



**MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CONCOURS INTERNE ET EXTERNE D'INSPECTEUR DU PERMIS DE CONDUIRE ET DE LA SECURITE ROUTIERE DE 3ème CLASSE

- SESSION 2022 -

Mercredi 9 mars 2022

Rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier portant sur un sujet d'ordre général permettant de vérifier l'aptitude à la compréhension des textes ainsi que les capacités de synthèse et de rédaction des candidats.

(Durée : 3 heures – Coefficient 2)

**Le dossier documentaire comporte 20 pages.
(hors page d'énoncé du sujet).**

Il vous est rappelé que votre identité ne doit figurer que dans l'en-tête de la copie (ou des copies) mise(s) à votre disposition. Toute mention d'identité ou tout signe distinctif porté sur toute autre partie de la copie ou des copies que vous remettez en fin d'épreuve entraînera l'annulation de votre épreuve.

Si la rédaction de votre devoir impose de mentionner des noms de personnes ou de villes et si ces noms ne sont pas précisés dans le sujet à traiter, vous utiliserez des lettres pour désigner ces personnes ou ces villes (A ..., B..., Y..., Z...).

IMPORTANT

- 1. LES COPIES SERONT RENDUES EN L'ÉTAT AU SERVICE ORGANISATEUR. À L'ISSUE DE L'ÉPREUVE, CELUI-CI PROCÉDERA À L'ANONYMISATION DE LA COPIE.**
- 2. NE PAS UTILISER DE CORRECTEUR D'ORTHOGRAPHE SUR LES COPIES.**
- 3. ÉCRIRE EN NOIR OU EN BLEU – PAS D'AUTRE COULEUR.**
- 4. IL EST RAPPELÉ AUX CANDIDATS QU'AUCUN SIGNE DISTINCTIF NE DOIT APPARAÎTRE SUR LA COPIE.**

SUJET

Depuis quelques années, la désertification médicale est devenue particulièrement préoccupante sur le territoire français.

Sur la base du dossier documentaire joint, vous rédigerez une note de synthèse dressant l'état des lieux de la situation nationale, puis présentant les solutions mises en œuvre pour tenter de pallier les déserts médicaux.

Dossier documentaire :

Document 1	Les déserts médicaux: JORF - Mandature 2015-2020 - Séance du mercredi 13 décembre 2017 https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-deserts-medicaux	Page 1
Document 2	Définition: qu'est-ce que "numerus clausus" et "numerus apertus"? https://diplomeo.comactualitedefinition_numerus_clausus_numerus_apertus	Page 2
Document 3	Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi	Page 3
Document 4	Proposition de loi n° 4589 pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2021) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4589_proposition-loi	Pages 4 à 8
Document 5	Lutter contre les déserts médicaux https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/	Page 9
Document 6	Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux	Pages 10 à 12
Document 7	Les aides économiques et sociales pour un médecin https://remplafrance.com/blog/aide-financiere-medecin	Pages 13 et 14
Document 8	Tour de France des déserts médicaux : ce médecin se déplace en camping-car https://actu.fr/societe/tour-de-france-des-deserts-medicaux-ce-medecin-se-deplace-en-camping-car_42362555.html	Page 15
Document 9	Règlement départemental d'amélioration de l'accès aux soins Session du 4 mars 2021 : https://docplayer.fr/213452948-Reglement-departemental-d-amelioration-de-l-acces-aux-soins-session-du-4-mars-2021.html	Pages 16 à 18
Document 10	Pénurie de médecins du travail : http://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180906744.html	Page 19
Document 11	Comment la Seine-Saint-Denis tente de lutter contre la désertification médicale https://www.20minutes.fr/sante/2205123-20180205-comment-seine-saint-denis-tente-lutter-contre-desertification-medicale	Page 20

Source : <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-deserts-medicaux>

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du mercredi 13 décembre 2017

LES DÉSERTS MÉDICAUX

Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Sylvie Castaigne et M. Yann Lasnier, rapporteurs au nom de la commission temporaire

État des lieux

De quoi parle-t-on ?

L'expression de « *désert médical* », qui désigne un accès aux soins très difficile selon le lieu de résidence des individus, englobe l'ensemble des professionnels de santé et pas seulement les médecins. L'expression est commode, parce que simple et percutante, mais ne doit pas laisser penser que seule la profession médicale est concernée, entendue au sens strict (médecins) ou large (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes). La mauvaise répartition des médecins généralistes et des spécialistes de premiers recours conditionne effectivement, du fait de leur pouvoir de prescription, l'installation d'autres professionnels comme, par exemple, les infirmiers libéraux.

L'expression de « *désert médical* » ne s'applique pas non plus seulement à certaines zones rurales mais également à des quartiers urbains sensibles et même à des centres-villes (où est parfois impossible l'accès à un médecin ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires - médecin conventionné dit de « *secteur 1* »).

Les critères de définition d'un désert médical, qui déterminent aussi leur mesure, font nécessairement l'objet d'appréciations divergentes. Il s'agit en effet de discerner le point à partir duquel une difficulté d'accès (distance, délai de rendez-vous, montant des honoraires, etc.) doit être considérée comme un *obstacle* jugé anormal, inacceptable au regard d'un standard de système de santé. Par ailleurs, la définition *objective* d'un désert médical est souvent en décalage avec le *ressenti subjectif* des patients.e.s, qui disposent de leurs propres critères et sont sensibles aux variations temporelles (un accès aux soins satisfaisant sera jugé « *mauvais* » s'il s'est dégradé par rapport à une situation antérieure). À cet égard, la représentation du médecin de famille, présent dans chaque village et disponible à toute heure appartient au passé et ne peut plus être érigée en modèle de référence.

Une estimation minimale est fournie par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), selon laquelle environ 8 % de la population se situe dans un désert médical en 2017 (soit 5,3 millions d'habitants). La DREES et l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) ont construit un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), nombre de consultations/par habitant/an, qui tient compte notamment de la proximité, de la disponibilité des médecins généralistes et des besoins de la population selon l'âge. L'APL moyen en France est de 4,11. Avec un seuil de 2,5 consultations/an et par habitant 8,1 % de la population habite en zone sous-dense et 18 % si l'on retient le seuil de 3 consultations par an. Les régions les plus touchées sont la Bourgogne-Franche-Comté, l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Île-de-France ainsi que la Corse. 20 % des habitants des communes sous-denses habitent en Île-de-France, région dans laquelle 13 % des habitants résident dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (8 % au niveau métropolitain).

Le problème des déserts médicaux se pose dès maintenant et deviendra critique dans les années qui viennent si rien n'est fait. Même l'amélioration de la démographie médicale, à partir de 2025, ne suffira pas à résorber les déserts médicaux en l'absence d'une meilleure répartition des effectifs. Pour mémoire, les variations de la démographie médicale sont en partie dépendantes de celles du *numerus clausus* pour les études médicales. Sans doute excessif dès la fin des années 1960, le *numerus clausus* a diminué à partir des années 1980 pour passer en dessous de la barre des 4 000 places entre 1992 et 2000, dans le but de maîtriser les dépenses de santé, avant d'augmenter de nouveau à des niveaux désormais élevés (8 124 en 2017). Selon les ARS, il convient de distinguer les zones sous-denses et les zones potentiellement à risques. Le total des deux concernerait 56 % de la population.

Source : https://diplomeo.com/actualite-definition_numerus_clausus_numerus_apertus

Définition : qu'est ce que "numerus clausus" et "numerus apertus " ?

Article publié le 25/05/2021 à 10:55 par Lina Tran dans enseignement supérieur et recherche

Lié aux études de médecine, le terme "numerus clausus" fait partie intégrante du vocabulaire des étudiants. Avec la réforme des études de santé, ce mot a fait place au "numerus apertus". Quelles sont leurs significations, au sens propre et au sens figuré pour les étudiants ?

Les études de médecine ont toujours fait partie des formations postbacs les plus demandées par les bacheliers. Suite au plan "Ma Santé 2022", le gouvernement a lancé une réforme en profondeur sur les études de santé, notamment sur la fameuse PACES (Première Année Communes aux Études de Santé) et son "numerus clausus."

"Numerus clausus" : limiter le nombre d'étudiants

Depuis la loi 1971, l'admission en 2^e et 3^e année de médecine, d'odontologie, de pharmacie, de kinésithérapie et de maïeutique se basait sur un "numerus clausus". Signifiant "nombre fermé" en latin, ce terme désigne donc le nombre limite d'étudiants de 1^{re} et de 2^e année pouvant passer en études supérieures, au niveau national. C'est via un arrêté ministériel du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de l'Enseignement Supérieur, publié dans le Journal officiel de la République française que le quota est connu par les étudiants et les universités accueillant une faculté de médecine.

Dans le cadre des études de médecine, la limitation des étudiants a été mise en place afin de répondre aux nombres grandissants de bacheliers qui s'inscrivaient dans cette filière. On l'explique notamment par l'augmentation des bacheliers en France, dès les années 60. L'effectif était déterminé en fonction du nombre accessible dans les hôpitaux formateurs. Par la suite, ce sont "les besoins de la population" qui sont pris en compte. Le "numerus clausus" a connu un taux très bas dans les années 90 (3 500 en 1993), pour remonter à 9 314 pour l'année 2019.

"Numerus apertus" : ouvrir les formations à tous

"Le système est absurde. [...] Aujourd'hui, c'est un gâchis qui concerne chaque année 25 000 étudiants", dénonce Emmanuel Macron dans son discours sur le Plan Santé en 2018.

Pour rester dans les termes latins, le "numerus apertus" a donc remplacé le "numerus clausus" au moment de la grande réforme des études de santé, qui aura lieu lors de l'année universitaire 2021-2022. La PACES disparaît au profit du Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) qui donne accès aux filières Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie (MMPOP). À cela s'ajoute la création de la Licence avec option "Accès Santé" (L.AS), qui donne aussi accès aux études médicales. La PASS représente environ 60% des admis et la L.AS donne 40% des places pour entrer en 2^e année.

Signifiant "nombre ouvert", ce nouveau système veut donc donner un nombre minimum d'étudiants et non en limiter le nombre. Ce chiffre sera notamment décidé par les universités, en collaboration avec les Agences Régionales de Santé (ARS), qui connaissent les réalités du terrain. Pour autant, le "numerus apertus" sera choisie en fonction de la capacité de l'université, donc il reste toujours un moyen sélectif à l'entrée des études de médecine.

Source : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>

Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi

Publié le 22 juillet 2019

Une nouvelle étape a été franchie avec l'adoption définitive du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, par le Sénat le 16 juillet 2019. Réforme des études de santé, hôpitaux de proximité, accès élargi aux données de santé... Voici les principales mesures de la réforme Ma Santé 2022 qui vient d'être adoptée.

Pour adapter l'organisation des soins aux évolutions du système et répondre aux besoins des citoyens, Ma santé 2022 repose sur 3 grands axes :

1. Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain

- La suppression du numerus clausus à la rentrée 2020 : c'est la mesure phare de la loi. Cela signifie que les effectifs d'étudiants seront fixés par les universités, en accord avec les agences régionales de santé, selon les capacités et les besoins des territoires. L'objectif est d'augmenter de 20% environ le nombre de médecins formés, tout en diversifiant leurs profils, grâce à des passerelles entre les cursus.
- Des stages d'au moins 6 mois en cabinets de ville ou en maison de santé dans les zones manquant de professionnels pour les futurs médecins généralistes : les facultés et les agences régionales de santé devront trouver des terrains de stages en priorité dans les territoires en tension.

2. Créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients

- Les hôpitaux de proximité permettront de répondre aux besoins de la population avec de la médecine générale, de la gériatrie et de la réadaptation. En fonction des besoins, ils pourront également exercer la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ou encore les activités de soins palliatifs.
- Libérer du temps médical avec la mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (des professionnels de santé d'un même territoire qui s'organisent pour trouver un médecin traitant, permettre un accès à des consultations le jour même...) et le recrutement des assistants médicaux auprès des médecins dans les zones où la densité médicale est faible.

3. Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques

- D'ici au 1er janvier 2022, tous les patients auront leur propre espace numérique de santé, pour accéder notamment à leur dossier médical partagé.
- L'objectif étant de simplifier le parcours de santé de chacun, de fluidifier les échanges et la transmission d'informations entre professionnels.

Source : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l1_5b4589_proposition-loi

Proposition de loi n° 4589 pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

À l'occasion de la crise sanitaire, la France a pris conscience brutalement de l'état de son système de soins et de la dégradation de sa souveraineté sanitaire : rapidement au fil de la crise de la Covid-19, s'est agrégé au manque de masques, de blouses, de tests, le constat que notre territoire ne disposait plus d'un maillage sanitaire aussi performant qu'on pouvait le penser. Si cette observation – le creusement des inégalités territoriales – avait déjà été un point fort de revendications du mouvement des Gilets Jaunes à l'automne 2018, force est de constater qu'un peu plus de dix ans après l'adoption de la loi « Bachelot » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, six ans après l'adoption de la loi Touraine et deux ans après l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les inégalités territoriales d'accès aux soins se sont accentuées.

Conscient de ces enjeux et de cette détresse depuis plusieurs années, les parlementaires communistes ont décidé de réaliser un « Tour de France des hôpitaux et des EHPAD » dès 2018. Cette initiative a donné lieu à la visite de 150 établissements aux quatre coins de l'hexagone et dans les territoires d'Outre-mer, et permis de rencontrer des milliers de personnes : agents hospitaliers, chefs de service, syndicalistes, usagers, membres des directions. Elle a permis de mettre en lumière le fait que les réformes successives de notre système de santé et de sa gouvernance, de l'instauration de la Tarification à l'activité à la régionalisation des ARS, n'ont pas été en mesure de mieux coordonner l'offre de soins sur le territoire et de garantir à tous un accès aux soins, indépendamment de sa condition matérielle et de son lieu de résidence. Au contraire, toutes ces réformes ont participé à la désorganisation de nos hôpitaux et n'ont apporté aucune réponse à la dégradation des soins de ville.

Alors que le droit à la santé est considéré comme un droit constitutionnel – le préambule de la Constitution de 1946 proclame que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* » – il semble qu'il ne soit pas appliqué de la même manière partout sur le territoire. Aujourd'hui, le constat est bien fait que l'accès à la santé n'est plus garanti comme le rappelle un rapport d'information au Sénat s'appuyant sur un sondage réalisé par l'institut BVA publié en avril 2018 qui souligne que « *plus de 7 Français sur 10 auraient renoncé au moins une fois à se soigner* » ([1]). Un tel constat doit nous alerter sur la capacité à déployer une politique publique qui rende véritablement effective la santé publique.

Depuis trente ans désormais, l'expression « déserts médicaux », dont la première occurrence remonte à 1991, s'est imposée dans le débat public pour qualifier les difficultés d'accès aux soins que rencontrent nos concitoyens sur un grand nombre de territoires. Une étude d'octobre 2020 de l'Observatoire de la Santé de la Mutualité Française dresse un triste bilan sur le sujet et considère que « *les déserts médicaux se sont multipliés ces dernières années : en 2018, 7,4 millions de personnes soit plus d'un dixième de la population (11,1 %), vivent dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité. Cette proportion n'a cessé de croître puisqu'elle était de « seulement » de 7,6 % en 2012.* » Les déserts médicaux sont une réalité qui traduit et recouvre plusieurs manques : un rapport défavorable entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population d'un territoire donné, une accessibilité limitée à un professionnel de santé, des caractéristiques aggravantes pour la population considérée (âge, taux d'affection longue durée, nombre de bénéficiaires de la CMU, etc.). Pourtant, si cette définition s'appuie davantage sur une addition de constats et un ressenti des populations, la question des déserts médicaux n'en demeure pas moins un véritable enjeu public.

La désertification médicale et la difficulté d'accès aux soins sont des indicateurs essentiels pour comprendre la fracture sociale grandissante qui gagne notre territoire. L'accès à la santé est ainsi devenu en quelques années, un véritable enjeu d'égalité territoriale, renforcé par la crise de la Covid-19. Ce phénomène ne touche pas tout le monde de la même manière. En témoigne notamment le renoncement aux soins, qui s'avère être un autre indicateur pertinent pour mesurer à quel point désertification médicale et inégalités sociales coïncident. En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee.

Quelles sont les causes d'une telle situation et comment redonner des marges de manœuvre à notre système de formation ? La pratique d'une gestion « rationalisée » de la formation et du recrutement des médecins a été illustrée par l'application du *numerus clausus* entre 1971 et 2020, qui a largement contribué à instaurer une pénurie structurelle de médecins sur l'ensemble de notre territoire. Le recrutement faisant défaut, le vieillissement de la population médicale a ainsi largement augmenté ces dernières années, et ce phénomène fait craindre pour l'avenir de la couverture médicale du territoire. S'ajoutent à ces éléments, les évolutions de la pratique médicale de ville notamment, conjuguées à des évolutions sociales quant au rapport au travail, qui ont contribué à dépasser le modèle traditionnel du « médecin de famille ».

En conséquence, il est prévu une stagnation des effectifs jusqu'à l'horizon 2030, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050. Toutefois, compte tenu de l'augmentation de la population et de son vieillissement, il est à craindre, et ce en dépit des projections initiales, une diminution de la densité médicale après 2030. La pénurie ne pourra se résorber qu'à mesure que les nouvelles générations médicales se forment et s'installent. Il reste donc à trouver des leviers pour limiter les effets de la pénurie actuelle et à travailler à ne pas reproduire des schémas qui viendraient laminer encore une fois les efforts consentis.

Ainsi, pour limiter les effets d'une pénurie de formation sur le temps long, il est plus que nécessaire de redonner aux universités des moyens pour former des étudiants en première année de médecine : le « faux *numerus clausus* » qui continue de perdurer à travers le conditionnement des places d'accueil en faculté de médecine aux mains des établissements ne peut plus tenir lieu de règle face à cette pénurie. La règle des besoins doit remplacer la règle financière : les universités doivent pouvoir former et accueillir chaque année des étudiants en fonction des besoins des territoires, avec pour l'État une obligation de moyens.

En attendant, dans le temps qui nous sépare de la résorption de cette pénurie, il semble incontournable de réorienter notre politique de santé territoriale vers des mesures plus contraignantes. Il est nécessaire d'abord de rappeler, que si beaucoup de choses ont été proposées et discutées, les résultats ne sont pas au rendez-vous sur un grand nombre de territoires. Devant la nécessité de tendre vers l'égalité d'accès aux soins pour tous et partout, les incitations seules, ne peuvent résoudre et gérer la pénurie de médecins que nous devons affronter après l'application de près de quarante ans du « *numerus clausus* » ; des mesures plus contraignantes doivent être envisagées. Ensuite, parce qu'il semble évident, qu'accompagner des jeunes médecins à développer leurs activités dans des zones sous-denses mérite un encadrement capable de répondre à leurs désirs de liberté, d'autonomie et de sécurité que la solidarité nationale doit soutenir. Enfin, parce que les jeunes médecins ont comme d'autres professions d'encadrement, de soins, un devoir de responsabilité à l'égard des patients et de la collectivité qui a participé à leur formation. La santé n'est pas qu'une affaire individuelle, mais aussi un enjeu social pour lequel la puissance publique a l'obligation d'agir afin de faire du droit à la santé un droit effectif.

Le principe de liberté d'installation ne saurait être opposé à l'impérieuse nécessité de répondre aux besoins de santé de la population, c'est la raison pour laquelle plusieurs institutions ont déjà commencé à réfléchir à la mise en place de mesures plus contraignantes et directives. Le conventionnement sélectif apparaît par exemple comme une mesure largement consensuelle. Des réflexions avaient déjà émergé en 2012 au sein même du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ([5]) qui avait envisagé la mise en place d'une mesure dérogatoire au principe de libre installation en proposant de rendre obligatoire, pendant 5 ans, l'exercice de jeunes médecins au sein de leur région de formation.

Plus récemment, en 2017, la Cour des comptes ([6]) proposait de mettre en place un « *conventionnement sélectif* » dans les zones sur-dotées en médecins, où les nouveaux entrants n'auraient le droit de s'installer qu'en secteur 1, avec des tarifs plafonnés. Le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) du 14 décembre 2017 soutenait également cette proposition. De telles mesures trouvent également un écho au sein de la population. Un sondage réalisé par Ipsos en 2019 par la Fédération hospitalière de France a montré que 84 % des personnes interrogées étaient favorables à « *une obligation pour les médecins de s'implanter dans certains territoires lors de leurs premières années d'exercice pour les répartir plus équitablement* ». Ces dispositions, si elles sont nécessaires pour résoudre cette crise, peuvent tout à fait concilier effets d'incitation et obligation à l'égard de la collectivité : la généralisation du contrat d'engagement et de service public (CESP) – dispositif trop peu mobilisé – est une mesure que nous proposons.

Réfléchir au problème de densité médicale impose également à l'État de penser à nouveau le cadre d'engagement des médecins et le soutien à y apporter, notamment autour de la question du salariat des médecins. Des pistes doivent en effet être envisagées pour accompagner l'installation de médecins en zones sous-denses comme y travaillent d'ores et déjà les collectivités locales. Si la salarisation des médecins est apparue comme une des solutions, permettant d'attirer davantage de jeunes praticiens dans certaines zones sous-dotées, c'est en partie pour répondre aux enjeux de transformation des pratiques et des attentes de ces nouveaux médecins, qui attendent un cadre professionnel plus stable, une équipe sur laquelle se reposer et une sécurisation de leur installation. Un récent rapport du Sénat relatait la montée en puissance de ce dispositif, à partir de l'exemple du département de Saône-et-Loire, où « *les médecins, employés par le département, sont sous contrat de trois ans renouvelable, avec un salaire indexé sur celui de la fonction publique hospitalière. Payés selon un forfait-jour, ils travaillent au maximum 39 heures par semaine au rythme d'une consultation toutes les 20 minutes.* » ([7]). Sur le terrain, les médecins y trouvent en partie une réponse à leurs besoins, comme la possibilité d'avoir un temps de travail encadré, de disposer de congés et la capacité à embrasser une approche plus globale de la santé. Bien évidemment, de telles dispositions ne permettent pas à elles seules de pallier le manque structurel de nouveaux « entrants », mais elle peut représenter une garantie pour ceux qui hésitent à s'engager dans cette voie. C'est d'ailleurs en ce sens que le Gouvernement a suivi la recommandation de l'AMRF pour mettre en place au sein du plan « Ma santé 2022 » le recrutement de 400 médecins salariés ; dispositif intéressant mais non pérennisé.

Malheureusement, les politiques publiques ont privilégié jusqu'ici des mesures incitatives globalement inefficaces par rapport à un soutien direct aux collectivités locales qui agissent concrètement pour faire reculer les déserts médicaux sur les territoires. Avant 2019, ce sont environ 86,9 millions d'euros, selon la Cour des Comptes, qui étaient consacrés à financer quatre contrats incitatifs proposés par l'État aux jeunes médecins (*praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS)*) malgré un succès mitigé du fait de conditions d'accès complexes, et variables d'un contrat à l'autre. La mise en place d'une contractualisation unique en 2019 pour les nouvelles installations ne semble pas avoir permis de lever le non-recours à ce genre de dispositif. Il convient donc aujourd'hui de réorienter directement les aides à l'installation vers les collectivités locales qui sont les premières à porter des solutions sur le terrain. En témoignent la multiplication des centres de santé locaux et la montée en puissance de la salarisation de médecins dans des zones sous-denses. L'enjeu est donc de réorienter ce type de dispositif vers les collectivités en permettant aux Agences régionales de santé, sur la base d'une contractualisation, de financer directement les centres de santé des collectivités locales dans des zones sous-denses, pour répondre aux nouvelles pratiques médicales.

Quid du recours à la télémédecine ? S'il convient de n'exclure aucune solution *a priori* du panel de mesure à prendre pour lutter contre les déserts médicaux et faciliter l'accès aux soins, il nous apparaît nécessaire de rappeler que la télémédecine ne peut représenter durablement qu'une solution partielle à un problème de gestion de la pénurie ; une réponse technologique à un manque structurel de présence humaine. Les soins et les consultations numériques ne peuvent devenir une réponse acceptable sur le long terme pour gérer la pénurie médicale dans certains territoires, au risque de mettre en place un régime de soins à deux vitesses sur le territoire, garantissant la présence de médecins dans les territoires les plus attractifs et réservant les expérimentations numériques aux autres.

La réduction des dépenses publiques de santé a considérablement affaibli notre réponse hospitalière sur le territoire, aggravé les problèmes de démographie médicale à l'hôpital et donc accentué le recul de l'offre de soins les plus essentiels. Les fermetures d'hôpitaux, de maternités, et plus généralement de lieux de santé de proximité ont précipité l'extension de déserts médicaux, les médecins préférant s'installer à proximité de structures disposant de plateaux techniques. L'exemple le plus flagrant concerne le cas des maternités : selon les derniers chiffres des autorités sanitaires le nombre des maternités est passé de 816 maternités en 1995, à 502 maternités en 2017, soit une baisse de 40 %. Ces fermetures ont des effets néfastes et conduisent inévitablement à des allongements très importants des temps d'accès à une maternité, surtout dans certains territoires ruraux.

Fort de ces constats et alors que de nombreuses initiatives parlementaires ont ouvert le débat autour de mesures plus fortes afin de garantir à tous un accès aux soins et afin de lutter contre les « déserts médicaux », le Gouvernement s'en tient au principe de la liberté d'installation et aux outils incitatifs déployés depuis plusieurs décennies dont l'échec est manifeste. Aujourd'hui, selon le dernier rapport du Sénat sur la question, nous savons que « 8 % de la population a une accessibilité aux médecins inférieure au seuil défini de 2,5 consultations par an et par habitant », un constat qui s'appuie sur l'érosion de la densité médicale ces dernières années – comme le démontre la DRESS « entre 2012 et 2021 la densité de médecins a diminué de 2,2 % au cours de la période passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants » – et qui frappe inégalement les territoires, se rapprochant même de la carte de la France des gilets jaunes .

Cette photographie nationale montre bien que ni la liberté d'installation ni les politiques d'incitation n'ont permis de faire face à l'aggravation des problèmes de démographie médicale dans ce domaine. Notre pays compte davantage de médecins généralistes en exercice en 2021 qu'il y a vingt ou trente ans et, même s'il est vrai que le vieillissement démographique de la population accentue mécaniquement les besoins de santé, la difficulté majeure aujourd'hui, en attendant de voir se produire des effets de suppression du *numerus clausus* décidé en 2020, tient à l'inégale répartition géographique des diplômés de médecine. Il s'agit ici, en quelque sorte, d'une question d'aménagement équilibré du territoire et donc d'équité territoriale. De la même manière, les politiques visant à réduire la présence d'une offre de santé publique sur le territoire, en faisant primer la règle comptable sur les besoins sociaux, ne sont plus acceptables après la crise de la Covid-19. Cette proposition de loi vise donc à proposer un ensemble de mesures concrètes, directes, pour lutter contre la désertification médicale et améliorer l'accès aux soins de tous les Français.

En ce sens, l'**article 1er** prévoit de territorialiser les capacités d'accueil des formations en médecine. Afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, l'offre de formation des médecins doit être déterminée en premier lieu en partant des besoins de santé des territoires et non pas des capacités de formation du système universitaire. Former plus de médecins et mieux les répartir sur le territoire suppose donc de doter les universités des moyens financiers nécessaires. Le présent article pose donc le principe selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès le stade de la formation médicale.

L'**article 2** rend obligatoire le contrat d'engagement de service public afin que les jeunes diplômés aillent s'installer dans les territoires sous-denses. Sous l'effet du *numerus clausus*, l'offre médicale sera déficitaire pour les dix prochaines années et demeure mal répartie sur le territoire et selon les spécialités (de plus en plus de spécialistes et de moins en moins de généralistes). Le contrat d'engagement de service public est un contrat proposé aux étudiants et aux internes en médecine et aux étudiants en odontologie. Il ouvre droit à une allocation mensuelle de 1 200 euros en échange, d'un engagement de la part des bénéficiaires – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Le nombre de CESP signés en 2016-2017 ne représente que 6 % du total des admis en deuxième année de médecine (486 sur 8 124 places) et demeure insuffisant.



L'**article 3** instaure un conventionnement sélectif à l'installation afin que l'installation d'un médecin dans une zone à forte densité médicale ne puisse intervenir qu'en concomitance avec le départ d'un médecin de cette même zone. L'objectif de cette disposition est d'inciter les installations au plus près des zones sous-denses ou en déperdition médicale et d'éviter une trop grande concentration de l'offre de médecine de ville.

L'**article 4** propose de revenir sur le dispositif instauré par la LFSS pour 2020, « contrat de début d'exercice », fusionnant divers dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. Alors que de nombreux rapports pointent le manque d'efficacité des mesures incitatives sur l'offre de soins dans les territoires, le présent article vise à réorienter directement les financements publics vers les collectivités territoriales afin qu'elles créent des centres de santé ou renforcent des structures existantes. Pour atteindre cet objectif, il est proposé une contractualisation avec les ARS ouvrant droit à un financement public pour la création des centres de santé ou le recrutement de médecins salariés dans des centres de santé déjà présents sur le territoire concerné. L'enjeu est d'affirmer un soutien public plus ambitieux et plus fort en faveur de l'installation de médecins salariés et de proposer un soutien national aux collectivités qui sont frappées par une sous-densité médicale.

L'**article 5** rend pleinement effectif le principe d'égal accès aux soins de sorte que le maillage du système de soins hospitaliers garantisse l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports motorisés. Cette mesure concerne en particulier les services de chirurgie et de maternité, dont les fermetures récurrentes contribuent à éloigner les patientes et les patients des structures de soins et d'accouchement.

Afin d'en garantir l'application, il convient d'élargir le périmètre d'activités des hôpitaux de proximité, qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers. C'est pourquoi, l'**article 6** prévoit que les hôpitaux de proximité pourront désormais assurer, outre leurs activités de médecine, d'imagerie et de biologie, les activités de chirurgie et d'obstétrique. Il réaffirme également que les hôpitaux de proximité ont vocation à accueillir et développer des « consultations avancées » afin de garantir un accès équilibré aux consultations spécialisées sur l'ensemble du territoire d'un groupement hospitalier de territoire.

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>


 MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
 
 @MinSoliSante

MA SANTÉ 2022
 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

Lutter contre les déserts médicaux

INCITER LES MÉDECINS À S'INSTALLER DANS DES DÉSERTS MÉDICAUX

- Développer les stages de médecine générale pour promouvoir cette spécialité
- Verser des bourses étudiantes en contrepartie de l'installation
- Aider financièrement et professionnellement l'installation et l'exercice
- Soutenir les centres et maisons de santé, qui offrent un meilleur confort d'exercice

ENCOURAGER DE NOUVELLES FORMES D'EXERCICE MÉDICAL DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX

- Assurer un renfort médical par des médecins hospitaliers ou libéraux d'autres territoires
- Dispenser des soins courants dans les hôpitaux de proximité en lien avec les médecins de ville
- Inciter au cumul emploi retraite pour le maintien de l'activité de médecins seniors
- Déployer la télémédecine et le télésoin pour une prise en charge à distance
- Créer des postes partagés de médecins entre la ville et l'hôpital

Source : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>

Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ?

Démographie médicale et accès aux soins : des effectifs de médecins en baisse

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), le nombre de médecins généralistes en activité régulière a décliné de 97 000 à 88 000 entre 2007 et 2017. Cette baisse devrait s'accroître dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs. Le Conseil de l'ordre estime qu'en 2025 les généralistes qui exercent de façon régulière ne seront plus que 77 000.

La Drees, direction statistique du ministère de la santé, précise que "la moitié des effectifs (47%) a dépassé les 55 ans et 30% ont plus de 60 ans", ce qui risque d'accroître la diminution de leur nombre dans les années à venir.

À cette tendance s'ajoute le basculement d'un mode d'exercice libéral de la médecine vers un autre, salarié ou mixte (libéral et salarié). Près de 63% des 8 600 nouveaux médecins inscrits à l'ordre en 2017 sont salariés. Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Or les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Ils constituent la principale offre de soins de premier recours, et un maillon essentiel du parcours de soin des patients. D'ici à 2020, le nombre de médecins généralistes salariés devrait dépasser celui des libéraux.

Des inégalités territoriales

Sur l'ensemble du territoire, la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitants stagne depuis les années 1980. La cause des inégalités ne réside pas forcément dans la baisse du nombre de médecins.

Les quartiers prioritaires de la ville, mais aussi des départements comme la Seine-Saint-Denis, sont particulièrement touchés par le manque de médecins. Les spécialistes y sont en moyenne trois fois moins nombreux que dans les autres unités urbaines. 93 départements voient leurs effectifs de généralistes baisser et les mesures prises depuis 2012 pour réduire les disparités territoriales n'ont pas produit les effets escomptés. Dans l'atlas 2017 de la démographie médicale, le Conseil de l'ordre remarque que la quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors des zones déficitaires déterminées par les agences régionales de santé (ARS). Ce zonage ouvre pourtant droit à des aides à l'installation.

Mais les inégalités sont avant tout infra-départementales. Les zones les moins dotées sont les zones rurales en périphérie des villes, ou celles, proches de grandes villes mais qui échappent à leur "rayonnement" économique. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle suit les contours des inégalités sociales et les accentue.

S'agissant des déserts médicaux, la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) tire des conclusions prudentes. L'expression "désert médical" renvoie une image erronée car il n'y a pas de zone sans accès à une offre de soins. Les délais d'attente constituent, en revanche, un indicateur plus précis pour mesurer l'accessibilité des soins et la corrélation entre l'offre et la demande de soins.

En octobre 2018, la Drees a publié une étude qui mesure ces délais d'attente. Chez le médecin généraliste, la moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes. L'obtention d'une consultation dans un délai réduit dépend donc du niveau de gravité supposé d'une maladie. Néanmoins, le délai moyen d'attente est de 6 jours pour un contrôle périodique.

Les délais d'attente sont plus problématiques chez certains spécialistes. La moitié des rendez-vous pris auprès d'un ophtalmologiste n'ont lieu que dans un délai de 50 jours et au-delà de 110 jours dans près d'un quart des cas. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est de 60 jours pour un dermatologue, 45 jours pour un rhumatologue et de 50 jours pour un cardiologue et 28 jours pour un chirurgien-dentiste.

L'étude démontre la corrélation entre le délai d'attente et l'accessibilité aux professionnels de santé. Le ratio varie du simple au double selon que le patient habite une zone fortement accessible ou non : *"Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans Paris, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologistes"*.

Le recours aux médecins étrangers

Selon l'Atlas de la démographie médicale publié par l'Ordre des médecins, 22 619 médecins titulaires d'un diplôme délivré à l'étranger exercent de manière régulière en France en 2017. Ils représentent, ces dernières années, le quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins. Environ un tiers d'entre eux sont de nationalité française et ont choisi d'étudier la médecine à l'étranger. La Drees précise qu'ils sont davantage représentés chez les spécialistes (14%) que chez les omnipraticiens (5%). Ils ne sont que 42% à exercer en mode libéral ou mixte (avant d'être autorisé à exercer en libéral, les diplômés extra-européens doivent exercer durant trois années en milieu hospitalier).

Lorsqu'ils exercent en libéral, ils s'installent plus souvent en Île-de-France et ne contribuent pas de manière satisfaisante à combler les carences territoriales du système de santé français.

Pour le Conseil de l'ordre, ils représentent une solution *"temporaire face aux défis de la démographie médicale, au moins tant que des mesures de régulation ne seront pas accompagnées d'une réflexion territoriale au plus près des besoins et de la capacité de formation existants"*.

La politique d'accès aux soins : Les Pactes territoire santé

Depuis les années 2000, des mesures ont été prises pour adapter le nombre d'étudiants aux besoins et pour attirer les jeunes médecins dans des zones sous-médicalisées. Cette politique repose sur la définition préalable d'un zonage de l'offre de soins. L'indicateur utilisé est celui de "l'accessibilité potentielle localisée". Sont pris en compte :

- le nombre, la répartition géographique par classe d'âge, le niveau d'activité et les modalités d'exercice des professionnels de santé en exercice ;
- les caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population ;
- les particularités géographiques ;
- la présence de structures de soins.

En 2005, la loi relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous-médicalisées.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 crée le contrat d'engagement de service public (CESP). Les étudiants en médecine qui signent un CESP reçoivent une bourse pendant leurs études, en contrepartie, ils s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles. En 2012, l'État définit le premier Pacte territoire santé, plan global de lutte contre les déserts médicaux. Le Pacte contient des objectifs chiffrés : 1 500 CESP d'ici 2017, 200 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (contrat qui garantit un revenu minimum et une protection sociale améliorée aux médecins qui s'installent en zone sous-médicalisée).

En 2015, un nouveau Pacte territoire santé est adopté pour la période 2015-2017. Outre une augmentation du nombre de CESP (+200 à l'horizon 2017) et un objectif de 1000 médecins installés grâce aux contrats de praticien territorial, il propose la création de 1000 maisons de santé d'ici 2017. Ces structures, qui regroupent plusieurs professionnels de santé, permettent aux médecins de mutualiser les tâches administratives et les frais de structure. Le Pacte prévoit également d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. En parallèle, le développement de la télémédecine est encouragé. Une nouvelle étape de mise en œuvre a été franchie en septembre 2018 avec la généralisation de la téléconsultation en France. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité est autorisé à la pratiquer pour toute situation qu'il jugera adaptée.

La stratégie nationale de santé "Ma santé 2022"

Présentée en septembre 2018, la stratégie nationale de santé comprend de nouvelles mesures pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins.

Cela passe notamment par le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national à l'horizon 2022. Pour libérer du "temps médical", les médecins, inscrits dans un exercice coordonné ou dans une CPTS, pourront bénéficier d'un soutien financier pour l'emploi d'assistants médicaux en échange d'un engagement pour une augmentation de patientèle ou la réduction des délais de rendez-vous.

Dans le cadre de "Ma santé 2022", la suppression du numerus clausus et la réforme des études de médecine ont également été annoncées. Appliqué depuis 1972, le "nombre fermé" fixe un plafond de places en deuxième année de médecine. Sa suppression doit prendre effet à la rentrée universitaire 2020. La suppression du numerus clausus ne signifie pas la fin de la sélection des étudiants en médecine. Combinée à la réorganisation des 2e et 3e cycles des études médicales, cette mesure doit permettre aux universités "d'adapter leurs dispositifs à leurs capacités de formation".

Les universités auront aussi à adapter le nombre de place "aux besoins de leur territoire dans un cadre national". Cette réforme est un élément de la lutte contre les déserts médicaux car le gouvernement compte sur une augmentation du nombre d'étudiants en médecine. Toutefois, la liberté d'installation des médecins n'étant pas remise en cause, cette mesure ne devrait pas produire d'effets sur les déséquilibres territoriaux.

Source : <https://remplafrance.com/blog/aide-financiere-medecin>

Les aides économiques et sociales pour un médecin

Publié le 16/07/2020 - Mis à jour le 22/01/2021

Vous êtes médecin généraliste ou spécialiste, vous cherchez à aider les zones françaises les plus en difficulté face à la désertification médicale par le biais d'une installation ou d'un remplacement ? Sachez que vous êtes éligible à de nombreuses aides économiques et sociales.

1) Les aides conventionnelles

Ces aides, financées par l'assurance maladie, ont pour objectif de lutter contre la désertification médicale dans les Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP).

On trouve, suite à la convention médicale 2016, quatre types de contrats :

✓**Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)** vous aide pour faire face à tous vos nouveaux frais liés à votre installation tels que vos locaux, vos équipements, vos charges, etc. En échange vous devez, au minimum, vous installer dans la zone pour une durée de 5 ans et avoir une activité libérale minimale de 2 jours par semaine.

✓**Le Contrat de Stabilisation et de Coordination Médecin (COSCOM)** s'adresse à vous si vous souhaitez vous impliquer dans la formation de futurs diplômés ainsi que dans les démarches de prise en charge coordonnée de vos patients. Le contrat a une durée de 3 ans et une reconduction tacite.

✓**Le Contrat de Transition (COTRAM)** s'adresse à vous si vous êtes un médecin libéral recherchant un successeur pour votre cabinet. L'objectif est de favoriser le passage de relais entre vous et votre successeur.

✓**Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)** s'adresse à vous si vous préférez effectuer des interventions ponctuelles dans des zones « sous denses ».

2) Les aides proposées par l'État

L'État vous propose également 5 types de contrats qui ont pour but de vous assurer une garantie financière durant votre installation ou la durée de vos congés. Ces aides sont valables sur une zone géographique plus étendue que les aides conventionnelles puisque qu'on les trouve en plus des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) dans les Zones d'Action Complémentaire (ZAC).

✓**Le contrat de Praticien Territorial De Médecine Générale (PTMG)** vous est destiné si vous êtes un médecin généraliste et que vous souhaitez ou êtes installé depuis moins d'un an en ZIP ou ZAC. Ce contrat est valable un an et renouvelable une fois.

✓**Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)** est destiné aux médecins de toutes spécialités installés (à partir du 01/01/2015) en ZIP ou ZAC.

Comme pour le PTMG, vous bénéficierez de :

- Pour tout arrêt de travail, supérieur à 7 jours, vous recevrez un complément de rémunération durant 3 mois à hauteur de 1552,50€ brut.
- Pour tout congé maternité vous recevrez un complément de rémunération 3 105€ brut.
- Pour tout congé paternité vous recevrez un complément de rémunération de 1138€ brut.

Ce contrat à une durée de 3 ans et renouvelable une fois.

✓**Le contrat de Praticien Territorial de Médecine de Remplacement (PTMR)** vous est destiné si vous êtes un praticien de médecine générale. Pour obtenir ce contrat vous devez être autorisé à effectuer des remplacements en tant qu'interne ou avoir obtenu votre thèse depuis moins de 3 ans. Vous vous engagez à effectuer sur un an un minimum de 5000 consultations (pour un temps plein) en ZIP ou ZAC. Ce contrat a une durée d'un an renouvelable par reconduction tacite jusqu'à 6 ans.

✓**Le contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)** vous est destiné si vous êtes un médecin généraliste, en activité saisonnière, exerçant dans une zone située à plus de 30 minutes du service d'urgence le plus proche. Avec ce contrat vous vous engagez pour une durée de 3 à 6 ans.

✓**Le contrat d'engagement de service public** est une bourse d'étude, de 200€ par mois, destinée aux étudiants et internes en médecine ou odontologie qui s'engagent à s'installer dans ces territoires.

3) Les aides proposées par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales peuvent aussi accorder des aides pour favoriser l'installation de professionnels de santé dans les ZIP et ZAC. Elles sont libres d'accorder leurs aides tant en termes de montant que de conditions ou encore de professions concernées. Par exemple, le département de l'Isère offre jusqu'à 66 000€ pour les médecins généralistes qui souhaitent s'y installer.

4) Les exonérations sociales et financières

Certains territoires tels que les Zones de Revitalisation Rurales (ZRR) et les Zones Franche Urbaine (ZFU) offrent à leurs médecins, sous certaines conditions listées ci-dessous, une exonération d'impôt.

✓Dans les **ZRR** à condition de vous installer, de reprendre une activité libérale ou d'effectuer des consultations (ou actes) non sédentaires représentant 85% de ces revenus dans cette zone, vous bénéficierez de :

- 5 ans d'exonération totale.
- 75% d'exonération la 6e année.
- 50% d'exonération la 7e année.
- 25% d'exonération la 8e année.

✓Dans les **ZFU** à condition de vous être installé avant le 31/12/2020 ou de réaliser plus de 25% de votre activité libérale dans la zone, vous bénéficierez de :

- 5 ans d'exonération totale.
- 60% d'exonération la 6e année.
- 40% d'exonération la 7e année.
- 20% d'exonération la 8e année.

Source : https://actu.fr/societe/tour-de-france-des-deserts-medicaux-ce-medecin-se-deplace-en-camping-car_42362555.html

Tour de France des déserts médicaux : ce médecin se déplace en camping-car

Par Rédaction La Presse de la Manche Publié le 4 Juin 21 à 18:37

Pour soulager ses confrères généralistes, le médecin Martial Jardel sillonne les routes de France. Il est actuellement en remplacement dans la Manche, au Pôle de Santé des Pieux.



Martial Jardel entre deux consultations au pôle de santé des Pieux (Manche).

De mars à août 2021, à bord de son camping-car, le Dr Martial Jardel sillonne le pays, dans son Tour de France des remplacements. Onze étapes et de belles rencontres. Cher, Jura, Haut-Rhin, Meuse, Nord, Morbihan, Landes, Ariège, Vaucluse, Corse et dernièrement, la Manche.

Ce jeune médecin généraliste réalise un tour de France pour remplacer ses confrères en difficulté à cause de la crise sanitaire, ou partis en congés se reposer quelques jours. Une idée bienveillante qui panse les plaies du désert médical.

Des choix au gré de ses envies de découverte

Son tour de France fait étape en ce moment au pôle de santé des Pieux en Normandie, où il remplace pour encore quelques jours un confrère.

Après avoir créé un site internet expliquant sa démarche, et pour rassurer les médecins sur ses intentions, il a imprimé une carte de France et a tout simplement tracé son parcours au hasard. Puis, il a fallu trouver des médecins à remplacer dans chacune des régions sélectionnées.

Ses critères pour choisir les cabinets se sont portés sur le côté humain plus que géographique, grâce aux bons échanges avec ceux qu'ils remplacent.

Un concept à développer ?

Malgré sa capacité d'adaptation, les remplacements ne sont pas de tout repos, car « même si au fond le métier reste le même, je dois à chaque fois rapidement m'adapter au lieu et aux patients ».

Depuis la médiatisation de son tour de France, il reçoit régulièrement de nombreux messages sur son site internet, de la part d'élus, de médecins et même de patients lui disant « venez remplacer mon docteur, il est épuisé, il a besoin d'aide ». Il y a certainement là, un projet à creuser.

Source : <https://docplayer.fr/213452948-Reglement-departemental-d-amelioration-de-l-acces-aux-soins-session-du-4-mars-2021.html>

Règlement départemental d'amélioration de l'accès aux soins Session du 4 mars 2021

Préambule

Chef de file des politiques de solidarité, le Département est un acteur incontournable de l'action sociale et médico-sociale. Si la santé n'est pas une de ses compétences, la question de l'accès aux soins pour tous est un axe stratégique fort identifié dans le cadre des politiques de solidarité portées par le Département de l'Aude.

Depuis plusieurs années le Département a mis en place des dispositifs afin d'améliorer l'accès aux soins pour les audois, à travers notamment le soutien à l'investissement des Maisons de Santé Pluridisciplinaire depuis 2011, les consultations itinérantes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi que le soutien aux internes par le biais des aides au logement et au transport depuis 2012.

Le Département souhaite poursuivre fortement son engagement à travers une politique ambitieuse dans le renforcement des actions, le développement des partenariats et dans l'innovation. Il convient d'apporter des réponses aux besoins des populations et ainsi contribuer dans le respect des champs de compétence à un meilleur accès à la santé sur le territoire audois tout en prenant en compte les spécificités des territoires.

Le présent règlement vise à déployer une véritable politique départementale en matière d'amélioration de l'accès aux soins avec deux objectifs :

- Augmenter les capacités d'offre de soins d'un territoire
- Permettre aux audois d'accéder à des compétences médicales via la télésanté

Cette politique s'intégrera à la dynamique des territoires, notamment des EPCI et dans le développement d'actions coconstruites, innovantes, portées par les acteurs de territoires en étroite concertation avec les partenaires (ARS, CPAM, MSA, Caisse des dépôts, Région)

Augmenter les capacités de soins d'un territoire

A) Aide à la première installation et à l'installation d'un cabinet médical secondaire

- Aide à la première installation : il s'agit d'une aide à la première installation sur le département, sur un territoire défini comme zone de besoin (fonction du zonage ARS), en contrepartie d'un exercice en libéral pendant une durée minimale de 5 ans. Elle s'adresse aux médecins, chirurgiens-dentistes, gynécologues et spécialités en tension. L'accompagnement prend la forme d'une subvention d'investissement (achat matériel informatique, matériel médical, etc.) versée sur pièces justificatives plafonnée à 10 000 €.
- Aide à l'installation d'un cabinet médical secondaire : Il s'agit d'une aide à l'installation d'un cabinet médical secondaire sur le département sur un territoire en déficit en matière d'offre de soins (fonction du zonage ARS), en contrepartie d'un exercice en libéral pendant une durée minimale de 5 ans. Elle s'adresse aux médecins généralistes ainsi qu'aux médecins spécialistes en tension (chirurgiens-dentistes, gynécologues, etc.). L'accompagnement prend la forme d'une subvention d'investissement (achat matériel informatique, matériel médical, etc.) versée sur pièces justificatives plafonnée à 5 000 €.

Le bénéficiaire doit conclure un contrat d'engagement avec le Département. Il s'engage dans un délai de six mois suivant la signature de ce contrat, à exercer en libéral pendant une durée minimale de cinq ans, et à fournir au 31 décembre de chaque année, une attestation d'exercice sur le territoire départemental. Il s'engage également à être maître de stage et à accueillir des internes au sein de son cabinet.

B) Aides aux internes en médecine générale, aux étudiants en chirurgie dentaire et à la formation de l'Infirmier en Pratique Avancée

- *Aides aux internes en médecine générale de troisième cycle et aux étudiants en chirurgie dentaire de 5^{ème} et 6^{ème} année :*

Ce dispositif vise à apporter une aide aux loyers et aux déplacements. La finalité de cette aide est d'inciter les internes en médecine générale et les étudiants en chirurgie dentaire à réaliser leur stage dans l'Aude dans les communes pour lesquelles il est constaté un déficit en matière de soin. Lors de l'instruction de la demande, le Département se base sur le zonage effectué par l'ARS. Néanmoins si l'interne ou l'étudiant effectue son stage sur plusieurs territoires dont un est situé hors zone d'intervention, l'aide pourra être proratisée.

Cette aide donne lieu à notification d'un arrêté signé par la Présidente du Conseil départemental et à conventionnement avec le bénéficiaire.

Le montant total de l'aide est versé à la fin du stage sur présentation par le bénéficiaire d'une attestation de fin de stage et/ou des quittances de loyer.

- *Bourse d'étude*

L'intervention départementale prend la forme d'une bourse mensuelle de 1 000€, attribuable pendant le stage effectué en dernière année. L'aide est versée mensuellement et peut être cumulée avec le contrat d'engagement de service public. Il s'agit ici d'attirer les étudiants en médecine générale pour une installation dans l'Aude.

Le bénéficiaire s'engage en contrepartie à s'installer pendant au moins cinq ans sur le département dans des territoires identifiés comme prioritaires.

- *Aide forfaitaire pour les candidats à la formation d'IPA*

Le Département apporte une aide forfaitaire d'un montant de 6 000 € pour participer aux frais d'hébergement et de transport de l'infirmier en pratique avancée (IPA) pendant ses deux années de formation. En contrepartie, le bénéficiaire s'engage à exercer sur le département pendant cinq ans à l'issue de sa formation en tant que libéral ou salarié d'une maison de santé ou d'un service de soins infirmiers à domicile.

C) Financements des MSP et centres de santé

Le Département apporte un financement aux projets de maisons et centres de santé pluridisciplinaires afin d'accroître l'offre médicale et paramédicale sur le territoire.

Les bénéficiaires sont les collectivités : EPCI ou commune porteur du projet. De plus pour les centres de santé, les bénéficiaires peuvent être des établissements et organismes de santé à but non lucratif (établissements de santé et mutuelles). L'aide départementale est attribuée selon les modalités suivantes : 20% maximum de la dépense subventionnable HT du projet, dans la limite d'un montant de subvention de 150 000 €. Les dépenses éligibles sont l'ensemble des dépenses liées à la construction ou à la rénovation du bâti (en intérieur et en extérieur) et les dépenses liées aux aménagements intérieurs. Sont exclues : les dépenses d'investissement pour l'achat de mobilier, les dépenses liées à l'intégration d'une pharmacie dans les locaux de la MSP ainsi que les dépenses de fonctionnement.

II) Organiser la mobilité de l'offre de soins vers le patient

Le Département de l'Aude s'engage sur le territoire dans le développement de l'e-santé.

Il s'agit d'apporter un soutien aux collectivités locales qui accompagnent un projet de télémédecine porté par des professionnels de santé ou des professionnels de santé qui exercent au sein d'une MSP, d'un centre de santé ou d'une CPTS et souhaitent acquérir une télécabine ou un chariot de téléconsultation assistée.

Le projet doit nécessairement mobiliser les acteurs de terrain : les communes et EPCI, les CPTS, les MSP ou toute autre structure d'exercice coordonné.

Ces dispositifs innovants seront déployés dans le cadre d'appels à projets.

Aide à l'acquisition d'une télécabine

La télécabine médicale est une cabine de téléconsultation médicale équipée de dispositifs médicaux connectés nécessitant une connexion internet haut débit. Cette solution pallie la carence de professionnels de santé sur un territoire.

Elle nécessite une autonomie de la personne qui consulte.

Le Département souhaite accompagner cette nouvelle solution en privilégiant des lieux d'implantation de pharmacie, Maison France Service, ...

Le Département financera l'acquisition du matériel à hauteur de 100% dans la limite de 80 000 €, hors frais d'abonnements lesquels devront être pris en charge par les porteurs de projet locaux.

Financement d'un chariot de téléconsultation assistée

La téléconsultation assistée est une solution couplant de la technologie et de l'humain. En effet, l'assistance par un professionnel formé présent sur place pour aider le patient est nécessaire. L'avantage de ce dispositif concerne la mobilité des solutions (chariot mobile ou mallette pour aller au domicile des patients).

Le Département souhaite accompagner cette nouvelle solution en privilégiant des lieux d'accueil : pharmacie, MSP, EHPAD, etc, et en tenant compte également des solutions de mobilités tels que les bus France Services.

Le Département finance l'achat d'un chariot à hauteur de 100% dans la limite de 10 000 €, hors frais d'abonnements lesquels doivent être pris en charge par les porteurs de projet.

Source : <http://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180906744.html>

Pénurie de médecins du travail

15e législature

Question écrite n° 06744 de M. Michel Savin (Isère - Les Républicains)

publiée dans le JO Sénat du 13/09/2018 - page 4661

M. Michel Savin attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la pénurie de médecins du travail. De nombreuses collectivités sont, notamment, confrontées à de grandes difficultés, car leur demande d'accompagnement en prévention s'accroît, alors qu'il y a un véritable manque de médecins de travail. Développer des politiques de prévention est de plus en plus difficile pour les centres de gestion.

Il lui précise que les collectivités qui sont confrontées à de graves soucis avec leurs agents doivent composer avec des équipes médicales submergées de travail qui ne peuvent faire face au suivi attendu. Aussi, il lui demande de bien vouloir préciser les mesures que le Gouvernement pourra mettre en œuvre, afin de répondre à l'inquiétude légitime suscitées au sein des collectivités locales.

Transmise au Ministère du travail

Réponse du Ministère du travail

publiée dans le JO Sénat du 31/01/2019 - page 598

La réforme de la médecine du travail, initiée par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, avait pour objectif de permettre au médecin du travail de recentrer son action et d'exercer pleinement ses missions grâce à une meilleure mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire qu'il dirige. Le médecin peut désormais se concentrer sur la conduite d'actions de prévention en entreprise, le conseil aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants sur la mise en œuvre de la prévention et du maintien en emploi, le suivi de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques auxquels ils sont exposés, de leur âge et de leur état de santé ainsi que sur la participation à la veille sanitaire et à la traçabilité des expositions aux risques.

En application de l'article 104 de la loi précitée, un rapport sur l'attractivité des professions de santé au travail a été remis en août 2017 aux ministres du travail et de l'enseignement supérieur. Ce rapport a préconisé un certain nombre d'actions qui concernent notamment la démographie et la formation des médecins du travail et des collaborateurs médecins ainsi que les nouvelles modalités d'exercice de la médecine du travail. Les différentes recommandations du rapport sont en cours d'analyse.

Une des pistes de ce rapport concerne les collaborateurs médecins : ces derniers exercent leur activité, de par leur statut, dans des conditions identiques à celles des médecins du travail. Le rapport précité préconise ainsi une réduction de la durée de leur formation en médecine du travail, de quatre à trois ans, compte tenu de leur formation initiale et de leur parcours professionnel. Une adaptation de la formation pourrait être envisagée, tenant compte des parcours professionnels de chaque praticien concerné. Lors de la présentation de « Ma Santé 2022 », le 18 septembre 2018, le Président de la République a par ailleurs annoncé une rénovation complète des études de santé, notamment par la suppression du numerus clausus et de la première année commune aux études de santé. Ces annonces répondent à un enjeu majeur : mieux former les futurs professionnels de santé pour préparer l'avenir de notre système de soins et appuyer les transformations dont il a besoin. Le Gouvernement sera très attentif à la conservation de la qualité des études qui ne pourra se traduire que par le maintien d'un système sélectionnant les candidats les plus aptes à exercer le métier exigeant mais passionnant de médecin.

Enfin, une mission parlementaire relative à l'évaluation et l'amélioration de l'efficacité de l'ensemble du système de prévention des risques professionnels, pilotée par la députée Charlotte LECOCQ, a rendu un rapport au Premier ministre en août dernier. Ce rapport comporte de nombreuses préconisations, à l'appui d'un état des lieux des enjeux et des acteurs, qui sont en cours d'analyse dans la perspective d'une réforme à venir. L'objectif de cette réforme, qui préconise notamment une évolution en profondeur des services de santé au travail, sera de rénover l'ensemble du système de prévention afin de favoriser la mise en œuvre d'une politique plus efficace et plus lisible de prévention des risques professionnels touchant l'ensemble des entreprises en particulier les plus petites d'entre elles. Ce rapport, devrait trouver une traduction rapide dans la loi, articulée avec une phase de dialogue social avec les organisations syndicales et patronales.

Source : <https://www.20minutes.fr/sante/2205123-20180205-comment-seine-saint-denis-tente-lutter-contre-desertification-medicale>

Comment la Seine-Saint-Denis tente de lutter contre la désertification médicale

Publié le 05/02/18 à 15h59 — Mis à jour le 05/02/18

Des urgences bondées, des médecins sous l'eau qui prennent la température d'un bébé dans la salle d'attente, des patients qui s'adressent directement aux urgences par carence de généralistes, des mois d'attente pour un rendez-vous chez le gynéco... Les témoignages sont éloquentes quand on évoque les difficultés pour se soigner en Seine-Saint-Denis. Aide à l'installation, maisons de santé, télé-médecine, obligation d'installation, alors que la ministre a dévoilé son plan en octobre, comment limiter la désertification médicale dans ce département ?

Un désert médical ?

Quand on parle de désert médical, c'est plutôt une image de rase campagne, mal reliée et peu connectée qui vient en tête. Et pourtant, la Seine-Saint-Denis, département mitoyen de Paris souffre d'un manque cruel de médecins. En 2017, on comptait 59 cabinets de généralistes pour 100.000 habitants, contre 69 en moyenne sur la région Ile-de-France. Avec de grosses disparités selon les villes : le chiffre chute à 38 à Bobigny. Quant à chercher un pédiatre ou une gynécologue, la pénurie est encore plus alarmante : il y avait 61 spécialistes pour 100.000 habitants en 2014, contre 87 au niveau régional. « On ne peut pas parler de désert médical, nuance Jean-Philippe Horreard, délégué départemental de Seine-Saint-Denis à l'ARS d'Ile-de-France. L'offre de ville très fragile, qui ne répond pas aux besoins de la population, est compensée partiellement par 80 centres de santé et une offre hospitalière assez conséquente. Mais le renouvellement des médecins ne se fait pas. » Inquiétant quand on sait que 45 % des généralistes approchent de la retraite. Mais le coût du foncier, les problèmes d'insécurité, les horaires à rallonge découragent certains médecins.

Une pétition lancée pour alerter la ministre

Un déficit qui se fait sentir à Pantin. Au centre municipal de santé (CMS) Ténine de cette ville, on attend désespérément un remplaçant de l'orthodontiste depuis trois mois... et de l'ORL depuis un an. Atika Bakoura a lancé il y a un mois une pétition pour alerter la ministre de la santé sur l'urgence médicale à Pantin en particulier et en Seine-Saint-Denis en général. « On nous dit de patienter et de subir, s'agace cette Pantinoise. C'est une zone où tout est laissé à l'abandon, on n'a plus de commerçant, plus de spécialiste. Il faut que chacun prenne conscience que le désert médical nous frappe alors qu'on fait partie du Grand Paris. »

A l'ARS, on reconnaît que la ville est en déficit. « La proximité de Paris et les prix de l'immobilier qui s'envolent ont pu faire fuir des médecins. Il y a d'ailleurs eu un projet de maison de santé qui a échoué sur Pantin car trop coûteux. » En attendant, les citoyens ne sont épargnés ni par les épidémies ni par les bobos du quotidien... Mais la situation pourrait changer : un nouveau projet de maison de santé serait sur les rails. Et la carte des zones en difficulté devrait placer Pantin en zone déficitaire, elle serait donc éligible à une aide à l'installation pour les praticiens.

Plusieurs outils pour limiter l'hémorragie

Cette aide à l'installation de 50.000 euros fait partie des réponses apportées depuis une dizaine d'années pour combler le manque de médecins. Qui peuvent aussi bénéficier d'avantages fiscaux quand ils s'installent dans les zones franches, comme à Stains. Autre piste : l'ARS garantit un salaire de 5.900 euros brut qui offre un filet de sécurité si l'activité n'est pas au rendez-vous. Et pour séduire de futurs praticiens, une bourse est proposée aux étudiants en 3e année de médecine qui s'engagent à travailler dans un désert médical, pour une durée de quatre ans au moins.

Mais tous n'iront pas dans le 93. Et pour que les professionnels reçoivent des informations pertinentes, l'ARS organise aussi des permanences pour donner des conseils aux praticiens. « Ces multiples outils ont permis d'enrayer la diminution, mais ça ne suffit pas », reconnaît Jean-Philippe Horreard, qui espère que le plan national de lutte contre les déserts médicaux portera ses fruits.