



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS,
DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-direction de l'organisation
Du système de soins
Bureau des réseaux, complémentarités
et recomposition des activités de soins (O3)

Personne chargée du dossier : Samuel DEBUYS
Tel : 01 40 56 51 58

Direction de la sécurité sociale

**UNION NATIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE**

Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille

Le directeur de l'union nationale des
caisses d'assurance maladie

A

Mesdames et Messieurs les
directeurs des agences régionales de
l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les
directeurs des unions régionales des
caisses d'assurance-maladie
(pour exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les préfets
de région
(pour information)

Mesdames et Messieurs les
directeurs régionaux des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE DHOS-O3/DSS/UNCAM/2005 N° 63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Mots-clés : mission régionale de santé- répartition territoriale des professionnels de santé libéraux- schéma régional d'organisation sanitaire- projet médical de territoire - zones déficitaires - densité médicale - installation des médecins généralistes

Loi relative à l'assurance-maladie n°2004-810 du 13 août 2004

Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé.

Circulaire 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération du 5 mars 2004

En créant les missions régionales de santé, l'article 67 de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a organisé un renforcement des liens entre les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie pour un pilotage global du système de santé. Dans ce cadre, les missions régionales de santé déterminent notamment les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

Cette élaboration se traduit par la détermination d'orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et par la définition des zones rurales et urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs d'aides conventionnelles prévues à l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

L'objet de la présente circulaire est de vous donner un cadre de définition des orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, de vous permettre d'identifier **rapidement** les zones déficitaires en matière d'offre de soins médicaux et de vous rappeler les différentes aides proposées à ces médecins généralistes.

I. Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux

Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux seront fixées dans un document établissant un diagnostic de l'offre libérale régionale et proposant à titre indicatif des scénarios pour améliorer l'adéquation avec des besoins de la population avec cette offre.

La présente circulaire rappelle le cadre juridique relatif à l'élaboration de ces orientations et en définit les modalités et le calendrier de mise en œuvre et de suivi.

A. Un cadre juridique prévoyant une articulation avec le schéma régional d'organisation sanitaire

1- Rappel du cadre juridique

L'article L.162-47 (nouveau) du code de la sécurité sociale, créé par l'article 67 de la loi mentionnée précédemment, prévoit que les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé **libéraux doivent tenir compte du schéma régional d'organisation sanitaire**. L'article L.6121-2 du code de la santé publique quant à lui, prévoit désormais que ces orientations sont jointes, **à titre indicatif**, au schéma régional d'organisation sanitaire.

A la différence du SROS pour les établissements, le document fixant les orientations relatives à l'offre de soins libérale n'est pas opposable aux professionnels de santé libéraux. Il a pour objet de faire des préconisations sans que celles-ci puissent fonder des refus à l'encontre des professionnels, lesquels conservent leur liberté d'installation. Néanmoins, la qualité du document, le soin apporté à son élaboration concertée avec les représentants des professionnels de santé concernés doivent conduire chacun d'entre eux à les prendre en considération dans leur décision individuelle de localisation de leur activité professionnelle.

2- Articulation avec le schéma régional d'organisation sanitaire

Les dispositions de l'article L162-47 du code de la sécurité sociale étant d'application immédiate, il vous est demandé d'établir d'ores et déjà le document d'orientation, en articulation avec le schéma régional d'organisation sanitaire en vigueur. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'élaboration des prochains schémas régionaux d'organisation sanitaire pour définir vos orientations. Elles seront jointes à celui-ci en application de l'article L6121-2 du code de la santé publique. Dans un souci d'amélioration de la coordination des soins, vous veillerez néanmoins à l'avenir, à faire correspondre le calendrier des schémas régionaux d'organisation sanitaire et celui du document d'orientation relatif à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

Le document que vous établirez devra être révisé au moins tous les cinq ans et à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Par ailleurs, la lettre signée par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et par le directeur de la caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, le 27 avril 2004, vous engage, avant l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire à **établir un bilan partagé ARH-URCAM sur l'organisation du système de santé dans votre région** afin d'apprécier l'offre de soins et le recours aux soins de ville et hospitaliers en articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale.

La partie du diagnostic partagé relative à l'offre libérale de soins médicale et para-médicale, qui doit donc être avancée servira la mission régionale de santé dans son travail d'élaboration des orientations.

Ainsi, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération propose, au sein des conférences sanitaires, a prévu l'établissement de **projets médicaux de territoires**. Ces projets doivent notamment conduire les établissements et les professionnels de santé à trouver ensemble des actions permettant d'améliorer l'offre de soins sur leur territoire de santé. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut intégrer ces projets dans le nouveau schéma.

Dans ce cadre, le document d'orientation relatif à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux établi par la mission régionale de santé, alimente le projet médical de territoire. Réciproquement, le projet médical de territoire est susceptible de faire évoluer votre document.

B. Contenu et méthode de mise en œuvre

1- Bilan quantitatif de l'offre de soins libérale régionale

Vous élaborerez, en lien avec les observatoires régionaux de la démographie médicale, un document dressant **un bilan relatif à la démographie et à l'activité des professionnels de santé** médicaux et para-médicaux en exercice. Ce document analysera également l'adéquation entre l'offre et la réponse aux besoins identifiés de la population, ainsi qu'à leur évolution. Cette réflexion portera enfin sur chacune des professions de santé et sur les éventuelles interactions entre les différents métiers.

Vous veillerez, si ce n'est déjà fait, à associer **le plus large spectre de partenaires** afin de faire accepter la nouvelle démarche d'évaluation de l'offre et des besoins en professionnels de santé. Ceci implique de mobiliser les professionnels de santé eux-mêmes, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, mais également les usagers et leurs représentants sur les principaux enjeux médicaux et économiques de la santé.

2- Propositions pour l'amélioration de l'offre libérale aux besoins en soins de ville de la population

Votre document proposera des actions concrètes visant à améliorer l'adéquation entre l'offre libérale et les besoins de la population, en tenant compte de l'implantation et de l'activité des établissements de santé. Ces solutions peuvent consister par exemple :

- à favoriser l'installation et l'exercice dans les zones déficitaires, notamment par l'attribution d'aides à l'installation ;
- à développer les cabinets de groupe en particulier dans ces zones en particulier grâce aux dispositions du nouvel article L182-1-2 du code de la sécurité sociale issu de la loi mentionnée précédemment. Les URCAm peuvent en effet conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans les zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration de leurs pratiques et, le cas échéant, les dépenses d'assurance maladie prescrites par ces professionnels ainsi que les modalités d'évaluation du respect de ces engagements ;
- à encourager la coordination au sein de l'offre de ville par les réseaux de santé ou les réseaux de professionnels de santé établis sur la base de l'article L.183-1-1 modifié du code de la sécurité sociale. Cet article permet aux URCAm de passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie. Ces contrats peuvent, après accord des réseaux des professionnels de santé concernés, associer des mutuelles, des institutions de prévoyance. Ces contrats peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage ;
- à développer les réseaux de santé ville-hôpital.

3- Une cartographie des zones éventuelles où le développement de l'offre libérale n'apparaît pas souhaitable et des zones déficitaires

Vous établirez une cartographie régionale décrivant les éventuelles zones où le développement de l'offre libérale n'apparaît pas souhaitable, par profession de santé, et celles où un développement de l'offre de ville apparaît nécessaire.

Conformément à l'article L.162-47 mentionné précédemment, il vous revient désormais d'identifier ces zones (Article L.162-47 (1°) (nouveau) du code de la sécurité sociale : La mission régionale de santé détermine notamment « les orientations (...) qui définissent en

particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution » d'aides définies par les représentants des professions de santé libérale et ceux de l'assurance maladie dans le cadre conventionnel). Ces zones seront opposables aux partenaires conventionnels en application de l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans les zones ainsi définies par la mission régionale de santé. La détermination de ces zones étant avancée pour les médecins généralistes, le II de la présente circulaire en détaille ses modalités pour cette discipline. La nécessité de poursuivre en particulier ce travail se justifie par les besoins particulièrement pressants de la population en médecins généralistes.

C. Calendrier de mise en œuvre

Il est recommandé que les zones déficitaires en médecins généralistes soient identifiées pour **le début de l'année 2005** (cf. II).

D. Suivi et évaluation

Ce document d'orientation, qui peut être révisé à tout moment, fait l'objet d'un suivi permanent, particulièrement de l'âge moyen des médecins dans cette période de départ massive à la retraite, afin d'en assurer l'adaptation aux évolutions démographiques des professions de santé et des besoins de la population.

Il est transmis aux ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'union nationale des caisses d'assurance maladie, au plus tard lors de la publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire et lors de toute actualisation intermédiaire.

II. La détermination des zones déficitaires en médecins généralistes

Nous vous demandons d'accorder une attention particulière à la détermination des zones déficitaires en médecins généralistes et d'y procéder dès le début de l'année 2005, ce qui suppose d'accélérer votre réflexion dès réception de la présente circulaire.

L'intégration à la convention nationale conclue entre les médecins généralistes et l'assurance maladie d'un dispositif d'aide à l'installation est en effet une priorité des négociations conventionnelles compte tenu des attentes exprimées par les élus locaux à l'occasion du débat parlementaire sur la loi relative à l'assurance maladie.

A. Calendrier

Il est indispensable de d'achever le zonage relatif à la médecine générale sans attendre l'élaboration complète des orientations relatives aux professions de santé libérales pour respecter le calendrier conventionnel et répondre aux préoccupations des professionnels concernés et aux besoins de santé de la population. Pour ces raisons nous vous demandons d'aboutir au plus tard avant **fin mars 2005**.

B. Marche à suivre

Nous vous invitons, tant pour vous permettre de respecter le calendrier que de bénéficier de l'expérience accumulée en matière de détermination des zones déficitaires, à tenir compte du

travail déjà réalisé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 Ce travail de zonage, bien avancé dans la plupart des régions, a associé les services de l'Etat, les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les observatoires régionaux de la démographie médicale. Il devrait vous permettre d'effectuer la détermination des zones déficitaires en médecins généralistes sur des bases solides et dans des délais rapides.

Les délais impartis doivent cependant être conciliés avec une large concertation afin de définir un zonage le plus consensuel possible. La mission régionale de santé recueillera ainsi les avis :

- du représentant de l'Etat dans la région concernée ;
- Du comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé ;
- des conseils départementaux de l'ordre des médecins ;
- de la ou des collectivités territoriales concernées ;
- des unions régionales des médecins libéraux et des syndicats de médecins généralistes ;
- des médecins déjà installés sur le territoire considéré ;
- des représentants des usagers.

C. Territoires

Les travaux accomplis en matière de zonage ont mis en évidence l'importance de prendre en compte un territoire démographiquement cohérent et lisible pour les bénéficiaires des aides. Nous vous invitons également à articuler votre zonage, particulièrement en milieu rural, avec les périmètres des intercommunalités notamment des communautés de communes. Ainsi, le découpage pourra utilement reposer sur une commune, un canton, un regroupement de communes ou de cantons.

Nous vous recommandons toutefois de ne pas faire reposer votre zonage sur un territoire dont la population est inférieure à **1500 habitants**. En effet, il convient de garantir aux cabinets un bassin de population suffisant afin de préserver leur viabilité économique. En outre, déterminer des zones inférieures à ce seuil, accroîtrait le risque d'isolement des praticiens concernés, dont on sait qu'il constitue l'un des freins à leur installation dans les zones déficitaires.

D. Critères à prendre en compte

La loi relative à l'assurance maladie laisse à votre convenance le soin de déterminer les critères à prendre en compte pour déterminer les zones déficitaires. Nous attirons cependant votre attention sur la nécessité de respecter le principe d'égalité. Nous invitons ainsi à prendre en compte comme principaux critères, dans les territoires définis, **la densité et l'activité médicale**.

Ainsi, par exemple, lorsque plus de la moitié des médecins du territoire a une activité (C+V) supérieure de 30% à 50% à l'activité moyenne nationale et que la densité des praticiens est inférieure de 30% à la moyenne nationale, ce territoire pourrait être considéré comme déficitaire.

Ces références peuvent être adaptées lorsque le territoire comporte des particularités dont il vous appartient de tenir compte (vallées de montagnes enclavées par exemple).

Si vous l'estimez nécessaire, vous pouvez ainsi **prendre en compte des critères complémentaires** qui pourraient avoir pour effet d'atténuer éventuellement les deux critères principaux, tels que :

- le délai d'accès au médecin généraliste qui, dans un souci d'accès aux soins notamment des personnes les plus âgées et fragiles, ne doit pas excéder 20 minutes. La mission régionale de santé pourra, à cet égard, faire appel au logiciel développé par les unions régionales des caisses d'assurance-maladie qui permet d'évaluer les distances kilométriques entre les médecins généralistes installés et leurs patients ;
- Les difficultés particulières des territoires liés notamment à la part des personnes âgées de plus de 75 ans, dès lors que leur présence serait supérieure de 10% à la moyenne régionale ;
- Des fragilités sociales plus globales des territoires, déterminées notamment par leur classement en Zones de Revitalisation Rurale, Zone Franche Urbaine ou Zones de redynamisation urbaine.

En tout état de cause, afin d'éviter tout saupoudrage inutile, nous vous demandons de limiter le nombre de zones à celles que vous jugerez comme devant être prioritairement éligibles aux aides.

E. Signature de la décision et publication des zones déficitaires en médecins généralistes

La décision de la mission régionale de santé arrêtant les zones déficitaires en médecins généralistes est signée : par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance- maladie.

Les zones déficitaires en médecins généralistes doivent être publiées au recueil régional des actes administratifs.

III. Champs d'application du zonage déterminé par la mission régionale de santé

La loi prévoit l'attribution d'aides à l'installation pour les professionnels de santé libéraux et des rémunérations forfaitaires pour l'exercice des praticiens libéraux sur la base des zones déficitaires que vous aurez arrêtées.

L'attribution des aides à l'installation pour les médecins, qui devrait donc pouvoir intervenir dès le début de l'année 2005 après la publication des zones déficitaires et la définition conventionnelle des contreparties à ces aides, relève du FORMMEL. Des instructions sur leur mécanisme d'attribution, en application des décisions du Comité de gestion du FORMMEL vous seront communiquées préalablement.

A ces deux dispositifs d'aide s'en ajoutent d'autres, en particulier les aides définies à l'article 51 de la loi relative à l'assurance-maladie, mises en œuvre par les URCAM et l'aide de l'Etat, mais également les aides attribuées par les collectivités locales. La loi ne renvoie pas à un zonage spécifique pour ces différentes aides. Dans un souci de cohérence du dispositif et pour

éviter une dispersion inutile des aides, celles-ci devront **reposer sur les zones arrêtées par la mission régionale de santé.**

Aussi, les missions régionales de santé devront se rapprocher des organismes ou représentants de l'Etat en charge de l'attribution de ces aides pour s'assurer de la pertinence des zones avant de les arrêter.

Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
M. Edouard COUTY

Le Directeur de l'union nationale
des caisses d'assurance-maladie
M. Frédéric VAN ROECKEGHEM

Le Directeur de la sécurité sociale
M. Dominique LIBAULT