LA LUTTE CONTRE LES DESERTS MEDICAUX DEPUIS LA LOI HPST : ENTRE ILLUSIONS ET DESILLUSIONS

Colloque « Les évènements de l'année
en économie médicale – 27 janvier 2012

Guillaume ROUSSET
Maître de conférences en droit
IFROSS – Université Jean Moulin Lyon 3

- Les « déserts médicaux », un problème pour tous :
  - Patients,
  - Pouvoirs publics,
  - Professionnels de santé (au-delà des seuls médecins)

- Inefficacité apparente des dispositifs mis en place essentiellement basés sur l'incitation

- Intervention remarquée de la loi HPST (ex. contrat santé solidarité)

- Quelle application de cette loi près de 3 ans plus tard (médecins) ?

- Qu'en est-il des négociations conventionnelles (médecins, infirmières, kiné)

Plan de la présentation

Partie 1

Le piètre bilan du dispositif légal

Partie 2

Des conventions en pleine évolution

Partie 1
Le piètre bilan du dispositif légal

Deux éléments clefs :

- Le contrat d'engagement de service public
- Le contrat santé solidarité

Le contrat d'engagement de service public

- Un outil intéressant
  - versement aux étudiants en médecine, à compter de leur deuxième année, d'une allocation pendant toute la durée des études,
  - en échange d'un engagement à exercer à titre libéral ou salarié dans une zone sous dotée,

- Un outil encore peu appliqué
  - Etude de la DGOS (juillet 2011) : seulement 148 contrats au total ont été signés (103 étudiants et 45 internes)
  - Causes :
    - Facteurs conjoncturels : caractère récent, perception erronée parfois par les étudiants (outil réservé à la médecine générale)
    - Facteurs structurels : parcours de vie peu défini des étudiants, choix perçu comme définitif

- Un outil efficace à l'avenir ?
  - Rachat possible pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme
  - Limitation dans le temps de l'obligation de service Il est prévu (temps correspondant à celui pendant lequel l'allocation a été versée)
  - Eventuel effet d'aubaine

Le CSS, un outil mort né

- Un outil audacieux
  - Contrainte portée à la liberté d'installation
  - Violation de la liberté contractuelle

  Mais…

  - Justifié par l'amélioration de l'accès aux soins
  - Légitimé par l'échec des négociations conventionnelles

- Un outil mort né enterré **de fait** en juin 2010 par le ministre en charge de la Santé en exercice, Roselyne Bachelot (quid de la souveraineté populaire ?)

- Un outil mort né enterré **de droit** par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade : suppression non pas de ce contrat *mais de son caractère coercitif*
  - Qualité et pertinence des normes ?
  - Motivations des pouvoirs publics ?

Partie 2
Des conventions en pleine évolution

Trois conventions intéressantes

- Celle des médecins
- Celles des infirmières
- Celles des masseurs-kinésithérapeutes

La convention médicale

- Signée en juillet 2011 et approuvée par arrêté en septembre 2011

- Modifications majeures :

  - Développement de l'option démographie : permettre aux praticiens concernés de dégager des moyens complémentaires en locaux ou en honoraires pour favoriser l'intervention de leurs remplaçants.
  - Création de la nouvelle option santé solidarité territoriale pour les médecins qui le souhaitent.

La convention infirmière

- Contraintes édictées par la convention de 2008
  - En zones « très sous dotées », création d'un contrat santé solidarité
    - engagement à consacrer la majeure partie de l'activité aux patients résidant dans la zone sous dotée
    - Contrepartie : aide à l'installation et à l'équipement du cabinet pendant 3 ans et de la prise en charge totale des cotisations sociales
  - En zones sur dotées :
    - conventionnements limités au seul remplacement des infirmières libérales conventionnées qui cessent leur activité
    - Contrepartie : +5,3% du prix des actes

- Confirmation et développement des orientations avec la nouvelle convention (accord du 24 juin et arrêté du 25 nov. 2011)
  - Augmentation du nombre de zones considérées comme sous-dotées,
  - Augmentation des zones sur-dotées, soumises à conditions d'installation,
  - Extension des mesures aux Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La convention des masseurs-kinésithérapeutes

Trois étapes en matière de régulation de la démographie

1/ Convention précédente (2007) : simple réflexion sur l'encadrement de la démographie, essentiellement par des mesures incitatives (développement de cabinets pluridisciplinaires, modulation de la participation des caisses aux avantages sociaux)

2/ En 2009, une étape est franchie : la CNAMTS propose la recherche un accord conventionnel dépassant le stade de la simple réflexion

(CNAMTS, *Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010*, juill. 2009, 90 p., proposition n° 6).

3/ Aujourd'hui, nouvelle convention (arrêté du 10 janvier 2012)

- En zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont proposées
- En zones « surdotées », conventionnement possible que si un autre kiné cesse son activité libérale dans la zone considérée
- Contrepartie : revalorisations du prix des actes