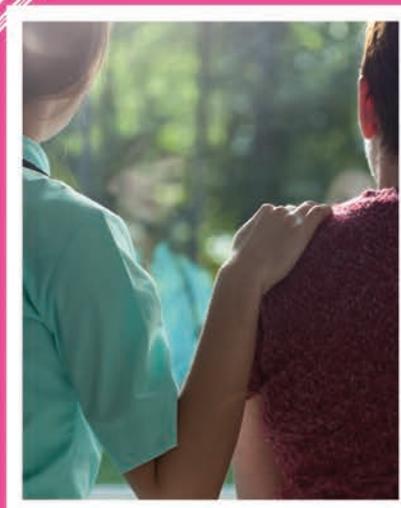


# **B**ourgogne

L'avis du Conseil économique,  
social et environnemental de



## L'ACCÈS AUX SOINS EN BOURGOGNE, POUR TOUS ET PARTOUT





# L'ACCES AUX SOINS EN BOURGOGNE, POUR TOUS ET PARTOUT

Rapporteurs : Martine WESOLEK et Yves BARD

## AVIS

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>CAHIER DES CHARGES .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>1 FAIRE EVOLUER LA FORMATION DES MEDECINS .....</b>	<b>9</b>
<b>2 TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE .....</b>	<b>11</b>
<b>3 FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS .....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>15</b>

# CAHIER DES CHARGES

25 mars 2015



Commission n°4

« Politiques sociales, politiques de la ville et de l'habitat, politiques de la santé et du sport, politiques culturelles et loisirs »

Auto-saisine

## L'accès aux soins en Bourgogne, pour tous et partout

Rapporteurs : Martine WESOLEK  
Yves BARD

### Cahier des charges

#### 1 - Contexte de l'auto-saisine

Annexé à la loi de financement de la Sécurité sociale, le programme de qualité et d'efficacité « maladie » distingue cinq objectifs. Les résultats obtenus par les politiques d'assurance maladie doivent être examinés au regard de ceux-ci. Le premier consiste à **assurer un égal accès aux soins**<sup>1</sup>. Il représente « *un objectif majeur* » et recouvre « *une pluralité de dimensions des politiques publiques d'assurance maladie : d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, d'autre part un niveau maîtrisé de la charge financière restant aux assurés sur leurs dépenses de santé* ». »

Pour diminuer les **obstacles financiers à l'accès aux soins**, la loi du 27 juillet 1999<sup>3</sup> a instauré une couverture maladie universelle (CMU) de base gratuite destinée aux personnes ne relevant pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie<sup>4</sup>. Pour celles ne pouvant assumer la part des soins non remboursés, une CMU complémentaire a été créée. De même, une aide au paiement d'une

---

<sup>1</sup> Les autres objectifs sont : développer la prévention ; améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins ; renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; garantir la viabilité financière de la branche maladie.

<sup>2</sup> *Présentation stratégique du programme de qualité et d'efficacité « maladie »*, p. 8.

<sup>3</sup> Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

<sup>4</sup> La CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et ne pouvant relever à aucun autre titre d'une couverture maladie obligatoire, de bénéficier de la sécurité sociale. Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés dans l'accès à la prévention et aux soins.

assurance complémentaire de santé (ACS) a été établie. Cependant, une proportion encore trop importante de personnes déclarent renoncer à des soins pour raisons financières<sup>5</sup>. Il existe également un renoncement aux soins lié à des difficultés d'accès<sup>6</sup>.

La **démographie** et la **désertification** médicales représentent des motifs de préoccupation pour un grand nombre de territoires et d'habitants ; deux millions de personnes seraient touchées par cette désertification. En effet, si la **densité médicale en France** (3,4 médecins pour 1 000 habitants) est supérieure à la moyenne de l'OCDE<sup>7</sup> (3/1 000), les médecins sont inégalement répartis sur le territoire : ils sont davantage présents en centre-ville et dans le sud de la France<sup>8</sup>. Des zones rurales et de montagne, mais aussi certains quartiers urbains, doivent faire face à des situations inquiétantes. La **diminution du nombre de médecins jusqu'en 2020**, suite aux mesures restrictives prises dans les années 1990, constitue une difficulté supplémentaire. En parallèle, les besoins en santé augmentent en raison de l'allongement de la durée de vie et du développement des maladies chroniques.

De ce fait, l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national est une priorité des pouvoirs publics. Priorité symbolisée par le **Pacte territoire-santé**<sup>9</sup> lancé en 2012 pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès ; priorité réaffirmée dans la **Stratégie nationale de santé (SNS)**<sup>10</sup>.

La réflexion de la commission « Politiques sociales, politiques de la ville et de l'habitat, politiques de la santé et du sport, politiques culturelles et loisirs » s'inscrit dans un contexte particulier : celui de l'examen prochain du **projet de loi de santé** par le Parlement. Cette loi ambitionne de moderniser le système de santé en renforçant la prévention, en réorganisant le système autour des soins de proximité et en élargissant les droits des patients.

La Bourgogne « *se caractérise par une densité de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux inférieure à la densité nationale, ce qui est aggravé par leur inégale répartition*<sup>11</sup>. » En 2012, 22 bassins de vie étaient concernés par une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne nationale<sup>12</sup>. Entre 2007 et 2014, la Bourgogne a subi une baisse de 2,7 % du nombre de ses médecins<sup>13</sup>. La Nièvre, elle, a perdu un tiers de médecins généralistes depuis 1997<sup>14</sup>. Le nombre de généralistes y est de 1,3 pour 1 000 habitants, quand la moyenne nationale est de 1,53.

---

<sup>5</sup> En 2012, près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. (IRDES, « L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n°198, mai 2014, p. 5.)

<sup>6</sup> En 2012, 17 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long, et 3 % parce que le cabinet était trop éloigné ou en raison de difficultés de transports. (*Ibid.*, p. 5 et 6.)

<sup>7</sup> Organisation de coopération et de développement économiques.

<sup>8</sup> Suzanne MAURY (dir.), *Les politiques publiques*, Paris, La Documentation française, 2013, p. 174.

<sup>9</sup> Ce pacte comprend douze engagements répartis en trois axes : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ; transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé ; investir dans les territoires isolés.

<sup>10</sup> Présentée en septembre 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, cette stratégie définit un cadre à l'action publique pour la décennie à venir. Elle vise notamment à combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins.

<sup>11</sup> Agence régionale de santé de Bourgogne, *La Stratégie régionale de santé en Bourgogne à l'horizon 2016 : du diagnostic aux priorités*, février 2012, p. 13.

<sup>12</sup> ARS, CRSA, *Rapport sur les droits des usagers du système de santé, année 2013*, p. 15.

<sup>13</sup> « Une nouvelle mesure pour lutter contre les déserts médicaux », *Les Echos*, 6 octobre 2014.

<sup>14</sup> Il y avait 211 médecins généralistes inscrits en 1997. Ils sont 199 en 2000, 171 en 2010, 156 en 2013 et 146 en 2014. 14 médecins ont plus de 65 ans, 36 ont entre 60 et 65 ans.

La moindre densité et l'inégale répartition sur le territoire sont aggravées par la proportion des médecins âgés de plus de 55 ans. Certaines zones sont confrontées à un **défi de remplacement**. La **Nièvre** et **l'Yonne** appartiennent aux 36 départements dans lesquels la part des médecins (généralistes et spécialistes) âgés de plus de 55 ans est supérieure à la part de ceux âgés de 30 à 54 ans<sup>15</sup>. D'ici cinq à dix ans, la majorité des médecins est donc susceptible de partir en retraite. Au niveau des seuls généralistes, la **Nièvre** fait partie des dix départements les plus à risque : 56,38 % des généralistes ont entre 55 et 70 ans<sup>16</sup>.

Aussi l'accès aux soins sur le territoire régional est-il une préoccupation des habitants. L'inquiétude suscitée par l'annonce du départ des deux derniers médecins libéraux de Château-Chinon, entraînant une pétition signée par 5 000 personnes<sup>17</sup>, en est le reflet<sup>18</sup>.

## 2 - Champ de l'auto-saisine

L'accès aux soins est également une préoccupation du **conseil économique, social et environnemental (CESER) de Bourgogne**. En 2009, saisi par le président du conseil régional dans le contexte de la loi « HPST<sup>19</sup> », le CESER note que « *de nombreux bassins de vie, dont l'unique médecin approche de l'âge de la retraite, présentent un risque de désertification médicale important dont il convient de prendre la mesure*<sup>20</sup>. » Trois ans plus tard, le CESER s'intéresse à la santé dans les territoires ruraux à partir de l'exemple du Châtillonnais<sup>21</sup>. Il constate alors que « *la politique d'aide à l'installation des médecins généralistes dans les zones rurales déficitaires ne donne pas satisfaction*<sup>22</sup>. » En 2015, la question semble plus que jamais d'actualité sur ce territoire<sup>23</sup>.

Aujourd'hui, la commission n°4 du CESER de Bourgogne désire appréhender les **freins à l'accès aux soins de tous les Bourguignons, quel que soit le lieu où ils vivent**. L'intitulé de cette auto-saisine est inspiré d'un **rapport du CESER de Franche-Comté adopté en décembre 2014**<sup>24</sup>. Pour favoriser l'équité territoriale dans l'accès aux soins, le CESER y formulait huit propositions, adressées à la fois au conseil régional de Franche-Comté, aux élus locaux et aux professionnels de santé. Le CESER avait choisi de développer un angle particulier : l'accès au médecin traitant, et plus spécifiquement au médecin généraliste.

La commission n°4 du CESER de Bourgogne souhaite adopter le même angle. Le but est de faciliter les **comparaisons avec la situation franc-comtoise** dans le cadre de la prochaine

---

<sup>15</sup> 56,02 % des médecins nivernais ont entre 55 et 70 ans. Ce taux est de 56,11 % dans l'Yonne.

<sup>16</sup> « Démographie médicale : les départements les plus touchés d'ici 5 à 10 ans », *La Gazette des communes* [en ligne], 23 février 2015, <<http://www.lagazettedescommunes.com/328769/demographie-medicale-les-departements-les-plus-touche-d-ici-5-a-10-ans/>> (page consultée le 12 mars 2015).

<sup>17</sup> Soit la presque totalité des habitants du bassin de vie.

<sup>18</sup> « Château-Chinon veut garder ses médecins », *Aujourd'hui en France*, 20 novembre 2014.

<sup>19</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>20</sup> *Comment le Conseil régional peut-il contribuer à la santé publique après la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ? »*, Avis du conseil économique et social de Bourgogne présenté par Maurice BOLLARD et Isabelle RAUSZER, 17 novembre 2009, p. 11.

<sup>21</sup> *Qualité de vie : clé de voûte pour des territoires durables en Bourgogne*, Avis du conseil économique, social et environnemental de Bourgogne présenté par Christine JORIS et Charles SCHNEIDER, 20 juin 2012.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>23</sup> Le canton de Montigny-sur-Aube (2 300 habitants, 16 communes) n'aura plus un seul médecin généraliste à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015. (« Où sont les généralistes ? », *Le Bien public*, 23 février 2015.)

<sup>24</sup> *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, Rapport du conseil économique, social et environnemental de Franche-Comté présenté par Daniel BOUCON, 1<sup>er</sup> décembre 2014. Ce rapport provient d'une saisine de la présidente du conseil régional afin que « *la collectivité puisse initier - à sa mesure - des stratégies de territoires en matière de santé, et peser davantage via des actions nouvelles.* »

fusion des deux régions<sup>25</sup>. Les enjeux touchant les urgences et les spécialistes seront soulignés, sans être spécifiquement traités.

La problématique de l'accès aux soins en Bourgogne recouvre plusieurs **questions sous-jacentes** auxquelles l'avis devra apporter des éléments de réponse :

- Quel est le maillage territorial optimal en matière de santé ?
- Comment répondre aux évolutions de la pratique médicale ?
- Dans quelle mesure la formation des médecins peut-elle faciliter leur installation dans les territoires qui en ont le plus besoin ?
- Comment parvenir à mieux coordonner les soins ambulatoires et les soins hospitaliers ?
- Quelles sont les politiques publiques mises en œuvre pour améliorer l'accès de tous aux soins ? Quelle est leur efficacité et quelles sont leurs limites ?

Des catégories de population feront l'objet d'une attention particulière : les jeunes, les personnes âgées, celles confrontées à la précarité et celles en situation de handicap. La santé mentale sera également un point de vigilance.

### **3 - Modalités de travail**

Sur le plan méthodologique, ce travail sera mené sur la base de recherches documentaires ainsi que sur les auditions suivantes :

- le conseil régional de Bourgogne ;
- le directeur général de l'Agence régionale de santé ;
- le directeur coordonnateur de la gestion du risque de l'Assurance maladie ;
- l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et l'Ordre des médecins ;
- le président de la commission « droits des usagers » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) ;
- la Fédération hospitalière de France ;
- le président de la Fédération des maisons de santé bourguignonnes.

La commission prévoit des auditions *in situ*.

### **4 - Echéance de l'auto-saisine**

L'échéance de l'auto-saisine est fixée à l'automne 2015.

### **5 - Suivi de l'auto-saisine**

Le suivi de l'auto-saisine est ainsi défini :

- les rapporteurs seront chargés du suivi ;
- le rapport et l'avis seront diffusés à l'ensemble des auditionnés, des élus et des acteurs du secteur ;
- les rapporteurs présenteront l'avis au conseil régional de Bourgogne ;
- les rapporteurs définiront, d'après les orientations données à l'auto-saisine, des axes prioritaires d'évaluation.

---

<sup>25</sup> Le 25 novembre, le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales, et modifiant le calendrier électoral a fait l'objet d'un vote solennel à l'Assemblée nationale. En janvier 2016, les régions passeront donc de 22 à 13 afin d'être plus grandes et plus fortes. Six régions restent inchangées.

## INTRODUCTION

Inscrit dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, le droit à la santé comporte une condition majeure : l'accès aux soins. Cet accès peut se définir comme **la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé**<sup>26</sup>. Objectif fondamental de notre système de santé, l'accès aux soins recouvre **trois dimensions** : territoriale, culturelle et financière.

L'apparition de « **déserts médicaux** » est la conséquence, essentiellement, d'une insuffisance de médecins généralistes exerçant en tant que médecin traitant. Elle résulte de plusieurs facteurs, qui ont notamment trait aux aspirations des jeunes médecins. La liberté d'installation avantage les quartiers et territoires favorisés. Pour ceux qui ne répondent pas à ces aspirations (ou qui ne sont pas perçus comme pouvant y répondre), la situation s'avère plus que délicate. On assiste ces dernières années à la formation de zones dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés d'accès aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes. Pour plusieurs observateurs, l'action de l'État demeure trop timorée. Et les marges de manœuvre des élus locaux s'avèrent limitées.

En 2009, le conseil économique, social et environnemental (CESER) de Bourgogne évoquait une région « *particulièrement concernée par la problématique de la désertification médicale*<sup>27</sup>. » Six ans plus tard, le CESER constate la persistance de cette problématique. Aussi a-t-il souhaité identifier les **freins à l'accès aux soins de tous les Bourguignons**. Sur le modèle d'un rapport de son homologue franc-comtois adopté en décembre 2014<sup>28</sup>, le CESER de Bourgogne s'est intéressé à l'accès au médecin traitant, et plus spécifiquement au médecin généraliste. Les études montrent en effet que le secteur des soins primaires<sup>29</sup> est fondamental pour la réduction des inégalités sociales de santé. Les médecins généralistes sont les acteurs essentiels de ce secteur. Or la Bourgogne est confrontée à plusieurs difficultés qui fragilisent l'accès à ces derniers : une baisse des effectifs<sup>30</sup>, une répartition inégale des médecins sur le territoire régional<sup>31</sup> et une proportion importante de médecins âgés de plus de 55 ans<sup>32</sup>.

---

<sup>26</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Usagers de la santé. Votre santé, vos droits*, 2014, p. 17.

<sup>27</sup> *Comment le Conseil régional peut-il contribuer à la santé publique après la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ? »*, Avis du conseil économique et social de Bourgogne présenté par Maurice BOLLARD et Isabelle RAUSZER, 17 novembre 2009, p. 11.

<sup>28</sup> *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, Rapport du CESER de Franche-Comté présenté par Daniel BOUCON, 1<sup>er</sup> décembre 2014.

<sup>29</sup> « *Le concept de soins primaires renvoie aux notions de premiers recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires.* » (« Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *La Lettre du collège des économistes de la santé*, mars 2013, n°1, p. 7.)

<sup>30</sup> Sur la période 2007-2015, la baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux/mixtes a été de 13,7 % dans la région (contre 10,3 % au niveau national). La Bourgogne est la troisième région la plus impactée (derrière l'Île-de-France et PACA).

<sup>31</sup> En 2012, 22 bassins de vie étaient concernés par une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

<sup>32</sup> La Nièvre et l'Yonne appartiennent aux 36 départements dans lesquels la part des médecins (généralistes et spécialistes) âgés de plus de 55 ans est supérieure à la part de ceux âgés de 30 à 54 ans. D'ici cinq à dix ans, la majorité des médecins est donc susceptible de partir en retraite. Au niveau des seuls généralistes, la Nièvre fait partie des dix départements les plus à risque : 56,38 % des généralistes ont entre 55 et 70 ans.

Cette problématique est d'autant plus importante que la demande de soins est en augmentation en raison du poids des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Dans le même temps, l'offre se transforme : les nouvelles générations n'envisagent plus l'exercice de la médecine comme leurs prédécesseurs. Les réponses aux difficultés d'accès aux soins doivent prendre en compte ces évolutions.

Organisées autour de trois axes prioritaires, les préconisations suivantes représentent la contribution de la société civile à cet enjeu.

# 1 FAIRE EVOLUER LA FORMATION DES MEDECINS

Face au creusement des inégalités territoriales, il apparaît aujourd'hui nécessaire d'agir sur l'ensemble des leviers. Le premier a trait à la conception même des études de médecine. Il convient tout d'abord de réexaminer les **critères de sélection** pour l'accès aux études, sélection excessivement basée sur les sciences « dures ».

## Préconisation n°1

Instaurer des entretiens de sélection à l'accès aux études de médecine. Ces entretiens, réalisés par les enseignants de la Faculté, permettraient d'apprécier la motivation des étudiants et le sens de leur engagement.

Autre conséquence de la sélection telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée : son intensité favorise l'éclosion de préparations privées. À ce titre, « *elle renforce la **part prépondérante des étudiants issus des catégories socioprofessionnelles supérieures**. Or, ceux-ci étant surtout urbains, ils auront naturellement une certaine réticence, au terme de leurs études, à s'installer en zone rurale*<sup>33</sup>. »

## Préconisation n°2

Faciliter l'entrée en Faculté de médecine des jeunes issus de zones sous-médicalisées et de toute origine sociale, disposés à s'installer en milieu rural à la fin de leurs études. En contrepartie de cet engagement, ils bénéficieraient d'une aide au financement des études (optimisation du contrat d'engagement de service public) et d'un enseignement spécifique favorisant leur réussite au concours de fin de première année d'études communes aux formations de santé (PACES), voire l'attribution de points supplémentaires. Un tel dispositif permettrait également de « contrebalancer » le poids des préparations privées.

Les attaches antérieures sur un territoire sont le premier critère d'installation des médecins généralistes. Si l'action publique ne dispose d'aucun levier pour agir sur ces attaches, il existe néanmoins des **moyens de créer de tels liens** : l'accueil de stagiaires est un levier reconnu et primordial pour assurer le remplacement. En effet, les stages permettent d'ancrer les jeunes médecins sur un territoire<sup>34</sup>. Un des freins à l'accueil de stagiaires peut être le non-accompagnement des médecins maîtres de stage.

## Préconisation n°3

Favoriser la réalisation de stages dans les zones fragilisées en délocalisant les terrains de formation pratique loin des centres urbains et en développant des initiatives originales visant à mieux accueillir les stagiaires (telles que les « internats ruraux<sup>35</sup> »).

<sup>33</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 5 février 2013, p. 47.

<sup>34</sup> CGET, *Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Synthèse*, novembre 2014, p. 13.

<sup>35</sup> La maison de santé amandinoise et la commune de Saint-Amand-en-Puisaye se sont associées pour bien accueillir les stagiaires à travers un projet original : un internat rural. Grâce à cet internat, les futurs médecins, qui quittent Dijon pour effectuer leur stage à Saint-Amand-en-Puisaye (ou dans les villages alentours), ne sont pas isolés. Ils peuvent habiter dans ce logement qui leur est dédié. L'objectif est de lutter contre le possible isolement de ceux qui

En 2005, le conseil régional de Bourgogne a justement souhaité favoriser la découverte, par les étudiants de Dijon, de l'exercice de la médecine générale en dehors de cette agglomération. Aussi a-t-il créé l'**allocation « Bourgogne Médecins »**. Cette aide financière était destinée aux étudiants de deuxième cycle et aux internes de médecine générale qui s'engageaient à effectuer leur stage en milieu rural. Ce stage de médecine générale devait se situer dans une commune de moins de 20 000 habitants appartenant à un EPCI de moins de 40 000 habitants. En 2014, 47 internes et 23 étudiants de second cycle ont bénéficié de cette allocation<sup>36</sup>.

L'allocation « Bourgogne Médecins » a été supprimée suite à la publication du décret du 11 mars 2014<sup>37</sup>. Celui-ci crée une indemnité forfaitaire de transport à destination des étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie, lorsqu'ils accomplissent un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement<sup>38</sup>. Pour le conseil régional, « *en proposant cette aide, l'Etat couvre en grande partie un besoin auquel la région répondait avec le dispositif « Allocation Bourgogne Santé Médecins »*. Compte tenu de ces éléments, la Région a décidé de stopper le dispositif fin 2014<sup>39</sup>. » Le budget alloué a été « *partiellement reventilé en aides notamment aux territoires qui ont une démarche d'accueil et d'attractivité de professionnels de santé dont les étudiants font partie*<sup>40</sup>. » Le CESER se demande néanmoins si le montant de l'indemnité créée équivaut réellement à celui de « Bourgogne Médecins ».

#### Préconisation n°4

Introduire une allocation couvrant le différentiel entre l'indemnité créée et l'allocation « Bourgogne Médecins » (préconisation adressée au conseil régional de Bourgogne).

La répartition des étudiants en médecine entre les différentes spécialités repose sur des **épreuves classantes nationales**, qui se sont substituées au concours de « l'internat ». Un rang de classement est attribué au niveau national à chaque candidat. Chacun choisit à son tour, selon cet ordre, une spécialité et une affectation (c'est-à-dire un lieu de formation).

#### Préconisation n°5

Organiser au niveau régional les épreuves classantes en fonction des besoins de chaque région et de ses particularités en termes de démographie médicale.

---

viennent découvrir la pratique de la médecine générale. Mais cette initiative vise également à rendre le territoire plus attractif. Et donner ainsi envie aux jeunes médecins de s'y installer.

<sup>36</sup> Conseil régional de Bourgogne, *Rapport d'activités des services pour l'année 2014*, juin 2015, p. 159.

<sup>37</sup> Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 portant création d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie.

<sup>38</sup> Art. 1 : « *Les étudiants en médecine [...] perçoivent [...] une indemnité forfaitaire de transport, lorsqu'ils accomplissent un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement, si le lieu de stage est situé à une distance de plus de 15 kilomètres de l'unité de formation et de recherche dans laquelle est inscrit l'étudiant [...]. Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé.* » Le montant de l'indemnité forfaitaire de transport a été établi par l'arrêté du 11 mars 2014. Il est fixé mensuellement à 130 euros bruts.

<sup>39</sup> Conseil régional de Bourgogne, *Rapport d'activités...*, *op. cit.*, p. 160.

<sup>40</sup> *Ibid.*

## 2 TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE

Cette transformation doit permettre de répondre aux **attentes des jeunes médecins**. Tout d'abord, les nouvelles générations plébiscitent l'exercice regroupé. Ensuite, elles souhaitent maîtriser leur temps de travail et concilier vie professionnelle et familiale. Enfin, la majorité des jeunes médecins souhaitent se concentrer le plus possible sur leur métier, et limiter les tâches d'administration et de gestion.

Les **maisons de santé**, également appelées maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), ont été introduites dans le Code de la santé publique pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Présentées comme une solution aux problèmes de démographie médicale (dans les espaces à dominante rurale mais également dans certaines banlieues), les MSP attirent les jeunes professionnels désireux de travailler en équipe. À ce titre, elles favorisent le remplacement des médecins.

Depuis la première ouverture à Saint-Amand-en-Puisaye en 2005, les MSP se sont largement développées sur le sol bourguignon. Aujourd'hui, on en compte 39. Et les projets se multiplient : 14 MSP doivent ouvrir leurs portes en 2015. Cependant, les MSP ne constituent pas la panacée : le CESER conditionne leur réussite à plusieurs facteurs.

### Préconisation n°6

Poursuivre le développement des maisons de santé pluridisciplinaires en Bourgogne. Cependant, chaque réalisation doit d'abord naître d'un projet de santé, développé avec les professionnels et à partir d'une étude portant sur les besoins locaux en termes d'offre de soins. Le projet doit avoir pour finalités l'amélioration de la prise en charge des habitants et l'amélioration des conditions de travail des médecins. Il est également nécessaire de mutualiser les projets entre collectivités et de prioriser les financements vers les zones les plus fragilisées.

« *Piste pour l'instant laissée à l'abandon*<sup>41</sup> », la **coopération entre professionnels de santé** permet de dégager du temps médical. Quatre protocoles de coopération sont autorisés en Bourgogne :

- dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique ;
- ASALEE, qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes ;
- échographie abdominale et pelvienne ;
- prélèvement de cornée<sup>42</sup>.

Les pays anglo-saxons ou la Suède ont systématiquement recours à la coopération interprofessionnelle, les infirmiers recevant les malades en consultation et en assurant le suivi sous supervision médicale. « *La France, par conservatisme, néglige pour l'instant un moyen de mieux répondre à la demande de soins*<sup>43</sup>. » De fait, la mise en place de coopérations entre professionnels de santé se heurte à de nombreuses difficultés. La Cour des comptes note que « *les milieux*

<sup>41</sup> Suzanne MAURY (dir.), *Les politiques publiques*, Paris, La Documentation française, 2013, p. 174.

<sup>42</sup> « En chiffres », *ARS Bourgogne Actus*, septembre 2013, n°2, p. 2.

<sup>43</sup> Suzanne MAURY (dir.), *Les politiques publiques*, op. cit., p. 174.

*professionnels restent dans l'ensemble extrêmement réticents en poursuivant la défense de leur identité professionnelle<sup>44</sup>.* » Se pose certes le problème des conséquences en matière de responsabilité professionnelle<sup>45</sup>. Cependant, la coopération apparaît comme une réponse pertinente aux problèmes de démographie médicale.

#### Préconisation n°7

Développer les coopérations entre professionnels de santé sur le territoire bourguignon. Ces coopérations doivent être néanmoins validées, encadrées et, une fois mises en œuvre, évaluées par l'Agence régionale de santé (ARS).

**L'activité libérale** ne serait plus attractive pour les jeunes générations. Ce constat est visible à travers l'augmentation du nombre de médecins remplaçants. Il se manifeste également par la préférence accordée au salariat comme mode d'exercice lors des premières inscriptions à l'Ordre. L'intérêt de la médecine libérale est donc au cœur de la problématique ; et notamment la **rémunération des médecins libéraux**. Le passage du tarif de la consultation de base de 23 euros à 25 euros est l'une des principales revendications. Cependant, le CESER note que si la rémunération des médecins libéraux reste principalement basée sur le paiement à l'acte, les rémunérations forfaitaires et les avantages sociaux liés à l'activité conventionnelle représentent des compléments de revenus à prendre en compte, au-delà des 23 euros<sup>46</sup>. Ainsi, en 2011, le coût réel de l'acte pour la Sécurité sociale était, en moyenne, de 31,50 euros.

#### Préconisation n°8

Clarifier la rémunération des médecins libéraux avant toute négociation conventionnelle.

---

<sup>44</sup> Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011*, septembre 2011, p. 169.

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> En Bourgogne, la part des consultations et visites dans les montants remboursés aux médecins libéraux par l'Assurance maladie est de 76,4 %.

### 3 FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS

Comme le souligne le CESER de Franche-Comté, « la plupart des médecins généralistes installés sont d'anciens remplaçants, c'est dire **l'importance du remplacement pour le maintien d'une offre libérale**. D'une part, il constitue une période de transition quasi systématique entre la fin de l'internat et l'installation. D'autre part, au terme d'une période de remplacement plus ou moins longue, l'immense majorité des jeunes généralistes s'installe. Cela peut également être l'occasion de reprendre le cabinet d'un médecin partant en retraite<sup>47</sup>. »

Un médecin peut se faire remplacer soit par un confrère titulaire de la même qualification (inscrit au tableau de l'Ordre ou enregistré comme prestataire de service), soit par un étudiant en médecine remplissant les conditions légales et titulaire d'une « licence de remplacement » dans la discipline exercée par le médecin remplacé. L'article D4131-2 du Code de la santé publique stipule qu'« aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivré **au-delà de la troisième année** à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de troisième cycle de médecine préparé par l'étudiant<sup>48</sup>. »

#### Préconisation n°9

L'Ordre des médecins, en application de l'article D4131-2 du Code de la santé publique, ne doit plus délivrer de licence de remplacement au-delà de la troisième année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de troisième cycle de médecine préparé par l'étudiant.

Dans les zones confrontées à une pénurie de praticiens, le développement de la **médecine « itinérante »** représente une piste à explorer. En 2012, le CESER de Bourgogne recommandait déjà « de réfléchir au développement des pratiques itinérantes. A titre d'exemple, des spécialistes (dentiste, ophtalmologue) pourraient se déplacer dans les bourgs, une fois par mois avec le matériel et les locaux mis à disposition par les mairies ou la Communauté de communes<sup>49</sup>. »

#### Préconisation n°10

Développer les pratiques itinérantes sur les spécialités. Ces pratiques favorisent également les actions de prévention. Elles pourraient s'inscrire dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).

Mais surtout, pour le CESER, il apparaît aujourd'hui nécessaire de **réguler les choix d'installation des médecins**. Comme le rappelle la Cour des comptes, « aucune mesure contraignante de régulation démographique médicale n'a pu être mise en œuvre jusqu'à ce jour et la liberté d'installation des médecins est restée totale<sup>50</sup>. » La coercition se heurterait à deux principes

<sup>47</sup> L'accès aux soins en Franche-Comté..., op. cit., p. 35.

<sup>48</sup> Le même article prévoit deux dérogations à ce principe. Tout d'abord, l'autorisation peut être délivrée à l'étudiant qui justifie du report de la date de soutenance de thèse initialement prévue. Ensuite, l'autorisation peut être délivrée au médecin qui a demandé son inscription au tableau de l'Ordre dans le mois qui suit l'obtention du diplôme de docteur en médecine, jusqu'à ce qu'il soit statué sur ladite demande d'inscription.

<sup>49</sup> Qualité de vie : clé de voûte pour des territoires durables en Bourgogne, Avis du conseil économique, social et environnemental de Bourgogne présenté par Christine JORIS et Charles SCHNEIDER, 20 juin 2012, p. 18.

<sup>50</sup> Cour des comptes, La répartition territoriale des médecins libéraux, septembre 2011, p. 165.

fondamentaux : la liberté des patients de choisir leur praticien et la liberté d'installation de ce dernier<sup>51</sup>. De plus, elle serait injuste à l'égard des jeunes médecins, qui porteraient seuls les conséquences du problème. Néanmoins, le CESER constate que les aides incitatives n'ont pas eu les résultats escomptés et n'ont pas empêché l'accroissement des difficultés d'accès aux soins. Cette absence de régulation contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition des infirmiers<sup>52</sup>.

La désertification médicale est un véritable défi pour la Bourgogne et ses habitants. Pour le relever, il faut désormais faire preuve de courage et agir sans tabou, dans le seul souci de l'intérêt général.

### Préconisation n°11

Étendre aux médecins le conventionnement sélectif pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire. Ainsi, il ne serait plus possible à un médecin d'être conventionné dans une zone sur-dotée définie par l'ARS, sauf en cas de remplacement du départ d'un professionnel exerçant dans ladite zone. Le CESER recommande par ailleurs d'actualiser plus fréquemment la carte des zones sur-dotées et fragiles pour apprécier l'arrivée de nouveaux médecins, anticiper les futurs départs en retraite, etc.

---

<sup>51</sup> Les principes de la médecine libérale ont été énoncés en novembre 1927, dans la « Charte de la médecine libérale » : libre choix du médecin par le patient, paiement de l'acte médical par le patient, libre entente du prix entre le médecin et son patient, respect absolu du secret médical, liberté des prescriptions. S'ajoute le principe de la liberté d'installation des médecins, considérée par ces derniers comme une garantie de leur indépendance.

<sup>52</sup> En complément de dispositifs incitatifs, les conventions signées avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes prévoient une régulation des installations dans certaines zones définies comme démographiquement excédentaires ; l'installation dans l'une de ces zones ne pouvant intervenir qu'en remplacement du départ d'un professionnel y exerçant. Le conventionnement sélectif pour les masseurs-kinésithérapeutes a néanmoins été annulé par le Conseil d'État en mars 2014.

## CONCLUSION

Au cours de son travail, le CESER de Bourgogne a identifié trois facteurs supplémentaires conditionnant un meilleur accès aux soins :

- l'accès aux professionnels de santé (problématique des transports à la demande) ;
- la permanence des soins ambulatoires et son impact sur les urgences ;
- la coordination des soins en sortie d'hospitalisation.

Le CESER de Franche-Comté ayant examiné ces problématiques, il appartiendra au futur CESER de Bourgogne – Franche-Comté d'engager une réflexion complémentaire sur ces points de vigilance compte tenu de l'évolution perpétuelle des territoires.

**AVIS ADOPTE PAR 58 VOIX POUR, 9 ABSTENTIONS**

## **EXPLICATIONS DE VOTE**

**Intervention de Paule ANDRE**  
**Au titre des professions médicales et juridiques**

« Sur la préconisation n° 8 :

- sur la clarification des rémunérations des médecins libéraux avant toute négociation conventionnelle

Je me permets de rappeler que la source principale d'information est une donnée statistique fournie par la sécurité sociale. Mais cela reste une statistique.

En effet, il est indiqué que le coût réel, en 2011, de la consultation est de 31.50 euros pour la sécurité sociale. J'aimerais que l'on ait en mémoire que le montant moyen de la consultation en Europe est de 41 euros.

Sur la préconisation n° 11 :

- Il s'agit de limiter l'installation des médecins dans les territoires sur dotés définis par l'ARS pour un déconventionnement sélectif

Cette mesure paraît être une atteinte à la liberté d'installation donc d'exercice, mais cette atteinte n'est qu'apparente car le professionnel libéral garde le choix d'accepter ou non le déconventionnement.

Cette préconisation a aussi le mérite de limiter la concurrence.

C'est pourquoi je voterai cet avis ».



## **Intervention d'Isabelle RAUSZER Au titre de la CGT**

« La problématique de l'accès aux soins en Bourgogne n'est pas différente de celle des autres régions de France. Ainsi le rapport, extrêmement bien documenté, apporte des réponses ou du moins des éléments de réponse aux questions que se posent les élus et tous les citoyens. Entre autres :

- quel est le maillage territorial optimal en matière de santé ?
- dans quelle mesure la formation des médecins peut-elle faciliter leur installation dans les territoires qui en ont le plus besoin ?
- comment parvenir à mieux coordonner les soins ambulatoires et les soins hospitaliers ?
- quelles sont les politiques publiques mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins ? Quelles sont leur efficacité et quelles en sont leurs limites ?

L'avis a volontairement abordé le sujet sous l'angle de l'accès au médecin traitant et de ce fait uniquement sous l'angle de l'organisation de la médecine libérale.

Or, pour la CGT, le socle de base dans l'organisation de l'offre de soin doit demeurer l'hôpital public.

La CGT ne propose pas un système étatisé à l'anglaise, mais une modification des modes d'installation et d'exercice permettant de répondre, à la fois, aux besoins de la population et aux aspirations des professionnels, notamment en termes de qualité et de choix d'exercice.

Un médecin ne peut pas s'installer aujourd'hui dans ce que l'on appelle désormais « les déserts médicaux ».

En effet, la présence d'un laboratoire, d'un plateau technique ou même la possibilité d'une hospitalisation courte est indispensable à l'exercice médical libéral.

Or, vous n'êtes pas sans savoir combien l'hôpital est malmené depuis 20 ans. Les restructurations successives avec suppression de services et de lits ont abouti à une concentration de l'offre de soin avec les conséquences que l'on connaît :

- engorgement des urgences dû à une carence de la prise en charge par le secteur libéral,
- accroissement du coût du transport en ambulance privée,
- diminution de la qualité de la prise en charge.

Mais il y a surtout l'étranglement financier des hôpitaux de proximité par le calcul de leurs recettes sur la base de la T2A (Tarification À l'Acte) qui se résume à l'équation : pas assez d'actes = pas de recettes = fermeture de lits = précarisation du personnel.

Par ailleurs, la CGT soutient la mise en place des CENTRES de santé dans lesquels les médecins sont salariés compte tenu de la plus-value sociale qu'ils apportent par le biais de vaccinations

gratuites, de médecine préventive, de la planification familiale et de diverses expériences de réseaux de soins.

Les « MAISONS de santé », quant à elles, favorisent le secteur libéral. Les médecins libéraux, qui y travaillent, sont payés à l'acte et, de fait, ils multiplient le nombre de consultations et de bilans.

Enfin pour terminer une remarque sur les CLS (Contrats Locaux de Santé).

En France, la santé publique relève d'abord de la compétence de l'État qui l'exerce à travers ses services et les Agence Régionales de Santé (ARS). Les CLS sont des initiatives prises par les collectivités locales en dehors de leur champ strict de compétence ce qui représente en fait un transfert de financement de l'Assurance Maladie vers l'impôt, ce qui n'est pas acceptable. De plus, rappelons que le gouvernement a amputé les collectivités locales de 3,5 millions d'euros pour son budget 2016.

Enfin, pour conclure cette intervention sur l'accès de TOUS aux soins, je citerais Jean PENEFF dans « La France Malade de ses Médecins » : « plus on est pauvre et plus on contribue à un système qui bénéficie aux classes les plus favorisées ».

Considérant que cet avis ne représentant qu'un cautère sur une jambe de bois, la CGT s'abstiendra sur ce vote. »



**Intervention de Sylvain TRICHARD-COMPAROT  
Au titre de l'Université de Bourgogne**

« Concernant les aspects universitaires, notamment « l'entretien préalable avant l'inscription » et le « classement régionalisé des étudiants après les épreuves classantes », sans émettre d'avis en la matière, il faut noter que ces préconisations supposent au préalable une modification législative au plan national.

A ce jour, l'université ne peut sélectionner préalablement à l'inscription, en médecine par exemple. »

**Intervention de Bernard BLETTERY**  
**Au titre de personnalité qualifiée**

« En tant que professeur émérite de la faculté de Médecine de Dijon, je tiens à féliciter les présentateurs de l'avis pour la clarté et le courage de leur avis. Il n'y a pas de langue de bois, même si certaines propositions risquent de choquer un certain nombre de collègues.

J'insisterai sur la formation des médecins par deux concours extrêmement sélectif :

- pour rentrer en médecine : 1 500 étudiants, 200 places
- l'ECN, l'examen classant national en fin d'étude qui va déterminer la spécialisation et le lieu d'installation.

Trois conséquences désastreuses dues à ces deux concours :

- 1) Le concours d'entrée qui favorise les étudiants de classe sociale élevée pouvant offrir à leurs enfants des formations privées
- 2) Il reste 1 an et demi pour les études médicales à l'université
- 3) Une orientation des médecins vers les régions françaises considérées comme ayant les meilleures conditions de vie (grande ville et sud de la France. »

**Intervention de Christine JORIS**  
**Au titre de la Commission 1**

« J'interviens au titre de la Commission 1 « Aménagement des territoires, agriculture » pour rappeler l'avis sur « la qualité de vie : clé de voûte pour des territoires durables en Bourgogne » du 20 juin 2012 qui n'a pas été cité dans la présentation et dont tout un pan portait sur le même sujet : l'organisation des soins, les maisons de santé, la désertification médicale et qui présentait le même constat et reprenait une grande partie des préconisations. »



**Intervention de Sylvain TRICHARD-COMPAROT  
Au titre de l'Université de Bourgogne**

« Aucun jugement de valeur, mais juste un rappel sur le fait qu'il fallait, en l'espèce, faire bouger les choses au plan national. »



## Intervention d'André FOURCADE Au titre de la délégation CFDT Bourgogne

« Compte tenu des délais, à partir d'un cahier des charges très large, la commission a choisi de **traiter les questions concernant les difficultés d'accès aux soins essentiellement en zone rurale, en particulier sous l'angle des médecins généralistes libéraux**. Sur ces thèmes, l'avis pose des constats pertinents et de bonnes questions, que partage largement la CFDT.

**Nous voterons cet avis.**

Par exemple, la mauvaise répartition géographique des généralistes, les déséquilibres généralistes/spécialistes... sont le résultat d'un système libéral mal ou pas régulé et qui dépend de politiques nationales. **La CFDT partage le constat sur l'échec des mesures incitatives** et la nécessité de « réguler les choix d'installation des médecins » (p.13). En effet s'il s'agit **d'une activité libérale**, elle est **financée dans sa plus grande partie**, comme les études médicales, **par l'argent public**, celui des cotisations sociales versées par les assurés sociaux et les entreprises. A côté des droits légitimes de chacun, recevoir de l'argent public implique également des devoirs.

\*\*\*\*\*

Ce travail est **une première approche intéressante** qui ouvre la porte sur beaucoup de questions :

. **L'accès aux soins n'est qu'un aspect de l'accès à la santé** dont parle le rapport du sénateur Mourey : l'accès à la santé c'est comment être et rester en bonne santé, les soins ne sont qu'un élément curatif qui tente de répondre à la dégradation de la santé. Etre et rester en bonne santé cela dépend aussi d'autres paramètres tels que le mode de vie, l'alimentation, la sédentarité, la pollution.

. Les difficultés d'accès aux soins concernent aussi **l'accès à certains spécialistes** : à Clamecy « il ne faut pas avoir mal aux dents » titrait le Journal du Centre d'hier : le dernier dentiste dans cette ville de 5 000 habitants vient de partir. Et que dire des délais insupportables d'attente par exemple chez les ophtalmos ?

. Cet avis traite surtout du rural, mais il y a **d'autres secteurs : ex quartiers de ville**, catégories sociales qui ont des difficultés d'accès financières, culturelles et pas seulement géographiques. Selon le rapport 2015 sur les zones sensibles 12% de la population n'a pas de couverture maladie complémentaire soit le double de la moyenne nationale. Un habitant sur 4 a renoncé aux soins dentaires.

. Sur l'organisation des soins

- **La réparation devra tenir compte des besoins** : pour avancer sur ce point la CPAM de l'Yonne a demandé à la Caisse Nationale un état des lieux précis basé sur l'analyse détaillée de feuilles de soins : il s'agit de mesurer avec précision les besoins de la population, en particulier les besoins non ou mal couverts actuellement.

- Il faut parler d'**une chaîne de professionnels compétents** dans leur domaine: Le médecin est un des maillons de la chaîne des soins certes essentiel : un peu comme les pilotes d'avion, sans mécaniciens un avion ne peut pas voler. **L'analyse et les solutions doivent s'élargir à toutes les catégories de personnels** de santé, infirmière par exemple ou pharmaciens, aides-soignantes, kinés...
  
- La question est aussi celle de la **complémentarité de l'ambulatoire et du secteur hospitalier** public et privé.

**Voici quelques pistes que nous versons au débat et qui pourront être travaillées et approfondies avec nos collègues de Franche Comté. »**



**CESER de Bourgogne**  
Conseil économique, social  
et environnemental régional

# L'ACCES AUX SOINS EN BOURGOGNE, POUR TOUS ET PARTOUT

Rapporteurs : Martine WESOLEK et Yves BARD

## RAPPORT

---

« L'accès à la santé fait partie des services indispensables qui conditionnent l'attractivité d'un territoire. Cette carence de la présence médicale pose donc un problème majeur d'égalité des territoires, en générant des situations inacceptables qui menacent l'existence même de certains d'entre eux. Elle pose aussi et surtout un problème d'égalité entre les citoyens. Les déserts médicaux apparaissent contraires au principe de protection de la santé qui est garanti à tous par le préambule de la Constitution de 1946. »

---

(Hervé MAUREY, *Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, p. 5.)

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNEES</b> .....	<b>5</b>
<b>COMMISSION N° 4 « POLITIQUES SOCIALES, POLITIQUES DE LA VILLE ET DE L'HABITAT, POLITIQUES DE LA SANTE ET DU SPORT, POLITIQUES CULTURELLES ET LOISIRS »</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>1 UNE SITUATION PARADOXALE</b> .....	<b>11</b>
1.1 CONSTATS ET PERSPECTIVES .....	11
1.1.1 <i>Un nombre suffisant au niveau national...</i> .....	11
1.1.2 <i>... mais une répartition problématique</i> .....	11
1.1.3 <i>Des projections défavorables à moyen terme</i> .....	12
1.1.4 <i>L'âge des médecins : une donnée à prendre en compte</i> .....	13
1.1.5 <i>La Bourgogne : un désert médical ?</i> .....	13
1.2 LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS .....	16
1.2.1 <i>Des difficultés d'accès géographique</i> ... ..	16
1.2.2 <i>... aux difficultés d'accès pour raisons financières</i> ... ..	18
1.2.3 <i>... en passant par les obstacles de nature culturelle</i> .....	21
1.3 DES BESOINS EN AUGMENTATION.....	22
1.3.1 <i>Une progression de la demande de soins</i> .....	22
1.3.2 <i>Le poids des maladies chroniques en Bourgogne</i> .....	22
1.3.3 <i>Des populations nécessitant une vigilance accrue</i> .....	23
1.3.3.1 Les jeunes .....	23
1.3.3.2 Les personnes âgées.....	23
1.3.3.3 Les personnes en situation de handicap .....	24
1.3.3.4 Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques.....	25
1.3.3.5 Les personnes en situation de précarité.....	26
1.4 VERS UNE « TRANSFORMATION » DE LA MEDECINE ? .....	27
1.4.1 <i>La réduction du temps d'exercice médical</i> .....	27
1.4.2 <i>L'abandon de l'obligation de garde : un changement de modèle</i> .....	28
1.4.3 <i>La féminisation de la profession</i> .....	29
1.4.4 <i>Le choix du lieu d'exercice, de son mode et de la médecine générale</i> .....	30
<b>2 DES REMEDES INSUFFISANTS ?</b> .....	<b>34</b>
2.1 LES POLITIQUES VISANT A MIEUX REPARTIR LES MEDECINS .....	34
2.1.1 <i>Étude comparative</i> .....	34
2.1.2 <i>La France : le choix de l'incitation plutôt que la contrainte</i> .....	34
2.2 LES MESURES DEPLOYEES FACE AUX FREINS FINANCIERS, CULTURELS ET TERRITORIAUX A L'ACCES AUX SOINS .....	35
2.2.1 <i>La maîtrise des dépassements d'honoraires : « une condition essentielle de la préservation d'un accès généralisé aux soins »</i> .....	35
2.2.2 <i>La prévention, l'éducation et la promotion de la santé</i> .....	37
2.2.3 <i>Le Pacte territoire santé</i> .....	39
2.2.3.1 <i>Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins</i> .....	39
2.2.3.2 <i>Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé</i> .....	40
2.2.3.3 <i>Investir dans les territoires isolés</i> .....	42
2.2.4 <i>Les aides conventionnelles à l'installation et leur impact</i> .....	45
2.2.5 <i>Le rôle croissant des collectivités territoriales</i> .....	46
2.3 DES MESURES LIMITEES .....	50
2.3.1 <i>Le Pacte territoire santé : un bilan en demi-teinte</i> .....	50
2.3.2 <i>La maison de santé : la panacée ?</i> .....	52

2.3.2.1	« L'avenir, c'est donc l'exercice coordonné et collectif ! » .....	52
2.3.2.2	Les limites des maisons de santé et les conditions de leur réussite .....	53
2.3.3	<i>Mettre (un peu) de contrainte ?</i> .....	55
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>59</b>
TEXTES OFFICIELS .....		59
	<i>Lois</i> .....	59
	<i>Document contractuel</i> .....	59
AVIS DU CESE ET DES CESER .....		59
RAPPORTS ET ETUDES .....		60
LIVRES .....		62
PERIODIQUES .....		62
SITES INTERNET .....		62
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....		<b>64</b>

## REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNEES

**Daniel BOUCON**, vice-président du CESER de Franche-Comté, président de la commission « Cadre de vie et société » et rapporteur de l'avis *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*

**Michaël BRAÏDA**, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne

**D<sup>r</sup> Richard CHAMPEAUX**, trésorier de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB)

**Carole COLIN**, directrice de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne

**D<sup>r</sup> François COPREAUX**, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne

**Caroline COUNIL**, chargée de mission santé, conseil régional de Bourgogne

**Frédéric GILLOT**, chargé d'études, CESER de Franche-Comté

**D<sup>r</sup> Jacques GIRARDIER**, président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne

**Christophe LANNELONGUE**, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne

**Yann LECOMTE**, président de la commission « droits des usagers » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et président du Collectif interassociatif sur la santé de Bourgogne

**Matthieu PICARD**, directeur adjoint de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne

**Sylvain RIFFARD**, chef du service développement des territoires et de la santé, conseil régional de Bourgogne

**D<sup>r</sup> Michel SERIN**, président de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB)

**Denis VALZER**, délégué interrégional de la Fédération hospitalière de Bourgogne et Franche-Comté

# COMMISSION N° 4 « POLITIQUES SOCIALES, POLITIQUES DE LA VILLE ET DE L'HABITAT, POLITIQUES DE LA SANTE ET DU SPORT, POLITIQUES CULTURELLES ET LOISIRS »

## Président

**Jean PIRET**, représentant des associations culturelles

## Vice-Président

**Bernard QUARETTA**, représentant de l'Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), de l'Union régionale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (URAPEI), du Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAI)

## Secrétaire

**Sarah SABIH**, représentante du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

## Membres

**Paule ANDRE**, représentante des professions libérales (professions médicales et juridiques)

**Monique AUGÉ**, par accord entre la Section régionale de la Croix rouge française, les fédérations départementales du Secours populaire français, du Secours catholique, les associations d'Emmaüs, les associations ATD Quart monde et les associations départementales des Restos du Cœur

**Yves BARD**, représentant de la Chambre régionale de métiers (CRM)

**Patricia BIASINI**, représentante du Comité régional CGT

**Sandrine BONNET**, représentante de la Mutualité française Bourgogne

**Chantal DELHOMME**, représentante de l'Union régionale des syndicats CFDT

**Jean-Claude GIRARD**, représentant de l'Union sociale pour l'habitat de la région Bourgogne (USHB)

**Christian HAMONIC**, représentant de la Ligue de l'enseignement de Bourgogne

**Catherine LEPETZ**, représentante du Comité régional olympique et sportif (CROS)

**Daniel MARTIN (†)**, représentant de l'Union régionale CFTC

**Annie MASSON**, représentante de l'Union régionale CFTC

**Emmanuelle PERIN**, représentante de l'Union régionale des syndicats CFDT

**Eric TAUFFLIEB**, représentant des Associations de locataires (Confédération de la consommation, du logement et du cadre de vie (CLCV), Confédération nationale du logement (CNL), Confédération syndicale des familles (CSF))

**Martine WESOLEK**, représentante de l'Union régionale des associations familiales (URAF)

## Membres associés à l'auto-saisine

**Bernard BLETTERY**, personnalité qualifiée

**Isabelle RAUSZER**, représentante du Comité régional CGT

## Cabinet

**Maxime PUTIGNY**, chargé d'études

**Marie-Claude LEONARD-HAURY**, assistante

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ACS</b>	Aide au paiement / à l'acquisition d'une complémentaire santé
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AME</b>	Aide médicale de l'État
<b>APL</b>	Accessibilité potentielle localisée
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CAS</b>	Contrat d'accès aux soins
<b>CESE</b>	Conseil économique, social et environnemental
<b>CESER</b>	Conseil économique, social et environnemental régional
<b>CESP</b>	Contrat d'engagement de service public
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CISS</b>	Collectif interassociatif sur la santé
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>ECN</b>	Épreuves classantes nationales
<b>ENMR</b>	Expérimentations des nouveaux modes de rémunération
<b>EPS</b>	Éducation pour la santé
<b>FEMAGISB</b>	Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>HPST</b>	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>MRS</b>	Mission régionale de santé
<b>MSP</b>	Maison de santé pluridisciplinaire
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PAD</b>	Personne âgée dépendante
<b>PDSA</b>	Permanence des soins ambulatoires

<b>PLANIR</b>	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures
<b>PRS</b>	Plan régional de santé
<b>PTMG</b>	Praticien territorial de médecine générale
<b>ROSP</b>	Rémunération sur objectifs de santé publique
<b>SISA</b>	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>TPIM</b>	Territoires prioritaires pour l'installation des médecins

# INTRODUCTION

L'accès aux soins : « *un sujet fondamental*<sup>1</sup> »

La constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) consacre le droit de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Ce droit suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins abordables et de qualité appropriée.

En France, le droit à la santé a été inscrit dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946<sup>2</sup>. Au cœur de ce droit figure l'accès aux soins. L'accès aux soins peut se définir comme **la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé**<sup>3</sup>. Objectif fondamental de notre système de santé, l'accès aux soins recouvre trois dimensions : **territoriale** (accès aux professionnels et aux structures de soins), **culturelle** et **financière**. Celle-ci dépend de la capacité des ménages à supporter la dépense restant *in fine* à leur charge. « *Souvent présenté comme un modèle, le système français d'organisation des soins connaît pourtant des évolutions préoccupantes [...]. Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas simplement financières ; elles sont aussi territoriales [...]. Pire : la situation risque de s'aggraver, avec le recul sensible des effectifs médicaux à l'horizon 2020*<sup>4</sup>. » Ce sujet est d'autant plus important qu'au-delà des déterminants sociaux et culturels des inégalités de santé, un lien peut être aussi établi avec les difficultés d'accès : les études montrent que la consommation de soins diminue à mesure que s'accroît la distance à l'équipement ou au service<sup>5</sup>.

Aussi la lutte contre les déserts médicaux et la réduction des inégalités d'accès aux soins représentent-elles des priorités pour les pouvoirs publics et reviennent constamment dans l'actualité. L'un des trois axes du projet de loi de modernisation de notre système de santé (en cours de discussion) est de faciliter la santé au quotidien en combattant les injustices et les inégalités de santé et d'accès<sup>6</sup>. La généralisation du tiers payant (article 18) représente « *une mesure de justice sociale mais aussi de simplicité et d'efficacité* »<sup>7</sup>. Le projet de loi prévoit également d'étendre le bénéfice des tarifs sociaux pour les lunettes, les prothèses auditives et les soins dentaires. Et la réforme de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet) doit inciter ceux qui peuvent prétendre à cette aide à la demander. Déposée le 3 juin, une proposition de loi<sup>8</sup> portée par Guillaume LARRIVÉ (député de l'Yonne) vise quant à elle à créer des « territoires prioritaires pour l'installation des médecins » (TPIM)<sup>9</sup>, dans lesquels généralistes,

---

<sup>1</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>2</sup> La Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.* »

<sup>3</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Usagers de la santé. Votre santé, vos droits*, 2014, p. 17.

<sup>4</sup> *Permanence des soins et présence médicale en Limousin*, Rapport du conseil économique, social et environnemental du Limousin présenté par Denis MALABOU, 19 juin 2012, p. 13.

<sup>5</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 5 février 2013, p. 21.

<sup>6</sup> Les autres axes sont prévenir avant d'avoir à guérir et innover pour consolider l'excellence du système de santé.

<sup>7</sup> Le tiers-payant se mettra en place en deux grandes étapes, pour devenir un droit pour tous les Français fin 2017. La première étape concerne son extension à tous les patients couverts à 100 % : en plus des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ou les femmes enceintes, soit 15 millions de Français et la moitié des actes réalisés par les médecins. Puis au 1<sup>er</sup> janvier 2017, les médecins pourront proposer le tiers-payant à tous leurs patients. Fin 2017, il deviendra un droit pour l'ensemble des Français.

<sup>8</sup> Proposition de loi n°2846 relative à la création des territoires prioritaires pour l'installation de médecins, 3 juin 2015.

<sup>9</sup> Leur périmètre serait défini conjointement par l'ARS et le conseil régional, après avis des conseils départementaux.

spécialistes et autres professionnels de santé profiteraient d'une exonération de l'impôt sur les bénéfices pendant les quinze années suivant leur installation<sup>10</sup>. Encore en juillet dernier, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat proposait un amendement au projet de loi de modernisation de notre système de santé visant à ne plus conventionner les médecins qui s'installent en zones « bien » dotées<sup>11</sup>.

La question des déserts médicaux est complexe. Paradoxalement, on évoque une pénurie de médecins touchant de nombreux territoires alors que la démographie médicale est historiquement abondante au niveau national. Selon le 9<sup>ème</sup> *Atlas de la démographie médicale* de l'Ordre des médecins, la France recense **215 539 médecins en activité** au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Et avec **281 087 médecins inscrits** (actifs et retraités), il n'y a jamais eu autant de médecins<sup>12</sup>. « *Alors que le nombre total de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, l'on assiste ces dernières années à la formation de zones sousmédicalisées dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes*<sup>13</sup>. » Pire : le même *Atlas* confirme le creusement de ces inégalités territoriales. Et si la problématique ne concerne pas seulement les zones rurales<sup>14</sup>, celles-ci sont pratiquement toutes touchées. L'analyse de la variation des effectifs sur la période 2007/2015 à l'échelle départementale montre que 57 % des départements dénombrent une baisse des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière. Le département de la **Nièvre** recense la plus forte diminution (-16 %)<sup>15</sup>. **La Bourgogne est la deuxième région à enregistrer la plus forte baisse de densité médicale**<sup>16</sup>.

En 2009, le conseil économique, social et environnemental (CESER) de Bourgogne évoquait une région « *particulièrement concernée par la problématique de la désertification médicale*<sup>17</sup>. » Le CESER souhaite aujourd'hui appréhender les freins à l'accès aux soins de tous les Bourguignons. Le CESER a choisi de considérer à la fois les obstacles financiers, culturels et géographiques à cet accès car « *les inégalités territoriales en matière de santé sont souvent corrélées avec celles de la pauvreté*<sup>18</sup>. » Sur le modèle d'un rapport de son homologue franc-comtois adopté en décembre 2014<sup>19</sup>, le CESER s'intéressera plus spécifiquement à l'accès au médecin généraliste. Pour cela, il s'attachera à présenter la situation et les enjeux actuels (1) puis les solutions mises en place ou pouvant être envisagées pour y remédier (2).

---

<sup>10</sup> Exonération totale pendant dix ans, exonération de 50 % les cinq années suivantes. Cette exonération fiscale s'accompagnerait d'une exonération des cotisations sociales. Le coût serait compensé par la suppression de l'aide médicale d'État et la hausse des prélèvements sur les jeux et paris.

<sup>11</sup> « Déserts médicaux : des sénateurs veulent s'en prendre à la liberté d'installation des médecins », *La Gazette des communes* [en ligne], 16 juillet 2015, <<http://www.lagazettedescommunes.com/379164/deserts-medicaux-des-senateurs-veulent-sen-prendre-a-la-liberte-dinstallation-des-medecins/>> (page consultée le 24 juillet 2015).

<sup>12</sup> Il y a 5 913 médecins inscrits au tableau de l'Ordre en Bourgogne au 1<sup>er</sup> janvier 2015 : 2 444 en Côte-d'Or, 1 827 en Saône-et-Loire, 985 dans l'Yonne et 657 dans la Nièvre.

<sup>13</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 5.

<sup>14</sup> En sept ans, la population médicale a chuté de 5,6 % en Île-de-France, soit la plus forte baisse du pays. La situation est particulièrement préoccupante en ce qui concerne les médecins généralistes. Leur nombre a baissé de 15 % en sept ans. Il y a 93 généralistes pour 100 000 habitants dans la région. La Seine-Saint-Denis en compte 74 et la Seine-et-Marne, 79. (« Paris menacé par une pénurie de généralistes », *Les Echos*, 6 octobre 2014.)

<sup>15</sup> Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2015*, juin 2015, p. 37. La Nièvre passe de 233,9 médecins pour 100 000 habitants en 2007 à 192,5 médecins pour 100 000 habitants en 2015. À l'opposé, 36 départements recensent une hausse des médecins sur la période 2007/2015.

<sup>16</sup> Elle est passée de 93,8 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 100 000 habitants en 2007 à 78,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015.

<sup>17</sup> *Comment le Conseil régional peut-il contribuer à la santé publique après la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ? »*, Avis du conseil économique et social de Bourgogne présenté par Maurice BOLLARD et Isabelle RAUSZER, 17 novembre 2009, p. 11.

<sup>18</sup> *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Paul de VIGUERIE, 13 novembre 2013, p. 24.

<sup>19</sup> *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, Rapport du conseil économique, social et environnemental de Franche-Comté présenté par Daniel BOUCON, 1<sup>er</sup> décembre 2014.

# 1 UNE SITUATION PARADOXALE

## 1.1 Constats et perspectives

### 1.1.1 Un nombre suffisant au niveau national...

Comme le souligne l'OCDE, « l'accès aux soins médicaux nécessite un **nombre suffisant de médecins** et une **répartition géographique adéquate** de ces derniers sur l'ensemble du pays. Un manque de médecins dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients et être à l'origine de besoins en soins de santé insatisfaits. **La répartition inégale des médecins est un problème important auquel sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE**<sup>20</sup>. » Le nombre moyen de médecins par habitant varie fortement d'un pays à l'autre. Avec une densité moyenne de 330 médecins pour 100 000 habitants, la France se classait, en 2010, au 14<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE<sup>21</sup>. La densité médicale de la France se situe au-dessus de la moyenne (310 médecins pour 100 000 habitants). Mais l'ensemble des professionnels de santé participent à l'accès aux soins. Et globalement, la démographie des professions de santé est suffisante. Elle est même « historiquement abondante au niveau national. Alors que le pays compte quelque 200 000 médecins aujourd'hui, il n'en comptait que 100 000 en 1980, époque où le manque de médecins ne se ressentait pas<sup>22</sup>. » [cf. annexe 1]

Au final, « le problème n'est donc pas celui du nombre des médecins [...] mais celui de leur répartition sur le territoire<sup>23</sup>. »

### 1.1.2 ... mais une répartition problématique

Le nombre moyen de médecins par habitant varie au sein des différentes régions d'un même pays. Le nombre plus important de médecins dans les capitales est une caractéristique que l'on retrouve dans de nombreux États : la densité des médecins est toujours plus forte dans les **régions urbaines**. L'OCDE note que « les médecins sont peu enclins à exercer dans les zones rurales pour diverses raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, opportunités de carrière, absence de contact avec leurs pairs) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et opportunités professionnelles pour leurs conjoints)<sup>24</sup>. » En France, les inégalités de répartition géographique des médecins sont avérées. La densité de médecins généralistes est particulièrement importante sur le littoral atlantique, dans le quart Sud-Ouest du pays, le long de la côte méditerranéenne et dans les Alpes. Dans la moitié Nord de la France, elle est partout faible sauf dans les départements les plus urbanisés. L'essentiel des départements du Grand bassin parisien connaît des densités très faibles, à l'exception de Paris et de la première couronne. Plus on va vers le Sud, plus les densités s'élèvent. « Toutefois, la plupart des régions ne sont pas homogènes et comportent des départements plus ou moins denses en médecins. Les écarts de densité sont en fait beaucoup plus sensibles au niveau départemental que régional<sup>25</sup>. » Pour les médecins généralistes, la densité départementale était en moyenne de 138,9 pour 100 000 habitants en 2011.

<sup>20</sup> OCDE, « Répartition géographique des médecins », *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013, p. 142.

<sup>21</sup> La Grèce étant la mieux dotée (610 médecins) et le Chili le moins bien doté (140).

<sup>22</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 5 février 2013, p. 8.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>24</sup> OCDE, « Répartition géographique... », art. cit., p. 142.

<sup>25</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 10.

Presqu'un département sur deux présentait une densité inférieure à cette moyenne<sup>26</sup>. Mais les inégalités sont encore plus fortes au **niveau infra-départemental**. Même un département bien pourvu (tel que les Alpes-Maritimes) peut comporter des zones carencées<sup>27</sup>. « *Il y a donc des déserts médicaux dans quasiment tous les départements*<sup>28</sup>. » Pour cerner ces zones, le niveau qui semble le plus pertinent est celui du bassin de vie<sup>29</sup>. Et à un niveau encore plus fin, les agences régionales de santé (ARS) déterminent des zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé<sup>30</sup>. Ces zones, dites « déficitaires » ou « fragiles », conditionnent le bénéfice de certains dispositifs d'aide financés par l'Assurance maladie.

### 1.1.3 Des projections défavorables à moyen terme

Le nombre de médecins actifs devrait baisser de près de 10 % entre 2007 et 2017, en raison principalement de l'effet décalé dans le temps des décisions de resserrement du *numerus clausus* jusque dans les années quatre-vingt-dix. « *Au-delà, l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins*<sup>31</sup>. » Selon un scénario de la DREES<sup>32</sup>, le nombre de médecins en activité ne pourrait retrouver son niveau actuel qu'en 2030, malgré un fort relèvement du *numerus clausus*. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes. Cependant, les évolutions seraient très contrastées d'une spécialité à l'autre<sup>33</sup>. Selon cette hypothèse, le nombre de médecins en activité en France passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7 %. Il augmenterait ensuite pour atteindre 206 000 en 2030, un niveau légèrement inférieur à son niveau de 2009.

L'évolution des effectifs doit toutefois être appréciée sur le long terme. Car le nombre de médecins en activité en 2030 resterait très supérieur à son niveau du début des années 1980. **Reste que la densité médicale serait plus faible qu'aujourd'hui car entre 2006 et 2030, la population française devrait croître d'environ 10 %.** La densité médicale passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024<sup>34</sup>. Pour le sénateur Hervé Maurey, « *cette diminution du nombre des médecins, indépendamment des inégalités dans leur répartition géographique, explique la perception aujourd'hui généralisée d'un creusement des déserts médicaux. Alors que les générations nombreuses de médecins des années soixante et soixante-dix sont parties à la conquête de nouveaux territoires, les médecins prenant aujourd'hui leur retraite ne trouvent plus que difficilement des successeurs*<sup>35</sup>. » Il en conclut que « *jusqu'au redressement de la démographie médicale attendu à*

---

<sup>26</sup> La densité variait de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure à 226,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Paris.

<sup>27</sup> Les médecins y sont concentrés sur toute la bande littorale, faisant de l'arrière-pays un « désert médical ».

<sup>28</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 14.

<sup>29</sup> Selon l'INSEE, le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

<sup>30</sup> Les ARS ont chacune développé leur méthodologie de détermination de ces zones.

<sup>31</sup> DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et résultats*, n°679, février 2009, p. 1.

<sup>32</sup> Ce scénario repose sur l'hypothèse du maintien de comportements identiques à ceux observés actuellement. Si l'hypothèse de la constance des comportements n'est pas la plus probable, elle permet néanmoins d'apprécier l'ampleur des inflexions nécessaires pour obtenir des évolutions différentes de celles tracées dans le scénario de référence.

<sup>33</sup> DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030... », art. cit., p. 1.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>35</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 24-25.

partir de 2020, les pouvoirs publics vont donc devoir **gérer la pénurie**. Dès lors, la question qui se pose est de savoir comment faire en sorte que cette pénurie pèse le moins sur les territoires déjà relativement défavorisés<sup>36</sup> ? »

#### 1.1.4 L'âge des médecins : une donnée à prendre en compte

« Au-delà du nombre total de médecins, la structure du personnel médical par âge et par sexe, ainsi que la répartition entre les différentes catégories de médecins jouent un rôle important dans l'offre de services médicaux. Depuis de nombreuses années, la problématique du vieillissement des médecins dans les pays de l'OCDE suscite des inquiétudes quant à l'insuffisance de la relève, bien que dans plusieurs pays, les départs à la retraite s'avèrent souvent progressifs et de plus en plus tardifs<sup>37</sup>. »

En moyenne, près d'un tiers des médecins dans les pays de l'OCDE étaient âgés de plus de 55 ans en 2011, contre un sur cinq en 2000. On peut donc s'attendre à une vague de départs à la retraite au cours de la prochaine décennie, bien qu'un nombre non négligeable de médecins continuent désormais d'exercer au-delà de 65 ans. En Belgique, en France et en Italie, plus de 40 % des médecins étaient âgés de plus de 55 ans en 2011. À l'inverse, moins de 15 % des médecins au Royaume-Uni et en Corée étaient âgés de plus de 55 ans, du fait de l'arrivée de nombreux jeunes diplômés dans la profession au cours des dix dernières années<sup>38</sup>. [cf. annexe 2]

#### 1.1.5 La Bourgogne : un désert médical ?

La Bourgogne n'est pas la région la plus favorisée concernant la densité des professionnels de santé. Sa densité est en dessous de la moyenne nationale. Des points sont difficiles, en particulier la Nièvre, l'Yonne et le Nord de la Côte-d'Or. Dans la Nièvre, les difficultés s'expliquent par l'éloignement avec le lieu de formation des médecins (Dijon). En France, les médecins choisissent plutôt de s'installer à proximité d'un lieu de formation. Les difficultés s'aggravent, alors que plus de 200 médecins sont en formation à Dijon (soit le double par rapport à 2008)<sup>39</sup>.

Selon le conseil national de l'Ordre des médecins, il y a **1332 médecins généralistes en activité régulière exerçant en secteur libéral/mixte<sup>40</sup> en Bourgogne<sup>41</sup>**. Ils sont 502 en Côte-d'Or, 157 dans la Nièvre, 433 en Saône-et-Loire et 240 dans l'Yonne<sup>42</sup>. D'après les critères de l'Assurance maladie<sup>43</sup>, **il y a dans la région 1 196 médecins généralistes libéraux au 30 juin 2014** : 438 en Côte-d'Or, 150 dans la Nièvre, 399 en Saône-et-Loire et 209 dans l'Yonne. La densité (nombre de cabinets principaux pour 100 000 habitants) va de 60,9 (Yonne) à 83,3 (Côte-d'Or) en passant par 68,1 pour la Nièvre et 71,6 en Saône-et-Loire. Au total, la densité est de 72,6 en Bourgogne, contre 80,4 pour la France<sup>44</sup>. Si l'on ajoute les cabinets secondaires, il y a 17 points d'offre en plus<sup>45</sup>.

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 25.

<sup>37</sup> OCDE, « Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie », *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013, p. 66.

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>40</sup> C'est-à-dire libéral et salarié.

<sup>41</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>42</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2015*, p. 177.

<sup>43</sup> Qui a fait le choix de raisonner en points d'offres, couplés à des critères d'activité annuelle afin d'avoir une vision plus juste de l'offre de soins en appliquant un seuil annuel d'activité de 5 000 euros.

<sup>44</sup> Assurance Maladie Bourgogne, *L'accès aux soins en Bourgogne – Éléments de contexte*.

<sup>45</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

Si la diminution des effectifs en médecine générale frappe l'ensemble des régions françaises, la Bourgogne est particulièrement touchée. Sur la période 2007-2015, la baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux/mixtes a été de 13,7 % dans la région (contre 10,3 % au niveau national). Elle est la troisième région la plus impactée (derrière l'Ile-de-France et PACA)<sup>46</sup>. Fin 2013, *Le Figaro* classait même la Bourgogne parmi les « 5 régions qui font fuir les médecins depuis 2007<sup>47</sup>. » En 2013, si 42 généralistes se sont installés en Bourgogne, 50 généralistes libéraux/mixtes ont cependant cessé leur activité cette même année. Pour l'année 2013, la région a donc perdu 8 médecins généralistes<sup>48</sup>.

La **densité médicale** est de 88,7 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants en France. En 2007, cette densité était de 100,1. Toutes les régions enregistrent une baisse (plus ou moins importante) de la densité médicale. **La région Bourgogne est la deuxième région (derrière l'Ile-de-France) à enregistrer la plus forte baisse** : elle est passée de 93,8 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 100 000 habitants en 2007 à 78,6 en 2015, soit une diminution de 16,2%<sup>49</sup>. À l'échelle départementale, les écarts de densité médicale mettent en évidence des départements qui se désertifient nettement plus rapidement. Ainsi ceux de Paris et de **l'Yonne** enregistrent une baisse de 25 % sur la période 2007-2015<sup>50</sup>.

Cependant, comme le rappelle Michaël BRAÏDA, « *les enjeux sont au-delà des densités comparées d'un département à l'autre : ils portent sur les écarts constatés au niveau infra-territorial. La Bourgogne est concernée par un nombre important de zones déficitaires en professionnels de santé libéraux. Avec le vieillissement des médecins, nous serons en grande difficulté dans les prochaines années. Certaines zones le sont déjà, telles que Château-Chinon*<sup>51</sup>. » En effet, la région « *se caractérise par une densité de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux inférieure à la densité nationale, ce qui est aggravé par leur inégale répartition*<sup>52</sup>. » **En 2012, 22 bassins de vie étaient concernés par une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne nationale**<sup>53</sup>. Au total, 45 % des bassins de vie de la région se caractérisent par une densité faible<sup>54</sup>. [cf. annexe 3]

Entre 2007 et 2013, 58 bassins de vie de Bourgogne ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes, allant de - 67 % pour le bassin de vie de Aillant-sur-Tholon à - 4 % (Avallon). 24 bassins de vie ont maintenu leurs effectifs tandis que 10 ont enregistré une augmentation pouvant aller de + 14 % (La Clayette) à + 33 % (Corbigny). Mais le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que la présence des médecins « *est à corrélérer avec le comportement de la population générale. On note que certains bassins de vie qui enregistrent une baisse des effectifs en médecine générale sont également confrontés à une diminution de la population générale. Il s'agit des bassins de vie suivants : Le Creusot, Gueugnon, Montbard, Châtillon-sur-Seine, Tonnerre, Saint-Florentin, Bourbon-Lancy, Fourchambault, Autun, Montceau-les-Mines, Château-Chinon (Ville), Decize, Nevers, Imphy, Saulieu, Clamecy, Migennes, Digoin, Langres, Avallon, Charolles, Lormes.* » Mais, *a contrario*, « *des bassins de vie*

---

<sup>46</sup> À l'inverse, les régions Franche-Comté et Alsace comptabilisent les moins fortes baisses (-3,6 %).

<sup>47</sup> « Déserts médicaux : bilan plus que mitigé », *Le Figaro*, 13 décembre 2013.

<sup>48</sup> ARS de Bourgogne, *Les installations de médecins généralistes libéraux au cours des 5 dernières années en Bourgogne*, s.l.n.d., p. 1.

<sup>49</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas...*, *op. cit.*, p. 184. À l'opposé, les régions Franche-Comté, Corse et Alsace semblent relativement préservées par cette désertification de la profession puisqu'elles enregistrent les plus faibles diminutions de densités médicales sur la période 2007-2015. En Franche-Comté, elle est passée de 97,8 à 92, soit une baisse de 5,9 %.

<sup>50</sup> Seuls les départements de la Savoie et du Doubs semblent épargnés : ils enregistrent une stabilisation voire une légère hausse.

<sup>51</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas...*, *op. cit.*, p. 184.

<sup>52</sup> ARS de Bourgogne, *La Stratégie régionale de santé en Bourgogne à l'horizon 2016 : du diagnostic aux priorités*, février 2012, p. 13.

<sup>53</sup> ARS, CRSA, *Rapport sur les droits des usagers du système de santé, année 2013*, p. 15.

<sup>54</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2013*, p. 47.

recensent une diminution des médecins généralistes libéraux et mixtes alors que la population générale a augmenté. Se pose alors la question de l'accessibilité aux soins primaires<sup>55</sup>. » [cf. annexe 4]

La moindre densité et l'inégale répartition sur le territoire sont aggravées par la **proportion des médecins âgés de plus de 55 ans**. Certaines zones seront donc confrontées au **défi du remplacement**. La **Nièvre** et l'**Yonne** appartiennent aux 36 départements dans lesquels la part des médecins (généralistes et spécialistes) âgés de plus de 55 ans est supérieure à la part de ceux âgés de 30 à 54 ans<sup>56</sup>. D'ici cinq à dix ans, la majorité des médecins est donc susceptible de partir en retraite. Au niveau des seuls généralistes, la **Nièvre** fait partie des dix départements les plus à risque : 56,38 % des généralistes ont entre 55 et 70 ans<sup>57</sup>. [cf. annexe 5]

**Parmi treize unités urbaines étudiées par l'INSEE, certaines cumulent une faible densité de médecins généralistes et une part élevée de médecins âgés de 55 ans ou plus**. C'est le cas des unités urbaines de Migennes et Montceau-les-Mines, avec près de six praticiens sur dix relevant de cette tranche d'âge. Celles de Cosne-Cours-sur-Loire, Nevers et Chalon-sur-Saône sont aussi concernées par le vieillissement des généralistes<sup>58</sup>.

L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels<sup>59</sup>. À cette fin, ils ont créé une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires. Les missions régionales de santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004 et intégrées aux ARS en 2010, ont défini en 2005 et actualisé en 2007 des zones sous médicalisées pour les médecins généralistes. Ces zones dites « déficitaires » constituent une priorité d'action pour les parties signataires ainsi que pour l'ARS. En 2007, elles sont au nombre de 24 en Bourgogne. [cf. annexe 6]

La moindre densité et l'inégale répartition se retrouvent également parmi les spécialistes et les praticiens hospitaliers. Quand elle était de 88/100 000 habitants au niveau national au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la densité de médecins spécialistes libéraux en Bourgogne plafonnait à **65/100 000 habitants**. Si cette densité était de **84 en Côte-d'Or, elle tombait à 63 dans la Nièvre, 58 en Saône-et-Loire et 50 dans l'Yonne**. Selon l'ARS, l'inégale répartition des médecins libéraux est encore plus marquée pour les médecins spécialistes, avec une forte concentration dans les grandes villes et près des centres hospitaliers<sup>60</sup>. 75 bassins de vie de Bourgogne n'avaient pas de gynécologue (en mode d'exercice libéral et mixte) en 2013<sup>61</sup> ; 73 bassins n'avaient pas de psychiatre<sup>62</sup>. Au niveau des 1 715 postes de **praticiens hospitaliers** de Bourgogne (répartis sur 44 établissements), 383 étaient vacants, soit un taux de vacance de 22,3 %. La répartition départementale est inégale : le taux de vacance est de 32,4 % dans la Nièvre, 24,8 % dans l'Yonne, 19,5 % en Saône-et-Loire et 19,2 % en Côte-d'Or. Mais la répartition est également

---

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>56</sup> 56,02 % des médecins nivernais ont entre 55 et 70 ans. Ce taux est de 56,11 % dans l'Yonne.

<sup>57</sup> « Démographie médicale : les départements les plus touchés d'ici 5 à 10 ans », *La Gazette des communes* [en ligne], 23 février 2015, <<http://www.lagazettedescommunes.com/328769/demographie-medical-les-departements-les-plus-touche-dici-5-a-10-ans/>> (page consultée le 12 mars 2015).

<sup>58</sup> Annick DÉTROIT, Christine LECRENAIS, « Quartiers prioritaires en Bourgogne : une offre et un accès aux services de santé très variables », *Insee Analyses*, n°13, juin 2015, p. 4.

<sup>59</sup> Traduite dans l'avenant n°20 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée le 12 janvier 2005.

<sup>60</sup> ARS de Bourgogne, *Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne*, p. 48-49.

<sup>61</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale...*, *op. cit.*, p. 51. En 2013, on recensait 53 gynécologues médicaux en activité régulière. Sur la période 2008-2013, les effectifs ont diminué de 23 %. Cette tendance va se confirmer sur la période 2013-2018 (-19 %).

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 57. Entre 2008 et 2013, les effectifs de psychiatres ont diminué de 10,3 % (pour atteindre 87 psychiatres). Cette tendance va également se confirmer sur la période 2013-2018 (-8 %).

inégale au niveau infra-départemental : lorsque l'on considère le taux de vacance en Côte-d'Or par établissement, « on s'aperçoit que si l'on enlève le CHU et le CH la Chartreuse, le taux est de 32,3 %, soit le niveau de la Nièvre<sup>63</sup>. » Enfin, Denis VALZER rappelle qu'« il y a également des spécialités pour lesquelles tous les établissements rencontrent des difficultés, comme l'anesthésie, la radiologie et l'imagerie médicales... **C'est d'autant plus inquiétant lorsque ces difficultés sont concomitantes à celles rencontrées dans le privé**<sup>64</sup>. » Par exemple, quatre titulaires exercent au sein du service gynécologie-obstétrique du centre hospitalier d'Auxerre. Celui-ci a perdu trois praticiens depuis mi-2013. Deux postes sont ouverts depuis août 2014 ; aucune candidature n'a été reçue. L'hôpital de Sens accuse également un manque de praticiens en gynécologie<sup>65</sup>.

## 1.2 Les difficultés d'accès aux soins

### 1.2.1 Des difficultés d'accès géographique...

L'accès aux soins est « trop souvent difficile pour les citoyens<sup>66</sup>. » Tout d'abord, « les critères d'accessibilité géographique font apparaître de véritables déserts médicaux<sup>67</sup>. » Cette **notion d'accessibilité géographique** a été introduite par la loi HPST, dans la définition du schéma régional d'organisation des soins (SROS)<sup>68</sup>. **Selon la DRESS, 95 % de la population a accès en moins de quinze minutes à des soins de proximité**<sup>69</sup>. Concernant les seuls médecins généralistes, 84 % de la population dispose d'au moins l'un d'entre eux dans sa commune de résidence. Au final, « moins de 1 % de la population, vivant dans 4 % des communes françaises, se trouve à plus de quinze minutes de trajet d'un médecin généraliste en 2007. Cela concerne environ 600 000 personnes vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses et à faibles densités de population, qui cumulent d'ailleurs l'éloignement aux autres équipements et services<sup>70</sup>. » Trois régions sont plus touchées : la Corse, la Champagne-Ardenne et l'Auvergne, avec respectivement 11 %, 2 % et 1,5 % de leur population à plus de quinze minutes d'un médecin généraliste.

En 2012, la DREES a proposé un nouvel indicateur de mesure de l'accessibilité spatiale aux médecins généralistes libéraux : **l'accessibilité potentielle localisée (APL)**. Cet indicateur tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. S'il est calculé au niveau de chaque commune, il prend également en compte l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. En 2010, l'APL est en moyenne de **71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en France**. L'APL est plus élevée pour les habitants des communes urbaines. Les communes rurales isolées ont une accessibilité plus élevée (63 ETP pour 100 000 habitants) que les communes rurales situées en périphérie des pôles (52 ETP pour 100 000 habitants)<sup>71</sup>. Seuls 0,20 % des Français (soit 130 000 habitants) ont une accessibilité nulle aux médecins généralistes car ils vivent à 15 minutes ou plus du cabinet le plus proche. À l'opposé, 0,22 % de la population (140 000 habitants) vit dans une commune où l'accessibilité est

<sup>63</sup> Denis VALZER, délégué interrégional de la Fédération hospitalière de Bourgogne et Franche-Comté, audition du 16 juin 2015.

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> « L'hôpital en manque de gynécologues », *Le Journal du Centre*, 7 janvier 2015.

<sup>66</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 17.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> Art. L.1434-7 : « Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. »

<sup>69</sup> Fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux.

<sup>70</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 17.

<sup>71</sup> DREES, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et résultats*, n°795, mars 2012, p. 1.

supérieure à 141 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit le double de la moyenne nationale<sup>72</sup>. Mais l'âge des médecins doit également être pris en considération car « *les jeunes médecins généralistes libéraux sont moins bien répartis que leurs aînés*<sup>73</sup>. » Aussi l'APL aux médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans est-elle assez différente de celle à l'ensemble des médecins. [cf. annexe 7]

Il résulte que **l'attraction des grandes agglomérations semble prédominer dans le choix d'installations des jeunes médecins**. « *À l'inverse, les jeunes médecins généralistes sont peu accessibles aux habitants des communes de la périphérie des petits et moyens pôles et aux habitants des communes isolées [...]. Au sein de l'espace rural, les jeunes médecins généralistes sont finalement plus accessibles pour les habitants de la périphérie des grands pôles [...], contrairement à ce que l'on observait pour l'ensemble des médecins généralistes*<sup>74</sup>. » L'étude rappelle cependant que ces données ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur l'évolution des inégalités territoriales d'accès aux soins : « *cette évolution dépendra aussi fortement de la localisation des médecins qui ne sont pas encore en activité et notamment de leur propension à s'installer là où la démographie de la population est dynamique et les départs en retraite de médecins nombreux*<sup>75</sup>. »

Au final, les résultats des études sont satisfaisants pour 95 % de la population. « *Il n'en demeure pas moins un réel problème d'accessibilité aux soins pour les 5 % restants, qui représentent quand-même plus de trois millions d'habitants*<sup>76</sup>. » Mais la mesure des temps d'accès n'est pas forcément la variable la plus pertinente. « *La disponibilité effective des médecins, c'est-à-dire le temps d'attente pour obtenir une consultation, est dans les faits plus importante*<sup>77</sup>. » Or les temps d'attente tendent à s'allonger<sup>78</sup>. Pour Hervé MAUREY, « *cette situation est extrêmement préoccupante, car elle peut priver les patients des soins dont ils ont besoin, ou retarder ceux-ci, au risque de mettre gravement en danger la santé des personnes concernées*<sup>79</sup>. »

En Bourgogne, selon l'ARS, 99,7% de la population a un accès théorique à moins de 15 minutes d'un point d'offre de médecin(s) généraliste(s). Pour 30 communes (soit 4 565 habitants), l'accès théorique vers un médecin généraliste dépasse les 15 minutes (temps maximum : 20 minutes). La Saône-et-Loire ne comporte qu'une seule commune (soit 280 habitants) éloignée de plus de 15 minutes d'un médecin généraliste<sup>80</sup>. Cependant, cette apparente proximité doit être relativisée. Des temps d'accès même courts peuvent être pénalisants pour des personnes à mobilité réduite habitant dans des territoires non équipés d'un réseau de transports en commun. Mais surtout, les temps d'accès ne prennent pas en compte les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Michaël BRAÏDA précise que « *certains assurés ont des difficultés pour trouver un médecin traitant : des médecins sont tellement débordés qu'ils ne peuvent pas prendre de nouveaux patients. C'est notamment le cas dans l'Yonne. La fonction de conciliateur est méconnue. C'est une sorte de médiateur qui, lorsqu'il est consulté par un assuré ou un professionnel de santé, essaie de trouver une solution. Il intervient pour des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU (peu de signalements) ou lorsqu'un assuré n'arrive pas à trouver un médecin traitant. Il y a eu 50 signalements en 2014 en Bourgogne, dont 45 venant de l'Yonne*<sup>81</sup>. »

---

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 19.

<sup>77</sup> *Ibid.*

<sup>78</sup> Le délai d'attente, pour un rendez-vous signalé comme non urgent, varie entre 18 jours pour voir un pédiatre, 40 jours pour un rendez-vous chez un gynécologue et 133 jours pour un ophtalmologiste, soit près de quatre mois et demi. Les délais d'attente maximum peuvent dépasser très largement ces moyennes (*Ibid.*).

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>80</sup> ARS de Bourgogne, *Les temps d'accès des Bourguignons aux professionnels de santé libéraux*, juillet 2014, p. 5.

<sup>81</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

Estimés de commune à commune, les délais d'attente ne permettent pas non plus de traiter la problématique de l'accessibilité aux soins dans certains quartiers de grandes agglomérations. Car l'accès aux soins peut être également problématique dans les **quartiers prioritaires de Bourgogne**. La densité des cinq services de santé de premier recours<sup>82</sup> est un facteur important. Mais l'accès dépend également de la localisation des professionnels de santé et de la présence d'un réseau de transports en commun adapté. « *Ainsi, une forte concentration de ces équipements sur le centre d'une ville est susceptible de freiner l'accès aux soins des habitants des autres quartiers*<sup>83</sup>. » Si des unités urbaines peuvent être plutôt bien équipées<sup>84</sup>, tous les quartiers ne sont cependant pas sur le même pied d'égalité. Par exemple, l'accès aux soins apparaît plus difficile dans les quartiers « La Chanaye-Résidence » à Mâcon, « Saint-Laurent » à Cosne-Cours-sur-Loire et « Saint-Pantaléon » à Autun. Tous trois sont éloignés d'une offre de santé se situant principalement sur le centre-ville, surtout à Autun et à Cosne-Cours-sur-Loire<sup>85</sup>. L'unité urbaine de Migennes est la plus défavorisée en matière d'accès aux équipements de santé. Avec 34 professionnels de santé pour 10 000 habitants, la densité de professionnels de santé est de loin la plus faible des treize unités urbaines. Les services de santé de premier recours sont aussi trop distants les uns des autres pour constituer un pôle. L'unité urbaine ne dispose par ailleurs ni d'un centre hospitalier, ni d'une clinique ni d'aucune structure complémentaire de soins<sup>86</sup>.

Enfin, il convient de souligner que les consultations n'ont pas nécessairement lieu au plus proche du domicile du patient : au-delà de la proximité du lieu de résidence, les délais d'attente, le secteur de conventionnement, la réputation du professionnel, la proximité du lieu de travail sont quelques-uns des facteurs qui influent dans le choix du professionnel de santé. Ainsi, dans les Pays de la Loire, sur dix consultations de médecin généraliste, quatre ne se font pas au plus proche de la commune de résidence du patient, et près de la moitié pour les autres professionnels de santé<sup>87</sup>.

### 1.2.2 ... aux difficultés d'accès pour raisons financières...

La protection financière apportée par l'assurance maladie publique ou privée réduit considérablement le montant que les personnes paient directement pour les soins médicaux. Toutefois, le poids de ces dépenses directes peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé. Les ménages ayant des difficultés à payer leurs factures médicales peuvent reporter à plus tard voire renoncer à des soins de santé dont ils ont besoin. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 20 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients<sup>88</sup>. Dans la pratique, de nombreux pays ont mis en place des mesures visant à éviter que les populations vulnérables aient à supporter des paiements trop importants.

En France, les ordonnances de 1945 et la Constitution de 1946 instituent une **Assurance maladie** à destination des salariés et de leur famille sur la base de trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. L'Assurance maladie a progressivement étendu sa protection à d'autres catégories de population. Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins existent pour les personnes en situation précaire :

---

<sup>82</sup> Médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste et pharmacien.

<sup>83</sup> Annick DÉTROIT, Christine LECRENAIS, « Quartiers prioritaires... », art. cit., p. 2.

<sup>84</sup> Avec plus de 50 professionnels pour 10 000 habitants, Beaune, Autun, Dijon et Joigny détiennent les densités les plus élevées. Viennent ensuite Cosne-Cours-sur-Loire, Auxerre, Sens et Mâcon.

<sup>85</sup> Annick DÉTROIT, Christine LECRENAIS, « Quartiers prioritaires... », art. cit., p. 2.

<sup>86</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>87</sup> INSEE Pays de la Loire, « Accès aux soins de premier recours dans les Pays de la Loire : renforcer l'offre dans les territoires fragiles », *Études*, n°124, décembre 2013.

<sup>88</sup> OCDE, « Dépenses de santé à la charge des patients », *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013, p. 140.

- la **couverture maladie universelle (CMU)** permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis plus de trois mois de bénéficier de la prise en charge des soins par les assurances maladie et maternité du régime général ;
- la **CMU complémentaire (CMU-C)** est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle ou une assurance complémentaire) mais gratuite et accordée pour un an renouvelable, sur la base des ressources des 12 mois précédant la demande ;
- l'**aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)** est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est destinée aux personnes dont les ressources sont faibles mais supérieures à celles ouvrant droit à la CMU-C<sup>89</sup> ;
- l'**aide médicale de l'État (AME)** s'adresse aux étrangers résidant en France en situation irrégulière depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Début 2012, la Bourgogne comptait **39 500 bénéficiaires**<sup>90</sup> (assurés et ayants-droit) **de la CMU, soit 2,3 % de la population. 84 100 Bourguignons**<sup>91</sup> (assurés et ayants-droit) **bénéficiaient de la CMU-C**, soit 5 % de la population, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (6 %). Entre 2007 et 2012, la part des bénéficiaires de la CMU-C reste stable en Bourgogne comme en France hexagonale. Cependant, la proportion de bénéficiaires dans la population varie d'un département à l'autre, et davantage encore d'un canton à l'autre. La part des bénéficiaires de la CMU-C est plus importante dans les cantons du Nord et de l'Ouest de la Bourgogne<sup>92</sup>. [cf. annexe 8]

Au 31 décembre 2013, l'ACS concernait 22 334 Bourguignons<sup>93</sup>, soit 1,9 % de la population (ce taux était de 2,2 % pour la France)<sup>94</sup>.

Pour compléter les prestations des régimes obligatoires d'Assurance maladie, les assureurs (sociétés d'assurance privées, mutuelles, institutions de prévoyance) proposent des contrats de **complémentaire santé**. En 2013, le taux de mutualisation était de 61 % en Bourgogne. L'Yonne reste le territoire le plus mutualisé (64,16%) ; la Saône et Loire, le moins mutualisé (56,44%). L'assurance complémentaire santé peut être souscrite soit à titre individuel, soit en adhérant à un groupe par l'intermédiaire de l'employeur ou d'associations professionnelles ou non. La mise en place d'une couverture collective n'était pas obligatoire pour toutes les entreprises. La loi relative à la sécurisation de l'emploi<sup>95</sup> contraint celles-ci à protéger leurs salariés grâce à une mutuelle santé collective, obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2012-2016** vise à articuler l'intervention des organismes d'Assurance maladie et de protection sociale, des services sociaux départementaux, des services de la cohésion sociale et des

<sup>89</sup> La réforme de l'ACS est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Le Gouvernement a fait évoluer ce dispositif en sélectionnant les contrats éligibles afin de simplifier le choix des bénéficiaires et de leur permettre de voir baisser significativement le coût de leur complémentaire santé, ou d'obtenir, pour un même prix, des contrats offrant une meilleure couverture. De plus, à compter du 1<sup>er</sup> juillet, de nouveaux avantages sont associés à l'ACS. À l'absence de dépassements d'honoraires s'ajoutent le bénéfice du tiers payant intégral et la suppression des franchises médicales et de la participation de 1 euro par consultation. (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Réforme de l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Un dispositif renforcé pour améliorer l'accès aux soins*, dossier de presse, 29 juin 2015.)

<sup>90</sup> 10 714 en Côte-d'Or (2 % de la population), 7 454 dans la Nièvre (3,3 %), 11 186 en Saône-et-Loire (1,9 %), 10 147 dans l'Yonne (2,9 %).

<sup>91</sup> 24 832 en Côte-d'Or (4,6 % de la population), 13 300 dans la Nièvre (5,9 %), 26 513 en Saône-et-Loire (4,6 %), 19 449 dans l'Yonne (5,5 %).

<sup>92</sup> ORS de Bourgogne, *Précarité et accès aux soins*, novembre 2013, p. 1.

<sup>93</sup> 5 554 bénéficiaires en Côte-d'Or, 3 065 dans la Nièvre, 8 813 en Saône-et-Loire et 4 902 dans l'Yonne.

<sup>94</sup> Assurance Maladie Bourgogne, *L'accès aux soins en Bourgogne – Éléments de contexte*.

<sup>95</sup> Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

collectivités territoriales. L'accès au droit commun est la finalité principale. Car les dispositifs cités *supra* ne règlent pas le problème. En effet, « *il ressort de nombreux constats documentés que la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant de « non recours aux droits », autrement dit de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés. Par ailleurs en second lieu, il est établi que certains professionnels de santé refusent l'accès au système de soins à des bénéficiaires de ces dispositifs. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes*<sup>96</sup>. »

Le **non recours** est une réalité complexe. Il résulte souvent d'une complexité institutionnelle qui fait, tout autant que le refus de soins, obstacle à l'accès aux soins. Le manque d'information<sup>97</sup>, l'incompréhension du dispositif, la complexité des démarches, la peur de la stigmatisation et le contrôle effectué par les administrations contribueraient pour une part déterminante à ce que les bénéficiaires ne sollicitent pas leur affiliation à ces dispositifs. Selon le Fonds CMU, le taux de non recours s'élevait, au 31 décembre 2012, à **plus de 20 % des bénéficiaires potentiels à la CMU-C** (1,7 million de personnes).

Le **refus de soins** est un phénomène démontré par les enquêtes depuis dix ans. « *Si les taux varient selon les enquêtes, les situations de refus de soins persistent à un niveau élevé*<sup>98</sup>. » Il existe cependant de **fortes disparités** selon les **territoires** (les refus apparaissent de façon plus marquée dans les grandes villes)<sup>99</sup>, selon les **secteurs** dont relèvent les praticiens (les refus sont plus importants pour les médecins exerçant en secteur 2 que pour ceux du secteur 1<sup>100</sup>) et selon les **catégories des professionnels de santé**<sup>101</sup>. **Ces refus prennent différentes formes** : la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ; l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital (sans raison médicale énoncée) ; le refus d'élaborer un devis ; le non-respect des tarifs opposables ; l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé ; le refus de dispense d'avance des frais. Les contraintes administratives<sup>102</sup>, les désagréments économiques<sup>103</sup> ou des motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires et aux stéréotypes qui s'y attachent<sup>104</sup> sont régulièrement invoqués par les professionnels de santé pour justifier les refus de soins. En Bourgogne, s'il n'y a quasiment pas de signalement au conciliateur de refus de soins liés à la situation de précarité, cela « *ne signifie pas qu'il n'y ait pas de pratiques assimilables à des refus de soins*<sup>105</sup>. »

---

<sup>96</sup> Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014, p. 2.

<sup>97</sup> Selon le Défenseur des droits, le manque d'information des usagers se double d'un déficit d'information des agents appelés à promouvoir, voire à mettre en œuvre le dispositif.

<sup>98</sup> Défenseur des droits, *Les refus de soins...*, *op. cit.*, p. 13.

<sup>99</sup> **Une enquête de l'IRDES en 2012 a révélé l'absence ou le faible nombre de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C dans la Nièvre et dans l'Orne, deux départements ruraux.** Selon cette enquête, « *les modèles mettent en évidence que les médecins installés en milieu rural refusent significativement moins et ont des délais plus courts que leurs confrères urbains.* » (IRDES, *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre*, mai 2012, p. 94.)

<sup>100</sup> Les médecins exerçant en secteur 2 ne sont pas autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME.

<sup>101</sup> Les refus de soins sont plus fréquents chez les dentistes que chez les médecins. S'agissant des médecins, les refus de soins sont plus élevés pour les spécialistes que pour les généralistes. Ce résultat est néanmoins à nuancer en fonction de la spécialité du médecin et du secteur.

<sup>102</sup> Délais de remboursement parfois très longs et rejets de remboursement.

<sup>103</sup> Perte financière, en particulier pour les médecins exerçant en secteur 2.

<sup>104</sup> Différentes enquêtes révèlent que certains professionnels de santé considèrent les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME moins rigoureux que les autres assurés sociaux. Ils ne décommanderaient pas les rendez-vous qu'ils ne peuvent honorer et oublieraient fréquemment leurs papiers. Certains professionnels interrogés dans le cadre de ces études arguent que les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME seraient plus agressifs et globalement moins respectueux que les autres patients.

<sup>105</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

Les difficultés d'accès aux soins pour raisons financières peuvent déboucher sur des situations de « **renoncement aux soins** ». Ce concept «  *vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, c'est-à-dire non reçus alors que le patient en ressentait la nécessité*<sup>106</sup>. » Selon l'enquête ESPS 2012, en France métropolitaine, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins. Les facteurs explicatifs du renoncement aux soins restent les mêmes, quel que soit le type de soins considéré : ce sont les personnes sans complémentaire santé qui déclarent le plus fréquemment renoncer à des soins pour raisons financières<sup>107</sup>. Cependant, comme le rappelle Michaël BRAÏDA, les statistiques concernant le renoncement aux soins sont nationales. «  *Or le problème est plus marqué en Ile-de-France, où de nombreux généralistes sont en secteur 2*<sup>108</sup>. » **En Bourgogne, il ne semble pas qu'il y ait un « sérieux » problème d'accès au médecin généraliste pour des raisons financières.**

Enfin, il convient de rappeler que les difficultés d'accès aux soins pour raisons géographiques et financières ont des conséquences sur les **urgences**. La difficulté à trouver un médecin généraliste et/ou un médecin spécialiste à proximité peut pousser les personnes à s'orienter vers les urgences de l'hôpital le plus proche. Or cette solution n'est pas souhaitable, ni d'un point de vue individuel pour être soigné dans les meilleures conditions, ni d'un point de vue collectif pour optimiser les usages du système. Le nombre de passages aux urgences hospitalières a plus que doublé en vingt ans. Les services d'urgences sont confrontés à des phénomènes d'engorgement. Diverses études se sont intéressées aux motivations des patients qui se rendent aux urgences. 70 % d'entre eux s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone. Les trois facteurs les plus souvent cités sont la proximité de l'établissement, le sentiment de gravité ou d'urgence, et le besoin d'un plateau technique spécialisé. Selon l'ORS, le taux de recours aux urgences en Bourgogne était de 272 passages pour 1 000 habitants en 2006 (contre 255/1 000 en France métropolitaine) ; 22 % de ces passages ont nécessité une hospitalisation (contre 20 % en France hexagonale)<sup>109</sup>. Comme le souligne Denis VALZER, «  *les urgences sont le point de focalisation de tous les dysfonctionnements du système de santé, qu'ils soient financiers, liés à la démographie des médecins libéraux ou aux modifications de la pratique médicale [...]. On constate une diminution du recours dans les secteurs avec des maisons médicales de garde et dans ceux avec SOS médecins. Pour autant, il y a une **augmentation des entrées aux urgences de 5-6 % par an** dans les plus gros centres*<sup>110</sup>. »

### 1.2.3 ... en passant par les obstacles de nature culturelle

Dans toutes les sociétés, il existe des facteurs socioculturels qui influencent profondément la façon dont les personnes perçoivent leur corps et gèrent leur santé. Selon Médecins du monde, ces déterminants socioculturels peuvent se définir comme «  *l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin*<sup>111</sup>. »

Comme le note Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis et auteur d'un rapport sur l'accès aux soins des plus démunis, différents travaux de recherche accréditent l'idée d'une

---

<sup>106</sup> IRDES, « L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n°198, mai 2014, p. 5.

<sup>107</sup> *Ibid.*

<sup>108</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

<sup>109</sup> ORS de Bourgogne, *La santé observée en Bourgogne. Faits marquants*, décembre 2009.

<sup>110</sup> Denis VALZER, délégué interrégional de la Fédération hospitalière de Bourgogne et Franche-Comté, audition du 16 juin 2015.

<sup>111</sup> Médecins du monde, *Accès aux soins. Les déterminants socioculturels*, janvier 2012, p. 5.

« culture des soins spécifique aux populations en situation de précarité ». Les caractéristiques de cette culture sont notamment des problèmes de santé, comportements et « mauvaises habitudes » hérités du milieu familial<sup>112</sup>, une conscience parfois faible de la maladie et du besoin de se faire soigner (associée à une moindre perception de la douleur), un moindre recours aux actes de prévention<sup>113</sup>, un recours privilégié aux médecins généralistes (couplé à un moindre recours aux spécialistes) et à certains lieux de soins (notamment l'hôpital) ainsi qu'une demande auprès des services de soins qui survient tardivement dans l'histoire de la maladie. Cette dernière caractéristique engendre des surcoûts importants pour le système de soins dans son ensemble, et en particulier pour l'hôpital : la fragilité physique plus importante conduit à prolonger le séjour au-delà de la durée moyenne. S'ajoutent également la lourdeur de la prise en charge et les difficultés à trouver une solution d'aval satisfaisante<sup>114</sup>.

Pour le CESER de Midi-Pyrénées, l'importance des obstacles de nature culturelle ne doit pas être minorée : « le niveau de revenu, les facteurs sociaux ne suffisent pas toujours à expliquer certains comportements, certaines difficultés. Ainsi, les conditions de vie, les habitudes culturelles, culturelles, qui peuvent influencer sur l'état de santé et le rapport à la santé, ne sont pas forcément liées au statut social<sup>115</sup>. »

## 1.3 Des besoins en augmentation

---

### 1.3.1 Une progression de la demande de soins

Tout d'abord, les soins de santé appartenant aux services dits « supérieurs », leur niveau de consommation s'accroît plus que proportionnellement au niveau de revenu. En 1970, la France consacrait 5,6 % de sa richesse à la dépense totale de santé. En 2011, cette part était passée à 12 %<sup>116</sup>. Ensuite, la demande de soins augmente en raison du **vieillessement de la population**. D'ici à 2050, la proportion des plus de 60 ans dans les pays développés devrait passer de 20 % à 33 %. En France, ils seront 20 millions en 2030 (contre 15 millions aujourd'hui). Ceux âgés de 75 ans et plus verront leur nombre doubler d'ici 2060, passant de 5,7 millions en 2012 à 12 millions. Les plus de 85 ans pourraient, eux, quadrupler d'ici 2050, passant de 1,4 à 4,8 millions.

### 1.3.2 Le poids des maladies chroniques en Bourgogne

Les maladies cardiovasculaires et neurovasculaires touchent au moins 6 % de la population en Bourgogne. Les taux sont plus élevés dans la Nièvre, l'Yonne et le Nord/Nord-Ouest de la Côte-d'Or. Il s'agit dans un tiers des cas d'hypertension artérielle sévère, pour un quart de cardiopathie ischémique et pour un autre quart d'insuffisance cardiaque. 5 100 personnes décèdent chaque année d'une maladie cardio-neuro-vasculaire. La Bourgogne était en situation « favorable » en 1991-1997. La mortalité de cause cardiovasculaire y a diminué ces dernières années ; mais moins qu'en France. La région présente désormais une surmortalité pour la période 2000-2007. La Nièvre, et à un moindre degré l'Yonne, sont les plus touchées. Les cancers sont la cause de la reconnaissance en affection de longue durée (ALD) de 3 % des Bourguignons, avec ici aussi des situations hétérogènes. La Nièvre et la Saône-et-Loire présentent des taux d'hospitalisation pour

---

<sup>112</sup> Suivis de grossesse défailtants, carences diverses, comportements à risque, habitudes alimentaires inadaptées, rapport particulier à la consommation d'alcool et de tabac...

<sup>113</sup> Pour des raisons de priorités, de « préférence pour le présent » et d'estime de soi, mais également du fait de la nature des messages véhiculés (par des campagnes majoritairement conçues pour la population générale) et les médias utilisés (impliquant pour la plupart de savoir lire).

<sup>114</sup> Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013, p. 44-45.

<sup>115</sup> *L'accès à des soins de qualité pour tous*, Avis du conseil économique et social de Midi-Pyrénées présenté par Georges BENAYOUN et Yvon FAU, 23 juin 2009, p. 111.

<sup>116</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 22.

ces pathologies plus élevés que les autres départements. Les décès (4 700 par an) ont diminué en Bourgogne, surtout chez les hommes. Cependant, la diminution de la mortalité par cancer est moindre en Bourgogne que dans l'ensemble de la France. Pour l'ARS, « *compte tenu de leur prévalence, des enjeux forts de prise en charge, et du caractère marqué des disparités géographiques sur ces pathologies, les maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et les cancers, constituent une préoccupation majeure dans notre région*<sup>117</sup>. » Il convient également de rappeler que les pathologies chroniques, qui sont d'ailleurs souvent des multi-pathologies, se traduisent non seulement par une consommation de soins accrue, mais aussi par de nouveaux besoins en termes de coordination, d'information et d'éducation thérapeutique.

Enfin, parmi les autres causes de morbidité/mortalité en Bourgogne, on observe : les traumatismes et empoisonnements<sup>118</sup> ; le diabète et l'insuffisance rénale chronique (dont les taux de recours aux soins hospitaliers sont supérieurs à la moyenne nationale) ; les affections ostéo-articulaires ; l'asthme ; les maladies infectieuses chroniques (hépatites, VIH-SIDA, IST) et les maladies neurologiques<sup>119</sup> ; la santé mentale et la mortalité par suicide (qui, malgré une diminution de ces décès de 16,6 % entre 1991-1997 et 2000-2007, reste légèrement supérieure à la moyenne nationale)<sup>120</sup>.

### 1.3.3 Des populations nécessitant une vigilance accrue

#### 1.3.3.1 Les jeunes

En Bourgogne, les indicateurs de morbidité et de mortalité durant la période périnatale et pendant l'enfance jusqu'à 15 ans sont comparables voire meilleurs que ceux de la France. Cependant, les traumatismes et empoisonnements restent la première cause de décès dans cette tranche d'âge (33 %, les noyades en première cause d'accidents de la vie courante) suivis des tumeurs (25 %). Les troubles psychiatriques constituent le principal motif d'admission en ALD chez les jeunes de moins de 15 ans. La Bourgogne se caractérise aussi par la disparité des situations d'enfants en danger ou risque de danger : 6,4 pour 1 000 en moyenne, 9,0 dans l'Yonne, 6,7 dans la Nièvre, 5,9 en Côte-d'Or et 5,2 en Saône-et-Loire (en 2006). Par ailleurs, la consommation régulière d'alcool est plus fréquente chez les jeunes Bourguignons qu'en France. Le suicide représente la deuxième cause de décès après les accidents de la route pour les 15-24 ans et les moins de 30 ans représentent 33 % des hospitalisations pour tentative de suicide. « *Au total, les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement fragilisés dans la région compte tenu de leur exposition aux risques liés aux addictions*<sup>121</sup>. »

#### 1.3.3.2 Les personnes âgées

Le vieillissement de la population représente une tendance particulièrement importante en Bourgogne. **En 2014, la Bourgogne est la quatrième région la plus âgée de France métropolitaine**, derrière le Limousin, Poitou-Charentes et l'Auvergne : les personnes âgées de 60 ans et plus représentent **29 % de la population régionale**, soit 4,5 points de plus que la moyenne nationale<sup>122</sup>. D'ici 2030, les ménages âgés de 65 ans et plus représenteraient 39 % de l'ensemble des ménages<sup>123</sup>. Selon l'INSEE, si les tendances récentes se poursuivent, la Bourgogne

<sup>117</sup> ARS de Bourgogne, *La Stratégie régionale de santé...*, *op. cit.*, p. 9.

<sup>118</sup> Plus nombreux qu'en France et dont un tiers est constitué par des chutes et suffocations.

<sup>119</sup> Dont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie et la sclérose en plaques.

<sup>120</sup> ARS de Bourgogne, *La Stratégie régionale de santé...*, *op. cit.*, p. 8-9.

<sup>121</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>122</sup> David BRION, Philippe GRAY, « La Bourgogne d'ici 2030 : 9 300 personnes âgées dépendantes supplémentaires », *Insee Analyses*, n°09, mai 2015, p. 1.

<sup>123</sup> David BRION, Céline SILACTCHOM, « Bourgogne 2030 : des ménages plus petits, plus nombreux et une évolution des besoins en logements », *Insee Analyses*, n°4, décembre 2014, p. 2.

compterait, à l'horizon 2030, près de **55 700 personnes âgées potentiellement dépendantes**<sup>124</sup>, soit **9 300 de plus qu'en 2014**<sup>125</sup>. Le **vieillessement** est surtout présent dans les **zones éloignées de l'influence urbaine**. En décembre 2013, les plus de 75 ans représentaient au moins 14 % de la population dans 30 cantons<sup>126</sup>. Avec un quart des habitants âgés de 65 ans et plus contre 17 % en France métropolitaine, la Nièvre est l'un des départements les plus âgés<sup>127</sup>.

Si les progrès de la médecine et l'amélioration constante des conditions de vie ont permis une forte augmentation du nombre de personnes âgées, une partie d'entre elles est ou va être dépendante. Le suivi de cette population est complexe et fait intervenir l'ensemble des soignants. Néanmoins, les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans l'organisation de la prise en charge des **personnes âgées dépendantes (PAD)**. Le nombre de patients dépendants touche certaines régions plus que d'autres. Selon une étude menée par l'URPS et l'ORS, les médecins généralistes bourguignons dénombrent en moyenne parmi leur patientèle 26 PAD vivant à domicile et 20 PAD en institution. Ces chiffres sont plus élevés que ceux des autres régions étudiées. Par ailleurs, les médecins généralistes exerçant en milieu rural ont une part croissante de PAD dans leur patientèle comparativement à ceux exerçant en milieu urbain. En Bourgogne, ce nombre est élevé, avec en moyenne 28 PAD à domicile comme en institution. La durée d'une consultation pour une PAD vivant à domicile est particulièrement longue : les médecins déclarent une durée moyenne de 26 minutes à domicile et de 24 minutes au cabinet. La durée moyenne de consultation d'une PAD en institution est, elle, de 17 minutes<sup>128</sup>.

### 1.3.3.3 Les personnes en situation de handicap

Les personnes handicapées ont plus de difficultés que les autres, notamment, et particulièrement pour accéder aux soins courants. Bien souvent, c'est à l'hôpital que ces soins doivent être réalisés, et parfois en urgence, avec toutes les difficultés que cela peut engendrer [...]. Au final, même s'il existe peu d'études sur ce sujet [...], les personnes handicapées paraissent plus exposées que les autres [...], non seulement du fait de leur handicap [...], mais également du fait de la prise en charge souvent insuffisante et souvent inadéquate<sup>129</sup>.

Selon la loi du 11 février 2005, « *constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »<sup>130</sup>. » Pour la Haute autorité de santé, « *le vécu de la personne en situation de handicap est un des principaux obstacles à son accès aux soins et une source de vulnérabilité aux accidents et maladies intercurrentes* »<sup>131</sup>. » Parmi les obstacles intrinsèques à l'accès aux

---

<sup>124</sup> La dépendance des personnes âgées est définie par des incapacités à effectuer des actes essentiels de la vie quotidienne (s'habiller, se déplacer, préparer un repas...). La grille AGGIR positionne les personnes âgées de 60 ans ou plus selon six niveaux de perte d'autonomie : du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes, au GIR 6 pour les autonomes. Les personnes sont dites dépendantes lorsqu'elles relèvent des GIR 1 à 4 (INSEE).

<sup>125</sup> David BRION, Philippe GRAY, « La Bourgogne d'ici 2030... », art. cit., p. 1.

<sup>126</sup> Rural et peu peuplé (60 190 habitants), le territoire de la Bourgogne Nivernaise (108 communes) et de l'ancien canton de Saint-Amand-en-Puisaye (six communes) se caractérise par une forte part de population âgée : 8 626 personnes de plus de 75 ans (soit 14,3 % de la population) et 2 373 personnes de plus de 85 ans (3,9 % de la population). (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA*, février 2014, p. 16.)

<sup>127</sup> Christine LECRENAIS, « L'observation sociale de la Nièvre : des défis distincts selon les territoires », *Bourgogne Dimensions*, n°187, mai 2013.

<sup>128</sup> URPS Médecins libéraux de Bourgogne, ORS Bourgogne, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes », *Le panel II de médecins généralistes en Bourgogne*, n°4, septembre 2014.

<sup>129</sup> Marie-Arlette CARLOTTI, *Séminaire sur l'accès aux soins des personnes handicapées*, 15 janvier 2013.

<sup>130</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 2.

<sup>131</sup> Haute autorité de santé, *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*, janvier 2009, p. 7.

soins des personnes en situation de handicap figurent ceux matériels (difficultés de déplacement et de mobilité) et des déficits particuliers de comportement (par exemple une moindre capacité à exprimer une douleur). Concernant les obstacles extrinsèques, les barrières à l'accès physique ou à la communication ainsi que les circuits complexes d'accès aux soins entraînent découragement et résignation liés au sentiment donné aux personnes en situation de handicap que quoi qu'elles fassent elles seront incomprises<sup>132</sup>. Comme le rappelle Yann LECOMTE, il existe « *une barrière physique : l'accessibilité des cabinets. L'échéance pour la mise en accessibilité a de nouveau été repoussée. Il n'existe pas de statistique sur ce frein. Il semble cependant important et concerne également l'accès aux pharmacies*<sup>133</sup>. »

La problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est importante en Bourgogne : pour 1 000 habitants, 5,4 étaient bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) dans la région au 31 décembre 2012 ; soit le **taux le plus élevé après la Corse, la Franche-Comté et la Martinique** (la moyenne nationale est de 4,4). Ce taux est de 6,9 dans la Nièvre.

Une mission visant à optimiser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en Bourgogne a été lancée en février 2015 par l'ARS<sup>134</sup>. Cette mission a trois objectifs majeurs : réaliser un diagnostic qualitatif ; analyser les freins et leviers à l'accessibilité ; élaborer une feuille de route et un plan d'actions concret. Le diagnostic a été présenté en juin dernier. Il montre que « *malgré une offre existante, la Bourgogne s'inscrit dans un contexte territorial peu favorable à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap*<sup>135</sup>. » Ce constat résulte à la fois d'un contexte géographique ne favorisant pas les mouvements de populations, d'une démographie médicale peu dense et d'une population avec handicap plus nombreuse qu'à l'échelle nationale. Six problématiques majeures ont été identifiées : une accessibilité physique aux soins difficile<sup>136</sup> ; des problématiques administratives et financières<sup>137</sup> ; une adéquation perfectible entre l'offre et les besoins<sup>138</sup> ; une coordination entre professionnels de santé à développer<sup>139</sup> ; une communication difficile avec les personnes en situation de handicap ; une sensibilisation et une formation à renforcer<sup>140</sup>.

#### 1.3.3.4 Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques

Selon une enquête réalisée en 2003, 25 % de la clientèle des médecins généralistes de Côte-d'Or souffrait d'une maladie mentale. Et selon une étude menée en 2010-2011 sur 511 médecins généralistes en Bourgogne, 92 % déclaraient rencontrer des difficultés pour orienter un patient en psychiatrie. « *Il en ressort que l'offre de soins en santé mentale en Bourgogne paraît peu satisfaire les médecins généralistes qui déplorent les délais importants avant hospitalisation ou consultation, ainsi que le manque de*

---

<sup>132</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>133</sup> Yann LECOMTE, président de la commission « droits des usagers » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et président du Collectif interassociatif sur la santé de Bourgogne, audition du 26 mai 2015.

<sup>134</sup> En partenariat avec la société ALCIMED.

<sup>135</sup> ARS de Bourgogne, *Optimisation de l'accès aux soins des personnes avec handicap en Bourgogne. Restitution du diagnostic*, 22 juin 2015, p. 7.

<sup>136</sup> Démographie médicale et paramédicale peu dense ; freins à la mobilité (réseau de transport et véhicules inadaptés, diminution des visites à domicile des médecins généralistes, distances importantes entre le domicile et le cabinet médical) ; locaux et équipements peu adaptés aux spécificités du handicap.

<sup>137</sup> Processus administratifs contraignants et considérés comme des obstacles à la fluidité des parcours ; prise en charge financière limitée ; tarification des actes médicaux pour les médecins libéraux non adaptée à la prise en charge des personnes.

<sup>138</sup> Offre de services en établissement parfois inadaptée aux besoins des personnes ; évaluation précise non systématique ; prise en charge inadaptée dans les services d'urgences.

<sup>139</sup> Méconnaissance réciproque entre les acteurs du sanitaire et du médico-social ; échanges d'informations à fluidifier entre les professionnels de santé eux-mêmes ainsi qu'avec les instances publiques ; coordination non optimale entre sanitaire, médico-social et maison départementale des personnes handicapées en entrée et sortie d'hospitalisation.

<sup>140</sup> Des professionnels de santé peu sensibilisés à la prise en charge des personnes handicapées ; une formation insuffisante conduisant à des impossibilités de prise en charge.

*communication entre médecins généralistes et psychiatres [...]. Plusieurs expériences qui ont cherché à améliorer l'articulation entre médecine générale et psychiatrie suggèrent la nécessité de diversifier les panels de services proposés. Il apparaît important de proposer des alternatives à l'hospitalisation classique en Bourgogne pour répondre aux difficultés croissantes de prises en charge ambulatoires et en hospitalisation des patients<sup>141</sup>. »*

### 1.3.3.5 Les personnes en situation de précarité

Les difficultés d'accès aux soins sont plus importantes pour les personnes en situation de grande précarité. Elles se trouvent frappées d'une « triple peine » : « *plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins. Et s'il n'existe pas de maladie spécifique à la précarité, il y a bien en revanche une accentuation des pathologies [...] et une fragilité plus importante. Cette fragilité porte notamment sur l'état psychologique de ces personnes qui manquent d'estime de soi et sont plus sujettes que la population générale à des angoisses et troubles psychosomatiques [...]. Au total, c'est une sorte de cercle vicieux qui est à l'œuvre, la santé se dégradant avec l'accentuation de la précarité, tandis que la maladie accroît la précarité<sup>142</sup>. »*

Concernant le parcours de santé et d'accès aux soins des personnes en situation de précarité<sup>143</sup>, l'ARS de Bourgogne a mis en évidence douze points de rupture, ou situations de discontinuité, à même d'induire un retard voire une absence de prise en charge de soins, ou un défaut de qualité de celle-ci. Le premier point de rupture est le manque de sensibilisation aux problématiques de santé des personnes en situation de précarité, d'où leur moindre attention aux déterminants de santé. « *D'autre part, les professionnels de santé de 1er recours et certains spécialistes sont peu nombreux voire absents sur certains territoires, ce qui représente un frein à l'accès aux soins. La question de l'accès aux droits, avec l'information des personnes en situation de précarité, constitue une limite supplémentaire à l'entrée dans le système de soins et il en est de même pour la difficulté liée à l'avance des frais pour certains actes techniques<sup>144</sup>. »* L'Assurance maladie a pour objectif de garantir cet accès aux droits, aux soins et à la prévention des populations fragilisées : le Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (**PLANIR**) vise à prévenir et accompagner les situations à risques.

La prise en charge des soins en ambulatoire est aggravée par la difficulté d'intégration de certaines personnes en situation de précarité (absence de rendez-vous ou non-annulation) générant l'appréhension des professionnels de santé. En outre, les centres de santé, peu nombreux à être orientés spécifiquement vers les publics précaires, sont insuffisamment repérés et sollicités par ces personnes. De ce fait, la seule porte d'entrée dans le système de soins peut devenir le service d'accueil des urgences d'établissements de santé, même si le problème présenté ne relève pas d'une situation d'urgence. La prise en charge est alors ponctuelle, sans assurance de suivi ultérieur<sup>145</sup>.

---

<sup>141</sup> Gérard MILLERET, « Place de la santé mentale en médecine générale – Région Bourgogne », DREES, *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale*, avril 2014, p. 63.

<sup>142</sup> Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis...*, op. cit., p. 45.

<sup>143</sup> Selon le docteur Katia MAZALOVIC, les personnes en situation de précarité représenteraient environ 29 % des consultants en Bourgogne. (Katia MAZALOVIC, *Précarité et accès aux soins*, 2015, p. 7.)

<sup>144</sup> ARS de Bourgogne, *Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne*, p. 11.

<sup>145</sup> *Ibid.*, p. 12.

## 1.4 Vers une « transformation » de la médecine ?

### 1.4.1 La réduction du temps d'exercice médical

L'effet de la diminution du nombre de médecins est amplifié par une **réduction du temps d'exercice médical effectivement disponible**. « *Car les jeunes médecins [...] aspirent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Ils ne sont plus disposés, comme leurs prédécesseurs, à travailler 60 à 70 heures par semaine dans des conditions de disponibilité qui faisaient de leur métier un véritable sacerdoce, mais souhaitent, légitimement, préserver du temps pour leur famille et leurs loisirs*<sup>146</sup>. » En outre, le temps médical disponible est réduit par l'**augmentation des tâches administratives**. Car l'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins. Il inclut des activités variées : formation, comptabilité, permanence des soins, exercice en établissement de santé... Selon une enquête de la DREES, 78 % des médecins généralistes travaillent 50 heures ou plus par semaine (57 heures en moyenne)<sup>147</sup>. Les médecins consultent environ 9 demi-journées par semaine (visites au domicile comprises)<sup>148</sup>. Mais ce temps passé au contact des patients s'entrecroise avec d'autres activités, en particulier de gestion (secrétariat<sup>149</sup>, comptabilité<sup>150</sup>...). Les généralistes déclarent consacrer en moyenne **4 heures** aux tâches de gestion, ce qui représente **7 % de leur temps de travail** hebdomadaire moyen. Le travail au cabinet peut aussi comprendre un temps d'encadrement des étudiants en médecine<sup>151</sup>. Les médecins généralistes doivent également suivre des formations continues (FMC) et participer à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Ils consacrent en moyenne 13 demi-journées par an à ce versant de leur activité. Enfin, 60 % des médecins généralistes déclarent participer aux gardes dans le cadre de la permanence des soins. Les médecins impliqués dans un dispositif de gardes en effectuent en moyenne 10 heures par semaine. Mais l'implication dans ces activités apparaît très variable selon le lieu d'exercice. En zone urbaine, un médecin sur deux effectue des gardes contre près de neuf sur dix en zone rurale<sup>152</sup>. Des variations selon l'âge et le genre sont également constatées<sup>153</sup>. Certains médecins s'impliquent enfin dans la régulation des appels d'urgence, dans des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure (établissement de santé, maison de retraite, crèche...) et au sein d'organisations professionnelles<sup>154</sup>.

<sup>146</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 25.

<sup>147</sup> La durée hebdomadaire de travail varie selon le lieu d'exercice : elle est de 60 heures en moyenne en zone rurale contre 56 heures en zone urbaine. Un écart de 5 heures est également observé entre les trois régions enquêtées par la DREES (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur) : la durée moyenne s'élève à 59 heures en Bourgogne contre 54 heures en PACA.

<sup>148</sup> 44 % des médecins consultent tous les samedis matins, 21 % un samedi sur deux, 14 % moins souvent, et 21 % ne consultent jamais ce jour-là. Les situations sont variables selon le lieu d'exercice : en PACA, la moitié des médecins déclare consulter tous les samedis matins ou un samedi sur deux, contre trois sur quatre en Pays de la Loire et en Bourgogne. Les médecins exerçant en zone rurale sont également plus nombreux dans ce cas (72 % contre 60 % en zone urbaine).

<sup>149</sup> La majorité des généralistes (56 %) dispose d'un secrétariat médical, les autres assurant eux-mêmes les tâches d'accueil et de prise de rendez-vous.

<sup>150</sup> Pour accomplir les tâches de gestion et de comptabilité, la moitié des généralistes (54 %) font appel à un comptable « toute l'année », 15 % « seulement au moment des déclarations fiscales », 22 % déclarent « s'en occuper eux-mêmes » tandis que 9 % confient ces tâches « à leur conjoint, à un parent, ou à un autre membre du groupe... ». Le secrétariat peut également apporter une aide dans ce domaine, puisqu'il assure dans un tiers des cas « la comptabilité de recette et les écritures comptables ».

<sup>151</sup> 19 % des médecins généralistes déclarent avoir accueilli en stage des étudiants en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

<sup>152</sup> En outre, les écarts sont particulièrement marqués entre les régions enquêtées : 44 % des médecins généralistes participent aux gardes en PACA contre 63 % dans les Pays de la Loire et 62 % en Bourgogne.

<sup>153</sup> La pratique des gardes est plus répandue chez les médecins les plus jeunes (72 % parmi les moins de 45 ans contre 53 % parmi les plus de 55 ans), et chez les hommes (64 % contre 50 % chez les femmes).

<sup>154</sup> DREES, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et résultats*, n°797, mars 2012.

## 1.4.2 L'abandon de l'obligation de garde : un changement de modèle

La mission de service public de la **permanence des soins ambulatoires (PDSA)** permet de répondre aux demandes de soins la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts. Elle est assurée par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens mais également, dans certaines conditions, par les établissements de santé. Longtemps assurée par un **tour de garde des médecins libéraux** (qui constituait pour eux une **obligation déontologique**), la permanence des soins ambulatoires s'est trouvée profondément bouleversée en **2002** : à la suite d'une grève des gardes, la décision a été prise de fonder dorénavant le système sur le **volontariat**<sup>155</sup>. Une nouvelle organisation s'est progressivement dégagée. Elle s'est traduite en 2012 par près de 700 M€ de dépenses directes de l'Assurance maladie, soit un quasi-triplement depuis 2001, indépendamment des frais engagés par les hôpitaux<sup>156</sup>. Pour la Cour des comptes, ce changement « *n'a pas fini de faire sentir ses effets, que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui* » ou par « *l'explosion des dépenses qui en résulte*<sup>157</sup>. »

Ce sont désormais les ARS qui encadrent l'organisation locale des tours de garde volontaires. Elles découpent à cet effet des « territoires de la permanence des soins ». Une notion nouvelle a été introduite dès 2003 : la **régulation médicale** des appels. Pour le patient, l'accès au médecin de permanence ne se fait plus directement, mais au travers d'un appel téléphonique au centre 15, qui filtre, donne des conseils médicaux et oriente le cas échéant vers le moyen d'« effecton » (c'est-à-dire de mise en œuvre) le plus approprié : visite d'un médecin, transport en urgence, etc. Cet appel peut également être adressé à la plate-forme téléphonique d'une association de permanence des soins. Les gardes, ainsi que la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique, sont désormais rémunérées par des forfaits d'astreinte<sup>158</sup>.

Cependant, depuis 2009, on constate une **baisse du nombre de médecins généralistes volontaires** (qui s'ajoute à la diminution tendancielle du nombre de médecins généralistes) : le volontariat concernait 47 % du total des omnipraticiens en 2011. L'érosion du nombre de médecins participant effectivement à la garde dépasse 5 % depuis 2008, soit une **diminution de 1 600 praticiens**<sup>159</sup>. **En septembre 2013, la Cour des comptes constatait, dans un nombre croissant de régions, l'apparition de « zones blanches », où la permanence des soins n'est plus assurée :**

Dans **l'Yonne**, par exemple, seuls 89 des 298 médecins généralistes, soit moins de 30 %, participent aux tours de permanence : les tableaux de garde ne sont donc pas remplis. D'après une étude de l'ARS, un médecin n'y était disponible, en 2011, que dans 61 % des cas le week-end, 57 % des cas en première partie de nuit et 45 % des cas en nuit profonde. Ailleurs, des « zones grises » où les moyens affichés ne sont pas toujours effectivement disponibles, sont également signalées<sup>160</sup>.

---

<sup>155</sup> Les causes sont à rechercher dans l'explosion de la demande de soins, l'inégalité entre médecins généralistes (sur qui la garde, non rémunérée, reposait de fait exclusivement) et médecins spécialistes, les différences de situation entre les villes et les campagnes et l'aspiration, chez les nouvelles générations, à moins de contraintes.

<sup>156</sup> Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013*, septembre 2013, p. 337.

<sup>157</sup> *Ibid.*

<sup>158</sup> Dans le nouveau système, leur montant est déterminé par les ARS, alors qu'il relevait jusque-là de la convention médicale conclue au niveau national entre l'Assurance maladie et les organisations syndicales. En revanche, les majorations pour les consultations et les visites réalisées pendant les horaires de PDSA (qui sont plus importantes si l'acte médical a été précédé d'une régulation) relèvent toujours du champ conventionnel et ne peuvent donc pas être modulées localement.

<sup>159</sup> Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013, op. cit.*, p. 341.

<sup>160</sup> *Ibid.*, p. 342.

En 2013, 50 % des médecins bourguignons ont réalisé au moins un acte de PDSA. Cependant, ce taux va de 27 % dans l'Yonne à 74 % dans la Nièvre. Près de la moitié des médecins bourguignons ont réalisé au moins une astreinte cette même année. Ici aussi, le taux varie : il est de 67 % dans la Nièvre mais de 26 % dans l'Yonne<sup>161</sup>.

Selon la Cour, les tentatives faites pour développer le nombre de médecins participant à la permanence des soins<sup>162</sup> n'ont eu qu'une **efficacité limitée**. En outre, les pratiques inégales des conseils départementaux de l'Ordre des médecins quant aux exemptions qu'ils accordent viennent réduire en partie l'efficacité de ces dispositifs. « *Ainsi une fraction significative du corps médical peut parfois échapper aux obligations, comme dans l'Yonne où le taux d'exemption atteint 14 %*<sup>163</sup>. »

Mais on constate également une **implication croissante de l'hôpital dans la permanence des soins ambulatoires**. Les services d'urgence des hôpitaux remplacent de plus en plus souvent la garde libérale après minuit, du moins hors des grandes agglomérations. « *Dans certains cas, cette substitution est plus large encore, comme dans le cas de Montbard où l'hôpital assure à lui seul l'ensemble de la mission*<sup>164</sup>. » **Ensuite, même quand des tours de garde existent, les hôpitaux continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence**. Cette participation assure que même en cas de défaillance de la garde libérale, une réponse peut toujours être apportée à la population, puisque le maillage des services d'urgence sur le territoire est serré. Cependant, elle ne constitue pas un mode de prise en charge toujours adéquat, notamment pour les personnes âgées et les maladies chroniques.

Enfin, la « régulation libérale »<sup>165</sup> exercée dans les centres 15 a des limites : 40 % des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDSA sont encore effectués sans qu'il y ait eu de régulation préalable<sup>166</sup>. Et les réponses apportées par la régulation libérale sont variables d'un département à l'autre.

Au final, pour la Cour, « *l'abandon brutal de l'obligation déontologique des médecins libéraux d'effectuer la garde s'est traduit par un transfert de responsabilité de la profession à l'État et par une explosion des dépenses de l'assurance maladie qui ont triplé depuis 2001*<sup>167</sup>. » L'avenir « *dépend au premier chef de l'implication plus active encore des médecins et de leurs instances pour assurer la continuité d'un service essentiel à la population. S'ils n'ont plus de devoir déontologique, leur responsabilité reste entière à son égard*<sup>168</sup>. »

### 1.4.3 La féminisation de la profession

En 2011, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 44 % des médecins étaient des femmes, contre 38 % en 2000 et 29 % en 1990. Neuf pays comptent désormais une majorité de femmes médecins<sup>169</sup>. Les Pays-Bas et l'Espagne ont connu des augmentations particulièrement sensibles. En France, en 2006, les femmes représentaient 53 % des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre. En 2013, elles étaient 58 %. En 2018, les femmes nouvellement inscrites représenteront plus de 60 % des effectifs.

<sup>161</sup> ARS de Bourgogne, *La permanence des soins ambulatoire en Bourgogne. Synthèse de l'activité 2013*, septembre 2014, p. 6.

<sup>162</sup> Droit de réquisition des préfets notamment.

<sup>163</sup> Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013*, op. cit., p. 341.

<sup>164</sup> *Ibid.*, p. 343.

<sup>165</sup> C'est-à-dire la participation des médecins libéraux aux centres 15.

<sup>166</sup> Soit parce que des patients sont reçus par leur médecin traitant hors garde, soit faute de régulation.

<sup>167</sup> Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013*, op. cit., p. 362.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 363.

<sup>169</sup> Estonie, Slovaquie, Pologne, République slovaque, Finlande, Hongrie, République tchèque, Portugal et Espagne.

Au niveau des **médecins généralistes** (libéraux et mixtes), l'*Atlas de la démographie médicale 2015* montre que, parmi les médecins de **moins de 40 ans**, les femmes représentent 60 % des effectifs alors que les hommes représentent 80 % des 60 ans et plus. Ces données confirment la **féménisation de la profession**. Car en 2007, les femmes représentaient 29 % des médecins généralistes libéraux et mixtes. Actuellement, elles représentent 36 % des effectifs<sup>170</sup>. **Et depuis 2007, environ deux internes de médecine générale sur trois sont des femmes**<sup>171</sup>. En Bourgogne, **855 des 2030 médecins généralistes sont des femmes**, soit 42,1 %. Ce taux est de 47,7 % en Côte-d'Or, 33 % dans la Nièvre, 42 % en Saône-et-Loire et 37,5 % dans l'Yonne<sup>172</sup>. La région appartient à celles où la variation de la féménisation de la profession entre 2007 et 2015 est jugée « moyenne » par l'Ordre des médecins. Entre 2009 et 2013, **51 % des médecins généralistes installés en Bourgogne étaient des femmes**<sup>173</sup>.

Cette part grandissante des femmes « *influe sur l'offre globale de services, du fait que leurs temps de travail sont généralement inférieurs à ceux de leurs homologues masculins. Cet écart tend toutefois à se réduire au sein des nouvelles générations*<sup>174</sup>. » Selon la DREES, la durée hebdomadaire de travail est effectivement moins élevée pour les médecins femmes (53 heures)<sup>175</sup>. Par ailleurs, elles sont plus souvent installées en zone urbaine. Concernant la permanence des soins, elles s'y consacrent dans une proportion inférieure à celle des hommes (50 % contre 64 %). Et le nombre hebdomadaire d'heures dédiées à cette activité est inférieur de 43 % à celui des hommes (6,6 contre 11,5 heures)<sup>176</sup>.

#### **1.4.4 Le choix du lieu d'exercice, de son mode et de la médecine générale**

Comme le relève Christophe LANNELONGUE, le choix du lieu d'installation est **complexe** : les nouvelles générations « *désirent une plus grande mobilité dans leur parcours, concilier vie professionnelle et vie familiale et travailler en équipe (en lien avec l'Université ou le CHU). L'emploi du conjoint et la féménisation de la profession (70 % des internes sont des femmes) doivent également être pris en considération*<sup>177</sup>. »

Selon des études réalisées ces dernières années dans plusieurs pays de l'OCDE, le **manque d'attractivité d'un lieu comme cadre de vie et de travail** est la première cause d'inégale répartition des médecins. Comme le souligne François COPREAUX, il est « *difficile d'installer un jeune médecin sur un territoire sans services publics*<sup>178</sup>. » En juillet 2014, Maurice BADOUX, président du conseil de l'Ordre des médecins de la Nièvre, rappelait que les déserts médicaux sont avant tout des déserts « *tout court* » : « *quand on supprime le bureau de poste, une classe, la perception, que va venir faire un pauvre médecin libéral ? Il ne pourra pas vivre*<sup>179</sup>. »

Les critères du choix du lieu d'installation sont **défavorables aux zones fragilisées** : « *avant de choisir un lieu d'exercice, les médecins analysent leur charge de travail future [...], les contraintes liées à l'organisation de la permanence des soins, la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique,*

<sup>170</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas...*, *op. cit.*, p. 180.

<sup>171</sup> DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Études et résultats*, n°894, octobre 2014, p. 5.

<sup>172</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas...*, *op. cit.*, p. 242.

<sup>173</sup> ARS de Bourgogne, *Les installations...*, *op. cit.*, p. 1.

<sup>174</sup> OCDE, « Répartition des médecins par âge... », art. cit., p. 66.

<sup>175</sup> DREES, « Les emplois du temps... », art. cit., p. 2.

<sup>176</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>177</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>178</sup> François COPREAUX, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

<sup>179</sup> « La médecine nivernaise aux urgences », *Le Journal du Centre*, 23 juillet 2014.

*mais aussi la qualité de vie en générale*<sup>180</sup>. » Ce choix est souvent pris par le couple. Il dépend donc des **possibilités professionnelles pour le conjoint, de scolarisation pour les enfants...** Ces considérations n'incitent pas à l'installation dans les zones déjà fragilisées au regard de la densité médicale. **Les études montrent qu'une origine rurale et l'expérience du milieu rural ont une influence** : les médecins issus de régions rurales sont plus susceptibles de s'y installer que ceux issus d'un milieu urbain<sup>181</sup>.

Une enquête BVA réalisée en mars 2007 pour le conseil national de l'Ordre des médecins montre que **63 % des étudiants en médecine et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas d'exercer en zone rurale**. Ces taux sont respectivement de 62 % et 64 % pour l'exercice en banlieue de grande ville dans une cité populaire. Les causes sont à rechercher dans des attentes d'installation souvent incompatibles avec les forces et faiblesses prêtées aux zones rurales et aux banlieues. Les trois attentes prioritaires sont : l'épanouissement personnel de soi et de sa famille ; la compatibilité de la localisation avec la profession ou les attentes du conjoint ; la possibilité d'exercer le mieux possible sa discipline<sup>182</sup>.

Concernant le mode d'exercice privilégié, **l'activité libérale** ne serait « *plus attractive, pour les femmes comme pour les hommes*<sup>183</sup>. » Ce constat est visible à travers l'augmentation du nombre de médecins remplaçants : « *en 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523 % [...]. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de franchir le pas de l'installation mais d'autres de manière pérenne. Les femmes représentent une proportion de médecins remplaçants qui varie de 42 % en Corse à 61 % en Alsace. Leur nombre a beaucoup plus rapidement progressé que celui des hommes*<sup>184</sup>. » Il est également visible à travers la préférence accordée au **salariat** comme mode d'exercice lors des premières inscriptions à l'Ordre : « *au 1<sup>er</sup> janvier 2009 seuls 9 % des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66 % le statut de salarié. 25 % avaient opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85,4 % de généralistes. Les femmes représentaient 52 % des effectifs*<sup>185</sup>. » Actuellement, moins de 8 % des jeunes diplômés choisissent la médecine libérale à la sortie du monde universitaire<sup>186</sup>. Comme le souligne Matthieu PICARD, « ***l'intérêt de la médecine libérale est donc au cœur de la problématique***. Les jeunes d'aujourd'hui ne veulent pas travailler comme leurs prédécesseurs. Ils désirent avoir une vie de famille. La féminisation de la profession doit également être prise en compte, de même que les problématiques de rémunération<sup>187</sup>. »

**En Bourgogne, sur les nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2012, 67,3 % des jeunes médecins avaient fait le choix d'exercer sous statut salarié, 11,1 % en libéral, 8,6 % avaient opté pour l'exercice mixte et 13 % pour le remplacement. Concernant la spécialité de médecine générale, le taux de nouveaux inscrits ayant choisi l'exercice libéral allait de 10 % dans l'Yonne (contre 60 % pour le salariat) à 71,4 % dans la Nièvre. La Côte-d'Or était concernée par un taux de 14,8 % (contre 33,3 % pour l'exercice salarié et 37 % pour le remplacement). La Saône-et-Loire par un taux de 33,3 %<sup>188</sup>. Mais il faut également prendre en considération les médecins choisissant de quitter l'exercice libéral : en 2013, 11 médecins**

<sup>180</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 26.

<sup>181</sup> Tomoko ONO, Michael SCHOENSTEIN, James BUCHAN, « Geographic imbalances in doctor supply and policy responses », *OECD Health working papers*, n°69, 2014, p. 5.

<sup>182</sup> BVA, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, mars 2007.

<sup>183</sup> Michel LEGMANN, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, avril 2010, p. 6.

<sup>184</sup> *Ibid.*

<sup>185</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>186</sup> URPS Médecins libéraux de Bourgogne, « Médecine libérale en Bourgogne. Quels sont les freins et les leviers à l'installation ? », *Infos. Le magazine d'informations des médecins libéraux de Bourgogne*, n°23, janvier 2012, p. 1.

<sup>187</sup> Matthieu PICARD, directeur adjoint de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne, audition du 12 mai 2015.

<sup>188</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale...*, op. cit., p. 29-30.

généralistes bourguignons sont passés d'une activité libérale/mixte à une activité salariée (toujours en Bourgogne)<sup>189</sup>.

Une étude menée par l'URPS Médecins libéraux de Bourgogne<sup>190</sup> révèle que si **l'activité libérale reste attractive** de par le contact privilégié avec la population, l'absence de hiérarchie, la maîtrise de son temps ou la liberté d'installation, les jeunes médecins sont cependant « *en phase avec leur génération en rééquilibrant leurs sujets de préoccupation par rapport à leurs aînés pour qui le travail était le sujet largement prioritaire, parfois exclusif. Un triptyque se fait jour : famille, travail, loisirs*<sup>191</sup>. » La proportion élevée de remplaçants laisse apparaître un phénomène générationnel qualifié de « *refus de la contrainte* » : contrainte d'installation, contrainte de la patientèle, contrainte sociale si le cabinet et le domicile cohabitent, contrainte organisationnelle et contrainte administrative<sup>192</sup>. Pour l'URPS, les leviers qui pourraient permettre de favoriser le choix de l'exercice libéral sont la diminution des charges administratives, le niveau de revenu<sup>193</sup> (par rapport au salariat), le soutien à l'exercice regroupé, la réalisation de stages en milieu libéral et la nécessité d'opérer un rattrapage d'une inégalité de couverture sociale entre l'exercice libéral et salarié<sup>194</sup>.

Au manque d'attractivité de l'exercice libéral s'ajoute le **déséquilibre croissant en faveur de la médecine spécialisée au détriment de la médecine générale**, « *qui soulève, dans de nombreux pays, le problème d'un accès adéquat et universel aux soins primaires*<sup>195</sup>. » L'équilibre entre généralistes et spécialistes a changé au cours des dernières décennies : le nombre de spécialistes a augmenté beaucoup plus rapidement que celui des généralistes. Alors que les études soulignent l'importance et l'efficacité des soins primaires dispensés par les généralistes, ces derniers ne représentent en moyenne, dans les pays de l'OCDE, que 30 % de l'ensemble des médecins. Les spécialistes sont beaucoup plus nombreux que les généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale, ainsi qu'en Grèce. Toutefois, certains pays (comme l'Australie, le Canada et la France) ont préservé un meilleur équilibre entre ces deux catégories<sup>196</sup>. Dans de nombreux pays de l'OCDE, **la rémunération des spécialistes** est plus élevée et progresse plus rapidement que celle des généralistes. Il s'agit là d'une incitation financière à la spécialisation, même si d'autres facteurs entrent également en ligne de compte<sup>197</sup>. En réponse aux inquiétudes, beaucoup de pays ont entrepris d'accroître l'offre de formation et de renforcer l'attrait de la profession. Par exemple,

---

<sup>189</sup> ARS de Bourgogne, *Les installations...*, op. cit., p. 1.

<sup>190</sup> Auprès des internes de médecine de la faculté de Dijon, des médecins installés en Bourgogne depuis moins de cinq ans, des médecins déclarés comme remplaçants et des médecins ayant quitté le secteur libéral au cours des cinq dernières années. Au total, 169 médecins ou futurs médecins ont répondu à l'enquête.

<sup>191</sup> URPS Médecins libéraux de Bourgogne, « Médecine libérale... », art. cit., p. 2.

<sup>192</sup> *Ibid.*

<sup>193</sup> Le passage du tarif de la consultation de base de 23 euros à 25 euros est l'une des principales revendications. Cependant, l'Assurance-maladie verse en moyenne 8 euros de plus aux médecins pour chaque consultation. Et depuis deux ans et demi, cette rémunération supplémentaire a progressé de 10 %, pour porter la rémunération du médecin à 31 euros par consultation. Plusieurs types de rémunération sont en effet venus progressivement s'ajouter au tarif de la consultation. Les médecins perçoivent aujourd'hui des majorations, qui viennent le plus souvent compenser un surcroît de travail. En additionnant ces rémunérations versées aux médecins par l'Assurance maladie, le revenu des praticiens s'en trouve augmenté de 12,3 %. Voir : « La rémunération des médecins n'a pas stagné ces dernières années », *Le Figaro* [en ligne], 10 janvier 2015, < <http://www.lefigaro.fr/social/2015/01/10/09010-20150110ARTFIG00045-la-remuneration-des-medecins-n-a-pas-stagne-ces-dernieres-annees.php> > (page consultée le 26 août 2015).

<sup>194</sup> En effet, pour le président de l'URPS, « *si l'on admet comme élément incontournable que la profession se féminise rapidement, nous ne pourrions pas éviter de réfléchir au tropisme évident du salariat pour nos jeunes confrères qui envisagent leurs futures grossesses et leurs multiples incidences professionnelles, avant et après la naissance de leurs enfants. Si l'on intègre également la baisse du différentiel de revenus entre les deux modes d'exercice, la différence flagrante de couverture sociale fait pencher la balance en deuxième partie de vie professionnelle et incite un médecin de 50 ans et plus à quitter l'exercice libéral pour un salariat plus protecteur en cas d'affection grave.* » (URPS Médecins libéraux de Bourgogne, « Médecine libérale... », art. cit., p. 2.)

<sup>195</sup> OCDE, « Répartition des médecins par âge... », art. cit., p. 66.

<sup>196</sup> *Ibid.*

<sup>197</sup> Conditions d'exercice et « prestige » notamment.

aux Pays-Bas, le nombre de places proposées dans les différentes filières médicales est régulièrement ajusté en fonction des perspectives d'évolution des besoins en personnel<sup>198</sup>. Outre la rémunération, la médecine générale souffre d'une image moins prestigieuse que d'autres spécialités. Lors des **épreuves classantes nationales (ECN)**, la cardiologie n'est accessible qu'aux premiers. En revanche, il resterait « toujours de la place » en médecine générale pour les moins bien classés<sup>199</sup>.

Depuis 2004, les étudiants en médecine passent des **ECN** pour accéder au troisième cycle des études médicales. En fonction de leur rang de classement à ces épreuves, ils choisissent un poste d'interne dans une liste arrêtée par les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur<sup>200</sup>. Les étudiants ont le choix parmi 28 subdivisions géographiques et, depuis 2010, parmi **30 spécialités**. À l'issue des ECN de 2013, **7 623 étudiants ont été affectés à un poste d'interne**. 96,5 % des postes ouverts ont été pourvus, un chiffre très proche de celui de 2012 (96,7 %). **Seuls 280 postes sont restés vacants en 2013, dont 193 en médecine générale, dans un contexte d'augmentation du nombre de postes offerts**. Selon leur classement à l'issue des épreuves, 28 % des étudiants (hors contrats d'engagement de service public) pouvaient choisir entre les 30 spécialités offertes, plus de la moitié entre 20 spécialités, et tous entre les 4 spécialités pour lesquelles des postes restaient vacants : comme en 2012, il s'agissait de la médecine générale, de la médecine du travail, de la santé publique et de la psychiatrie. Cependant, la médecine générale continuait de recruter à tous les niveaux du classement. Ainsi, comme en 2012, 7 % des 1 000 premiers classés ont choisi la médecine générale. Parmi eux, 74 % étaient des femmes<sup>201</sup>.

Au final, comme le relève Daniel BOUCON, « *on assiste à un changement de modèle car les besoins en santé évoluent [...]. Parallèlement, l'offre se transforme : évolution de la démographie médicale, nouveaux modes de vie, féminisation de la profession, etc.*<sup>202</sup> » Aussi convient-il d'analyser les réponses apportées à ces changements.

---

<sup>198</sup> OCDE, « Répartition des médecins par âge... », art. cit., p. 66.

<sup>199</sup> « L'inquiétante désertion des étudiants qui ont opté pour la médecine générale », *Le Figaro*, 4 avril 2015.

<sup>200</sup> Sur proposition de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

<sup>201</sup> DREES, « Les affectations... », art. cit.

<sup>202</sup> Daniel BOUCON, vice-président du CESER de Franche-Comté, président de la commission « Cadre de vie et société » et rapporteur de l'avis *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, audition du 14 avril 2015.

## 2 DES REMEDES INSUFFISANTS ?

### 2.1 Les politiques visant à mieux répartir les médecins

#### 2.1.1 Étude comparative

Plusieurs leviers politiques sont susceptibles d'influencer le choix du lieu d'exercice :

- proposer des **incitations financières** aux médecins qui s'installent dans les zones mal desservies ;
- **augmenter les inscriptions** dans les écoles de médecine **d'étudiants issus de zones géographiques ou de milieux sociaux ciblés**, ou en **délocalisant ces écoles** ;
- **réglementer** le choix du lieu d'installation des médecins ;
- **réorganiser les prestations des services de santé** afin d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, différents types d'incitations financières ont été proposés aux médecins afin de les attirer et de les retenir dans ces zones<sup>203</sup>. Au Canada, la **province de l'Ontario** a décidé de **décentraliser ses écoles médicales** en créant en 2005 une nouvelle école de médecine dans le Nord de la province, loin des principaux centres urbains. Un des objectifs de cette école est d'accroître l'accès aux services médicaux dans les zones rurales et isolées de la province. L'**Allemagne**, elle, a mis en place un système de répartition des professionnels sur le territoire<sup>204</sup>.

L'**efficacité et les coûts** des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins **peuvent considérablement varier**, les résultats dépendant principalement des spécificités de chaque système de santé, des caractéristiques géographiques du pays, des comportements des médecins et de la conception des politiques et des programmes. Pour obtenir des résultats significatifs et durables, les mesures doivent être bien adaptées au groupe cible et à ses intérêts<sup>205</sup>.

#### 2.1.2 La France : le choix de l'incitation plutôt que la contrainte

La **France** a développé un modèle spécifique visant à **concilier un exercice libéral** des professions de santé **avec un accès aux soins de ville généralisé** (garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective). Les conventions nationales passées depuis 1971 entre

<sup>203</sup> Notamment des subventions à versement unique pour les aider à s'installer et des versements réguliers comme des garanties de revenu ou des primes.

<sup>204</sup> L'accès à la médecine de ville conventionnée n'est plus libre en Allemagne depuis la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé. Dans chaque *Land*, une commission paritaire (rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale) délivre des autorisations d'installation. Ces autorisations sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale (également paritaire). Les directives définissent des quotas de médecins. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota.

<sup>205</sup> OCDE, « Répartition géographique des médecins », *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013, p. 142.

l'Assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent l'outil essentiel<sup>206</sup>.

Pour les médecins, les mesures visant à une meilleure répartition géographique sont **incitatives**. Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, soutient que la **coercition** est une « *fausse solution* » car elle reviendrait « *à faire peser uniquement sur les jeunes médecins le combat pour l'accès aux soins. Ou alors à attendre 2020 que la mesure produise des résultats*<sup>207</sup> ». Selon la Ministre, la seconde fausse solution serait l'augmentation du *numerus clausus* « *car « la vraie question, ce n'est pas le nombre de médecins, mais le lieu de leur installation et donc leur répartition sur le territoire*<sup>208</sup>. » Pour François COPREAUX, si « *l'accès aux soins n'est pas bon sur certains territoires de Bourgogne* », la coercition n'est effectivement pas la solution car « *elle aurait pour conséquence d'avoir encore moins de jeunes médecins choisissant l'exercice libéral*<sup>209</sup>. » Christophe LANNELONGUE remarque que les solutions autoritaires auraient également « *pour conséquence d'amplifier la désaffection pour la médecine générale (en poussant les internes à opter pour des spécialités permettant de travailler dans les grandes villes et échapper ainsi à une contrainte d'installation en milieu rural)*<sup>210</sup>. »

La France a donc fait le choix de l'incitation, à travers le Pacte territoire santé notamment : « *l'incitation ne consiste pas à actionner le levier financier. Il s'agit de créer un environnement professionnel favorable, attractif, incitatif donc, pour répondre aux attentes des médecins, notamment des plus jeunes d'entre eux*<sup>211</sup>. » Car pour Marisol TOURAINE, afin d'amener les médecins à s'installer en dehors des centres urbains, « *il faut répondre à leurs attentes professionnelles et c'est pour cela que le pacte joue sur l'attractivité professionnelle plutôt que sur une coercition qui ne donnerait de toute façon pas de résultats*<sup>212</sup>. »

## 2.2 Les mesures déployées face aux freins financiers, culturels et territoriaux à l'accès aux soins

---

### 2.2.1 La maîtrise des dépassements d'honoraires : « une condition essentielle de la préservation d'un accès généralisé aux soins<sup>213</sup> »

Il existe deux catégories de médecins conventionnés :

- le « secteur 1 » rassemble les médecins qui facturent leurs honoraires au tarif de la sécurité sociale (dits « tarifs opposables ») ;
- le « secteur 2 » (créé en 1980) regroupe les médecins qui ont choisi de facturer à leurs patients des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire un supplément par rapport au tarif de la sécurité sociale (les « honoraires libres »). Le dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Il peut l'être en tout ou partie par les complémentaires. L'accès au

---

<sup>206</sup> Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés.

<sup>207</sup> *Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine*, 10 février 2014.

<sup>208</sup> *Ibid.*

<sup>209</sup> François COPREAUX, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

<sup>210</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>211</sup> *Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine*, 10 février 2014.

<sup>212</sup> « Des clés pour notre santé », *Le Journal de Saône-et-Loire*, 11 février 2014.

<sup>213</sup> Assurance Maladie Bourgogne, *L'accès aux soins en Bourgogne – Éléments de contexte*, p. 10.

secteur 2 est ouvert aux médecins, au moment de leur première installation, lorsqu'ils remplissent certaines conditions.

La progression des dépassements d'honoraires de certains praticiens exerçant en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge ; donc pose le problème de l'accès aux soins. Car, comme le rappelle Yann LECOMTE, « *les dépassements d'honoraires peuvent représenter une barrière une fois que l'on a accédé au médecin*<sup>214</sup>. »

L'option de coordination, mise en place dans la convention médicale de 2005, a constitué une première mesure de régulation des dépassements d'honoraires. Dans le cadre de cette option, le praticien s'engageait à appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques<sup>215</sup>. Pour les actes techniques<sup>216</sup>, il s'engageait à pratiquer avec « tact et mesure » des dépassements maîtrisés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables (puis 20 % avec la convention de 2011). En outre, pour chaque catégorie d'actes, devait être respecté un ratio d'honoraires sans dépassements égal ou supérieur à 30 % par rapport aux honoraires totaux. En contrepartie, l'Assurance maladie s'engageait à participer au financement des cotisations sociales du praticien adhérent, sur la part de l'activité facturée en tarifs opposables. La convention médicale de 2011 a repris « l'ossature » de la convention de 2005. Toutefois, elle ne traitait pas la question des dépassements d'honoraires, renvoyée à des négociations ultérieures.

En 2011, environ 7 % des médecins généralistes français exerçaient en secteur 2. La part des spécialistes installés en tarif à honoraires libres est passée de 37 % à 42 % entre 2000 et 2011. Par ailleurs, le montant des dépassements d'honoraires est passé de 25 % du tarif de la sécurité sociale en 1990 à 54 % en 2010 et 56 % en 2011. L'existence d'importants dépassements dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire national réduisait donc l'accès aux soins.

Aussi le Gouvernement a-t-il souhaité, en 2012, **encadrer les dépassements d'honoraires**. Les négociations entre l'Assurance maladie, les représentants des médecins libéraux et les complémentaires santé se sont achevées en octobre 2012, avec la signature de l'avenant n°8 à la convention nationale. **L'objectif majeur est d'améliorer l'accès aux soins par la régulation des dépassements d'honoraires**. L'avenant met en place deux dispositifs<sup>217</sup> :

- un **contrat d'accès aux soins (CAS)**<sup>218</sup> ;
- une procédure de **sanction des dépassements d'honoraires excessifs**<sup>219</sup>.

---

<sup>214</sup> Yann LECOMTE, président de la commission « droits des usagers » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et président du Collectif interassociatif sur la santé de Bourgogne, audition du 26 mai 2015.

<sup>215</sup> Acte clinique : acte intellectuel réalisé en consultation ou lors d'une visite au domicile du patient, qui consiste à poser un diagnostic et à établir un protocole thérapeutique (Assurance maladie).

<sup>216</sup> Acte technique : examen de laboratoire ou d'imagerie, intervention chirurgicale (*idem*).

<sup>217</sup> Il instaure également l'obligation pour tous les médecins de respecter les tarifs opposables pour les personnes éligibles à l'ACS.

<sup>218</sup> Souscrit sur la base du volontariat, le CAS concerne : les médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent (quelle que soit leur spécialité) ; les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral et qui sont titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2 et qui souhaitent exercer dans ce secteur ; les médecins titulaires des titres requis pour l'exercice en secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le médecin souscripteur s'engage à stabiliser sa pratique tarifaire et son taux moyen de dépassement d'honoraires et à maintenir ou faire progresser sa part d'activité à tarif opposable ; et ce pendant la durée du contrat (3 ans). En contrepartie, le praticien bénéficie d'une prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales pour la part d'activité réalisée à tarif opposable. Il bénéficie également de la valorisation des actes cliniques et des nouveaux modes de rémunération mis en place pour les médecins de secteur 1. Les patients bénéficient d'un meilleur remboursement : les soins sont remboursés sur la base des tarifs opposables du secteur 1 même lorsque les actes sont pratiqués à un tarif supérieur au tarif opposable.

<sup>219</sup> L'appréciation du caractère excessif s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants : le taux de dépassement, son taux de croissance annuel, la fréquence des actes avec dépassement, la variabilité des honoraires pratiqués et le dépassement moyen annuel par patient. L'appréciation du caractère excessif doit en outre tenir compte

Cependant, selon l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé<sup>220</sup>, **le montant total des dépassements d'honoraires des médecins est toujours à la hausse** : en 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'Assurance maladie, en progression de 6,6 % par rapport à 2012. Avec 2,5 milliards d'euros (+7,7 %), les **médecins spécialistes** demeurent les principaux bénéficiaires de ces dépassements. Les **généralistes**, eux, voient leurs dépassements diminuer de 1,5 %, à 300 millions d'euros. Pour l'Observatoire, la mise en place du contrat d'accès aux soins a permis de limiter certains excès. Cependant, elle n'a pas enrayer l'augmentation globale du montant des dépassements des spécialistes. « *Au contraire, elle a contribué à les généraliser, puisque tous les médecins signataires d'un Contrat d'accès aux soins sont autorisés à en pratiquer. Y compris ceux qui sont établis en secteur 1 (lorsqu'ils disposent de certains titres, notamment ceux d'ancien chef de clinique ou d'assistant des hôpitaux), et qui jusqu'à présent pratiquaient leur activité aux tarifs de l'Assurance maladie*<sup>221</sup>. » Pour l'Observatoire, ces évolutions risquent d'ouvrir la voie à une généralisation des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes et de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de patients pas ou peu couverts par leur assurance complémentaire.

En **Bourgogne**, sur les 1 196 **médecins généralistes libéraux**, 43 exercent en **secteur 2** au 30 juin 2014 (en tenant compte d'un niveau minimal d'activité)<sup>222</sup>, soit **3,6 %** (la moyenne nationale est de 6,2 %). **Les généralistes sont donc peu nombreux à exercer en secteur 2 dans la région**. Cependant, ce taux masque des disparités départementales : s'il est de 0 % dans la Nièvre et de 2,3 % en Côte-d'Or, il atteint 8,6 % dans l'Yonne. Au niveau des **spécialistes libéraux**, 46,1 % exercent en secteur 2 en Bourgogne (52,3 % en **Côte-d'Or**), contre 43,9 % dans la France entière<sup>223</sup>. Concernant les dépassements d'honoraires, le taux de dépassement moyen en Bourgogne a progressé de 2011 jusqu'en 2013 et s'est ensuite infléchi sur le premier semestre 2014 pour les actes cliniques (- 1,7 point). Pour les actes techniques, la tendance à la hausse s'est ralentie au premier semestre 2014 (+ 0,7 point). **La part d'activité à tarif opposable est globalement en progression en Bourgogne au premier semestre 2014** :

- pour les actes cliniques, passage de 22,3 % en 2011 à 22,2 % (France : 18,1 % à 20,6 %) ;
- pour les actes techniques, passage de 40,7 % à 46,2 % (France : 41 % à 41,7 %).

Au 16 février 2015, **211 médecins libéraux avaient signé un contrat d'accès aux soins en Bourgogne** : 172 médecins en secteur 2 et 39 médecins en secteur 1<sup>224</sup>. Concernant le bilan du contrat, Michaël BRAÏDA note « *un changement de tendance (recul de la part d'activité avec dépassements et du montant de ces derniers). En Bourgogne, le montant des dépassements reste relativement modéré comparé aux autres régions. Néanmoins, la région (notamment la Côte-d'Or) comprend beaucoup de médecins en secteur 2. Les dépassements d'honoraires constituent donc un enjeu*<sup>225</sup>. »

## 2.2.2 La prévention, l'éducation et la promotion de la santé

La **prévention** représente l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Selon la charte d'Ottawa<sup>226</sup>, la **promotion de**

---

de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du médecin, du lieu d'implantation de son cabinet, de sa spécialité et de son niveau d'expertise et de compétence.

<sup>220</sup> Cet observatoire a été créé début 2013 par le Collectif interassociatif sur la santé, le magazine *60 millions de consommateurs* et la société Santéclair.

<sup>221</sup> CISS, 60 millions de consommateurs, Santéclair, *Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse*, communiqué de presse, 21 mai 2015, p. 1.

<sup>222</sup> 10 en Côte-d'Or, 15 en Saône-et-Loire et 18 dans l'Yonne.

<sup>223</sup> Assurance Maladie Bourgogne, *L'accès aux soins en Bourgogne – Éléments de contexte*, p. 11.

<sup>224</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>225</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

<sup>226</sup> Adoptée par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986.

**la santé** a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La promotion de la santé appuie le développement individuel et social, grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ainsi, elle donne aux personnes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement.

Traditionnellement, le système de soins français est pour l'essentiel **curatif**. Au début des années 2000, les actes de prévention ne représentaient que 6,4 % des dépenses de santé. La loi du 9 août 2004 et la loi HPST ont désiré promouvoir cette dimension : ainsi le Projet régional de santé englobe-t-il soins et prévention<sup>227</sup>. Les résultats sont cependant inégaux. Si la couverture des programmes de dépistage des cancers progresse et si la couverture vaccinale des personnes âgées s'améliore, le tabagisme se développe, de même que l'obésité chez les adolescents. La médecine scolaire, par la réalisation de bilans de santé chez les jeunes, participe également à la prévention. Or, dans son rapport sur l'accès aux soins des plus démunis, Aline ARCHIMBAUD évoque « *des signaux négatifs émanant des acteurs supposés contribuer au repérage précoce des problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins*<sup>228</sup>. » L'un de ces signaux a justement trait à la médecine scolaire. Car « *au-delà du problème endémique du manque de moyens et de la faible attractivité des professions concernées, c'est bien la question des missions de la médecine scolaire et de sa contribution à la santé publique qui se trouve posée*<sup>229</sup>. »

En 2012, le CESE note que « *la prévention en matière de santé est l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif*<sup>230</sup>. » Aussi la France doit-elle donner un nouvel élan à sa politique de prévention. Pour le CESE, celle-ci repose sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, la formation des professionnels mais aussi sur la promotion, par la collectivité, des conditions de vie et de travail propices à un bon état de santé. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé souhaite accorder « *la priorité à la prévention* ». Le Gouvernement a choisi de s'attaquer aux principaux risques pour la santé : le tabac, l'alcool, l'obésité et le diabète ; et ce à travers plusieurs mesures : la désignation d'un médecin traitant pour les enfants, l'amélioration de l'information nutritionnelle, la lutte contre la valorisation de la minceur excessive, le tabagisme et la consommation d'alcool chez les jeunes, le développement des stratégies de prévention innovantes<sup>231</sup>... Par ailleurs, l'éducation à la santé doit être renforcée par le développement de programmes de formation des jeunes.

Dès le début des années 2000, la région Bourgogne s'est dotée d'une stratégie spécifique d'éducation pour la santé. Cette stratégie s'articule autour de trois principaux axes : la promotion d'une éthique en santé publique ; l'augmentation et la professionnalisation des intervenants en Éducation pour la Santé (EPS) ; l'harmonisation et la coordination des interventions en EPS. Les actions de prévention visent à agir sur les déterminants comportementaux pouvant avoir une influence sur la santé<sup>232</sup> et à améliorer la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies

---

<sup>227</sup> Suzanne MAURY (dir.), *Les politiques publiques*, Paris, La Documentation française, 2013 ; p. 175.

<sup>228</sup> Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013, p. 64.

<sup>229</sup> *Ibid.*

<sup>230</sup> *Les enjeux de la prévention en matière de santé*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Jean-Claude ETIENNE et Christian CORNE, 14 février 2012, p. 4.

<sup>231</sup> Comme les autotests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles.

<sup>232</sup> Consommation de tabac, dépendance à l'alcool et recours à d'autres produits psycho-actifs, comportements alimentaires... Par exemple, pour sensibiliser les jeunes à la prévention et à la promotion de la santé, l'ARS Bourgogne a souhaité mobiliser l'ensemble de ses partenaires autour du « Pass Santé Jeunes ». Ce projet a trouvé une première traduction concrète en 2013 avec le lancement d'un site Internet. Celui-ci donne des informations sur toutes les thématiques de la santé au quotidien : tabac, bruit-audition, sports, sécurité routière... Le site renvoie également à des structures d'aide ou de prise en charge de proximité. Mais ce projet se veut global : il s'appuie sur la mobilisation de territoires-tests, où les acteurs sont réunis pour construire un parcours de prévention adapté à leur

chroniques ainsi que les causes de handicap et d'incapacité<sup>233</sup>. Le Projet régional de santé indique que l'offre de prévention est néanmoins à « *conforter*<sup>234</sup>. »

### 2.2.3 Le Pacte territoire santé

Lancé en 2012, le **Pacte territoire santé** vise à **inverser le processus de désertification médicale en favorisant l'installation** de jeunes médecins dans des zones sous-dotées. Le Pacte comporte **douze engagements** s'articulant autour de **trois objectifs** :

- changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ;
- transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé ;
- investir dans les territoires isolés.

Selon le Gouvernement, **ce pacte doit permettre de lever les obstacles géographiques à l'accès aux soins, après avoir obtenu la levée des obstacles financiers avec l'accord limitant les dépassements d'honoraires**. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé veut d'ailleurs inscrire le Pacte dans le Code de santé publique. Le projet de loi précise que ce dispositif « *a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire*<sup>235</sup>. »

#### 2.2.3.1 Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

##### Un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants

Pour qu'ils choisissent la médecine générale, les étudiants doivent la connaître. Or, leur formation en centre hospitalier universitaire (CHU) ne leur fait connaître qu'un mode d'exercice spécialisé. De ce fait, ils sont une minorité à avoir eu, avant les ECN, un contact de terrain avec la spécialité de médecine générale en médecine ambulatoire. D'où la volonté du Pacte de **généraliser le stage d'initiation à la médecine générale** dans un cabinet de généraliste. Pour Daniel BOUCON, encadrer un stagiaire favorise le remplacement d'un médecin. Les stages sont donc « *déterminants pour la poursuite d'une activité de médecine générale dans les zones fragiles de soins*<sup>236</sup>. » Ce constat est partagé par François COPREAUX : « *un étudiant doit [...] pratiquer la médecine sur le terrain. Ceci favorise d'ailleurs sa possible installation sur le territoire où il a fait son stage*<sup>237</sup>. »

##### 1 500 contrats d'engagement de service public signés d'ici 2017

Le principe du **contrat d'engagement de service public (CESP)** est de proposer aux étudiants et aux internes une **allocation mensuelle**<sup>238</sup> en échange d'un **engagement**<sup>239</sup> à choisir une

---

jeune public. Quatre territoires sont concernés par cette expérimentation. À échéance du PRS 2012-2016, 60 % des jeunes de ces territoires devront avoir bénéficié de la démarche.

<sup>233</sup> Actions de dépistage des cancers du sein et colorectal ; actions de prévention, détection et prise en charge de la souffrance psychique ; actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des troubles des apprentissages et des difficultés de langage chez l'enfant ; développement de l'éducation thérapeutique ; prévention des infections sexuellement transmissibles ; couverture vaccinale.

<sup>234</sup> ARS de Bourgogne, *Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne*, février 2012, p. 52-59.

<sup>235</sup> Projet de loi de modernisation de notre système de santé, article 12 *ter*.

Réunie le mercredi 22 juillet 2015, la commission des affaires sociales du Sénat a profondément remanié ce projet de loi. Elle a notamment supprimé l'article 18 relatif à la généralisation du tiers-payant. La commission a également supprimé des dispositions dont « *l'utilité et la portée concrète* » lui paraissaient « *discutables* » et qui alourdissaient un texte « *excessivement volumineux* ». Ainsi, les articles relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire ou au Pacte territoire santé lui ont paru procéder d'une « *pure volonté d'affichage* », n'ajoutant rien au droit existant, ni aux dispositifs que le Gouvernement peut déjà mettre en œuvre sans modification législative.

<sup>236</sup> Daniel BOUCON, vice-président du CESER de Franche-Comté, président de la commission « Cadre de vie et société » et rapporteur de l'avis *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, audition du 14 avril 2015.

<sup>237</sup> François COPREAUX, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

<sup>238</sup> D'un montant de 1 200 euros.

spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Le CESP permet également de bénéficier d'un **accompagnement individualisé** durant toute la formation et d'un **soutien** au moment de l'installation. Pour le Gouvernement, ce dispositif revêt donc à la fois une dimension sociale<sup>240</sup> et une dimension citoyenne<sup>241</sup>.

#### 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

Le Pacte crée le statut de **praticien territorial de médecine générale (PTMG)**. Il s'adresse aux jeunes médecins non encore installés ou installés depuis moins d'une année. L'objectif du dispositif est double : **sécuriser les premiers mois de l'installation** (en apportant une garantie financière pouvant aller jusqu'à deux ans) et **favoriser l'installation dans des territoires fragiles**, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Sous réserve de réaliser 165 consultations par mois, le PTMG se voit garantir un **complément de rémunération**<sup>242</sup>. En plus de celui-ci, le PTMG bénéficie d'un dispositif avantageux en matière de **protection sociale**<sup>243</sup>. Enfin, afin de faciliter l'installation, l'ARS peut mettre à disposition (mais sans caractère obligatoire) un local et des moyens techniques. En **contrepartie**, le PTMG s'engage à exercer tout ou partie de son activité dans un territoire où l'offre, l'accès ou la continuité des soins est insuffisante. De plus, il doit pratiquer les tarifs du **secteur 1** et justifier d'une activité minimale fixée à **165 consultations par mois**. Certaines dispositions du contrat peuvent également porter sur la permanence des soins ambulatoires, des actions de prévention et d'éducation de la santé...

#### Un « référent installation » unique dans chaque région

« Guichet unique » au sein de chaque ARS, le référent installation doit apporter toutes les précisions nécessaires sur les diverses mesures du Pacte mais aussi une information précise sur les offres de stage, les démarches à effectuer lors de l'installation, etc.

### 2.2.3.2 *Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé*

#### Développer le travail en équipe

**L'exercice coordonné** des soins de premier recours permet d'offrir un cadre attractif pour les professionnels. Différentes mesures favorisent le développement de ce mode d'exercice :

- l'accompagnement par les ARS des initiatives de centres, maisons et pôles<sup>244</sup> de santé ;
- la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ;
- l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ;
- la sécurisation du partage des informations médicales entre les professionnels de santé.

À son émergence dans les années 1970, l'exercice regroupé s'appliquait exclusivement aux médecins de la même spécialité. Depuis, ce mode d'exercice n'a cessé d'attirer les praticiens : en

---

<sup>239</sup> Pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour deux ans minimum.

<sup>240</sup> Par l'aide au financement des études.

<sup>241</sup> Puisqu'il complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales et l'État pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans des territoires où la densité médicale est faible.

<sup>242</sup> Celui-ci est calculé par la différence entre un revenu mensuel brut garanti de 6 900 euros et le montant des honoraires perçus compte tenu de l'activité réelle du médecin. Ne sont inclus ni les revenus perçus au titre des aides conventionnelles, ni les revenus issus de la permanence des soins organisée. Le montant maximum brut mensuel versé est de 3 105 euros.

<sup>243</sup> Sous réserve d'être PTMG depuis au moins trois mois et d'avoir réalisé au moins 495 consultations durant le trimestre précédent, le PTMG est indemnisé en cas de maladie et en cas de maternité durant toute la durée du congé.

<sup>244</sup> Le pôle de santé réunit des professionnels de santé et, le cas échéant, des professionnels de santé avec des structures sanitaires ou médico-sociales. Il peut disposer de la personnalité morale et comporter plusieurs sites d'implantation.

2013, 57,1 % des médecins libéraux exerçaient en cabinet de groupe ou en société<sup>245</sup>. Cet exercice permet de les décharger des tâches administratives, de leur offrir une meilleure qualité de vie, de partager les équipements médicaux et d'améliorer la continuité des soins. Il offre également l'avantage de rompre l'isolement des jeunes médecins, « *peu préparés à l'exercice individuel de la médecine car souvent formés à l'hôpital*<sup>246</sup>. »

#### Rapprocher les maisons de santé des universités

Ce rapprochement concerne la formation initiale des professionnels, leur développement professionnel continu<sup>247</sup> et le champ de la recherche<sup>248</sup>.

#### Développer la télémédecine

La télémédecine est définie par l'article 78 de la loi HPST :

La télémédecine est 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 [...] un suivi [...], 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. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre [...] sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique<sup>249</sup>.

La télémédecine regroupe plusieurs pratiques : la téléconsultation<sup>250</sup>, la télé-expertise<sup>251</sup>, la télésurveillance<sup>252</sup> et la téléassistance<sup>253</sup>. La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale constitue la dernière forme de télémédecine<sup>254</sup>. Pour l'ARS de Bourgogne, le développement de la « e-santé » représente un outil-clef de ses priorités stratégiques. L'ARS met en œuvre un programme régional de télémédecine qui s'intègre dans le PRS 2012-2016 et repose sur cinq grandes orientations<sup>255</sup>. Christophe LANNELONGUE note que « *la télémédecine est un enjeu majeur [...]. De par sa capacité à recourir à une expertise de plus en plus spécialisée, la télémédecine participe à rendre le métier attractif. Mais également à améliorer la prise en charge*<sup>256</sup>. » Néanmoins, si la

---

<sup>245</sup> « Exercices regroupés : l'union fait la force », *Médecins. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n°34, mars-avril 2014, p. 22.

<sup>246</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>247</sup> Les maisons de santé constituent un lieu privilégié de développement professionnel continu, les professionnels qui y exercent aspirant à se former de manière dynamique sur des sujets concrets de leurs pratiques quotidiennes.

<sup>248</sup> Les maisons de santé représentent également un lieu de recherche privilégié en soins primaires, grâce aux possibilités d'inter-professionnalité qu'elles offrent et aux bases de données qu'elles constituent.

<sup>249</sup> Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 78.

<sup>250</sup> Acte médical réalisé en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et le médecin téléconsultant (exemple : téléconsultation en milieu pénitentiaire).

<sup>251</sup> Acte diagnostique et thérapeutique réalisé en dehors de la présence du patient (exemple : transfert de clichés de scanner cérébral pour interprétation à distance par un neurologue).

<sup>252</sup> Acte médical qui découle de la transmission puis de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé (exemple : télé-monitoring fœtal).

<sup>253</sup> Assistance à distance par un médecin d'un autre médecin réalisant un acte médical ou chirurgical.

<sup>254</sup> ARS de Bourgogne, *Projet régional de santé de Bourgogne 2012-2016*, p. 73.

<sup>255</sup> Les situations d'urgence, le maillage d'accès aux soins, les patients chroniques, l'information, la prévention et l'éducation à la santé et la formation et le développement des compétences.

<sup>256</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

télémedecine constitue effectivement une piste, Michaël BRAÏDA rappelle qu'elle « *n'intervient que dans la mesure où il y a déjà des médecins aux « deux extrémités de la chaîne »*<sup>257</sup>. »

#### Accélérer les transferts de compétences

Après plusieurs phases d'expérimentation menées depuis 2003, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé. La loi du 21 juillet 2009 a étendu le principe des coopérations en les sortant du cadre expérimental<sup>258</sup>. Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients<sup>259</sup>. Les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins dans un territoire de santé. La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé. Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé :

- les besoins croissant liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population ;
- l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;
- les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;
- la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie<sup>260</sup>.

Cependant, Jacques GIRARDIER souligne qu'il faut « ***différencier la délégation et le transfert de tâches.*** *Il est logique de mettre en place des délégations avec les autres professionnels de santé, à condition qu'elles soient sous la responsabilité du médecin. Elles ne doivent pas être imposées. Le transfert de tâches, qui consisterait à demander à quelqu'un de réaliser des actes relevant du médecin en l'absence de ce dernier, pose problème*<sup>261</sup>. »

### 2.2.3.3 Investir dans les territoires isolés

#### Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Il a été demandé aux ARS d'identifier les territoires où le délai de prise en charge de la population pour des soins urgents est supérieur à 30 minutes, mais aussi de faire émerger les solutions mises en place par les acteurs locaux pour répondre aux besoins vitaux de la population.

---

<sup>257</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

<sup>258</sup> Loi du 21 juillet 2009, art. 51 : « *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience [...]. Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé [...]. Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.* »

<sup>259</sup> Dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra évaluer les données cliniques et biologiques du patient, adapter les prescriptions si besoin (par exemple reporter une cure de chimiothérapie) mais aussi adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de son état.

<sup>260</sup> Ministère de la Santé et des Sports, *Fiche pédagogique HPST. Coopérations entre professionnels de santé*, s.l.n.d., p. 1.

<sup>261</sup> Jacques GIRARDIER, président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

Selon une étude de l'ARS de 2012, 38 % des Bourguignons accèdent à un service d'urgence en moins de 10 minutes (la proportion nationale est de 45 %). 66 % des Bourguignons sont situés à moins de 20 min. (74 % pour l'ensemble des Français) et 90 % sont à moins de 30 min. (93 % pour la France). À l'opposé, 1 % des habitants de la région doivent parcourir entre 40 et 50 min. pour atteindre le service des urgences le plus proche de leur domicile. À l'intérieur de la Bourgogne, 44 % des habitants de la Côte-d'Or sont en mesure de rejoindre les urgences en moins de 10 min. Cependant, pour chacun des trois autres départements, cela ne concerne qu'environ 35 % de la population. La Saône-et-Loire et la Nièvre ont une part importante de leurs résidents situés à plus de 30 minutes (17 et 13 %) <sup>262</sup>.

✚ Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires  
L'objectif est de **libérer du temps médical** afin d'assurer certaines activités insuffisamment développées : suivi des patients âgés à domicile, actions d'éducation thérapeutique...

✚ Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire  
Il s'agit pour les pouvoirs publics de **préserver le rôle des hôpitaux de proximité** en leur donnant les moyens juridiques pour qu'ils puissent **mieux coopérer avec la médecine de ville**. Il s'agit également de responsabiliser les centres hospitaliers régionaux et universitaires, souvent freinés dans leur volonté de coopérer avec les hôpitaux de proximité et la médecine de ville. Les CHR/CHU doivent remplir une véritable mission de coordination sur leur territoire.

✚ Conforter les centres de santé

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné [...], ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière <sup>263</sup>.

Les centres de santé sont soit mono-professionnels, soit pluri-professionnels. Les professionnels de santé y sont **salariés**. Par exemple, le Grand Chalon a souhaité créer un centre de santé d'agglomération, basé à Chalon et réunissant quatre médecins généralistes salariés de l'agglomération <sup>264</sup>. Les centres de santé doivent élaborer un **projet de santé** attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'ARS en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière. Les centres de santé ont des activités variées <sup>265</sup>. Ils peuvent en outre être gérés aussi bien par des associations, des mutuelles que par d'autres structures <sup>266</sup>. Certains centres de santé sont implantés dans des quartiers déshérités, d'autres développent sur la base de l'attrait du tiers payant une pratique de niche sur des segments d'activité dégageant des marges financières.

Les **centres municipaux de santé** peuvent être un **remède contre les déserts médicaux**. Le centre de santé de **Domats** (870 hab., Yonne), inauguré le 7 octobre 2013, fut le premier centre ouvert par une « très » petite commune. Les élus choisissent cette option « *car, dans beaucoup de cas,*

<sup>262</sup> ARS de Bourgogne, *L'accès aux soins urgents en Bourgogne*, juin 2012, p. 2.

<sup>263</sup> IGAS, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013, p. 3.

<sup>264</sup> « Contre la désertification », *Le Journal de Saône-et-Loire*, 17 février 2014.

<sup>265</sup> Un tiers offre des soins exclusivement dentaires, un tiers des soins exclusivement infirmiers, tandis que les centres médicaux ou polyvalents offrent de multiples activités.

<sup>266</sup> Caisses de sécurité sociale, établissements de santé ou communes.

*l'ouverture d'une maison de santé se solde par un échec*<sup>267</sup>. » Embaucher les médecins apparaît aux élus comme un moyen efficace de les attirer puis de les fidéliser. En 2014, le maire de Domats, Jean-Pierre MOLLET, déclarait : « nous avons passé plusieurs annonces pour trouver un médecin libéral, sans succès [...]. En revanche, nous n'avons eu aucune difficulté pour en salarier deux<sup>268</sup>. » Les centres de santé peuvent en effet attirer les jeunes praticiens, qui aspirent à travailler en équipe, avec des horaires fixes, à ne pas s'occuper des tâches administratives et à être salariés. Pour Christophe LANNELONGUE, « dans certains territoires de la Nièvre, l'Yonne ou la Côte-d'Or [...], on n'arrivera pas avant longtemps à reconstituer des équipes libérales. Il faut passer à des équipes salariées [...]. Nous développons des formules de médecine salariée dans des centres de santé. Cependant, cette action est exceptionnelle. Il n'existe en effet pas de modèle de fonctionnement économique des centres de santé : ils ont besoin de subventions (qui peuvent venir des grandes associations par exemple)<sup>269</sup>. »

Car les centres de santé sont financièrement **fragiles**. « En tout état de cause la plupart des centres de santé n'équilibrent pas leurs comptes avec les seules ressources de l'assurance maladie et ceux qui y parviennent reconnaissent la fragilité de leur situation. C'est le gestionnaire qui, au final, boucle le budget par une subvention<sup>270</sup>. » Faute de financement à hauteur de leurs missions, **les deux tiers des 1 400 centres de santé existants sont en difficulté**. Ils sont financés principalement à travers le paiement des actes par l'Assurance maladie aux tarifs de la médecine libérale, alors qu'ils supportent des frais plus importants que les cabinets libéraux. Par ailleurs, ces recettes limitées ne couvrent pas l'ensemble des missions obligatoires des centres<sup>271</sup>. Mais des problèmes de gestion peuvent être également en cause.

Néanmoins, plusieurs exemples prouvent que ces structures sont **viables** à condition de respecter, dès leur conception, différents **critères de bonne gestion**. La première étape consiste à élaborer un diagnostic précis des besoins du territoire en fonction de la santé de la population et de l'offre de soins, afin de dimensionner au plus juste de projet de santé. L'IGAS conseille d'actualiser régulièrement ce diagnostic. Les collectivités doivent également être vigilantes à ce que les praticiens qu'elles emploient réalisent un nombre suffisant de consultations. La maîtrise des dépenses de personnel est l'un des facteurs essentiels de viabilité économique : la rémunération des médecins doit dépendre de leur activité<sup>272</sup>.

Le 8 juillet, les centres de santé ont signé avec l'Assurance-maladie un **accord national** qui met en place un nouveau mode de rémunération forfaitaire et prévoit des mesures incitatives pour préserver l'offre de soins. Cet accord était attendu depuis plusieurs années. Il met un terme à l'une des causes aux difficultés financières des centres : leur décrochage par rapport à des dispositifs bénéficiant aux médecins libéraux. L'accord donne des « armes égales » aux centres. Il transpose à ces derniers la rémunération des équipes des maisons de santé pluridisciplinaires prévue par l'arrêté du 23 février 2015. Les critères pour prétendre à cette rémunération reprennent ceux des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)<sup>273</sup>. En moyenne, chaque structure peut prétendre à 50 000 euros annuels. En plus, les centres peuvent répondre à des critères optionnels propres à leurs spécificités : engagement dans une démarche

---

<sup>267</sup> « Centres municipaux de santé. Un remède contre les déserts médicaux », *La Gazette des communes*, 10 février 2014, p. 21.

<sup>268</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>269</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>270</sup> IGAS, *Les centres de santé...*, *op. cit.*, p. 24.

<sup>271</sup> Comme la pratique du tiers payant, les actions de santé publique, la prise en charge des publics vulnérables...

<sup>272</sup> L'IGAS précise qu'elle doit représenter 40 % des actes (+ 10 % de congés payés) pour un généraliste, soit 3 850 euros net par mois pour 35 heures. Il faut, par ailleurs, que la valeur du ratio entre le personnel administratif et le personnel soignant soit maîtrisée.

<sup>273</sup> Accès aux soins (horaires élargis), travail en équipe, développement et partage du système d'information.

qualité (autoévaluation de la pratique organisationnelle), prise en charge du public vulnérable, télé-service et télétransmission. Les forfaits que touchent individuellement les médecins libéraux sont également transposés<sup>274</sup>. Par ailleurs, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui complète le paiement à l'acte, est étendue aux centres de santé avec les mêmes indicateurs<sup>275</sup>.

La volonté des parties signataires était de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins sur le territoire. Elle se traduit par la mise en place de mesures incitatives : une « option démographique » ouvre la voie de trois contrats incitatifs spécifiques aux centres de santé médicaux ou polyvalents, centres de santé dentaires et centres de santé infirmiers. Ces contrats visent à favoriser l'installation et le maintien de ces centres dans les zones sous-dotées. Par ailleurs, les centres pourront percevoir des majorations d'actes (visite et consultation) spécifiques à la permanence des soins, variables selon l'heure et le jour de la prise en charge<sup>276</sup>.

## 2.2.4 Les aides conventionnelles à l'installation et leur impact

Depuis 2007, les partenaires conventionnels sont engagés dans une démarche de rééquilibrage de la démographie des professionnels de santé. La plupart des conventions négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé prévoient des aides financières visant à favoriser l'installation dans des zones démographiquement défavorisées.

L'avenant n°20 à la convention médicale de 2005, signée en 2007, crée une **option conventionnelle** dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-médicalisées peuvent être majorés de 20 %. Ce dispositif s'est avéré coûteux<sup>277</sup> pour un résultat faible<sup>278</sup>. Le bilan de ce premier dispositif est également décevant en Bourgogne : une cinquantaine de médecins en ont bénéficié pour un coût d'environ 1 million d'euros par an et 7 installations « nettes » dans des zones déficitaires. Cependant, on ne peut pas évaluer dans quelle mesure ce dispositif a contribué à **maintenir des médecins**.

La convention de 2011 a mis fin à cette option. Elle a créé deux nouvelles incitations à l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones sous-denses : **l'option démographique**<sup>279</sup> (qui reprend les dispositions prévues par l'avenant 20 à la convention de 2005)

---

<sup>274</sup> Un centre percevra pour l'activité de chaque médecin traitant salarié 40 euros par an par patient en affection de longue durée (ALD), 40 pour le suivi du patient en post-ALD et cinq euros au titre du forfait médecin traitant (pour les patients hors ALD). S'ajoutent cinq euros par consultation ou visite auprès de chaque patient âgé de 80 ans et plus.

<sup>275</sup> Fondés sur l'activité de chaque médecin traitant salarié en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité.

<sup>276</sup> « Un accord national donne une bouffée d'oxygène aux 1800 centres de santé », *La Gazette des communes* [en ligne], 9 juillet 2015, <<http://www.lagazettedescommunes.com/377775/un-accord-national-donne-une-bouffee-doxygene-aux-1800-centres-de-sante/>> (page consultée le 15 juillet 2015).

<sup>277</sup> Entre 2007 et 2010, le coût de cette option a été de 20 M€ par an, soit 25 000 euros par médecin.

<sup>278</sup> Seuls 60 nouveaux médecins se sont installés dans les zones concernées : le dispositif a essentiellement constitué un avantage pour les médecins déjà en place.

<sup>279</sup> L'option démographie cherche à inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur cabinet de groupe ou organisé en pôle en zone sous-dotée. En adhérant à cette option, le médecin s'engage à : exercer dans la zone concernée pendant au moins 3 ans ; réaliser plus de 2/3 de son activité libérale auprès de patients résidant en zone fragile ; participer au dispositif de permanence des soins et assurer la continuité des soins par le recours à un remplaçant. Pour les médecins de secteur 2, ils s'engagent à appliquer les tarifs opposables pour l'activité réalisée auprès des patients résidant dans la zone fragile. S'il respecte ces engagements, le médecin bénéficie : d'une aide forfaitaire à l'investissement (5 000 €/an pour un médecin exerçant en groupe ou 2 500 €/an pour un médecin membre d'un pôle de santé) ; d'une aide à l'activité (10 % des honoraires sans dépassement réalisés dans la zone, plafonnée à 20 000 € si membre d'un cabinet de groupe / 5%, plafonnée à 10 000 € si membre d'un pôle de santé).

et l'**option santé-solidarité**<sup>280</sup>. Pour les médecins, l'option démographie avait recueilli 1732 adhésions en 2013 ; l'option santé-solidarité seulement 22.

En Bourgogne, « sur la première année complète d'application du dispositif, 66 médecins ont adhéré (sur 139 médecins installés dans les zones déficitaires). Le coût du dispositif est de 934 000 euros (soit 14 000 euros d'aides par médecin). **Le bilan démographique est plutôt positif en 2013 : 11 installations en zone déficitaire. Il est plus mitigé en 2014 : une seule installation au premier semestre**<sup>281</sup>. »

Michaël BRAÏDA relève que « **le poids des aides n'est pas négligeable. Les demandes de dérogation au zonage montrent que le dispositif n'est pas inutile. De plus, les aides peuvent se cumuler avec celles d'autres institutions. Le dispositif n'est cependant pas le levier majeur d'une installation, les freins à l'installation en zone déficitaire n'étant pas que financiers. Des facteurs dépassent largement les champs d'intervention de l'Assurance maladie, et même de l'ARS. Ils ont trait à l'ensemble des services offerts dans ces zones. Dans le champ sanitaire se trouve la question de la présence d'autres médecins et d'autres professionnels de santé. De nombreux facteurs peuvent jouer sur les conditions d'exercice d'un médecin généraliste, donc sur sa décision de s'installer ou pas**<sup>282</sup>. » Au final, « les aides conventionnelles permettent de solutionner certaines situations<sup>283</sup>. » Cependant, le dispositif a un inconvénient : le zonage est voté pour cinq ans. Or des situations peuvent se dégrader dans cet intervalle de temps.

## 2.2.5 Le rôle croissant des collectivités territoriales

Lors de la signature du contrat local de santé du Grand Chalon, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a déclaré : « **Le temps de la santé nationale est révolu. L'État sera toujours présent car c'est une compétence régalienne. Mais on ne peut pas l'appliquer [la politique de santé] de la même façon sur tout le territoire. Il y a des caractéristiques propres. La proximité doit être le fil conducteur des actions**<sup>284</sup>. »

La loi du 23 février 2005<sup>285</sup>, qui vise à adapter les modes d'intervention de l'Etat aux évolutions récentes du monde rural<sup>286</sup>, autorise **les collectivités territoriales et leurs groupements** à attribuer des **aides aux structures** participant à la permanence des soins ainsi que des **aides pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins** en zones déficitaires<sup>287</sup>. Cette loi permet également aux collectivités territoriales et à leurs groupements d'accorder des **indemnités de logement et de déplacement aux étudiants** de troisième cycle de médecine générale qui effectuent leurs stages en zones déficitaires. Les collectivités et leurs groupements peuvent, enfin, attribuer une **indemnité d'étude et de projet professionnel** à tout étudiant inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste au moins cinq années dans une zone déficitaire. Ce dispositif préfigurait le CESP.

---

<sup>280</sup> L'option santé solidarité aide ceux exerçant dans d'autres zones à venir prêter « main forte » aux médecins exerçant en zones sous-dotées : elle permet de rémunérer le médecin qui s'engage à y exercer au moins 28 jrs/an.

<sup>281</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

<sup>282</sup> *Ibid.*

<sup>283</sup> *Ibid.*

<sup>284</sup> « Contre la désertification », art. cit.

<sup>285</sup> Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

<sup>286</sup> Son objectif est d'apporter des solutions pratiques pour le développement économique, social et environnemental des territoires ruraux. Pour renforcer l'attractivité de ces derniers, trois grands axes sont privilégiés : encouragement à l'emploi, relance du logement et amélioration des services au public.

<sup>287</sup> Prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins, mise à disposition de locaux, mise à disposition d'un logement, versement d'une prime d'installation, versement aux professionnels exerçant à titre libéral d'une prime d'exercice forfaitaire.

Aussi les collectivités territoriales se sont-elles saisies du dossier de la démographie médicale. Chaque niveau mène sa propre réflexion sur les remèdes concevables et définit des politiques innovantes : bourses destinées à convaincre les futurs médecins de venir s'installer dans les zones fragilisées, participation de plus en plus fréquente aux investissements immobiliers destinés à l'accueil de cabinets médicaux, gratuité temporaire du loyer<sup>288</sup>, etc. Certaines communes s'engagent au point de créer des centres de santé municipaux. D'autres collectivités traduisent leur engagement dans le cadre d'un **contrat local de santé (CLS)**.

Créés par la loi HPST, les CLS participent à la **réduction des inégalités territoriales et sociales de santé**. Ils permettent de mieux coordonner les actions sur des territoires vulnérables et volontaires pour un engagement contractuel. Le CLS s'envisage comme une **déclinaison du projet régional de santé (PRS) sur un territoire donné** (quartier, ville, pays...). Il s'appuie donc sur les objectifs inscrits dans ce projet et dans ses schémas régionaux de mise en œuvre (prévention, organisation des soins, organisation médico-sociale). L'ARS, qui établit le PRS et avec laquelle est obligatoirement conclu le CLS, est un partenaire incontournable pour la mise en place de ce dernier. L'initiative appartient à l'Agence<sup>289</sup> ou aux élus locaux. Elle peut aussi résulter d'une volonté commune de ces deux acteurs. Afin de lutter contre la désertification médicale et pour faciliter l'accès aux soins, **le pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne** a signé un CLS le 17 juillet 2014. Ce document le lie, jusqu'à fin 2017, à plusieurs partenaires dont l'ARS, le conseil régional et le conseil général<sup>290</sup>. Ce contrat vise à **renforcer les soins de proximité** sur un territoire où la densité en médecins généralistes (7,5/10 000 habitants) est inférieure au taux observé au niveau départemental (8,6), au taux bourguignon (8,9) et au taux national (10,8). Cette fragilité est accrue par une proportion importante de médecins âgés de plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité dans les prochaines années, voire les prochains mois. Pour le Pays, « *l'inégalité d'accès aux soins est une réalité qui en l'absence de politique volontariste ira en s'aggravant*<sup>291</sup>. » De ce fait, l'un des objectifs du contrat est de renforcer les soins de proximité. Il passe par une stratégie territoriale de communication « santé »<sup>292</sup>, des opérations de prospection externalisées<sup>293</sup>, l'émergence de projets d'exercice coordonnée sur les zones fragiles, le développement de la télémédecine et des stages, la réduction des inégalités d'accès au service d'hospitalisation à domicile, le transfert de tâches entre médecins généralistes et infirmiers<sup>294</sup>, la mobilité des patients et des publics vulnérables, etc.

---

<sup>288</sup> Afin d'anticiper le départ de deux généralistes, la **communauté de communes du Val de Sauzay** (12 communes, 4 695 hab.) dans la Nièvre a fait le choix, en 2013, d'accorder une gratuité temporaire du loyer du cabinet à la maison de santé d'un jeune couple (ayant des attaches locales) proposant de s'installer. L'objectif est de les aider lors des premières années, le temps de se constituer une clientèle. La période de gratuité a été fixée à quatre ans. (« La gratuité des loyers pour attirer des médecins généralistes », *Le Journal du centre*, 23 décembre 2013.)

<sup>289</sup> Par exemple pour le contrat local de santé du Haut Doubs (185 communes, 104 311 habitants). Lancé à l'initiative de l'ARS afin de construire une dynamique de santé locale cohérente et coordonnée, ce contrat a été signé en 2011 entre l'ARS et le Pays du Haut Doubs, le Pays Horloger et la communauté de communes du plateau de Nozeroy. La réflexion a ensuite été élargie aux partenaires : CPAM, sous-préfecture, inspection d'académie, établissements de santé et représentants des usagers. (« Un contrat de santé adapté aux besoins d'un territoire », *Maires de France*, n°324, mai 2015, p. 49.)

<sup>290</sup> « Le contrat local de santé enfin acté », *L'Yonne républicaine*, 23 juillet 2014.

<sup>291</sup> Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne, ARS de Bourgogne, *Contrat local de santé. Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne*, juillet 2014, p. 25.

<sup>292</sup> Définition d'une stratégie locale de promotion du territoire ciblée sur les professionnels de santé, création d'outils de valorisation du territoire auprès des étudiants ou des professionnels en exercice, organisation d'opérations de communication ciblées, accompagnement des professionnels et promotion des dispositifs CESP et PTMG. Le but est de faire évoluer l'image du territoire et des conditions d'exercice en milieu rural.

<sup>293</sup> L'action consistera à mobiliser le dispositif d'aide mis en place par le conseil régional de Bourgogne pour le cofinancement d'opérations de recherche de professionnels de santé par le biais d'un recours à des prestataires spécialisés (« chasseurs de têtes »).

<sup>294</sup> Cette action s'inscrit dans l'engagement n°8 du Pacte territoire santé. Le protocole de coopération ASALEE (« Action de SANTé Libérale En Equipe ») permet la délégation d'actes et d'activités du médecin à l'infirmier dans la prise en charge et le suivi de patients malades chroniques et *in fine* de dégager du temps médical.

Des conseils généraux ont également mis en place des actions originales. En avril 2014, le **conseil général du Loiret**, en partenariat avec l'Ordre des médecins, a lancé un dispositif visant à **recruter de jeunes médecins libéraux retraités**, qui souhaitent poursuivre, quelques heures par mois, leurs activités professionnelles au sein des services publics du département<sup>295</sup>. Ses différents services (PMI, médecine du travail, évaluation de l'autonomie) nécessitent 25 médecins. En 2014, ils n'étaient qu'une douzaine, faute de nouveaux arrivants. Ce manque retarde le traitement des dossiers. Entre 2009 et 2014, le département a investi 1,3 millions d'euros dans l'incitation matérielle à destination des médecins qui souhaiteraient s'installer sur le territoire, à travers des aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires ou à la reprise de cabinet mais également des bourses attribuées aux jeunes médecins en échange d'une promesse d'installation de cinq années. Si elles ont permis d'endiguer la désertification, ces aides n'ont cependant pas suffi<sup>296</sup>. Le **conseil général de Saône-et-Loire** a lancé un dispositif original baptisé **installeunmedecin.com** (« La Saône-et-Loire soigne les médecins »). Il est destiné aux **étudiants en médecine, médecins et professionnels de santé** : une cellule dédiée, le SIM 71<sup>297</sup>, propose un interlocuteur unique, depuis la recherche d'un stage ou d'un lieu d'exercice jusqu'à l'installation, sans oublier l'aide à l'accueil des familles. Un chèque installation est accordé aux généralistes libéraux<sup>298</sup>. Pour les étudiants, les mesures financières consistent en deux bourses d'études et des aides pour financer les frais liés au logement et à la mobilité pendant les stages. Mais **installeunmedecin.com** est également dédié aux **communes et intercommunalités** : le SIM 71 les accompagne depuis la recherche d'un médecin jusqu'au soutien d'un projet de maison de santé. Le département aide aussi au financement d'un cabinet de recrutement et propose des subventions d'investissement pour la création et la rénovation de cabinets médicaux et maisons de santé<sup>299</sup>. En février 2015, le dispositif comptait **37 bénéficiaires d'aides financières**, dont 17 étudiants en médecine, 15 médecins généralistes et 5 collectivités territoriales<sup>300</sup>.

Certaines régions développent elles aussi une politique volontariste. L'intervention du **conseil régional de Bourgogne** vise à favoriser l'**égalité d'accès** de tous à des soins de qualité, promouvoir, valoriser et développer la **recherche** et **former** les professionnels de santé pour répondre aux besoins de demain. La région a développé diverses actions s'inscrivant dans ces trois objectifs :

- l'accompagnement à la création de maisons et centres de santé en milieu rural et dans les zones urbaines en difficulté<sup>301</sup>. En janvier 2014, la région a souhaité majorer son intervention financière pour toute implantation en zone géographique déficitaire en médecins généralistes reconnue par l'ARS ;
- l'aide aux communes réalisant les travaux nécessaires à la construction et/ou la rénovation d'un local destiné à accueillir un professionnel de santé. De même peut être soutenue la création de cabinets secondaires ou d'antennes d'une maison de santé ;

<sup>295</sup> Conseil général du Loiret, *Des médecins retraités pour lutter contre la désertification médicale*, communiqué de presse, avril 2014.

<sup>296</sup> « Dans le désert médical, le Loiret choisit la piste des anciens », *Libération*, 5 mai 2014.

<sup>297</sup> « Soutien aux installations médicales ».

<sup>298</sup> 50 % des dépenses liées à l'équipement du cabinet médical, plafonné à 5 000 euros, sous condition d'un engagement d'exercer au moins trois ans dans la commune.

<sup>299</sup> « La Saône-et-Loire « soigne les médecins » », *La Gazette des communes* [en ligne], 18 février 2014, <<http://www.lagazettedescommunes.com/221661/pacte-territoire-sante-les-resultats-sont-la-declare-marisol-touraine/>> (page consultée le 22 avril 2015).

<sup>300</sup> Conseil général de Saône-et-Loire, *Rapport d'activité 2014*, Février 2015, p. 23.

<sup>301</sup> Par exemple, en 2012, cinq maisons de santé pluridisciplinaires ont été financées (Saulieu, Vézelay, Venarey-Les-Laumes, Tanlay, Tramayes) pour un montant total de 600 000 euros. Deux études de faisabilité (Digoin, La Charité-sur-Loire) ont également été accompagnées, pour un montant de 24 480 euros.

- l'aide au transport non médicalisé en zone rurale pour les personnes en difficulté<sup>302</sup> afin qu'elles accèdent aux structures de soins ;
- le soutien au transport hélicoptéré afin d'abolir les problèmes d'accessibilité dans les situations d'urgence et permettre le transfert de patients vers les plateaux techniques adaptés. Après Dijon et Auxerre, un troisième hélicoptère a été mis en service le 1<sup>er</sup> février 2014, à Chalon-sur-Saône ;
- le soutien au développement des applications informatiques permettant le transfert de clichés et d'informations médicales (par exemple pour le dépistage de la rétinopathie diabétique) et le développement de réseaux extranet ;
- le soutien aux actions en faveur de la recherche médicale ;
- des actions de sensibilisation à une alimentation équilibrée dans des lycées ;
- le contrat « Réciprosanté »<sup>303</sup> ;
- l'allocation « Bourgogne médecin », mise en place en 2005<sup>304</sup>.

Cependant, « suite à la mise en place d'une aide par l'Etat, et suite à une évaluation, l'allocation **Bourgogne médecin** a été arrêtée, le conseil régional a réorienté son action. Il a **inversé la façon de traiter cette question en se concentrant par exemple sur les conditions d'accueil** des stagiaires, notamment en termes de logements<sup>305</sup>. » De plus, l'allocation « n'avait pas d'effet incitatif avéré sur l'installation en territoire non-urbain ; et n'était pas un facteur de changement de représentation de la ruralité. L'effet était donc nul. D'autres formes d'intervention devaient être trouvées. En définitive, l'aide financière individuelle incitative n'a pas montré de réelle efficacité. Ce n'est pas sur ce champ que l'on doit persévérer, d'où l'idée d'agir via d'autres leviers<sup>306</sup>. » Néanmoins, Michel SERIN, médecin généraliste à la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, souligne un effet négatif de cette suppression : « le conseil régional a arrêté sa prime à la mobilité des étudiants de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> cycle en raison du financement national par le biais du CHU. Or ce financement est inférieur. La conséquence est que nous avons deux stagiaires externes en moins à Saint-Amand-en-Puisaye<sup>307</sup>. »

Aujourd'hui, la région souhaite recentrer ses interventions sur les questions de démographie médicale et d'accueil, d'attractivité : « le conseil régional est en train de réfléchir à structurer un Plan régional d'actions sur la promotion et sur la prospection. Il vise à identifier comment les territoires recherchent des professionnels de santé, rendent attractives leurs offres et accompagnent les professionnels. À l'échelle régionale, nous allons ensuite élaborer une promotion et une prospection coordonnées<sup>308</sup>. » L'objectif est « d'analyser les freins potentiels à l'installation des professionnels (diplômés et futurs diplômés) : quelles sont leurs envies, leurs aspirations ? **Le but est de lutter contre certaines idées reçues**<sup>309</sup>. »

<sup>302</sup> Difficulté liée au handicap, à l'âge, à l'isolement, à la précarité...

<sup>303</sup> Il permet aux étudiants infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou sages-femmes de bénéficier d'une allocation mensuelle (aide financière versée à partir de la deuxième année de formation) en exerçant en contrepartie dans un établissement bourguignon pour une durée minimum (qui varie en fonction du temps de versement de l'allocation). Ce dispositif s'est également ouvert aux formations de psychomotricien et d'ergothérapeute.

<sup>304</sup> Afin de familiariser les étudiants en médecine de Dijon à l'exercice de la médecine générale (notamment en milieu rural), cette aide financière était destinée aux étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle et aux internes de médecine générale qui s'engageaient à effectuer leur stage en milieu rural. Ce stage de médecine générale devait se situer dans une commune de moins de 20 000 habitants appartenant à un EPCI de moins de 40 000 habitants.

<sup>305</sup> Sylvain RIFFARD, chef du service développement des territoires et de la santé, conseil régional de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>306</sup> *Ibid.*

<sup>307</sup> Michel SERIN, président de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB), audition du 7 juillet 2015.

<sup>308</sup> Sylvain RIFFARD, chef du service développement des territoires et de la santé, conseil régional de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>309</sup> *Ibid.*

En 2007, le sénateur Jean-Marc JUILHARD remarque que « *l'intervention des collectivités territoriales dans la gestion de l'offre de soins ne fera que croître à l'avenir*<sup>310</sup>. » Néanmoins, la Cour des comptes observe que les mesures des collectivités ne font pas l'objet d'un recensement, ni d'une évaluation. Avec pour conséquence un **risque de redondance et de concurrence** pour attirer des jeunes internes ou des médecins<sup>311</sup>. Hervé MAUREY note que, dans leur très grande majorité, les ARS ne sont pas en mesure de communiquer des éléments chiffrés sur les aides accordées par les différents intervenants<sup>312</sup>.

## 2.3 Des mesures limitées

### 2.3.1 Le Pacte territoire santé : un bilan en demi-teinte

Le 10 février 2014, Marisol Touraine, a dressé le bilan du Pacte territoire santé en Saône-et-Loire, « *car il s'agit d'un département pionnier.* » Pour la Ministre, « *les résultats sont là*<sup>313</sup> » :

- Au moment du lancement du Pacte, moins de 50 % des étudiants effectuaient un stage en médecine générale en cabinet de ville, dans une maison ou un centre de santé. « *En 2013, ils sont 60 %. Et huit régions, comme la Franche-Comté, le Limousin ou encore le Languedoc-Roussillon, se sont montrées exemplaires avec 100 % d'étudiants.* » En Bourgogne, l'objectif de garantir à 100 % des étudiants de deuxième cycle un stage en médecine générale a été atteint l'année dernière.
- Concernant les CESP, « *les résultats sont là ! Le nombre de bourses signées a augmenté de 65 % en un an seulement ! En 2017, 1 500 bourses auront bien été souscrites. Concrètement, ce seront donc 1 500 professionnels supplémentaires installés dans des zones fragiles pour les années à venir, médecins principalement.* » 46 CESP ont été signés en Bourgogne, dont 6 en 2015.
- Au sujet du praticien territorial de médecine générale, « *200 contrats ont été proposés à partir du mois de septembre 2013. En 4 mois, ils ont été plébiscités ! J'ai donc décidé que 200 nouveaux contrats seraient mis en place en 2014.* » Pour la Ministre, « *la Saône-et-Loire illustre cette belle réussite. Sur les 12 contrats attribués à la Bourgogne en 2013, 6 ont été signés avec des médecins dans ce département [...]. Concrètement, ce sont 6 territoires où les habitants ont l'assurance de trouver un médecin à proximité de chez eux pour de nombreuses années.* » En mars 2015, 16 contrats avaient été signés en Bourgogne.
- Grâce au référent-installation, « *les étudiants comme les professionnels de santé peuvent l'appeler directement pour s'informer, pour être orientés dans leurs choix et accompagnés dans leur installation. Dans certaines régions, la démarche est même allée plus loin [...]. Le conseil général de Saône-et-Loire a lancé, dès mars 2013, le dispositif « *installenmedecin.com* » à destination des étudiants en médecine, des professionnels de santé et des collectivités locales.* »
- Le nombre de maisons de santé a doublé entre 2012 et début 2014 (passant de 170 à 370) : « *c'est un véritable changement de culture par rapport aux générations qui nous ont précédés. Le temps où il y avait « un médecin par village » est révolu. Et nous ne devons pas entretenir une quelconque nostalgie, parce que nous sommes en train d'inventer le modèle de demain.* »
- « *En un an, la télémédecine a progressé dans tous nos établissements et dans tous nos territoires.* » Concernant les AVC, les services d'urgence peuvent désormais prendre en charge leurs patients par télé-expertise et téléassistance en Franche-Comté, dans le Nord-Pas-de-Calais ou en Bourgogne.

<sup>310</sup> Jean-Marc JUILHARD, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale*, octobre 2007, p. 27.

<sup>311</sup> Cour des comptes, *La répartition territoriale des médecins libéraux*, septembre 2011, p. 163.

<sup>312</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 5 février 2013, p. 39.

<sup>313</sup> *Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine*, 10 février 2014.

- Concernant les transferts de compétences, « *désormais, en région Pays de la Loire, un bilan visuel peut être réalisé par un orthoptiste sans prescription. Grâce à cette organisation, le délai entre la prise de rendez-vous et la délivrance d'une ordonnance pour renouveler ses lunettes est réduit à une quinzaine de jours, alors que le délai d'attente pour une consultation chez un ophtalmologue atteint en moyenne 2 ou 3 mois. C'est un résultat tout à fait significatif.* »
- Enfin, « *en 2012, 2 millions de Français étaient à plus de trente minutes de soins urgents. A la fin de cette année [2014], grâce aux actions que nous avons déployées, ce sera moitié moins !* »

Hervé MAUREY est plus critique, notamment sur le praticien territorial de médecine générale. Pour le sénateur, « *il ne s'agit en effet que d'une garantie de revenu différentielle offerte, pendant deux ans, aux médecins s'installant pour la première fois en zones sous dotées. **Si elle peut rassurer les plus timorés, elle ne sera certainement pas décisive***<sup>314</sup>. » Hervé MAUREY relativise également le succès du CESP et le juge insuffisamment connu par le public visé.

Plus fondamentalement, il souffre de la **réticence des étudiants** en médecine à s'engager pour l'avenir dans un contexte d'incertitude. Avant d'avoir passé les épreuves classantes nationales, ils ne savent pas encore quelle sera leur spécialité, ni quel sera leur lieu de formation en troisième cycle. De même, les zones sous dotées dans lesquelles ils devront obligatoirement exercer ne sont pas exactement connues au moment où ils contractent, car celles définies aujourd'hui ne seront pas forcément les mêmes que demain. L'origine sociale des étudiants en médecine, de plus en plus issus de milieux favorisés et urbains, explique également en grande partie le peu de succès du dispositif. Ceci explique que le CESP semble surtout conçu comme **une aubaine pour certains étudiants qui ont déjà, pour des raisons personnelles, un lien d'attache avec un territoire bien précis**<sup>315</sup>.

Pour Christophe LANNELONGUE, des **rencontres régulières avec chaque jeune pendant ses études et son internat** permettraient de favoriser le déploiement du CESP : « *on doit aider un jeune à définir son projet professionnel, à s'interroger sur ses aspirations. Organiser la transition études/vie professionnelle est fondamental [...]. Or ceci n'existe pas pour les médecins, à la différence des autres formations*<sup>316</sup>. »

Le CESP a séduit 591 étudiants en 2013, soit 65 % de plus qu'en 2012. Cependant, cette forte progression tient en partie à l'ouverture du mécanisme aux dentistes<sup>317</sup>. Et si, entre septembre et décembre 2013, le contrat de PTMG avait convaincu 170 médecins généralistes, un seul praticien avait signé un contrat durant cette période dans le Limousin. L'ARS de la région souligne que les médecins ne sont « *pas franchement intéressés* » car « *la rémunération minimale garantie n'est pas un sujet pour les médecins qui s'installent dans les déserts : les patients font très vite la queue devant leur cabinet !* ». Pour remplir son quota, l'ARS a donc approché une quinzaine de médecins installés depuis un an, qui n'avaient donc plus besoin d'être convaincus. Selon l'ARS de Haute-Normandie, les médecins qui sont signés souhaitaient déjà s'installer. « *Le contrat leur a permis de franchir le pas plus facilement, avec moins de risques.* » Selon un jeune médecin, plus que les aides financières, c'est la présence d'une maison de santé qui convainc de s'installer dans une zone sous-dotée<sup>318</sup>.

<sup>314</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 37.

<sup>315</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>316</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>317</sup> « Bilan mitigé après un an de lutte contre les déserts médicaux », *Le Figaro*, 11 février 2014.

<sup>318</sup> « Déserts médicaux : bilan plus que mitigé », *Le Figaro*, 13 décembre 2013.

## 2.3.2 La maison de santé : la panacée ?

### 2.3.2.1 « L'avenir, c'est donc l'exercice coordonné et collectif !<sup>319</sup> »

Les **maisons de santé**, également appelées **maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)**, ont été introduites dans le Code de la santé publique en 2007 pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement libéraux) doivent élaborer un **projet de santé** attestant de leur **exercice coordonné**. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'ARS un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens** préalablement à tout versement d'une aide financière par l'Agence.

Les maisons de santé sont présentées comme une solution aux problèmes de démographie médicale. Pour Marisol Touraine, « *la clé dans les territoires, ce sont les maisons de santé ou les centres de santé. C'est faire en sorte que les jeunes professionnels aient la possibilité de travailler ensemble. Aujourd'hui un jeune médecin ne veut pas travailler comme le faisait la génération d'avant. Et donc, si l'on veut attirer des jeunes médecins dans les campagnes de Saône-et-Loire, comme dans les campagnes françaises, il faut pouvoir proposer des modes d'exercice regroupés, sécurisés techniquement, de la télé-médecine, des professionnels partenaires, et un soutien des politiques qui garantissent le financement de ces structures*<sup>320</sup>. » Comme le souligne le président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, les maisons de santé « *permettent à un jeune médecin de ne pas être seul. Aussi le développement des maisons de santé constitue-t-il une réponse, à la campagne mais également en ville (notamment dans les zones dites « difficiles* »<sup>321</sup>. » Les maisons de santé favorisent le remplacement des médecins : « *s'il n'y a pas de maison de santé il n'y aura pas de successeur, même si c'est un « pari » sur l'avenir*<sup>322</sup>. » Michel SERIN relève également que « *la maison de santé amène d'autres professionnels (podologue, diététicienne...) qui n'existaient pas auparavant*<sup>323</sup>. »

Autre bienfait des MSP : elles entraînent de moindres dépenses de santé, l'intégration (et la coordination des médecins) s'avérant de ce point de vue plus efficace<sup>324</sup>. Ceci explique que, fin 2014, le nombre de MSP réparties sur le territoire (Outre-mer compris) frôlait les **600** selon l'observatoire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elles n'étaient que 174 en 2012, 370 en 2013<sup>325</sup>. Si la grande majorité des MSP sont installées dans des **espaces à dominante rurale**, elles peuvent également constituer une réponse au problème de la désertification médicale qui frappe certaines banlieues<sup>326</sup>. « *Proportionnellement au nombre de professionnels et d'habitants, la Bourgogne est la région où il y a le plus de maisons de santé (41 maisons et 16*

<sup>319</sup> Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine, 10 février 2014.

<sup>320</sup> « Des clés pour notre santé », *Le Journal de Saône-et-Loire*, 11 février 2014.

<sup>321</sup> Jacques GIRARDIER, président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

<sup>322</sup> Matthieu PICARD, directeur adjoint de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne, audition du 12 mai 2015.

<sup>323</sup> Michel SERIN, président de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB), audition du 7 juillet 2015.

<sup>324</sup> « Les maisons de santé gagnent du terrain », *Maires de France*, n°323, avril 2015, p. 24.

<sup>325</sup> *Ibid.*

<sup>326</sup> Une maison de santé regroupant une vingtaine de praticiens a par exemple été inaugurée en octobre 2014 à Clichy-sous-Bois. Car les 30 000 habitants de cette commune de Seine-Saint-Denis ne disposaient plus que de 16 médecins généralistes, d'un gynécologue et d'un radiologue avant l'ouverture de la maison de santé. Soit sept médecins de moins qu'il y a cinq ans. (« Un château pour les médecins, la réponse de Clichy-sous-Bois aux déserts médicaux », *La Gazette des communes* [en ligne], 13 octobre 2014, <<http://www.lagazettedescommunes.com/283568/un-chateau-pour-les-medecins-la-reponse-de-clichy-sous-bois-aux-deserts-medicaux/>> (page consultée le 21 avril 2015).)

*projets*). La dynamique est très forte en Saône-et-Loire, plus faible en Côte-d'Or. On constate en effet des difficultés à promouvoir l'exercice regroupé immobilier en agglomération<sup>327</sup>. »

Le bilan des implantations de MSP est positif. Selon l'IRDES, « on observe une **moindre dégradation de la densité entre 2004 et 2012 dans les espaces avec maisons de santé**. De plus, les maisons de santé ont un impact significatif et positif sur la dynamique d'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux dans les bassins de vie les moins dotés en offre de soins<sup>328</sup>. »

### 2.3.2.2 Les limites des maisons de santé et les conditions de leur réussite

Les maisons de santé ne sont pas la panacée. « D'abord, parce que de nombreux généralistes ne souhaitent pas s'investir dans ce type de projet. Ensuite, parce que, même lorsque des médecins acceptent de se lancer, 80 % des projets échouent<sup>329</sup>. » **Et lorsque le projet aboutit, rien n'assure que les médecins engagés resteront.**

Initiée par la communauté de communes du Haut-Morvan, la **maison de santé de Château-Chinon** comptait à son ouverture (fin 2010) quatre médecins généralistes libéraux. Après le départ de deux d'entre eux en 2014, les deux autres généralistes ont annoncé leur intention de cesser leur activité à compter du 31 janvier 2015, faisant ainsi de Château-Chinon la première sous-préfecture de France sans médecin généraliste. Ces départs menacent également l'existence de la maison de santé et la quinzaine de professionnels qui y est installée (ainsi que les deux pharmaciens de la ville)<sup>330</sup>. Depuis plusieurs mois, la communauté de communes du Haut Morvan cherche un remplaçant (au moins). « Après l'échec du cabinet de recrutement mandaté par l'ARS, elle a fait appel à une consultante plutôt qu'à des chasseurs de tête qui facturent entre 6 000 et 15 000 euros leurs services<sup>331</sup>. » L'investissement de la collectivité s'est monté à 800 000 euros. Pour Maurice BADOUX, cet exemple montre les limites des maisons de santé : « quand ce sont les politiques qui décident, ça ne peut pas marcher. Il faut que la volonté soit celle des médecins<sup>332</sup>. »

« Solution consensuelle, les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont toutefois pas toujours la solution idéale aux déserts médicaux<sup>333</sup>. » La véritable valeur ajoutée des maisons de santé est la **coordination** entre des praticiens qui travaillent sur un même lieu. Elles attirent aussi les médecins parce qu'ils y trouvent une meilleure qualité de vie qu'en étant isolés. **Cependant, les élus ont tendance à penser qu'il suffit de construire une maison de santé pour attirer des praticiens.** Comme l'indique Michel SERIN, « c'est le projet de santé qui génère le projet architectural<sup>334</sup>. » Pour Jacques GIRARDIER, les actions des élus « ne peuvent réussir que dans la mesure où il y a un projet médical et des médecins au départ<sup>335</sup>. » Malgré la présence de plusieurs autres professionnels de santé, la MSP de Venarey-Les

<sup>327</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>328</sup> IRDES, *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*, décembre 2014, p. 64.

<sup>329</sup> « Centres municipaux de santé. Un remède... », art. cit.

<sup>330</sup> « Château-Chinon veut garder ses médecins », *Aujourd'hui en France*, 20 novembre 2014.

<sup>331</sup> « Les maisons de santé gagnent... », art. cit.

<sup>332</sup> « Plus aucun médecin en janvier 2015 ? », *Le Journal du Centre*, 6 novembre 2014.

<sup>333</sup> « Les maisons de santé, une réponse consensuelle aux déserts médicaux », *Le Monde* [en ligne], 26 avril 2012, <[http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/04/26/les-maisons-de-sante-une-reponse-consensuelle-aux-deserts-medicaux\\_1691635\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/04/26/les-maisons-de-sante-une-reponse-consensuelle-aux-deserts-medicaux_1691635_3224.html)> (page consultée le 23 avril 2015).

<sup>334</sup> Michel SERIN, président de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB), audition du 7 juillet 2015.

<sup>335</sup> Jacques GIRARDIER, président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

Laumes (Côte-d'Or, 3 100 hab.) a ouvert en septembre 2014<sup>336</sup> sans médecin généraliste, suite au retrait du médecin président l'Association pour la création et l'aménagement de la maison de santé. Un « *profond désaccord* » aurait abouti à cette situation<sup>337</sup>. Avec pour conséquence le lancement par le maire en novembre 2014 d'une pétition « pour l'installation de médecins généralistes » sur le territoire. À Belleherbe (Doubs), la maison de santé a eu beaucoup de mal à attirer un généraliste. Lors de son ouverture en 2009, le médecin libéral de la commune a refusé de s'y installer. Quelques mois plus tard, la communauté de communes (qui a mis 900 000 euros dans le projet) a réussi à attirer un autre médecin. Cependant, celui-ci est rapidement parti, affirmant qu'il n'avait pas assez de patients et que ses relations avec le médecin en cabinet étaient trop conflictuelles. Ce dernier est ensuite parti, laissant la commune sans généraliste pendant quelques temps. Pour le député de la Lozère, Pierre MOREL-A-L'HUISSIER, **les maisons de santé ne peuvent marcher que si elles se font en accord avec les équipes médicales en place.**

L'expérience montre que les initiatives qui ont réussi ont été portées par des professionnels, le plus souvent médecins, qui se sont engagés avec persévérance et ont entraîné avec eux d'autres professionnels de santé [...]. **A l'inverse, le risque est grand pour les collectivités territoriales qui réalisent l'investissement dans les murs avant d'être certaines de l'engagement des professionnels de santé, de voir celui-ci ne jamais se concrétiser.** Ainsi, les cas ne sont pas rares de communes ou de communautés de communes qui ont financé, dans l'espoir d'accueillir une MSP, des bâtiments qui sont demeurés vides par la suite, ce qui constitue un intolérable gâchis d'argent public. **Il est donc essentiel que les professionnels de santé et les élus avancent de pair**<sup>338</sup>.

Ainsi le projet doit-il être **pensé, partagé et porté par les professionnels de santé**. Car les murs ne suffisent pas. Le rôle des élus est de mener un travail prospectif, d'anticiper le départ des médecins. L'objectif premier étant d'organiser et coordonner des professionnels de santé sur un territoire, ceux-ci doivent être présents dès le départ. Sinon, le risque est grand « *de ne construire qu'une coquille qui restera vide*<sup>339</sup>. » Selon Daniel BOUCON, « *l'épine dorsale est donc le médecin libéral. Si l'on construit ex nihilo une maison de santé parce que le médecin a annoncé son départ, le projet échouera : on aura « greffé des médecins hors-sol ». L'échec est alors double : on a mobilisé l'argent de la collectivité dans un domaine ne relevant pas directement de sa responsabilité et le but poursuivi n'a pas été atteint*<sup>340</sup>. »

Mais dès lors que les médecins sont investis et accueillent des stagiaires, la MSP fonctionne. Ces engagements font d'ailleurs partie des conditions posées par les ARS pour bénéficier d'aides. Cependant, les élus n'ont parfois pas les moyens de les faire respecter. « *A Château-Chinon, visiblement, « ces engagements n'ont pas été tenus »*<sup>341</sup>. » À l'inverse, la maison de santé amandinoise et la commune de Saint-Amand-en-Puisaye<sup>342</sup> se sont associées pour bien accueillir les stagiaires à travers un projet original : un internat rural. Grâce à cet internat, « *les futurs médecins, qui quittent Dijon pour effectuer leur stage à Saint-Amand-en-Puisaye ou dans les villages alentours ne sont pas isolés. Ils peuvent habiter dans ce logement qui leur est dédié*<sup>343</sup>. » L'objectif est de lutter contre le possible isolement des étudiants qui viennent découvrir la pratique de la médecine générale. Mais cette initiative vise également à rendre le territoire plus attractif. Et donner ainsi envie aux jeunes médecins de s'y installer.

<sup>336</sup> Dans un bâtiment neuf appartenant à la communauté de communes du Pays d'Alesia et de la Seine (COPAS).

<sup>337</sup> « Maison de santé : la polémique », *Le Bien public*, 31 octobre 2014.

<sup>338</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 32.

<sup>339</sup> « Les maisons de santé gagnent du terrain », *art. cit.*

<sup>340</sup> Daniel BOUCON, vice-président du CESER de Franche-Comté, président de la commission « Cadre de vie et société » et rapporteur de l'avis *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, audition du 14 avril 2015.

<sup>341</sup> « Les maisons de santé gagnent du terrain », *art. cit.*

<sup>342</sup> La commune met un appartement à disposition de la maison de santé.

<sup>343</sup> « Un internat médical au cœur du village », *Le Journal du Centre*, 21 novembre 2013.

Par ailleurs, si l'exercice regroupé suscite l'intérêt de nombreux praticiens, « *la réussite de cette forme d'exercice dépend tout d'abord de la pertinence de son implantation. Il est indispensable de réaliser, avant toute installation, une étude sérieuse quant aux besoins locaux en termes d'offre de soins*<sup>344</sup>. » En définitive, « *la maison de santé est une « boîte à outils » qui doit être adaptée au territoire*<sup>345</sup>. » Il faut également éviter la surenchère entre collectivité mais jouer plutôt la solidarité entre les territoires. Matthieu PICARD incite les élus à « *mutualiser les projets avec les communes voisines*<sup>346</sup>. » Car des maisons de santé ne peuvent pas être créées partout, en raison du contexte économique notamment. Comme le souligne Michaël BRAÏDA, « *l'un des enjeux du développement des maisons de santé [...] est de définir des règles de priorisation des financements, privilégiant certaines zones*<sup>347</sup>. »

La dernière limite de la maison de santé est qu'elle contribue à « accélérer » le processus de concentration géographique des professionnels. De ce fait, « *ces structures peuvent aider à maintenir la présence de ceux-ci dans les zones en voie de fragilisation, mais ne peuvent pas répondre aux besoins des zones déjà désertées*<sup>348</sup>. » D'une manière générale, il convient de souligner le **changement de paradigme** induit par le développement des maisons : « *le patient doit dorénavant aller chercher le médecin. On ne pourra plus revenir en arrière. On est passé d'un médecin dans chaque commune à un médecin dans la ville-centre, établi au sein d'une structure pluridisciplinaire avec une organisation visant à une meilleure prise en charge du patient*<sup>349</sup>. » Comme le relève François COPREAUX, « *les maisons de santé ne sont pas la panacée pour l'accès aux soins. Néanmoins, elles sont bénéfiques dans certaines zones, même si en contrepartie les patients doivent se déplacer*<sup>350</sup>. »

### 2.3.3 Mettre (un peu) de contrainte ?

Comme le souligne la Cour des comptes, « *aucune mesure contraignante de régulation démographique médicale n'a pu être mise en œuvre jusqu'à ce jour et la liberté d'installation des médecins est restée totale*<sup>351</sup>. » Or, « *d'autres pays, qui connaissent de mêmes difficultés en matière de démographie médicale, ont pu faire le choix de restreindre la liberté d'installation*<sup>352</sup>. » En France, « *l'idée même [...] est devenue taboue*<sup>353</sup>. » La coercition se heurterait à deux principes fondamentaux : la liberté des patients de choisir leur praticien et la liberté d'installation de ce dernier. De plus, elle serait injuste à l'égard des jeunes médecins, qui porteraient seuls les conséquences du problème.

Il avait été prévu fin 2006 de mettre en place une diminution de la participation de l'Assurance maladie aux cotisations des généralistes s'installant en zone sur-dotée. Ce mécanisme n'a finalement pas été retenu lors des négociations conventionnelles. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles l'adaptation des règles de conventionnement des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire. Cette disposition a néanmoins été ensuite disjointe, suite à une

---

<sup>344</sup> « Exercices regroupés : l'union fait la force », art. cit., p. 26.

<sup>345</sup> Michel SERIN, président de la Fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé bourguignons (FEMAGISB), audition du 7 juillet 2015.

<sup>346</sup> Matthieu PICARD, directeur adjoint de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne, audition du 12 mai 2015.

<sup>347</sup> Michaël BRAÏDA, sous-directeur de la coordination régionale de la gestion du risque de l'Assurance maladie de Bourgogne, audition du 14 avril 2015.

<sup>348</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, op. cit., p. 32.

<sup>349</sup> Matthieu PICARD, directeur adjoint de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Bourgogne, audition du 12 mai 2015.

<sup>350</sup> François COPREAUX, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne, audition du 28 avril 2015.

<sup>351</sup> Cour des comptes, *La répartition territoriale...*, op. cit., p. 165.

<sup>352</sup> *Ibid.*, p. 166.

<sup>353</sup> « Pour les toubibs, la carotte plutôt que le bâton », *Libération*, 5 mai 2014.

grève des internes à l'automne 2007. Pour la Cour, « *cette absence de régulation persistante contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition encore plus marquées que connaissent les 77 000 infirmiers libéraux recensés en 2010*<sup>354</sup>. »

La Cour juge insuffisants les résultats des politiques conventionnelles, « *que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficacité dans leur dispensation*<sup>355</sup>. » Elles n'ont pas empêché le développement des difficultés d'accès aux soins, financières ou géographiques. Or « *Passurance-maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés [...]. Le conventionnement ne devrait en tout état de cause pas être considéré comme un droit automatique, comme il l'est actuellement, mais devrait correspondre à un besoin effectif de soins pris en charge par l'assurance maladie. La possibilité de rendre le conventionnement conditionnel devrait être élargie en permettant par la loi d'étendre cette orientation à toutes les professions dans les zones en surdensité et utilisée plus résolument afin de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire en fonction des besoins effectifs des patients*<sup>356</sup>. » Aussi la Cour recommande-t-elle d'« *étendre, dans les zones en surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire*<sup>357</sup>. » Elle propose également de « *moduler la prise en charge de cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné*<sup>358</sup>. »

En février 2013, le sénateur Hervé MAUREY présentait les conclusions d'un groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Les mesures structurelles<sup>359</sup> et incitatives<sup>360</sup> sont jugées insuffisantes pour remédier à l'existence de déserts médicaux. Pour le rapporteur, « *la régulation démographique basée sur le conventionnement sélectif est, sans aucun doute, l'une des mesures les plus prometteuses pour améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé. Toutefois, elle souffre d'une lacune importante : celle de ne pas s'appliquer aux médecins*<sup>361</sup>. » Concernant les dispositifs incitatifs, leur empiement se traduit par « *une absence de lisibilité et par l'impossibilité d'une évaluation globale*<sup>362</sup>. » Des mesures plus volontaristes sont donc indispensables. Il apparaît nécessaire de **revoir la conception même des études de médecine**<sup>363</sup>, d'appréhender **différemment** les modalités

---

<sup>354</sup> Cour des comptes, *La répartition territoriale...*, *op. cit.*, p. 166-167.

<sup>355</sup> *Idem*, *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, p. 233.

<sup>356</sup> *Ibid.*, p. 239-240.

<sup>357</sup> *Ibid.*, p. 256.

<sup>358</sup> *Ibid.*

<sup>359</sup> Planification régionale de l'offre de soins par l'ARS, nouvelle organisation de la permanence des soins, soutien au développement des maisons et pôle de santé...

<sup>360</sup> Exonérations fiscales et sociales financées par l'État pour l'installation dans certaines zones, incitations à l'installation en zones sous-dotées financées par l'Assurance maladie, CESP, aides des collectivités territoriales.

<sup>361</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 34.

<sup>362</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>363</sup> Notamment en **modifiant les critères de sélection** pour l'accès aux études de santé. Cette sélection s'exerce sur la base notamment des sciences « dures ». Par ailleurs, l'intensité de la sélection favorise l'éclosion de préparations privées, renforçant ainsi la part des étudiants issus des catégories socioprofessionnelles supérieures. Or, ceux-ci étant surtout urbains, ils auront naturellement une certaine réticence à s'installer ensuite en zone rurale. Le sénateur propose également de **diversifier l'enseignement** dispensé, en introduisant ou en renforçant les cours de gestion, de communication, de psychologie, d'éthique... Mais le rapport préconise également d'**organiser au niveau régional les épreuves classantes en fonction des besoins de chaque région**. Car le système actuel ne permet pas de maîtriser l'effectif des généralistes formés. En effet, la spécialité de médecine générale est quasiment la seule à ne pas pouvoir la totalité de ses postes. L'écart résulte du choix fait par certains étudiants de ne pas valider leur dernier semestre de deuxième cycle afin de tenter d'obtenir un meilleur classement aux épreuves de l'année suivante, dans l'espoir de pouvoir choisir une autre spécialité que celle qui leur est proposée parmi les postes restants. Par ailleurs, le choix exercé par l'étudiant, en fonction de son rang de classement, détermine non seulement sa spécialité, mais en même temps la région où il effectuera son troisième cycle. Or on observe une propension des médecins à s'installer dans la région où ils ont fait leurs études.

d'accès aux soins<sup>364</sup>, de **clarifier et promouvoir** les incitations financières<sup>365</sup> et de ne pas s'interdire « par principe » de **réguler les choix d'installation** de l'ensemble des professionnels de santé.

Car pour Hervé MAUREY, les esprits semblent « *mûrs aujourd'hui pour franchir un pas dans la régulation*<sup>366</sup>. » Pour sauter ce pas, le sénateur propose, comme la Cour des comptes, **d'étendre aux médecins le conventionnement sélectif** qui s'applique déjà aux principales autres professions de santé<sup>367</sup>. Mais il souhaite également **instaurer une obligation de service pour les médecins spécialistes** en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées<sup>368</sup>. Enfin, Hervé MAUREY juge nécessaire d'informer les étudiants en médecine de l'éventualité d'instaurer une obligation pour les généralistes d'exercer en zone sous-dotée en début de carrière.

---

<sup>364</sup> **Territorialiser la lutte contre les déserts médicaux** (en mettant en place dans tous les départements une commission qui définirait des périmètres de santé proches des populations et veillerait à la satisfaction des besoins de soins) ; **favoriser la coopération et la délégation entre les différentes professions de santé** ; **favoriser l'exercice regroupé** ; rémunérer différemment les médecins (développer des rémunérations forfaitaires pour le travail de coordination, de prévention, de formation et de santé publique) ; favoriser l'allongement de la durée d'activité ; développer des formes de médecine salariée ; encourager le développement de la télémédecine.

<sup>365</sup> En réorientant les moyens disponibles vers les aides financières les plus pertinentes et en faisant des ARS le point d'entrée unique des aides. Il est également essentiel que les facultés de médecine informent, dès les premières années, les étudiants des dispositifs existants.

<sup>366</sup> Hervé MAUREY, *Rapport d'information...*, *op. cit.*, p. 64.

<sup>367</sup> Ainsi, il ne leur serait plus possible d'être conventionnés dans les zones sur-dotées définies par les ARS sauf en cas de reprise d'activité. Des dispositifs incitatifs continueraient de leur être proposés dans les zones sous-dotées.

<sup>368</sup> En mettant en place pour les spécialistes une obligation d'exercer pendant deux ans à la fin de leurs études (à temps plein ou partiel) dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements où le manque de spécialistes est reconnu par les ARS.

## CONCLUSION

À l'issue de cette analyse, il apparaît que la répartition des médecins entre les régions est inégale dans pratiquement tous les pays de l'OCDE. Les territoires ruraux préoccupent tout particulièrement les responsables politiques. Dans certains pays, les territoires urbains et suburbains pauvres peuvent également poser problème. En dépit d'importants efforts, les inégalités dans la répartition des effectifs médicaux demeurent.

Pour rééquilibrer l'offre de médecins, les décideurs peuvent envisager trois grandes stratégies. La première cible les futurs médecins. La seconde vise ceux en exercice. La troisième cherche à composer avec moins de praticiens. Cette dernière stratégie revient à accepter le fait que les effectifs seront moins importants dans certaines régions. Dans la plupart des pays, les décideurs devront emprunter des éléments à chacune de ces trois stratégies. Le meilleur dosage dépendra de plusieurs facteurs : la démographie générale, la démographie médicale, les caractéristiques du système de santé, la situation budgétaire. Mais le premier facteur doit rester les besoins des patients<sup>369</sup>. Or comme le soulignait le CESER de Bourgogne en 2012, « l'accès à des soins de qualité n'est en contradiction ni avec la nécessaire adaptation de l'offre de soins à des besoins, notamment démographiques, en constante évolution, ni avec la recherche d'économies<sup>370</sup>. »

La première publication de l'Observatoire régional de la santé Bourgogne / Franche-Comté, issu de la fusion des deux associations, met en lumière une répartition des médecins généralistes libéraux et une accessibilité à ces derniers très inégales dans la nouvelle région. Plus largement, « au regard des densités nationales observées, la région Bourgogne Franche-Comté est déficitaire sur l'offre de soins libérale assurée par les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, gynécologues obstétriciens et médicaux, psychiatres<sup>371</sup>. »

En conséquence, comme le souligne Christophe LANNELONGUE, « la future grande région aura des défis considérables à relever<sup>372</sup>. » Les recommandations du CESER de Bourgogne, associées à celles formulées par son homologue franc-comtois en décembre 2014<sup>373</sup>, représentent la contribution de la société civile à cet enjeu.

---

<sup>369</sup> Tomoko ONO, Michael SCHOENSTEIN, James BUCHAN, « Geographic imbalances in doctor supply and policy responses », *OECD Health working papers*, n°69, 2014, p. 5-6.

<sup>370</sup> *Qualité de vie : clé de voûte pour des territoires durables en Bourgogne*, Avis du conseil économique, social et environnemental de Bourgogne présenté par Christine JORIS et Charles SCHNEIDER, 20 juin 2012, p. 16.

<sup>371</sup> ORS Bourgogne/Franche-Comté, *Santé en Bourgogne Franche-Comté. Quelques indicateurs*, juillet 2015, p. 12. [cf. annexes 9 et 10]

<sup>372</sup> Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, audition du 2 juin 2015.

<sup>373</sup> *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, Rapport du conseil économique, social et environnemental de Franche-Comté présenté par Daniel BOUCON, 1<sup>er</sup> décembre 2014.

# BIBLIOGRAPHIE

## Textes officiels

---

### Lois

- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### Document contractuel

- Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne, ARS de Bourgogne, *Contrat local de santé. Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne*, juillet 2014.

## Avis du CESE et des CESER

---

### CESE

- *Les enjeux de la prévention en matière de santé*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Jean-Claude ETIENNE et Christian CORNE, 14 février 2012.
- *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Paul de VIGUERIE, 13 novembre 2013.
- *La place des dispositifs médicaux dans la stratégie nationale de santé*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Thierry BEAUDET, 27 janvier 2015.
- *Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes*, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Antoine DULIN, 25 mars 2015.

### CESER de Bourgogne

- *Comment le Conseil régional peut-il contribuer à la santé publique après la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ? »*, Avis du conseil économique et social de Bourgogne présenté par Maurice BOLLARD et Isabelle RAUSZER, 17 novembre 2009.
- *L'extension de la pauvreté en Bourgogne : une fatalité ?*, Avis du conseil économique, social et environnemental de Bourgogne présenté par Daniel EVEILLEAU et Éric TAUFFLIEB, 12 avril 2012.
- *Qualité de vie : clé de voûte pour des territoires durables en Bourgogne*, Avis du conseil économique, social et environnemental de Bourgogne présenté par Christine JORIS et Charles SCHNEIDER, 20 juin 2012.

### **CESER de Franche-Comté**

- *L'accès aux soins en Franche-Comté, pour tous et partout*, Rapport du conseil économique, social et environnemental de Franche-Comté présenté par Daniel BOUCON, 1<sup>er</sup> décembre 2014.

### **CESER du Limousin**

- *Permanence des soins et présence médicale en Limousin*, Avis du conseil économique, social et environnemental du Limousin présenté par Denis MALABOU, 19 juin 2012.

### **CESER de Midi-Pyrénées**

- *L'accès à des soins de qualité pour tous*, Avis du conseil économique et social de Midi-Pyrénées présenté par Georges BENAYOUN et Yvon FAU, 23 juin 2009.

## **Rapports et études**

---

- Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013.
- ARS de Bourgogne, *Les installations de médecins généralistes libéraux au cours des 5 dernières années en Bourgogne*, s.l.n.d.
- ARS de Bourgogne, *Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016*, octobre 2011.
- ARS de Bourgogne, *Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne*, février 2012.
- ARS de Bourgogne, *La Stratégie régionale de santé en Bourgogne à l'horizon 2016*, février 2012.
- ARS de Bourgogne, *L'accès aux soins urgents en Bourgogne*, juin 2012.
- ARS de Bourgogne, *Les temps d'accès des Bourguignons aux professionnels de santé libéraux*, juillet 2014.
- ARS de Bourgogne, *La permanence des soins ambulatoire en Bourgogne. Synthèse de l'activité 2013*, septembre 2014.
- ARS, CRSA, *Rapport sur les droits des usagers du système de santé, année 2013*.
- Assurance Maladie Bourgogne, *L'accès aux soins en Bourgogne – Éléments de contexte*.
- Marie-Thérèse BRUGUIÈRE, *Rapport d'information sur les territoires et la santé*, juin 2011.
- BVA, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, mars 2007.
- CGET, *Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins*, novembre 2014.
- CISS, 60 millions de consommateurs, Santéclair, *Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse*, communiqué de presse, 21 mai 2015.
- Conseil général de Saône-et-Loire, *Rapport d'activité 2014*, Février 2015.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2013*.
- Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2015*, juin 2015.

- Cour des comptes, *La répartition territoriale des médecins libéraux*, septembre 2011
- Cour des comptes, *Sécurité sociale 2013*, septembre 2013.
- Cour des comptes, *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014.
- Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014.
- Défenseur des droits, *Accès des étudiants aux soins : leur protection sociale est-elle à la hauteur des enjeux ?*, mai 2015.
- DGOS, *Les chiffres clés de l'offre de soins. Édition 2015*, août 2015.
- DREES, *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ?*, février 2011.
- DREES, *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale*, avril 2014.
- Catherine GÉNISSON, Alain MILON, *Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé*, janvier 2014.
- Haute autorité de santé, *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*, janvier 2009.
- IGAS, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013.
- IRDES, *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre*, mai 2012.
- IRDES, *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*, décembre 2014.
- Pascal JACOB, *Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*, avril 2013.
- Jean-Marc JUILHARD, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale*, octobre 2007.
- Michel LEGMANN, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, avril 2010.
- Michel LEGROS, *Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, novembre 2012.
- Hervé MAUREY, *Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 5 février 2013.
- Katia MAZALOVIC, *Précarité et accès aux soins*, 2015.
- Médecins du monde, *Accès aux soins. Les déterminants socioculturels*, janvier 2012.
- Médecins du monde, *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe*, mai 2015.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, *Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Regards croisés en régions : de l'observation à l'action*, janvier 2014.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA*, février 2014.
- Mutualité française Bourgogne, *L'accès aux soins. Positionnement de la Mutualité française*, avril 2015.
- OCDE, *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013.
- OMS, *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Recommandations pour une politique mondiale*, 2010.
- ONDPS, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*, mars 2015.
- ORS de Bourgogne, *La santé observée en Bourgogne. Faits marquants*, décembre 2009.
- ORS de Bourgogne, *Précarité et accès aux soins*, novembre 2013.

- ORS Bourgogne/Franche-Comté, *Santé en Bourgogne Franche-Comté. Quelques indicateurs*, juillet 2015.
- SciencesPo, IRDES, *Journée d'étude « Évaluation des politiques publiques et coordination des soins »*. *Compte-rendu des débats*, 2015.

## Livres

---

- Michel BORGETTO, Robert LAFORE, *L'aide et l'action sociales*, Paris, La Documentation française, 2013.
- Suzanne MAURY (dir.), *Les politiques publiques*, Paris, La Documentation française, 2013.

## Périodiques

---

- *Anjourd'hui en France*
- *Le Bien public*
- *Bourgogne Dimensions*
- *Les Echos*
- *Études et résultats (DREES)*
- *Le Figaro*
- *La Gazette des communes*
- *Infos. Le magazine d'informations des médecins libéraux de Bourgogne*
- *INSEE Analyses*
- *Le Journal de Saône-et-Loire*
- *Le Journal du Centre*
- *La Lettre du collège des économistes de la santé*
- *Libération*
- *Maires de France*
- *Médecins. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*
- *Le Monde*
- *OECD Health working papers*
- *Le panel II de médecins généralistes en Bourgogne*
- *Questions d'économie de la santé (IRDES)*
- *L'Yonne républicaine*

## Sites internet

---

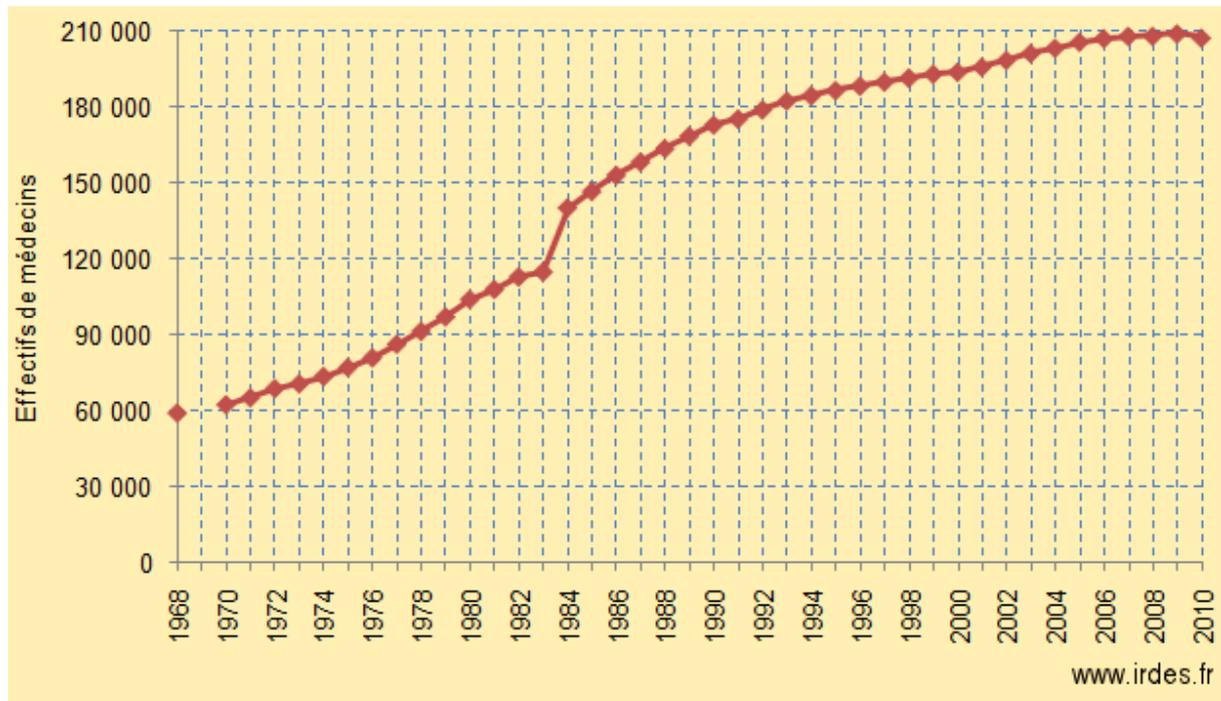
<a href="http://www.conseil-national.medecin.fr">www.conseil-national.medecin.fr</a>	Conseil national de l'Ordre des médecins
<a href="http://www.drees.sante.gouv.fr">www.drees.sante.gouv.fr</a>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<a href="http://www.insee.fr">www.insee.fr</a>	Institut national de la statistique et des études économiques
<a href="http://www.irdes.fr">www.irdes.fr</a>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé

<a href="http://www.lagazettedescommunes.com">www.lagazettedescommunes.com</a>	La Gazette des communes
<a href="http://www.leciss.org">www.leciss.org</a>	Collectif interassociatif sur la santé
<a href="http://www.legifrance.gouv.fr">www.legifrance.gouv.fr</a>	Service public de la diffusion du droit
<a href="http://www.oecd.org/fr">www.oecd.org/fr</a>	Organisation de coopération et de développement économiques
<a href="http://www.orsbfc.org">www.orsbfc.org</a>	Observatoire régional de la santé Bourgogne / Franche-Comté
<a href="http://www.region-bourgogne.fr">www.region-bourgogne.fr</a>	Conseil régional de Bourgogne
<a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a>	Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
<a href="http://www.senat.fr">www.senat.fr</a>	Sénat
<a href="http://www.urps-med-bourgogne.org">www.urps-med-bourgogne.org</a>	URPS Médecins libéraux de Bourgogne
<a href="http://www.who.int/fr">www.who.int/fr</a>	Organisation mondiale de la santé

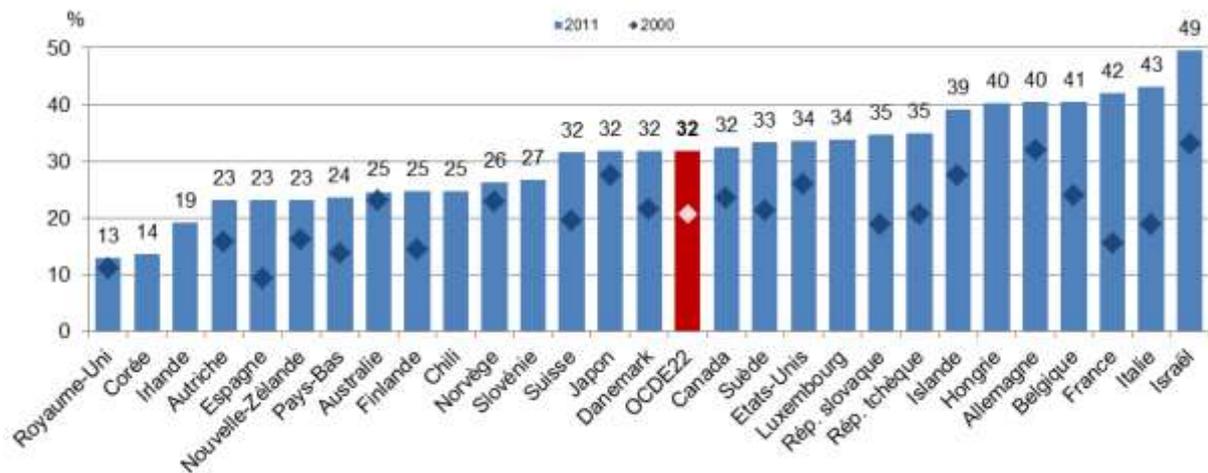
## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1	<p><b>Évolution de l'ensemble des médecins de 1968 à 2010</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : <a href="http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm">http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm</a></p>
Annexe 2	<p><b>Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2011 (ou année la plus proche) dans les pays de l'OCDE</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : OCDE, « Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie », <i>Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE</i>, 2013, p. 67.</p>
Annexe 3	<p><b>Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : Conseil national de l'Ordre des médecins, <i>La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2013</i>, p. 47.</p>
Annexe 4	<p><b>Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : <i>Ibid.</i>, p. 45.</p>
Annexe 5	<p><b>Généralistes : focus sur les départements les plus à risque</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : <a href="http://www.lagazettedescommunes.com/328769/demographie-medicale-les-departements-les-plus-touche-dici-5-a-10-ans/">http://www.lagazettedescommunes.com/328769/demographie-medicale-les-departements-les-plus-touche-dici-5-a-10-ans/</a></p>
Annexe 6	<p><b>Zones déficitaires et fragiles identifiées en médecine générale en 2007</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : ARS de Bourgogne, <i>Projet régional de santé de Bourgogne 2012-2016</i>, février 2012, p. 48.</p>
Annexe 7	<p><b>APL aux médecins généralistes libéraux</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : DREES, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », <i>Études et résultats</i>, n°795, mars 2012, p. 7.</p>
Annexe 8	<p><b>Part de la population bénéficiaire de la CMU-C par canton</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : ORS de Bourgogne, <i>Précarité et accès aux soins</i>, novembre 2013, p. 3.</p>
Annexe 9	<p><b>Densité d'omnipraticiens libéraux en Bourgogne / Franche-Comté</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : ORS Bourgogne/Franche-Comté, <i>Santé en Bourgogne Franche-Comté. Quelques indicateurs</i>, juillet 2015, p. 13.</p>
Annexe 10	<p><b>APL aux médecins généralistes libéraux en Bourgogne / Franche-Comté</b></p> <p style="text-align: right;"><u>Source</u> : <i>Ibid.</i></p>

## Annexe 1 : Évolution de l'ensemble des médecins de 1968 à 2010

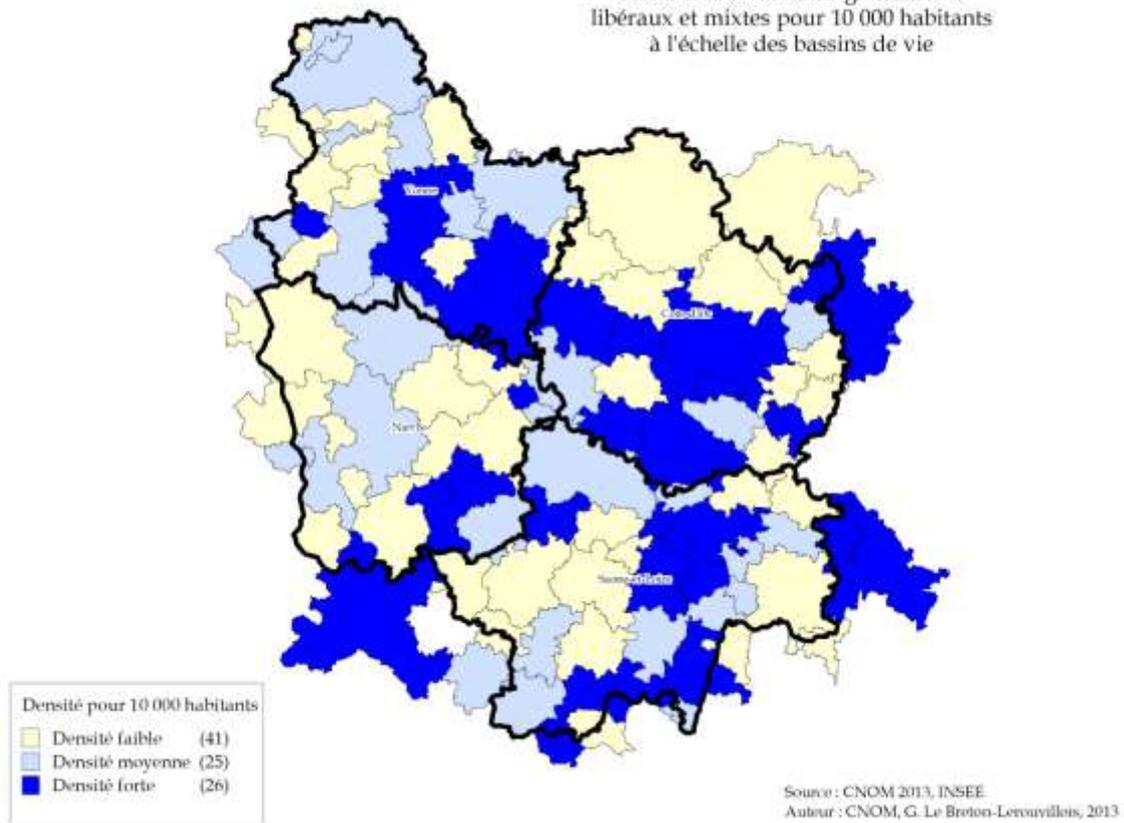


## Annexe 2 : Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus



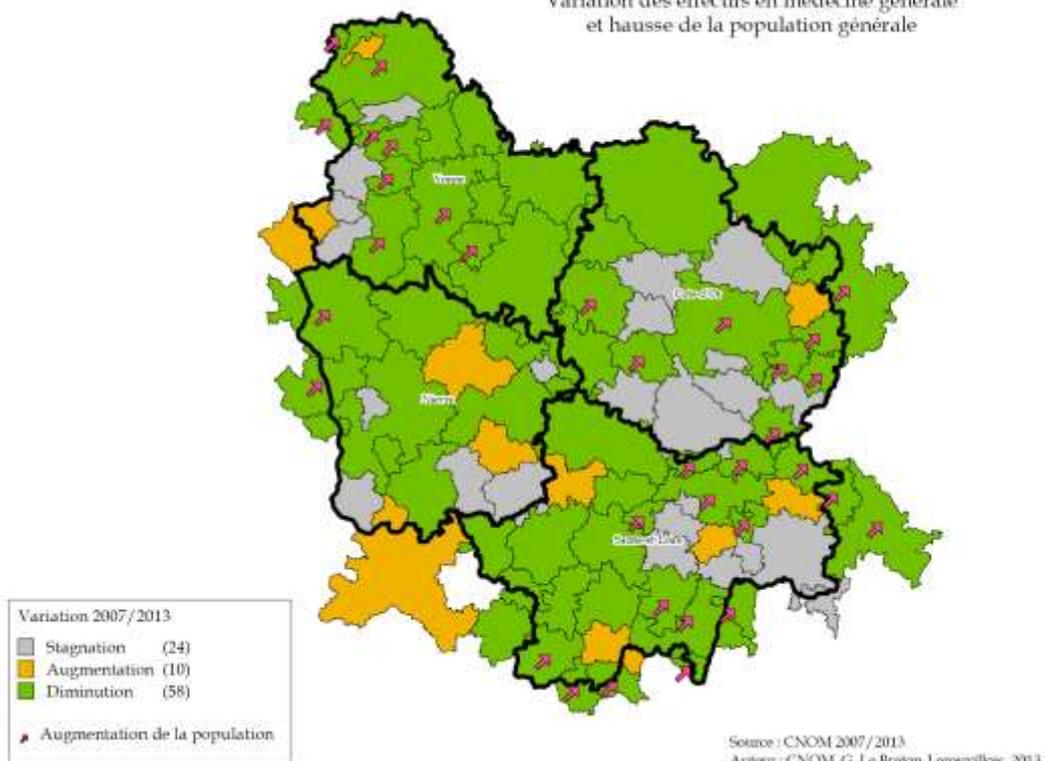
### Annexe 3

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



### Annexe 4

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



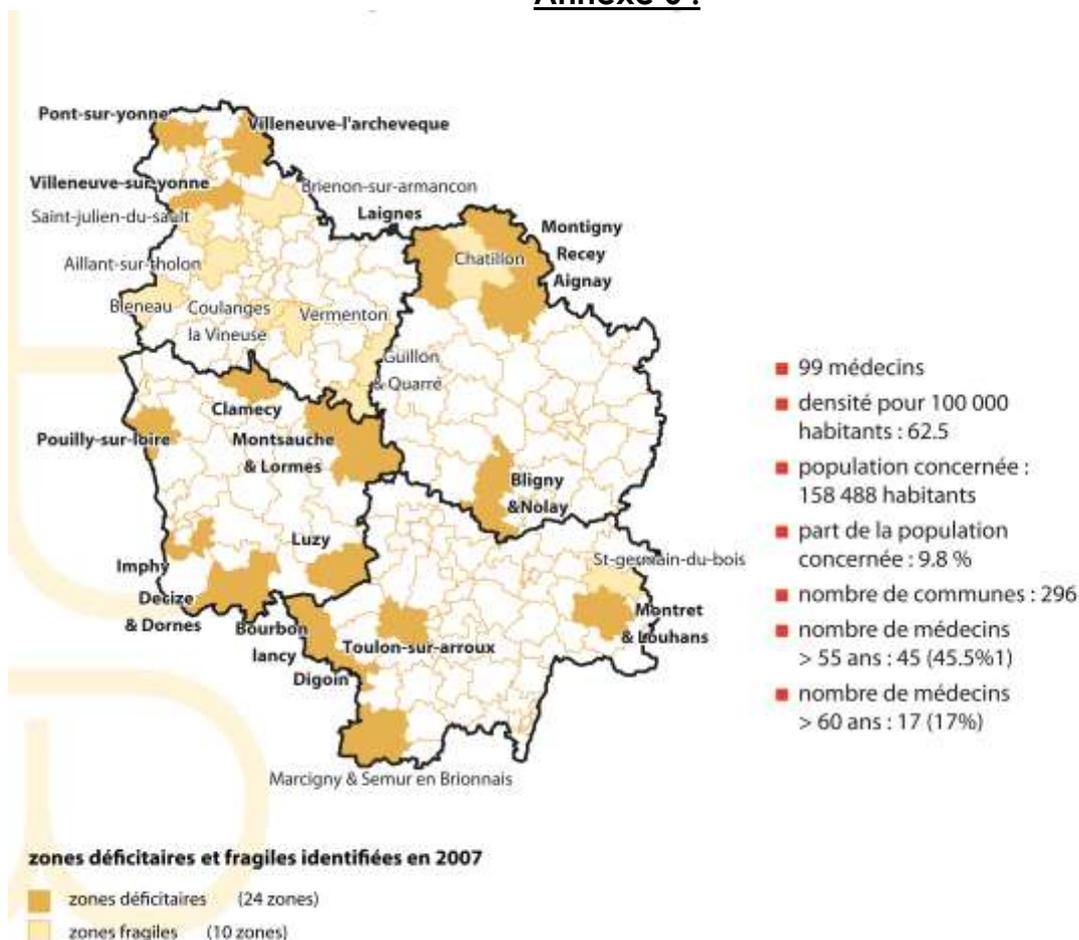
## Annexe 5

### Généralistes: focus sur les départements les plus à risque

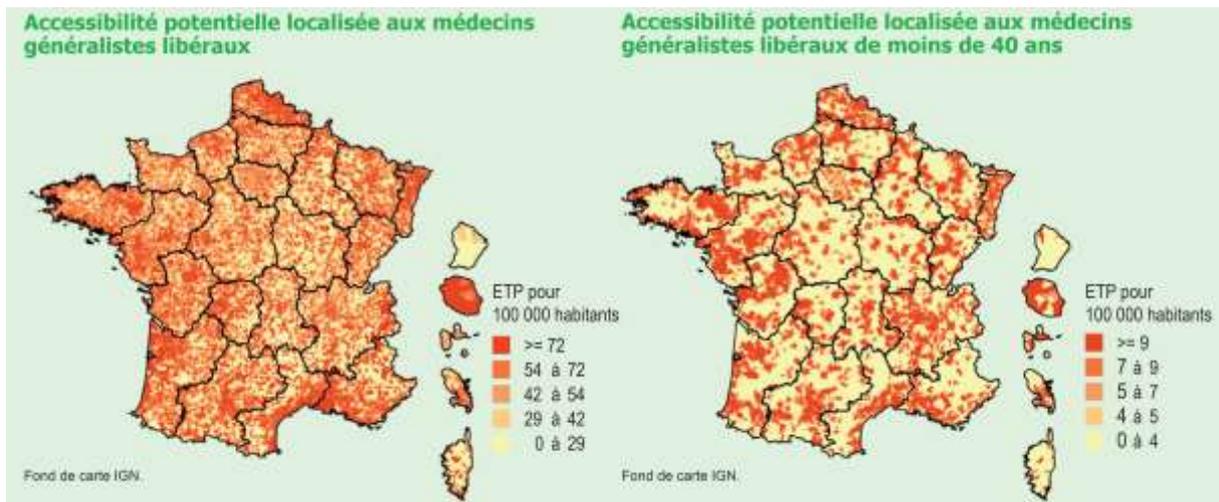
	Tranche 55-70 (%)	55-59 ans (Nb)	60-64 ans (Nb)	65-69 ans (Nb)	70 ans et plus (Nb)	Densité (/1000 hab.) / moy nat. 1,53
Lozère	60,36	30	22	13	2	1,44
Nièvre	56,38	65	65	22	7	1,3
Indre	55,91	69	56	24	7	1,22
Paris	55,09	1075	1120	554	266	2,44
Sarthe	54,84	164	161	57	9	1,26
Creuse	54,55	44	42	13	3	1,54
Gers	54,33	64	56	34	9	1,58
Aisne	54,31	143	142	45	10	1,16
Loir-et-Cher	53,53	96	88	41	10	1,32
Orne	53,28	79	82	30	12	1,31

Ce tableau indique l'effectif des médecins par tranche d'âge et département d'inscription.

## Annexe 6 :

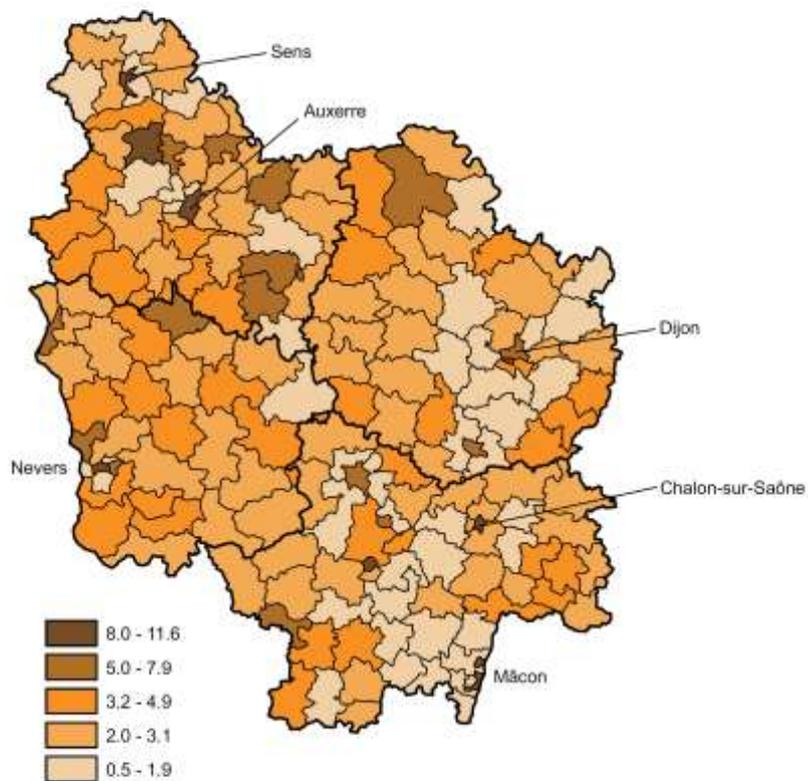


## Annexe 7



## Annexe 8

### Part de la population bénéficiaire de la CMU-C Par canton



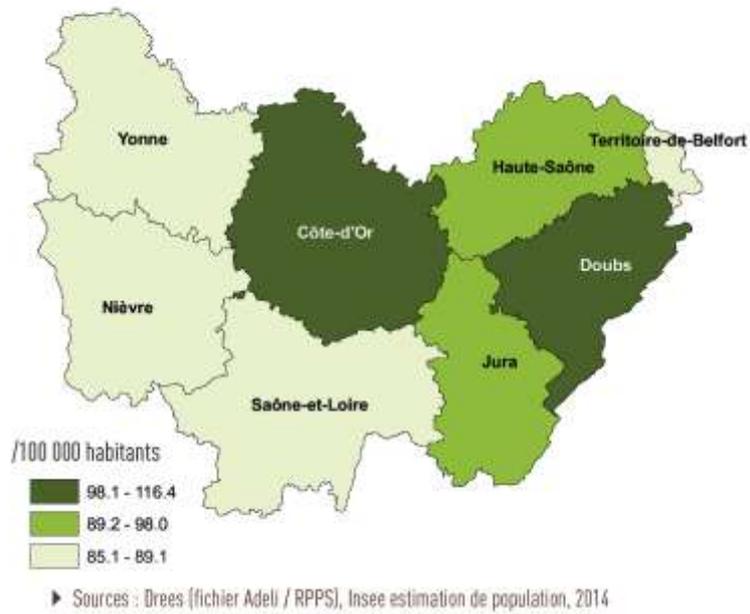
En pourcentage

► Sources : Urcam, Insee 2009

Exploitation DRS

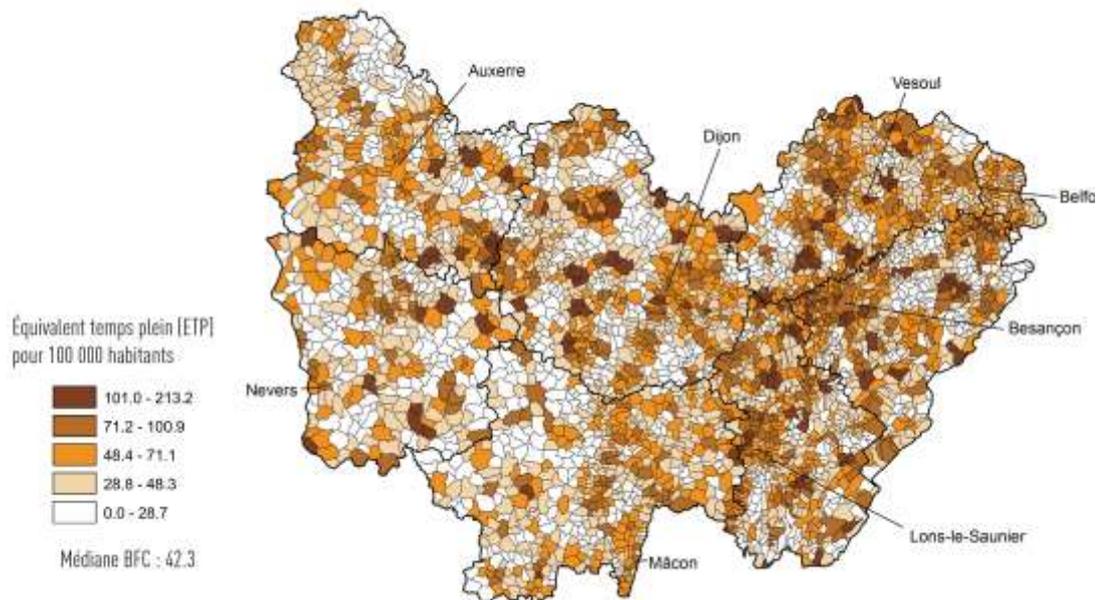
## Annexe 9

### Densité d'omnipraticiens libéraux



## Annexe 10

### APL aux médecins généralistes libéraux



# Ils y ont travaillé...

## **MEMBRES DE LA COMMISSION « POLITIQUES SOCIALES, POLITIQUES DE LA VILLE ET DE L'HABITAT, POLITIQUES DE LA SANTÉ ET DU SPORT, POLITIQUES CULTURELLES ET LOISIRS »**

**Président** : Jean PIRET (Organismes culturels)

**Vice-Président** : Bernard QUARETTA (URIOPSS, URAPEI, CREA)

**Secrétaire** : Sarah SABIH (MEDEF)

**Membres** : Paule ANDRÉ (CNPL et UNAPL), Monique AUGÉ (par accord entre la Section régionale de la Croix rouge française, les fédérations départementales du Secours populaire français, du Secours catholique, les associations d'Emmaüs, les associations ATD Quart monde et les associations départementales des Restos du Cœur), Yves BARD (CRM), Patricia BIASINI (CGT), Sandrine BONNET (Mutualité française Bourgogne), Chantal DELHOMME (CFDT), Jean-Claude GIRARD (USHB), Christian HAMONIC (Ligue de l'enseignement de Bourgogne), Catherine LEPETZ (CROS), Daniel MARTIN (†) (CFTC), Annie MASSON (CFTC), Emmanuelle PERIN (CFDT), Eric TAUFFLIEB (CLCV, CNL, CSF), Martine WESOLEK (URAF).

## **MEMBRES ASSOCIÉS**

Bernard BLETTERY (personnalité qualifiée), Isabelle RAUSZER (CGT)

## **CABINET**

Maxime PUTIGNY, chargé d'études, Marie-Claude LÉONARD-HAURY, assistante

# Un lien entre vous et nous...

<http://www.ceser-bourgogne.fr>

Le Conseil économique, social et environnemental de Bourgogne représente la société civile dans sa diversité.  
Des femmes et des hommes échangent leurs idées, confrontent leurs points de vue,  
pour formuler des propositions d'actions sur les grands projets bourguignons.

Retrouvez l'ensemble des avis et publications du CESER ainsi que toutes les dates des séances plénières sur son site internet.  
Elles sont publiques, vous pouvez y assister..



**CESER de Bourgogne**  
Conseil économique, social  
et environnemental régional

Conseil économique, social et environnemental régional  
17 boulevard de la Trémouille - CS 23502 - 21035 Dijon - Tél. : 03 80 44 34 32 - Mél : ceser@cr-bourgogne.fr  
[www.ceser-bourgogne.fr](http://www.ceser-bourgogne.fr) - [www.cesdefrance.fr](http://www.cesdefrance.fr)