

**LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
EN BASSE-NORMANDIE
ET SES PERSPECTIVES**

RAPPORT

présenté au Conseil Economique et Social Régional de Basse-Normandie

par Bernard CHARLES

2009

REMERCIEMENTS

Le Rapporteur tient à remercier tous les acteurs contactés par le CESR pour leur contribution à l'élaboration de ce document.

Il remercie particulièrement François AUBRY, Chargé de Mission au CESR, pour toutes les recherches qu'il a effectuées et pour le travail d'information et d'analyse qu'il a su réaliser avec compétence.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| I. COMBIEN DE MEDECINS AUJOURD'HUI, A MOYEN ET A LONG TERMES EN BASSE-NORMANDIE ? | 5 |
| I.1. Les effectifs de médecins aujourd'hui en France : un niveau jamais atteint... | 5 |
| I.2. ... mais des densités et une présence des médecins généralistes contrastées et préoccupantes | 6 |
| I.3. Des disparités également observées chez les spécialistes | 10 |
| I.4. Une baisse attendue du nombre de médecins jusqu'en 2025 | 11 |
| I.5. Une situation plutôt préoccupante en Basse-normandie | 12 |
| I.5.1. Le constat évident de déséquilibres interdépartementaux..... | 13 |
| I.5.1.1. Des déséquilibres départementaux affectant les généralistes de premier recours | 15 |
| I.5.1.2. Un déséquilibre encore plus patent encore chez les spécialistes | 17 |
| I.5.1.3. Des situations comparables en matière hospitalière | 19 |
| I.5.2. Des territoires en sous densité médicale..... | 23 |
| I.5.3. Une pyramide des âges inversée | 26 |
| I.5.4. La féminisation croissante du corps médical..... | 27 |
| I.5.5. Un recours non négligeable à des médecins étrangers | 27 |
| I.5.6. Une vision évolutive du métier de médecin | 27 |
| I.5.7. Une vague attendue de départs à la retraite | 29 |
| II. MAINTENIR UNE PRESENCE SATISFAISANTE DE MEDECINS DANS LES TERRITOIRES : UNE PROBLEMATIQUE COMPLEXE | 33 |
| II.1. Les raisons majeures d'un déficit croissant de médecins | 33 |
| II.1.1. Des raisons administratives et réglementaires..... | 33 |
| II.1.2. Les effets collatéraux de la réorganisation hospitalière | 37 |
| II.1.3. Des motifs tenant aux mécanismes de formation | 37 |
| II.1.4. L'exercice du métier de médecin généraliste objet d'une véritable révolution culturelle | 39 |
| II.2. Un ensemble de perspectives à prendre en compte..... | 40 |
| II.2.1. Quelles possibles évolutions pour la médecine d'ici 15 ans ? | 41 |
| II.2.2. Quels modes d'exercice de la médecine demain ? | 42 |
| II.2.3. Une évolution probable de la répartition des compétences au sein de la communauté médicale et paramédicale..... | 43 |
| II.2.4. Quels besoins de santé exprimés par la population ?..... | 44 |
| II.2.5. L'inconnue des capacités futures de financement du système de santé | 45 |
| III. LES REPONSES ACTUELLES A CES PROBLEMATIQUES | 47 |
| III.1. Les mesures mises en œuvre par l'Etat..... | 47 |
| III.1.1. Les mesures favorisant l'adaptation des formations médicales aux besoins de santé | 48 |
| III.1.1.1. L'élargissement du numerus clausus..... | 48 |
| III.1.1.2. La réforme des études médicales | 48 |
| III.1.2. Les mesures incitatives en faveur de l'exercice en zones sous-denses | 49 |
| III.1.2.1. Les mesures financières | 49 |
| III.1.2.2. Des dérogations aux règles d'exercice | 51 |
| III.1.2.3. Des outils d'information à destination des professionnels de santé | 51 |
| III.1.2.4. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires..... | 51 |
| III.2. Les mesures mises en œuvre par les collectivités territoriales..... | 52 |
| III.3. Des résultats mitigés pour cet ensemble de mesures | 53 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| III.3.1. | L'attrait des étudiants pour la médecine générale n'a que peu évolué | 54 |
| III.3.2. | Des aides financières aux effets discutables..... | 56 |
| III.4. | En basse-normandie, une précoce prise en compte..... | 59 |
| III.4.1. | Des actions pionnières | 59 |
| III.4.1.1. | Les actions déployées par l'URCAM..... | 60 |
| III.4.1.2. | Les mesures mises en place par le Conseil Régional | 60 |
| III.4.1.3. | Les mesures mises en place par le Conseil Général de la Manche..... | 61 |
| III.4.1.4. | Les mesures mises en place par le Conseil Général de l'Orne | 61 |
| III.4.1.5. | Les mesures mises en place par le Conseil Général du Calvados | 62 |
| III.4.2. | La charte en faveur du déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) | 62 |
| III.4.2.1. | Le diagnostic territorial commun | 63 |
| III.4.2.2. | La mise en place progressive des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)..... | 64 |
| III.4.2.3. | Favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes | 68 |
| III.4.3. | La volonté de conforter l'enseignement de la médecine en Basse-Normandie | 69 |
| IV. | FAIRE DES POLES DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES (PSLA) UNE REPONSE APPROPRIÉE ET DURABLE AUX PROBLÈMES DE PRÉSENCE MÉDICALE EN BASSE-NORMANDIE | 73 |
| IV.1. | Un dispositif original et non dénué d'avantages... .. | 73 |
| IV.1.1. | Un dispositif novateur | 74 |
| IV.1.2. | Un dispositif fédérateur..... | 74 |
| IV.1.3. | Un dispositif offrant une réelle souplesse..... | 75 |
| IV.1.4. | Un dispositif attractif | 76 |
| IV.2. | ... mais devant prendre en compte certains impératifs..... | 77 |
| IV.2.1. | Des impératifs territoriaux..... | 77 |
| IV.2.2. | Des impératifs structurels | 79 |
| IV.2.2.1. | Tendre vers un dimensionnement raisonnable..... | 79 |
| IV.2.2.2. | Reposer sur une composition large de professionnels de santé | 80 |
| IV.2.2.3. | Adopter une structuration déterminant un accès facilité de la patientèle | 81 |
| IV.2.3. | Des impératifs financiers | 81 |
| IV.3. | Un atout en termes d'aménagement du territoire..... | 83 |

INTRODUCTION

S'il est une constante, une aspiration quasi unanimement partagée au sein de la population française, c'est bien la volonté exprimée de préserver et de conserver un système efficient de soins et de couverture sociale.

Pour autant, ce dernier connaît, de façon certes insensible, des évolutions pour le moins préoccupantes et témoigne, pour user d'un vocabulaire médical, d'une symptomatologie plutôt inquiétante : déficits récurrents et considérables des budgets de la sécurité sociale, problématique hospitalière avérée, répartition des professionnels de santé sur le territoire de moins en moins harmonieuse et, surtout, perspective à moyen et à long termes d'une diminution significative du nombre de médecins et notamment de généralistes.

Il convient de reconnaître que les questions de démographie et de présence médicales, trop longtemps négligées, constituent désormais des préoccupations partagées tant par la population que par les pouvoirs publics. Il s'agit en effet d'un enjeu sociétal majeur qui dépasse le cadre strict des questions de santé. La qualité de vie, l'attractivité des territoires sont à cet égard et de toute évidence tributaires d'une présence médicale convenable qu'il s'agisse d'établissements hospitaliers correctement répartis et équipés de plateaux techniques adaptés, ou de professionnels de santé en nombre suffisant pour déterminer une offre graduée de soins répondant à l'essentiel des besoins de santé de la population. Plus généralement, il s'agit d'une question essentielle d'aménagement du territoire car il n'est pas interdit de penser que tout bassin de vie en situation de déclin, ou pire, de déshérence médicale peut être considéré comme promis à un avenir particulièrement sombre.

Cette dernière problématique, qui concerne aujourd'hui ou à court terme la plupart des régions et des départements français, affecte également la Basse-Normandie. En effet, quelques bassins de vie souffrent d'ores et déjà d'une offre de soins insatisfaisante et un certain nombre d'autres, si rien n'est fait, sont rapidement promis à un avenir comparable. Toutefois, il est intéressant de souligner qu'en la matière les pouvoirs publics locaux et régionaux et les professionnels de santé ne sont pas demeurés l'arme au pied. Depuis une décennie environ, des réflexions ont été initiées, des expérimentations menées et des dispositifs divers et variés mis en place allant dans le sens d'une permanence des soins améliorée, d'une volonté de conserver la continuité des soins, et enfin, d'un maintien d'un maillage hospitalier adapté.

Tous les partenaires, qu'ils soient administratifs (Assurance Maladie, Agence Régionale de Santé, DRASS et DDASS...), territoriaux (conseils généraux et régional, communes et groupements communaux) ou professionnels (ordres médicaux et paramédicaux, organisations et syndicats professionnels...) contribuent, chacun à leur niveau, au maintien en Basse-Normandie d'une offre de soins la plus satisfaisante possible compte tenu des contingences actuelles. En ce sens, la région est dotée d'une permanence de soins plutôt efficace même si elle revêt, d'un département à l'autre des formes différenciées, d'une structuration hospitalière stable et, jusqu'à présent, d'une continuité des soins encore acceptable.

Toutefois, la question de la démographie des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, hospitaliers ou non, et de certaines autres professions médicales et paramédicales, se pose désormais avec acuité et vient menacer ce fragile édifice. Avec moins de médecins en général et dans certains territoires en particulier, comment maintenir une offre globale de soins suffisante et de qualité, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière ? Telle est la question qui se pose avec une acuité croissante et qu'il convient de prendre en compte pour anticiper du mieux possible et le déclin démographique et les situations de réelle déshérence médicale qui risquent d'affecter des zones de plus en plus étendues. La permanence et la continuité des soins dans le domaine ambulatoire et la présence hospitalière sont ainsi menacées par une démographie médicale déclinante.

Au plan des collectivités territoriales, les Conseils Généraux en tout premier lieu ont pris conscience des enjeux et ont déployé un certain nombre de mesures pour combattre ces différentes formes de déstructuration médicale. Le Conseil Régional, pour sa part, a également manifesté son intérêt depuis de nombreuses années pour les questions de nature sanitaire et sociale. Il a primitivement instauré une politique de modernisation des maisons de retraite ; il a participé à des actions de prévention dans le domaine de la santé et, dernièrement, il a pris en compte les questions de présence médicale et d'organisation des soins sur le territoire au travers notamment d'une contribution apportée à la mise en place de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA), initiative portée originellement et soutenue par une partie des organisations professionnelles de médecins et tout particulièrement par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

Si la mise œuvre de ce dernier dispositif est une réponse de nature à envisager à moyen et à long termes un maintien voire une amélioration de l'offre de soins, il n'en reste pas moins que d'autres problématiques demeurent, conditionnant par ailleurs la réussite des PSLA. Il en va ainsi de l'offre de formation en médecine et notamment de l'attrait pour le moins mitigé dont témoignent les étudiants et les jeunes médecins pour la médecine de premier recours en Basse-Normandie, de l'efficacité toute relative des aides à l'installation instaurées par les Conseils Généraux, les communes et leurs groupements, de la détermination de la dimension pertinente des PSLA, du maintien d'un maillage et d'un équipement hospitaliers suffisants pour contribuer, entre autres, à conforter et à stabiliser la présence de généralistes en périphérie de ceux-ci.

C'est de cet ensemble de questions, dont le dénominateur commun demeure la démographie médicale, que le Président du Conseil Régional a saisi courant 2008 le Conseil Economique et Social Régional. Il s'agit donc pour l'assemblée consultative de mener une analyse globalisée des actions et des moyens utiles au maintien d'une présence médicale et donc d'une offre globale de soins la plus satisfaisante possible sachant toutefois que, de façon inéluctable, les effectifs des médecins dans leur ensemble seront appelés à décroître durant les vingt prochaines années, toutes choses restant égales par ailleurs.

C'est donc à la fois vers l'obtention de capacités régionales de formation de médecins optimisées et vers la recherche d'une organisation dans les bassins de vie d'une offre de soins de premier recours et hospitalière la plus efficiente possible que s'orientera, dans un premier temps, la réflexion du CESR, sans bien sûr négliger les efforts indispensables à consacrer aux politiques de prévention et plus largement de santé publique.

Cette réflexion d'ensemble se révèle délicate car elle nécessite de conjuguer des paramètres objectifs (la démographie médicale et ses projections à terme) avec des facteurs à la subjectivité avérée (la nature et les formes futures que revêtiront les pratiques professionnelles, les mutations sociétales...), tout en prenant en compte également un certain nombre d'inconnues parmi lesquelles l'intensité des progrès de la médecine, les évolutions réglementaires, les capacités financières futures que la collectivité pourra dégager au profit du maintien d'un système de soins et, enfin, le degré d'attractivité de la Basse-Normandie.

Pour mener à bien cette réflexion, le présent rapport repose sur une quadruple approche :

- Une première partie du document sera ainsi consacrée à une forme d'état des lieux de la démographie médicale en France en général et, plus particulièrement, en Basse-Normandie. Un ensemble de tableaux statistiques et de cartes viendra mettre en évidence la répartition plutôt déséquilibrée des médecins au plan territorial, notamment aux niveaux régional et infrarégional (départements et secteurs de santé). Une évaluation de l'importance des départs à la retraite de médecins dans les périodes quinquennales à venir complétera notamment cette vision statistique et donnera la mesure de l'urgence et de la gravité de la situation, du moins pour certaines zones.
- Une deuxième partie fera le point des raisons multiples (réglementaire, professionnelles, sociétales, liées au mode de formation ...) à l'origine des évolutions voire des mutations actuellement constatées du métier de médecin au détriment notamment de la médecine de premier recours et de l'exercice en milieu rural et urbain sensible. Elle tentera également de mettre en évidence l'ensemble des évolutions susceptibles d'influencer dans les dix à vingt ans à venir l'offre de soins et les besoins de santé. Il s'agit de variables dont les conséquences sur la présence médicale peuvent être favorables (télémédecine, transfert de compétences, délégations de tâches entre médecins et paramédicaux...) ou préoccupantes (en particulier l'interrogation sur la capacité de la collectivité de maintenir le système de financement de la santé à un niveau suffisant...). Egalement, cette partie traitera rapidement des inflexions que la loi PHST (Patient, Hôpital, Santé et Territoires) peut générer au plan de la réponse médicale de proximité.
- Une troisième partie fera le point des réponses mises en œuvre par les pouvoirs publics au plan national et notamment en Basse-Normandie pour favoriser une répartition des médecins plus conforme à la demande de soins exprimée par la population. A cet égard, la passation au niveau régional d'une convention partenariale entre l'ensemble des acteurs de la santé et son aboutissement, en l'occurrence les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA), seront plus particulièrement examinés. Au sein de ce développement, la question de la formation des médecins en Basse-Normandie sera abordée, au travers notamment des efforts déployés par la faculté de médecine de Caen pour accroître son attractivité.

- Enfin, la quatrième et dernière partie de ce rapport se proposera de mener une réflexion sur les PSLA, au travers de l'ensemble de leurs tenants et de leurs aboutissants. Sous la forme d'une discussion mettant en évidence les avantages et les améliorations souhaitables de ce dispositif, un ensemble d'orientations et de préconisations sera suggéré. Les différentes réponses apportées iront dans le sens du maintien d'une présence médicale la plus satisfaisante et cohérente possible au sein des territoires composant la Basse-Normandie.

I. COMBIEN DE MEDECINS AUJOURD'HUI, A MOYEN ET A LONG TERMES EN BASSE-NORMANDIE ?

Ce questionnement est, c'est le moins que l'on puisse dire, d'actualité. Pas une semaine sans qu'un média n'y consacre un article ou un dossier ; pas un mois sans que le ministre de la santé et des affaires sociales ne soit à ce sujet interpellé ; pas une année sans qu'un projet de loi concernant de près ou de loin cette thématique ne soit examiné au Parlement.

Il faut reconnaître que le thème est sensible. La population française est en effet profondément attachée au système de santé en vigueur. La corporation médicale connaît, pour ce qui la concerne, depuis une vingtaine d'années de significatives mutations : spécialisation, féminisation et salariat accrus, conception évolutive de l'exercice du métier de généraliste... . Enfin, l'exigence d'un égal accès aux soins pour tous demeure une exigence sociétale forte, faisant de la santé un facteur essentiel de qualité de vie et une condition primordiale du maintien de l'attractivité des territoires.

Dès lors, la question du nombre de médecins et surtout de leur répartition au sein des territoires revêt un caractère crucial.

I.1. LES EFFECTIFS DE MEDECINS AUJOURD'HUI EN FRANCE : UN NIVEAU JAMAIS ATTEINT...

Alors que sont mis en œuvre en France et dans de nombreuses régions des réflexions et des dispositifs visant à consolider la présence médicale dans les territoires, force est de constater qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'à l'heure actuelle. Selon les données communiquées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) dans son rapport 2006-2007, l'hexagone comptait toutes spécialités confondues au 1er janvier 2007 de l'ordre de 208 000 médecins¹, soit 7,3 % de plus qu'en 2000 et pratiquement deux fois plus qu'en 1979 (112 000).

Les données calculées et communiquées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sont très proches de celles-ci. En 2008, le CNOM comptabilisait quelque 215 000 médecins en activité². Ainsi la densité moyenne observée en France à l'heure actuelle est de 322 médecins (toutes situations et spécialités confondues) pour 100 000 habitants.

¹ Il s'agit de médecins en activité parmi lesquels on évalue le nombre de généralistes libéraux à environ 55 000 selon les estimations opérées par l'Assurance Maladie. Cet ordre de grandeur n'intègre naturellement pas les généralistes en exercice salarié, hospitalier ou non.

² Les médecins en activité regroupent trois catégories d'entre eux : ceux en activité régulière, les remplaçants et les médecins temporairement sans activité. Si la densité des médecins est de 322, celle des médecins en activité régulière (médecins disposant d'une adresse professionnelle) n'est plus que de 300.

Cette densité est comparable à celle observée en Allemagne, en Autriche, en Espagne et en Suède (de l'ordre de 320), mais supérieure à celle constatée aux Pays-Bas (310), au Danemark (290) et au Canada (210). Elle est nettement supérieure à la moyenne relevée pour les pays de l'OCDE (250).

Deux facteurs expliquent l'augmentation ces dernières années encore du nombre des médecins : d'une part, le recrutement en nombre important de médecins à diplômes étrangers (en moyenne environ 420 par an ces dernières années³), et d'autre part, l'effet non négligeable du dispositif de départ anticipé en retraite (MICA voir infra) qui a diminué d'autant les effectifs actuels de nouveaux retraités.

Rapporté à la population, c'est-à-dire en termes de densité, l'accroissement observé sur la période est moindre mais il reste cependant de 56 %, la densité (toutes pratiques confondues) étant passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979, à presque 322 en 2008. Plus prosaïquement, exprimé en temps d'accès, le délai pour se rendre au cabinet d'un généraliste ne serait en moyenne que de 4 minutes et resterait inférieur à 10 minutes dans 95 % des cantons métropolitains.

Cette vision aujourd'hui plutôt favorable de la densité médicale au plan national ne doit être appréciée que pour ce qu'elle est, c'est-à-dire un aperçu global ne distinguant ni les spécialités médicales, ni les modes d'exercice, ni les territoires avec leurs spécificités. Si l'on opère une approche plus détaillée, dès lors les contrastes et les disparités apparaissent tant au plan des spécialités médicales que des zones géographiques, voire des deux à la fois.

Au sein de cet ensemble, la présence de médecins généralistes de premier recours, considérés à juste titre comme les pivots du système français de soins, constitue à la fois un facteur et une problématique essentiels que les analyses suivantes s'attacheront plus particulièrement à mesurer.

I.2. ... MAIS DES DENSITES ET UNE PRESENCE DES MEDECINS GENERALISTES CONTRASTEES ET PREOCCUPANTES

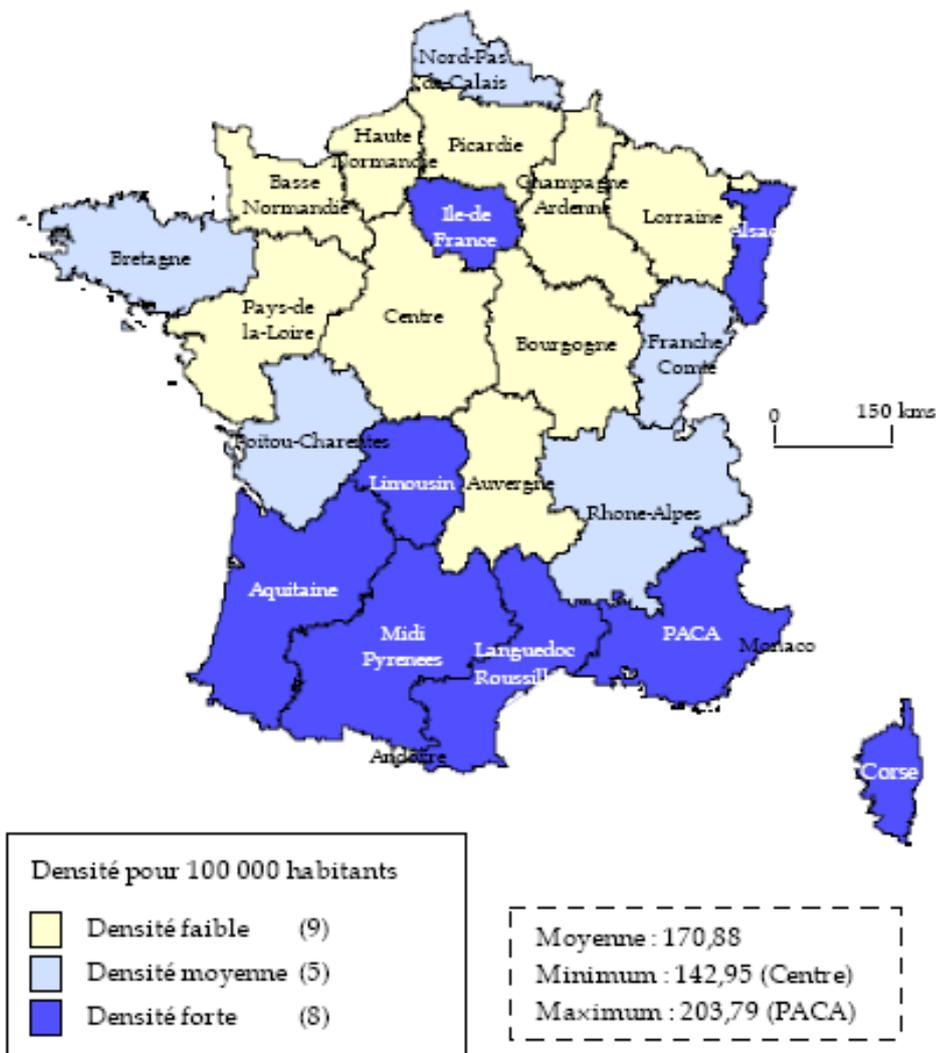
Comme précédemment souligné, les chiffres de densité médicale exprimés aux niveaux national et régional semblent sinon satisfaisants du moins acceptables. Ainsi, les écarts observés ne sont que de 1 à 1,4 entre les régions. Toutefois, dès que l'on aborde les données départementales, les écarts se creusent et passent de 1 à 2,6.

La carte n° 1 dévoile la réalité d'une répartition des médecins généralistes en France pour le moins contrastée. A l'exception de l'Île-de-France et dans une moindre mesure de l'Alsace, les régions (et la plupart des départements) situées au Nord de la Loire souffrent de densités qu'il convient de qualifier le plus souvent d'insuffisantes. Cependant, aux marches de l'hexagone, les régions de Rhône-Alpes, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et Poitou-Charentes présentent des densités moyennes.

En revanche, le sud de la France et en particulier l'arc méditerranéen disposent d'un nombre élevé de médecins généralistes. Les raisons de cet état de fait sont multiples et tiennent, entre autres, à l'héliotropisme mais aussi aux besoins de santé d'une population globalement plus âgée, concentrée sur le littoral, et enfin, à la présence de touristes et de résidents étrangers.

³ Pour plus de détails, voir note située en III.3.

Ces disparités, d'ores et déjà dommageables, risquent même de s'aggraver si les choix actuellement opérés par les internes en médecine en termes de choix de spécialités et de localisation de leurs lieux d'études perdurent (voir supra).



Densité des médecins généralistes en activité régulière par région en 2008

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le tableau n° 1 permet constater l'importance des disparités départementales en termes de densité de médecins généralistes. Les départements bénéficiant des densités les plus élevées sont notamment localisés, comme précédemment indiqué, en Ile-de-France et sur l'arc méditerranéen et également en Alsace. Les départements du Grand Ouest, quant à eux, se situent majoritairement dans les deuxième et dernière parties du classement. Trois d'entre eux (Sarthe, Mayenne et Eure) occupent même les toutes dernières places.

Par ailleurs, il faut souligner le fait que pratiquement tous les départements dotés d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) se placent dans la première moitié de ce classement. Ainsi, parmi les neuf premiers départements français, sept d'entre eux sont

dotés d'un CHU⁴. Cette observation vaut donc pour les densités départementales de médecins généralistes mais aussi et surtout pour celles de médecins spécialistes.

Toutefois, les départements du Grand Ouest dotés de CHU affichent des densités moyennes voire médiocres : Finistère (CHU de Brest) densité de 168, Loire-Atlantique (CHU de Nantes) densité de 167, Ille-et-Vilaine (CHU de Rennes) densité de 166, Seine-Maritime (CHU de Rouen) densité de 162 et Calvados (CHU de Caen) densité de 161 médecins généralistes pour 100 000 habitants

| Rang | Département | Densité |
|------|------------------|---------|
| 1 | Paris | 310,7 |
| 2 | Hautes Alpes | 240,9 |
| ... | ... | ... |
| 38 | Finistère | 168,4 |
| 42 | Loire-Atlantique | 167,0 |
| 45 | Ille et Vilaine | 165,9 |
| 49 | Seine-Maritime | 161,9 |
| 51 | Calvados | 161,0 |
| 55 | Morbihan | 159,4 |
| 56 | Maine et Loire | 159,1 |
| 64 | Côte d'Armor | 152,7 |
| 75 | Manche | 145,0 |
| 81 | Vendée | 138,3 |
| 84 | Orne | 135,2 |
| 91 | Sarthe | 128,6 |
| 94 | Eure | 127,3 |
| 95 | Mayenne | 122,5 |
| 96 | Ain | 118,6 |

Tableau n° 1 : Classement des départements du Grand Ouest (y compris Haute-Normandie) au plan national en terme de densité (pour 100 000 habitants) de médecins généralistes au 1^{er} janvier 2007

Source : Les notes territoriales de l'AdCf - Santé et territoire - Mars 2008

Il est par ailleurs intéressant de souligner que l'on constate aujourd'hui les mêmes disparités de densité médicale qu'au début des années 1970. Il faut voir dans cette situation la conséquence d'un durable manque de considération de la part des gouvernants pour les problématiques d'installation, préoccupation trop tardivement prise en compte puisqu'il a véritablement fallu attendre 2005 et la loi relative au développement des territoires ruraux pour que des mesures d'ensemble soient enfin mises en œuvre.

Si ces différences de densité entre les territoires n'avaient pas à l'époque posé de réels problèmes, c'était en raison du doublement progressif du nombre de médecins libéraux et d'une demande de soins moins forte. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Déjà ressentie dans les zones médicalement sous denses, la crise de la présence médicale va concerner, mécaniquement, de plus en plus de territoires.

⁴ Paris occupe ainsi la 1^{ère} place, les Bouches-du-Rhône (CHU de Marseille) la 4^{ème}, suivi de la Gironde (Bordeaux), de l'Hérault (Montpellier), de la Haute-Vienne (Limoges), des Alpes-Maritimes (Nice) et du Var (Toulon).

Mais les disparités départementales ne sont rien au regard des écarts observés au sein de certains territoires plus restreints. Des zones de véritable dévitalisation voire de désertification médicale se constituent. L'offre de soins n'est en effet plus satisfaisante en certaines zones rurales ou périurbaines dites sensibles. En 2004, l'ONDPS identifiait 86 cantons présentant des signes de tensions car ils cumulaient une faible densité médicale, une faible consommation de soins et un niveau d'activité élevé pour les praticiens en place. En 2005, les caisses d'assurance maladie ont réalisé un zonage basé sur des zones de recours qui traduisent les bassins d'attraction des généralistes.

Deux types de territoires y sont distingués :

- des zones en difficulté qui rassemblaient 376 500 habitants soit 0,6 % de la population française ;
- des zones fragiles, dont les difficultés sont moins aiguës quoique mal dotées en offre de soins, comptant 2 millions d'habitants soit 3,5 % de la population nationale.

Ces derniers territoires peuvent même basculer du jour au lendemain dans les zones en difficulté en raison du départ soudain ou de l'indisponibilité temporaire d'un médecin.

A la même période, les missions régionales de santé (MRS), constituées des agences régionales de santé (ARH) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) avaient identifié 391 zones déficitaires en offre de soins représentant approximativement 4 % de la population française, estimation venant corrélérer celle évoquée précédemment.

Une autre étude réalisée par les URCAM mettait en évidence qu'un secteur sur 5 comptait moins de 6 médecins généralistes, soit 479 secteurs sur les 2 586 répertoriés et que 80 % de ces secteurs étaient situés en milieu rural. Le nombre de secteurs sujets à problématiques était quasiment multiplié par deux si l'on exclut les médecins âgés de plus de 55 ans.

Une circulaire du 14 avril 2008⁵ fixe désormais une nouvelle méthode de zonage qui utilise les bassins et les pseudo-cantons pour les zones urbaines ; cinq niveaux de classements traduisent cette nouvelle perception du niveau de dotation des bassins de vie en généralistes libéraux. L'application et la traduction de cette circulaire au plan bas-normand seront évoquées ultérieurement dans ce rapport

Enfin, il convient de souligner que ces disparités ont non seulement un impact sur l'offre de soins globale mais aussi sur la permanence des soins, en d'autres termes sur les gardes et l'urgence médicales⁶.

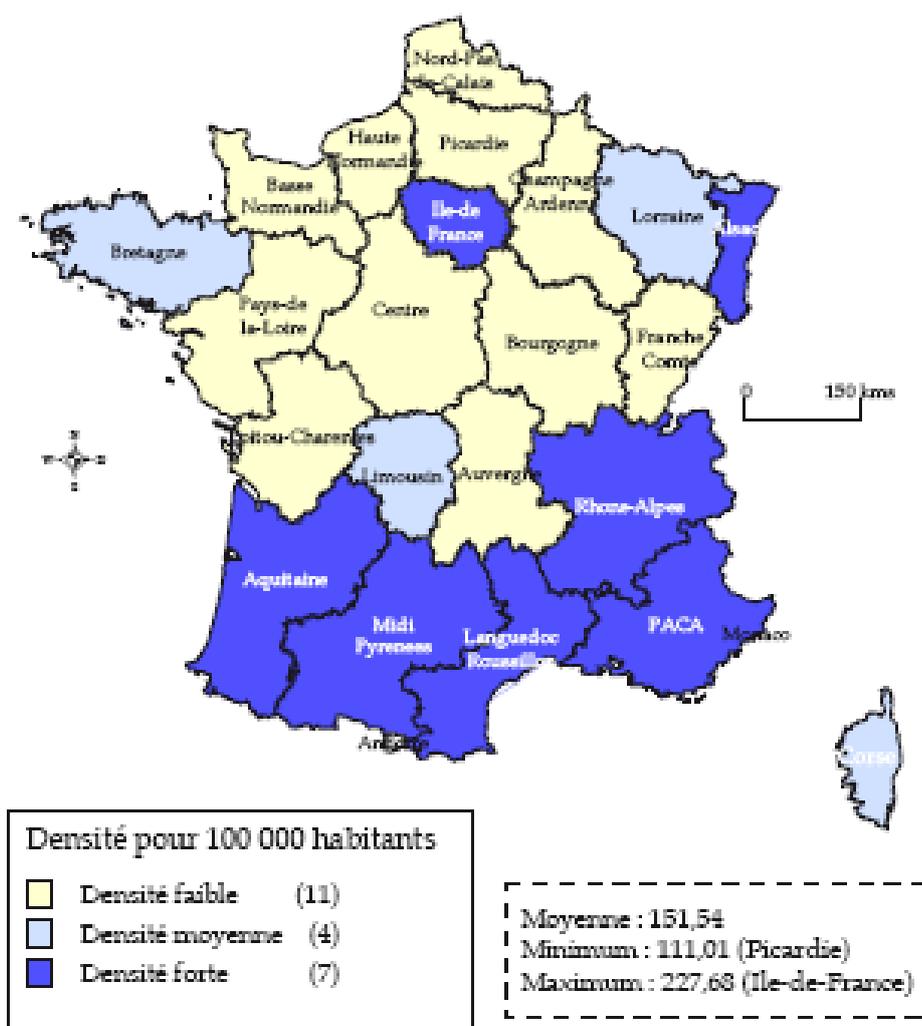
⁵ Circulaire DHOS - DSS - DREES - UNCAM (2008/130 du 14 avril 2008) relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

⁶ Voir à ce propos le rapport du CESR de Basse-Normandie d'octobre 2007 sur "l'aide médicale urgente en Basse-Normandie".

I.3. DES DISPARITES EGALEMENT OBSERVEES CHEZ LES SPECIALISTES

Il en va de même pour la répartition territoriale des spécialistes (hors médecins généralistes). Là aussi, de considérables déséquilibres territoriaux sont constatés, affectant de nombreuses régions et, au sein de celles-ci, des pans entiers de territoire. Pour mémoire, la France (métropolitaine) comptait en 2008 environ 102 000 spécialistes soit une densité de 152 pour 100 000 habitants.

Si leur répartition régionale est quelque peu différente de celle des généralistes, l'intérêt marqué des spécialistes pour le sud de la Loire (à l'exception notable du Massif Central) et en particulier pour les rives de la Méditerranée de même que pour l'Ile-de-France et l'Alsace demeure une constante. Comme pour les généralistes, toutes les régions situées autour de l'Ile-de-France souffrent de densités inférieures à la moyenne nationale. Les écarts observés vont de 1 à 2,1 entre l'Ile de France (227 spécialistes pour 100 000 habitants) et la Picardie (111). Pour mémoire, les écarts constatés au plan régional pour les généralistes vont de 1 à 1,4.



Densité des médecins spécialistes en activité régulière par région

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

L'approche départementale concernant la localisation des spécialistes est caractérisée par des écarts beaucoup plus considérables puisqu'ils s'échelonnent de 1 à 7,4. L'importance de ces différences est principalement due au fait que certains départements possèdent de grands établissements hospitaliers (dont des Centres Hospitaliers Universitaires -CHU- ainsi que des cliniques réputées) et donc qu'ils attirent et concentrent les spécialistes, gros utilisateurs de plateaux techniques, alors que beaucoup d'autres départements témoignent d'une moindre attractivité (peu ou pas de grands établissements de soins, population peu élevée...).

Si l'on ajoute qu'il s'agit de densités incluant la totalité des spécialités, on imagine aisément les situations de pénurie qui peuvent affecter la plupart des territoires pour certaines d'entre elles, pénurie particulièrement dommageable pour l'offre de soins d'urgence (anesthésie-réanimation, chirurgie...).

Il convient de souligner par ailleurs que certaines spécialités, au-delà des questions de répartition territoriale, sont en crise. Il en va ainsi de l'ophtalmologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie hospitalière, de la chirurgie en général, de l'anesthésie-réanimation, de la gynécologie-obstétrique, de la biologie médicale et de la médecine du travail et de santé publique.

I.4. UNE BAISSÉ ATTENDUE DU NOMBRE DE MÉDECINS JUSQU'EN 2025

Parvenue à son apogée aux environs des années 2005, la densité médicale française (considérée toutes pratiques médicales confondues) devrait désormais baisser de façon continue d'ici 2025 alors même que les besoins sanitaires de la population ne devraient cesser de croître d'ici cette date.

Trois raisons essentielles motivent cette évolution prévisible :

- d'une part, le départ à la retraite des baby-boomers ; en l'occurrence, le nombre des départs à la retraite de médecins devrait passer de 4 000 par an à l'heure actuelle⁷ à environ 9 000 entre 2010 et 2015 ;
- d'autre part, les conséquences différées d'une gestion inadéquate en son temps du *numerus clausus* qui s'est traduite par une diminution continue du nombre de places ouvertes en 2^{ème} année de médecine, ce jusqu'à la fin des années 1990 ;
- et, évidemment, la croissance de la population.

La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), structure commune aux ministères de la Santé et du Travail, a réalisé des projections sur l'effectif possible de médecins en exercice d'ici 2025, toutes choses égales par ailleurs (*numerus clausus*, offres de spécialités et départs à la retraite à 64 ans). Les principales conclusions tirées de cette réflexion sont les suivantes :

- jusqu'en 2007, les entrées suffisaient à compenser les départs ;
- de 2008 à 2015, le solde sera déficitaire ;

⁷ En 2005, selon l'Ordre National des Médecins, les départs en retraite s'étaient élevés à 3 250. Par ailleurs, l'âge moyen de départ à la retraite est de plus en plus proche des 65 ans.

de 2016 à 2025, le nombre de nouveaux médecins s'accroîtra plus vite que celui des départs en retraite, et l'équilibre sera atteint en 2025, autrement dit, le solde départs/entrées sera redevenu nul.

Ainsi le nombre total de médecins passerait approximativement de 215 000 aujourd'hui à 190 000 en 2025 et la densité de 322 médecins pour 100 000 habitants à 280, ces ratios ne concernant que le niveau national.

Toutefois, ces perspectives doivent être appréciées avec circonspection, certains paramètres pouvant évoluer dans un sens favorable ou défavorable : âge de départ à la retraite, évolution de la pratique professionnelle, répartition spécialistes/généralistes, féminisation, durée moyenne de travail, évolutions législatives et réglementaires...

I.5. UNE SITUATION PLUTOT PREOCCUPANTE EN BASSE-NORMANDIE

Avant de procéder à une analyse statistique relativement détaillée de la situation et de la présence médicales (généralistes, spécialistes et hospitaliers) en Basse-Normandie et aux niveaux infrarégionaux, il convient ici de rappeler quelques unes des données chiffrées comparatives mentionnées précédemment dans ce rapport et émanant de l'Ordre National de Médecins. Ainsi, pour ce qui concerne la densité de médecins toutes catégories confondues, la Basse-Normandie affichait en 2008 un ratio de 285 praticiens pour 100 000 habitants contre 322 au niveau national⁸. Plus spécifiquement pour les médecins généralistes, les ratios observés étaient de 144 médecins contre 171 en France, toujours pour 100 000 habitants. Seul le département du Calvados présente une proportion se rapprochant de celle de observée en France avec 161 médecins contre 171. En revanche, les départements de la Manche (145) et surtout de l'Orne (135) en sont particulièrement éloignés.

Ces premières échelles de grandeur donnent un aperçu global de la problématique actuelle de la présence médicale sachant qu'à des niveaux territoriaux plus fins, les déficits enregistrés peuvent être encore plus considérables.

D'ores et déjà, et sans déflorer plus avant le sujet, il faut souligner que le maintien au niveau régional du nombre actuel de médecins constitue un objectif pratiquement impossible à atteindre en raison des effectifs insuffisants des promotions actuelles et à venir de médecins formés pour compenser les futurs départs. Cependant, il est intéressant de rappeler qu'en 2000, le nombre de médecins répertoriés par le fichier ADELI⁹ en Basse-Normandie était de 3 538 contre 4 122 aujourd'hui.

Au plan formel, l'analyse statistique à laquelle il va être procédé repose essentiellement sur une exploitation relativement détaillée des données issues du fichier ADELI mis en place et géré par la DRASS. La priorité n'a été donnée à cette source que par souci de simplicité et d'efficacité, sachant que les autres fichiers

⁸ Cette densité englobe les médecins en activité régulière, c'est-à-dire ceux qui sont installés et qui disposent d'une adresse professionnelle, les médecins remplaçants et les médecins temporairement sans activité. Sont exclus, les médecins militaires, les médecins fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités territoriales qui n'exercent pas dans les soins.

⁹ Répertoire des Professions Médicales et Paramédicales.

consultables (assurance maladie, ordres des médecins...) offrent dans l'absolu des données sensiblement identiques ou tout du moins n'affichant pas des disparités significatives. Toutefois, pour mettre en évidence et appuyer certains constats, il sera également fait appel à d'autres fichiers.

Pour cette raison, des différences (en valeur absolue et/ou relative) pourront apparaître selon les sources employées.

Seront donc examinées et successivement commentées les données relatives à la présence des médecins à différents niveaux territoriaux (départements et secteurs de santé), selon les modes d'exercices (libéraux, salariés, généralistes, spécialistes, hospitaliers...), selon le sexe, l'âge et, in fine, le rythme probable de départ en retraite, cette dernière approche fixant les besoins globaux et territorialisés de remplacement à différentes échéances temporelles.

I.5.1. Le constat évident de déséquilibres interdépartementaux

Au-delà du constat du positionnement des trois départements bas-normands en deçà des moyennes nationales, l'existence de déséquilibres interdépartementaux assez considérables doit être soulignée.

Si l'on retient comme base de comparaison le fait que le département du Calvados représente 46 % de la population régionale au recensement de 2006, la Manche 34 % et l'Orne 20 %, les différences observées en termes de présence médicale sont incontestables. Les tableaux n° 2 et n° 3 en témoignent clairement.

Tout d'abord, le tableau n° 2 donne un aperçu des disparités départementales en opérant une présentation des densités de médecins pour 100 000 habitants (densités calculées sur la base du fichier DRASS-ADELI). A la lecture de celui-ci, les constats sont implacables. Le Calvados bénéficie d'une densité médicale tout à fait correcte, du moins sur la base d'une appréciation départementale. Il n'en est pas de même pour les deux autres départements, la Manche et l'Orne surtout affichant des densités bien inférieures, le dernier des deux départements cités souffrant notamment d'une quasi pénurie de spécialistes.

En procédant à une lecture horizontale du tableau n° 3, il est en effet constaté que le Calvados "pèse" médicalement considérablement plus que son poids démographique. Il dispose de 54,5 % de l'ensemble des médecins répertoriés en Basse-Normandie, contre 29,6 % pour la Manche et à peine 16 % pour l'Orne. Cette prééminence est particulièrement significative pour la médecine de spécialités -58,9 % des spécialistes bas-normands sont domiciliés professionnellement dans le Calvados !- et à moindre degré pour la présence de médecins salariés hospitaliers et non hospitaliers.

Il est à noter à ce propos que les distorsions affectent surtout la présence de spécialistes, les généralistes présentant, au moins au plan départemental, des densités moins éloignées les unes des autres comme en témoigne le tableau n° 3 page suivante.

| Densité pour 100 000 habitants (RP 2006) | France | Basse- Normandie | Calvados | Manche | Orne |
|---|--------|---------------------|----------|--------|------|
| Médecins | 322 | 286 | 335 | 248 | 223 |
| dont : Généralistes | 171 | 147 | 157 | 136 | 127 |
| Spécialistes | 151 | 139 | 178 | 112 | 96 |

Tableau n° 2 : Densité pour 100 000 habitants de médecins généralistes et spécialistes dans les départements bas-normands en 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

| | Nb total | Généralistes | Spécialistes | Libéraux | Salariés hospitaliers | Salariés non hospitaliers |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|
| Basse-Normandie | 4 122 (100,0 %) | 2 094 (100,0 %) | 2 028 (100,0 %) | 2 275 (100,0 %) | 1 415 (100,0 %) | 432 (100,0 %) |
| dont : Calvados | 54,5 % | 50,3 % | 58,9 % | 53,8 % | 55,3 % | 55,5 % |
| Manche | 29,6 % | 32,0 % | 27,2 % | 30,5 % | 28,5 % | 28,5 % |
| Orne | 15,9 % | 17,7 % | 13,9 % | 15,6 % | 16,2 % | 16,0 % |

Tableau n° 3 : Répartition départementale des médecins selon leur mode d'exercice (généraliste, spécialiste, libéral, salarié, hospitalier...) au 1^{er} janvier 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

Les raisons de cet état de fait sont multiples. La présence d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), qui plus est dans le chef lieu de région, est sans nul doute la raison principale de la présence accrue de médecins dans le département du Calvados. D'une part, cet établissement est intrinsèquement un gros employeur de médecins ; d'autre part, les capacités qu'offre ce centre hospitalier en termes de formation initiale, de soins, d'informations et de formation professionnelle facilitent et sécurisent l'exercice au quotidien de la médecine et finalement incitent les praticiens à s'installer à proximité. C'est particulièrement vrai pour les spécialistes qui disposent avec cette structure et avec plusieurs cliniques, toutes situées à Caen, de plateaux techniques de haut niveau. Il faut ajouter à ces motifs d'ordre professionnel d'autres liés à l'attractivité globale du Calvados et en particulier de sa capitale : potentiel d'emplois d'encadrement pour le conjoint supérieur aux autres territoires régionaux, offre culturelle, de formation, de loisirs, présence du littoral à proximité, relation facilitée avec la capitale...

La lecture du tableau n° 4, selon un mode horizontal, délivre d'autres informations qu'il convient de commenter succinctement. En l'occurrence, il montre au plan régional une apparente parité entre le nombre de généralistes et de spécialistes, laquelle est immédiatement démentie par la lecture comparée des données départementales. En effet, la proportion (le nombre et la densité aussi) de spécialistes est nettement plus élevée dans le Calvados que dans les deux autres départements. Pour autant, la densité de spécialistes du principal département bas-normand n'a rien d'exceptionnelle ; elle se situe même parmi les moins élevées de tous les départements disposant sur leur territoire d'un CHU. Les départements de la Manche et de l'Orne présentent à quelques points près des proportions inverses, avec donc une supériorité numérique indéniable des généralistes sur les spécialistes.

En revanche, les proportions observées de libéraux, de médecins hospitaliers et non hospitaliers sont très comparables d'un département à l'autre. On constate par ailleurs que l'écart numérique entre médecins libéraux et salariés tend à se réduire de plus en plus, l'exercice en milieu hospitalier notamment sous statut salarié étant

progressivement préféré à l'exercice libéral, surtout quand celui-ci est accompli de façon isolée et en milieu rural.

| | Basse-Normandie | Calvados | Manche | Orne |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Nombre total de médecins | 4 122 (100,0 %) | 2 248 (100,0 %) | 1 221 (100,0 %) | 653 (100,0 %) |
| dont : Généralistes | 2 094 (50,8 %) | 1 053 (46,8 %) | 670 (54,9 %) | 371 (56,8 %) |
| Spécialistes | 2 028 (49,2 %) | 1 195 (53,2 %) | 551 (45,1 %) | 282 (43,2 %) |
| dont : Libéraux | 2 275 (55,2 %) | 1 225 (54,5 %) | 695 (56,9 %) | 355 (54,4 %) |
| Salariés hospitaliers | 1 415 (34,3 %) | 783 (34,8 %) | 403 (33,0 %) | 229 (35,1 %) |
| Salariés non hospitaliers | 432 (10,5 %) | 240 (10,7 %) | 123 (10,1 %) | 69 (10,5 %) |

Tableau n° 4 : Répartition régionale et départementale des médecins selon leur mode d'exercice en Basse-Normandie au 1^{er} janvier 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

A ces quelques informations comparatives, il faut ajouter que le nombre total de médecins comptabilisés ne correspond pas au nombre réel de médecins exerçant une activité de soins à destination de l'ensemble des publics. Il faut de ce fait soustraire en Basse-Normandie du total de 4 122 médecins répertoriés en 2008 par le fichier ADELI 216 médecins (soit 5,2 %) qui exercent des fonctions administratives ou dans le cadre de la santé scolaire, des collectivités territoriales, de laboratoires... ainsi qu'environ 180 médecins du travail. Leur affectation est précisée dans la note de bas de page suivante¹⁰. En outre, des médecins sont recensés par le fichier ADELI mais n'exercent pas pour des motifs notamment d'état de santé. Ainsi, le nombre réel de médecins exerçant en Basse-Normandie se situait en 2008 très probablement autour de 3 700, soit environ 10% de moins que l'estimation ci-dessus proposée.

I.5.1.1. Des déséquilibres départementaux affectant les généralistes de premier recours

Les données statistiques précédemment mentionnées ont témoigné pour les médecins généralistes de l'existence de certains déséquilibres entre départements, notamment en termes de densité. Ce constat mérite d'être approfondi grâce à l'analyse de paramètres démographiques plus détaillés.

Il convient à cet égard d'utiliser les informations chiffrées délivrées par l'URCAM qui autorisent des approches plus fines encore que celles permises par le fichier ADELI.

Il apparaît tout d'abord que les médecins généralistes répertoriés n'exercent pas tous une activité médicale de premier recours. Une proportion non négligeable d'entre eux aurait opté pour des modes d'exercice particulier (MEP), c'est-à-dire pour des pratiques telles que la médecine du sport (de loin la discipline la plus représentée), l'acupuncture, l'angéiologie, l'ostéopathie, la gériatrie... Selon les données délivrées par

¹⁰ Sécurité Sociale 53, collectivités territoriales 41, santé scolaire 38, laboratoires médicaux 28, Services de l'Etat 21, Protection Maternelle et Infantile (PMI) 20, etc. les médecins du travail étaient au nombre de 144 exprimés en équivalent temps plein, soit de l'ordre de 180 praticiens exerçant cette activité.

le fichier ADELI, ce ne sont pas moins de 283 médecins libéraux qui, en Basse-Normandie, auraient adopté ce mode d'exercice¹¹. En raison de ce choix, ils n'offrent pas à la population la même disponibilité que les généralistes de premier recours. Ainsi, comme le montrent les statistiques élaborées par l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) en liaison avec les ordres départementaux des médecins, la Basse-Normandie dispose de l'ordre de moins de 1 200 médecins généralistes de premier recours.

Leur répartition, du moins au plan départemental, correspond relativement bien aux équilibres démographiques. Toutefois, traduite en densité (pour 100 000 habitants) et en équivalent temps plein, la présence de médecins généralistes de premier recours au plan départemental était la suivante au 1^{er} janvier 2009 : Calvados 84,8 ; Manche 78,3 ; Orne 69,8. Facteur aggravant, les moyennes d'âge et en particulier le taux de généralistes de premier recours de plus de 55 ans selon les départements sont annonciateurs de situations à venir particulièrement tendue, en particulier dans le département de l'Orne.

Toutefois, l'année 2008 a été caractérisée au plan régional par un nombre d'installations de généralistes de premier recours supérieur aux cessations d'activité. Ce constat est à mettre au crédit du volontarisme manifesté depuis des années en Basse-Normandie par l'ensemble des partenaires de la santé. Il convient cependant de souligner que l'Orne a enregistré un solde négatif de 2 médecins.

| | 2006 | 2007 | 2008 | Cessations en 2008 | Installations en 2008 |
|------------------------|--------------|--------------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| Calvados | 583 | 577 | 579 (49,3 %) | 10 | 12 |
| Manche | 385 | 380 | 387 (32,9 %) | 3 | 10 |
| Orne | 212 | 211 | 209 (17,8 %) | 6 | 4 |
| Basse-Normandie | 1 180 | 1 168 | 1 175 (100,0 %) | 19 | 26 |

Tableau n° 5 : Effectifs des médecins généralistes de premier recours en Basse-Normandie

Source : URCAM Basse-Normandie et Conseils départementaux de l'Ordre des médecins

| | Age moyen | Taux de plus de 55 ans |
|------------------------|-----------------|------------------------|
| Calvados | 51,1 ans | 38,0 % |
| Manche | 51,5 ans | 40,1 % |
| Orne | 53,6 ans | 50,7 % |
| Basse-Normandie | 51,7 ans | 41,1 % |

Tableau n° 6 : Age moyen et taux de plus de 55 ans des médecins généralistes en 2008

Source : URCAM

Il faut enfin préciser que ces déséquilibres ne sont ici appréciés que sous l'angle départemental. Ils sont pour certains bassins de vie beaucoup plus accentués. Les cartes établies par l'URML, l'association des remplaçants (URBAN) et les ordres départementaux des médecins déterminent ainsi des zones en sous-densité médicale manifeste (cf. supra).

¹¹ Le nombre total de médecins répertoriés en Basse-Normandie comme relevant d'un MEP se décomposerait de la sorte, 283 libéraux, 124 salariés hospitaliers et 53 salariés non hospitaliers (source : Fichier ADELI - année 2008).

I.5.1.2. Un déséquilibre encore plus patent encore chez les spécialistes

Les questions de démographie médicale ne concernent pas seulement l'exercice de la médecine générale. Elles affectent également l'offre médicale dite de spécialités.

Le tableau n° 7 opère à cet égard une présentation exhaustive de toutes les spécialités¹² exercées en Basse-Normandie et dans les trois départements. Là aussi, le constat d'un considérable déséquilibre interdépartemental apparaît clairement. Le Calvados, pour les raisons déjà exposées, dispose d'un éventail de spécialités presque complet, et ce avec des densités de praticiens généralement égales ou supérieures à la moyenne française. Parmi les spécialités les plus usitées, seule la chirurgie orthopédique et traumatologie se situe en deçà de la moyenne nationale. Ce constat plutôt positif ne signifie pas pour autant que la répartition au sein du département des spécialistes est satisfaisante ; l'agglomération caennaise concentre en réalité la plus grande partie d'entre eux.

La situation est fondamentalement différente pour les deux autres départements, et notamment pour l'Orne qui dispose globalement de quatre fois moins de spécialistes que le Calvados et qui, surtout, souffre de l'absence de certaines spécialités telles la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, la neurochirurgie et de sous effectifs dans des spécialités indispensables telles que l'anesthésie-réanimation, la chirurgie générale, la cardiologie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la gériatrie... Même si la proximité du Mans et de son centre hospitalier vient quelque peu compenser cet état de pénurie pour la zone alençonnaise, il n'en est pas moins vrai que le département de l'Orne est affecté par cette situation. De surcroît, on ne voit pas bien comment elle pourrait s'améliorer dans la mesure où la moyenne d'âge d'une partie des spécialistes en place est élevée. En l'occurrence, 43 % d'entre eux sont âgés de 55 ans et plus (37 % dans la Manche et 34 % dans le Calvados).

Le département de la Manche semble quelque peu mieux loti mais sa situation est loin d'être en la matière rassurante. Beaucoup de spécialités présentent des effectifs insuffisants, du moins par comparaison avec les moyennes nationales : anesthésie-réanimation, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie et pratiquement toutes les spécialités chirurgicales. Leur renouvellement n'est pas sans causer des inquiétudes.

¹² Sauf celles des médecins généralistes traitées par ailleurs.

| Spécialités | Calvados | Manche | Orne | Basse-Normandie | B-Ndie densité | France densité |
|---|--------------|------------|------------|-----------------|----------------|----------------|
| Anatomie et cytologie - Pathologie | 19 ⊕ | 5 ⊖ | 2 ⊖ | 26 ⊖ | 1,78 | 2,34 |
| Anesthésie - Réanimation | 116 ⊕ | 48 ⊖ | 21 ⊖ | 185 ⊖ | 12,70 | 15,24 |
| Réanimation médicale (1) | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0,00 | 0,16 |
| Biologie médicale | 28 ⊕ | 10 ⊖ | 10 ○ | 48 ⊖ | 3,29 | 4,13 |
| Cardiologie et maladies vasculaires | 66 ⊕ | 29 ⊖ | 10 ⊖ | 105 ⊖ | 7,21 | 9,54 |
| Chirurgie de la face et du cou | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0,00 | 0,01 |
| Chirurgie générale | 49 ⊕ | 29 ⊕ | 12 ⊖ | 90 ○ | 6,18 | 5,75 |
| Chirurgie infantile | 3 ⊕ | 0 ● | 0 ● | 3 ⊖ | 0,21 | 0,33 |
| Chirurgie maxillo-faciale | 1 ⊕ | 1 ⊕ | 0 ● | 2 ○ | 0,14 | 0,11 |
| Chirurgie orthopédique et traumatologie | 22 ⊖ | 14 ⊖ | 9 ⊖ | 45 ⊖ | 3,09 | 4,04 |
| Chirurgie plastique, reconstruction et esthétique | 4 ○ | 2 ⊖ | 0 ● | 6 ⊖ | 0,42 | 1,12 |
| Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | 3 ⊕ | 0 ● | 0 ● | 3 ⊖ | 0,21 | 0,42 |
| Chirurgie urologique | 9 ○ | 2 ⊖ | 3 ⊖ | 14 ⊖ | 0,96 | 1,36 |
| Chirurgie vasculaire | 7 ⊕ | 1 ⊖ | 1 ⊖ | 9 ⊖ | 0,63 | 0,73 |
| Chirurgie viscérale et digestive | 13 ⊕ | 4 ⊖ | 0 ● | 17 ⊖ | 1,17 | 1,06 |
| Dermatologie et vénéréologie | 38 ⊕ | 19 ⊖ | 8 ⊖ | 65 ⊖ | 4,46 | 6,12 |
| Endocrinologie et métabolisme | 12 ○ | 3 ⊖ | 2 ⊖ | 17 ⊖ | 1,17 | 2,40 |
| Gastro-entérologie et hépatologie | 42 ⊕ | 15 ⊖ | 12 ⊖ | 69 ⊖ | 4,74 | 5,23 |
| Génétique médicale | 2 ⊕ | 0 ● | 0 ● | 2 ⊖ | 0,14 | 0,31 |
| Gériatrie | 5 ⊖ | 2 ⊖ | 1 ⊖ | 8 ⊖ | 0,55 | 0,89 |
| Gynécologie médicale et obstétrique | 20 ○ | 19 ⊕ | 5 ⊖ | 44 ○ | 3,02 | 3,45 |
| Gynécologie médicale | 10 ○ | 7 ⊖ | 1 ⊖ | 18 ⊖ | 1,26 | 3,15 |
| Gynécologie obstétrique | 39 ⊕ | 17 ⊖ | 8 ⊖ | 64 ⊖ | 4,39 | 5,09 |
| Hématologie | 3 ⊕ | 1 ○ | 0 ● | 4 ○ | 0,28 | 0,40 |
| Médecine du travail | 71 ⊕ | 26 ⊖ | 15 ⊖ | 122 ⊖ | 8,37 | 9,59 |
| Médecine interne | 16 ⊖ | 3 ⊖ | 4 ⊖ | 23 ⊖ | 1,58 | |
| Médecine nucléaire | 10 ⊕ | 0 ● | 0 ● | 10 ⊖ | 0,69 | 0,87 |
| Médecine physique et de réadaptation | 19 ○ | 14 ○ | 4 ⊖ | 37 ⊖ | 2,54 | 2,82 |
| Néphrologie | 12 ○ | 6 ⊖ | 4 ⊖ | 22 ⊖ | 1,51 | 1,89 |
| Neurochirurgie | 8 ⊕ | 0 ● | 0 ● | 8 ⊖ | 0,55 | 0,63 |
| Neurologie | 24 ⊕ | 8 ⊖ | 2 ⊖ | 34 ⊖ | 2,33 | 2,97 |
| Neuro-psychiatrie | 2 ○ | 0 ● | 1 ○ | 3 ⊖ | 0,21 | 0,37 |
| Onco-hématologie (2) | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0,00 | 0,02 |
| Oncologie médicale | 9 ⊕ | 1 ⊖ | 0 ● | 10 ⊖ | 0,69 | 1,00 |
| Ophthalmologie | 52 ○ | 34 ○ | 17 ⊖ | 103 ⊖ | 7,07 | 8,50 |
| ORL et ORL chirurgie cervico-faciale | 30 ⊕ | 14 ⊖ | 10 ⊖ | 54 ⊖ | 3,71 | 4,45 |
| Pédiatrie | 72 ⊕ | 26 ⊖ | 17 ⊖ | 115 ○ | 7,89 | 10,00 |
| Pneumologie | 34 ⊕ | 10 ⊖ | 10 ⊖ | 54 ⊖ | 3,71 | 4,12 |
| Psychiatrie | 109 ○ | 46 ⊖ | 28 ⊖ | 183 ⊖ | 12,56 | 18,36 |
| Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent | 12 ○ | 3 ⊖ | 1 ⊖ | 16 ⊖ | 1,10 | 1,95 |
| Radiodiagnostic et imagerie médicale | 82 ⊕ | 33 ⊖ | 24 ⊖ | 139 ⊖ | 9,54 | 11,47 |
| Radiodiagnostic et radiothérapie | 0 ● | 2 ⊕ | 0 ● | 2 ○ | 0,14 | 0,19 |
| Radiothérapie et onco-radiothérapie | 12 ⊕ | 2 ⊖ | 0 ● | 14 ⊖ | 0,96 | 1,05 |
| Recherche médicale | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0 ● | 0,00 | 0,02 |
| Rhumatologie | 22 ○ | 16 ○ | 10 ○ | 48 ⊖ | 3,30 | 4,00 |
| Santé publique et médecine sociale | 17 ⊕ | 3 ⊖ | 4 ⊖ | 24 ⊖ | 1,65 | 2,41 |
| Stomatologie | 17 ⊕ | 9 ⊕ | 2 ⊖ | 28 ○ | 1,92 | 1,89 |
| Total | 1 141 | 484 | 258 | 1 893 | 129,90 | 165,56 |

(1) Spécialité absente des régions suivantes : Basse-Normandie, Bretagne, Limousin et Rhône-Alpes

(2) 13 spécialistes en France dont 4 en Ile de France

⊕ Densité supérieure à la moyenne

○ Densité inférieure à la moyenne

⊖ Densité moyenne

● Absence de médecins

Tableau n° 7 : Nombre et densité des médecins spécialistes (sauf généralistes), tous modes d'exercice confondus en Basse-Normandie en 2008 et comparaison avec la France

Source : D'après données de l'Ordre National des Médecins

I.5.1.3. Des situations comparables en matière hospitalière

L'appareil hospitalier souffre également de problèmes de démographie et de présence médicales. Il convient de souligner que ces difficultés affectent à certains égards de façon comparable l'hospitalisation privée et publique.

En effet, s'agissant d'une démographie professionnelle déclinante, les mêmes causes produisent les mêmes conséquences. De la sorte, les déficits vocationnels observés pour les disciplines médicales dites à risques, c'est-à-dire la chirurgie en général, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique... sont ressentis autant dans le secteur hospitalier public que privé.

L'attractivité des établissements de soins publics et privés est de la même manière soumise à des critères d'appréciation tels que : la qualité du plateau technique proposé et de l'équipe médicale en place, la localisation géographique de l'hôpital ou de la clinique, la qualité de l'environnement extra-professionnel (aménités, offre de formation pour les enfants, offre d'emploi pour le conjoint...). Tous ces paramètres pèsent de façon assez sensiblement identique quelque soit le statut de l'établissement concerné. Ainsi, une partie de ces exigences explique la nécessité absolue d'atteindre une taille pertinente permettant l'achat et l'amortissement de matériels en nombre et en qualité (scanners, IRM, équipements de salles d'opération, appareillage en atmosphère stérile...), achat que seuls de grands établissements peuvent supporter. Par ailleurs, un grand nombre d'établissements est confronté aux problèmes posés par le recours à des intérimaires ou des médecins remplaçants dont le coût journalier¹³ est incompatible avec une saine gestion des deniers, fussent-ils publics ou privés.

Ainsi, ce sont les établissements les plus petits, les moins bien équipés, les plus isolés au plan géographique, qui sont les moins attractifs et qui donc souffrent des plus grandes difficultés de recrutement. Ces constats, qui peuvent connaître cependant des exceptions, incitent à penser que le maintien sur le territoire d'un maillage hospitalier dense (public et privé confondu) est au moins conditionné par des rapprochements, des coopérations, sinon des fusions qu'une démographie temporairement déclinante imposera inéluctablement.

Après ces quelques remarques de nature générale, il faut préciser qu'il n'a pas été possible de recueillir des données chiffrées relatives à l'hospitalisation privée ; c'est pourquoi seule l'hospitalisation publique fera ici l'objet d'une approche détaillée.

Préalablement à la communication et à l'analyse des données statistiques concernant l'hospitalisation publique, quelques informations d'ordre général doivent être apportées. Tout d'abord, il faut signaler que la Basse-Normandie, comme la Picardie, dispose d'un maillage hospitalier public particulièrement dense.

¹³ Pour un anesthésiste, le coût journalier oscille entre 1 000 et 1 500 euros.

Pour mémoire, la région compte un CHU (Caen), 21 centres hospitaliers¹⁴, 9 hôpitaux locaux¹⁵ et 2 institutions privées participant au service public hospitalier¹⁶. Pour autant, l'importance de ce nombre d'hôpitaux, qui peut être considérée comme un avantage, se mue en inconvénient dans la mesure où les établissements en cause semblent insuffisamment coopérer entre eux, ce qui n'est pas sans induire au plan du recrutement des médecins des concurrences contreproductives. Par ailleurs, il faut rappeler que le personnel médical est composé de praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel, et en tant que de besoin de médecins contractuels et intérimaires dont les statuts sont notablement différenciés.

Comme le tableau n° 8 le montre en page suivante, il existe en Basse-Normandie un profond décalage entre le nombre de postes budgétés de praticiens titulaires et le nombre de postes occupés. Ainsi, au 1^{er} mars 2008, 34 % des postes budgétés n'étaient pas pourvus contre 22 % en moyenne en France. Seule la région Picardie affiche un ratio comparable¹⁷.

Il ne faut pas toutefois en déduire que les hôpitaux publics souffrent d'un déficit en personnel médical car le recours à des médecins contractuels et à des médecins intérimaires permet en général de compléter les effectifs. Toutefois, cette situation est loin d'être satisfaisante et ce pour plusieurs raisons : d'une part, se posent des problèmes de disponibilité immédiate des praticiens en fonction des besoins ; d'autre part, les recrutements parfois réalisés dans l'urgence peuvent poser des problèmes en termes d'efficacité ; enfin, l'usage répétitif de contractuels et surtout d'intérimaires se révèle à la longue dispendieux.

Ce déficit endémique, quoique variable d'un établissement à l'autre, est multifactoriel. Pour l'essentiel, il semblerait que la raison majeure de cette pénurie est plutôt d'origine organisationnelle ; comme précédemment suggéré la coopération insatisfaisante entre établissements génère des doublons, des concurrences et finalement des déséquilibres.

D'autres motifs contribuent également à ce déficit de praticiens titulaires. Ainsi l'attrait ou le désintérêt pour certains établissements hospitaliers demeure tributaire de l'organisation de la permanence des soins et donc de la plus ou moins grande récurrence des gardes. La qualité des plateaux techniques en place est un autre facteur d'attractivité, de même que la nature et l'intensité des coopérations nouées par l'établissement avec d'autres structures médicales. Il faut aussi citer la concurrence avec les établissements privés qui proposent des niveaux de rétribution, significativement plus élevés. Enfin, l'environnement extrahospitalier (offres culturelles, scolaires et de loisirs, moyens de communications et de télécommunications... sur

¹⁴ Soit 8 dans la Calvados (Aunay/Odon, Bayeux, CHS de Caen, Côte Fleurie, Lisieux, Pont l'Evêque, Vire), 6 dans la Manche (Avranches-Granville, Cherbourg-Valognes, Coutances, CHS Pontorson, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Saint-Lô) et 7 dans l'Orne (L'Aigle, Alençon-Mamers, CPO d'Alençon CHIC d'Andaines, Argentan, Flers, Mortagne-au-Perche).

¹⁵ Soit un dans la Calvados (Orbec), 5 dans la Manche (Carentan, Mortain, Périers, Saint-James, Villedieu-les-Poêles) et 3 dans l'Orne (Bellême, Sées, Vimoutiers). Pour mémoire, l'hôpital local développe, outre sa vocation sanitaire, des actions médico-sociales.

¹⁶ Fondations Bon Sauveur à Picauville et à Saint-Lô dans la Manche.

¹⁷ Les régions limitrophes de la Basse-Normandie affichent des taux d'occupation bien supérieurs : Bretagne, 79,6 %, Pays de la Loire, 79,8 %, Haute-Normandie, 75,3 %. Les régions situées au sud présentent toutes des taux supérieurs à 82 %.

place ou à proximité) constitue une dernière explication qu'il convient de ne pas négliger.

Parmi les spécialités les plus indispensables au fonctionnement d'un établissement hospitalier, il apparaît que ce sont les postes d'anesthésistes, de psychiatres et de radiologues qui sont les plus affectés par le manque de médecins avec respectivement 65 %, 65 % et 57 % de postes occupés (temps plein et partiel confondus).

Comme en médecine ambulatoire, l'observation de la pyramide des âges chez les hospitaliers révèle une situation de crise larvée puisque dans les 15 années à venir, la moitié des praticiens devrait être amenée à cesser leur activité. En effet, sur un total de 929 praticiens en poste actuellement, 105 d'entre eux ont aujourd'hui entre 60 et 69 ans, 182 entre 55 et 59 ans et 177 entre 50 et 54 ans. Ces prévisions de cessation d'activités semblent alarmantes dans des disciplines comme la radiologie et la chirurgie.

| Spécialités | Temps plein | | Temps partiel | |
|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Postes budgétés | Praticiens titulaires | Postes budgétés | Praticiens titulaires |
| Anesthésie | 143 | 96 | 8 | 2 |
| Biologie | 45 | 41 | 5 | 33 |
| Chirurgie | 165 | 133 | 44 | 34 |
| Pharmacie | 48 | 41 | 11 | 4 |
| Médecine | 567 | 370 | 149 | 67 |
| Psychiatrie | 127 | 89 | 31 | 14 |
| Radiologie | 54 | 28 | 14 | 7 |
| Total | 1 149 | 798 | 262 | 131 |

Tableau n° 8 : Répartition régionale des médecins hospitaliers titulaires à plein temps et à temps partiel selon leurs spécialités en Basse-Normandie au 1^{er} mars 2008

Source : DRASS - Fichier SIGMED

Il est également utile de souligner que la féminisation chez les praticiens hospitaliers est en tout point comparable à celle constatée dans la médecine ambulatoire. Non seulement elle augmente régulièrement mais elle s'accompagne aussi de réductions d'activité (par référence à l'exercice à temps complet) ou de temps partiel. Dès lors, la problématique du remplacement des futurs départs en retraite va revêtir une acuité nouvelle.

Au plan détaillé, les tableaux n^{os} 9, 10 et 11 font le point des praticiens hospitaliers en poste dans chacun des trois départements bas-normands. Une rapide lecture comparative met en évidence des déséquilibres départementaux significatifs. Alors que le taux régional de postes non pourvus est en moyenne de 34 %, il "n'est que" de 28 % dans le Calvados, mais de 34 % dans la Manche et surtout de 46 % dans l'Orne. Dans ce dernier département, les postes d'anesthésistes et de radiologues présentent des taux de vacances particulièrement élevés : 60 % pour les premiers et 58 % pour les seconds.

Il faut voir dans les chiffres nettement moins défavorables du Calvados l'effet très probable, en termes d'attractivité, de la présence d'un centre hospitalier universitaire, attractivité dont profitent les centres hospitaliers situés à proximité (Bayeux, Falaise...).

| Spécialités | Temps plein | | Temps partiel | |
|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Postes budgétés | Praticiens titulaires | Postes budgétés | Praticiens titulaires |
| Anesthésie | 82 | 61 | 3 | 2 |
| Biologie | 45 | 41 | 3 | 2 |
| Chirurgie | 65 | 53 | 18 | 13 |
| Pharmacie | 21 | 19 | 4 | 3 |
| Médecine | 241 | 175 | 66 | 32 |
| Psychiatrie | 56 | 40 | 14 | 8 |
| Radiologie | 20 | 15 | 8 | 4 |
| Total | 510 | 386 | 116 | 64 |

Tableau n° 9 : Répartition des médecins hospitaliers titulaires à plein temps et à temps partiel selon leurs spécialités dans le Calvados au 1^{er} mars 2008

Source : DRASS - Fichier SIGMED

| Spécialités | Temps plein | | Temps partiel | |
|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Postes budgétés | Praticiens titulaires | Postes budgétés | Praticiens titulaires |
| Anesthésie | 34 | 23 | 2 | - |
| Biologie | 14 | 13 | 1 | 1 |
| Chirurgie | 56 | 47 | 12 | 9 |
| Pharmacie | 16 | 14 | 3 | 1 |
| Médecine | 187 | 119 | 39 | 19 |
| Psychiatrie | 46 | 33 | 6 | 3 |
| Radiologie | 18 | 5 | 3 | 3 |
| Total | 371 | 254 | 66 | 36 |

Tableau n° 10 : Répartition des médecins hospitaliers titulaires à plein temps et à temps partiel selon leurs spécialités dans la Manche au 1^{er} mars 2008

Source : DRASS - Fichier SIGMED

| Spécialités | Temps plein | | Temps partiel | |
|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Postes budgétés | Praticiens titulaires | Postes budgétés | Praticiens titulaires |
| Anesthésie | 27 | 12 | 3 | - |
| Biologie | 6 | 5 | 1 | - |
| Chirurgie | 44 | 33 | 14 | 12 |
| Pharmacie | 11 | 8 | 4 | - |
| Médecine | 139 | 76 | 44 | 16 |
| Psychiatrie | 25 | 16 | 11 | 3 |
| Radiologie | 16 | 8 | 3 | - |
| Total | 268 | 158 | 80 | 31 |

Tableau n° 11 : Répartition des médecins hospitaliers titulaires à plein temps et à temps partiel selon leurs spécialités dans l'Orne au 1^{er} mars 2008

Source : DRASS - Fichier SIGMED

I.5.2. Des territoires en sous densité médicale

Comme les informations et les analyses suivantes vont le confirmer, certains des secteurs de santé structurant le territoire régional, pour ne pas dire la plupart d'entre eux, souffrent de déficits en termes de présence médicale.

En l'occurrence, le tableau n° 12 en apporte, non la preuve absolue, faute de certitudes chiffrées sur la densité¹⁸, mais de fortes présomptions. Ainsi, le secteur de Caen-Bessin-Aunay-Falaise, évidemment le plus densément peuplé, concentre plus de 40 % des médecins et compte surtout un spécialiste sur deux exerçant en Basse-Normandie. En réalité, ces derniers sont quasi exclusivement implantés dans l'agglomération caennaise. Cette partie de la région présente même la particularité de compter plus de spécialistes que de généralistes ! De ce fait, les autres secteurs de santé disposent d'effectifs plus limités et présentent des ratios de médecins plutôt modestes et en certains territoires très probablement insuffisants. A cet égard, le secteur du Bocage ne rassemble que 6,3 % des spécialistes répertoriés en Basse-Normandie.

Il va de soi que ces données chiffrées croisées avec celles relatives aux catégories d'âge des médecins vont permettre plus loin dans ce document de souligner à la fois l'importance graduelle des départs à venir, et, bien entendu, les nécessités de remplacement et/ou d'une organisation optimisée pour tenter de maintenir une offre de soins suffisante susceptible de répondre de la façon la plus satisfaisante possible aux besoins de la population.

| Secteurs | Nb total de médecins | Dont : | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | Généralistes | Spécialistes |
| Secteur 1 Caen-Bessin Aunay Falaise | 1 838 (44,6 %) | 843 (40,3 %) | 995 (49,1 %) |
| Secteur 2 Pays d'Auge | 317 (7,7 %) | 163 (7,8 %) | 154 (7,5 %) |
| Secteur 3 Cotentin | 458 (11,1 %) | 252 (12,0 %) | 206 (10,2 %) |
| Secteur 4 Coutances Saint-Lô | 407 (9,9 %) | 226 (10,8 %) | 181 (8,9 %) |
| Secteur 5 Avranches Granville | 348 (8,4 %) | 184 (8,8 %) | 164 (8,1 %) |
| Secteur 6 Bocage | 304 (7,4 %) | 176 (8,4 %) | 128 (6,3 %) |
| Secteur 7 Alençon Argentan Perche - Ouche | 450 (10,9 %) | 250 (11,9 %) | 200 (9,9 %) |
| Basse-Normandie | 4 122 (100,0 %) | 2 094 (100,0 %) | 2 024 (100,0 %) |

Tableau n° 12 : Effectifs des médecins par secteurs médicaux

Source : DRASS - Fichier ADELI

¹⁸ A la date de rédaction de ce document, il n'a pas été possible de se procurer les effectifs exacts de la population de chacun des secteurs de santé pour pouvoir calculer la densité médicale pour 100 000 habitants de chacun des secteurs de santé.

Enfin, le tableau n° 13 vient compléter les informations précédentes en proposant une approche reposant sur la présence médicale en fonction des catégories d'âges. De façon indubitable, les secteurs sanitaires les plus ruraux ou supposés tels apparaissent de plus en plus délaissés par les jeunes médecins. A ce propos, il faut souligner la véritable désaffectation dont souffre le secteur sanitaire du Bocage, secteur qui inclut notamment l'ouest du département de l'Orne.

| Secteurs | - de 30 ans | De 30 à 39 ans | De 40 à 49 ans | De 50 à 54 ans | De 55 à 59 ans | De 60 à 64 ans | 65 ans et + |
|--|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Secteur 1 Caen-Bessin Aunay Falaise | ns | 326 | 578 | 364 | 357 | 170 | 33 |
| Secteur 2 Pays d'Auge | ns | 35 | 94 | 79 | 68 | 33 | ns |
| Secteur 3 Cotentin | ns | 57 | 163 | 107 | 88 | 40 | ns |
| Secteur 4 Coutances Saint-Lô | 0 | 40 | 138 | 85 | 93 | 36 | 14 |
| Secteur 5 Avranches Granville | ns | 54 | 106 | 68 | 76 | 33 | 11 |
| Secteur 6 Bocage | 0 | 24 | 79 | 70 | 85 | 41 | ns |
| Secteur 7 Alençon Argentan Perche - Ouche | 0 | 35 | 147 | 102 | 103 | 47 | 15 |

**Tableau n° 13 : Répartition par classes d'âges des médecins exerçant en 2008
dans les secteurs sanitaires en Basse-Normandie**

Source : DRASS - Fichier ADELI

Les travaux menés par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), les ordres départementaux des médecins et l'URBAN (Union des Remplaçants de Basse-Normandie), illustrés par la carte située en page précédente, mettent plus finement encore en évidence les zones de dépression médicale.

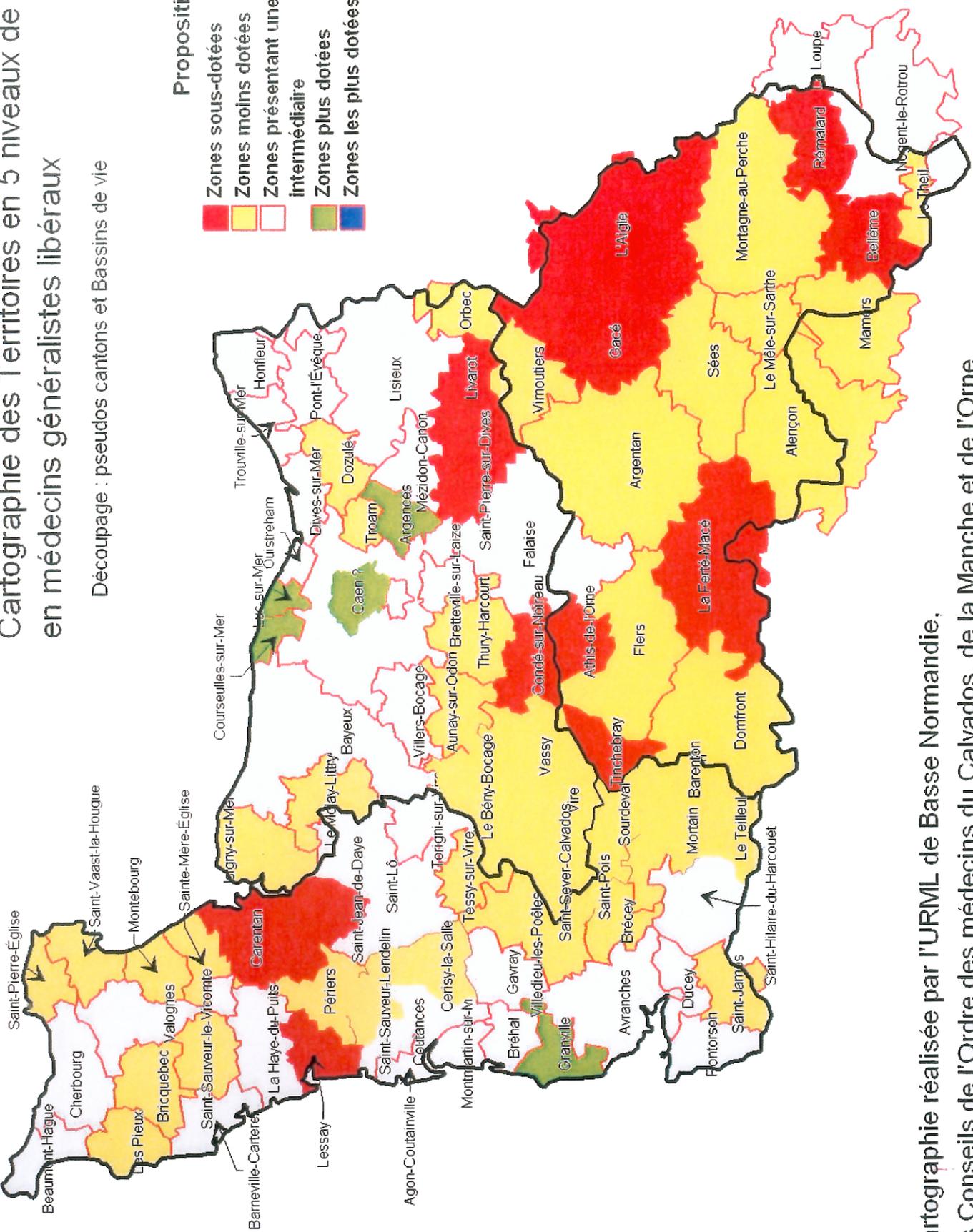
Ainsi, la quasi-totalité du département de l'Orne et un certain nombre de territoires du département de la Manche sont classés en zones sous et moins dotées. Le département du Calvados présente pour les raisons déjà avancées une situation beaucoup plus satisfaisante ; la présence d'une capitale dotée de plateaux techniques de qualité et l'existence de voies de circulation à grand débit favorisent probablement une forme de déconcentration professionnelle (mais non domiciliaire) au profit de bassins relativement éloignés mais desservis par des voies de communications (routières) à grands débits.

Néanmoins, cette cartographie n'est que le reflet d'une situation à un moment donné ; la situation de certaines zones peut très bien se dégrader rapidement sous l'effet de cessations d'activité imprévues et/ou non anticipées. Il faut à cet égard souligner le risque de départs en cascade. Ainsi, dans un secteur déjà en tension, l'arrêt d'activité d'un médecin détermine le plus souvent des reports de patientèle sur les praticiens restant, ce qui a pour effet d'entraîner pour ces derniers un phénomène de saturation - le fameux "burn out"- les incitant rapidement à quitter la zone géographique concernée.

Cartographie des Territoires en 5 niveaux de dotation en médecins généralistes libéraux

Découpage : pseudos cantons et Bassins de vie

- Proposition ciblage**
- Zones sous-dotées
 - Zones moins dotées
 - Zones présentant une offre de soins intermédiaire
 - Zones plus dotées
 - Zones les plus dotées



Cartographie réalisée par l'URML de Basse Normandie, les Conseils de l'Ordre des médecins du Calvados, de la Manche et de l'Orne, et l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie

I.5.3. Une pyramide des âges inversée

Parmi les caractéristiques structurelles de la population professionnelle des médecins, la répartition par classes d'âges est très probablement le paramètre révélant le mieux les problématiques actuelles et surtout futures de présence médicale dans les territoires. Le tableau n° 14 propose une présentation par catégories d'âge des médecins répertoriés par le fichier ADELI en Basse-Normandie au 1^{er} janvier 2008. Il convient de préciser que la ventilation des cohortes a été opérée par classes décennales jusqu'à 49 ans et ensuite par classes quinquennales dans le but de disposer d'une approche plus fine des classes d'âges qui dans les quinze prochaines années seront appelées à cesser leur activité.

On constate donc à la lecture du tableau n° 14 que les classes d'âges des 50-54 ans et des 55-59 ans sont les plus fournies et que par conséquent leur départ à la retraite dans les quinze prochaines années posera un crucial problème de présence médicale.

| | - de 30 ans | De 30 à 39 ans | De 40 à 49 ans | De 50 à 54 ans | De 55 à 59 ans | De 60 à 64 ans | 65 ans et + |
|------------------------|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Basse-Normandie | ns | 571 | 1 305 | 875 | 870 | 400 | 88 |
| Calvados | ns | 366 | 706 | 463 | 445 | 217 | 42 |
| Manche | ns | 152 | 406 | 261 | 260 | 110 | 29 |
| Orne | 0 | 53 | 193 | 151 | 165 | 73 | 17 |

**Tableau n° 14 : Répartition par classes d'âges des médecins exerçant en 2008
en Basse-Normandie**

Source : DRASS - Fichier ADELI

Par ailleurs, ce tableau met en évidence les mutations sociologiques qui affectent les jeunes classes d'âges de médecins. Leurs choix d'installation sont désormais influencés par des considérations extra-médicales telles que l'offre de formation pour leurs enfants, les potentialités d'emploi pour le conjoint, les aménités, l'offre culturelle... Ainsi, si les médecins de 60 ans et plus implantés dans le département de l'Orne représentent 18,3 % de l'ensemble des médecins bas-normands, ceux de 30 à 39 ans n'en constituent plus que 9,3 % ! Il faut signaler que ce choix négatif n'affecte pratiquement pas le département de la Manche. On peut à cet égard penser que la présence d'un littoral attractif n'est pas sans jouer un rôle en la matière.

Une autre approche différenciant généralistes et spécialistes, exprimée par le tableau n° 15, tend à montrer que les cessations d'activité chez les spécialistes seront plus considérables à moyen terme que chez les généralistes. Ce même tableau indique même que la première vague de départs en retraite sera, toutes spécialités confondues, particulièrement ressentie dans le département de l'Orne et ce d'autant plus que ce département présente d'ores et déjà des densités inférieures à la moyenne.

| | - de 40 ans | De 40 à 54 ans | 55 ans et + | Total |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Généralistes | | | | |
| Calvados | 16,3 % (171) | 54,2 % (568) | 29,5 % (309) | 100,0 % (1 048) |
| Manche | 11,1 % (73) | 57,8 % (380) | 31,1 % (205) | 100,0 % (658) |
| Orne | 8,8 % (32) | 54,0 % (196) | 37,2 % (134) | 100,0 % (362) |
| Spécialistes | | | | |
| Calvados | 16,4 % (195) | 50,4 % (600) | 33,2 % (345) | 100,0 % (1 140) |
| Manche | 10,7 % (59) | 52,3 % (287) | 37,0 % (203) | 100,0 % (549) |
| Orne | 7,8 % (22) | 49,3 % (139) | 42,9 % (121) | 100,0 % (282) |

Tableau n° 15 : Répartition par grandes catégories d'âges des généralistes et des spécialistes dans les départements bas-normands

Source : DRASS - Fichier ADELI

I.5.4. La féminisation croissante du corps médical

Au 1^{er} janvier 2008, le corps médical bas-normand était composé pour 34 % de femmes. Pour mémoire, la proportion de femmes médecins était en 2000, en Basse-Normandie, selon le fichier ADELI, de 31,6 %.

Cette évolution structurelle de la démographie connaît désormais une accélération notable. Si l'on se réfère aux données récentes publiées par l'Ordre National des Médecins, les inscriptions en 2007 étaient pour 54 % d'entre elles le fait de femmes et comme les effectifs en première année de médecine sont aujourd'hui constitués pour les 2/3 de jeunes femmes, la féminisation se révèle donc être une tendance lourde, phénomène auquel la Basse-Normandie n'échappe pas.

I.5.5. Un recours non négligeable à des médecins étrangers

L'appel à des médecins d'origine étrangère est également une réalité observée en Basse-Normandie. Selon le fichier ADELI, ils étaient début 2008 au nombre de 129 dont 88 exerçaient en milieu hospitalier. Les nationalités les plus représentées sont les suivantes : 20 belges, 10 roumains, 7 allemands, 7 espagnols... Par ailleurs, 67 d'entre eux sont des ressortissants extracommunautaires, pour beaucoup d'entre eux originaires de l'Afrique du Nord.

I.5.6. Une vision évolutive du métier de médecin

Les données statistiques ci-dessus mentionnées expriment pour la Basse-Normandie non seulement un déficit global de médecins mais surtout et d'ores et déjà des disparités de l'offre de soins dans les territoires. Ces chiffres sont à la fois la traduction abrupte d'un déséquilibre entre les sorties et les entrées dans la profession mais sont aussi l'expression d'une vision évolutive du métier de médecin se traduisant, entre autres, par une forme de désintérêt, en particulier pour l'exercice en milieu rural, surtout si le praticien est isolé.

Pour mieux comprendre les raisons de cette désaffection, les acteurs régionaux de la santé ont réalisé en 2001 une enquête sur les conditions d'exercice du métier de médecin (qu'il soit généraliste ou spécialiste) et sur les déterminants de leur installation¹⁹. Les conclusions de cette étude ont servi et servent encore de base à la mise en place d'actions concrètes pour faire face au déficit de médecins que connaît actuellement la Basse-Normandie ; en voici les principaux constats.

Cette enquête a mis en évidence que les principaux critères professionnels retenus par les médecins lors de leur installation sont bien entendu le volume d'activité potentiel, la qualité de l'environnement professionnel et technique et l'éventuelle intégration à un milieu d'exercice structuré.

Concernant l'environnement professionnel, 49 % des médecins généralistes interrogés ont mis en avant la proximité d'établissements de santé, et pour un peu plus de 40 % d'entre eux celle d'une pharmacie, des urgences et de spécialistes. Ces derniers, quant à eux, ont insisté (71 %) sur la présence d'un plateau technique.

Concernant le milieu d'exercice, l'accent a été mis chez les généralistes sur l'exercice de groupe (26 % d'entre eux), et l'existence de réseaux (8 %). Pour les spécialistes, corroborant leur exigence de plateaux techniques, ils ont privilégié la présence d'établissements de santé (35 %), l'exercice en réseau (22 %) et en groupe (16 %). On peut à cet égard être surpris par les proportions peu importantes de praticiens, généralistes ou spécialistes, se disant intéressés par la pratique en réseau ou par l'exercice de groupe. C'est la conséquence, semble-t-il, d'une exploitation de l'enquête n'ayant pas opéré de distinction selon les catégories d'âge. Selon toute évidence, les jeunes médecins sont largement favorables à ces formes d'exercice tandis que ceux proches de la retraite ont déterminé leurs réponses en fonction de la pratique professionnelle qu'ils ont connue, c'est-à-dire largement individuelle.

Les déterminants extra-professionnels ont également été enquêtés. Le cadre de vie tient une place considérable (70 % des réponses) tandis que l'exercice professionnel du conjoint est un des principaux freins à l'installation en milieu rural. L'activité du conjoint est davantage déterminante pour les 30-40 ans et pour les femmes généralistes et les spécialistes. De même, a été citée l'absence d'environnement culturel. Enfin, la question des conditions favorables de scolarité des enfants a été soulevée par 28 % d'entre eux, pourcentage minoré du fait du caractère élargi du panel de médecins interrogés.

Les difficultés d'exercice ont aussi été analysées. Elles sont plus importantes en milieu rural qu'urbain qu'il s'agisse de la formation continue (citée par 46 % des médecins exerçant en milieu rural contre 29 % pour les médecins exerçant en milieu urbain), des remplacements (68 % contre 44 %), des gardes (40 % contre 25 %) ou de l'activité trop lourde (36 % contre 26 %). Pour les médecins ayant un exercice libéral, les deux difficultés principales demeurent la question du remplacement et ensuite celle de la surcharge d'activité. Les médecins salariés mettent en avant l'activité trop lourde et la sujétion des gardes. Il faut à ce propos rappeler que cette enquête a été réalisée à une période où les problèmes de permanence des soins n'avaient pas été encore résolus.

¹⁹ L'analyse statistique a été effectuée par l'URML, l'URCAM et l'Observatoire Régional de la Santé à partir du dépouillement de plus de 1 650 questionnaires.

Enfin, l'enquête a porté sur les souhaits des médecins. Pour ce qui concerne les 30-40 ans et les 40-50 ans, l'aménagement du temps de travail (entre 35 et 40 % d'entre eux) et de meilleures relations avec l'administration (entre 16 % et 22 %) l'emportent notamment sur l'intérêt manifesté pour un exercice groupé. La préoccupation des relations améliorées avec l'administration correspond notamment à un souci de simplification et donc de gain de temps réalisé au profit in fine de l'exercice médical à proprement parler.

D'autres enquêtes ont été menées depuis. Leurs conclusions n'ont que peu évolué dans l'absolu. Il semble toutefois que le refus d'une pratique isolée, quel que soit le lieu où elle s'exerce, ait encore progressé. En ce sens, l'installation au sein d'une structure collective offrant des avantages opérationnels pourrait compenser les réticences relatives au lieu d'implantation.

I.5.7. Une vague attendue de départs à la retraite

Le maintien d'une présence médicale suffisante en Basse-Normandie à moyen et à long termes constitue non seulement une préoccupation mais aussi un défi qu'il semble difficile de pouvoir relever, du moins en l'état actuel des choses. Il apparaît en effet que la composition déséquilibrée des classes d'âges des médecins exerçant aujourd'hui en région conduit progressivement et durablement à un nombre de départs à la retraite en augmentation. Malheureusement, ces départs ne seront pas compensés par les promotions de médecins à venir, affectées à la fois par les effets de *numerus clausus* antérieurs par trop restreints, par des installations de plus en plus tardives, par un attrait déclinant pour la médecine générale et par le choix d'un mode de travail moins intensif.

L'ampleur de ces départs à la retraite non compensés sera telle que le problème posé prendra, en certains territoires, un caractère dramatique et mettra en question non seulement l'attractivité des zones concernées mais aussi et surtout la qualité de vie et la sécurité sanitaire des habitants qui y demeureront.

Plusieurs tableaux vont donner corps à ces prévisions plus que préoccupantes. Toutefois, ces données ne doivent pas être prises comme autant de certitudes. Une organisation améliorée de l'offre de soins de première intention, une attractivité accrue, une formation régionale des médecins optimisée peuvent avoir pour effet d'en limiter les conséquences déstructurantes. En outre, les progrès de la médecine de concert avec une intensification des actions de prévention peuvent faire en sorte qu'il sera dans 10 à 20 ans possible de répondre aux besoins de santé de la population avec un nombre de médecins moindre qu'aujourd'hui.

En s'inspirant du tableau n° 15 qui a opéré précédemment une présentation globale de la répartition par catégories d'âges quinquennales des médecins (spécialistes et généralistes confondus) exerçant actuellement en Basse-Normandie, il est possible de procéder à des projections des cessations d'activité à venir. De la sorte, les tableaux n^{os} 16 et 17 proposent un aperçu des flux de départs en retraite pouvant probablement intervenir dans les quinze prochaines années en Basse-Normandie, ainsi que dans les trois départements et dans les sept secteurs sanitaires que compte la région.

Pour effectuer ces projections, les données tirées du fichier ADELI ont été retenues. Sur la base du recensement des médecins au 1^{er} janvier 2008 et sur

l'hypothèse d'un âge de départ en retraite de 65 ans, ce qui correspond par ailleurs à la réalité actuelle, l'ampleur numérique des vagues successives de cessations d'activité a été estimée. De la sorte, les médecins qui ont actuellement entre 60 et 65 ans (y compris ceux qui ont plus de 65 ans) sont censés avoir cessé leur activité d'ici l'année 2013 (2008 + 5 ans). Ceux ayant aujourd'hui entre 55 et 59 ans devront avoir pris leur retraite d'ici 2018 et ainsi de suite.

| | Départs d'ici 2013 de médecins aujourd'hui âgés de 60 ans et + | Départs d'ici 2018 de médecins aujourd'hui âgés de 55 ans et + | Départs d'ici 2023 de médecins aujourd'hui âgés de 50 ans et + | Proportion de partants d'ici 2023 par rapport aux effectifs actuels |
|------------------------|---|---|---|--|
| Basse-Normandie | 488 | 1 358 (488 + 870) | 2 233 (488 + 870 + 875) | 54,2 % |
| Calvados | 259 | 704 (259 + 445) | 1 167 (259 + 445 + 463) | 51,9 % |
| Manche | 139 | 399 (139 + 260) | 660 (139 + 260 + 261) | 54,1 % |
| Orne | 90 | 255 (90 + 165) | 406 (90 + 165 + 151) | 62,2 % |

Tableau n° 16 : Rythme prévisible d'ici 2023 de cessation d'activité chez les médecins exerçant en Basse-Normandie en 2008

Source : DRASS - Fichier ADELI

Ainsi, les médecins ayant actuellement 50 ans et plus seront considérés comme n'exerçant plus, selon les formulations précédentes, d'ici 15 ans, c'est-à-dire d'ici 2023. Il semble inutile d'aller plus loin dans les projections, les possibilités de modification de l'environnement réglementaire, organisationnel et sociétal et donc d'erreurs croissant avec l'éloignement temporel.

Comme l'indique le tableau n° 16 situé ci-dessus, d'ici 2013, 488 médecins (spécialistes et généralistes confondus) auront cessé leur activité en Basse-Normandie, soit environ 12 % du nombre actuel de praticiens.

En 2018, ils seront 1 357 (488+869) à avoir pris leur retraite. On observe donc entre 2013 et 2018 une accélération notable du nombre probable de cessations d'activité imputable au "doctor boom" des années 1975/1985. Cet ensemble de départs représente 33 % des effectifs actuels de médecins.

En 2023, ils seront en départs cumulés 2 233 (488 + 869 + 875) à avoir probablement cessé leur activité, soit 54 % des effectifs actuels.

Le tableau n° 17 détaille par secteurs de santé les probabilités de départs à la retraite d'ici 2023. Au-delà des ordres de grandeur, c'est surtout la proportion de cessations d'activité par rapports aux effectifs actuels qui doit être prise en considération. Pour tous les secteurs de santé, la moitié ou plus de la moitié des effectifs actuels seront partis en retraite d'ici 2023. On observera, encore une fois, la situation probablement délicate dans laquelle se trouvera le département de l'Orne si rien n'est fait pour compenser les départs tels qu'ils apparaissent dans cette simulation.

De surcroît, il faut insister sur le fait que dans la plupart des secteurs médicaux, à l'exception notable de Caen et de sa périphérie, les départs seront majoritairement constitués de généralistes et que c'est donc l'offre de soins de premier recours qui sera la plus menacée.

| | Départs d'ici 2013 de médecins aujourd'hui âgés de 60 ans et + | Départs d'ici 2018 de médecins aujourd'hui âgés de 55 ans et + | Départs d'ici 2023 de médecins aujourd'hui âgés de 50 ans et + | Proportion de partants par rapport aux effectifs actuels |
|--|---|---|---|---|
| Secteur 1 Caen-Bessin Aunay Falaise | 203 | 560 (203 + 357) | 924 (203 + 357 + 364) | 50,3 % |
| Secteur 2 Pays d'Auge | 33 | 101 (33 + 68) | 180 (33 + 68 + 79) | 56,6 % |
| Secteur 3 Cotentin | 40 | 128 (40 + 88) | 235 (40 + 88 + 107) | 51,3 % |
| Secteur 4 Coutances Saint-Lô | 50 | 143 (50 + 93) | 225 (50 + 93 + 85) | 55,4 % |
| Secteur 5 Avranches Granville | 44 | 120 (44 + 76) | 188 (44 + 76 + 68) | 54,0 % |
| Secteur 6 Bocage | 41 | 126 (41 + 85) | 196 (41 + 85 + 70) | 64,5 % |
| Secteur 7 Alençon Argentan Perche - Ouche | 62 | 165 (62 + 103) | 267 (62 + 103 + 102) | 59,5 % |
| Total Basse-Normandie | 488 | 1 358 | 2 233 | 54,2 % |

Tableau n° 17 : Rythme prévisible d'ici 2023 de cessation d'activité chez les médecins exerçant dans les secteurs sanitaires en Basse-Normandie en 2008

Source : DRASS - Fichier ADEL

Ainsi, dans les quinze prochaines années, il faudrait, toutes choses égales par ailleurs, installer plus de 2 200 médecins pour conserver en théorie une présence médicale inchangée en Basse-Normandie, ce qui compte tenu des promotions actuelles et à venir de médecins nouvellement formés est matériellement impossible, le caractère inertiel du numerus clausus ne le permettant pas. Il paraît également irréaliste de compter sur des recrutements extérieurs de médecins français ou étrangers en nombre tel qu'ils compenseraient tout ou partie des déficits de praticiens.

Il faut donc imaginer et/ou mettre en place des mesures et des dispositifs novateurs en termes d'installation et d'organisation de l'offre de soins. Tant l'Etat que les collectivités territoriales et les organisations professionnelles doivent s'y attacher, faute de quoi les conséquences en termes d'aménagement du territoire seront particulièrement dommageables :

- moindre offre de soins en réponse aux besoins de la population ;
- risque accru de départs de médecins par effet "domino", chaque nouveau départ se traduisant par une surcharge de travail pour ceux en place les incitant à leur tour à s'installer ailleurs ;
- perte de substance et de qualité de vie pour une grande partie des territoires ;
- déficit d'attractivité au plan économique ;
- risque de modification, sous la contrainte, d'acquis législatifs comme la liberté d'installation.

II. MAINTENIR UNE PRESENCE SATISFAISANTE DE MEDECINS DANS LES TERRITOIRES : UNE PROBLEMATIQUE COMPLEXE

Comme cela a été précisé précédemment, les perspectives à 15 ans, malgré les effets programmés d'un numerus clausus revu à la hausse, restent préoccupantes en raison, d'une part, d'un départ accru de médecins par rapport à aujourd'hui, et d'autre part, en raison de l'incertitude quant aux choix de carrière et de localisation qui seront opérés par les futurs médecins d'ici 2025.

Avant d'examiner l'ensemble de ces facteurs d'incertitudes, il faut rappeler à grands traits qu'elles sont les raisons qui ont généré la situation actuelle.

II.1. LES RAISONS MAJEURES D'UN DEFICIT CROISSANT DE MEDECINS

La diminution nationale du nombre de médecins constitue un phénomène qui s'amorce. Elle est déjà ressentie dans certaines régions d'une manière globale ; elle l'est de façon accrue dans certains territoires ruraux ou dans des zones urbaines en difficultés.

Les raisons de cette situation et de son évolution attendue sont pour la plupart connues. Parmi elles, il faut citer les effets mécaniques d'une limitation antérieure du numerus clausus, un système de formation hospitalo-universitaire favorable aux carrières hospitalières et/ou de spécialistes ou d'hyper-spécialistes, une offre de spécialités très large, la notoriété déclinante du métier de généraliste, certains dysfonctionnements imputables aux systèmes des Epreuves Classantes Nationales (ECN), la réorganisation hospitalière, des évolutions sociétales favorisant des approches moins astreignantes, et légitimes, du métier de généraliste... L'essentiel de ces paramètres affecte essentiellement l'exercice de la médecine de premier recours.

II.1.1. Des raisons administratives et réglementaires

Sous ce titre, plusieurs raisons majeures peuvent être évoquées : le principe de liberté d'installation, le dimensionnement antérieur du numerus clausus, les effets du Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA) et les conditions de mise en œuvre des Epreuves Classantes Nationales (ECN).

Le principe de liberté d'installation complique la régulation de la répartition territoriale des médecins. En effet, les développements précédents l'ont amplement rappelé, les disparités en matière de présence médicale au sein des territoires sont réelles et vont certainement s'aggraver, toutes choses égales par ailleurs, dans les années à venir. Or, les médecins libéraux ont la faculté de choisir leur lieu d'exercice sans être soumis à des obligations d'ordres réglementaires qui viendraient sinon limiter

du moins encadrer leur liberté d'installation. Ils demeurent profondément attachés au maintien de ce principe qui constitue l'un des (derniers) fondements de l'exercice libéral.

Pourtant l'application du principe de liberté d'installation défavorise les zones les moins attractives en fonction de déterminants variés, certains relevant de motifs sociétaux, d'autres professionnels : climat, présence ou proximité du littoral -l'héliotropisme azuréen constituant un exact condensé de ces deux paramètres-, capacités de scolarisation des enfants, possibilités de carrière du conjoint, offre culturelle, faculté de travailler en groupe ou en réseau, proximité d'un plateau technique... Les dispositifs, pour la plupart financiers, mis en place pour compenser l'absence ou l'insuffisance d'un ou de plusieurs de ces paramètres peinent à donner des résultats probants.

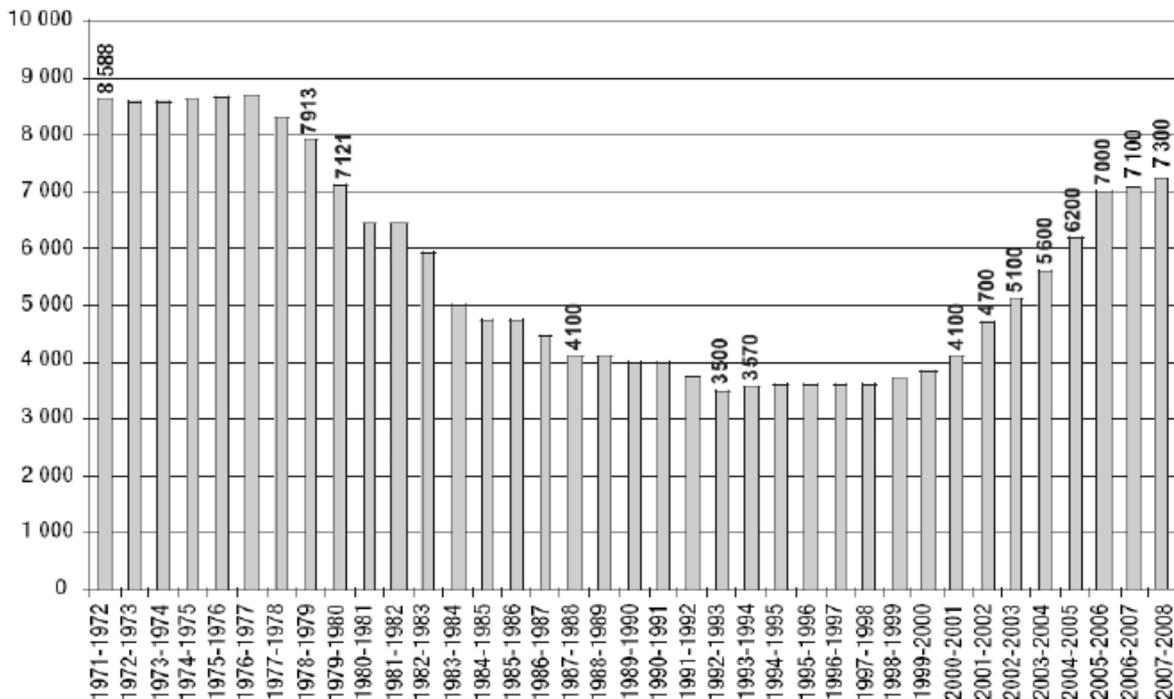
Sujet naguère tabou, la liberté d'installation fait désormais l'objet de débats au grand jour (cf. projet de loi relatif à la réforme de la Sécurité Sociale, loi Patient Hôpital, Santé et Territoire...). Même si le Conseil National de l'Ordre des Médecins a récemment encore réaffirmé son attachement indéfectible à ce principe, il n'en demeure pas moins que des pistes de réflexion sont ouvertes et nourrissent le débat d'idées :

- limitation de la liberté d'installation via l'instauration d'autorisations administratives ;
- obligation d'installation temporaire et transitoire avant l'installation définitive, sorte de service national sanitaire et civique ;
- facilitation des reprises de cabinets dans les zones déficitaires...

La remise en cause de cette liberté, à laquelle une grande partie du corps médical reste attachée, ne semble pas être à l'ordre du jour même si selon certains analystes *"ce ne sont pas les projets de réforme qui menacent la libre installation des médecins mais bien les médecins eux-mêmes en allant s'installer là où les besoins de santé sont déjà pourvus !"*

L'institution en 1971 d'un numerus clausus pour les études médicales a longtemps constitué le principal outil de modulation employé par les pouvoirs publics pour agir sur le niveau de l'offre de soins. Or ce dispositif n'a pas toujours été géré de façon clairvoyante. Partant d'un niveau supérieur à 8 000 places dans les années 1970, le numerus clausus a significativement été restreint entre 1979 et 1998 avec des baisses notables entre 1979 et 1981, puis entre 1983 et 1985 pour atteindre son point bas en 1994 avec 3 570 places ouvertes en deuxième année de médecine.

Il n'a été significativement accru qu'à partir de 2000-2001 passant ainsi à 4 100 pour connaître ensuite des augmentations régulières et significatives pour atteindre 7 300 places en 2007-2008 et plafonner ultérieurement à environ 8 000 places. Ainsi, le nombre de médecins entrant en activité, à peu près égal au numerus clausus avec un décalage d'une douzaine d'années, est actuellement à un niveau particulièrement bas. Les effets du relèvement progressif du numerus clausus ne se feront pas significativement sentir avant une dizaine d'années, et d'autant plus modérément que les jeunes médecins s'installent de plus en plus tardivement, semblant préférer faire des remplacements ou des vacations salariées prolongées avant d'ouvrir ou d'intégrer un cabinet médical. A ce propos, il apparaît qu'actuellement l'âge moyen d'installation s'établit à 38 ans.



Evolution du numerus clausus des études médicales

Source : ONDPS, rapport 2006-2007, tome 2

Néanmoins, il serait inexact de ne faire peser que sur l'administration la responsabilité du maintien à un niveau particulièrement bas du nombre de places ouvertes en deuxième année de médecine. Il faut à cet égard souligner que la profession médicale, témoignant en la matière d'un certain malthusianisme, ne s'est pas vigoureusement opposée à cette gestion avaricieuse du numerus clausus.

Le Mécanisme d'Incitation à la Cessation anticipée d'Activité (MICA), mis en œuvre entre 1988 et 2003 (jusqu'au 1^{er} octobre), encourageait les départs en préretraite des médecins dès l'âge de 57 ans. Ce mécanisme a favorisé le départ anticipé de 10 633 praticiens, accélérant de ce fait la situation de déshérence médicale dont souffrent certains territoires. On peut à cet égard s'interroger sur la cohérence des politiques publiques de santé. Alors qu'un desserrement du numerus clausus était mis en œuvre dès 1999, le dispositif facilitant le départ anticipé des médecins était conservé jusqu'en 2003...

En supprimant le concours d'internat et en instituant les Epreuves Classantes Nationales (ECN), la loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale a mis en place un nouveau dispositif d'orientation des étudiants de médecine pour l'accomplissement du 3^{ème} cycle d'études médicales.

Censé "redonner sa place à la médecine générale"²⁰, ce nouveau mode de répartition des postes d'internat (un rang de classement est attribué à chaque candidat et c'est dans cet ordre que chacun choisit à son tour une affectation c'est-à-dire un lieu de formation, et une formation) ne permet cependant pas de maîtriser efficacement l'effectif d'internes en médecine générale ni d'optimiser leur répartition géographique car un nombre important de postes demeure non pourvus. Il faut cependant reconnaître à ce dispositif le mérite d'avoir instauré un programme national des études médicales.

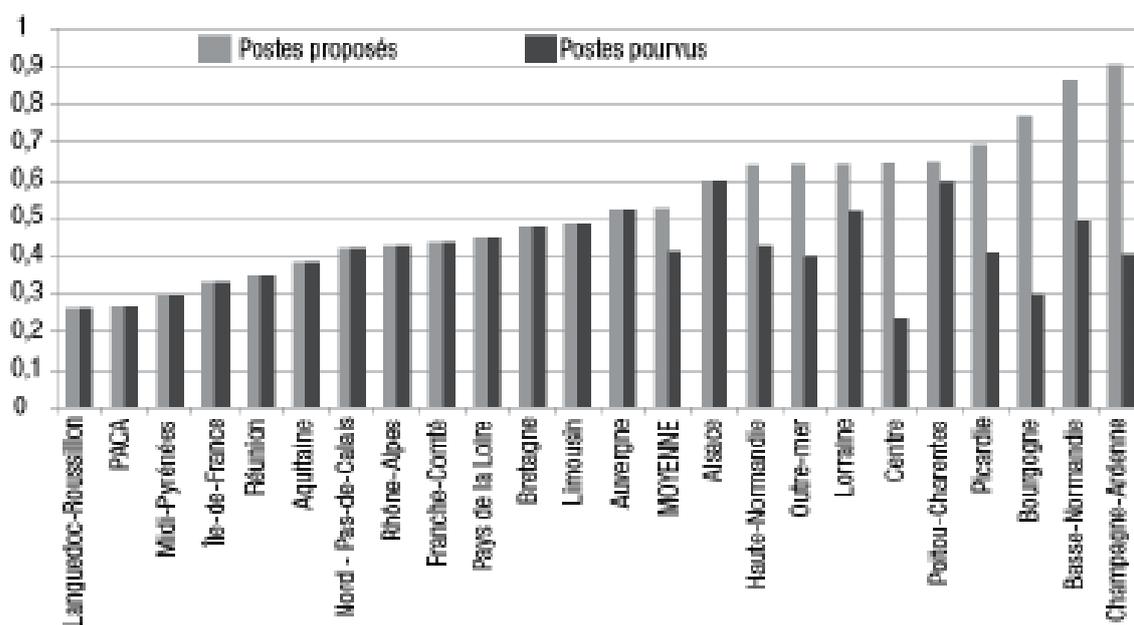
²⁰ Cf. exposé des motifs de l'article 17 du projet de loi de modernisation sociale.

La consultation des statistiques relatives à la répartition des postes consécutivement aux ECN démontre sur 4 exercices (de 2004 à 2007) que l'adéquation postes ouverts/postes pourvus a été quasiment atteinte dans l'ensemble des disciplines hormis en médecine générale, cette dernière spécialité ayant été caractérisée par 609 postes non pourvus en 2004, 981 en 2005, 323 en 2006 et 452 en 2007. On peut considérer qu'en cinq années, c'est l'effectif d'une promotion entière de généralistes qui n'aura pas été pourvu.

Souffrant d'un déficit de notoriété avéré, la médecine générale est "tangentée" par les étudiants qui, pour éviter cette spécialité, ne valident pas leur deuxième cycle (8,6 % d'entre eux en 2007), démissionnent (0,6 %), ou s'abstiennent de formuler un choix de poste (0,5 %). Ils optent pour le redoublement afin de se donner plus de chances d'accéder à une spécialité et/ou une destination géographique à leur convenance.

Il résulte de ces comportements un écart important entre le nombre de postes d'internat de médecine générale ouverts et le nombre d'internes effectivement formés (15,7 % en 2007 soit 2 414 pourvus sur 2 866 postes d'internat proposés).

Non seulement les objectifs quantitatifs d'internes formés ne sont pas atteints mais leur répartition s'opère-t-elle au détriment des régions les moins bien pourvues en offre de soins, accentuant ainsi leurs difficultés à répondre à leurs besoins sanitaires. Pourtant le calcul des postes d'internat en médecine générale, déterminé selon une forme de discrimination positive, est censé favoriser les régions à densité médicale faible.



Nombre de postes d'internes de médecine générale pour 10 000 habitants après l'ECN 2007

Source : ONDPS, rapport 2006-2007

Ainsi, comme le montre le schéma n° 2, les régions médicalement défavorisées disposent a priori de quotas d'internes en médecine générale pour 10 000 habitants plus élevés. Nonobstant ce traitement favorable, leur déficit d'attractivité, en quelque sorte de notoriété, les conduit à connaître un nombre de postes d'internes non pourvus considérable.

II.1.2. Les effets collatéraux de la réorganisation hospitalière

Mise en œuvre depuis un certain nombre d'années, la restructuration hospitalière, aussi nécessaire qu'elle puisse être (sécurisation du travail des professionnels de santé et des patients, optimisation de l'utilisation de ressources rares et de matériels coûteux...), a eu parfois pour effet indésirable de déstabiliser l'ensemble de l'offre de soins sur certains territoires. S'il n'a pas produit d'effet sur la diminution globale du nombre de médecins, ce remodelage de l'offre hospitalière a pu, par endroit, aggraver un déficit latent d'attractivité.

Il apparaît en effet que pour s'implanter et demeurer dans un territoire, les médecins libéraux ont besoin de la proximité d'un hôpital qui sécurise leur travail. En outre, faute d'établissement hospitalier, l'éloignement concomitant des services d'urgence amène les libéraux à participer à la prise en charge des urgences vitales, ce qui fait peser sur eux une charge de travail considérée, à tort ou à raison, par les jeunes médecins comme dissuasive, sans même évoquer ici les risques de judiciarisation.

On ne peut donc considérer comme nuls les effets de la réorganisation hospitalière sur la présence médicale de premier recours.

II.1.3. Des motifs tenant aux mécanismes de formation

La formation des futurs médecins en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) présente l'avantage de se dérouler dans un cadre où la concentration des compétences est élevée. En revanche, elle offre l'inconvénient de ne faire connaître aux étudiants qu'un mode d'exercice spécialisé, marqué par une grande technicité mais relativement éloigné de l'exercice de terrain que constitue la médecine générale de premier recours.

Pour contrebalancer ce désavantage, ont été institués dès le deuxième cycle d'études médicales des stages d'initiation à la médecine générale. Cette initiative récente se heurte toutefois à une mise en œuvre quelque peu délicate : insuffisance des offres de stage, conditions d'accueil inadaptées, problèmes de financement de la formation des maîtres de stages... Il faut signaler que durant le troisième cycle d'études, un stage semestriel obligatoire chez un praticien est organisé (SUMGA et SASPAS)²¹. Il convient à cet égard de souligner que l'augmentation du *numerus clausus* va aggraver les tensions en matière de disponibilités de lieux et de maîtres de stages.

En outre, la filière universitaire de médecine générale est restée trop longtemps peu structurée. Ce n'est que depuis la loi du 8 février 2008 que les enseignements de médecine générale permettent d'accéder au grade de professeur des universités titulaires²². Jusqu'alors, ils ne bénéficiaient que d'un statut de contractuel exerçant à mi-temps et rémunéré au mieux deux fois moins que les professeurs titulaires²³.

²¹ Il s'agit de l'organisation de stages dans un Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire (SUMGA), autrement dit dans une structure de soins de médecine générale reconnue par la faculté comme un terrain de stage à caractère universitaire, un cabinet de groupe par exemple. Ce stage, d'une durée de 6 mois entre le 3^{ème} et le 5^{ème} semestre, doit aboutir, in fine, à un stage autonome en soins primaires supervisés (SASPAS), situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins.

²² PUPH : Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers.

²³ Au motif, certes exact, qu'ils n'exerçaient pas d'activité hospitalière et qu'ils menaient de concert à leur enseignement une activité libérale.

Il n'y avait en 2007 que 131 postes d'enseignants de médecine générale alors que l'on comptait 5 600 professeurs d'universités toutes spécialités médicales confondues. Néanmoins, la médecine générale constitue la seule branche de la faculté qui a connu depuis 2007 des ouvertures de postes avec dix enseignants et vingt chefs de clinique supplémentaires.

A ces différentes raisons, il faut ajouter l'existence d'un choix pléthorique d'orientations professionnelles à l'issue de l'examen classant national qui fait que l'attrait pour la médecine générale s'en trouve ainsi dilué. De ce fait, l'entrée en 3^{ème} cycle d'études médicales offre la possibilité de choisir entre 28 disciplines et spécialités médicales autres que la médecine générale :

- Anatomie et cytologie pathologiques (5)²⁴ - Dermatologie-vénérologie (4) - Endocrinologie et métabolisme (4) - Gastro-entérologie et hépatologie (4) - Génétique médicale - clinique, chromosomique et moléculaire (4) - Hématologie (5) - Médecine interne (5) - Médecine nucléaire (4) - Néphrologie (4) - Neurologie (4) - Oncologie (5) - Cardiologie et maladies cardio-vasculaires (4) - Pneumologie (4) - Radiodiagnostic et imagerie médicale (5) - Médecine physique et réadaptation (4) - Rhumatologie (4) ;
- Anesthésie - Réanimation (5) ;
- Pédiatrie (4) ;
- Médecine du travail (4) ;
- Santé publique et Médecine sociale (4) ;
- Spécialités chirurgicales : Chirurgie générale (5) - Neurochirurgie (5) - Ophtalmologie (5) - ORL et Chirurgie cervico-faciale (5) - Stomatologie (4) ;
- Gynécologie - Obstétrique (5) ;
- Biologie médicale (4) ;
- Psychiatrie (4).

En outre, selon des évaluations nationales, près de 40 % des généralistes libéraux n'exercent pas la médecine générale de premier recours car titulaires d'une compétence leur autorisant soit un exercice spécialisé (gynécologie médicale, allergologie, médecines légales...), soit un Mode d'Exercice Particulier -MEP- (acupuncture, homéopathie...).

Il existe en effet un foisonnement de formations ou de qualifications accessibles après l'internat de médecine générale :

- internat à titre européen ;
- concours de médecine du travail, de médecine scolaire ;
- des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) en gériatrie, médecine d'urgence, nutrition, douleurs et soins palliatifs ;
- les capacités (au nombre de 14) accessibles aux généralistes ayant soutenu leur thèse (toxicomanie, alcoologie, médecine pénitentiaire, gérontologie...) ;
- les Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaires (DIU) en mésothérapie, ostéopathie, acupuncture, tabacologie, sexologie...

²⁴ Entre parenthèses figure le nombre d'années d'études nécessaires à l'obtention de la qualification correspondante.

La conséquence de cet ensemble de facteurs est que le nombre de médecins généralistes de premier recours n'a augmenté que de 0,1 % en 10 ans alors que le nombre d'omnipraticiens a, lui, crû de 6,9 %. Il est estimé par ailleurs que le nombre de médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (MEP) connaît une hausse d'environ 10 % par an. Pour corroborer ces affirmations, il suffit de savoir qu'en 2008, sur 70 inscriptions auprès du Conseil de l'Ordre du département du Calvados, seules 8 ont concerné la profession de généraliste.

II.1.4. L'exercice du métier de médecin généraliste objet d'une véritable révolution culturelle

Comme cela transparait dans les développements précédents, la médecine générale est l'une des spécialités qui souffre le plus d'un tarissement des vocations ou tout du moins d'une désaffection prononcée.

D'une manière générale, on peut rappeler qu'il s'agit d'une discipline médicale affectée d'une méconnaissance induite par l'orientation actuelle du cursus universitaire, que les conditions d'exercice de la profession sont empreintes d'une pénibilité certaine en raison de la lourdeur des horaires, et qu'enfin, une sorte d'absence de perspectives de carrière incite les généralistes à opter pour d'autres formes d'exercice. Pour ces raisons majeures, l'attrait manifesté par les internes et les jeunes médecins pour la médecine générale de premier recours devient de plus en plus relatif. Pour corroborer ce propos, il n'est que de citer les conclusions d'une étude réalisée en 2004 par le Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, selon laquelle la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas 18 ans pour un généraliste sur 5.

Ces facteurs de dépréciation font que la médecine générale de premier recours ne jouit plus du prestige qui était jadis le sien auprès des étudiants en cours de formation.

De surcroît, ces derniers ont désormais une vision de l'exercice du métier médical qui diffère nettement de celle de leurs aînés. En cela, il n'est pas interdit de considérer que le métier de médecin est caractérisé par une véritable révolution culturelle. Si l'on en croit les termes d'une étude commandée en 2006 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les jeunes praticiens voient dans le généraliste libéral exerçant en cabinet individuel en zone rurale une "référence identitaire forte" dont ils entendent désormais s'écarter. Leurs aspirations correspondent à un mode d'exercice plus collectif et plus compatible avec leur épanouissement personnel. En clair, ils ne veulent plus d'une charge de travail telle qu'elle exclut tous les autres temps sociaux. La disponibilité permanente aux besoins du patient est même considérée comme contrariant "une bonne réalisation du travail" car elle peut engendrer une fatigue excessive pouvant "conduire à des accidents et à des fautes professionnelles pouvant aller jusqu'au procès".

Les conditions d'exercice du métier doivent également s'inscrire dans un environnement plus favorable à la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique complet. L'exercice individuel est donc proscrit pour la plupart des nouveaux et futurs médecins.

Les jeunes professionnels aspirent également à une carrière qui ne les enferme pas dans un seul et unique mode d'exercice mais leur autorise des réorientations ou la possibilité de cumuler plusieurs activités et différents statuts. Cette évolution est déjà

statistiquement observable puisque, comme déjà indiqué, de l'ordre de 40 % des généralistes sont titulaires d'une compétence au titre de laquelle ils ont un exercice spécialisé quand ils ne déclarent pas un Mode d'Exercice Particulier (MEP), c'est-à-dire une pratique qui les éloigne de la médecine de premier recours. Il apparaît même que l'acquisition de cette qualification intervient de plus en plus tôt dans la carrière d'un médecin.

Il faut également évoquer l'attraction croissante pour le salariat et surtout la féminisation croissante des métiers médicaux et en particulier de celui de médecin. Cette dernière évolution est particulièrement importante au plan de ses conséquences pour l'avenir. D'ores et déjà, plus de 40 % des médecins sont des femmes. Cette proportion est par ailleurs d'autant plus élevée que les classes d'âge considérées sont jeunes. Ainsi, les femmes médecins représentent aujourd'hui 55 % des effectifs totaux de praticiens de moins de 40 ans. Depuis 4 ans, plus de la moitié des internes sont de sexe féminin et deux étudiants sur trois inscrits en première année de médecine sont des femmes. Interrogées sur leurs visions de l'exercice de la médecine, elles disent préférer le salariat ou l'exercice mixte, puis l'exercice de groupe, notamment en milieu périurbain et, enfin, elles disent privilégier le temps partiel²⁵.

Cet intérêt indéniable pour le temps partiel a pour effet, entre autres, de générer, selon la plupart des études, une durée d'exercice hebdomadaire des femmes médecins inférieure de 10 heures à celle de leurs collègues masculins. Toutefois, cette évaluation de la durée de travail médical chez les femmes fait l'objet de divergences. Ainsi, selon d'autres travaux²⁶ fondés sur des analyses macroéconomiques, toutes choses égales par ailleurs, les femmes médecins travailleraient environ 6 heures de moins par semaine que les hommes.

Quoiqu'il en soit, ce facteur devra être pris en compte et influera sur l'intensité de la réponse médicale apportée aux besoins sanitaires de la population.

II.2. UN ENSEMBLE DE PERSPECTIVES A PRENDRE EN COMPTE

Si les projections quantitatives opérées par les différents acteurs de la santé publique (ministère de la santé, ordre national des médecins, assurance maladie...) se rejoignent sur la certitude de difficultés à venir pour couvrir de façon satisfaisante le territoire en offre et en moyens de santé, il est également intéressant de prendre en compte un certain nombre de variables susceptibles d'influencer favorablement ou défavorablement ce postulat. Certaines d'entre elles sont de nature spécifiquement médicales, d'autres sont d'ordre plus général.

Il en va ainsi des progrès de la médecine et par exemple de l'impact que pourrait avoir la diffusion de la télémédecine. Quoiqu'il en soit, les techniques médicales vont continuer à progresser et vont façonner indéniablement tant les pratiques que l'accès à la médecine.

Les modes d'exercice vers lesquels opteront préférentiellement les praticiens sont une autre variable incluant notamment des interrogations sur leur future localisation et

²⁵ A l'heure actuelle, 25 % des femmes médecins exercent à temps partiel contre 2 % des hommes.

²⁶ Niel et Vilaine - "Le temps de travail du médecin, l'impact des évolutions sociodémographiques" - DREES n° 114 - 2001.

sur le volume du temps hebdomadaire d'exercice. L'ampleur de la féminisation du corps médical constitue également un autre facteur d'incertitude. De même, une évolution éventuelle de la répartition des compétences entre médecins et personnels paramédicaux et médico-sociaux pourrait contribuer à optimiser le temps médical consacré aux patients et limiter quelque peu la pénurie escomptée.

D'une façon plus générale, l'augmentation de la population accompagnée d'un vieillissement notable d'une partie de celle-ci ainsi que des exigences accrues en termes de demande de soins vont très certainement peser sur l'offre de soins disponible.

Mais la principale interrogation demeure celle relative à la capacité financière de la collectivité nationale à poursuivre son effort en faveur du maintien d'un système de soins performant et ouvert au plus grand nombre. Il s'agit en effet d'une question particulièrement délicate dans la mesure où les finances publiques apparaissent progressivement fragilisées. En outre, il est impossible de considérer que tel ou tel progrès, que telle ou telle évolution sont une fois pour toutes facteurs d'accroissement des dépenses ou au contraire sources d'économies.

II.2.1. Quelles possibles évolutions pour la médecine d'ici 15 ans ?

Quotidiennement la médecine réalise des progrès. Insensibles ou fulgurants, ils affectent l'ensemble des spécialités médicales. Ainsi, et de façon inéluctable, la médecine de 2020 ne sera pas celle aujourd'hui exercée.

Ces améliorations concernent, seules ou en synergie, le passage à l'ère numérique, le décryptage complet du génome, la thérapie génique, l'usage de cellules souches, la mise au point et l'usage de techniques opératoires de moins en moins invasives, des techniques de dépistage précoce, la mise en place d'équipements nouveaux... La médecine et les techniques associées connaissent donc des progrès considérables que rien ne semble a priori devoir freiner.

Par ailleurs, il apparaît que le profil des métiers médicaux évolue et qu'ainsi les contenus des interventions des différents professionnels se modifient. A titre d'exemple, on constate de plus en plus que l'endoscopie traditionnelle des gastro-entérologues rejoint certains actes de chirurgie viscérale, que les cardiologues et les neuro-radiologues partagent le secteur de la cardiologie interventionnelle avec les chirurgiens cardiaques ou vasculaires et qu'enfin l'ophtalmologie au plan chirurgical se sectorise alors que la réfraction et la surveillance de la vision reviennent aux orthoptistes²⁷.

Toutes ces évolutions ont cependant des corollaires qui peu à peu vont façonner les techniques et savoirs médicaux et leur organisation.

Tout d'abord, ces progrès vont générer une médecine de plus en plus spécialisée, impliquant non seulement des sectorisations au sein des spécialités mais aussi des interrelations entre domaines médicaux, voire des absorptions d'une spécialité par une autre. Autrement dit, l'édification ou le renforcement des réseaux semble inéluctable.

Par ailleurs, l'usage et l'impact grandissant de la télémédecine détermineront une médecine à distance avec un ou des médecins qui consulteront, diagnostiqueront et

²⁷ Voir à ce sujet les pages 35 à 37 du rapport 2006-2007 de l'ONDPS ainsi que le rapport d'étape de janvier 2007 de la Haute Autorité de Santé intitulé "Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé".

soigneront grâce aux moyens de télécommunication dotés de liaisons à grands débits. En ce sens, la télémédecine, dans sa forme la plus aboutie, peut abolir les distances et apporter en tout point du territoire à la fois une expertise et des moyens de soins de plus en plus élaborés, évolution qui pourrait contribuer à limiter en partie les effets négatifs d'une densité médicale déclinante.

Ces deux formes d'évolution, en l'occurrence la spécialisation grandissante et la télémédecine, sont toutefois indissociables de la création ou du renforcement de plateaux techniques toujours mieux équipés, favorisant de ce fait une tendance déjà observée à un exercice médical hospitalier concentré. Bien entendu, la télémédecine ne sonne pas le glas d'une médecine libérale, individuelle ou regroupée (cabinets communs, maisons de santé, pôles de santé...) ; elle peut même constituer un facteur favorable au maintien d'une médecine déconcentrée mais cependant de moins en moins décentralisée.

Trois freins peuvent toutefois altérer cette vision d'une médecine caractérisée par des évolutions techniques et organisationnelles fortes. Ces freins ne sont pas d'ordre scientifique. Le premier est de niveau éthique : jusqu'où peut-on ou pourra-t-on aller dans la connaissance et la manipulation des gènes de l'homme ? Le deuxième est d'ordre économique. Les gouvernants, qui s'efforcent depuis une trentaine d'années de maîtriser les dépenses de santé, avec des succès toutefois mitigés, seront-ils disposés ou même seulement en capacité de financer des innovations, certes bénéfiques au mieux-être de la population mais onéreuses ?

Un dernier facteur de doute doit être souligné. Il tient dans la résistance au changement à la fois des personnels de santé qui verront leurs relations avec le malade et avec les confrères changer, et des patients qui pourraient être décontenancés par une médecine de plus en plus scientifique mais peut-être quelque peu déshumanisée.

II.2.2. Quels modes d'exercice de la médecine demain ?

Pour mieux appréhender ce que pourrait être l'exercice à venir de la médecine, il est intéressant de rappeler les aspirations de la nouvelle génération de professionnels. Le moins que l'on puisse écrire est que ceux-ci expriment ouvertement le souhait de voir l'exercice de la médecine libérale, en particulier celle de premier recours, réformé en profondeur.

Comme cela a déjà été mentionné dans ce document, les sondages opérés auprès d'internes ou de jeunes médecins laissent transparaître la volonté de parvenir à un équilibre entre l'épanouissement personnel et la vie professionnelle. Ceci signifie le refus d'un temps de travail submergeant. De surcroît, le choix du lieu d'exercice doit être compatible avec la profession ou les attentes du conjoint. Le mode statutaire d'exercice également risque d'évoluer vers le salariat ou vers une position de collaborateur libéral. De même, le temps partiel pourrait bien avec la féminisation du métier de médecin connaître une faveur accrue.

La féminisation du corps médical constitue à ce propos une tendance confirmée par toutes les études démographiques professionnelles. Comme indiqué précédemment, la proportion de femmes médecins est d'autant plus élevée que les classes d'âges sont jeunes et ce phénomène va se renforcer dans les années à venir ce qui ne manquera pas de retentir sur l'intensité de l'offre de soins.

En agrégeant l'ensemble de ces observations de nature sociologique et en les prolongeant dans le temps, le portrait robot du médecin d'ici une dizaine d'années pourrait être le suivant : un médecin homme ou femme en proportions vraisemblablement équivalentes, de préférence salarié et exerçant en milieu hospitalier. S'il est libéral, il exercera plutôt à proximité d'un établissement hospitalier, de préférence un CHU ou du moins d'un hôpital équipé d'un plateau technique étoffé, ou dans un cabinet de groupe ou une maison de santé. Son installation s'effectuera préférentiellement au sud de la Loire, à proximité ou sur le littoral ou en zones prémontagneuses. Enfin, il sera de moins en moins souvent un généraliste de premier recours. S'il n'est pas spécialiste, il pratiquera un mode d'exercice particulier (acupuncture, ostéopathie...).

Evidemment, il s'agit d'une vision volontairement caricaturale du médecin des années à venir. Toutefois, si tout ou partie de ce portrait venait à se concrétiser, ce qui n'est pas improbable, et si rien n'était entrepris au plan régional pour accompagner ces mutations, il y aurait alors fort à parier que certains territoires de la Basse-Normandie pourraient connaître du point de vue de l'offre de soins des situations particulièrement délicates.

II.2.3. Une évolution probable de la répartition des compétences au sein de la communauté médicale et paramédicale

Le déficit de professionnels médicaux est une réalité qui va aller en s'amplifiant et qui va graduellement déstabiliser l'offre de soins dans les années à venir. Pour limiter et compenser en partie les effets négatifs de cette évolution, un certain nombre de solutions sont préconisées et, parmi elles, le développement du transfert de compétences ou de la délégation de tâches²⁸.

Déjà mis en œuvre en France et de façon plus intense dans d'autres pays européens, ce processus consiste en une forme de décharge de certaines tâches médicales ou périphériques à l'exercice médical vers des personnels paramédicaux ou des acteurs médico-sociaux. Cette répartition des compétences va dans le sens d'une optimisation du temps de travail des médecins en général et des généralistes en particulier.

Elle permet tout d'abord, d'aboutir à une décharge d'une partie des tâches administratives que les médecins doivent aujourd'hui accomplir au détriment de leur temps médical. Certains estiment à ce propos que jusqu'à 30 % du temps de travail des généralistes sont "gaspillés" en tâches administratives diverses. Toutefois, cette évaluation ne fait pas l'unanimité car cette proportion inclut des temps d'orientation du patient dans le système de santé, mission que seul le médecin peut accomplir.

La délégation de tâches s'applique déjà au profit des infirmiers (les vaccinations sous condition de prescription médicale par exemple), des opticiens et dans les services d'urgence. La coopération améliorée entre professionnels de santé est donc une voie qui pourrait être plus encore développée qu'elle ne l'est à l'heure actuelle en France. Ainsi, en Grande-Bretagne, les infirmiers réalisent de nombreuses formalités (questionnaires médicaux, prise de tension...) et permettent aux médecins de plus se concentrer sur les tâches médicales et sur la relation avec le patient. Ces délégations

²⁸ La différence entre ces deux qualifications d'une même évolution des pratiques médicales tient dans le fait que le transfert de compétences induit un transfert de responsabilité.

accrues autoriseraient en outre des micro-spécialisations des auxiliaires médicaux qui iraient dans le sens d'une meilleure qualité de la prise en charge. C'est par exemple le cas des infirmières cliniciennes chargées du suivi des patients chroniques.

Il convient cependant de rappeler que la répartition des tâches dans le système de santé français est fondée sur le principe du monopole médical, les interventions des auxiliaires de santé étant conçues comme des dérogations à ce monopole et à ce titre énumérées par des décrets d'actes. Or à l'heure actuelle, le développement de ces nouvelles formes de coopération n'est possible qu'au cas par cas et donc de façon ponctuelle et limitative.

A ce propos, la Haute Autorité de Santé propose de dépasser l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées suivant "une logique mission / limites". Renvoyant à l'idée d'un but à atteindre, la notion de mission serait en effet moins restrictive que celle d'acte, plus technique.

II.2.4. Quels besoins de santé exprimés par la population ?

Les évolutions de la médecine et du corps médical ne sont pas les seules à prendre en considération. Il faut également et légitimement y ajouter celles relatives à la population. Les évolutions affectant cette dernière sont à la fois quantitatives et qualitatives, voire les deux à la fois.

De façon indéniable, il paraît acquis que la population française va poursuivre sa croissance numérique et ce à un rythme significatif, du moins par comparaison avec le reste de l'Europe. Son accroissement serait, selon les projections proposées par l'INSEE, de 6 380 000 personnes supplémentaires entre 2005 et 2030. A ce premier facteur, il convient d'ajouter qu'en corollaire le nombre de médecins va, pour sa part, décroître régulièrement. Ces deux paramètres - hausse de la population et baisse concomitante du nombre de médecins - vont mécaniquement entraîner une diminution de la densité médicale considérable et bien supérieure au taux même d'évolution du nombre de médecins. Ainsi, pour conserver en théorie une densité médicale inchangée, il faudrait que la France compte en 2023 de l'ordre de 20 000 médecins de plus qu'aujourd'hui, c'est-à-dire environ 230 000.

A mi-chemin entre le quantitatif et le qualitatif, il faut citer le vieillissement de la population française. Avec ce phénomène maintes fois souligné, les besoins en matière de santé et de soins vont non seulement évoluer mais aussi s'accroître de façon importante. Ainsi, compte tenu de la vague démographique gériatrique annoncée, la demande de soins ne saurait être contenue au niveau actuel. Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), une hypothèse de croissance d'environ 10 à 20 % du nombre de recours par personne aux médecins libéraux est escomptée, notamment du fait de la prévalence accrue d'affections chroniques et de polyopathologies.

Dans le même ordre d'idées, les modes de vie actuels (habitudes alimentaires, sédentarité) et un possible appauvrissement de la population peuvent aussi être de nature à favoriser la montée en puissance de certaines maladies chroniques comme le diabète et les affections cardiovasculaires, pathologies particulièrement consommatrices de soins.

Il faut enfin, au titre des paramètres qualitatifs, tabler sur une hausse probable du niveau d'exigence des populations en matière sanitaire. Celle-ci accompagne de façon quasi-systématique l'amélioration du niveau d'éducation de la population. En revanche, la possible paupérisation des catégories sociales les plus exposées aux crises et mutations économiques successives est un facteur probable de contraction de la demande de soins, ce pour des raisons financières évidentes et de désocialisation.

II.2.5. L'inconnue des capacités futures de financement du système de santé

Les dépenses de santé constituent une part considérable du budget de l'Etat et il est à craindre qu'elles augmentent durablement. En ce sens, la détermination de ressources financières supplémentaires constitue un problème de fond pour les gouvernants et une préoccupation pour la population française très majoritairement attachée au maintien de l'actuel système de soins.

Approximativement, ces dépenses représentent de l'ordre de 9 % du PIB national. Or on ignore quelles sommes seront disponibles à l'avenir compte tenu notamment du ralentissement observé de la croissance du PIB. En revanche, on peut craindre que le vieillissement de la population ne génère une augmentation progressive des coûts globaux (santé et prise en charge des personnes âgées confondues).

Par ailleurs, les progrès techniques évoqués précédemment sont une source avérée de croissance des dépenses de santé, de même que la demande plus forte de la population en soins. Pour autant, il est difficile d'évaluer précisément l'incidence de chaque facteur dans l'accroissement total des coûts.

En la matière, les gouvernants s'en remettent de plus en plus au principe de réalité et applique de façon progressive une gestion sinon comptable du moins de plus en plus attentive de la politique de santé. En ce sens, des stratégies de maîtrise des coûts sont d'ores et déjà mises en œuvre mais elles rencontrent cependant des limites d'ordre politique, la population (et le corps médical) ne souhaitant majoritairement pas voir l'offre de soins décliner même insensiblement et/ou voir un système d'assurances privées se développer. Par ailleurs, il convient de souligner que la qualité de l'état de santé d'une population est un facteur avéré de richesse économique et plus généralement de progrès.

III. LES REPONSES ACTUELLES A CES PROBLEMATIQUES

L'avenir des politiques de santé mises en œuvre en France est conditionné par un grand nombre de problématiques et de variables, au titre desquelles on peut citer à nouveau la capacité de la collectivité à maintenir ses efforts financiers, l'évolution des techniques et des technologies liées à la santé, les mutations affectant la société en général et le monde de la santé en particulier, le degré de présence médicale dans les territoires et notamment celle des généralistes...

Confrontés à l'ensemble de ces problématiques, les pouvoirs publics et institutionnels (Etat, collectivités territoriales, caisse nationale d'assurance maladie...) ont mis en place un certain nombre de dispositifs et de réformes dont l'objectif affirmé demeure le maintien, toutes choses restant égales par ailleurs, des principes et des modes de fonctionnement généraux du système de santé français.

Des réponses graduelles ont donc été apportées. Concernant plus particulièrement les questions de démographie et de présence médicales, notamment dans les territoires sensibles, les efforts ont porté sur l'accroissement du nombre de médecins (élargissement du numerus clausus), sur un attrait renouvelé des études de médecine destinant au métier de généraliste (ECN, créations de postes de professeurs d'université, instauration de stages obligatoires chez les généralistes durant le 2^{ème} cycle d'études médicales...) et sur des incitations accrues à l'installation en zones médicalement défavorisées.

Ces différentes actions et dispositifs ont été mis en œuvre au cours de ces dix dernières années à l'instigation de l'Etat et des collectivités territoriales (Régions, Départements, Intercommunalités, Communes...) ainsi que de l'Assurance Maladie. Mais leurs résultats, mitigés, les ont incités à expérimenter de nouvelles solutions qui seront évoquées à la fin de cette partie.

III.1. LES MESURES MISES EN ŒUVRE PAR L'ETAT

Dès le milieu des années quatre vingt dix, l'attention de l'Etat a été attirée sur une prévisible pénurie de professionnels de santé. Assez rapidement, une prise de conscience est intervenue alors que le discours des décennies précédentes faisait état d'une abondance, voire d'un excès de médecins.

La première réponse a été la création d'un Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), dispositif d'analyse jusqu'alors inexistant. Sur la base de ses travaux, confirmant l'imminence d'une crise, un certain nombre de réponses ont été élaborées et, pour certaines, mises en œuvre.

L'Etat, partenaire central du système de santé, a dès lors focalisé ses interventions à la fois sur le système de formation des médecins et sur la mise en place de dispositifs, la plupart fiscaux, visant à faciliter le maintien ou l'installation de médecins généralistes dans les zones déficitaires en offre de soins.

III.1.1. Les mesures favorisant l'adaptation des formations médicales aux besoins de santé

Nombreuses, ces mesures ont pour nom élargissement progressif du *numerus clausus*, instauration des Epreuves Classantes Nationales (ECN), action de découverte du métier de médecin généraliste, mise en place d'un enseignement à part entière de la médecine générale...L'ensemble de ces mesures, déjà évoquées par ailleurs dans ce document, fait ici l'objet d'un bref rappel.

III.1.1.1. L'élargissement du *numerus clausus*

Créé en 1971, et seul mécanisme de régulation pour agir sur l'offre de soins, le *numerus clausus* est progressivement passé de 8 000 places à 3 500 en 1993. Alerté sur les risques incontestables de pénurie de médecins, l'Etat a procédé dès 1998 à une augmentation progressive des promotions d'étudiants en médecine pour tendre à nouveau vers le chiffre de 8 000 places. Mais le système de formation médicale étant particulièrement inertiel (durée d'études de 9 à 12 ans, voire plus selon les spécialités), les premiers effets significatifs de cette relance ne se feront réellement sentir qu'à partir de 2016, première année à partir de laquelle la croissance des installations sera plus élevée que celle des sorties de la profession.

Malgré cette mesure, cela ne sera qu'en 2025 que le nombre d'installations dépassera celui des sorties de la profession.

III.1.1.2. La réforme des études médicales

Aux termes de la loi de modernisation sociale de 2002 est intervenue une véritable réforme des études médicales. Cette loi et ses nombreux décrets d'application ont significativement modifié et le contenu et le cursus universitaire propres aux études de médecine et en particulier de médecine générale.

A cet égard, la substitution des Epreuves Classantes Nationales (ECN) au concours d'internat avait pour objectif souligné de redonner toute sa place à la médecine générale, en en faisant une spécialité au même titre que les autres, sanctionnée par un diplôme d'études spécialisé, et en augmentant la durée d'étude de deux années et demi à trois années.

D'autres évolutions sont ultérieurement intervenues complétant cette réforme. Ainsi, la mise en place à partir de 2006 de "stages d'initiation à la médecine générale" a eu pour objectif de revaloriser au cours du deuxième cycle d'étude médicale l'intérêt des étudiants pour cette forme d'exercice de la profession de médecin.

De façon comparable, la loi de 2008-112 du 8 février 2008 relative au personnel enseignant de médecine générale a permis (enfin) la titularisation des professeurs d'université de médecine générale.

Afin de renforcer l'impact de la réforme des études médicales à la fois au profit des régions sous dotées en offre de soins et d'accroître le nombre d'étudiants optant pour la spécialité de médecine générale, des mesures de discrimination positive ont été mises en œuvre. Ainsi, des efforts ont été accomplis par le ministère de la santé pour faire bénéficier les inter-régions "sous-médicalisées" d'une attribution de places de *numerus clausus* supplémentaires. De même, au niveau des Epreuves Classantes Nationales,

une augmentation du nombre de postes d'internat en médecine générale a été déployée.

III.1.2. Les mesures incitatives en faveur de l'exercice en zones sous-denses

Parallèlement aux mesures graduellement mises en place pour donner une attractivité nouvelle aux études de médecine générale, l'Etat et l'Assurance Maladie ont déployé un ensemble de mesures visant à inciter les professionnels à exercer en zones sous-denses.

Nombreuses, complexes, parfois redondantes, ces mesures sont pour la plupart financières ; quelques autres mesures reposent sur des dérogations aux règles d'exercice. Un accès facilité aux informations relatives aux problématiques économiques et techniques est venu compléter le dispositif d'ensemble.

Ces différentes mesures procèdent d'un corpus législatif récent et dense comprenant des textes cadres et d'autres plus détaillés instituant des dispositifs institutionnels et/ou financiers :

- loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé créant, entre autres, le groupement de santé publique, le plan régional de santé publique ;
- loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie insistant sur la nécessité de coordination des soins ;
- loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales donnant la possibilité aux Régions de participer au financement d'équipements sanitaires ;
- loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux définissant un certain nombre de mesures financières ;
- lois du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyant des mesures d'incitation à l'installation et de nouvelles modalités de rémunération ;
- loi PHST du 25 juin 2009.

III.1.2.1. Les mesures financières

Comme ce développement va abondamment le montrer, les pouvoirs publics ont progressivement mis en place un éventail de mesures reposant à la fois sur des aides financières et sur des exonérations de cotisations sociales et fiscales.

● L'instauration de rémunérations forfaitaires annuelles, éventuellement modulées en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice (exercice regroupé notamment) a été ouverte au profit des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé s'installant dans des zones déficitaires.

Egalement, en application de ces dispositions (article L 162.14.1 du Code de la Sécurité Sociale), les honoraires de ces médecins exerçant en zones déficitaires peuvent être majorés de 20 %, à condition qu'ils exercent en groupe et demeurent trois ans dans le secteur géographique en cause.

Ces deux mesures ne sont pas cumulatives mais optionnelles.

- Les collectivités territoriales et leurs groupements sont autorisés (article 108 de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux) à attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins (maisons médicales) et visant à l'installation ou au maintien des médecins et des centres de santé en zones déficitaires. Il s'agit de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement, de la mise à disposition de locaux, de logement, le versement d'une prime d'installation, d'une prime d'exercice forfaitaire pour les professionnels exerçant à titre libéral.

La contrepartie de l'octroi de tout ou partie de ces aides est l'engagement à exercer dans la même zone durant trois ans.

- La possibilité est également offerte aux collectivités territoriales d'accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale qui effectuent leurs stages en zones déficitaires et s'engagent à y exercer pendant cinq ans au moins.

Une indemnité d'étude et de projet professionnel est proposée à tout étudiant s'il s'engage à exercer au moins cinq années en zones déficitaires.

- L'article 109 de la loi sur le développement des territoires ruraux prévoit en outre que la rémunération perçue par les médecins installés dans les zones déficitaires au titre de la permanence des soins est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an.

- En zone de revitalisation rurale (ZRR), les médecins qui s'installent bénéficient d'une exonération de l'impôt sur le revenu total pendant cinq ans et dégressive pendant les neuf années suivantes.

- Les médecins installés dans ces ZRR peuvent aussi être exonérés de la taxe professionnelle pour une durée comprise entre 2 et 5 ans.

- L'embauche d'un salarié dans un cabinet médical installée en ZRR ouvre droit à l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour 12 mois.

- Le médecin généraliste qui exerce dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence et dans un canton doté de moins de trois médecins pour 5 000 habitants peut bénéficier d'un complément de rémunération égal à 300 euros par jour pendant lequel il est remplacé, dans la limite de 10 jours par an en adhérant au "contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice de la médecine générale en milieu rural".

- Une mesure comparable est ouverte aux médecins généralistes qui exercent en Zone Franche Urbaine (ZFU), mesure valable pour 18 jours par an. De plus, un forfait de 240 euros par demi-journée de vacation consacrée à des actions de prévention et d'éducation à la santé est prévu dans la limite de 12 vacations par an.

- Enfin, en application de différents articles du code de la sécurité sociale, les médecins libéraux peuvent prolonger leur activité en cumulant une pension de retraite et des revenus d'activité n'excédant pas 130 % du plafond de la sécurité sociale, les revenus tirés de la participation à la permanence des soins n'étant pas pris en compte dans ce calcul.

Par ailleurs, il convient de signaler que les médecins s'implantant en zone franche urbaine bénéficient d'un certain nombre d'avantages de nature fiscale qui viennent s'ajouter à ceux précédemment énumérés.

III.1.2.2. Des dérogations aux règles d'exercice

- En cas d'offre de soins insuffisante, un médecin peut exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, sous réserve de l'autorisation du conseil départemental de l'ordre des médecins.

- Selon le code de la sécurité sociale, les consultations prescrites par un généraliste qui s'installe pour la première fois en exercice libéral ou qui exerce dans un centre de santé nouvellement créé en zone déficitaire sont exonérées pendant cinq ans des pénalités qui s'appliquent au patient hors du parcours de soins.

III.1.2.3. Des outils d'information à destination des professionnels de santé

- Les URCAM ont développé des outils informatiques visant à faire connaître aux professionnels de santé les conditions d'exercice dans différentes zones : cartoS@nté et CartoS@nté pro pour les données de nature socio-économique, LegiS@nté pour la veille juridique, Recherche Santé pour l'information documentaire sur la santé publique, Inst@LSanté pour les conditions d'installations.

III.1.2.4. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Longuement débattue, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST ou encore loi Bachelot) a été votée le 25 juin 2009. Comprenant initialement 33 articles (sic), ce texte en compte désormais plus de 130 qui abordent des sujets aussi déterminants que la gouvernance de l'hôpital, la lutte contre les déserts médicaux, l'organisation régionale des soins, la prévention... Dans l'attente de son passage devant le Conseil Constitutionnel, il convient d'évoquer cette nouvelle loi avec une certaine circonspection d'autant que l'examen et le vote à l'automne prochain de la loi de financement de la sécurité sociale devraient permettre de mieux en apprécier l'impact.

Néanmoins, ce texte contient des novations qu'il convient ici de mentionner dans la mesure où elles concernent les questions de démographie et surtout de présence médicales.

Deux des chapitres de cette loi ont ainsi traité à ces thématiques, en l'occurrence le deuxième qui traite de "l'accès de tous à des soins de qualité" et le quatrième relatif à "l'organisation territoriale du système de santé", avec en particulier l'institution des Agences Régionales de Santé (ARS).

Dans le deuxième chapitre sont ainsi mentionnés les pôles de santé (article 40), la formation des internes avec la détermination du nombre d'internes par subdivision territoriale compte tenu de la démographie médicale et des besoins de santé de la population (article 43), les contrats de santé solidarité (article 43-VI), les contrats d'engagement de santé publique (article 46), les moyens augmentés d'enseignement de la médecine générale (article 47).

Ces points méritent d'être plus particulièrement examinés.

Tout d'abord, la notion de pôles de santé est désormais précisée dans la loi sous la forme d'un article L. 6323-4 du code de santé publique dont la teneur est la suivante : *"Ils sont constitués entre des professionnels et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale"*.

Concernant les "contrats de santé solidarité", la loi prévoit que *"le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé... A l'échéance d'un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur du SROS, le directeur général de l'ARS évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours... Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'ARS peut après avis ... proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article (zones où le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé) d'adhérer à un contrat de santé solidarité par lequel il s'engage à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits."*

Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas l'obligation qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale".

L'article 46, quant à lui, instaure les "contrats d'engagement de service public" qui proposent aux étudiants en médecine signataires une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études médicales. En contrepartie du versement de cette allocation, les bénéficiaires s'engagent à exercer pour laps de temps égal à la durée de l'allocation dans des zones où l'offre médicale est insuffisante (zones de revitalisation rurale, zones urbaines sensibles). La résiliation anticipée de cet engagement est possible moyennant indemnité.

Enfin, la loi en son article 47 prévoit la création annuelle durant quatre années à compter de la rentrée universitaire 2009-2010 de postes d'enseignants supplémentaires en médecine générale à raison de :

- vingt postes de professeur des universités de médecine générale ;
- trente postes de maîtres de conférences des universités de médecine générale ;
- cinquante postes de chef de clinique.

III.2. LES MESURES MISES EN ŒUVRE PAR LES COLLECTIVITES TERRITORIALES

Il n'est pas ici possible de faire le point de toutes les mesures mises en œuvre et expérimentées par les collectivités territoriales en France. Certaines sont directement inspirées des textes précédemment évoqués (loi sur le développement des territoires ruraux, lois de financement de la sécurité sociale...), d'autres relèvent d'initiatives propres, en particulier l'appel à des cabinets de "chasseurs de têtes" qui jettent leur dévolu sur les médecins issus des pays du Maghreb et/ou de l'Est de l'Europe (la

Roumanie notamment)²⁹. Ces dernières solutions traduisent bien la situation de détresse médicale dans laquelle se trouve un nombre croissant de micro-territoires. En outre, ces recrutements, opérés sur des bases discutables, se soldent assez régulièrement par des échecs, les compétences des intéressés pouvant se révéler incertaines, leur adaptation aux us et coutumes français et locaux pouvant également se révéler délicate, sans même évoquer l'accueil pour le moins réservé de certains confrères...

Il faut également citer les mises à disposition d'ensembles immobiliers réalisées par les collectivités territoriales au profit de médecins, de dentistes et de paramédicaux. Ce type d'initiative va dans le sens d'un regroupement des professionnels de santé mais ne procède pas, du moins le plus souvent, d'une analyse globale de l'offre de soins et donc d'un véritable projet de santé à l'échelle d'un territoire.

III.3. DES RESULTATS MITIGES POUR CET ENSEMBLE DE MESURES

Qu'il s'agisse de redonner aux études de médecine générale leur lustre d'antan ou d'inciter au maintien ou à l'installation de généralistes en zones sous dotées les mesures mises en œuvre depuis une dizaine d'années donnent lieu à des résultats à l'évidence peu probants. En l'occurrence, l'éventail de dispositifs déployé n'a objectivement pas généré une inversion des tendances négatives jusqu'alors observées mais le pouvaient-ils ?

Quels enseignements tirer des premiers bilans d'application affichés ? Doit-on considérer ceux-ci comme l'illustration d'un succès mitigé ou d'un relatif échec ? Les analyses ci-après opérées donnent la possibilité de porter un jugement modulé sachant qu'initier un retournement de tendance est rarement chose facile. En outre, la situation aurait été certainement pire si rien n'avait été entrepris.

Toujours est-il que l'attrance des étudiants en médecine pour la médecine générale demeure toute relative et à tout le moins pas à la hauteur des espérances placées dans la réforme des études médicales ; quant aux installations en zones médicalement sous dotées, elles restent minoritaires et tiennent pour un certain nombre d'entre elles plus de l'effet d'aubaine que de l'émergence d'un courant d'installations renouvelé.

²⁹ Selon les données statistiques établies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre de praticiens étrangers exerçant en France s'élevait en 2008 à 7 753 dont 40 % exerçant en médecine générale. Leur nombre ne cesse de croître et les inscriptions de médecins étrangers, supérieures à 100 par an au début des années 1990, sont d'environ 420 par an sur la décennie 1997/2006 avec un maximum de 621 en 2000, période qui correspond aux effets différés d'un numerus clausus particulièrement bas (de l'ordre de 4 000 et moins). Les plus nombreux sont les médecins de nationalité belge (1 125 en activité en 2006), puis les algériens (985), les allemands (732), les marocains (690) et les italiens (566). Très sollicités depuis peu, les médecins roumains n'étaient cependant en 2006 que 166 à exercer en France.

III.3.1. L'attrait des étudiants pour la médecine générale n'a que peu évolué

Les différentes réformes mises en œuvre, de l'élargissement progressif du *numerus clausus* à la structuration également progressive de l'enseignement universitaire de médecine générale, n'ont pas véritablement produit les effets escomptés.

Le doublement du *numerus clausus* (de 3 500 places à plus de 7 000), mesure en soi indispensable, n'a cependant pas induit un flux correspondant d'étudiants en médecine générale. En ce sens, l'instauration des Epreuves Classantes Nationales (ECN), en substitution au concours d'internat, n'a pas permis en pratique ni d'améliorer significativement le nombre d'internes en médecine générale, ni d'optimiser leur répartition géographique. En effet, malgré un nombre de postes d'internes en médecine générale supérieur au nombre de candidats inscrits, des postes, nombreux, sont restés vacants (330 en 2006, 461 en 2007). Les raisons de cette inadéquation ont déjà été mentionnées dans ce document : absences aux ECN, non validation de 2^{ème} cycle et non formulation de choix de poste.

Pour autant, des progrès ont été enregistrés. Pratiquement un entrant en 3^{ème} cycle sur deux opte pour la médecine générale contre 42 % en 2006. Cette progression témoigne d'une légère évolution favorable dans les arbitrages opérés. Néanmoins, l'ordre de préférence des étudiants n'est pas bouleversé : la discipline "spécialités médicales" reste plébiscitée et la médecine générale, la médecine du travail et l'option santé publique sont l'objet d'une persistante désaffection. En outre, il convient de souligner que les régions périphériques de l'Île-de-France pourvoient avec difficulté aux postes qu'elles proposent en médecine générale. Le tableau suivant en apporte la preuve sur la période 2004-2007.

L'effet cumulé de ces non affectations équivaut sur quatre exercices au niveau national à un manque à former de 2 500 généralistes par rapport aux effectifs théoriquement programmés. Il faut ajouter que dans l'ancien système, contrairement à celui institué avec les ECN, les étudiants qui n'étaient pas reçus au concours de l'internat devenaient automatiquement résidents en médecine générale dans leur faculté d'origine (résidanat par opposition à internat), ce qui n'est plus le cas. Contraignant, ce système présentait pourtant un double avantage : d'une part, il maintenait, autoritairement il est vrai, un flux d'étudiants en médecine générale, et d'autre part, il incitait implicitement à l'installation dans la région où s'étaient effectuées les études.

| Subdivisions | Taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale | | | | Proportion de postes pourvus en médecine g ^{ale} en 2007 hors résidents |
|-----------------------|--|-------------|-------------|-------------|--|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | |
| Aix-Marseille | 94,3 | 98,6 | 100,0 | 100,0 | 98,9 |
| Amiens | 44,0 | 17,2 | 74,0 | 59,2 | 54,6 |
| Angers | 85,2 | 100 | 63,6 | 100,0 | 100,0 |
| Besançon | 38,3 | 27,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Bordeaux | 125,5 | 100 | 100,0 | 100,0 | 99,1 |
| Brest | 152,9 | 100 | 88,0 | 100,0 | 100,0 |
| Caen | 41,9 | 44,6 | 53,7 | 56,8 | 52,8 |
| Clermont-Ferrand | 74,2 | 62 | 100,0 | 100,0 | 91,4 |
| Dijon | 21,7 | 16,5 | 64,2 | 39,2 | 35,2 |
| Grenoble | 97,1 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lille | 100,0 | 89,9 | 100,0 | 100,0 | 98,8 |
| Limoges | 54,3 | 68,6 | 74,3 | 100,0 | 88,6 |
| Lyon | 107,6 | 100 | 100,0 | 100,0 | 97,6 |
| Montpellier | 207,9 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Nancy | 53,4 | 38,7 | 63,8 | 80,7 | 78,7 |
| Nantes | 94,2 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Nice | 100,0 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Paris - Ile-de-France | 46,4 | 61,8 | 100,0 | 100,0 | 99,2 |
| Poitiers | 67,7 | 70,8 | 87,5 | 91,8 | 89,1 |
| Reims | 26,7 | 19,8 | 56,0 | 44,6 | 43,8 |
| Rennes | 125,0 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Rouen | 47,6 | 25,2 | 85,3 | 67,0 | 64,3 |
| Saint-Etienne | 23,4 | 34,9 | 100,0 | 100,0 | 92,7 |
| Strasbourg | 56,8 | 48,3 | 97,7 | 100,0 | 98,1 |
| Toulouse | 136,4 | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Tours | 44,1 | 26,7 | 60,8 | 36,9 | 36,3 |
| Total | 66,9 | 59,1 | 86,3 | 84,2 | 82,4 |

Tableau n° 18 : Taux d'affectation (en %) des postes ouverts en médecine générale aux ECN de 2004 à 2007 par subdivision

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES
in Etudes et Résultats n° 616 de décembre 2007

En outre, l'actuelle répartition des postes de chefs de clinique-assistants des hôpitaux et d'assistants hospitalo-universitaires, accessibles après l'internat (post-internat) défavorise encore les zones sous dotées en offre de soins. L'offre de post-internat dans l'inter-région du Nord-Ouest ne couvre en effet que 38 % des besoins contre 144 % en Ile-de-France. Or l'offre de postes en la matière contribue pour beaucoup à l'attractivité des régions concernées pour les étudiants.

Par ailleurs, la filière universitaire de médecine générale demeure, malgré l'amorce d'efforts, encore trop peu structurée. La titularisation des enseignants de médecine générale en tant que professeurs d'université n'est possible que depuis 2008. Pour mémoire, en 2007, sur les 5 600 postes de professeurs d'université dédiés à la

médecine, seuls 131 relevaient de la médecine générale alors que les médecins généralistes représentent près de 30 % des médecins en activité.

III.3.2. Des aides financières aux effets discutables

Plusieurs rapports, surtout parlementaires, ont pointé la question des aides financières déployées pour inciter au maintien ou à l'installation des professionnels de santé dont en particulier les médecins en zones sous dotées médicalement. Les critiques formulées sont essentiellement de deux ordres :

- les zonages délimitant les zones déficitaires sont sujets à discussion dans leur définition ;
- une forte suspicion d'effet d'aubaine est également mise en avant.

En ce qui concerne les zonages, les critères déterminés pour les délimiter apparaissent par trop restrictifs. Ainsi, sont soulignés des effets de frontières entre cantons pourtant confrontés à des difficultés comparables et des discriminations entre médecins notamment quand ces derniers, suivant leur localisation, ne bénéficient pas des mêmes appuis financiers alors qu'ils participent au même projet médical.

Pour le zonage des aides, deux critères sont retenus conformément à la circulaire du 14 avril 2008³⁰ : la densité de généralistes et leur activité (mesurée en montant d'honoraires).

Toutefois, il est déploré que des critères supplémentaires ne prennent pas en compte les écarts de temps de travail et les modes d'exercice particulier.

De surcroît, l'approche proposée se révèle statique. L'âge des médecins n'est ainsi pas pris en considération alors qu'en quelques années, voire en quelques mois une zone peut passer de la sur-dotation à la sous-dotation médicale.

Enfin, le zonage des aides issu de l'application de la circulaire sus mentionnée ne coïncide pas avec les zonages actuels car les unités territoriales de base sont différentes : le canton pour les Missions Régionales de Santé³¹, le bassin de vie ou le pseudo-canton pour la circulaire.

Les dispositifs proposés ne sont pas non plus sans engendrer des effets d'aubaine. Ce serait surtout le cas de l'option conventionnelle qui offre aux généralistes des zones déficitaires une majoration de 20 % de leurs honoraires à condition qu'ils exercent en groupe et s'engagent à rester dans ladite zone durant 3 ans au moins. La CNAM a précisé à cet égard devant une commission parlementaire que sur les 1 583 médecins éligibles à cette mesure, 580 adhésions seulement ont été recensées dont uniquement 49 primo-installations parmi lesquelles seule une vingtaine a été déclenchée par cette offre.

³⁰ Circulaire du ministère de la santé relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

³¹ Constituées entre les Agences Régionales Hospitalières et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance maladie, les Missions Régionales de Santé sont chargées de préparer les coopérations et le rapprochement de ces deux instances ainsi que d'exercer les compétences conjointes à chacune.

Toutefois d'autres voix soulignent que ce dispositif vient utilement en complément à d'autres mesures, en particulier à la création de maisons de santé.

Au-delà des deux catégories principales d'observations, il faut également noter que la complexité des dispositifs d'incitation et d'accompagnement proposés exige une politique d'information des étudiants en médecine et des jeunes médecins optimisée. Par ailleurs et peut-être surtout, les dispositifs d'incitation actuellement en vigueur ne correspondent pas aux attentes des jeunes professionnels qui sont plus fondées sur la qualité de leur cadre d'exercice et de vie que sur une maximisation de leurs revenus personnels.

Toutefois, la médecine générale n'est pas le seul secteur de la médecine à connaître des difficultés. Il convient de souligner que le futur de certaines spécialités médicales n'est pas sans causer des préoccupations. C'est le cas pour la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie hospitalière, la chirurgie en général, l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale et la pédiatrie. Cependant, on peut considérer que les problèmes inhérents aux spécialités se poseront plus en termes de répartition territoriale que d'effectifs. Certaines zones géographiques, c'est déjà le cas, souffrent et vont souffrir plus encore de déficits criants dans tout ou partie des spécialités médicales.

Pour la médecine libérale de premier recours, considérée à juste titre comme pivot du système de santé français, la problématique est double : baisse continue du nombre de praticiens et difficulté à pourvoir en professionnels les zones déjà sous dotées. Ainsi, sur l'ensemble du territoire, la densité en médecins généralistes va diminuer et ce surtout, toutes choses restant égales par ailleurs, dans les zones reconnues déjà fragiles. Les mesures quantitatives prises (augmentation en particulier du *numerus clausus*) ne commenceront seulement à produire leurs effets qu'à partir des années 2015-2016, si toutefois les jeunes médecins généralistes optent pour ces territoires...

L'hôpital a globalement bénéficié de la hausse du nombre de médecins, la médecine spécialisée également ; en revanche, le nombre de généralistes libéraux a stagné, ce qui signifie qu'en raison de l'augmentation de la population française, leur densité a entamé un lent et durable déclin. La situation de ce secteur de la médecine est donc à bien des égards alarmante.

En réalité, qu'elles soient liées à la formation des médecins et en particulier des généralistes, ou au maintien/installation des médecins en zones médicalement sous dotées, l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics voit ses effets positifs réduits à peu de chose tant les évolutions pour ne pas écrire les mutations sociologiques de la corporation médicale sont actuellement considérables. Qu'en sera-t-il quand le retournement démographique battra son plein ?

Le tableau suivant³² vient illustrer et confirmer ces différentes observations. Sur la période 1995-2005, il permet de constater que l'augmentation globale du nombre de médecins a principalement bénéficié aux médecins spécialistes et au secteur salarié

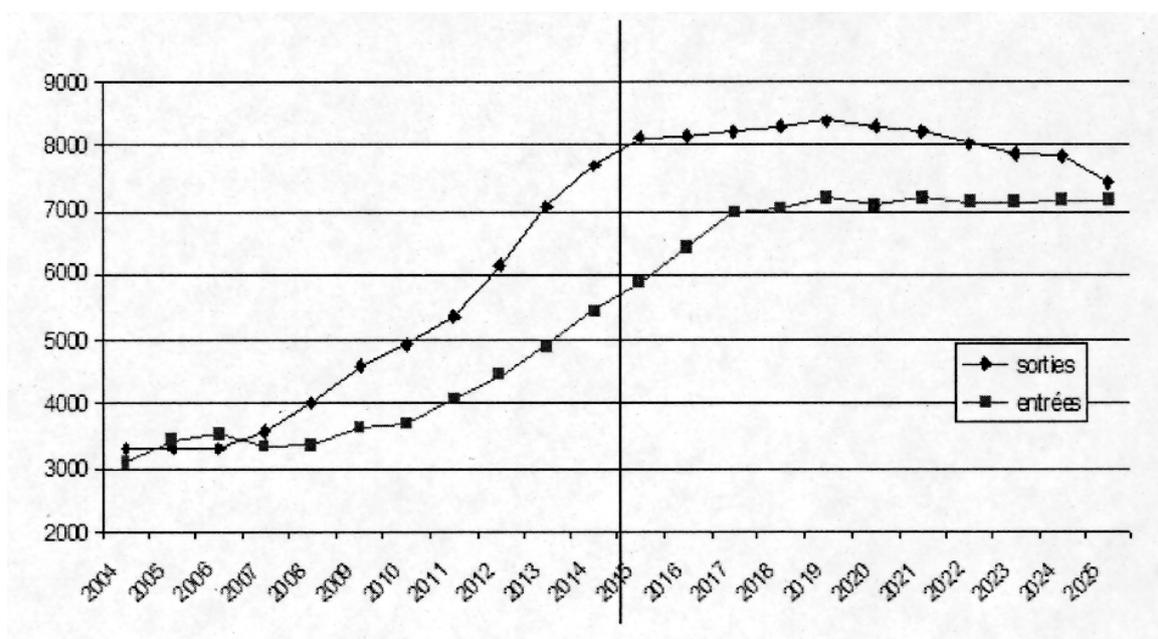
³² Les statistiques de source ministérielle (DRES) ici proposées sont en léger décalage avec celles mentionnées au tout début de ce document. Pour de multiples raisons, les données chiffrées relatives au nombre de médecins diffèrent quelque peu d'une source à l'autre qu'il s'agisse de celles issues de l'ordre des médecins, de l'assurance maladie, des syndicats de spécialité ou encore du ministère des affaires sociales.

| 1 ^{er} janvier | 1995 | 2005 | Taux de croissance 1995-2005 |
|-------------------------|---------|---------|---------------------------------|
| GENERALISTES | 96 351 | 103 020 | 6,9 % |
| Libéral et mixte | 69 608 | 69 703 | 0,1 % |
| Salarié et hospitalier | 14 113 | 18 209 | 29,0 % |
| Salarié non hospitalier | 12 631 | 15 109 | 19,6 % |
| SPECIALISTES | 93 399 | 107 183 | 14,8 % |
| Libéral et mixte | 48 705 | 53 767 | 10,4 % |
| Salarié et hospitalier | 38 258 | 43 945 | 14,9 % |
| Salarié non hospitalier | 6 435 | 9 470 | 47,2 % |
| ENSEMBLE MEDECINS | 189 750 | 210 203 | 10,8 % |
| Libéral et mixte | 118 313 | 123 470 | 4,4 % |
| Salarié hospitalier | 52 371 | 62 154 | 18,7 % |
| Salarié non hospitalier | 19 066 | 24 579 | 28,9 % |

**Tableau n° 19 : Répartition et évolution des effectifs de médecins
selon les statuts d'exercice (1995-2005)**

Source : Répertoire ADELI/DREES

En conclusion, l'enjeu des 15 prochaines années est explicitement posé par le graphique tiré d'une étude réalisée par l'Ordre National des Médecins. Ainsi, à partir de 2008, un différentiel s'installe et se creuse entre les entrées de médecins dans la vie active et les départs en retraite. C'est approximativement en 2015 que le solde négatif sera le plus important. Il pourrait atteindre 2 000 unités à cette date soit 8 000 sortants pour 6 000 entrants.



Entrées et sorties de médecins par années projetées de 2004 à 2025

Source : ONDPS

Ainsi quelles que soient les mesures prises, le nombre de médecins en activité (généralistes, spécialistes, libéraux, salariés, non hospitaliers ou hospitaliers) diminuera

de près de 10 % entre 2008 et 2025, ce nonobstant les apports de médecins étrangers³³.

Pour des régions comme la Basse-Normandie, l'enjeu se place donc sur le terrain de l'attractivité. Il s'agit donc de faire en sorte que la région forme un nombre croissant de médecins, notamment des généralistes (même si les quotas demeurent fixés au niveau national), qu'elle les conserve et que, par ailleurs, elle redevienne intéressante en termes d'installations de médecins formés dans d'autres régions.

III.4. EN BASSE-NORMANDIE, UNE PRECOCE PRISE EN COMPTE

Dès la fin des années 1990, en Basse-Normandie, les autorités sanitaires, qu'elles soient administratives ou professionnelles, et les collectivités territoriales avaient déjà ressenti l'émergence et l'acuité des problématiques de démographie médicale et plus généralement d'accès aux soins.

Dès lors, des actions pionnières, certaines correspondant à l'amorce de la mise en œuvre de stratégies d'ensemble, d'autres plus isolées, furent initiées. Sans vouloir donner à ce document une tonalité historique, il convient de rappeler dans un premier temps quelques unes des initiatives les plus remarquables déployées en Basse-Normandie en particulier au cours de la décennie dernière.

Dans un second temps, la nécessité de mettre en place des politiques globales et cohérentes est apparue. Elle semble s'être imposée et s'est finalement traduite par la signature d'une charte partenariale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoire. Cette démarche, comme les développements suivants vont le montrer, présente un caractère novateur au point qu'une partie de ses orientations inspire certaines des dispositions de la loi HPST³⁴.

III.4.1. Des actions pionnières

Face au constat de pénurie de médecins en certains territoires, en particulier en milieu rural, et considérant les prévisions plutôt pessimistes opérées en la matière, les conseils généraux notamment mais également les maires et les présidents de communautés de communes ont élaboré et mis en œuvre un certain nombre de dispositifs. Si certains d'entre eux relèvent de stratégies globales, d'autres, en revanche, semblent avoir été pris dans l'urgence et paraissent être des solutions de court terme face à une problématique de long terme. En l'occurrence, ces interventions semblent parfois souffrir d'un manque de cohérence.

Le fait que des élus locaux (maires, présidents de communauté de communes) aient agi isolément montre d'ailleurs la gravité de la situation et la difficulté dans laquelle ceux-ci et leurs administrés se trouvaient ou se trouvent encore aujourd'hui.

Les mesures prises ne seront pas ici décrites et localisées. Dans la plupart des cas, il s'agit d'opérations immobilières se traduisant par l'édification ou par la mise à disposition de locaux préexistants à un ou plusieurs professionnels de santé sans

³³ Comme précisé par ailleurs dans ce document, les apports de médecins étrangers sont de l'ordre de 600 à 800 par an. Ils profitent surtout à l'exercice hospitalier.

³⁴ Hôpital-Patient-Santé et Territoire.

qu'aucun diagnostic de territoire et projet de santé n'ait été préalablement et véritablement élaboré. Qualifiées de "maisons de santé", bénéficiant des subsides communaux ou intercommunaux, voire départementaux, ces opérations demeurent fragiles et peuvent montrer rapidement leurs limites. La Région a participé parfois à ces projets via les financements des contrats de pays et les politiques territoriales.

Les dispositifs mis en place par les conseils généraux relèvent d'une stratégie plus affirmée même s'ils peuvent être eux aussi affectés d'effets d'aubaine ou destinés à répondre à des situations d'urgence.

III.4.1.1. Les actions déployées par l'URCAM

Dès sa création en 1998, l'URCAM de Basse-Normandie s'est emparée de la problématique singulièrement préoccupante de l'accès aux soins et en particulier de la question de la démographie médicale.

Ainsi, en 1999 et 2000, l'URCAM de Basse-Normandie a mené un programme d'études globales sur la démographie médicale, ce qui en fit une instance de référence en la matière au niveau national. En 2002, elle participait à la mise en place d'actions expérimentales. Dès 2004, des opérations d'information auprès des médecins et des étudiants en médecine furent organisées pour présenter les expérimentations réussies. Un site www.installation-médecine-libéral.org fut créé ainsi qu'un CD-ROM intitulé "ensemble pour un exercice rural de qualité".

Afin de répondre aux difficultés liées à l'exercice médical et au déficit d'attractivité de certains territoires, l'URCAM, l'URML et le Conseil Régional ont mis en place deux mesures originales : l'ingénierie du regroupement et l'accompagnement méthodologique et financier de projets. En 2005, est signée une convention entre ces trois partenaires instituant un fonds ad hoc dont environ une vingtaine de projets ont bénéficié.

En 2006, est organisé un colloque sur le thème "une médecine en milieu rural pour demain" à l'issue duquel des orientations à promouvoir sont définies. Le suivi commun de l'offre de soins réelle de médecine générale avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins est décidé à la même période.

Les premiers effets de cette stratégie et de cette mobilisation des acteurs régionaux sont illustrés par l'installation de 7 nouveaux médecins au sein des zones déficitaires de la région, ce qui constitue le taux d'installations dans ces zones le plus élevé de France. Pour mémoire, le tableau n° 5 situé en page 16 de ce document illustre l'efficacité des mesures mises en œuvre. Egalement, 9 projets de maisons médicales ont été accompagnés.

III.4.1.2. Les mesures mises en place par le Conseil Régional

Bien que n'entrant pas dans ses compétences propres, les questions de santé font néanmoins l'objet d'une attention soutenue de la part du Conseil Régional de Basse-Normandie. Des financements ont ainsi été attribués de longue date aux maisons de retraite et plus récemment aux actions de prévention dans le domaine de la santé et à la lutte contre les handicaps.

Par ailleurs, la Région a engagé un travail sur l'attractivité de la pratique du médecin généraliste en acceptant de financer l'équipement des points gardes qui se

sont successivement mis en place en 2006 dans le Calvados et plus récemment dans l'Orne pour assurer la permanence des soins la nuit et le week-end.

Depuis 2005, la Région accompagne, en partenariat avec l'URML et l'URCAM, la réflexion sur les enjeux liés aux problématiques de démographie médicale. A ce titre, des financements ont été versés à l'URML pour gérer le fonds régional d'ingénierie. Ce partenariat est directement issu d'un colloque qui avait été organisé en 2006 avec ces mêmes partenaires et la participation du Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé pour sensibiliser plus encore l'ensemble des partenaires régionaux et départementaux à l'acuité de cette question. La Région a, dès cette époque, arrêté le principe de sa participation à l'investissement nécessaire à la création d'un pôle de santé dès lors qu'il a fait l'objet d'une étude d'ingénierie préalable.

III.4.1.3. Les mesures mises en place par le Conseil Général de la Manche

Le Conseil Général de la Manche est sans nul doute la collectivité qui a pris le plus rapidement conscience de la nécessité de mettre en œuvre des actions visant à conforter l'offre de soins sur son territoire. Ainsi, dès les années 2004-2005 ont été mis en place les premiers dispositifs.

Des maisons médicales ont été instaurées sous maîtrise d'ouvrage intercommunale avec l'appui financier du Conseil Général à Saint-Sanson-de-Bonfossé, Saint-Sauveur-Lendelin, Gavray, Picauville. D'autres sont en projet à Villedieu-les-Poêles, Saint-Vaast-la-Hougue, Tessy-sur-Vire et Sourdeval ainsi qu'à plus long terme à Saint-James et Lessay. Ces projets pourraient d'ailleurs prendre la forme de PSLA (Pôle de Santé Libéraux et Ambulatoires).

Un portail internet a été également lancé en 2004, en l'occurrence Manche-Santé, avec pour mission d'informer les habitants de la Manche des gardes de médecins et de permettre aux praticiens de bénéficier d'expertises pour sécuriser leurs actes.

Enfin, des bourses destinées aux jeunes étudiants en médecine ont été mises en place (24 000 euros maximum) sous condition d'exercer à l'issue de leurs études pendant dix ans dans une zone médicalement sous dense du département. Dix huit de ces bourses ont déjà été attribuées.

III.4.1.4. Les mesures mises en place par le Conseil Général de l'Orne

En butte à des problèmes déjà considérables de présence médicale et caractérisé par une population vieillissante, le département de l'Orne a aussi mis en place des premières mesures et entame plusieurs réflexions sur les moyens d'apporter des solutions à cette problématique d'ensemble.

Comme dans la Manche, le Conseil Général a mis en œuvre un dispositif d'aide à la réalisation de maisons médicales, dont le fondement relève plus, il faut le reconnaître, d'une approche immobilière que sanitaire. Il a également financé une action de recherche et de recrutement de généralistes confiée au cabinet Revitalis-Conseil qui a permis l'installation de six généralistes (essentiellement d'origine roumaine). Cette politique, pour les raisons précédemment exprimées, est sujette à discussion et est contestée par les professionnels. Cette critique porte non sur les personnes mais bien plutôt sur les conditions et sur la pérennité de ces recrutements.

Une réflexion sur l'accueil amélioré des internes dans les établissements hospitaliers ornaïsiens est en cours.

Parallèlement, le Conseil de l'Ordre des Médecins s'est investi depuis plusieurs années dans un certain nombre d'actions ayant pour objectif la consolidation de l'offre de soins ainsi que la recherche d'une attractivité améliorée. Dans ce cadre ont été mis en place un dispositif de suivi démographique, une permanence des soins dotée de points de garde, renforcée par ailleurs par des conventions avec les centres hospitaliers et les EHPAD.

III.4.1.5. Les mesures mises en place par le Conseil Général du Calvados

Le Calvados demeure un département encore peu concerné par les problématiques de présence médicale (encore que les zones de Vire, du sud du Pays d'Auge et d'Isigny-Balleroy sont classées en sous densité médicale). C'est pourquoi le Conseil Général du Calvados n'avait initié jusqu'en 2008 aucune politique en la matière.

III.4.2. La charte en faveur du déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)

Malgré les mesures et les dispositifs mis en œuvre au cours des dix précédentes années, la situation démographique médicale n'a cessé de se dégrader, se traduisant par une baisse de la qualité de l'offre de soins ambulatoires proposée en divers territoires de Basse-Normandie.

En raison de l'efficacité insuffisante des mesures prises antérieurement, du caractère insatisfaisant de la situation actuelle et de perspectives plus que préoccupantes, une réflexion a été menée sous l'impulsion de l'URML, en relation étroite avec l'URCAM, le Conseil Régional et les trois ordres départementaux des médecins. Elle a abouti à l'élaboration et à la signature d'une charte en juin 2008 approuvée par l'ensemble³⁵ des partenaires du système de santé bas-normands et en particulier par les trois Conseils Généraux.

Intitulée "Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie", cet accord repose sur la prise en compte d'un grand nombre d'objectifs généraux complémentaires parmi lesquels :

- le développement de modes d'exercice novateurs et attractifs pour les professionnels de santé ;
- la recherche d'une installation favorisée de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté ;
- la contribution à la mise en place d'une offre de soins structurée ;

³⁵ Outre les entités précédemment citées, les signataires ont été les suivants : le préfet de la région Basse-Normandie, les préfets de la Manche et de l'Orne, le directeur de l'Agence Régionale Hospitalière, le directeur de la Mission Régionale de Santé, le doyen de la faculté de médecine de Caen, les présidents des conseils régionaux et départementaux de l'ordre des médecins, les présidents des conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes, les présidents des conseils départementaux de l'ordre des infirmiers, les présidents des ordres régionaux des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des pharmaciens, le président de l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie et la présidente du collectif inter-associatif de la santé bas-normand.

- la garantie de l'accès aux soins de proximité pour la population bas-normande.

Au plan opérationnel, trois objectifs primordiaux sont fixés :

- l'établissement d'un diagnostic territorial commun ;
- le soutien et l'accompagnement des projets de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) ;
- l'intérêt porté à l'installation de nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Il convient de préciser que la mise en œuvre de la Charte partenariale et des mesures qui l'accompagnent ne s'est pas traduite pour les départements de la Manche et de l'Orne par l'abandon de toutes les politiques préalablement mises en œuvre. Ainsi, le Conseil Général de l'Orne conserve son dispositif d'aide à la création de maison de santé ; le Conseil Général de la Manche maintient quant à lui son offre de bourses au profit des internes en médecine.

Enfin, il faut souligner que l'adoption de cette charte partenariale, dont les PSLA constituent le point nodal, donne à la Basse-Normandie une grande avance sur les actions entreprises dans les autres régions françaises, au point même que le ministère de la santé suit avec intérêt l'avancement de cette initiative et en tient compte, explicitement ou implicitement dans le cadre de la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire" dite HPST.

III.4.2.1. Le diagnostic territorial commun

Sur la base d'une réflexion menée de concert par l'URML, les trois conseils de l'ordre des médecins, et l'association des remplaçants (URBAN), une méthodologie a été élaborée permettant d'analyser la situation de la démographie médicale de la région par bassins de vie en zones rurales et pseudo-cantons pour les zones urbaines de plus de 30 000 habitants.

La collecte d'un certain nombre de paramètres structure ce diagnostic. Certains sont objectifs : densité en médecins (pour 5 000 habitants) installés au 1^{er} janvier 2008 exprimée en équivalents temps plein, répartition des médecins par tranches d'âge, existence d'une offre de soins périphérique (hospitalière ou ambulatoire). D'autres sont plus subjectifs : attractivité de la zone considérée pour les nouvelles installations, et état de santé des médecins, facteur éminemment susceptible de déstabiliser l'offre de soins sur le bassin de vie concerné.

La mise en commun de ces différents paramètres a permis l'établissement de cartographies dynamiques car soumises à mise à jour annuelle. Une première carte régionale fait apparaître en l'occurrence cinq niveaux de présence et d'offre de soins par les médecins généralistes selon la graduation suivante : zones sous dotées, moins dotées, à offre de soins intermédiaire, plus dotées, et zones les plus dotées.

Cette première cartographie permet d'en déduire une seconde obtenue par fusion des zones sous dotées et moins dotées ; elle est destinée à guider les décisions de financement et elle correspond donc à des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP). Elle met bien en évidence, en particulier pour les départements de la Manche et surtout de

l'Orne, le caractère préoccupant de la situation. Ainsi, la quasi-totalité de l'Orne est classée en zones sous dotées et moins dotées. Près de la moitié du département de la Manche connaît des situations de pénurie comparables et en particulier l'isthme et la côte est du Cotentin et un couloir situé au sud-ouest et allant de Tessy-sur-Vire au Teilleul.

Quant au Calvados, il présente pour l'essentiel trois zones en "souffrance" : le Bocage Virois au sens large, les secteurs de Balleroy et d'Isigny sur Mer et le sud du Pays d'Auge, territoires auxquels il convient d'ajouter un espace restreint situé à l'est de Caen représentant les zones de Dozulé, Troarn et Cambremer.

Il convient de signaler que la dernière mise à jour de ces cartographie (éditée en mai-juin 2009) met en évidence une aggravation de la situation notamment pour le département de la Manche et à un degré moindre pour le Calvados. En l'occurrence, quatre nouvelles zones apparaissent dans la Manche (Beaumont-Hague, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Ducey et Torigni-sur-Vire) et trois supplémentaires dans le Calvados (Lisieux, Pont-l'Evêque et Villers-Bocage). Cependant, les territoires de Dozulé et de Bénv-Bocage ont retrouvé dans le même temps un niveau d'offre médicale plus acceptable et ne sont donc plus classés en ZIP. L'Orne demeure totalement en sous densité médicale avec localement des aggravations.

III.4.2.2. La mise en place progressive des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)

La création d'un PSLA constitue l'aboutissement d'une démarche volontaire de la part des professionnels de santé, qu'ils soient médecins, dentistes, pharmaciens ou paramédicaux, ainsi que des acteurs médicosociaux. Il s'agit d'un dispositif dans lequel les acteurs sont les concepteurs. En aucun cas, une procédure de PSLA ne peut être "plaquée" sur un territoire ; son acceptation et sa réussite restent donc tributaires d'une prise de conscience et d'une réflexion locales.

Dès lors, la mise en place d'un PSLA nécessite un temps certain pour la concertation en amont de la prise de décision et en aval pour la détermination et la mise en place matérielle de ce dispositif original. En l'occurrence, une durée de deux à trois années constitue le laps de temps moyen pour qu'un PSLA voie le jour.

• Le contenu des PSLA

Le soutien et l'accompagnement à la création de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) sont les points nodaux de cette charte. Il s'agit au plan général d'une structure destinée à apporter, à coordonner et à assurer à la population un égal accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire les consultations des généralistes, les soins infirmiers, de kinésithérapie et l'ensemble des autres soins médicaux et paramédicaux.

En termes de contenu, un PSLA institue une organisation cohérente ayant pour périmètre d'action un bassin de vie ; cette entité correspond à une unité fonctionnelle pouvant se décliner en une organisation multi-sites, permettant d'associer volontairement, voire de regrouper, des professionnels de santé libéraux auxquels peuvent s'adjoindre des collaborateurs salariés et des salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux, pour dispenser des soins de médecine de proximité

au sein d'un territoire défini par le SROS³⁶, avec possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé.

La taille d'un PSLA est variable car adaptée aux situations locales mais elle doit s'inscrire a minima dans un bassin de vie, échelon généralement pertinent pour apporter des réponses calibrées aux besoins globaux de la population. Dès lors, ce dispositif constitue un véritable élément d'une politique d'aménagement du territoire. Il présente enfin la particularité de devoir être conçu et initié par les opérateurs médicaux et paramédicaux présents au sein du périmètre opérationnel concerné.

Ses objectifs opérationnels sont multiples et par ailleurs énumérés dans le texte même de la Charte. Parmi les plus remarquables, il faut citer la coordination des soins, le développement de réseaux de santé, la mutualisation des moyens et le transfert de compétences, le partage d'informations, l'intégration potentielle dans le dispositif départemental de permanence des soins, la formation continue des professionnels de santé, la prévention et l'éducation thérapeutique...

Enfin, ces pôles de santé sont portés par l'ensemble des signataires de la Charte sous l'égide d'un mode de fonctionnement partenarial. En l'occurrence, un Comité Régional des Financeurs procède à l'instruction en commun des dossiers et vérifie leur conformité à la Charte. Il convient de souligner en revanche que chaque organisme doté d'un pouvoir de financement conservera la maîtrise de l'attribution des crédits propres à chaque dossier de PSLA. Ce comité, dans sa composition plurielle³⁷, est unique en France. Il procédera également à l'analyse des bilans annuels de ce dispositif.

Trois comités opérationnels départementaux assurent le suivi des initiatives et proposent un accompagnement méthodologique (prioritairement si le projet est situé dans une ZIP). Leur composition est large³⁸. Un Comité technique d'ingénierie est enfin constitué sous l'égide de l'URML, du Conseil régional et de l'URCAM.

• Les modalités de financement

Dans un PSLA, les phases d'émergence, de constitution, et de réalisation sont autant d'étapes nécessitant des prestations d'ingénierie, des études préalables et, bien entendu, des investissements. Les pouvoirs publics, essentiellement l'URCAM, l'Etat, l'Union Européenne, et les grandes collectivités territoriales que sont le Conseil Régional, les Conseils Généraux et les établissements publics de coopération intercommunale, contribuent à des niveaux et à des moments différents à la mise en œuvre puis à la réalisation de ce dispositif.

La partie la plus importante des financements publics est consacrée à l'investissement immobilier. En effet, même si un PSLA peut théoriquement fonctionner sous la forme immatérielle, c'est-à-dire en réseau, il apparaît que la totalité des projets élaborés repose sur la mise à disposition d'un ensemble immobilier assurant l'accueil des professionnels de santé et des services administratifs afférents (coordinateur,

³⁶ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

³⁷ La composition du comité régional des financeurs est la suivante : Conseil Régional, Conseils Généraux, Préfectures, SGAR, DRAF, DRASS, URCAM, URML, référents départementaux.

³⁸ La composition des comités opérationnels départementaux est la suivante : Conseil de l'Ordre des médecins (référents départementaux 50 et 61), URML (référent départemental 14), conseils de l'ordre des autres professions médicales et paramédicales, DDAS, Conseils Généraux, Conseil Régional et URCAM.

secrétariats...). Cet édifice peut être réalisé de toutes pièces ou donner lieu à la rénovation d'un bâtiment préexistant.

Quoiqu'il en soit, la plupart des projets de PSLA représente un coût en investissement oscillant entre un et deux millions d'euros.

Les crédits mobilisables sont constitués de sommes issues du FEADER (fond européen agricole pour le développement rural), du FNADT (fonds national d'aménagement et de développement du territoire), de la DDR (dotation de développement rural), et des crédits santé du Conseil Régional et des Conseils Généraux. De façon plus détaillée, les montants de subventionnement possible sont actuellement les suivants :

- un maximum de 40 000 euros au titre du FEADER ;
- au titre du FNADT, 40 % maximum cumulé Etat/Région sur le volet territorial ;
- au titre de la DDR, montant variable dans le Calvados, 100 000 euros maximum dans la Manche et 350 000 euros dans l'Orne ;
- au titre des crédits santé du Conseil Régional, 150 000 euros maximum ;
- au titre des crédits des Conseils Généraux ; 150 000 euros dans le Calvados, 100 000 euros dans la manche et 50 % maximum du reste à charge dans l'Orne.

Le tableau n° 20 (ci-dessous) en offre un aperçu synoptique.

| | | |
|---|--|---|
| Taux : 50 % des aides publiques (80 % maximum des aides publiques) Plafond des dépenses éligibles : 100 000 euros Aide plafonnée à 40 000 euros | | |
| Taux : 40 % maximum sur le volet territorial | | |
| DDR 14 Taux variable selon le projet | DDR 50 Taux 15 % maximum du coût total du projet Plafond : 100 000 euros | DDR 61 Taux variable selon le projet Aide plafonnée à 350 000 euros |
| Taux : 30 % du coût global de l'opération HT Plafond : 150 000 euros | | |
| CG 14 Taux : 15 % du montant de l'investissement Plafond : 150 000 euros | CG 61 Taux : 20 % de la base subventionnable pour PSLA en milieu rural, 10% pour PSLA en unité urbaine Plafond : 100 000 euros | CG 50 Taux : variable selon critères Base de financement : 50 % maximum du reste à charge |

Tableau n° 20 : Modes et niveaux de financement des dépenses d'investissement des PSLA

Selon les départements concernés, les aides mobilisables peuvent atteindre, en l'état actuel des politiques mises en œuvre par les différents partenaires, un ordre de grandeur proche du million d'euros, le reste du financement étant assuré par les communes, la plupart du temps des EPCI (communauté de communes), porteuses du projet. Les professionnels de santé partie prenante du PSLA contribuent ensuite au remboursement de cette charge en acquittant un loyer mensuel incluant les charges de fonctionnement et, parfois, une contribution, variable, destinée au remboursement des charges d'investissement

La question du fonctionnement et de sa prise en charge n'est pas sans intérêt. Elle constitue même un sujet parfois épineux dans la concertation préalable à

l'établissement du projet de PSLA. Si des crédits de fonctionnement sont mobilisables au titre du FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins attribués par l'Assurance Maladie), du FEDER (fonds européen de développement régional), du FNPEIS (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) et des enveloppes du GRSP (groupement régional de santé préventive), ces derniers sont ciblés sur des actions de formation, de prévention et d'éducation à la santé ou sur des nécessités d'information et de communication (TIC), ou encore d'évaluation.

La prise en charge et surtout le montant prévisionnel des dépenses courantes de fonctionnement (personnel de secrétariat, électricité, chauffage, eau, téléphonie...) apparaissent à certains professionnels de santé sans commune mesure avec les sommes qu'ils acquittent individuellement pour le fonctionnement de leur propre cabinet. Si lesdites dépenses peuvent paraître plus élevées, c'est aussi en raison d'un environnement et de services améliorés par rapport au quotidien d'un cabinet traditionnel.

Les améliorations apportées par les PSLA, tant aux professionnels de santé qu'aux patients, devraient être telles que des terrains d'entente sur des bases financières raisonnables devraient être rapidement trouvées. Il serait en effet dommage que ce dispositif, porteur de confort et de progrès pour l'ensemble de la population, ne bute sur des questions aussi prosaïques et pour ne pas dire mesquines que celles des frais de fonctionnement.

• **Leur état d'avancement**

Au 31 décembre 2008, un certain nombre de projets de nature à déboucher sur la création future d'un PSLA étaient en cours d'expertise et d'instruction. Le tableau situé en page suivante donne un certain nombre de renseignements permettant de juger de la localisation et de l'importance des projets de PSLA

Par département, les dossiers les plus avancés sont donc les suivants :

- Isigny-sur-Mer, Thury-Harcourt, Orbec, Condé-sur-Noireau et Saint-Pierre-sur-Dives pour le Calvados ;
- Saint-James, Villedieu-les-Poëles, Quettehou / Saint-Vaast / Barfleur, Carentan, Sourdeval / Mortain pour la Manche ;
- Domfront, L'Aigle, Carrouges, Gacé, et Mortagne pour l'Orne.

Il est utile de préciser que le Plan de relance gouvernemental comporte un volet sanitaire et qu'en son sein quatre projets de pôles sont retenus : Villedieu-les-Poëles, Saint-James, Orbec et Gacé. Compte tenu des délais particulièrement serrés (ouverture de travaux avant la fin de l'année 2009) pour bénéficier des crédits d'Etat attribués en la matière, il est probable que ces quatre pôles seront opérationnels en 2010.

| | Nb hab concernés | Professionnels de santé concernés | Date possible lancement travaux |
|----------------------|------------------|---|---------------------------------|
| Calvados | | | |
| Isigny/Mer | 8 000 | 4 MG, 6 IDE, 1 podologue, 1 kiné, 1 orthophoniste, 1 diététicien | 2009 |
| Thury-Harcourt | 12 000 | 3 MG, 3 IDE, 1 orthophoniste, 1 dentiste, 1 psychologue | |
| Orbec | 8 000 | 4 MG, 6 IDE, 1 kiné | 2009 |
| St Pierre/Dives | 9 600 | 2 MG, 2 dentistes, 2 podologues, 1 orthoptiste | |
| Condé/Noireau | 10 000 | 7 MG, 1 kiné, 2 dentistes, 1 pharmacien, 1 podologue, 1 IDE | |
| Manche | | | |
| St James | 7 000 | 1 MG, 1 dermato, 2 dentistes, 3 kinés, 2 cabinets infirmiers (9 IDE), 1 pédicure, 1 orthophoniste | 2009 |
| Villedieu-les-Poêles | 12 000 | 6 MG, 2 dentistes, 3 kinés, 4 IDE, 3 radiologues, 1 ophtalmo, 1 podologue Cabinet secondaire | 2009 2009 |
| Quettehou-St Vaast | 10 000 | 7 MG, 13 IDE, 3 kinés, 2 podologues | |
| Sourdeval-Mortain | 12 000 | 10 médecins, possibilité de 2 pôles | |
| Barenton-Le Teilleul | 6 500 | 5 MG, 2 IDE, 1 kiné, 2 pôles | |
| Carentan | 12 500 | 9 MG, 3 dentistes, 1 cardio, 1 ophtalmo, 6 kinés, 7 IDE, 1 podologue, 5 radiologues, 1 ORL, 3 chirurgiens à tps partiel, 2 gynécos, 1 LAM | |
| Orne | | | |
| Domfront | 16 700 | 35 PS dont 15 MG, 18 IDE, 8 satellites | |
| Mortagne-au-Perche | 15 000 | 8 médecins, 6 IDE, 1 psychologue | 2010 |
| Gacé | 7 000 | 4 médecins, 3 kinés, 5 IDE, 1 podologue, 1 psychologue | 2009 |
| L'Aigle | 20 000 | 9 médecins, 14 infirmiers | |
| Carrouges | 5 500 | | |

MG = Médecin général

IDE = Infirmière Diplômée d'Etat

ORL = Oto-Rhino-Laryngologue

LAM = Laboratoire d'Analyses Médicales

PS = Professionnels de Santé

Tableau n° 21 : Etat d'avancement et composition des PSLA en émergence à fin 2008

Source : URML de Basse-Normandie

III.4.2.3. Favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes

L'objectif de favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes est en quelque sorte indissociable et consubstantiel de la démarche PSLA. En effet, la création de pôles de santé constitue non seulement une forme de réponse volontariste à la demande de soins exprimée par la population mais aussi aux aspirations des médecins généralistes et en particulier des plus jeunes d'entre eux.

En facilitant l'exercice regroupé, les synergies médicales et paramédicales, les possibilités améliorées d'accueil d'internes, en priorisant le temps médical sur le temps administratif, en apportant des réponses aux problèmes de surcharge de travail, les PSLA devraient inciter les jeunes médecins à s'installer plus facilement dans des territoires jusqu'alors délaissés ou ignorés. Il s'agit donc d'un dispositif dont les effets sur la présence de médecins généralistes de premier recours devraient être bénéfiques.

Il est utile d'insister sur l'importance de ce dispositif par rapport à l'accueil des étudiants en médecine, qu'ils soient de deuxième ou de troisième cycles. En leur proposant des conditions et un environnement de stages plus favorables que naguère et en leur montrant un mode d'exercice plus conforme à leurs aspirations, l'idée que les étudiants se feront de la médecine généraliste de premier recours devrait être plus positive. De la sorte, il n'est pas exclu de penser que, grâce aux PSLA, l'attrait pour la médecine générale se trouve renforcé de même que les possibilités de voir les jeunes médecins s'installer en milieu rural ou semi-rural.

Par ailleurs, le développement des PSLA à l'échelle régionale ne dispense pas les pouvoirs publics (Etat, collectivités territoriales et université) de poursuivre la mise en œuvre d'actions diverses et variées en faveur de l'exercice de la médecine générale et de l'installation de praticiens. La seule condition à respecter en la matière est la cohérence des actions instaurées pour éviter soit les concurrences improductives, soit les effets d'aubaine, l'ensemble aboutissant à un usage inapproprié des deniers publics.

III.4.3. La volonté de conforter l'enseignement de la médecine en Basse-Normandie

L'une des réponses et non des moindres aux problématiques de présence médicale et à l'évolution préoccupante de la démographie médicale tient dans la capacité d'une région à former ses médecins et ce notamment dans le domaine de la médecine générale. Il faut à ce propos convenir que la Basse-Normandie souffre d'un certain nombre de handicaps, les uns structurels, les autres liés à des tropismes plus ou moins justifiés.

La question des tropismes, assez subjective en soi, il faut en convenir, repose en particulier sur une notoriété insuffisamment mise en valeur de la Basse-Normandie dans son ensemble et, plus spécifiquement, des qualités de la faculté de médecine de Caen et de son pendant, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).. En l'occurrence, la qualité de l'enseignement, des soins et des recherches menées dans cette enceinte est pourtant d'un niveau plus que respectable d'autant qu'elle comporte même des secteurs d'excellence.

Il faut ici rappeler que la recherche y repose sur des points forts qui sont pour les principaux les neurosciences, l'imagerie médicale, le cancer, les cardiosciences et l'infectiologie. La note³⁹ liste les équipes d'accueil, les unités mixtes de recherche et autres structures de recherche (Institut Fédératif de Recherche -IFR-) reconnues par le ministère.

³⁹ Les principales Equipes d'Accueil (EA), Unités Mixtes de Recherche (UMR) et Institut Fédératif de Recherche (IFR), reconnus par le Ministère sont les suivants :

- EA 2128 → Interactions hôte et microorganismes des épithéliums
- EA 3212 → Groupe Cœur et Ischémie
- EA 3214 → Matrice extracellulaire et pathologies
- EA 3917 → Mobilités : cognition et temporalité
- EA 3919 → Biologie moléculaire et cellulaire de la signalisation
- EA 3936 → Cancers et Populations
- IFR 146 → Interactions Cellules Organismes Environnement (ICORE)
- UMR 6232 → Centre Imagerie-Neurosciences et Applications aux Pathologies (CI-NAPS)
- UMR S 923 → Neuropsychologie cognitive et neuroanatomie fonctionnelle de la mémoire humaine

Au plan plus structurel, il faut reconnaître que la faculté de médecine de Caen souffre d'un certain nombre de maux auxquels il convient de remédier de la façon la plus volontariste possible. Parmi ceux-ci, il est utile de citer la vétusté et l'exiguïté des locaux d'enseignement et de recherche sans même évoquer des capacités d'accueil insuffisantes, ainsi que des effectifs d'hospitalo-universitaires proportionnellement parmi les moins élevés de France.

Il convient également de souligner que l'attrait mitigé des étudiants pour la médecine générale en Basse-Normandie obéit à une certaine logique territoriale qui veut que les régions périphériques de l'Île-de-France, (les deux Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne et Centre) sont celles qui connaissent les plus forts taux de désaffection pour cette discipline (cf. tableau n° 18 en troisième partie de ce document). En l'occurrence, les surdotations en places de spécialités et les potentialités ô combien plus grandes de devenir chefs de clinique dans les centres hospitaliers universitaires franciliens sont notamment à l'origine de ces distorsions et de ces choix préférentiels.

Il est intéressant de revenir sur chacun de ces points pour mieux comprendre la situation actuelle de la faculté de médecine de Caen et ses projets.

Il faut tout d'abord être conscient du fait que cet établissement d'enseignement a connu voici un certain nombre d'années une évolution de ses effectifs telle que son existence même pouvait être remise en cause. En effet, le *numerus clausus*, dans sa déclinaison bas-normande, n'octroyait plus en 1991 à la faculté de médecine de Caen qu'environ 70 admis en deuxième année, effectif limite en deçà duquel la question du maintien de l'UFR pouvait se poser. Cette situation a eu notamment pour conséquence de priver la faculté d'une évolution adaptée et nécessaire de ses locaux d'enseignement. Pour preuve, les surfaces aujourd'hui encore dévolues au travail personnel et à la recherche bibliographique s'élèvent à 0,35 m² par étudiant ! D'une manière générale, les amphithéâtres sont trop petits, les salles de travaux dirigés et de travaux pratiques insuffisantes en nombre et en surface, sans même évoquer une vétusté de plus en plus perceptible en raison d'une maintenance inexistante pour des raisons de coûts prohibitifs eux-mêmes engendrés par le classement de l'ensemble du CHU en immeuble de grande hauteur.

Cette exigüité devient manifeste et difficilement supportable à l'heure où les effectifs d'étudiants ne cessent de croître ; ils sont ainsi passés de 1 716 en 1994 à 2 289 en 2004 pour atteindre en 2009 plus de 3 000 étudiants. Dès lors, l'accueil globalisé en 1^{ère} année des étudiants en médecine, en études de sages-femmes et en dentaire et peut-être demain en kiné pose des problèmes insolubles de capacité d'accueil.

Héritage de cette situation antérieure de délaissement et de désintérêt, le nombre de professeurs n'a pas évolué suffisamment pour accompagner notamment l'augmentation des effectifs étudiants. Ainsi, la faculté de médecine de Caen compte 103 professeurs hospitaliers universitaires auxquels il faut ajouter 64 non titulaires, ce qui situe l'établissement bas-normand à l'avant dernier rang national. De surcroît, le CHU demeure sous-doté en médecins cliniciens ce qui a pour effet préjudiciable de faire peser sur les hospitalo-universitaires une charge en soins qui, par contrecoup, contribue à limiter leur temps disponible pour la recherche et la rédaction de publications. De la sorte, la notoriété et l'attractivité du CHU souffrent de cette situation.

En outre, cet état de fait n'est pas sans répercussion sur la capacité de l'université de médecine de Caen à proposer un nombre suffisant de postes de chefs de clinique. Leur nombre n'a de fait que très peu augmenté au cours des dernières années alors que le nombre d'internes croissait considérablement. De la sorte, un interne de spécialité à Caen a 0,39 chance sur 100 d'accéder au rang de chef de clinique alors qu'en région francilienne, un interne possède 1,42 chance d'y parvenir. Devant cette distorsion, les internes préfèrent finir leurs études dans une faculté de médecine leur offrant de meilleures perspectives, autrement dit hors de la Basse-Normandie.

Pour remédier à cette situation préjudiciable, les autorités universitaires régionales, avec l'appui de la DRASS de Basse-Normandie, ont institué des postes (33) d'Assistants Spécialistes Régionaux. Assez comparables aux chefs de clinique (accès ultérieur au secteur 2, au concours de titre 1...), cette innovation quasi-spécifique à la Basse-Normandie⁴⁰ vient renforcer l'attrait que peuvent manifester les étudiants en médecine pour accomplir un troisième cycle d'études à Caen et en Basse-Normandie⁴¹.

Pour contribuer à améliorer la notoriété de la faculté de médecine de Caen, d'autres initiatives ont été mises en œuvre et en particulier la construction future d'un pôle de formation aux métiers de la santé englobant la faculté de médecine et un certain nombre de structures de formation paramédicale. Ce pôle, inédit au plan national, apportera suscitera sans nul doute un regain d'intérêt tant chez les enseignants universitaires que chez les étudiants en médecine, en particulier ceux de troisième cycle.

Par ailleurs, il faut convenir du fait que la faculté de médecine de Caen n'a pas toujours bénéficié, de la part des sphères professionnelles, politiques et médiatiques régionales, de l'appui qu'elle aurait mérité de recevoir eu égard au rôle éminent qu'elle est amenée à jouer.

⁴⁰ Depuis reprise par la faculté de médecine de Lille.

⁴¹ D'autant plus que depuis novembre 2008 les postes d'assistants spécialistes régionaux sont également ouverts aux internes de médecine générale.

IV. FAIRE DES POLES DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES (PSLA) UNE REPONSE APPROPRIEE ET DURABLE AUX PROBLEMES DE PRESENCE MEDICALE EN BASSE-NORMANDIE

Qu'on ne s'y trompe pas, les PSLA sont plus une réponse d'ordre organisationnel que numérique aux problèmes posés par une démographie médicale inéluctablement déclinante, du moins dans les 15 années à venir. Leur objectif est de favoriser, d'une part, le maintien dans la plupart des territoires (ceux qui auront adhéré à la démarche) d'une présence médicale et, d'autre part, de déterminer une organisation des soins ambulatoires satisfaisant à l'essentiel des besoins sanitaires de la population.

Il s'agit donc d'une réponse parmi d'autres et non de la réponse à l'ensemble des problèmes de présence sanitaire. La question de l'attrait pour la médecine générale de premier recours, de la présence hospitalière, du maintien d'une permanence des soins qui va souffrir de la baisse du nombre de médecins, de la prise en charge des effets du vieillissement de la population, toutes ces questions à dominante sanitaire demeurent pendantes et vont exiger à court, moyen et long termes des solutions appropriées. La mise en place progressive des PSLA constitue un facteur certes important mais cependant un facteur parmi d'autres d'un l'édifice sanitaire régional en devenir.

Pour autant, la diffusion sur une grande partie du territoire régional des PSLA apparaît être une véritable opportunité qu'il convient sans nul doute de saisir. Mais l'adhésion graduelle et finalement généralisée à ce dispositif nécessite très certainement un certain nombre de clarifications et probablement d'ajustements. En effet, il s'agit d'un dispositif paré d'un certain nombre d'avantages mais présentant aussi sinon des imperfections du moins des possibilités d'amélioration. Quoiqu'il en soit, aucune autre solution alternative aux problèmes actuels et futurs de présence médicale n'est aujourd'hui proposée.

Il convient enfin de souligner que le temps presse et qu'en l'espace d'une seule année, la carte des Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) s'est "enrichie" de trois nouveaux territoires dans le Calvados (Lisieux, Pont-l'Evêque et Villers-Bocage) et de quatre zones supplémentaires dans la Manche (Beaumont-Hague, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Ducey et Torigni-sur Vire).

IV.1. UN DISPOSITIF ORIGINAL ET NON DENUE D'AVANTAGES...

A la réflexion, les PSLA sont à la fois une novation et une source de progrès par rapport à une situation actuelle et surtout future à bien des égards insatisfaisante et préoccupante.

IV.1.1. Un dispositif novateur

Les PSLA innoveront indiscutablement par rapport aux réponses antérieurement apportées aux questions de présence médicale. En ce sens, ils reposent sur une réflexion et un volontarisme territorial des professionnels de santé en faveur de la constitution d'un projet global de santé au sein d'un bassin de vie. A la différence également des dispositifs antérieurs (les maisons médicales en particulier), ils associent impérativement plusieurs professions de santé. De la sorte, ils prennent en compte également les questions de complémentarité, de coordination, de mise en place d'une communauté professionnelle médicale et paramédicale, mais aussi de santé publique (prévention, éducation à la santé...), de formation continue... Il n'est pas non plus interdit de penser qu'à moyen terme tous les PSLA intégreront dans leur structuration des acteurs médico-sociaux (EPHAD, SIAD...), ce qui est par ailleurs prévu dans les objectifs énumérés dans la convention partenariale signée en 2008.

Leur émergence est le fruit d'une longue réflexion associant progressivement un nombre croissant de praticiens médicaux et paramédicaux. Il ne s'agit donc pas d'un projet "plaqué" sur un territoire nonobstant ses spécificités et ses particularismes. Cependant, ce processus d'émergence et de constitution reçoit le concours d'une ingénierie pour en faciliter la maturation et la concrétisation et éviter, autant que faire se peut, certains obstacles ou dérives pouvant potentiellement entraver ou dénaturer le projet global.

Au plan matériel, il est prévu que la plupart des PSLA se dotent d'un coordinateur. Ce collaborateur, que l'on ne trouvait dans aucun des dispositifs antérieurs, est un rouage indispensable et à bien des égards essentiel au bon fonctionnement du pôle. Il doit assurer des tâches de gestion (encadrement, comptabilité, informatique et information) et de coordination-animation vis-à-vis des professionnels intervenant dans le pôle, des institutions périphériques (établissements de santé, médico-sociaux...) et des collectivités territoriales. Plus généralement, il doit favoriser la libération du temps des professionnels en faveur d'une prise en charge accrue des missions de soins et de santé au profit de la population du bassin de vie. C'est donc une fonction à la fois innovante et garante de l'efficacité du dispositif. Par ailleurs, il convient de préciser qu'il est parallèlement envisageable de mutualiser cette fonction sur plusieurs PSLA, cette disposition pouvant contribuer à la réalisation d'économies d'échelle.

Enfin, les PSLA, de par leur équipement immobilier, informatique et de télécommunication (télémédecine, visioconférences...) seront à même de favoriser les diagnostics médicaux à distance mais aussi les actions de formation continue, de prévention et d'éducation.... En ce qui concerne ce dernier point, les PSLA peuvent favoriser plus que tout autre dispositif le développement d'une politique de santé publique plus ambitieuse dans ses moyens et donc dans ses objectifs.

IV.1.2. Un dispositif fédérateur

L'institution d'un PSLA sur un territoire a tout d'abord pour intérêt d'inciter les professionnels de santé à échanger tant sur des problématiques globales (présence médicale, continuité de soins, objectifs de santé publique...) que sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs professions (exercice isolé, remplacement, formation...). Le projet de PSLA, qui autorise l'évocation de ces thèmes de réflexion, a par ailleurs, le mérite d'être introduit soit par les représentants de l'URML (dans le

Calvados), soit par les ordres départementaux des médecins (dans la Manche et l'Orne), ce qui n'est pas sans faciliter grandement la discussion et dans certains cas le ralliement au projet de PSLA.

Au-delà de la convergence d'intérêts dont doit faire preuve en la matière la communauté médicale et paramédicale, le concept de PSLA a reçu de l'ensemble des partenaires institutionnels un accueil très favorable. Comme déjà mentionné dans ce document, l'Etat, les grandes collectivités territoriales (conseils généraux et régional), l'Assurance Maladie, sont notamment signataires de la convention partenariale et contribuent à des degrés et à des niveaux variables au financement des pôles. A ces contributeurs, il faut ajouter l'Union Européenne (via le FEADER) et les collectivités territoriales directement intéressées par la création et l'implantation d'un PSLA, en l'occurrence les communes et les communautés de communes.

La Basse-Normandie apparaît donc en mesure de mettre en œuvre cette politique structurante en matière d'offre de soins, surtout si elle est dotée des moyens financiers suffisants. Elle peut progressivement inciter une majorité de professionnels de santé à s'y rallier, bien sûr sur la base du volontariat.

En outre, l'adhésion des grandes collectivités territoriales à ce dispositif est de nature à uniformiser progressivement les politiques et les actions mises en œuvre par celles-ci au plan régional en faveur d'une offre de soins confortée.

Par ailleurs, et ce n'est pas un mince avantage, le fait d'être en avance sur les autres régions, une fois n'est pas coutume, devrait permettre à la Basse-Normandie de bénéficier de la part de l'Etat et de l'Assurance Maladie de crédits d'expérimentation qui viendraient en diminution des contributions apportées en particulier par les collectivités territoriales.

Egalement, les PSLA offrent l'avantage d'inciter les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux confondus, à se rencontrer, à se concerter et, finalement, si le dispositif reçoit un accueil favorable, à se coordonner.

Enfin, le fait de développer des PSLA est de nature à conforter la structure hospitalière régionale, du moins celle constituée des établissements disposant de plateaux techniques suffisants.

IV.1.3. Un dispositif offrant une réelle souplesse

L'un des intérêts et des avantages des PSLA réside dans sa souplesse qu'il s'agisse de son dimensionnement, de sa composition, de son fonctionnement et de sa structuration.

Son dimensionnement est tout d'abord conditionné par le degré d'adhésion sur un territoire donné des professionnels de santé à ce concept. En ce sens, il ne faut sans doute pas juger un PSLA nouvellement créé sur le nombre modeste de professionnels qui le compose. L'avantage de ce dispositif réside ainsi dans sa faculté à évoluer dans le temps, du moins jusqu'à une taille pertinente.

Sa composition est déterminée à la fois par l'éventail de professionnels de santé situés dans l'aire du PSLA et y adhérant, et, également, par son degré d'attractivité. C'est là un élément particulièrement intéressant du dispositif car, en fédérant un certain nombre de professionnels et de professions de santé et en offrant un mode de

fonctionnement efficace, il peut inciter à l'installation de nouveaux praticiens, médicaux ou paramédicaux, qui, autrement, n'auraient pas envisagé cette localisation.

Son fonctionnement et sa structuration offrent aussi une plasticité certaine. Un PSLA peut n'être, du moins à ses débuts, qu'un réseau, les professionnels de santé conservant leur domiciliation originelle. Il peut aussi, et c'est certainement la solution qui sera la plus souvent retenue, être constitué d'un noyau, lui-même doté d'une structure immobilière plus ou moins étoffée, et de cabinets secondaires, satellites du noyau. Cette structuration peut aussi fonctionner selon un mode encore plus composite, mêlant structure centrale, cabinets secondaires et cabinets de plein exercice, certains professionnels pour des raisons qui leur sont propres désirant conserver leur domiciliation antérieure.

Cette plasticité autorise donc la mise en place de PSLA "à la carte", c'est-à-dire correspondant aux motivations et aux attentes de leurs instigateurs.

IV.1.4. Un dispositif attractif

Parmi l'ensemble des avantages proposés par les PSLA, il en est qui s'inscrivent dans le présent, offrant des solutions immédiates à des problèmes actuels, et d'autres qui se situent dans le moyen et le long termes. Il s'agit en l'occurrence de l'attractivité que peut générer un PSLA sur les professionnels de santé. C'est là un des intérêts majeurs de la formule car répondant au problème majeur du déficit à venir sinon d'installations du moins d'implantations dans des zones jusqu'alors réputées, à tort ou à raison, peu attractives.

Il faut souligner et rappeler que le concept de PSLA apporte des réponses adaptées à une partie des freins à l'installation de jeunes professionnels de santé, notamment de médecins généralistes de premier recours : exercice groupé et/ou en réseau, possibilité accrue de pratiquer en temps partiel, allègement des tâches administratives...

L'existence d'un pôle de santé et l'acquisition progressive d'une certaine notoriété de ceux-ci peuvent inciter des professionnels à l'intégrer et de jeunes médecins à le rejoindre soit en exercice libéral (à titre individuel ou comme collaborateur), soit en tant que salarié. Par ailleurs, ce qui est valable en termes d'attractivité pour les médecins peut l'être aussi pour les professions paramédicales. Ainsi, il n'est pas interdit de penser que la présence d'un PSLA incite des paramédicaux à s'installer et à le rejoindre. Ce dispositif pourrait même inciter des spécialités paramédicales jusqu'alors absentes à s'implanter dans le périmètre couvert par ce dispositif. En l'occurrence, on peut espérer que le développement des PSLA pourra contribuer à une présence améliorée des sages-femmes sur le territoire régional.

Compte tenu du fait que la région détient en la matière un réel avantage en raison de son antériorité dans la mise en œuvre du dispositif⁴², il est possible que des médecins d'origine extrarégionale ou ayant fait leur internat en Basse-Normandie, voient dans cette structure une réponse à leurs attentes professionnelles et les rejoignent.

⁴² A ce propos, la loi HPST charge les (futurs) Agences Régionales de Santé de réaliser des études et donc des cartographies de la présence et de l'offre de soins sur les territoires. L'avance de la Basse-Normandie est en la matière considérable puisque ces cartes existent et sont régulièrement mises à jour.

Enfin, les PSLA peuvent se doter de logements destinés à l'hébergement d'internes (et d'étudiants en disciplines paramédicales) en stages. La qualité de l'accueil que pourraient dispenser ainsi les pôles de santé donnerait à la médecine générale de premier recours une image plus positive qu'elle n'est actuellement surtout pour ce qui concerne l'exercice en milieu rural ou semi rural.

IV.2. ... MAIS DEVANT PRENDRE EN COMPTE CERTAINS IMPERATIFS

Autant les PSLA semblent pouvoir apporter des réponses efficaces à une partie des problèmes de présence médicale actuels et à venir, autant il semble utile au CESR de voir ce dispositif s'inscrire dans une logique où l'intérêt général, en l'occurrence une offre de soins satisfaisant à l'essentiel des besoins de la population, doit constituer le fil directeur.

Plus prosaïquement, la mise en place de PSLA au sein d'un nombre progressivement important de bassins de vie nécessitera de la part des pouvoirs publics des efforts financiers non seulement considérables mais aussi durables. En effet, un PSLA c'est à la fois de l'investissement (un terrain, des locaux, de l'informatique, des logiciels, de la bureautique...) mais également du fonctionnement (fluides, personnel administratif et d'entretien...).

Même si les professionnels de santé adhérant au PSLA se devront d'acquitter un somme mensuelle couvrant tout ou partie de ces dépenses, il n'en demeure pas moins que l'effort financier initial consenti par les partenaires publics sera conséquent et probablement d'une telle importance que la probabilité d'un strict retour sur investissement demeure des plus aléatoires.

La contrepartie de ces efforts consentis par la collectivité et par les pouvoirs publics doit consister en la prise en compte dès l'instauration des PSLA d'un certain nombre de paramètres ayant pour dénominateurs communs la recherche de l'intérêt général, le souci de l'aménagement du territoire et enfin l'objectif de pérenniser les structures ainsi créées. Ces paramètres doivent répondre à des préoccupations générales et à des priorités d'ordre financier, structurel, et territorial.

IV.2.1. Des impératifs territoriaux

Nés d'initiatives locales et relevant du volontarisme des professionnels de santé, les PSLA doivent, semble-t-il, obéir à une certaine logique territoriale. En l'occurrence, leur apparition progressive sur le territoire régional ne doit pas aboutir à des localisations et à des délimitations souffrant d'incohérences. Ainsi, les différentes structures accompagnant l'émergence des projets de PSLA (Comité Opérationnel Départemental, Comité Technique d'Ingénierie, Comité des Financeurs), chacune à leur niveau mais de préférence le plus tôt possible, doivent détecter les projets dont l'aire et la dimension territoriales seraient susceptibles de générer des problèmes à court ou à moyen terme.

Ainsi, il faut sans doute inciter à reconsidérer, cela paraît évident, les projets s'inscrivant dans une zone où la relation avec un établissement hospitalier s'avérerait, pour de multiples raisons, délicate. De même, les concurrences potentielles entre PSLA

du fait de tailles inadaptées (trop petites ou inégales), de leurs proximités (quid des projets voisins d'Isigny-sur-Mer et de Carentan ?) doivent être anticipées pour éviter ensuite d'avoir à les gérer.

Sans même évoquer l'éventualité de la création d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ambulatoire, il convient donc de rechercher une répartition optimale des PSLA sur le territoire régional pour éviter des doublons ou des incohérences ou encore des surcoûts. Le rôle des différentes instances citées précédemment apparaît en la matière indéniable, ajoutant à leurs compétences techniques une vision territoriale et prospective indispensable. A cet égard, la question de l'évolution future des PSLA doit d'ores et déjà être intégrée à l'instruction des projets actuels. Ainsi, autant il est possible dans l'immédiat de concevoir la création de deux petits projets de PSLA mitoyens, autant on peut s'interroger à terme sur leur possible fusion et sur le devenir des investissements immobiliers initialement consentis.

Il convient à ce propos de souhaiter que les édiles locaux ne pratiquent pas de surenchères pour disposer, chacun dans son chef-lieu de canton, d'un PSLA au mépris des nécessités de coordination sanitaires et médico-sociales et d'une gestion raisonnable et raisonnée des deniers publics. Le fait d'assurer le bouclage financier des projets de PSLA n'autorise en rien des groupements de communes à favoriser l'émergence de projets dont la pérennité et la légitimité sanitaires sont loin d'être acquises. Un PSLA doit avant toutes choses constituer une réponse cohérente aux besoins de santé d'un bassin de vie et non devenir un enjeu de suprématie entre deux ou trois chefs-lieux de cantons.

Dans le même ordre d'idées, il serait sans doute intéressant, pour chaque projet en émergence, de comptabiliser le nombre de professionnels de santé non adhérents à la démarche car ils sont susceptibles ultérieurement de s'y rallier et donc d'engendrer ce faisant des problèmes de capacités d'accueil. La question est délicate car s'il est nécessaire d'adapter la dimension immobilière du pôle pour en contenir le coût immobilier initial, il serait mal venu d'en limiter les possibilités futures d'extension faute d'espace disponible.

Il est également intéressant de mener une réflexion préalable sur l'intérêt de développer les PSLA en ville. Dans l'absolu et pour répondre à des déficits ponctuels de présence médicale en certains secteurs urbains, l'idée peut être retenue car présentant une certaine légitimité par rapport aux besoins de la population, notamment pour des quartiers en difficultés et reconnus comme tels. Toutefois, il semble que les problématiques de présence médicale en agglomération ne présentent pas la même acuité qu'en milieu rural. Les possibilités de transport vers les lieux de soins (cabinets médicaux, établissements hospitaliers...) sont incomparablement plus aisées en ville et la densité globale en professionnels de santé, en spécialités médicales et en établissements de soins, y est nettement supérieure.

En ce sens, la création de PSLA en milieu urbain semble plus répondre à une problématique d'organisation et/ou de création de réseaux entre professionnels médicaux et paramédicaux qu'à une demande localisée de soins émanant de la population. En l'occurrence, il semblerait, au moins dans un premier temps, plus judicieux de privilégier une approche plutôt médico-sociale pour mieux persuader les populations des zones urbaines en difficultés de l'intérêt d'un suivi médical et d'une meilleure prise en considération de certaines impératifs d'éducation à la santé.

Dès lors, autant l'émergence de telles structures est envisageable, autant leur financement par les pouvoirs publics ne paraît pas relever ni de la même priorité qu'en milieu rural, ni des mêmes formes de financement. Il faut à ce propos rappeler que la convention partenariale approuvée en 2008 excluait ce type d'initiative des modes de financement proposés. Par ailleurs, une étude des situations urbaines en termes d'offre de soins doit être préalablement menée.

IV.2.2. Des impératifs structurels

En tant qu'entités regroupant des professionnels de santé, les futurs PSLA sont confrontés à des problématiques de dimension, de composition et de structuration.

IV.2.2.1. Tendre vers un dimensionnement raisonnable

La question de leur dimension se pose à plusieurs niveaux. Ainsi, le choix de créer un PSLA regroupant un nombre considérable de professionnels induit dans la plupart des cas la nécessité de disposer ou d'édifier un ensemble immobilier d'accueil de taille importante, d'où des coûts d'investissements élevés. Dans le même ordre d'idées, au-delà d'un certain nombre de professionnels regroupés, le risque de créer à terme un quasi-établissement de soins n'est pas négligeable. Egalement, le fait de concentrer au cœur d'un bassin de vie étendu l'ensemble des professionnels de santé est de nature à créer de véritables déserts médicaux en périphérie. Enfin, un PSLA de taille importante va générer des frais de fonctionnement en augmentation, au-delà en tout cas des économies d'échelle qu'une structure de dimension raisonnable aurait occasionnées.

Ces problématiques étant posées, il convient de faire en sorte que les futurs PSLA adoptent des périmètres qui répondent aux besoins de santé de la population et qui correspondent à l'offre médicale et paramédicale susceptible d'y adhérer. Cette question de la dimension pertinente des PSLA se révèle particulièrement délicate car elle est tributaire d'un grand nombre de variables : taille du bassin de vie, profil sanitaire de la population, adhésion plus ou moins grande des professionnels de santé au dispositif proposé, capacité des pouvoirs publics de contribuer financièrement au projet...sans méconnaître l'implication plus ou moins grande des élus, voire les concurrences entre eux. La mise en cohérence de cet ensemble de variables exige un temps de réflexion nécessairement élevé et une vision globale et à bien des égards prospective. Il faut à ce propos considérer que l'inscription au plan de relance gouvernemental de certains projets de PSLA a pour effet regrettable d'imposer le respect de délais tellement serrés qu'ils vont à l'encontre d'une réflexion et d'une concertation suffisamment étayées.

Sans vouloir théoriser les PSLA, il semble que la dimension de ce dispositif, pour qu'il soit efficace et raisonnablement finançable, doive répondre à une triple exigence :

- concerner un bassin de vie d'environ 15 000 habitants ;
- intéresser une quinzaine de professionnels de santé ;
- être situé à environ 15 minutes de transport pour la plupart des patients.

Les PSLA qui adopteraient un dimensionnement différent, notamment par excès, risquent de cumuler les inconvénients précédemment énumérés : coût immobilier exagéré, coûts de fonctionnement inflationnistes, dérive structurelle vers la création

d'un quasi établissement de santé, effet centripète "asséchant" l'offre de soins périphérique...

IV.2.2.2. Reposer sur une composition large de professionnels de santé

La composition des PSLA est une autre thématique d'importance. Le succès des PSLA réside très probablement dans leur faculté de proposer à la population une offre de soins large, incluant la plupart des spécialités indispensables à des soins de premier recours : médecins évidemment mais également pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers...

La mise en place d'un PSLA incluant un éventail élargi de professionnels de santé requiert de la part des fondateurs du dispositif, généralement des médecins, de faire montre d'une réelle capacité à fédérer et à dialoguer en amont avec les autres corporations médicales et paramédicales. Pour évident que cela puisse paraître, cette concertation repose sur une compréhension mutuelle des enjeux représentés par la création d'un PSLA et sur l'établissement d'un dialogue non hiérarchisé entre professionnels de santé.

En l'occurrence, les paramédicaux expriment parfois la crainte d'une "mainmise" des médecins sur le processus de création du PSLA puis sur le PSLA lui-même. Encore une fois, la qualité de la concertation initiale revêt une grande importance et la recherche d'un fonctionnement "gagnant/gagnant" doit en constituer le fil directeur. Pour corroborer cette observation, il est intéressant de souligner que le président de l'association de configuration du pôle de Barenton-Le Teilleul est un infirmier.

Au-delà de ces questions de nature générale, deux problématiques plus prosaïques doivent ici être évoquées. La première a trait à l'organisation juridique des relations entre professionnels de santé au sein du PSLA. Au moment où ce document est rédigé, il semble que le choix se porte vers la constitution de Sociétés Civiles de Moyens (SCM), structure juridique la plus à même de répondre aux exigences matérielles des professionnels adhérant à un PSLA. Cependant, il semble que ce type de réponse juridique gagnerait à être affinée pour mieux correspondre aux besoins spécifiques des PSLA qui, il faut le souligner, rassemblent des professionnels de santé d'horizons différenciés. La poursuite de la réflexion sur cette question tout à fait importante apparaît indispensable car la survenance de problèmes juridiques une fois les PSLA en vigueur pourrait handicaper leur fonctionnement, leur notoriété, leur pérennité, et finalement leur diffusion sur le territoire.

La seconde problématique concerne la localisation des pharmacies. En effet, qu'elles soient parties prenantes ou non dans les PSLA, la pérennité de ces officines peut être remise en cause par le lieu d'implantation du pôle. Il s'agit d'une question dont l'intérêt dépasse, et de loin, celui, commercial et patrimonial, des pharmaciens directement concernés. En effet, la localisation des pharmacies, qui répond à des critères réglementaires et démographiques, devrait aller de pair avec celle du PSLA, en particulier pour faciliter l'accès des patients à la délivrance des médicaments. De toute évidence, cette question nécessite une réflexion à laquelle l'Ordre des Pharmaciens est d'ores et déjà associé.

Au-delà de ces différentes problématiques, la nécessité de parvenir à des PSLA reposant sur un éventail élargi de professionnels de santé doit amener à réfléchir à deux questions : le cheminement au sein des PSLA vers un dossier médical partagé et

la nécessaire et incontournable intégration des structures médico-sociales (EPHAD, SIAD...) dans ce dispositif.

IV.2.2.3. Adopter une structuration déterminant un accès facilité de la patientèle

L'architecture des PSLA doit, autant que possible, épouser les spécificités du bassin de vie au sein duquel il est implanté. En ce sens, la question de la mise en place de cabinets secondaires, sortes de succursales du pôle, mérite d'être posée. En effet, il apparaît particulièrement intéressant de doter le territoire sur lequel est développé un PSLA de cabinets secondaires pour mieux faciliter une ou deux fois par semaine l'accès de la population aux consultations et aux soins.

L'adoption d'un tel maillage présente plusieurs avantages dont trois au moins doivent être soulignés. D'une part, la présence de cabinets secondaires évite la création en certains secteurs du bassin de vie de véritables déserts médicaux. D'autre part, l'accès aux soins est facilité pour la patientèle dont une partie peut être confrontée à des problèmes de mobilité. Enfin, la mise en place de cabinets secondaires est de nature à limiter les frais de transports médicaux qui, en l'absence de ces structures, auraient probablement tendance à augmenter.

En l'occurrence, il ne serait sans doute pas inutile d'entériner au moment de la création définitive d'un PSLA le principe du maintien dans le temps de l'existence de cabinets secondaires. Cet engagement éviterait la tentation de les remettre progressivement en cause et, par ailleurs, garantirait l'usage de locaux dont la collectivité aurait initialement assuré le financement.

IV.2.3. Des impératifs financiers

Même si la nécessité de créer des PSLA pour conserver une offre de soins adaptée aux besoins de la population et pour conforter la présence médicale prime sur toute autre considération, il apparaît utile au moment où l'argent public se raréfie de rappeler que ce type d'initiative doit s'inscrire dans une certaine forme d'orthodoxie financière et de mesure. La volonté politique de mettre en place des PSLA sur tout ou partie du territoire bas-normand, si elle est incontestable au plan de l'aménagement du territoire, se doit donc de demeurer dans un cadre financier acceptable pour les pouvoirs publics et en particulier pour les collectivités territoriales d'accueil et leurs contribuables.

En ce sens, les développements précédents relatifs à la dimension et à la structuration optimale des PSLA trouvent notamment leur justification dans la nécessité de tendre autant que possible vers des projets de PSLA dont la dimension initiale ne soit pas source de problèmes insurmontables notamment au plan financier. Il semble d'ores et déjà qu'un certain nombre de projets, de par leur taille, aboutissent à des coûts particulièrement élevés pour les financeurs publics et mettent à mal la capacité de ces derniers à financer l'ensemble des dossiers actuellement en émergence. Il convient à ce propos d'observer que la plupart des projets privilégient l'approche immobilière à l'approche "réseau", a priori plus économe car immatérielle. Cette tendance doit être considérée comme légitime car correspondant tout à fait aux aspirations des jeunes générations de médecins en particulier et des professionnels de santé en général, majoritairement hostiles à l'exercice isolé.

En outre, certains détracteurs des PSLA considèrent qu'ils sont avant tout un moyen pour les professionnels de santé en activité de résoudre leurs problèmes immobiliers en transférant sur la collectivité les coûts inhérents à la construction d'une structure d'accueil neuve et équipée. Même si certains professionnels de santé y voient une opportunité, voire une aubaine, il faut avant tout considérer la question immobilière comme un moyen et non comme une fin. De surcroît, il faut admettre que l'intérêt des médecins relativement âgés pour les PSLA serait tout relatif s'il fallait qu'ils investissent à fonds perdus ou presque dans une structure immobilière. Or ce sont eux qui pour l'instant seront les adhérents majoritaires à ce dispositif quand ils n'en seront pas les prosélytes. Enfin, si la charge immobilière devait reposer principalement sur les professionnels de santé, l'attractivité du dispositif vis-à-vis des jeunes médecins ou paramédicaux en serait d'autant plus limitée que leur capacité à investir est par nature limitée.

Les crédits réservés à cette politique se révèlent aujourd'hui, globalement et pour chacun des financeurs, largement insuffisants pour faire face à la demande. Deux raisons expliquent cette situation pour le moins surprenante. D'une part, il apparaît que le succès rencontré par les PSLA auprès des professionnels de santé dépasse et de loin les prévisions, même les plus optimistes. D'autre part, certains des projets en cours de concrétisation sont d'une taille telle, en particulier au plan immobilier, qu'ils déterminent des coûts globaux élevés, supérieurs pour quelques uns à deux voire à trois millions d'euros.

Ainsi, autant il semble indispensable de revoir à la hausse les enveloppes globales et les montants maximaux attribués par l'ensemble des partenaires publics à cette politique dont la nécessité n'échappe à personne, autant il apparaît indispensable que la surface financière de chacun des projets reste dans les limites du raisonnable. A cet égard, il ne faut pas oublier que la finalisation d'un projet de PSLA repose sur la capacité d'une ou de plusieurs communes, le plus souvent sous la forme d'une communauté de communes, à prendre en charge le reliquat des financements nécessaires au bouclage final du dossier. Or, pour certains projets, le différentiel entre le cumul des financements apportés par l'Etat, l'Europe et les conseils généraux et régional et la part reposant sur les collectivités locales portant le PSLA est telle que ces dernières peuvent être conduites dans des situations financières inextricables ou tout simplement refuser le projet en raison de leur incapacité à en assurer la prise en charge finale.

Cette situation et ces éventualités, à bien des égards complexes, doivent pousser les différentes parties prenantes à réexaminer et, au besoin, à faire évoluer l'architecture actuellement en vigueur du mode de financement des PSLA (cf. partie III du document). Ainsi, ne faudrait-il pas privilégier la mise en place de participations financières proportionnelles aux coûts, mais cependant plafonnées, plutôt que de proposer des montants de subventions forfaitisés ? En effet, en favorisant l'octroi de sommes forfaitaires, on peut inciter à la création de structures épousant plus les contours financiers que proportionnées à l'offre et à la demande locales de soins. De la sorte, il est possible de voir se multiplier des projets de PSLA financièrement bien financés mais peu adaptés à la problématique de santé des territoires concernés. Plus explicitement encore, le risque est patent d'inciter les collectivités d'accueil des PSLA, en l'occurrence les communautés de communes, à opter pour des structures de petite dimension et dont la charge financière marginale serait peu élevée, ce nonobstant les nécessités de santé locales.

En outre, en cherchant à favoriser l'émergence de projets de taille limitée car financièrement supportables par l'ensemble des financeurs, ne court-on pas le risque à moyen terme d'assister à des fusions-absorptions de PSLA contigus ? Cette hypothèse, tout à fait plausible, conduirait à devoir résoudre ensuite la question du devenir de tout ou partie de l'ensemble immobilier ayant perdu sa fonction sanitaire et sociale, sans même évoquer le gaspillage afférent de fonds publics.

De façon inverse, la tentation de constituer des PSLA de très grande dimension pourrait avoir pour effet regrettable, d'une part, d'"assécher" temporairement les disponibilités en crédits et, d'autre part, de limiter, au moins temporairement, la capacité à financer de manière concomitante un certain nombre d'autres projets. Or, faute de possibilité de couvrir en PSLA relativement rapidement les territoires les plus menacés par la sous densité médicale, ces mêmes territoires peuvent devenir médicalement et définitivement désertifiés.

Ainsi, la question de la recherche d'un dimensionnement territorial, sanitaire et financier optimal des projets constitue une quasi-obligation tant pour les porteurs de projets que pour les financeurs. De la sorte, une vision globale et cohérente des différents projets doit s'imposer pour éviter soit les redondances futures, soit les dispositifs par trop onéreux. En ce sens, l'idée déjà suggérée de SROS ambulatoire ou de tout autre dispositif favorisant les approches cohérentes à terme doit retenir l'attention de l'ensemble des parties prenantes à cette politique.

Par ailleurs, s'agissant d'une politique d'aménagement du territoire, donc au long cours, il paraît indispensable d'inscrire cette politique dans la durée, c'est-à-dire pratiquement sur une décennie, et d'y affecter des crédits significatifs.

La question de la prise en charge des coûts de fonctionnement des PSLA se pose également et ce de façon d'autant plus cruciale que ce type de dépense est caractérisé par sa permanence. En l'occurrence, une fois en activité, les PSLA devront intégrer les coûts en personnel (secrétariat, coordinateur, entretien), ceux liés aux fluides (eau, électricité, chauffage...) et aux communications (téléphone, internet, frais de déplacement...). La prise en charge de l'essentiel, voire de la totalité de ces dépenses doit, selon le CESR, incomber aux professionnels de santé et ce pour deux raisons. D'une part, il s'agit de dépenses ordinaires auxquelles tout professionnel doit pourvoir ; d'autre part, si le regroupement en PSLA occasionne des frais qu'un professionnel n'avait pas auparavant, il procure au même professionnel un confort de travail et des avantages qu'il ne connaissait pas non plus antérieurement.

Néanmoins, il faut convenir du fait que cette problématique apparaît délicate à résoudre et ce pour une simple raison de stratégie et de psychologie humaines. Il demeure en effet difficile de promouvoir le concept des PSLA en annonçant d'office qu'il engendrera des frais de fonctionnement accrus pour chacun des professionnels adhérents. Il convient donc sans doute de proposer une montée en puissance progressive desdites dépenses et de leur prise en charge par les professionnels de santé.

IV.3. UN ATOUT EN TERMES D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

Même si leur coût peut paraître à certains égards élevé voire prohibitif, il n'en demeure pas moins que les PSLA constituent pour la Basse-Normandie un atout dont il

serait inapproprié de se priver tant au plan général que sanitaire, d'autant qu'il n'existe pas de solutions alternatives crédibles.

Tout d'abord et d'une façon générale, ils sont de nature à conforter voire à renforcer la qualité de vie en certaines zones du territoire régional. Cet avantage paraît difficilement contestable tant l'exigence de la population vis-à-vis de la santé et de la sécurité sanitaire est grande.

Les PSLA sont également un facteur de maintien des populations et des activités économiques. On voit mal en effet comment pourraient se maintenir des entreprises si la population ne bénéficie pas au quotidien de réponses de premier recours à ses besoins sanitaires. Par voie de conséquences, les PSLA peuvent contribuer à rendre attractifs certains territoires ou, a minima, à conserver leur potentiel.

Au plan sanitaire, ils sont bien évidemment un facteur favorable à une couverture régulière du territoire en offre de soins de premier recours. Mais ils sont surtout une structure défensive autorisant une résistance plus grande à l'érosion inéluctable du nombre de praticiens et en particulier de médecins généralistes.

En faisant preuve d'un optimisme raisonnable, on peut même considérer que les PSLA sont à même de constituer un dispositif attractif favorable à l'installation en milieu rural ou semi rural de nouveaux professionnels de santé. A ce propos, l'avance de la Basse-Normandie en la matière peut être à l'origine d'au moins deux avantages. D'une part, l'intérêt des étudiants pour la médecine générale pourrait s'en trouver renforcé ; d'autre part, l'attractivité de la faculté de médecine de Caen pourrait également en bénéficier en raison de conditions de stages en cabinet généraliste plus favorables et de possibilités ultérieures d'installation répondant mieux aux aspirations et à la sociologie des futurs médecins.

L'ensemble de ces facteurs doit bien sûr être apprécié avec modération. En effet, que les PSLA connaissent le succès ou qu'au contraire ils sombrent dans l'anonymat des initiatives sans lendemain, ils ne changeront que peu de choses à une démographie médicale déclinante et à ses perspectives préoccupantes à 15 ans. En revanche, ils sont susceptibles de faire progresser l'organisation de l'offre de soins de premier recours en Basse-Normandie et de susciter une réflexion nouvelle sur la coordination entre médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, entre établissements hospitaliers et médecine ambulatoire. En ce sens, les PSLA devront être capables d'évoluer avec le temps, de se coordonner, de fusionner, et d'adopter des modes de fonctionnement économes.

A ce propos, le vote par le Parlement de la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) et l'entrée en vigueur des Agences Régionales de Santé (ARS) à partir du 1^{er} janvier 2010 peuvent être mis à profit pour bonifier la réflexion et le contenu des PSLA ainsi que plus généralement celui de la Convention Partenariale approuvée en 2008.

Pour autant, la concrétisation et la diffusion des PSLA sur la Basse-Normandie restent tributaires de la faculté financière des pouvoirs publics, c'est-à-dire des collectivités territoriales et de la future Agence Régionale de Santé (ARS), à mobiliser suffisamment de crédits pendant suffisamment longtemps pour voir ce dispositif se développer. Parallèlement, l'appropriation de ce dispositif par les pouvoirs publics dépend également de la sagesse dont les professionnels de santé sauront faire preuve

dans le dimensionnement sanitaire et consécutivement financier des projets actuels et futurs de PSLA.

Enfin, la problématique de la démographie médicale, essentielle au plan de l'aménagement du territoire, ne saurait être limitée à celle de la seule présence des médecins. Elle inclut d'autres paramètres qui doivent être pris en considération : l'offre hospitalière, la disponibilité en professionnels paramédicaux, le maillage des services médicosociaux, les capacités et les besoins de formation, l'offre de transport en particulier à des fins sanitaires, les besoins de santé de la population (qui peuvent différer d'un territoire à l'autre), les perspectives démographiques des bassins de vie... Ces items, très interdépendants, rendent d'autant plus délicate l'appréhension des questions et des réponses à apporter aux exigences de santé sur l'ensemble du territoire.