fait que le Ministère de la Santé n'ait pas la pleine tutelle de l'Assurance Maladie nuit, à notre sens, à la lisibilité de l'ensemble du système.

1. L'ETAT, GARANT DE LA COHERENCE, DE L'EFFICIENCE ET DE L'EQUITE DES SYSTEMES DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE

Notre pays reste marqué par une forte tradition centralisatrice, même si les diverses lois de décentralisation ont depuis 30 ans infléchi cette tendance.

A ce titre, la santé et la protection sociale demeurent l'apanage des gouvernements, peu de responsables politiques imaginant des régions autonomes notamment dans le domaine du financement de la maladie. Néanmoins, depuis 15 ans il a été procédé à un glissement de certaines responsabilités vers des instances régionales, les agences régionales de l'hospitalisation ayant été les premières étapes de ce processus, les agences régionales de santé en parachevant la démarche.

En 2004, nous nous sommes dotés de deux nouvelles instances, la Haute Autorité de Santé et le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie⁴⁸

Sans proposer des changements fondamentaux de ces instances, au regard des propositions faites dans ce rapport, il n'est pas inutile de resituer leur positionnement et rappeler l'équilibre général de la gouvernance du système de santé et de protection sociale.

⁴⁸ La HAS créée en 2004 est chargée d'évaluer l'intérêt médical des médicaments et des dispositifs médicaux, de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins, d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.

Le HCAAM est chargé d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, de décrire la situation financière et les perspectives de l'assurance maladie, de formuler des propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidarité financière.

1.1. Renforcer le positionnement scientifique de la Haute Autorité de Santé

En 6 ans, la HAS a peu à peu réussi à se faire une place dans notre maquis institutionnel et a, notamment, dans le domaine des soins, réussi à développer une vraie culture de l'accréditation des pratiques et de la certification des établissements.

Dotée d'un large périmètre de compétences, son domaine d'actions touche tous les secteurs de la santé et lui donne de ce fait, une vraie autorité pour juger de l'utilité de tel ou tel dispositif.

Mais le danger d'un périmètre d'actions large est parfois de diluer la force de ses messages tant ils sont nombreux et épars. Cela impose de :

- Concentrer les axes de travail sur l'efficacité, dans ses volets appréciation du progrès et qualité des actes et prestations.
- Fluidifier ses méthodes de travail et simplifier ses avis pour les rendre tout à la fois plus percutants et accessibles
- Déléguer davantage la conduite des missions pour se centrer sur la définition des principes, des règles et des cahiers des charges puis en aval, juger des évaluations réalisées, que celles ci concernent les établissements ou les pratiques.

Mais, a contrario, cela signifie que les avis de la HAS devraient être essentiels pour influencer la décision du politique, ce dernier, législatif ou exécutif, étant le seul à pouvoir faire le choix de suivre ou non les avis émis. Il n'est pas certain que cet objectif ait été atteint à ce jour.

1.2. Mieux utiliser le HCAAM, instance trop méconnue

Même si sa composition mériterait ici ou là d'être ajustée, ce conseil est devenu au fil des années un lieu d'échanges et de débats, source d'avis argumentés et de propositions d'évolutions.

Certes, cela n'a pas fait pour autant disparaître tous les jeux de rôle et toutes les positions de principe, mais la démarche adoptée permet d'entendre tous les points de vue, d'établir des diagnostics communs, d'évaluer les propositions et de porter des jugements qui, pour être nuancés, n'en demeurent pas moins pertinents.

Mais, force est de reconnaître que ces avis ont, jusqu'à ce jour, insuffisamment retenu l'attention des décideurs politiques.

1.3. Donner les moyens au politique d'être maître de la décision

Eclairé des avis de la HAS pour ce qui concerne l'aspect scientifique, et de ceux du HCAAM pour ce qui relève du financement, le politique, ministre et représentation parlementaire, est en situation de pouvoir affirmer ses choix, compte tenu des besoins identifiés dans les territoires et des engagements politiques pris.

Si l'équilibre est délicat entre le possible et le souhaitable, il est tout autant difficile à trouver entre l'échelon national et les outils régionaux que sont les ARS, et entre les acteurs de santé qui vont « dépenser » et les organismes payeurs qui vont « financer » et pour cela collecter la ressource.

2. LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE, MAITRES D'ŒUVRE DE LA POLITIQUE CONVENTIONNELLE

2.1. Sortir la politique conventionnelle du climat de psychodrame dans laquelle elle évolue depuis des années

2.1.1. Mettre fin aux malentendus

L'histoire à tiroirs des tarifs des honoraires des médecins peut être résumée comme suit :

- Les Ordonnances du 19 octobre 1945 ont créé la notion de « tarifs négociés »

- Le décret du 12 mai 1960 modifié par l'arrêté du 7 janvier 1966 a fixé les plafonds des tarifs médicaux et encadré les dépassements de tarifs
- La convention 1971-1975 a créé le système qui perdure en 2010 et qui s'applique aux médecins de façon automatique sauf ceux qui expriment leur refus.
- La deuxième convention 1976-1981 a été approuvée par arrêté du 30 mars 1976. En annexe figurent les tarifs des honoraires. Quatre avenants ont ensuite été approuvés par arrêté.
- La troisième convention 1980-1985, approuvée le 5 juin 1980, a instauré 2 secteurs conventionnels, les praticiens du secteur 2 fixant librement leurs tarifs en contrepartie de la perte de certains avantages sociaux.
- La quatrième convention 1985-1989 approuvée le 4 juillet 1985 a établi un lien entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.
- La cinquième convention 1990-1992 qui gelait le secteur 2 (sauf pour certains anciens chefs de clinique) a été annulée par le Conseil d'Etat le 10 juillet 1992.
- La loi du 4 janvier 1993 (loi «Teulade ») a tenté de mettre en place un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.
- Les Ordonnances d'avril 1996 et la convention médicale de 1997 ont rendu caduque la majorité des règles conventionnelles. Le Conseil d'Etat a annulé la convention des généralistes et des spécialistes en 1998.
- La convention 1998-2005 a organisé la maîtrise médicalisée des dépenses mais le Conseil d'Etat a annulé les mécanismes de maîtrise médicalisée des dépenses de ville (procédure des sanctions).
- La convention du 12 janvier 2005 et ses avenants a instauré le versement aux médecins traitants d'une rémunération de 40 € pour les patients en Affection de Longue Durée et a pris des mesures destinées à améliorer la répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire par création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zones déficitaires.
- L'arrêté du 2 mai 2007 approuvant l'avenant n° 23 a mis en œuvre une deuxième étape de la CCAM technique et décidé de la revalorisation des tarifs des médecins généralistes en deux temps.
- Le règlement arbitral du 5 mai 2010 organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en l'absence de convention médicale.

Autant d'épisodes qui illustrent une histoire tumultueuse et qui témoignent d'une relation compliquée entre caisses d'Assurance Maladie et médecins.

2.1.2. Faire que leurs signatures engagent les partenaires conventionnels

Souvent nés dans la douleur, les textes conventionnels des médecins n'ont jamais été signés par tous les syndicats et ont même donné lieu régulièrement à des scissions et à des guerres de tranchées dont les résultats aux élections des URML ont souvent été, depuis leur naissance, les aboutissements.

Mais au-delà des péripéties des négociations, les engagements inscrits dans les conventions n'ont pas toujours été suivis d'effets, l'exemple de la revalorisation du C du généraliste étant l'illustration récente. Par ailleurs, ces textes ne lient pas les caisses à un cadre défini et n'empêchent pas la prise de décisions importantes et structurantes pour l'exercice des professionnels, ainsi en est-il du CAPI qui n'a pas fait l'objet d'une négociation entre partenaires conventionnels et a été mis en œuvre en 2009 par l'UNCAM.

Il n'est guère étonnant dans ces conditions, que les médecins de terrain, concernés par ces conventions ne comprennent pas les enjeux des discussions, adhèrent peu aux conclusions des négociations et portent un jugement défavorable sur les caisses d'assurance maladie qui sont pour eux avant tout à l'origine de tracasseries bureaucratiques, les effets bénéfiques des conventions qui rendent solvable la profession étant depuis longtemps oubliés.

A ces difficultés relationnelles entre syndicats de médecins et organismes d'Assurance Maladie, il conviendrait d'ajouter celles vécues par les autres professions de santé libérales dont les conventions ont elles mêmes suivi des chemins compliqués. N'oublions pas en effet qu'à la complexité de toute négociation, s'ajoute le fait que le contenu de ces conventions est dépendant de celle conclue avec les médecins en raison de la relation prescripteur/prescrit existant entre médecins et paramédicaux.

2.1.3. Redéfinir le rôle de l'Etat

En 2004, la loi de réforme de l'assurance maladie a normalement institué des lignes claires définissant les responsabilités des organismes d'assurance maladie et celles de l'Etat, ceci ayant pour objet de faire cesser le jeu de rôles auquel nous assistions depuis des années.

A l'usage, demeurent cependant des zones d'ombre dans les relations entre ministère de la santé et UNCAM et des ambiguïtés dans les champs de compétences de l'un et de l'autre. Mais peut-il en être autrement pour un sujet à aussi forts enjeux politiques que celui de la santé ? Peut-il en être différemment dans un système d'Assurance Maladie, obligatoire et monopolistique, dont les ressources proviennent certes majoritairement des cotisations mais aussi de plus en plus de la fiscalité (la CSG et les taxes affectées à l'assurance maladie représentent près de 58 milliards en 2009) ?

2.2. Renover la politique conventionnelle

Nous l'avons dit, il ne nous appartient pas de nous prononcer pour telle ou telle évolution de la protection maladie. Nous pouvons simplement émettre des suggestions nourries de divers constats, reflets de nos auditions et qui tirent leçon de la création des ARS par la loi HPST.

Les ordonnances de 1996 ont institué un objectif national des dépenses d'Assurance Maladie, voté par les Parlement. Nul n'imagine que ce principe puisse être remis en cause. Par contre durant de longues années le caractère irréaliste de son niveau a été dénoncé, défaut qui tend à se corriger ces dernières années.

L'honnêteté oblige d'ailleurs à reconnaître que 183 milliards d'euros consacrés au remboursement des dépenses maladie constituent en soi une somme conséquente pour garantir une prise en charge de la santé des français efficiente et équitable.

2.2.1. Rendre fongibles les diverses enveloppes

La complexité de l'organisation des soins, la nécessité de piloter chaque secteur au plus près mais aussi le fait que l'Etat a gardé la totale maîtrise sur le secteur hospitalier ont conduit à scinder en sous enveloppes l'ONDAM, sous enveloppes qui pour le secteur hospitalier ont-elles mêmes été segmentées !

Cela a eu pour effet de quasi figer l'organisation de soins et d'en rendre impossible toute restructuration profonde, les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico social ne pouvant évoluer qu'en leur sein.

Or tous les experts s'accordent à estimer qu'en France, le poids de l'hospitalisation avec hébergement est encore trop important. La tarification à l'activité vise à corriger cette situation mais le processus est lent comme en témoigne encore la faible place de la chirurgie ambulatoire, de l'HAD et des alternatives à l'hospitalisation.

La loi HPST et la réorganisation hospitalière qu'elle induit sont des opportunités. Il faut sortir de la vision actuelle, trop compartimentée et se donner des marges de manœuvre en s'appuyant sur les restructurations conduites. N'oublions pas qu'un malade qui ne relève plus d'un séjour à hôpital et qui est soigné à son domicile, est pris en charge pour un coût 3 à 5 fois inférieur et ce, sans perte de chance.

2.2.2. Faire entrer les complémentaires dans le jeu conventionnel

Les statistiques montrent une quasi stabilité du montant des dépenses prises en charge par les assurances obligatoires. Mais ce chiffre recouvre en fait des réalités différentes de celles d'hier, la part des dépenses hospitalières et des patients atteints d'affections de longue durée ayant beaucoup cru ces dernières années.

Les assurances complémentaires sont donc appelées à prendre une place de plus en plus forte dans la couverture maladie. La loi de 2004 leur a reconnu une place et a créé l'UNOCAM mais cette représentation est plus formelle qu'effective.

La discussion conventionnelle doit donc, à une étape ou une autre, désormais impliquer les organismes de protection complémentaire : institutions de prévoyance, mutuelles et assureurs privés.

2.2.3. Instituer en amont des négociations par profession, une discussion avec l'ensemble des professions de santé libérales

Depuis qu'existent les conventions assurance maladie/professions de santé, jamais n'a été engagée une discussion transprofessionnelle pour apprécier la cohérence des conventions les unes avec les autres, impulser une réflexion commune et décider d'actions nouvelles.

Certes, a été créé, à l'initiative des professions, à la fin des années 60, un centre national des professions de santé (CNPS) qui fédère la plupart des syndicats de libéraux mais cela n'a pas conduit à une discussion conjointe avec l'Assurance Maladie.

La loi de 2004 a créé l'UNPS, Union Nationale des Professions de Santé. La loi de 2009 a prévu la mise en place dans chaque région d'une URPS, Union Régionale des Professions de Santé. Mais aucun lien n'existe entre ces 2 niveaux de représentation, chacun évoluant dans sa sphère propre.

Il est temps de tirer la leçon du fonctionnement des instances existantes et nouvellement créées et du renforcement prévisible des liens entre médecins et paramédicaux pour instituer, en amont des négociations conventionnelles par profession, une discussion globale réunissant UNCAM, UNOCAM et représentants des professions de santé libérales.

2.2.4. Impliquer les caisses d'Assurance Maladie dans le suivi de toutes les dépenses de santé, y compris celles de tout le secteur hospitalier

Le progrès scientifique, le vieillissement de la population, l'évolution des techniques et des thérapeutiques ont déjà modifié l'usage des divers volets de notre système de soins, ils vont demain en bouleverser l'organisation.

Nous ne pouvons donc continuer à voir l'Etat garder la main sur les dépenses hospitalières et décider de la répartition des ressources sans associer plus qu'actuellement à sa gestion les organismes d'Assurance Maladie.

C'est de toute façon la logique de la création des agences régionales de santé que de donner une lecture transversale à l'organisation de soins, il est donc légitime que le financement fasse lui aussi l'objet d'une vision transversale.

2.3. Redéfinir le contenu des conventions

2.3.1. Mieux préciser le périmètre de compétences

La proposition d'architecture telle qu'envisagée ci dessus impose une révision profonde du contenu des conventions ne fût qu'en raison de la phase de négociation élargie à toutes les professions de santé et de l'arrivée autour de la table des assurances complémentaires.

Il ne nous appartient pas de définir ce qui relèverait des diverses discussions, les partenaires conventionnels devant eux même se saisir du sujet.

Par contre, on comprendra que si le périmètre de compétences des organismes d'assurance maladie intègre plus qu'aujourd'hui l'activité hospitalière, le cercle des partenaires s'élargisse, le champ des actions puisse être recentré et par là même le contenu des conventions revu.

Ces dernières années, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a engagé une politique active en faveur de la maîtrise médicalisée, la réduction de prescription d'antibiotiques et la croissance de celle des génériques témoignent du succès de cette initiative. Même si les divers volets de cette démarche gagneraient à être déployés avec davantage de discernement comme l'ont montré les échanges sur le terrain avec les professionnels de santé, les actions n'ont pas à être remises en cause.

2.3.2. Revoir certains domaines d'actions des caisses d'Assurance Maladie

La logique de l'intervention de l'Assurance Maladie est par contre moins évidente dans 2 circonstances, l'édification de recommandations d'usage ou de pratiques et la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique.

En effet, il importe que le rôle de la HAS, dont c'est la mission de fixer des recommandations, soit respecté et que les praticiens ne soient pas destinataires de 2 types de recommandations, les unes émises par la HAS et de temps en temps d'autres édictées par l'Assurance Maladie. Cela a été le cas par le passé pour certaines thérapeutiques. Cela a été plus récemment vrai pour la sortie précoce à domicile des parturientes, démarche à laquelle n'ont pas été associées les représentantes des sage femmes.

Plus lourd de conséquences est l'engagement de la CNAMTS en faveur de l'éducation thérapeutique des diabétiques, récemment élargi à d'autres maladies chroniques. Est-ce de la compétence de l'Assurance Maladie de conduire de tels programmes ? Les méthodes choisies sont elles les bonnes ? Les patients concernés sont ils ceux qui en ont le plus besoin ? Autant de questions que soulève cette initiative.

Alors que par ailleurs ont été confiés aux ARS les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique, et qu'est favorisée la création de regroupements de professionnels avec pour objectifs entre autres, de développer les volets prévention et éducation thérapeutique, il y a lieu de s'interroger de l'intérêt d'un programme national conduit par l'Assurance Maladie.

Est-ce logique de financer une telle démarche, gérée à partir d'une plate forme à distance du patient quand, dans le même temps est prévu le financement également par ce même organisme, de programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre, eux, par les MSP et les PSP ?

2.3.3. Recentrer le champ conventionnel

Nous préconisons de recentrer l'action des caisses d'assurance maladie pour ce qui concerne le secteur ambulatoire sur 4 domaines délimitant par là même le champ conventionnel :

La fixation des tarifs.

La convention nationale doit maintenir une forme d'unicité des tarifs et rémunérations sur l'ensemble du territoire national, les disparités d'une région à l'autre feraient en effet courir le risque de déséquilibrer l'offre de soins en attirant les praticiens dans les régions dotées des meilleurs tarifs.

Dans le chapitre 3 de la partie 2, nous avons fait diverses propositions de modifications substantielles quant aux tarifs des médecins et par déclinaison des diverses professions de santé libérales. Il appartient aux caisses d'en discuter les modalités dans le cadre conventionnel.

Les modalités de contrôle

Les recommandations que nous avons faites tout au long de ce rapport visent à retrouver le chemin de la confiance avec les professions de santé, ceci ne signifiant pas pour autant laxisme. Il nous semble que les outils dont nous disposons et disposerons demain, en particulier les systèmes d'information, permettront de développer davantage les contrôles de cohérence et donc des vérifications a posteriori. Ainsi seront limitées ce que les professionnels perçoivent comme des tracasseries irritantes et souvent inutiles.

La maîtrise médicalisée

Nous avons déjà dit que les caisses d'Assurance Maladie avaient témoigné d'une réelle efficacité en la matière, en développant des outils porteurs d'informations et donc pédagogiques destinés aux professionnels de santé libéraux.

Il importera que ces mêmes outils soient également présentés aux professionnels hospitaliers dont on sait qu'ils sont à l'origine de 20% des prescriptions délivrées en ville.

Le bon usage de l'offre de soins en déclinaison des recommandations de la HAS.

La connaissance qui est celle de l'Assurance Maladie des actes et des prescriptions en fait un acteur privilégié pour aider au bon usage de l'offre de soins à une période où se développent, notamment, des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation.

A l'instar de ce qui a été fait pour la maîtrise médicalisée qui a porté sur les examens complémentaires et surtout sur les thérapeutiques, il serait intéressant de travailler à un dispositif conventionnel pour évaluer le recours à ces nouveaux modes de prises en charge et en accompagner le bon usage, selon les recommandations émises par la HAS.

3. LES AGENCES REGIONALES DE SANTE, SIGNATAIRES ET ANIMATEURS DE LA POLITIQUE CONTRACTUELLE EN REGION

La création des ARS résulte de la volonté de mettre en place un pilotage régional de l'offre de santé, dans sa globalité en y incluant les soins ambulatoires et le médico social

Les ARS vont donc devoir s'imposer comme autorité sanitaire régionale unique, en lieu et place, des institutions éparses qui existaient auparavant (ARH, DRASS, DDASS, URCAM, Missions Régionales de Santé..).

La création d'un lieu unique pour développer au niveau régional une offre de santé est une réelle opportunité pour la médecine de proximité et constitue une chance pour les professionnels.

Encore faut-il que diverses conditions d'efficacité soient remplies et que soient articulées les décisions qui relèvent du niveau national et celles à prendre localement.

3.1. Donner pleine compétence aux ARS sur la gestion du risque

Les ARS font la synthèse du programme national de gestion du risque et peuvent y rajouter leurs propres thèmes. Les ARS élaborent ainsi, le Programme Régional de Gestion du Risque qui est le fruit de ces deux niveaux de priorités.

Cette démarche est indispensable car effectivement nous avons peu en France cette culture de la gestion des risques, approche faite d'analyses fines de l'état de santé de certaines populations puis d'actions et d'outils déployés, l'ensemble permettant l'amélioration de l'état de santé et concourant donc à une diminution des facteurs de risque.

Souvent utilisée pour « habiller » ce qui est en fait de la maîtrise médicalisée des dépenses, la gestion du risque relève d'une autre ambition dont il est de la responsabilité des ARS de la satisfaire.

Cela impose une politique concertée forte entre les ARS et les services de l'Assurance Maladie au niveau régional.

3.2. Mieux identifier le rôle de la coordination nationale des ARS

En parallèle à la création des ARS, a été institué un Conseil national de pilotage des ARS présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce conseil est composé des directeurs d'administrations centrales concernés et des directeurs des caisses nationales des trois régimes ainsi que de celui de la CNSA.

Il est prévu que ce conseil formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en œuvre par les ARS, veille à la cohérence des objectifs et du contenu des politiques conduites par les ARS, établisse des recommandations dans la répartition des financements attribués aux agences dans un but de réduction des inégalités entre régions.

C'est ainsi que devraient être, par exemple, harmonisés (ce qui ne signifie pas uniformisés !)

- Les règles qui vont présider à l'édification du SROS ambulatoire
- La définition des zones fragiles
- La méthodologie de recensement des professionnels de santé sur les territoires
- Les critères d'éligibilité aux financements des MSP et PSP et leurs montants...

Il convient d'insister sur le fait que si cette coordination nationale doit être présente pour éviter les écarts de politiques ou d'objectifs trop importants entre régions, elle ne doit cependant pas constituer une entrave à la souplesse nécessaire au développement des initiatives des promoteurs de projets locaux.

3.3. Donner une vraie marge d'autonomie aux ARS

Les ARS planifient les activités de soins et aident à les mettre en place

En revanche, les ARS auront la possibilité de travailler avec les collectivités locales sur des projets et des financements qui leur permettront de mettre en place des dispositifs ne figurant pas dans les clauses conventionnelles.

Le rôle des ARS ne doit pas se limiter, comme par le passé les structures qui préexistaient aux ARS, à accompagner quelques expérimentations.

Elles doivent assumer un rôle réel de pilotage et de coordination des parties prenantes pour aider les professionnels dans leurs initiatives. Mais elles ne doivent pas a contrario se substituer à ces derniers. Faciliter ne signifie pas faire à la place.

Volontairement, nous ne développerons dans ce rapport les instruments juridiques dont disposent les ARS pour conduire la politique régionale de santé, instruments qui ont été largement décrits lors de la discussion de la loi HPST.

Nous rappellerons néanmoins que pour assurer au SROS ambulatoire, légitimité et efficacité, il est indispensable de veiller à partager les diagnostics de besoins et le bilan de l'offre de santé avec les professionnels concernés, aussi longs et complexes soient ces travaux en raison de l'insuffisance d'outils de mesure fiables.

3.4. Doter les ARS des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite des politiques territoriales

Les ARS ont intégré des personnels venant de diverses administrations et pour certains de l'Assurance Maladie. Si un bon nombre de ces personnes maîtrisent les arcanes du secteur hospitalier et du médico-social du fait de leurs anciennes responsabilités, bien peu connaissent de l'intérieur le secteur ambulatoire. En effet, ce dernier n'a de tout temps eu pour interlocuteur que l'assurance maladie, le seul outil de régulation de l'exercice des libéraux étant, comme nous l'avons vu, les conventions nationales négociées entre syndicats et organismes d'Assurance Maladie.

Or, ce sont les ARS qui seront les chevilles ouvrières des futurs regroupements des professionnels de santé. (Cf. chapitre 2 de la partie 2)

La mission estime indispensable que les ARS se voient reconnues un rôle de « guichet unique » et pour cela soient dotées des compétences nécessaires, notamment celles déjà évoquées d'ingénierie de projets.

Enfin, il faut rappeler que, indépendamment du soutien à la création de 250 maisons médicales annoncé par le Président de la République, l'ARS dispose du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins) pour aider les promoteurs de maisons médicales qui s'engagent à respecter un cahier des charges.

Il pourrait être envisagé à terme de créer un fonds national, alimenté par les gains d'efficacité obtenus sur l'hospitalisation grâce à ces nouveaux modes d'exercice professionnels et qui financerait l'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire à l'instar des enveloppes MIG-AC (Missions d'Intérêt Général – Actions Contractuelles) pour l'hôpital.

Dans cette perspective et à titre d'amorçage, il pourrait être envisagé sans attendre, la fongibilité des fonds dont disposent les ARS pour accompagner les évolutions de l'offre de soins, fongibilité dont la logique voudrait qu'elle soit étendue également au MIG-AC. Nous insistons sur ce point mais ayons conscience que l'efficacité du secteur ambulatoire sert à améliorer celle du secteur hospitalier en réduisant le recours à celui-ci.

3.5. Privilégier la conclusion de contrats collectifs plutôt qu'individuels

La loi HPST donne aux ARS le pouvoir de passer des contrats individuels avec les professions de santé. Il est cependant à craindre que cette gestion individuelle des contrats ait l'effet inverse de celui recherché et suscite le rejet de ces procédures.

Il importe donc de privilégier la conclusion de contrats avec :

- Les unions régionales de professions de santé
- Les collèges spécifiques à chaque profession au sein des URPS
- Les regroupements de professions de santé type MSP ou PSP

3.6. Inscrire l'action des ARS dans la durée

Une condition essentielle d'efficacité des interventions de l'ARS résidera dans leur capacité à établir des Contrats Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens de longue durée, à l'instar de ce qui se fait avec les établissements de santé, contrats dont les engagements sont périodiquement évalués et dont la reconduction est naturelle si les résultats sont là.

De nombreuses initiatives de professionnels de santé ne vont pas jusqu'à leur terme en raison de l'absence de garantie de la pérennité des financements.

Il faut donc que les ARS disposent elles-mêmes de financements suffisants et pérennes pour consolider, dans le temps, les expériences ou les dispositifs originaux mis en place selon les problématiques locales.

3.7. Faire des ARS le conseil des collectivités territoriales en matière de santé

Nous avons vu, en d'autres parties de ce rapport, les relations étroites qui vont devoir exister avec les collectivités territoriales pour le maintien d'une offre de santé de proximité.

Si la concertation et l'information doivent présider aux relations avec les professionnels de santé, cette même approche doit être également adoptée avec les collectivités territoriales afin de les aider à mieux cibler leurs aides et en ajuster les montants.

En amont de la présentation de projets par les promoteurs, les ARS devront jouer un rôle de conseiller des collectivités territoriales dont on peut penser qu'il a fait défaut par le passé, quand on constate que certaines d'entre elles ont construit des maisons de santé qui n'ont jamais ouvert faute de professionnels pour y travailler.

PARTIE 3 :

**SECURISER DURABLEMENT LES PROFESSIONNELS
DE SANTE DANS LEUR EXERCICE ET
GERER LA CRISE IMMEDIATE PAR DES MESURES
TEMPORAIRES**

Les jeunes médecins veulent concilier au mieux vie professionnelle et vie privée.

Au-delà de ce souhait communément évoqué, les entretiens avec cette nouvelle génération de médecins ont aussi révélé un besoin de sécurité supérieur à celui des générations précédentes, un moindre goût du risque mais également une plus grande exigence à être immédiatement efficace pour répondre aux demandes de leur patientèle. Cet état d'esprit explique pour une large part le caractère différé des installations chez les médecins, situation qu'on ne retrouve pas avec la même ampleur chez les autres professionnels de santé.

Il est vrai que si pour certains médecins, le statut libéral est devenu synonyme de contraintes, pour d'autres professionnels, il signifie encore indépendance et relations privilégiées avec les malades, aussi lourd soit le prix à payer de la défense de ces valeurs.

Mais le souci démographique chez les médecins est aujourd'hui tel, qu'au-delà des propositions structurelles qui ont été précédemment développées, il est impératif de prendre en compte les craintes émises par ces jeunes médecins et de proposer pour chacune d'entre elles des solutions correctrices.

En répondant à leurs préoccupations, nous répondrons aussi aux difficultés dénoncées par leurs confrères plus âgés et aux interrogations que suscitent chez ces derniers les changements de notre système de santé.

Nous avons déjà vu que les nouveaux modes d'exercice regroupés répondaient à une demande prioritairement exprimée, celle de rompre avec l'isolement.

Mais le sentiment d'insécurité des uns ou la lassitude des autres se nourrissent d'autres raisons :

- La disponibilité constante, souvent physique, toujours mentale.
- Le coût éventuel de l'installation
- L'inexistence d'une possible évolution de carrière
- Une couverture sociale peu protectrice
- La possible mise en cause de la responsabilité professionnelle
- Une exigence accrue de formation continue

Ce sont à ces inquiétudes que nous nous devons de répondre par des mesures pérennes qui peu à peu feront évoluer les esprits par leur contenu attendu, bien évidemment mais aussi par le fait qu'elles témoigneraient d'une vraie prise de conscience de la situation des médecins par les autorités publiques.

Mais ces mesures, pour indispensables qu'elles soient, n'auront pas d'effet avant plusieurs années ; nous pratiquerions la politique de l'autruche, si dans le même temps, et dans l'attente de l'évolution des mentalités, nous ne décidions pas de mesures temporaires ; celles-ci donneraient accès aux populations des zones sous densifiées médicalement à des médecins qu'ils soient, jeunes diplômés, en activité, à la veille de la retraite voire retraités.

CHAPITRE 1 :
REPENSER LA PERMANENCE DES SOINS

Une permanence des soins bien organisée, avec des ressources suffisantes, est indispensable pour garantir à la population l'accès aux soins non programmés

C'est également un élément d'attractivité des territoires qui peut décider un jeune médecin à s'installer ou non.

Mais son absence d'organisation peut tout autant être à l'origine de la cessation d'activité de médecins ruraux exerçant de façon isolée, astreints à une disponibilité totale et sous la menace d'éventuelles réquisitions préfectorales.

C'est donc bien un facteur qui peut avoir un impact fort sur la « désertification » ou au contraire le « repeuplement médical » du territoire. C'est la raison pour laquelle il nous est apparu indispensable d'aborder ce sujet.

Mais ce thème mérite également d'être traité, tant au cours de nos déplacements sur le terrain, il a été présenté comme essentiel certes par les médecins mais surtout par les personnels des agences régionales de santé. Dans certains cas, cette préoccupation de la PDS a semblé prendre le pas sur d'autres aspects de la pratique ambulatoire occultant quasiment complètement ses autres volets. Il est donc nécessaire de ramener à sa juste proportion un problème certes difficile mais qui souffre surtout d'une analyse parfois incomplète de sa réalité et d'une mauvaise organisation.

1. LA PERMANENCE DES SOINS, OBJET DE TENSIONS FORTES AVEC LES MEDECINS

La permanence des soins (PDS), c'est-à-dire la prise en charge des soins non programmés ne relevant pas d'urgences vitales pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux (nuit de 20h à 8h, week-ends et jours fériés, ponts)⁴⁹, est une obligation de service public qui a fortement évolué conventionnellement et réglementairement ces dernières années.

A l'obligation déontologique individuelle ancienne s'est substituée une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins (article R.6315-4 du code de la santé publique) depuis la parution du décret du 15 septembre 2003⁵⁰.

1.1. La prise en charge des urgences s'est organisée au fil du temps

Avant 2003, la permanence des soins reposait avant tout sur le médecin de ville, l'article 77 du code de déontologie médicale édictant : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent.* »

A côté du médecin généraliste, s'est créée progressivement l'aide médicale urgente, avec le 1^{er} SAMU en 1968 au CHR de Toulouse puis les SMUR dans tous les départements en 1970. C'est à partir de 1979 que le SAMU peut recevoir directement les appels du public.

L'adoption de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires dote les départements d'un numéro d'appel unique : le 15.

A partir de 1965, émerge progressivement SOS médecins qui est le premier réseau libéral des urgences médicales en France avec aujourd'hui 70 associations d'urgentistes libéraux et près d'un millier de médecins titulaires. Il couvre 60 % de la population et est très sollicité en milieu urbain et périurbain. Ces associations fonctionnent 24h/24 en étroite collaboration avec le SAMU. Elles ont signé en 2005 une convention cadre avec SAMU de France fixant les conditions de leur

⁴⁹ Art. R730 al.1^{er} du code de la santé publique : « La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. ». l'avenant 23 de la convention a ajouté à ces périodes celles des ponts.

⁵⁰ Décret du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

collaboration en matière de régulation médicale, d'intervention auprès du patient, de transport et d'hospitalisation en fonction des lits disponibles.

60 % des appels reçus génèreraient un déplacement donnant lieu à un remboursement d'actes par l'assurance maladie.

1.2. Le dispositif libéral de la PDS se structure peu à peu

1.2.1. Un dispositif désormais établi sur la base du volontariat

Depuis les décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de cette permanence, le dispositif est fondé sur le volontariat et organisé autour du mécanisme de régulation des appels téléphoniques par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou par des médecins libéraux en lien avec le 15. Cette régulation conditionne l'accès au médecin effecteur sous forme de visite à domicile, de plus en plus rare, de consultation au cabinet ou d'accueil dans une maison médicale de garde.

La régulation est un élément central de la PDS. Le médecin régulateur peut par ce biais, de façon rapide et simple, apporter un conseil médical évitant ainsi une consultation ou une visite médicale inutile. A noter que « la part des appels aboutissant à la simple délivrance d'un conseil représente approximativement deux tiers du total des communications traitées par une plate-forme de régulation »⁵¹.

La permanence des soins est une mission de service public, rémunérée comme telle par

- un forfait égal à 3C/heure pour les médecins participant à la régulation,
- un forfait qui va de 50€ à 150€ pour les astreintes
- des majorations d'actes spécifiques (une majoration en moyenne de 20 % des actes de nuit, de dimanches et jours fériés est instituée, par exemple : 55 euros pour une visite de milieu de nuit effectuée dans le cadre de l'organisation de la PDS contre 43,50 euros autrement).

1.2.2. Une sectorisation réalisée dans la douleur

La PDS repose sur une territorialisation par secteur de garde, seul vrai zonage « opposable » de la médecine ambulatoire. Le département est ainsi divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante, c'est-à-dire, notamment, du nombre suffisant de médecins volontaires.

Précédemment sous la responsabilité totale du Préfet, le dispositif de réponse aux urgences est maintenant dévolu aux agences régionales de santé.

Variable selon les départements, la sectorisation a été à plusieurs reprises revue. En effet, il a fallu respecter deux principes difficilement conciliables : veiller à ce que la permanence des soins soit assurée et éviter un effet dissuasif pour les médecins, particulièrement dans les zones déficitaires.

Aussi, pour diminuer autant que possible le rythme des astreintes pesant sur les médecins libéraux, la plupart des départements ont diminué leur nombre de secteurs. Mais ce redécoupage n'a pas toujours répondu aux attentes de la population et/ou aux souhaits des médecins.

Par contre la mission a noté que dans certains départements, cette sectorisation était acceptée et la PDS bien organisée, les négociations s'étant passées de façon harmonieuse avec les médecins.

⁵¹ Rapport d'information à l'Assemblée nationale fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, Philippe Boennec, octobre 2008.

1.2.3. L'émergence des maisons de garde.

Au-delà de la resectorisation, une nouvelle forme d'organisation de la PDS s'est mise en place avec le développement des maisons médicales de garde.

Leurs objectifs sont d'assurer :

- une accessibilité aux soins pour les patients et donc une alternative à la consultation des services d'urgence hospitaliers la nuit et le week-end.
- des conditions d'exercice sécurisées et de qualité pour les médecins durant les gardes (consultations effectuées au sein d'un cabinet spécifique aménagé et dont l'accès est sécurisé), afin d'inciter des médecins, qui n'effectuaient plus de gardes, à les assurer de nouveau,

Elles permettent de regrouper en un point fixe, parfois adossé aux urgences d'un établissement de santé, les médecins libéraux de garde de 20h à minuit.

Ces maisons médicales de garde peuvent ainsi jouer un véritable rôle de désengorgement des urgences.

La mission a cependant constaté que si les maisons médicales filtraient les demandes de soins non programmés et réorientaient vers les structures hospitalières les urgences vitales, à l'inverse les services hospitaliers n'avaient bien souvent pas la culture voire l'intérêt de réorienter les urgences non vitales vers les maisons médicales où la prise en charge est plus adaptée à un coût moindre.

Il est vrai que les services d'urgences ont un intérêt financier à conserver les patients, une partie de leur financement étant conditionnée au nombre de malades vus.

En outre, le patient peut préférer avoir un accès direct aux urgences plutôt que d'être traité par la maison médicale de garde qui ne dispose pas, systématiquement, à l'inverse des urgences hospitalières, du tiers-payant.

1.3. Le bilan de la PDS n'apparaît pas pleinement satisfaisant

1.3.1. Un recours trop abusif aux services d'urgences hospitaliers par la population

Le fonctionnement de ces services d'urgence hospitaliers auxquels il est de plus en plus fait appel, notamment en nuit profonde, repose sur plus de 5 000 médecins et 12 000 infirmiers intervenant dans les 631 établissements de santé hospitaliers publics et privés autorisés, sans compter les effectifs des 104 SAMU et des 435 SMUR.

Comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale de septembre 2007, malgré le développement de la permanence des soins centrée autour de la médecine ambulatoire, la population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers :

« Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation ».

« les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence. Le pourcentage de patients hospitalisés à la suite de leur passage dans les services d'urgence fournit indirectement une information sur le degré de gravité de leur état de santé : il est de 20%. Ce chiffre, assez faible, est stable depuis 2001. Selon les données de la DREES, près de 80 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence retournent à domicile, après une simple consultation (16 %) ou des examens complémentaires (65 %). »

Alors qu'elles sont destinées à prendre en charge les malades les plus atteints, les urgences hospitalières sont devenues, pour une part importante et croissante de leur activité, des services de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, fut-il simplement téléphonique.

Cette situation reflète un réel dysfonctionnement. Si l'on veut éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas suffisamment le cas.

1.3.2. Une PDS assurée de manière inégale selon les départements

Dans la pratique, le volontariat pose des problèmes et la permanence est assurée de manière très inégale : 70 % des médecins libéraux participent à la PDS, mais comme nous l'avons indiqué, la taille des secteurs et le nombre de médecins par secteur sont très variables d'un département à l'autre. Certaines zones restent en effet sans couverture médicale libérale.

Par ailleurs, la mobilisation des médecins en seconde partie de nuit présente des difficultés. La Cour des Comptes (cf. rapport précité) indiquait ainsi qu'en 2006, 422 secteurs de garde sur les 2 791 arrêtés par les préfets n'étaient pas couverts après minuit, chiffre qui a vraisemblablement augmenté depuis la publication de ce rapport. Au vu du très faible nombre d'appels sur cette tranche horaire, cela peut ne pas entraîner de désagréments, si une bonne coordination est instituée entre le secteur libéral et le ou les services d'urgences hospitaliers du territoire.

Enfin, la contribution des 198 maisons médicales de garde (MMG), dont les deux tiers sont financées par l'Assurance Maladie dans le cadre du FIQCS, est difficile à évaluer mais les déplacements en région ont montré à la mission un fonctionnement qui n'est pas optimum pour les raisons évoquées au 1.2.3.

1.3.3. Une mise en œuvre conflictuelle du pouvoir de réquisition du Préfet

Le bon fonctionnement du dispositif reste lié à l'historique du secteur, à ses réalités humaines et sociales, à l'implication du conseil départemental de l'Ordre des médecins, à l'existence de leaders volontaires capables de mobiliser leurs confrères, ou à l'aptitude des médecins à s'organiser, dans le cadre notamment d'une association, et à se fédérer autour d'un projet de territoire.

D'une façon générale, selon le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2008, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 81 % des départements. Ce chiffre n'est cependant qu'une moyenne, qui ne reflète pas les fortes disparités territoriales et temporelles. Le désengagement des médecins est le plus marqué dans les zones urbaines, zones déjà couvertes par des associations spécialisées de type *SOS Médecins* et par une offre hospitalière assez dense.

Pour remédier à ces carences, reste alors le pouvoir de réquisition du Préfet. Selon le rapport précité établi par le député Philippe BOENNEC sur la permanence des soins, « le nombre de départements dans lesquels une ou plusieurs réquisitions a été effectuée dans l'année s'est élevé à 41 en 2007, chiffre à peu près équivalent à celui de 2006. La dernière enquête menée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère de la santé recensait 4539 réquisitions sur la période d'août 2006 à mars 2007 et révélait que dans les départements où la réquisition a été utilisée, il y en a eu en moyenne 15 par mois. Les deux tiers des réquisitions ont été prises pour la couverture des secteurs de nuit profonde. »

La réquisition se révèle généralement un outil inadapté à la résolution de situations structurelles. Très mal vécue par les professionnels, source de contentieux, de batailles syndicales féroces et nécessitant parfois la mobilisation des forces de l'ordre, elle reste d'un maniement très délicat, qui peut parfois compromettre tout dialogue avec les professionnels de santé pour l'avenir et faire disparaître le peu de volontariat qui reste dans les secteurs voisins. Elle a même contribué dans certains départements aux départs anticipés de médecins.

2. LA PERMANENCE DES SOINS, FRAGILISÉE PAR L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DÉFAVORABLE

La population exerce aujourd'hui une forte demande de réponse immédiate et complète à ce qui est ressenti comme une situation d'urgence. Pour les citoyens, une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. Or le ressenti de la population

d'une urgence ne correspond pas, bien souvent, à la réalité, certaines situations impressionnantes sont en fait bénignes, et d'autres passent inaperçues alors qu'elles sont alarmantes. C'est pourquoi de plus en plus de personnes utilisent les urgences de l'hôpital comme un cabinet médical ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre/sept jours sur sept et « consomment » de l'urgence. Elles peuvent ainsi obtenir une réponse immédiate et complète (consultation/ examens complémentaires / éventuel avis d'un spécialiste en un temps court), le tout gratuitement, le tiers payant étant systématique.

Cependant, il est vrai, que la PDS n'est pas assurée de manière égale sur l'ensemble du territoire, le volontariat connaissant des difficultés. Les jeunes médecins, compte tenu de leur souci de concilier davantage que leurs aînés vie professionnelle et vie privée, ne sont guère friands de s'impliquer dans la PDS, d'autant moins si elle est inorganisée et trop contraignante en termes de temps de garde et astreintes. Quant aux médecins installés, ils expriment un sentiment d'exaspération face à une mobilisation parfois importante au regard du faible nombre d'actes exercés pendant la PDS.

Ainsi, compte tenu du fort déséquilibre entre la demande et l'offre de soins d'urgence, l'organisation de la PDS est, d'ores et déjà, problématique voire inexistante dans certains territoires déficitaires, comme les chiffres nous le montrent.

Cette tendance ne peut que s'accroître avec la pénurie médicale à venir dans les 10 prochaines années.

De plus en plus de secteurs risquent de ne pouvoir assurer la PDS compte tenu du nombre réduit des médecins y exerçant leur activité, de leur vieillissement et de la probabilité qu'ils ne soient pas remplacés.

Quant à d'autres qui n'apparaissent pas comme des zones noires aujourd'hui, ils peuvent le devenir en peu d'années, la disparition brutale d'un médecin ou son non-remplacement rendant le rythme des astreintes inacceptable pour leurs confrères et inéluctable leur désengagement.

Selon une étude réalisée par les unions régionales des caisses d'Assurance-Maladie sur la permanence des soins en France métropolitaine en 2006 et analysée dans le rapport du député Philippe BOENNEC⁵², un secteur sur 5 comptait moins de 6 médecins généralistes en 2006, 80 % de ces secteurs étant situés en milieu rural.

Mais le nombre de ces secteurs double quasiment lorsque l'on exclut les médecins âgés de 55 ans et plus qui auront pris leur retraite d'ici 10 ans ; c'est alors un secteur sur 3 qui comporte moins de 6 médecins âgés de moins de 55 ans. Le député BOENNEC indique que la situation est surtout préoccupante dans sept départements, dans lesquels la moitié ou plus des secteurs ont moins de six médecins de moins de 55 ans : le Cantal, la Lozère, la Nièvre, la Corse du Sud, l'Ardèche, les Alpes de Haute Provence et le Lot.

Ce qui n'empêchera pas d'autres départements ne figurant pas dans cette liste de rencontrer d'ici cinq ans des difficultés, peut-être plus ciblées mais bien réelles.

C'est tout un pan de l'égalité d'accès aux soins qui est ainsi remis en cause.

3. RENFORCER LA PDS

Un préalable à la réussite d'une organisation efficace de la PDS dans les départements réside dans la capacité de dialogue entre les médecins libéraux et les autorités de tutelle, avec le besoin pour ces dernières d'un interlocuteur représentatif et unique dans chaque département. Cela impose de la part des médecins qu'ils parlent d'une seule voix et soient pour cela, réunis dans une association départementale unique regroupant, régulateurs et effecteurs.

⁵² Rapport d'information précité.

3.1. Mieux définir la notion de permanence des soins

Nous l'avons vu il existe une définition légale de la PDS, mais en fait la perception en est bien différente selon, que l'on se place du point de vue du patient, du professionnel, de l' élu ou des autorités sanitaires.

Ainsi la PDS est elle parfois vue comme étant un accès possible à un médecin à toute heure du jour et de la nuit, certes en raison d'une inquiétude réelle, mais pas obligatoirement d'un motif médical urgent.

Cela engendre une vraie incompréhension, les uns, patients et élus, estimant que les médecins libéraux ne sont pas aussi disponibles qu'ils le devraient, les autres, médecins, estimant être dérangés pour des futilités et conduits à faire des astreintes pour peu d'actes voire parfois pour aucun acte entrant dans la définition de la permanence des soins.

Le paradoxe est que cette dichotomie a grandi alors que se développait de plus en plus sur le terrain, une organisation impliquant les libéraux, basée sur la régulation téléphonique et l'ouverture de maisons de garde.

En réalité, il convient avant tout de qualifier la nature de la demande, puis de voir la réponse qui peut être apportée. La nature de celle-ci sera graduée selon la gravité et l'heure de la demande et fonction des moyens à disposition.

C'est toute l'importance de la régulation que de distinguer la vraie urgence vitale.

Les réponses apportées, par la régulation, peuvent être classées selon 4 niveaux :

- niveau 1 : l'urgence vitale qui nécessite l'envoi d'une équipe SMUR et la mobilisation des urgences hospitalières ;
- niveau 2 : l'urgence non vitale impliquant une orientation vers un service d'urgence, par un transport sanitaire adapté ;
- niveau 3 : une demande nécessitant une intervention médicale soit par déplacement du patient au point fixe de garde (MMG), soit par déplacement d'un médecin effecteur au domicile. De plus en plus cette dernière situation relève de l'exception, hors le cas de personnes dans l'impossibilité de se déplacer (personnes âgées dépendantes, patients en EHPAD ou en HAD...) ;
- niveau 4 : une demande souvent à l'origine d'inquiétudes qui doit se régler par un simple conseil téléphonique de la régulation et au besoin une orientation vers un cabinet de médecine générale le lendemain.

Une place particulière doit cependant être faite aux demandes dites administratives : internement d'office, réquisition de police, certificat de décès....qui ne sont pas considérées comme des actes de PDS mais conduisent néanmoins à solliciter les médecins assurant cette mission.

3.2. Faire de la régulation médicale le pivot de l'organisation de la PDS

La régulation doit être un préalable avant toute intervention compte tenu du nombre de demandes de soins qui peuvent être réglées par un simple conseil téléphonique.

Mais surtout la régulation mixte, généraliste et hospitalière, doit être systématique. Elle doit devenir un passage obligé de toute demande de soins pendant les horaires de PDS.

C'est la condition de la bonne compréhension de la demande, c'est l'assurance d'une réponse adaptée, c'est le centre nerveux du système de la PDS.

Dans l'organisation matérielle de cette régulation, si la proximité des deux régulateurs, SAMU et libéral, est à privilégier, Il faut cependant tenir compte des caractéristiques de certains territoires, de superficie importante et à faible densité médicale, et davantage permettre aux praticiens volontaires, éloignés du centre de régulation, d'effectuer une régulation délocalisée à partir de leur domicile. Compte tenu du besoin en médecins régulateurs libéraux et des difficultés rencontrées en divers endroits, cette disposition est de nature à augmenter le nombre de volontaires.

Au-delà du seul conseil téléphonique, il doit être également développé la prescription médicamenteuse téléphonique pour éviter un déplacement de médecin, souvent inutile et toujours coûteux. Cette prescription à distance dans les suites d'un conseil téléphonique, pourrait, selon la DGOS, être réalisée dans trois situations :

- la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite à une officine.
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale. Pour aider à diminuer le recours au médecin de garde voire aux services d'urgences hospitaliers, il serait intéressant de constituer dans chaque foyer une « trousse » médicale familiale, avec l'aide du pharmacien d'officine et sous son contrôle régulier.
- l'adaptation d'un traitement habituel

On voit immédiatement l'apport que constituerait dans ce cas la télémédecine, pour entrer en relation avec le pharmacien de garde ou pour tracer la recommandation faite dans le dossier du malade.

On imagine également l'importance de la formation des personnels de régulation, tant les opérateurs qui répondent en première intention à l'appel du patient que les médecins qui prennent la main pour répondre à la demande médicale.

3.3. Faire des exercices regroupés, MSP et PSP, les lieux d'accueil privilégiés, durant la journée, des consultations urgentes non programmées

Le cahier des charges relatif aux MSP prévoit des amplitudes élargies d'accueil des patients.

Cela signifie que l'accès à ces lieux doit être assuré dès 7h 30/ 8 h au plus tard et jusqu'à 20 h, ainsi que le samedi matin, le relais étant ensuite pris par les maisons de garde jusqu'à 24h, le samedi après midi, le dimanche et les jours fériés.

Les visites effectuées sur le terrain ont montré que cela n'était pas systématique. Tout comme sont trop rares les MSP au sein desquelles les médecins s'organisent pour qu'un d'entre eux soit toujours disponible afin d'assurer la réponse à des urgences. Il est vrai que cela impose une salle dédiée, facilement accessible et que cela n'a pas toujours été prévu dans la conception architecturale de l'ensemble immobilier.

3.4. Associer maisons de garde libérales et services d'urgences hospitaliers pour répondre aux urgences durant les heures de PDS.

Au-delà de cette organisation basée sur une régulation puissamment structurée, le système actuel ne fait pas apparaître suffisamment le lien qui doit exister et qui existe d'ores et déjà ici ou là, entre l'offre hospitalière des services d'urgence aux heures de la PDS et l'offre libérale via les maisons de garde.

Il convient de déterminer l'organisation de la PDS en fonction de ces deux offres en s'attachant à réduire autant que possible le recours inapproprié aux urgences hospitalières.

Ainsi l'offre libérale répondrait davantage, par le biais des MMG, à la demande de soins urgents de la première partie de nuit, les services d'urgences hospitaliers accueillant, outre les urgences identifiées comme vitales par la régulation, les rares demandes de la seconde partie de nuit sauf si une réponse libérale était organisée en raison d'une demande identifiée.

Mais pour que cela fonctionne harmonieusement, plusieurs conditions doivent être réunies :

- Le recours systématique à la régulation avant toute prise en charge d'un patient, les maisons de garde n'ayant pas vocation à souffrir à terme des mêmes maux que les services d'urgences hospitaliers par afflux de demandes injustifiées.
- La mise en place, dans des secteurs de garde étendus, pour les patients ne disposant pas de véhicules, d'un moyen de transport, déclenché par le médecin régulateur libéral. Ce même moyen pourrait être utilisé en cas de besoin en médicaments. après un conseil téléphonique. La garde ambulancière, souvent peu utilisée pourrait être le support de ce dispositif, réponse à un problème d'aménagement du territoire et dont le financement pourrait faire intervenir les collectivités locales.

- Une orientation à l'entrée des urgences et un retour vers les maisons de garde pour toute demande qui n'aura pas été auparavant réglée et qui ne constitue pas à l'évidence une urgence vitale.
- La compensation partielle pour l'hôpital du manque à gagner engendré par la baisse de l'activité de ses services d'urgences
- L'amélioration de la rémunération des astreintes des praticiens présents dans les MMS
- L'application du tiers payant pour toute consultation dans une MMS qui aura été auparavant réglée, sera donc justifiée médicalement et tracée comme telle

Le rôle des ARS va donc être majeur pour établir cette organisation partagée de la PDS entre les deux secteurs, pour apprécier en concertation avec les uns et les autres le besoin d'une effecton libérale dans la seconde partie de la nuit, pour accompagner la conclusion d'une convention entre ces deux secteurs déterminant précisément le rôle et les modalités d'intervention des uns et des autres.

3.5. Faire une analyse des besoins en PDS, région par région, département par département, territoire par territoire, selon une grille de lecture cohérente.

Le zonage de la PDS et l'organisation réfléchi et partagée de celle-ci entre les secteurs hospitalier et la ville doivent s'appuyer sur une réelle analyse des besoins par région et par département en fonction :

- des contraintes géographiques
- de la densité de la population
- de l'implantation de maisons de santé et de l'existence de pôles de santé
- de médecins disponibles pour assurer la PDS par bassin de vie, que ce soit pour effectuer la régulation, la présence en maisons de garde voire éventuellement l'effecton de nuit ;
- de l'existence d'associations type SOS Médecins
- de l'existence de maisons de garde libérales
- du nombre et de la localisation des établissements de santé, publics ou privés, disposant de services d'urgences (avec plateaux) et de SMUR ;
- des transports sanitaires.

Ce diagnostic de la PDS permettra de mieux cerner les difficultés potentielles et les axes d'amélioration notamment en termes de partenariat ville/hôpital et de procéder aux choix stratégiques d'organisation de la PDS en fonction des critères indiqués ci-dessus.

Ce diagnostic doit être réalisé en totale transparence et en associant étroitement les représentants des médecins libéraux (URPS), les associations départementales de l'organisation de la PDS libérale, les établissements hospitaliers, les SAMU et là où ils existent les associations de SOS médecins, le résultat de cette réflexion devant se concrétiser ensuite dans le SROS

3.6. Instituer un numéro à 4 chiffres, spécifique et identique sur tout le territoire, en parallèle au 15

La mission a pu constater, lors d'un de ses déplacements en Franche-Comté, la pleine réussite de la mise en œuvre d'un numéro à 4 chiffres organisant la réponse aux patients aux heures de la PDS.

L'intérêt d'un numéro spécifique, identique sur tout le territoire, dès lors qu'il est coordonné avec le centre 15, est d'éviter précisément l'engorgement du 15 par des demandes qui à l'évidence ne relèvent pas de l'aide médicale d'urgence. N'oublions pas que bien des patients appellent le 15 (tout comme ils se rendent aux urgences hospitalières) faute de savoir où et à qui s'adresser pour obtenir une réponse à une demande qui certes les inquiète mais dont parfois ils ont conscience qu'elle ne justifie pas un déploiement médical de grande ampleur.

L'idée de ce numéro à 4 chiffres géré par les libéraux est de prendre en charge les demandes de niveau 3 et 4, le niveau 2 étant à la limite des 2 régulations d'où ce besoin de coordination.

Cette expérience à l'évidence réussie comme en témoignent tant les responsables du SAMU, les représentants des libéraux et l'ARS, mérite d'être mise en œuvre dans d'autres régions, certaines étant d'ailleurs candidates à ces expérimentations.

Il nous semble néanmoins nécessaire qu' :

- Un numéro aisément mémorisable soit retenu (ce qui n'est pas le cas pour des raisons techniques en France Comté) et qu'il soit le même pour toute la France.

- Une information de grande ampleur soit conduite auprès de la population, relayée chez tous les professionnels de l'ambulatoire et dans tous les établissements hospitaliers

- Une évaluation soit prévue à périodicité définie, en parallèle de la création du numéro afin d'apprécier l'intérêt médico-économique de la démarche

Mais avant tout déploiement de ce numéro à 4 chiffres, il est nécessaire que soient engagés les éléments organisationnels développés dans les paragraphes précédents.

3.7. Elargir le vivier de médecins pour la PDS

Le 1^{er} facteur qui handicape actuellement et encore plus demain la PDS est l'insuffisance progressive, dans certains territoires, de la ressource médicale.

Une des solutions serait donc d'augmenter l'actuel vivier des médecins généralistes libéraux qui ont en charge la PDS par de nouvelles ressources médicales qui n'exercent pas en cabinet libéral :

- les remplaçants,
- les médecins des centres de santé,
- les jeunes retraités, qui échapperaient ainsi à l'exercice contraignant en cabinet tout en maintenant une activité médicale de service public, répondant à leur souhait d'une charge de travail allégée,
- les internes, qui pourraient dans le cadre du SASPAS participer à la PDS. A tout le moins ces futurs médecins pourraient, si la demande en était faite par les libéraux du territoire, intervenir comme régulateurs ou au sein des maisons de garde, leurs compétences les y préparant et ce d'autant plus qu'ils ne seraient pas seuls.

3.8. Consacrer un financement suffisant au fonctionnement de la PDS libérale

Reste un point majeur le financement de la PDS tant en terme global à l'échelle de la région qu'individuellement pour les médecins qui l'assurent

Il est clair que cette organisation a un coût mais des ressources peuvent être dégagées par le non recours aux urgences hospitalières, la diminution de certains transports sanitaires et surtout l'évitement d'hospitalisations inutiles, ces économies étant aisément objectivables par un suivi médico économique attentif.

Quant aux rémunérations des médecins, s'agissant d'une mission de service public, il convient de réfléchir à ce qui relève du paiement à l'acte et du forfait, sachant que divers facteurs doivent intervenir dans cette rémunération selon les régions, la taille du territoire couvert, le nombre d'habitants, le nombre de visites effectuées, les plages horaires couvertes, etc..

Cette grande variabilité des situations et des modalités de réponse plaident pour une contractualisation régionale entre les ARS et les URPS prévoyant non seulement les modalités de fonctionnement mais également les rémunérations des praticiens.

CHAPITRE 2 :
ACCOMPAGNER L'INSTALLATION ET LES REGROUPEMENTS

Pour les médecins, les déterminants de l'installation sont autres que financiers. C'est pourquoi la mission ne propose pas de limiter l'installation des médecins dans les zones excédentaires que ce soit par un mécanisme de conventionnement sélectif, en imposant la primo installation en territoire déficitaire, voire en adoptant le principe de régulation accepté par les organisations des infirmiers libéraux, profession dont le déséquilibre de répartition était deux fois plus élevé que celui des médecins.

Ces dispositifs coercitifs, mis en œuvre dans certains pays comme le Royaume Uni ou l'Allemagne, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Au contraire, l'effet de ces politiques limitant l'installation dans les zones considérées en surplus a détourné les étudiants des filières médicales au profit d'autres filières universitaires sans véritable amélioration de la répartition territoriale de la ressource médicale.

Il est néanmoins évident que si les mesures proposées dans ce rapport étaient adoptées et correctement déployées sans que cela ne corrige la situation actuelle, les pouvoirs publics seraient en droit de s'interroger sur la mise en œuvre de mécanismes régulant les installations. Chacun des acteurs est donc aujourd'hui face à ses responsabilités.

1. L'INSTALLATION, VECUE COMME UNE PERIODE D'INSECURITE

Nous avons vu dans la partie consacrée à la formation que l'âge moyen d'installation était désormais de presque 37 ans pour les médecins généralistes, le choix étant fait par les jeunes médecins de privilégier durant plusieurs années le statut de remplaçant.

Nous en avons déjà analysé les raisons, l'inadéquation de la formation étant certainement déterminante. Mais si cela peut expliquer 2 voire 3 ans de remplacement, cela justifie-t-il de prolonger cette période pendant de plus longues années ?

Comment en est-on venu à cette situation ? Pourquoi alors qu'il y a encore 20 ans le souhait de tout nouveau diplômé était de rapidement s'installer et se constituer sa propre clientèle, assiste-t-on aujourd'hui au phénomène inverse ?

Alors que désormais la démographie médicale est favorable et assure à tout nouvel installé la perspective de rapidement et correctement gagner sa vie, si tant est qu'il choisit avec discernement son lieu d'exercice, pourquoi l'installation apparaît-elle comme un saut dans l'inconnu ?

Alors que l'installation n'impose plus un rachat de clientèle et que les investissements sont faibles en médecine générale, pourquoi son coût est-il mis souvent en avant ?

1.1. Le remplacement est parfois une stratégie d'évitement à l'installation

Le nombre de médecins remplaçants en médecine générale est devenu une part conséquente des praticiens en exercice, croissant au fur et à mesure que l'âge de première installation recule.

Même s'il reste difficile à quantifier en raison de l'hétérogénéité de cette population (internes qui remplacent pendant leur cursus, remplaçants non thésés, remplaçants thésés, médecins à activité mixte -libérale et salariée-, médecins retraités) et du caractère régulier ou non de ces remplacements (chez un même médecin ou dans un même cabinet), il semble qu'il se situe entre 7 000 et 10 000 médecins. L'atlas 2009 du Conseil National de l'Ordre dénombrait 6 891 remplaçants en médecine générale en France au 1er janvier 2009, mais certains syndicats de généralistes évoquent davantage le nombre de 10 000 médecins remplaçants.

Quoi qu'il en soit, on peut noter que le nombre de médecins remplaçants est plus que significatif, représentant entre 10 et 15% du nombre total de médecins exerçant la médecine générale, soit une proportion non négligeable d'acteurs du système de soins.

Certains avancent également comme explications le caractère insuffisamment protecteur de la couverture maternité du statut libéral chez une profession de plus en plus féminisée (chap.3 partie 3). Mais il en est de même pour toutes les professions libérales et chez aucune d'entre elles, y compris de professions de santé, cette situation d'installation différée n'existe.

Le remplacement n'est donc plus une simple transition entre les études et l'installation en cabinet, permettant au jeune médecin de compléter sa formation et de se faire une idée du métier, il est le fruit d'une vraie stratégie.

Mais est-il devenu pour autant un véritable mode d'exercice à part entière de la médecine générale ?

Cela signifie-t-il qu'il faille étudier la création d'un statut spécifique et complet ?

Ce n'est pas le choix de l'auteur de ce rapport.

L'exercice de la médecine de premier recours impose une connaissance de ses patients et une continuité dans leur suivi qui n'est pas compatible avec le statut de remplaçant. Cela serait la négation de la réforme du médecin traitant adopté en 2004 pour favoriser la fidélisation des patients à leurs médecins. A tout le moins, il est légitime qu'en retour les médecins inscrivent leur relation avec leurs malades dans une certaine durée.

Qui plus est, les médecins installés dans des territoires difficiles, éloignés des centres urbains ou en zones urbaines dans lesquelles se posent des problèmes de sécurité, et que la mission a pu rencontrer lors de ses déplacements en diverses régions, ont tous dénoncé la quasi impossibilité à trouver des remplaçants pour suppléer à leurs absences.

Il importe donc de bien comprendre les déterminants qui président à ce choix d'effectuer des remplacements et différer voire refuser l'installation, pour prendre les mesures incitatives.

Une étude plus précise de ce phénomène devrait être entreprise pour mieux connaître les divers « modèles de remplaçants », comprendre les raisons de leur choix et ainsi mieux cibler les actions.

1.2. Les jeunes générations répugnent à investir dans leur outil de travail

Les internes et jeunes médecins expriment une certaine crainte à investir eux-mêmes dans leur outil de travail. En effet, ces jeunes générations ressentent moins le besoin, à l'instar des générations précédentes, d'en être propriétaire.

La propriété de son local et de son matériel était pourtant le premier symbole d'un exercice libre de la médecine pour leurs aînés et le premier maillon du lien créé avec la patientèle qui, ainsi, se reconnaissait en son praticien.

On peut cependant comprendre certaines réticences à l'investissement personnel dans des périodes de crise comme celle que nous rencontrons aujourd'hui, sans oublier par ailleurs les problèmes de valorisation du patrimoine dans certains territoires en grande difficulté économique.

Mais en fait les jeunes médecins vivent ce possible achat d'un local comme la marque d'un engagement définitif à exercer sur le lieu de leur investissement. Et cela n'est plus conforme à leur vision de la vie.

Nous évoluons dans une société de l'immédiat, de la satisfaction des besoins en temps réel, de l'information immédiatement disponible.

Dans un tel contexte les notions de durée et d'installation font peur.

Il convient d'ajouter que les besoins de mobilité qu'ils soient liés à des recompositions de couple ou justifiés par des raisons professionnelles expliquent légitimement ces réticences à investir.

Mais s'installer médecin n'impose pas systématiquement d'investir et si cela s'avère nécessaire dans certaines maisons de santé, cela ne doit pas être un frein à l'installation.

1.3. L'octroi des aides incitatives à l'installation dans les zones sous-médicalisées est un parcours du combattant

Comme nous l'avons déjà indiqué (Cf. partie 2), les aides incitatives à l'installation dans les zones sous dotées constituent un levier financier pour la régulation de la démographie médicale et surtout pour sa répartition territoriale.

Nous avons vu que ces aides étaient nombreuses et peu lisibles, en raison notamment de l'instabilité des zonages et de la diversité des instances décisionnelles (Assurance Maladie, Etat, collectivités locales).

Pour pouvoir en bénéficier et monter les dossiers d'instruction auprès de financeurs multiples, le médecin s'engage dans un véritable parcours du combattant, tant les dispositifs existants sont foisonnants et complexes, et de ce fait méconnus.

Les solutions développées au chapitre 2 de la partie 2, sur lesquelles nous ne reviendrons pas, sont certainement de nature à lever ce premier obstacle d'aides éparses, identifié comme étant, entre autres raisons, à l'origine du retard à l'installation.

Mais cette clarification, si elle peut favoriser l'installation et accompagner le choix du lieu, ne sera pas à elle seule de nature à inverser rapidement et profondément la tendance.

2. SECURISER LES CONDITIONS DE L'INSTALLATION

Nous avons défini au fil de ce rapport, plusieurs conditions préalables pour favoriser l'installation. Nous les rappelons :

- Faire connaître précocement l'exercice de la médecine de premier recours durant les études médicales,
- Développer des stages de durée suffisante lors de l'internat de médecine générale,
- Former les jeunes médecins à l'organisation et la gestion d'un cabinet médical libéral,
- Identifier de façon fiable les besoins et les territoires sous dotés afin de flécher notamment les implantations de MSP et PSP et les financements qui s'y rattachent,
- Instituer un guichet unique pour informer et accompagner les jeunes médecins dans leurs choix de lieux de possibles installations.

A l'issue de ses déplacements et de ses auditions, notamment des étudiants en médecine ou des jeunes internes mais aussi de représentants d'URML ou de professions paramédicales qui ont beaucoup travaillé à la recherche de solutions concrètes, la mission distingue des solutions de nature différente selon que le professionnel est propriétaire de son outil de travail ou ne l'est pas.

Cette distinction s'avère d'autant plus nécessaire que le coût de l'investissement est important et qu'existe une incertitude quant à son équilibre financier. C'est le cas de certaines spécialités médicales nécessitant un plateau technique, peu viables en certains territoires et pourtant indispensables pour venir en appui de la médecine de premier recours. C'est le cas pour certaines professions paramédicales telles que les infirmières ou les orthophonistes qui ne peuvent supporter de lourds investissements immobiliers.

Par contre, ces dispositions ne sauraient concerner les professionnels qui s'installent en des territoires sur dotés où dont la fragilisation n'est pas inscrite à l'horizon des 5 prochaines années.

2.1. Accompagner les professionnels qui souhaitent investir dans leur outil de travail

Ces mesures visent à encourager ces investissements sans qu'ils ne soient risqués pour le professionnel concerné, sachant que les territoires fragiles sur le plan de l'offre de santé sont bien souvent ceux également touchés par une grande fragilité économique et un fort ralentissement du marché immobilier.

2.1.1. Ouvrir les crédits à taux 0 aux primo installés

Les autorités politiques ont fait le choix de développer depuis un certain nombre d'années le taux à prêt 0 pour l'accession à la propriété.

Ce dispositif pourrait être ouvert aux jeunes médecins désireux de financer une primo- installation adossée à un projet immobilier, tel que cela peut être le cas dans une maison de santé. Le montant en serait bien évidemment plafonné et ne couvrirait qu'une partie de l'investissement mais cela viendrait compléter d'autres modes de financements et constituerait un amorçage à ceux-ci.

2.1.2. Mieux faire connaître les avantages du crédit-bail

Déjà communément utilisé dans les entreprises et par des spécialités médicales techniques pour financer leurs investissements, ce dispositif permet de faire porter le coût de l'investissement par une société de crédit bail, le professionnel étant l'exploitant.

A la fin du contrat, 3 possibilités s'offrent :

- Cesser l'exploitation et rendre l'équipement, possibilité peu probable dans l'hypothèse d'une MSP,
- Racheter à une valeur résiduelle préalablement fixée lors de la conclusion de l'accord,
- Continuer à louer moyennant un loyer réduit.

Les avantages de cette solution sont de n'obliger à aucun apport personnel, d'avoir des mensualités moins élevées totalement déductibles des frais professionnels, et une durée d'engagement clairement définie.

Ce dispositif nécessiterait peut être quelques adaptations notamment pour que puisse être envisagée son éventuelle transmission à un autre professionnel de la même discipline qui viendrait se substituer au premier en cas de départ.

2.1.3. Instituer un fonds de garantie de l'investissement

Nous avons vu que la réticence des jeunes médecins à investir dans leur outil de travail était liée, entre autres raisons, au fait qu'ils s'interrogeaient sur la durée de leur engagement en un site donné et sur l'obligation qu'ils pouvaient avoir de changer de lieu d'exercice. Les médecins plus âgés et d'autant plus s'ils sont proches de la retraite, répugnent quant à eux à s'engager par crainte de perdre l'argent investi dans l'outil de travail.

Malgré cela et compte tenu de l'attractivité de certains projets de maisons de santé pluridisciplinaires, des médecins seraient prêts à s'engager si leurs craintes à ce propos étaient dissipées.

Nous proposons d'instituer un fond de garantie de l'investissement là aussi réservé aux seules zones sous densifiées en médecins ou en voie de fragilisation.

Ce dispositif permettrait d'assurer aux praticiens que leur investissement sera couvert par ce fonds notamment dans le cas où ils ne trouveraient pas dans un délai court un repreneur.

Dans nombre de cas, il n'y aurait pas besoin de cette intervention, la transmission s'effectuant dans une relation normale de gré à gré. Mais en certains territoires difficiles, peu favorables à l'installation, zones rurales mais aussi et peut être surtout zones urbaines présentant d'importants problèmes sociaux ou de sécurité, cette mesure rassurerait celles et ceux qui font le choix d'y investir et d'y exercer.

Ce fonds se doit d'être national pour des raisons de large mutualisation et pourrait être géré par la Caisse des Dépôts et Consignations, au regard des missions d'intérêt général de cet organisme.

2.1.4. Etendre aux professions de santé libérales certains dispositifs de déduction fiscale

Le projet de loi de finances 2011 témoigne clairement de la volonté du gouvernement de réduire les possibilités de déduction fiscale ouvertes aux particuliers et de mieux en apprécier l'intérêt.

Mais nous avons également noté que dans le même temps, le gouvernement n'envisage pas de revenir sur les dispositifs de réduction de la TVA pour les secteurs du bâtiment et de la restauration, l'impact sur l'emploi de cette mesure étant jugé supérieur à son coût pour la collectivité.

En réservant le dispositif aux zones en voie de fragilisation ou déjà désertifiées, et sous respect de conditions telles que celles déjà développées (chapitre conditions d'exercice), une défiscalisation pourrait être offerte aux professionnels qui investissent dans leur outil de travail.

Le coût de ce dispositif demande à être apprécié mais serait en toute hypothèse d'un montant raisonnable compte tenu du nombre de territoires concernés et donc du nombre de personnes intéressées.

En effet, en toute vraisemblance il ne concernerait que peu les primo installés pour les raisons exposées précédemment et s'adresserait certainement de façon privilégiée à des professionnels déjà installés, réticents à se regrouper et qui verraient ainsi une incitation à le faire sans risques majeurs.

2.2. Favoriser l'installation dans des conditions qui n'imposent pas d'investir

2.2.1. Mieux faire connaître les statuts de collaborateur et d'assistant

Certains obstacles réglementaires et déontologiques ont été levés afin de faciliter l'entrée dans l'activité libérale et ont permis la création du statut de collaborateur libéral⁵³ pour les médecins.

Ainsi de jeunes médecins diplômés peuvent être installés, avoir leur propre patientèle sans supporter le poids d'un éventuel investissement et avec pour seule contrainte l'amputation d'une part de leurs honoraires au bénéfice du médecin dont ils sont collaborateurs.

Mais ce statut nous paraît mal connu. Il doit donc faire l'objet d'une meilleure information car en permettant au jeune médecin de bénéficier d'un « compagnonnage », sans engagement de longue durée, il répond à nombre de craintes exprimées par ces jeunes professionnels et facilite ensuite soit l'association soit la transmission du cabinet médical. Les collaborateurs sont donc bien un élément du maintien de l'offre de soins.

Parallèlement au statut de collaborateur, celui d'assistant, normalement réservé aux cas de besoins ponctuels tels que les afflux de populations et déjà utilisés dans certains départements connaissant des problèmes de démographie médicale, mériterait d'être davantage autorisé. Limité dans le temps, plutôt réservé à de jeunes médecins venant d'achever leurs études, le statut d'assistant constituerait une possibilité supplémentaire d'exercice, moins contraignante que le statut de collaborateur mais davantage que celui de remplaçant.

2.2.2. Accompagner les professionnels dans leurs négociations avec les collectivités territoriales pour qu'elles financent éventuellement les investissements

Il est tout d'abord rappelé qu'un projet de MSP ou PSP doit en premier lieu être fondé sur un projet de santé porté par des professionnels de santé. Cela doit être un préalable indispensable à tout investissement des collectivités locales, qui peuvent accompagner les professionnels de santé dans leur initiative mais en aucun cas porter seules un projet immobilier au risque de se retrouver avec des locaux inoccupés.

Il incombe également aux ARS de superviser et d'articuler les différentes initiatives des collectivités territoriales afin d'éviter tout phénomène de surenchère, avec effet d'aubaine pour certaines structures médicales qui bénéficieraient alors d'aides disproportionnées ou à l'inverse, effet d'éviction au détriment des communes les plus fragiles et les moins riches.

2.2.2.1. Vente de terrains à conditions privilégiées

Les cabinets médicaux peuvent être considérés comme des entreprises permettant le maintien de services à la personne sur un territoire donné et dans ce cadre, ils peuvent bénéficier d'aides publiques en application de l'article L1511-3 du code général de collectivités territoriales. Ces dernières peuvent donc consentir des rabais par exemple sur le prix de vente de terrains ou de bien immobilier.

⁵³ Art. 18 loi n2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

2.2.2.2. Bail emphytéotique

Les collectivités territoriales fourniraient aux professionnels de santé un contrat de bail de longue durée pouvant aller de 18 à 99 ans, leur permettant de bénéficier d'un droit de jouissance sur les lieux, plus étendu que celui d'un locataire ordinaire.

Ce type de bail permet de limiter les risques pour les professionnels de santé qui s'engagent dans une démarche de MSP ou de PSP. En échange d'un loyer modique il leur confère un droit réel sur le local donné à bail, dont ils deviennent de quasi-proprétaires. Quant aux collectivités locales, elles ont ainsi un locataire stable, solvable, qui entretient le bien et qui offre un service à la commune et sa population.

2.2.2.3. Location de locaux

Un certain nombre de communes ou plus souvent de communautés de communes se sont engagées dans l'édification de locaux, en concertation avec des professionnels qui avaient initié cette démarche de regroupements et les ont ensuite loué pour qu'ils deviennent des MSP.

Cette solution de collectivités propriétaires et de professionnels locataires peut être étendue à 2 autres situations :

La location à un pôle de santé pluridisciplinaire de son site central

Nous avons vu des professionnels constituer non pas une MSP mais un PSP, leur choix étant de garder chacun leur lieu d'exercice (souvent d'ailleurs parce qu'ils sont seuls dans la commune). Cette forme de regroupement impose néanmoins de disposer de locaux collectifs situés au point le plus central du territoire, ce site accueillant les personnels communs du PSP, secrétariat voire demain gestionnaire ou coordonnateur, et permettant les réunions de coordination des divers professionnels et les rendez-vous nécessaires au déploiement de programmes d'éducation thérapeutique ou de prévention.

La location d'un local pour établir un cabinet secondaire

Cette pratique du cabinet secondaire a existé dans les années 60/70 et avait disparu en raison du nombre de médecins formés dans les années 80 à qui on souhaitait offrir des lieux d'installation. Cette possibilité est de nouveau aujourd'hui une solution à la désertification médicale. Par contre, il est évident que peu de professionnels accepteront d'assumer le coût de 2 locaux professionnels d'autant moins pour un usage à temps très partiel.

Les communes peuvent par contre mettre à disposition des locaux, équipés, qui permettront d'accueillir un médecin, voire d'organiser une véritable permanence médicale partagée entre plusieurs praticiens.

De tels locaux pourraient également être soit le lieu d'accueil de consultations de spécialistes, soit le siège d'un site de télé-médecine pour des consultations spécialisées à distance.

La mise à disposition de logements pour les étudiants en médecine, internes, assistants ou collaborateurs

Nous avons écrit, dans le chapitre consacré à la formation, l'importance que nous attachions aux stages dans tous les territoires y compris très ruraux. Situés souvent à distance des villes universitaires, ces stages représentent un coût que peu ou pas d'étudiants ou internes peuvent ou veulent assumer.

Cette pratique de communes de loger gratuitement les jeunes étudiants existe déjà, mérite d'être développée et étendue aux jeunes assistants et aux collaborateurs, tout au moins pour les premiers mois de leur arrivée dans la commune.

Ces diverses dispositions ne sont pas seulement intéressantes dans les zones rurales peu densifiées. Elles concernent aussi des zones urbaines en grande difficulté sociale où est tout aussi prégnant le besoin de professionnels de santé.

Dans ces lieux, les collectivités locales sont appelées non seulement à mettre à disposition des locaux et des équipements mais également doivent être en mesure de sécuriser l'exercice, afin d'éviter la survenue de violences, devenues trop fréquentes, sur ces professionnels.

3. FAIRE BENEFICIER CERTAINS SPECIALISTES AVEC PLATEAUX TECHNIQUES DES DISPOSITIONS PRECEDEMMENT DECRITES

Lors des auditions et des rencontres sur le terrain auxquelles étaient présents non seulement des médecins généralistes mais également dans bien des cas des médecins exerçant d'autres spécialités, il a régulièrement été dit que l'exercice de la médecine de premier recours ne pouvait se concevoir sans un environnement médical d'une certaine technicité.

Nous avons développé les possibilités qu'offrirait demain la télémédecine. Il n'en demeure pas moins qu'un accès aisé à d'autres spécialités médicales est nécessaire.

Les dispositions qui ont été précédemment décrites d'investissements opérés au bénéfice de médecins de premier recours et de professionnels paramédicaux peuvent être étendues à d'autres spécialités médicales.

Les conditions d'accès aux locaux et appareils seraient négociées avec les collectivités propriétaires mais aussi avec les agences régionales de santé afin que les dépassements d'honoraires de ces praticiens soient contenus. En effet, nous avons vu également au cours de cette mission que les difficultés d'accès aux soins n'était pas seulement, en certains territoires, un problème géographique mais tendait à devenir un problème financier.

CHAPITRE 3 :
FAVORISER LES EVOLUTIONS DE CARRIERE

Les auditions et débats organisés par la mission ont mis en évidence que, pour les jeunes médecins, l'installation est vécue comme une forme d'enfermement dans un métier immuable dont il sera difficile de sortir en dehors du départ en retraite.

Cette crainte de ne pouvoir s'extraire de sa spécialité s'exprime plus pour celle qui est la moins prisée, la médecine générale. Parce qu'ils ont peur de ne pouvoir en sortir, les jeunes médecins préfèrent ne pas y entrer, quel que soit l'attrait que cet exercice peut avoir sur certains d'entre eux, du fait de sa diversité et sa proximité avec le malade.

De ce point de vue, la profession médicale se singularise assez fortement de certaines professions, la carrière d'un médecin libéral ne comportant aujourd'hui quasiment pas de possibilité de promotion ou de changement d'activité.

Certes, les médecins savent que leur exercice professionnel connaîtra au cours de leur carrière de profonds bouleversements en raison des progrès techniques et plus largement de l'évolution de la science. Mais cela concerne plus les praticiens disposant d'un plateau technique ou tout au moins ceux pratiquant des examens autres que le seul examen clinique, à l'instar de la plupart de médecins généralistes.

Ce sentiment est parfois également exprimé par leurs aînés et n'est pas, il faut bien le reconnaître, dénué de tout fondement.

Il l'est, nous l'avons vu, pour les généralistes mais également pour les autres spécialités, l'effet étant renforcé par la spécialisation précoce qui est aujourd'hui celle de certains internes.

Cette situation est vécue comme démotivante et injuste à de nombreux points de vue. Qui plus est, l'expertise n'étant pas valorisée, elle prive la société du bénéfice de l'expérience acquise par les praticiens au décours de leur exercice

1. OFFRIR LA POSSIBILITE D'EVOLUER VERS UNE AUTRE SPECIALITE

Depuis la réforme des études médicales de 1982, l'acquisition d'une spécialité passe obligatoirement par l'internat. Jusqu'au début des années quatre vingt dix, la formation aux spécialités restait ouverte, hors la voie de l'internat, par le biais de certificats d'études spécialisés (CES) qui permettaient soit à des généralistes de réorienter leur carrière soit à des spécialistes de l'infléchir vers des activités complémentaires.

Cette réforme, justifiée dans le fond, a de fait, supprimé toute possibilité d'évolution de carrière, aussi légitime soit ce souhait.

Le système s'est encore rigidifié par la suppression des compétences en 2004.

Il n'est donc désormais plus possible à des médecins généralistes, de compléter leur formation dans des domaines comme la médecine légale, la santé publique, la gériatrie, la médecine du sport ou la médecine du travail, pour ne citer que quelques exemples.

Enfin, il faut reconnaître que la tendance vers l'hyperspécialisation précoce (dénoncée, par ailleurs, dans ce rapport) contribue à enfermer les futurs praticiens dans des cursus professionnels figés, à un stade très précoce de leur carrière, lors du choix aux examens classants.

Il faut rompre avec cette situation et offrir aux médecins le bénéfice d'une seconde carrière dans une autre discipline que la première et se donner les moyens d'en imaginer les dispositifs :

- Formation délivrée par l'université dans des conditions adaptées aux praticiens en exercice, ayant une certaine expérience professionnelle, à l'instar de ce que font les entreprises pour leurs hauts potentiels qui, tout en continuant à travailler selon des modalités adaptées, suivent un cursus de formation complémentaire.
- Utilisation des acquis de l'expérience (par le biais de la procédure de Validation des Acquis de l'Expérience) et du Développement professionnel continu (DPC).

Une réflexion approfondie sur ce sujet doit être envisagée dans des délais brefs associant l'Université, l'Ordre des médecins et les syndicats de médecins.

Cette proposition avait déjà été faite par la mission présidée par le Docteur LEGMANN en avril 2010 et mérite d'être mise en œuvre.

2. AIDER A DIVERSIFIER SON MODE D'EXERCICE

2.1. Former à la conduite de projets et au management des MSP ou des PSP et reconnaître ces fonctions

Certains médecins trouvent toujours de la satisfaction à exercer leur spécialité mais, après de nombreuses années de pratique, souhaitent pouvoir s'investir dans des domaines connexes à leur activité

Il en est ainsi de la conduite de projets de regroupements de professionnels de santé souvent initiés par des médecins. L'organisation, la gestion, le management des professionnels impliqués font appel à des compétences spécifiques pour lesquelles les professionnels de santé ne sont pas formés.

Des formations dans ces domaines doivent être proposées et financées, compatibles avec un exercice professionnel et intégrant divers modules : conduites de projet, organisation et gestion d'une maison de santé pluridisciplinaire, finances, montages d'actions de santé publique et de programmes d'éducation thérapeutique.....

Cette démarche aidera à pérenniser les structures créées, assurera la qualité des projets développés et légitimera les financements accordés aux MSP ou PSP tels qu'évoqués dans la partie 2

2.2. Privilégier les exercices mixtes plutôt que les temps pleins

Certains praticiens, plus nombreux que la profession elle-même ne le dit parfois, conservent pour leur spécialité un enthousiasme qui ne se dément pas au cours du temps mais ressentent le besoin de l'exercer sous un mode plus diversifié c'est-à-dire au sein d'un cabinet libéral, et en même temps à temps partiel au sein d'une structure publique ou privée (EHPAD, centre hospitalier...).

Or, la tendance développée depuis les années quatre vingt, a privilégié, dans les établissements publics ou privés, le recrutement de praticiens à temps plein plutôt que plusieurs praticiens à temps partiel. Ceci n'a guère contribué à la compréhension réciproque des divers secteurs d'activité ambulatoire et hospitalière.

Certes le reproche a parfois été fait d'une implication insuffisante de ces praticiens à temps partiel qui consacrait un temps limité à leur activité salariée. Outre le fait que cela était souvent lié à une faible rémunération (statut des attachés hospitaliers), il est tout autant possible d'imposer un temps de présence à un salarié à temps partiel qu'à un salarié à temps plein, dans la mesure où il est justement payé pour la tâche à accomplir.

Cette formule est d'autant plus à encourager qu'elle permet :

- d'établir des « ponts » entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social
- d'enrichir l'expérience de chaque activité par celle acquise dans l'autre
- de diminuer l'activité libérale sans une perte trop importante de revenus
- de compléter par une retraite de salarié celle, plus incertaine, perçue à titre libéral.

2.3. Valoriser l'expérience

Nous avons signalé dans ce rapport la tentation exprimée par des médecins en particulier généralistes de cesser par anticipation leur activité, lassés des contraintes et autres tracasseries, mais aussi déçus de ne pas voir reconnus leur savoir faire et leur engagement. Or l'insuffisance de la ressource médicale et le faible nombre d'installations dans les prochaines années ne nous permettent pas de nous passer du temps d'activité qui est le leur, fut-il à temps partiel

En contrepartie de l'allègement de certaines contraintes telles que la permanence des soins ou de reconnaissance dans le DPC, d'allègements de charges sociales, voire de rémunérations complémentaires, il pourrait être proposé diverses fonctions qui seraient réservées à des praticiens disposant d'une longue expérience médicale :

- Accompagnement des internes seniors dont nous avons vu qu'ils seraient appelés à exercer en autonomie dans des territoires sous densifiés ou fragiles et qui auraient dans ce contexte le besoin de s'appuyer sur des référents expérimentés
- Formation à la gestion des cabinets et aux obligations inhérentes à l'exercice libéral
- Fonction d'experts dans les futures procédures d'accréditation des MSP et PSP que nous préconisons, cette fonction, à l'instar de celles des experts visiteurs de la procédure de certification des établissements hospitaliers, nécessitant expérience et qualités spécifiques.

3. CREER DES PASSERELLES ENTRE LES DIFFERENTS EXERCICES

Changer de spécialité, diversifier son exercice sans obligatoirement renoncer à l'exercice de sa spécialité, ouvrent des possibilités d'évolutions mais il est des situations où le médecin voudra complètement cesser son activité libérale sans pour autant interrompre toute fonction médicale.

La situation figée des professions médicales mérite de faire l'objet d'assouplissements pour permettre une réorientation de carrière et non pas une cessation pure et simple d'activité.

Il est ainsi parfaitement envisageable que certains postes fassent l'objet d'un recrutement privilégié auprès de praticiens justifiant d'un certain nombre d'années d'exercice libéral et ne puissent a contrario, être pourvus à l'issue de la formation de médecin.

Cette proposition aurait aussi pour effet d'éviter que les jeunes générations, dont il a été expliqué dans ce rapport qu'elles méconnaissent parfois l'intérêt de l'exercice d'une médecine de proximité exercée sur le mode libéral voire le craignent, ne soient attirées, dès la fin de leur cursus universitaire, par des postes de médecins sur le seul critère de leur statut salarié.

Ceci ne vaut pas uniquement pour les médecins qui travaillent dans le domaine des soins mais également pour les activités qui relèvent de la prévention ou de certains domaines de la santé publique.

3.1. Réorienter des médecins généralistes vers des activités plus axées sur la prévention que sur le curatif

Sans occulter les spécificités de ces activités, il existe une forme de complémentarité entre la médecine générale et la médecine scolaire ou entre la médecine générale et la médecine du travail, la connaissance de l'humain acquise durant des années d'exercice de la médecine générale étant d'un apport appréciable.

Cet atout n'est pas en soi suffisant pour occuper ces postes mais en alliant valorisation des acquis de l'expérience et formation spécifique il est vraisemblable que des passerelles pourraient être créées.

L'exemple de la médecine du travail est à cet égard intéressant dans la mesure où cette spécialité étant elle aussi sinistrée, il faut trouver des solutions pour assumer ses missions de plus en plus lourdes et complexes. Les effectifs titulaires de la spécialité pourraient être complétés par des praticiens aguerris, ayant reçu une formation allégée, pour des tâches ne demandant pas la panoplie complète de la formation de médecin du travail, telles que certaines visites d'embauches ou de suivis dans des métiers qui ne sont pas à risque.

Plus largement, il en est de même pour d'autres postes axés sur la prévention, sachant qu'un système de santé qui sépare médecine de soins et prévention ne répond pas aux besoins de la santé publique. Ce rapprochement répondrait précisément au souci des autorités de tutelle d'une approche globale de la santé.

Précisons, que dans ces domaines et comme nous le préconisons au 2.2, il importe de chercher à créer des postes à temps partiel plutôt que d'opter pour des postes temps plein.

3.2. Confier à d'anciens médecins généralistes certaines fonctions de contrôle ou d'inspection

Certaines fonctions de contrôle ou d'inspection (médecins conseils de l'Assurance Maladie ; médecins inspecteurs de santé publique ; médecins territoriaux...) pourraient constituer une deuxième carrière pour des médecins disposant d'une expérience vécue du système de soins et de la médecine curative.

Il faut rappeler, au demeurant, que plusieurs des catégories de médecins citées ci-dessus devaient, jusqu'au début des années quatre vingt, se prévaloir d'une ancienneté minimale d'exercice de la médecine praticienne (en ambulatoire ou en établissement) pour se présenter aux concours concernés. Dans le cas des médecins conseils de l'Assurance Maladie, cela avait un réel intérêt pour la qualité des relations entre médecins et organismes payeurs et renforçait la crédibilité des remarques faites par les praticiens conseils.

Le rétablissement de cette condition serait judicieux.

CHAPITRE 4 :

**AMELIORER LA PROTECTION SOCIALE
DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX**

Un des problèmes majeurs régulièrement dénoncés par les médecins, qu'ils soient jeunes internes, nouvellement installés ou praticiens aguerris, a trait à la protection sociale des praticiens et à l'inexistence ou au faible montant des prestations perçues lors des maternités et à moindre degré en cas de maladie, la retraite posant en elle-même un problème spécifique.

Alors que les générations précédentes vivaient cette situation comme inhérente au statut libéral, la jeune génération demande davantage de protection, influencée en cela par un climat ambiant qui privilégie d'autant plus la sécurité que l'environnement économique et social est plus instable. On comprend aisément qu'à l'heure du choix entre 2 exercices, libéral ou salarié, ce statut, soit par certains, privilégié ou tout au moins que soit différé tout engagement définitif vers le libéral, dans l'attente d'une plus grande visibilité et compréhension des revenus disponibles.

Cette tentation est d'autant plus perceptible que la profession médicale se féminise, 30% des médecins généralistes et 52 % des médecins qui s'inscrivent à l'Ordre pour la première fois sont des femmes.

Or les femmes sont touchées par un double effet :

- La volonté d'avoir des enfants, souvent après l'achèvement des études ou tout au moins après avoir satisfait aux épreuves classantes ;
- L'incertitude de l'avenir professionnel du conjoint, argument plus souvent mis en avant par les jeunes médecins femmes que par leurs collègues masculins ce qui tend à laisser supposer que ce sont encore les femmes qui plus fréquemment sont tributaires de la mobilité professionnelle de leurs époux ou compagnons. Le fait qu'il y ait besoin de médecins partout et l'étendue des activités médicales expliquent aussi sans doute cette réponse.

La proportion de femmes médecins qui exercent dans le cadre d'une activité salariée corrobore cette interprétation, une femme médecin sur deux est salariée alors que ce n'est le cas que pour un homme sur trois.

1. UNE COUVERTURE MATERNITE QUI DOIT RAPIDEMENT ETRE AMELIOREE

1.1. Deux régimes coexistent au sein des professions de santé

Deux régimes différents couvrent les professions de santé libérales, la CNAMTS, régime des travailleurs salariés et le RSI, régime des travailleurs indépendants.

- Relèvent du régime d'Assurance Maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux conventionnés (PAMC), rattaché au régime des travailleurs salariés, les professions suivantes :
 - les médecins exerçant en secteur 1
 - les chirurgiens-dentistes
 - les sages-femmes
 - les auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues).
- Relèvent du régime d'Assurance Maladie du Régime Social des Indépendants à l'instar des autres professions libérales :
 - les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 et ayant opté pour ce régime
 - les pharmaciens et pharmaciens biologistes
 - les médecins exerçant leur activité libérale sans être conventionnés
 - les chirurgiens dentistes et les sages-femmes non conventionnés
 - les auxiliaires médicaux non conventionnés non salariés.

1.2. La couverture maternité des PAMC est moins favorable que celle des salariées ou des artisans et commerçants

Selon les prestations considérées, le régime des PAMC est plus ou moins favorable que le RSI. La différence essentielle tient à l'assurance maternité, la durée d'indemnisation étant sensiblement plus longue dans le régime des PAMC.

Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité dont bénéficient les ressortissants des deux régimes (RSI et PAMC) sont identiques et sont les mêmes que celles des assurés du régime général.

Indemnités journalières

➤ Maladie durant la maternité

► Ni le régime des PAMC, ni le RSI des professions libérales ne versent d'indemnités journalières en cas de maladie.

Au regard des IJ maladie, le régime des PAMC et le RSI professions libérales sont donc tout autant défavorables l'un que l'autre.

Précisons que par contre les femmes exerçant des professions artisanales, industrielles et commerciales, affiliées au RSI perçoivent des indemnités journalières calculées en fonction de leurs revenus.

► Les professionnels de santé peuvent toutefois bénéficier d'indemnités journalières dans le cadre des régimes d'assurance invalidité gérés par les sections professionnelles⁵⁴ et qui s'appliquent également en cas de maternité pathologique :

	Durée d'indemnisation
Médecins	à partir du 91 ^{ème} jour d'incapacité de travail et pendant une période maximale de trente-six mois.
Chirurgiens-dentistes	à partir du 91 ^{ème} jour d'incapacité de travail et pendant une période maximale de trente-six mois.
Sages-femmes	à partir du 91 ^{ème} jour d'incapacité de travail et pendant une période maximale de trente-six mois.
Auxiliaires médicaux	à partir du 91 ^{ème} jour et jusqu'au 365 ^{ème} jour d'incapacité de travail.

➤ Maternité

L'assurance maternité due au titre du régime des PAMC comme au titre du RSI se compose de deux prestations cumulatives :

- une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de l'activité
- des indemnités journalières versées en cas de cessation de toute activité professionnelle.

C'est au regard des indemnités journalières que la différence entre les deux régimes est la plus sensible, le régime des PAMC offrant des durées d'indemnisation plus longues.

⁵⁴ Les caisses qui composent la CNAVPL ; la CAMF pour les médecins

1°) allocation forfaitaire de repos maternel : un régime équivalent pour les PAMC et le RSI

L'allocation forfaitaire de repos maternel est identique dans les deux régimes, le montant en est égal au montant mensuel du plafond de la sécurité sociale, soit 2885 € en 2010.

Quant au versement, il est fait dans les 2 régimes, pour moitié à la fin du septième mois de la grossesse et pour moitié après l'accouchement.

2°) indemnités journalières : un régime plus avantageux pour les PAM

Si la base de calcul est identique dans les deux régimes ($1/60^{\text{ème}}$ du montant mensuel du plafond de la sécurité sociale soit 48,08 €), la durée de versement est plus longue dans le régime des PAMC.

► En effet, dans le régime des PAMC (article D. 722-15-2 du code de la Sécurité Sociale), l'indemnité journalière maternité peut être versée pendant une durée totale de seize semaines (six semaines avant l'accouchement et dix semaines après), sous réserve d'avoir cessé toute activité professionnelle pendant au moins huit semaines (dont deux semaines avant l'accouchement).

La durée d'indemnisation maximale de seize semaines est donc identique à celle du régime général.

► En revanche, pour le RSI (article D. 613-4-2 modifié par le décret n° 2008-1410 du 19 décembre 2008), la durée d'indemnisation est de quarante-quatre jours consécutifs, cette période pouvant être prolongée, à la demande de l'assurée, par une ou deux périodes de quinze jours, eux aussi consécutifs.

Il en résulte qu'à son maximum, la durée d'indemnisation est de 74 jours, soit dix semaines et cinq jours.

► Les durées indiquées ci-dessus peuvent être prolongées en cas de grossesse pathologique. La durée de prolongation est plus importante au RSI que dans le régime des PAMC (30 jours contre deux semaines).

Mais la durée totale d'indemnisation au titre du congé de maternité et de la grossesse pathologique reste toutefois supérieure dans le régime des PAMC.

► La durée d'indemnisation peut également être prolongée en cas de naissances multiples. Les durées maximales d'indemnisation dans le régime des PAMC sont alignées sur celles du régime général, tandis que celles du RSI restent dans tous les cas inférieures.

1.3. Augmenter les indemnités maternité et reconnaître le cas des grossesses pathologiques

Il est aisé de constater que le cumul des deux prestations (qui donne un total de 5 385,33 € en 2010) couvre à peine les charges dont les femmes médecins libéraux continuent à s'acquitter pendant la période de leur arrêt pré et post natal et a fortiori si elles vivent une grossesse pathologique qui les a conduites à être arrêtées prématurément.

Deux mesures sont à prendre :

- L'augmentation des indemnités journalières
- La création d'une indemnité journalière spécifique à la situation de grossesse difficile permettant de couvrir la période qui va au-delà des deux semaines indemnisées au titre du congé de grossesse pour état pathologique jusqu'au 90ème jour.

2. UNE COUVERTURE MALADIE ET UN REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES QUI AUX YEUX DE LA MISSION SONT SATISFAISANTS VU LES COTISATIONS VERSEES

Ce sujet n'a pas fait l'objet de longs développements de la part des interlocuteurs rencontrés par la mission contrairement au point abordé précédemment. Mais il a néanmoins été cité par certains comme un handicap à l'exercice libéral et un possible frein, parmi d'autres, à l'installation.

Il convient de ramener à leur juste mesure les sujets. Et celui de la couverture maladie n'en est pas un aux yeux de la mission.

En effet, les médecins bénéficient comme tout citoyen d'une couverture maladie qui permet la prise en charge, pour eux et leur ayants-droits, des frais inhérents à la maladie, que ce soit les médicaments, les hospitalisations etc., sachant que par ailleurs en ce qui concerne les actes le paiement entre confrères est rare.

Par contre, ils ne perçoivent pas d'indemnités journalières pour les 90 premiers jours d'un arrêt, la CARMF prenant le relais à compter du 91^{ème} jour.

Cette particularité constitue il est vrai un inconvénient majeur, d'autant plus que durant cette période les charges du cabinet sont bien souvent dues.

Mais en contrepartie les cotisations maladie versées par les médecins sont très faibles : 0,11% du revenu, 9,7% des cotisations des 9,81% du revenu de cotisations étant pris en charge lorsque le médecin est en secteur 1.

La mission ne préconise donc aucun changement en la matière mais conseille aux médecins, qui souhaitent se prémunir d'une perte de revenus liée à un arrêt maladie d'une certaine durée, de s'assurer contre ce risque de façon volontaire.

Quant au régime d'allocations familiales les cotisations sont prises en charge également partiellement par l'assurance maladie et les droits sont identiques à ceux de tous les français⁵⁵.

3. UN SYSTEME DE RETRAITE A BOUT DE SOUFFLE, VICTIME D'UN AVEUGLEMENT GENERALISE

La mission a entendu ou lu les contributions des divers protagonistes de ce sujet qu'ils soient représentants de la CARMF, des syndicaux médicaux représentants les médecins en activité, des médecins retraités. Seuls les jeunes médecins n'ont pas évoqué lors des auditions ou rencontres ce problème particulièrement ardu. Et pourtant ce sont eux qui seront certainement les plus touchés par les conséquences de l'absence de décisions.

Hors le constat fait que la crise du régime d'assurance vieillesse, 3^{ème} volet du régime de retraite des médecins aux côtés des deux autres régimes de base et complémentaire, est ancienne et conduit inéluctablement à une baisse des prestations et/ou une augmentation des cotisations, aucun consensus quant à de possibles solutions ne se dégage, chacun étant attaché à défendre les intérêts de ses mandants ou de son institution.

En 2005, Philippe Seguin, premier président de la Cour des Comptes, interpellé par le président de la CARMF, répondait « ...la responsabilité de la situation dégradée de la CARMF est partagée entre les signataires des conventions médicales, en l'occurrence les organisations représentatives des médecins libéraux, les caisses d'Assurance Maladie et L'Etat qui approuvait les décisions. Cette responsabilité est donc collective ». Cinq ans après ce jugement est toujours d'actualité.

⁵⁵ Sur la base de 120K€ d'honoraires, soit environ 66 000€ de revenu après déduction des charges professionnelles, un médecin en secteur 1 paie : 73€/an de cotisations maladie ; 923 € de cotisations familiales ; 5280 € de CSG/RDS ; 11 227 € pour la retraite ; soit au total 17 503 € de charges sociales par an.

Dans ces conditions de complexité et de divergences d'avis, la mission s'avère incompétente, dans le temps qui lui a été imparti et compte tenu de l'étendue de sa mission, à faire de quelconques recommandations techniques pour solutionner le problème.

Elle ne peut qu'à son tour souligner :

- L'urgence de trouver une solution à la crise de l'assurance vieillesse dont il est clair qu'elle mécontentera de toute façon, un peu ou beaucoup, tous les médecins libéraux.
- Le fait que la diminution du nombre de médecins libéraux dans les années à venir et l'augmentation peut être plus rapide que prévu du nombre de médecins demandant la liquidation de leurs droits à la retraite, accentue le déséquilibre encore plus fortement que les analyses statistiques ne le prévoyaient il y a quelques années.

Nous ne pouvons qu'espérer que les mesures préconisées dans ce rapport seront adoptées et qu'ainsi l'attrait pour la médecine libérale et donc le nombre de cotisants s'en trouveront rapidement améliorés !

Deux autres points méritent d'être traités dans ce rapport. Ils concernent d'une part l'impact des nouveaux modes de rémunération des médecins sur les cotisations de retraite et, d'autre part, le problème des médecins à faible activité :

L'impact des nouveaux modes de rémunération des médecins sur les cotisations de retraite tout d'abord.

L'institution de rémunérations forfaitaires, quel que soit le mode retenu pour construire ces forfaits et leur part dans la rémunération, ne peut être déconnectée du régime social de ces rétributions.

En effet, il faut sans doute tout à la fois intégrer ces sommes dans la base de calcul des cotisations sociales en particulier retraite, afin que demain les praticiens perçoivent une retraite pour l'ensemble de leur activité, qu'elle ait été rémunérée par des honoraires ou des forfaits, et faire évoluer le mode de calcul des participations des caisses⁵⁶ aux cotisations sociales des médecins en tenant compte de ces nouveaux modes de rémunérations.

Le problème des médecins à faible activité ensuite.

Nous verrons dans un chapitre ultérieur (Cf. partie 4) que la poursuite partielle d'une activité après la liquidation des droits à la retraite peut être d'un certain intérêt pour la collectivité afin de répondre temporairement à la pénurie de médecins en certains endroits.

Actuellement, seuls les médecins dont les revenus de l'année précédente sont inférieurs à 11 000 € peuvent demander à être dispensés de l'affiliation au régime d'allocation supplémentaire de vieillesse et donc des cotisations afférentes à ce régime.

Les médecins dont les revenus bien que faibles dépassent ce plafond sont donc astreints à une cotisation forfaitaire disproportionnée par rapport à leurs revenus.

Le régime retraite mérite d'être adapté à la situation très particulière de ces médecins et ce, jusqu'à un plafond raisonnable de revenus.

⁵⁶ Actuellement ce calcul est basé sur la valeur du seul C.

CHAPITRE 5

DEDRAMATISER LES RISQUES PESANT SUR LA RESPONSABILITE CIVILE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La crainte de mise en cause de leur responsabilité médicale est un des arguments, régulièrement avancé par des jeunes médecins pour expliquer leurs hésitations à s'installer, voire pour réfuter l'exercice sous statut libéral.

Même si la sortie du cocon protecteur de leur lieu de formation, l'hôpital public, peut être facteur d'inquiétude, la responsabilité civile des médecins généralistes est trop rarement mise en cause pour que cela soit une justification recevable à ne pas s'installer.

L'auteur de ce rapport a cependant choisi de brièvement aborder ce point pour lever ce fantasme en qui concerne la médecine générale.

1. UNE VISION DEFORMEE DES RISQUES DE MISE EN CAUSE DES MEDECINS

1.1. Les déclarations des sinistres sont en nombre stable depuis plus de 10 ans

En comparaison de la situation de médecin salarié dans une structure publique ou privée qui exonère les médecins de l'essentiel de leurs préoccupations en la matière, il est clair que le statut libéral est moins sécurisant. Mais cela n'est particulièrement vrai que pour certaines spécialités.

Globalement, il n'y a pas, ces dernières années, d'augmentation en pourcentage du nombre de déclarations de sinistres contrairement à une opinion répandue dans le corps médical.

Ce sont en fait des situations, largement commentées dans la presse, touchant certaines spécialités en particulier l'obstétrique qui ont alimenté de façon disproportionnée ces craintes et donne le sentiment que le phénomène touchait l'ensemble du corps médical.

En 2008, 2,54 % des médecins libéraux ont déclaré un sinistre.

Le dernier rapport du Sou Médical Groupe MACSF datant de 2008, procède au constat d'une légère baisse en pourcentage de la fréquence de déclarations par rapport à l'année précédente (-0,05 %). Le rapport de 2007 faisait état, quant à lui, d'une stabilité de la sinistralité des médecins depuis 1997, année pendant laquelle elle a atteint le chiffre de 1,5 %.

Cependant, ce chiffre représente de fortes différences d'exposition au risque médico-légal des praticiens selon les disciplines ou spécialités. Par ailleurs la nature des préjudices est également très variable, la quantité de déclarations n'étant pas représentative de leur gravité.

A titre d'exemple, la sinistralité a été de 26,7 % en 2008 pour la chirurgie plastique et reconstructrice en secteur libéral.

En revanche, pour l'ensemble des médecins généralistes, la sinistralité a été de 1,11 % (médecins urgentistes inclus). Cette sinistralité était de 1,15 en 2007, confirmant ainsi une absence d'augmentation pour cette spécialité.

1.2. La pression des patients sur les professionnels est de plus en plus forte

La loi de 2002 sur l'information des malades a considérablement fait évoluer la relation entre le patient et son médecin, et a conduit celui-ci à faire davantage appel à des qualités de pédagogie, de persuasion, la notion de pouvoir ne pouvant plus être un mode relationnel durable.

Par ailleurs, la société de l'information dans laquelle nous vivons a placé internet et les sites auxquels on accède au rang de premier informateur des patients, le diagnostic étant souvent établi avant la consultation avec son médecin traitant et bien évidemment toujours dans le sens le plus catastrophique. Cela complique la relation avec la patientèle voire en dénature la qualité, tant il peut être difficile de refuser la prescription des examens complémentaires mentionnés sur le site consulté.

Mais s'il est exact que la diffusion en temps réel d'une information qui sera « mal digérée » rend plus complexe l'exercice de la médecine, en particulier celle de premier recours qui repose avant tout sur l'écoute et l'examen clinique, ce n'est pas pour autant que les malades poursuivent plus devant la justice leur médecin.

2. INTEGRER LA PREVENTION DES RISQUES DANS SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

La prévention des risques liés aux actes, thérapeutiques ou interventions est étroitement corrélée à la qualité des actes.

Nous verrons dans le chapitre suivant que cet objectif de qualité, assis sur une amélioration des pratiques, est un élément fondateur du développement professionnel continu.

2.1. Mieux informer son patient et davantage tracer cette information

La bonne information des patients est une conduite permanente que doit s'imposer tout professionnel de santé, les référentiels de bonne pratique et les recommandations devant être intégrées dans l'exercice quotidien des professionnels.

Nous avons insisté sur l'importance des systèmes d'informations et le besoin pour les professionnels de santé de disposer d'un support médical de synthèse. En effet, seul l'utilisation au quotidien de cet outil et le renseignement du dossier en temps réel seront de nature à assurer la traçabilité des informations délivrées et leur bonne diffusion aux professionnels concernés.

2.2. Sécuriser ses pratiques

Le mode d'exercice collectif dans des structures qui organisent des temps de partage pour discuter de situations médicales difficiles (maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires) constitue un puissant moyen d'éviter aux médecins les prises de décisions solitaires et limite de fait les situations à risques.

L'accréditation de ces regroupements dans le futur permettra d'acquérir spontanément dans son exercice cette culture de l'information.

Mais au delà de cet exercice collectif, l'étude de dossiers, dans des groupes de pairs ou dans des cercles qualité permet de comparer les pratiques et de les analyser, doit devenir la règle.

2.3. Développer la rédaction de protocoles

L'offre de santé va de plus en plus concerner non seulement le curatif mais également le domaine de la prévention. En parallèle, les réponses aux patients vont de plus en plus être portées par des professionnels de santé appartenant parfois à des disciplines différentes.

Or les échanges actuels entre professionnels de santé sont le plus souvent oraux, peu formalisés. D'implicites ils vont devenir explicites et vont devoir s'appuyer sur des protocoles.

Au début des années 90, on a ainsi vu se réduire les mises en cause des anesthésistes réanimateurs et plus récemment de certaines spécialités chirurgicales, par le seul suivi de protocoles, à la rédaction desquels avaient participé les différentes professions représentées dans un bloc opératoire.

CHAPITRE 6 :
SIMPLIFIER LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

La formation médicale continue tarde à s'imposer en dépit des nombreuses (trop ?) initiatives légales qui ont ponctué ces 40 dernières années. Pour l'essentiel, ces initiatives ont marqué une évolution des objectifs, partant de l'actualisation des connaissances et allant vers la qualité et la sécurité des soins. C'est pour illustrer cette évolution que les textes publiés en 2004 avaient – en plus de la formation continue « pédagogique » - généralisé l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et institué l'analyse des événements porteurs de risque (accréditation des spécialités dites « à risque »).

1. LE DPC, UNE NOUVELLE AMBITION AU SERVICE DE LA QUALITE

Tirant leçon de la complexité du système qui, par strates successives, avait été constitué, la loi HPST du 29 juillet 2009 a créé le Développement Professionnel Continu (DPC).

Son objectif est « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Obligatoire pour tous les professionnels de santé, il rassemble la Formation Médicale Continue (FMC) et l'évaluation des pratiques (EPP). Il concerne l'ensemble des professions médicales ou paramédicales du secteur salarié comme du secteur libéral : médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, etc.

Plus ambitieux que la seule formation continue mais se voulant aussi concret que l'évaluation des pratiques professionnelles, le DPC traduit en fait la volonté de changer les comportements des professionnels en liant amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et analyse de l'exercice quotidien par rapport aux recommandations de bonne pratique. Cette analyse en continu a vocation à définir puis mettre en œuvre des actions d'amélioration.

2. UN SYSTEME DE GESTION QUI N'EST PAS ENCORE STABILISE

2.1. Les modalités d'organisation et de gestion du DPC sont encore floues

Le projet de décret est actuellement soumis au Conseil d'Etat. Selon ce projet, un organisme de gestion du DPC est créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public.

Celui-ci est en particulier chargé, au bénéfice de l'ensemble des professionnels de santé, de :

- publier la liste des organismes de DPC enregistrés,
- assurer le fonctionnement des commissions professionnelles scientifiques
- assurer la prise en charge des actions de DPC.

Son conseil de gestion comprend des représentants de l'Etat, de l'UNCAM et des représentants des professionnels de santé.

2.2. Les principes d'évaluation apparaissent complexes

Dans le système de la FMC qui ne concernait que les médecins, les actions de formation donnaient un certain nombre de points (abonnement à une revue, assistance à des séances de formation...). Ce système disparaît.

Dans le DPC, il y a une obligation pour chaque professionnel de s'engager dans un programme (annuel ou pluriannuel) proposé par un organisme enregistré et évalué par l'organisme gestionnaire et qui s'inscrit dans les orientations nationales fixées chaque année par le ministre chargé de la santé

Le programme ou la démarche suivie correspondent à une méthode validée a priori par la HAS, qui, est également chargée de mener des « études d'impact » afin d'apprécier l'efficacité du DPC.

De surcroît, les ARS sont chargées de contribuer à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé (article 1431-2 du code de la santé).

2.3. Le système semble trop administré aux yeux des professionnels

Les professionnels ont regretté les réformes permanentes du dispositif de formation continue qui, de leur point de vue, a nui à sa stabilisation et son efficience.

Ils dénoncent le caractère rigide et parfois pointilleux des règles administratives et comptables qui s'appliquent au financement de ces dispositifs.

La présence de l'Etat et des caisses suscite également des inquiétudes.

3. FAIRE CONFIANCE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE EST IMPERATIF

Alors que la FMC et surtout l'EPP ont été perçues comme un moyen supplémentaire de contrôler leur activité, les professionnels de santé ne se sont pas encore approprié le concept de développement professionnel continu (DPC).

Alors que l'objectif est précisément de coller à la pratique quotidienne et de s'appuyer autant que possible sur la pratique et non la théorie, le DPC n'a pas encore rencontré son public. L'échec n'étant pas permis, diverses mesures facilitant l'appropriation sont nécessaires.

3.1. S'appuyer davantage sur les professionnels pour qu'ils organisent les contenus et la gestion du DPC

Les professionnels sont désireux de s'impliquer dans leur formation continue et souhaitent voir leurs représentants (syndicats médicaux et Ordre des médecins) être associés à la mise en place du dispositif. Plusieurs organisations représentatives des médecins ont émis l'idée d'une participation au financement du dispositif par les assureurs du risque professionnel en contrepartie d'un fléchage des thèmes de formation.

Sur un plan plus général, les médecins souhaitent que les efforts de formation soient à l'origine d'une forme de reconnaissance et insistent sur le fait que le DPC des professions de santé libérales soit bâti sur des méthodologies prenant réellement en compte leurs spécificités.

L'écoute des professionnels constitue une condition incontournable du succès du DPC.

3.2. Valoriser les actions déjà entreprises en matière de qualité

Ces dernières années de nombreux professionnels ont développé des cercles de qualité, ont institué des groupes de pairs autant de modalités de confrontation des pratiques qui ont vocation à s'intégrer dans le DPC.

Il convient donc d'interroger les professionnels pour mieux connaître leur participation à ce type d'échanges, en valider la démarche et l'intégrer comme élément du DPC, si l'approche en est conforme aux objectifs ce qui sera majoritairement le cas .

3.3. Apparenter au DPC d'autres démarches accomplies par les professionnels de santé et qui elles aussi visent à améliorer les pratiques y compris à long terme

3 situations, à tout le moins, valent aux yeux de la mission équivalence de DPC :

La qualité de maitres de stage pour les médecins ayant suivi la formation ad hoc.

Alors que l'organisation du DPC ne prévoit que la seule prise en compte du stage de maitre de stage effectué en préalable à la prise de fonction, il importe d'intégrer au DPC la totalité de la charge de cette mission pour les professionnels qui y consacrent un temps substantiel, à fortiori s'ils accueillent stagiaire de DCEM et interne en médecine générale.

L'exercice dans une maison de santé ou pôle de santé répondant au cahier des charges tel que précédemment évoqué (et dont nous préconisons qu'ils soient dans le futur accrédités)

Nous avons vu que l'exigence liée à un mode d'exercice collectif était forte et conduisait chaque professionnel à interagir continuellement avec les autres professionnels eux aussi engagés dans la MSP ou le PSP. La confrontation des pratiques se fait donc en réalité quotidiennement sous le regard des confrères et partenaires de santé.

Le fait de participer activement à des prises en charge dans lesquelles la coordination des actes a une incidence majeure

De nombreux professionnels se sont impliqués ces dernières années dans des prises en charge complexes de malades lourds, que ce soit par le biais de certains réseaux ou dans des établissements d'HAD. Leur participation à l'évaluation régulière des prises en charge de leurs malades, leurs pratiques de certains gestes nouveaux et complexes, sont autant d'actions qui appellent une reconnaissance via le DPC.

CHAPITRE 7 :

**ADOPTER DES MESURES TEMPORAIRES POUR PALLIER DES
MAINTENANT LE DEFICIT DE MEDECINS EN CERTAINS TERRITOIRES**

Nous avons tout au long de ce rapport développé des propositions et émis des recommandations permettant d'organiser demain une offre de santé efficiente, accessible et équitablement répartie sur le territoire.

Il n'en demeure pas moins que le déploiement de ces mesures s'inscrit dans le temps et que les effets positifs ne s'en feront ressentir très certainement que dans quelques années même s'il n'est pas interdit d'être optimiste. En effet, ne sous estimons pas l'effet d'entraînement que pourraient constituer des gestes forts en faveur de la médecine de premier recours.

Mais, à l'inverse il ne peut être négligé la tentation manifestée par certains médecins de plus de 60 ans, de cesser leur exercice de façon anticipée tant les contraintes de leur exercice leur apparaissent lourdes et incertaine la situation de leur régime de retraite. Or nous avons tout autant besoin d'eux que de jeunes médecins installés.

En toute hypothèse, compte tenu de l'incertitude sur la durée de cette crise démographique des médecins, il convient de se préparer à affronter une situation encore plus difficile que celle que nous connaissons actuellement, aggravation en certains territoires du déficit actuel en médecins et augmentation du nombre de zones fragiles.

L'opposition suscitée par les mesures incluses dans la loi HPST a démontré que vouloir imposer et punir se révélait contraire à l'effet recherché.

C'est donc par la voie du dialogue, de la concertation, du volontariat et en y mettant des moyens financiers et matériels, comme nous allons le voir, que nous pourrions tenter d'améliorer la situation actuelle et éviter qu'elle ne s'aggrave.

1. L'IMPORTANCE DE L'IDENTIFICATION FINE DES SITUATIONS DIFFICILES

Les mesures d'attente ne doivent en aucun cas s'avérer contreproductives par rapport aux préconisations précédemment faites dans ce rapport.

Il ne faudrait pas que des réponses temporaires, permettant de pallier l'absence totale de médecins en certains endroits, n'engendrent des effets d'aubaine et stérilisent toute possibilité d'installation pérenne de nouveaux médecins !

Pour éviter cet effet pervers, il importe que, dans chaque région soient déterminées objectivement les zones actuelles en danger, et que leur nombre et leurs limites en soient éventuellement révisés, tous les ans dans les cinq prochaines années.

Ce travail doit être réalisé, comme nous l'avons précédemment souligné (Cf. partie 2, chap.2) par les ARS, mais en étroite concertation avec les acteurs locaux, élus et professionnels et en se donnant suffisamment de souplesse pour modifier à tout moment la situation si de jeunes médecins faisaient le choix de l'installation, dans la durée, en ces territoires.

2. FAIRE DE L'OFFRE MEDICALE DANS LES ZONES DESERTIFIEES, UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC

2.1. Reconnaître la mission de service public effectuée par une rémunération spécifique

Il est inutile de se voiler la face, rendre accessible une médecine de proximité et en premier lieu permettre aux populations d'avoir en un temps acceptable, un médecin de premier recours, engendrera un coût pour la collectivité, ceci justifiant pleinement le préalable, ci dessus rappelé, de la bonne définition des territoires concernés.

Doit donc être définie une mission de service public qui ouvrirait, à tout médecin, la possibilité d'aller exercer, pour un temps hebdomadaire déterminé, en un lieu défini, situé soit dans sa région d'origine et à une distance raisonnable de son domicile ou de son lieu d'exercice soit, si tel est son souhait, en tout autre région ou territoire éligible à cette mission de service public.

L'exercice de cette mission impliquerait le versement d'une rémunération fixe qui viendrait s'ajouter aux honoraires perçus en paiement des actes effectués, un minimum étant garanti par vacation afin d'éviter une trop grande variabilité du nombre de consultations.

Il est évident que pour être attractive cette mesure d'incitation devra être conséquente et à tout le moins, ne saurait être inférieure aux sommes perçues en rétribution de la régulation téléphonique (3C /heure) assimilable elle aussi à une mission de service public.

Ce montant, que la mission n'a pas vocation à fixer, ainsi que celui du minimum horaire garanti seraient inclus dans la discussion conventionnelle.

Il sera très certainement fonction du temps consacré par chaque médecin à cette mission et influé par le nombre de territoires déterminés comme relevant de ce dispositif et par les difficultés spécifiques d'accès à ces territoires

Cet engagement serait acté dans un contrat conclu chaque année, entre l'URPS et l'ARS de la région concernée, ce document définissant le lieu, le temps hebdomadaire, la durée et la rémunération de la mission, selon le principe évoqué ci-dessus. Ce contrat serait ensuite décliné auprès des médecins intéressés, sous couvert des conseils de l'ordre des médecins, comme il se doit pour tout contrat individuel.

Il est tout à fait envisageable que dans les régions où déjà existent des MSP ou des PSP, situés en périphérie de zones fragiles ou désertifiées, ou si dans un futur proche ces regroupements connaissent un rapide essor, ce soit avec ces structures qu'un accord puisse être conclu.

2.2. Mettre à disposition des lieux d'exercice équipés

Les collectivités territoriales régions, départements et communes, sont légitimement préoccupées par l'absence de médecins en certains territoires et nous l'avons vu, souhaitent s'impliquer dans cette démarche de revitalisation médicale.

Dans ce contexte, en concertation avec les ARS et les représentants des professionnels de santé (URPS) et en particulier des médecins, ces collectivités pourraient aménager le « cabinet santé » de ces territoires identifiés, local qui serait mis à disposition des praticiens qui viendraient y exercer temporairement au même titre qu'ils le feraient dans un cabinet secondaire, à la différence qu'ils n'en assumeraient pas les charges et que ce lieu pourrait être occupé par plusieurs médecins différents selon les vacances.

Aménagé, équipé, informatisé, ce cabinet devrait également disposer d'un temps partiel de secrétariat afin de gérer les demandes de rendez vous et autres tâches administratives, assistance qui serait prise en charge par les collectivités et pourrait être partagée entre plusieurs cabinets différents de plusieurs territoires, si tant est que la distance en soit relativement proche.

3. ADAPTER LA MISSION DE SERVICE PUBLIC AUX DIFFERENTS TYPES DE MEDECINS SUSCEPTIBLES DE L'EXERCER

3.1. Inciter les internes à effectuer une année supplémentaire de mission de service public

La mise en œuvre de la séniorisation de l'internat préconisée (Cf. Partie 1 chap.1) ne pourra se mettre en place qu'à l'issue de discussions, au niveau national, entre d'une part, les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et, d'autre part, les représentants des étudiants en médecine, des internes en médecine générale, des médecins installés, des facultés de médecine.

Dans l'attente que cette négociation soit engagée et aboutisse, il pourrait être envisagé une mise en place facultative pour les jeunes médecins volontaires ayant achevé leurs 3 années d'internat. Ce temps se substituerait alors pour eux aux remplacements qu'ils effectuent pendant une ou plusieurs années et dont ils estiment qu'ils leur permettent de véritablement découvrir l'exercice libéral de la médecine générale.

Durant cette phase de transition, cette activité pourrait être exercée selon diverses modalités :

- Soit une mission de service public telle que décrite au 2.1 dont les rétributions seraient adaptées à la situation de ces jeunes médecins et notamment à l'expérience acquise ou non en pratique ambulatoire (thésés ou non, remplacements antérieurs ou non/ SASPAS,...) et aux conditions matérielles de cette mission (logement ou non...)
- Soit pour les médecins thésés qui le souhaiteraient, un statut de collaborateur libéral d'un praticien exerçant en périphérie du territoire concerné, de façon isolée, en MSP ou en PSP.
- Soit un salaire dont le montant sera à déterminer mais qui devra être substantiellement supérieur à celui d'un étudiant de 3^{ème} année d'internat et à la rétribution qu'ils pourraient percevoir par le biais de remplacements, cette solution étant plutôt réservée aux jeunes non thésés et à certaines zones urbaines.

3.2. Instituer un temps de mission de service public dans la durée des remplacements

Le sujet du remplacement par les jeunes médecins et en particulier du nombre d'années à exercer sous cette forme est devenu un sujet de polémiques entre les différentes générations de médecins.

La mission ne pense pas que la limitation de durée du temps de remplacement soit à ce stade une solution, tout comme elle ne souscrit pas à l'idée de donner un statut officiel à ce mode d'exercice, solution qui ne répondrait pas à l'esprit des mesures développées dans ce rapport, qui toutes visent à permettre aux patients d'accéder, de façon pérenne, à une offre de santé de proximité et à une prise en charge globale.

Mais à l'inverse les étudiants et internes qui réfutent tout changement ne peuvent ignorer la situation de médecins généralistes qui ne peuvent trouver de remplaçants en raison des contraintes de leur exercice et du désarroi des populations qui de ce fait se retrouvent sans médecins, lors des congés de leurs médecins traitants.

Pour ces raisons, et afin de sortir d'un débat stérile, la mission demande à ce que soient étudiés avec plus d'objectivité les déterminants des remplacements et recensés avec plus de précisions le nombre de praticiens exerçant ainsi, leur âge, le temps annuel cumulé des remplacements, l'ancienneté de ce mode d'exercice, etc. Cette analyse serait suivie d'une concertation tripartite qui réunirait rapidement pouvoirs publics, syndicats des médecins et représentants des internes et remplaçants.

En effet autant sont admissibles chez les jeunes médecins, un temps de remplacement d'un, deux voire trois ans notamment par le biais de remplacements hebdomadaires réguliers chez un ou des médecins, pour consolider sa pratique ou en raison d'instabilité professionnelle du conjoint, autant n'est pas compréhensible un temps de remplacement qui se prolonge pendant des années, cette situation étant en discordance avec les valeurs portées par l'exercice de la médecine de premier recours.

Ce choix sera d'ailleurs d'autant plus incompréhensible si étaient adoptées les mesures préconisées dans ce rapport en faveur de la formation du médecin généraliste, dont on a vu qu'elles répondent aux reproches des étudiants qui aujourd'hui s'estiment mal formés et justifient ainsi le besoin de remplacer.

En parallèle à cette analyse et à cette négociation et sans attendre sa conclusion, il serait demandé aux médecins qui effectuent des remplacements depuis plusieurs années d'effectuer un temps d'exercice minimal dans les territoires identifiés comme difficiles, et ce dans les mêmes conditions que celles décrites au § 2.1.

Il serait admis que des durées de remplacements chez des médecins exerçant en zones fragiles, dans lesquelles la ressource médicale existe encore mais est en faible nombre, dispensent tout ou en partie de cette obligation de service public.

3.3. Impliquer les médecins en activité, libérale ou hospitalière, dans cette démarche de solidarité

Les rencontres conduites dans le cadre de la mission ont montré la capacité des généralistes en exercice à faire preuve de solidarité à l'égard de confrères en difficulté, en cas par exemple d'indisponibilité temporaire pour maladie et en l'absence de remplaçant.

Interrogés sur l'éventualité d'exercer une mission de service public dans les conditions déjà citées, les accords de principe ont été nombreux. Mais à chaque fois, dans toutes les réunions et rencontres, a été dénoncé le caractère injuste de la mesure contraignante adoptée dans la loi HPST et aujourd'hui suspendue et vraisemblablement supprimée à brève échéance.

Ce n'est donc pas tant le principe de solidarité qui était réfuté mais son caractère stigmatisant et obligatoire.

Les médecins généralistes situés dans un périmètre proche, à moins de 30 minutes des zones désertes, seraient donc certainement les premiers à se voir proposé l'exercice de cette mission de service public, telle que décrite au 2.1.

Le choix leur sera laissé d'y répondre favorablement ou non. Pour les médecins installés, le choix de participer ou non à cette mission serait laissé à leur libre arbitre.

Mais si les médecins libéraux sont les plus à même de remplir cette mission, il est envisageable d'offrir également cette faculté à des praticiens hospitaliers qui le pourraient aussi au regard de leur formation ou de leur exercice antérieur (plusieurs années de pratique de la médecine générale). En effet, cela irait dans le sens de la proposition faite de favoriser des exercices mixtes (Cf. partie 3 chap.5) l'idée étant qu'un médecin à temps partiel en ambulatoire est toujours préférable à l'absence de tout médecin.

Il pourrait être envisagé dans ce cas soit un exercice sous forme libéral soit sous forme salariée étant entendu que la rémunération complémentaire de mission de service public serait due dans les conditions négociées conventionnellement.

3.4. Faire appel aux médecins retraités

La ressource médicale ayant vocation à diminuer d'au moins 10% d'ici 2018/2020, voire plus et avant cette date, les médecins de plus de 65 ans qui souhaiteraient continuer une activité à temps partiel doivent y être encouragés financièrement.

Or actuellement, le poids des charges sociales et notamment celui des cotisations à la caisse de retraite est tel que des médecins qui accepteraient de faire des remplacements, en sont ainsi dissuadés.

En ces temps de grande difficultés pour les comptes de la Nation que ce soit le budget de l'Etat ou celui des caisses de Sécurité Sociale, il est toujours délicat de proposer des allègements de charges ou des réductions fiscales, fut ce temporairement, le principe des avantages acquis étant solidement établi dans notre pays.

Néanmoins, le principe pourrait être ici bordé par :

- le fait que le dispositif ne saurait dépasser 5 ans. En effet, soit les mesures proposées dans ce rapport commencent à rendre leur effet et cette disposition sera en voie d'épuisement, soit la situation s'aggrave et il conviendra de prendre d'autres dispositions relatives à l'installation ;
- la détermination des zones concernées dont la qualification sera revue chaque année ;
- le fait que le contenu des « avantages » octroyés soit déterminé conventionnellement.

Le statut d'auto entrepreneur a montré que des dispositions en faveur du développement d'une activité étaient gages de succès tant pour des raisons de simplicité du système que d'intérêt financier. Un principe proche de celui ci pourrait être envisagé, dans une limite déterminée d'honoraires annuels, et ce nous le répétons pour une durée limitée.

Dans les autres cas et au-delà de cette durée, le principe du cumul emploi-retraite s'appliquera normalement aux médecins faisant le choix de poursuivre une activité.

4. MAINTENIR EN ACTIVITE LES MEDECINS DE PLUS DE 60 ANS

Comme nous l'avons déjà indiqué, un certain nombre de médecins, notamment entre 60 et 65 ans, déviennent leur plaque avant l'âge de la retraite, épuisés par les contraintes qui pèsent sur leur exercice et par la suractivité qui peut les accabler en raison de la pénurie médicale.

Or, la pyramide des âges des médecins généralistes libéraux montre que de tels comportements pourraient, dans les années à venir, accélérer et amplifier la crise démographique que nous allons connaître et priver la population d'une large part des praticiens aujourd'hui en exercice, alors même que leur remplacement n'est pas assuré par les générations de médecins formés.

Pour inciter les médecins à rester en activité, (un médecin travaillant étant toujours préférable à un médecin absent) il faut leur permettre de diminuer leur amplitude horaire sans perte majeure de revenus,

- En dirigeant vers ces médecins, de façon privilégiée, des remplaçants ;
- En leur faisant connaître les statuts de collaborateur libéral et d'assistant et en favorisant les rencontres avec des jeunes intéressés par ces statuts tout en aidant ces derniers à gérer leur venue (Cf. partie 2 chap. 2) ;
- En aménageant certaines contraintes liées à l'exercice que ce soit celle de la permanence des soins ou du développement professionnel continu ;
- En accompagnant leur regroupement au sein de pôles de santé. En effet, trop souvent des médecins proches de la retraite ne s'associent pas à cette démarche par crainte de voir peser sur eux des charges financières plus lourdes, des contraintes de gestion ou des obligations relatives à l'informatisation. Nous l'avons vu en l'état actuel cela est vrai. Ces regroupements doivent donc être à l'inverse vécus comme une chance et pour cela être aidés financièrement, à l'instar de ce que nous avons préconisé chez les jeunes médecins lors de leur primo installation ;
- En compensant une part de la perte de revenus par l'octroi du dispositif de mission de service public le lieu d'exercice de ces médecins étant toujours, par définition, dans des zones fragiles.

Certes, ces dispositions s'ajoutent à d'autres déjà proposés, essentiellement pour les jeunes médecins d'ailleurs, et nécessiteront d'y affecter des moyens financiers, mais la réponse à la désertification médicale en certains territoires est à ce prix et nécessite d'être avant tout pragmatique.

5. METTRE A DISPOSITION DES POPULATIONS LES MOYENS MATERIELS LEUR PERMETTANT D'ACCEDER A UN MEDECIN, FUT IL A DISTANCE.

En certains territoires très isolés ou à très faible densité d'habitants, il est vraisemblable que, malgré le panel de mesures proposées dans ce chapitre, nous ne pourrions permettre l'accès aisé à un médecin généraliste en un temps court.

Afin de pallier cette défaillance et donner tout son sens à la médecine de proximité telle que nous l'avons définie, il nous paraît nécessaire de mettre en œuvre une double action :

- Installer des annexes de cabinets à chaque fois que seront présents des professions de santé volontaires pour participer aux coopérations et pratiquer certaines activités selon des protocoles étroitement encadrés (cf partie 2/chapitre 1). Disposant de systèmes d'informations et reliés par télé-médecine à des MSP ou à des PSP, ces annexes de cabinets pourront répondre à des besoins simples des populations, les démarches de diagnostic et de la prescription qui en découlent devant toujours être validées par un médecin dès que la symptomatologie du patient le justifiera.

- Mettre en œuvre des moyens de transport permettant aux personnes à mobilité réduite souvent âgées ne disposant pas de véhicule de pouvoir être acheminées, facilement et en un temps acceptable, chez leur médecin traitant, ces transports pouvant parfaitement être collectifs et intercommunaux dans la journée, les transports sanitaires étant eux utilisés aux heures de PDS.

Les territoires concernés par ces moyens devront répondre à des critères précis d'absence de médecins, d'échec des mesures précédemment décrites et d'un temps d'accès au médecin le plus proche, supérieur à 30 minutes.

A ces conditions, les moyens matériels de télémédecine et de transports seront déployés, mis à disposition des patients, et pris en charge par l'Assurance Maladie. Leur financement serait assuré par des crédits d'Etat affectés à l'aménagement du territoire et par les collectivités territoriales.

Ces mêmes moyens seraient utilisés pour accéder à d'autres spécialistes sollicités par les médecins de premier recours.

Par contre, nous ne faisons pas le choix de préconiser les consultations par internet qui ne nous paraissent ni correspondre à la vision de la relation médecin/patient telle que nous la concevons en France, ni répondre à la définition de la médecine de premier recours. Qui plus est, cela signerait, avant leur mise en œuvre, l'échec de mesures qui n'ont pas été essayées.

Il convient enfin d'avoir en tête que ces zones isolées, avec un habitat dispersé, sont celles qui ne bénéficient pas aujourd'hui du haut débit. Or, ce sont ces territoires qui ont la plus forte proportion de personnes âgées à faible revenu et à besoins médicaux réguliers, populations dont le profil n'est guère celui des utilisateurs d'internet.

CONCLUSION

Notre pays a défendu depuis 1945 la notion d'égalité devant les soins et a consacré d'importants moyens financiers, ces dernières décennies, pour que soit respecté ce principe.

Attachés à cette idée, nous avons peu à peu perdu de vue que la santé ne se résumait pas aux soins et que répondre de façon efficace à la maladie ne signifiait pas pour autant une prise en charge satisfaisante des populations.

En privilégiant les techniques et, par voie de conséquence, en nous focalisant sur le secteur hospitalier, nous avons peu à peu réduit le champ de la médecine de premier recours et plus largement, celui de tous les acteurs de l'ambulatoire, oubliant que la prise en charge globale des patients ne pouvait pas être assumée par l'hôpital ni même par les spécialistes d'organes.

Cela a engendré la situation que nous connaissons désormais, tant elle a été décrite et dénoncée ces dernières années : une réduction voire l'absence d'une offre de santé de proximité dans certains territoires. Le paradoxe est qu'en défendant l'universalité de la prise en charge des français, y compris pour les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses, nous sommes en voie de faire disparaître l'échelon indispensable pour qu'il en soit ainsi : un maillage harmonieux en médecins généralistes.

Ce sont les fondements même de l'égalité républicaine qui sont ainsi attaqués : beaucoup plus sûrement que la suppression d'un service de chirurgie moribond sur un territoire, la disparition de cabinets de généralistes met non seulement en danger la santé des populations mais signe aussi l'avènement d'une médecine inégalitaire qui ne correspond pas aux aspirations de nos concitoyens.

Nous sommes aujourd'hui devant une alternative simple : laisser faire ou agir.

Laisser faire signifie :

- la marginalisation de la médecine générale qui ne serait plus au centre de l'organisation sanitaire mais serait accessoire, ne prenant en charge que les affections bénignes et le renouvellement d'ordonnances initiées par les autres spécialistes.

Cela n'est pas de la science fiction, ce scénario est déjà répandu dans les grandes métropoles et tout particulièrement à Paris. Il est d'ailleurs implicitement souhaité par une frange influente de la population qui voit, dans l'accès direct aux spécialistes autres que généralistes et au système hospitalier (public comme privé), un gage de liberté et, pense-t-elle, de qualité ;

- l'amplification de l'idée chez les étudiants en médecine qu'un médecin généraliste est un médecin de seconde zone, à qui l'on s'adresse par défaut et aux heures non ouvrables, et que seules les autres spécialités sont dignes d'intérêt ;

- une raréfaction, accélérée dans toutes les régions, non plus seulement en médecins généralistes mais également des autres acteurs de la chaîne de soins, tant sont interpénétrées les activités des médecins, pharmaciens, infirmiers, kinés et autres professionnels de santé libéraux. Désertification qui touchera également les établissements de santé car, ne nous y trompons pas, la disparition d'une offre libérale de santé aura de lourdes incidences sur l'offre hospitalière ;

- un déséquilibre majoré des comptes de l'Assurance Maladie, aucun système au monde n'ayant prouvé sa capacité à endiguer des dépenses superflues sans donner un rôle central au médecin généraliste, seul à même de faire la synthèse des besoins de santé des patients.

Agir, c'est montrer aux médecins généralistes qu'ils ne sont pas les mal aimés de notre système de santé et que les mesures contraignantes adoptées dans la loi HPST n'ont été qu'un « incident de parcours ». C'est se donner une chance de renouer le dialogue, de réussir la modernisation de notre système de santé et de pérenniser notre modèle social dans le domaine de la protection maladie.

Agir, c'est instituer un vrai débat public sur le rôle et la place de la médecine de proximité, débat quasi inexistant tant l'espace est phagocyté par les exploits -réels- de la technique médicale, les attentes -justifiées- des progrès scientifiques, les revendications -légitimes- des malades atteints de pathologies chroniques et parce que l'accent été mis depuis plusieurs années sur le seul secteur hospitalier, aussi nécessaires aient été les changements décidés, qu'ils soient organisationnels ou financiers.

Agir en faveur de la pratique ambulatoire, c'est rompre le cercle vicieux dans lequel notre offre de soins est engagée, c'est en finir avec un sous financement chronique de cette activité.

Nous avons développé dans ce rapport un ensemble de mesures difficilement dissociables les unes des autres, d'autant plus qu'elles ne s'inscrivent pas dans les mêmes échelles de temps.

Certaines vont heurter des situations établies, d'autres vont avoir un coût, toutes vont impliquer un engagement politique fort et imposer aux Pouvoirs Publics une véritable révolution culturelle.

En laissant les acteurs régionaux prendre la main sur l'organisation territoriale de la santé, les régulateurs nationaux devront se poser en garant et non en gérant du système de santé. Ils répondront ainsi à leur rôle régalien : fixer les grandes orientations sanitaires du pays, veiller aux grands équilibres économiques et territoriaux, évaluer les politiques conduites dans les régions.

La création des agences régionales de santé sera jugée demain comme étant une réussite si celles-ci ne confondent pas organisation et planification, prennent à bras le corps les difficultés de la pratique ambulatoire et s'attachent à les résoudre en concertation étroite avec les professionnels. Nous ne répéterons jamais assez que pour se donner toutes les chances de succès, des moyens financiers et humains doivent être affectés à ces agences, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui comme si, quelque part, l'Etat regrettait ce qu'il a créé par la Loi.

Ces recommandations bouleversent des conservatismes et heurtent des jeux de pouvoir. Mais les engager, c'est faire le choix du volontarisme et le pari qu'une offre de santé de proximité efficace, responsable, inventive, ouverte autant sur la prévention que sur le curatif, puisse être demain le socle d'un système de santé modernisé.

La volonté des politiques n'y suffira pas si tous les acteurs de santé ne se mettent pas, ensemble, en mouvement. Ne cherchons pas, patients, élus, professionnels, fonctionnaires, à retrouver un monde perdu. Cette quête est d'avance vouée à l'échec du fait d'une situation économique qui ne nous permet plus de simplement colmater les brèches.

La réforme de l'hôpital a été faite, il est à espérer que celle de la pratique ambulatoire soit entreprise, il restera à parfaire le dispositif en engageant une vraie réforme du financement de la protection maladie.

ANNEXE 1

LISTE DES AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS ECRITES

Confédération des Syndicats médicaux Français (CSMF)
MG France
Syndicat des Médecins Libéraux (SML)
Fédération des Médecins de France (FMF)
Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)
Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL)
Convergence infirmière
Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL)
Union nationale des Pharmacies de France (UNPF)
Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR)
Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes (UNSSF)
Organisation nationale des syndicats de sages femmes (ONSFF)
Conseil National de l'Ordre des sages femmes
Syndicat national des pédiatres de France
Femmes médecins MG France
Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE)
Inter Syndicat national des internes et des hôpitaux
Inter Syndicat National des Chefs de Cliniques Assistants (ISNCCA)
Intersyndicale des médecins indépendants de France (syndicat Alliance)
Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG)
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF)
Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG)
Inter-Syndicale Nationale Autonome représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)
Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR)
Union Nationale des Chirurgiens de France
Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes (UJCD)
Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
Ordre national des chirurgiens dentistes
Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)
Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
Conférences des Présidents de CME de l'hospitalisation privée
Conférence des Présidents de CME de CHU
Président de la Conférence de CME des Hôpitaux généraux
Conférence des doyens des Facultés de Médecine
Centre National des Professions de Santé CNPS)
Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)
Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)
Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS)
Fédération française des maisons et pôles de santé
Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine chirurgie obstétrique (FHP MCO)
Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)
Association nationale des médecins généralistes de l'hôpital local (AGHL)

Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC)
Fédération française des psychomotriciens (FFP)
Association « Médecins de Montagne »
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
Fédération hospitalière de France
Union nationale des réseaux de santé (UNRS)
Représentants des Union Régionales des Médecins Libéraux (Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire et Picardie)

Association des paralysés de France (APF)
Association Française des diabétiques AFD
Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)

Caisse Autonome de Retraite des médecins de France (CARMF)
Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
Secrétariat Général des ministères chargés des Affaires Sociales
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)
Haute Autorité de Santé (HAS)
Fédération Nationale de la Mutualité française (FNMF)
Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Direction générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Institut de recherche et documentation en économie de la Santé (IRDES)
Mutualité Sociale agricole (MSA)
Agence des systèmes d'information partagés de Santé (ASIP)
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

Elus Santé Publique et Territoires (Association EPST)
Association des maires de petites villes
Association des maires ruraux de France
Association des Présidents des Conseils généraux

Confédération générale du travail (CGT)
Force Ouvrière (FO)
Confédération Française démocratique du travail (CFDT)
Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE CGC)
Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)

Parti Socialiste, Mme Marisol TOURAINE, Secrétaire nationale à la Santé et à la Sécurité Sociale
UMP, M. Xavier BERTRAND, Secrétaire Général
PCF, M. Pierre LAURENT, Secrétaire National
Nouveau Centre, M. Jean-Luc PREEL, Député de la Vendée
Les Verts

Monsieur Michel MERCIER, Ministre de l'Aménagement du Territoire et de l'Espace Rural
Madame Fadela AMARA, secrétaire chargée de la Politique de la Ville
M. Jacques DOMERGUE, Député de l'Hérault (Proposition de Loi pour une 1^{ère} année d'études communes pour les paramédicaux)
M. Pierre-Louis FAGNIEZ, Conseiller auprès de la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Mme Valérie PECRESSE
Pr. Yazid BELKACEMI (mission Amara), Président de l'Association AROME (Association de Radiothérapie et d'Oncologie de la Méditerranée)
M. Jean-Marie DESMONTS, Conseiller auprès du Ministre de la Santé, chargé de mission Hôpital
Dr. Pierre SIMON, Conseiller général des établissements de santé
M. François COURAUD, Conseiller de l'Enseignement Supérieur
M. Pascal BEAU, Directeur d'Espace Social européen

ANNEXE 2 :
LISTE DES DEPLACEMENTS ET REUNIONS

SITES VISITES

Centre médical Henri Dunant de Villepreux (Yvelines)
Maison médicale de garde d'Avignon (Vaucluse)
Maison de santé pluridisciplinaire de Carrière (Yvelines)
Maison de santé pluridisciplinaire universitaire (MSPU) du Véron (Indre-et-Loire)
Maison de santé pluridisciplinaire de Steenvoorde (Nord)
Maison de santé d'Auvillers les Forges (Ardennes)
Maison de santé de Savenay (Loire-Atlantique)
Maison médicale des Sablons pays de Gex (Ain)
Maison de santé de Beure (Doubs)
Maison de santé pluridisciplinaire de Villiers-le-Bel (Val d'Oise)
Centre de santé de Pierrefitte-sur-Seine (Seine Saint Denis)
Maison de santé de Clisson (Loire-Atlantique)

CONCERTATION REGIONALE

Réunion avec des représentants des professionnels de santé libéraux d'Eure et Loir (Chartres)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de Picardie (Amiens)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de PACA (Marseille)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux Du Nord/Pas de Calais (Lille)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de Champagne Ardenne (Charleville Mézières)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux d'Ile de France (Paris)
Réunion avec des représentants des professionnels de santé libéraux de Loire Atlantique (Nantes)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de France Comté (Besançon)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de Languedoc Roussillon (Carcassonne)
Réunion avec les professionnels de santé libéraux de Basse Normandie (Caen)

ANNEXE 3
GLOSSAIRE

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
CABI	Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNIPI	Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Carte professionnel de santé
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical personnel
DPC	Développement personnel continu
ECN	Epreuves classantes nationales
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MEP	Mode d'exercice particulier
MIG AC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PCEM	Premier cycle des études médicales
PDS	Permanence des soins
PSP	Pôle de santé pluri professionnel
RCP	Responsabilité civile professionnelle
RSI	Régime social des indépendants
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisée
SCM	Société civile de moyens
SEL	Société d'exercice libéral
SIH	Système informatique hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins

SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAA	Tarification à l'activité
TIC	Techniques de l'information et de la communication
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des professions de santé
URPS	Union régionale des professions de santé
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience