

# **Les Maisons de santé en Franche-Comté : présentation et évaluation de leur activité**



Depuis quelques années, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté et ses partenaires (dont le Conseil régional de Franche-Comté), accompagnent dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)<sup>1</sup> et de la Mission régionale de santé (URCAM/ARH), les projets de maisons de santé émergeant dans la région, encore appelées *Maisons médicales pluridisciplinaires (MMP)*. En effet, plusieurs facteurs liés notamment au système de santé français incitent à développer ce type de structures. Les enjeux sont multiples, qu'ils soient démographiques ou sociologiques, liés à l'accessibilité aux soins ou encore en termes de progrès technologiques. Les maisons de santé peuvent constituer une solution à la désertification médicale de certaines zones rurales ou urbaines sensibles. Dans une récente enquête, parmi les différentes mesures évoquées pour que les jeunes médecins exercent dans les zones sous médicalisées, ces derniers ont considéré à 93% que la mise en place des maisons de professionnels de santé était une initiative convaincante<sup>2</sup>. Bien que tout indique que ces structures favorisent un exercice innovant du soin, les MMP sont, pour nombre d'entre elles, relativement récentes.

Il était donc intéressant de connaître la plus-value qu'elles pourraient apporter dans l'organisation de la santé. L'étude<sup>3</sup>, réalisée en partenariat avec la Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac<sup>4</sup>), a donc porté sur 6 MMP de la région de Franche-Comté, en approfondissant plus particulièrement la dimension pluridisciplinaire, tant du point de vue de la pratique des professionnels de santé que de celui des patients<sup>5</sup>. Un échantillon aléatoire de professionnels de santé (17 médecins et 8 infirmiers) et de patients (64) des maisons de santé concernés a été interrogé.

---

<sup>1</sup> Urcam de Franche-Comté, Maison médicale pluridisciplinaire : aide à l'élaboration d'un projet, 2006 : <http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/MMP.pdf>

<sup>2</sup> Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, mars 2007

<sup>3</sup> DUVAL C., *Qualité de l'offre de soins dans les maisons de santé : évaluation, auprès des patients et des professionnels, de la plus-value liée à la pluridisciplinarité*, UFR Science économique et Gestion, Faculté de Dijon, 2007

<sup>4</sup> Site Internet de la FEMASAC : <http://www.femasac.org/>

<sup>5</sup> Le Centre de santé Léon Blum de Belfort et la Maison médicale de Saint Lupicin n'ont pas été intégrés dans ce travail en raison du caractère actuellement peu pluridisciplinaire de ces structures

## Une définition et quelques caractéristiques

Une maison de santé pluridisciplinaire est un lieu physique de soins de premiers recours<sup>6</sup>. Elle offre un ensemble de services de santé et se caractérise par une diversité des disciplines présentes : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes...

La Cnamts, dans le cadre du Fonds d'intervention à la coordination et à la qualité des soins (FICQS), en donne la définition suivante<sup>7</sup> : « *Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours. Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires.* »

Dans une interview récente, le Président de la Femasac, Patrick Vuattoux, donnait cette définition :

« *Une maison de santé pluridisciplinaire est un lieu physique ou virtuel, où sont regroupés plusieurs professionnels de santé qui partagent un projet de santé commun. L'objectif est la prise en charge du patient dans sa globalité. Pour cela, différents moyens sont mis en place comme le travail en interprofessionnalité jusqu'à la délégation des tâches. L'égalité à l'accès aux soins est un des fondements essentiels des maisons de santé* »<sup>8</sup>.

De nombreuses expériences de maisons de santé ont été recensées en France. Concrètement, elles existent principalement sous deux formes juridiques, la Société Civile de Moyens (SCM) et le groupement d'intérêt économique (GIE). Elles se distinguent selon leur localisation (zone urbaine ou zone rurale isolée), leur degré d'intégration dans l'offre de santé du territoire (liens tissés avec les professionnels de santé externes à la maison de santé) et le fonctionnement interne de la maison de santé (projet commun et organisation entre professionnels de santé). Lorsqu'elles sont situées dans des zones désertées par les professionnels de santé, elles ont souvent été initiées avec l'appui de financements de la collectivité et intègrent quelquefois une dimension sociale (mise en réseau d'écoute à Vitry, action en direction du logement à Roubaix). Certaines régions ont pu engager une réflexion associant différents organismes publics sur des critères de financement (Lorraine par exemple). Enfin, la MSA est très active dans le soutien aux « maisons de santé rurale »<sup>9</sup>.

Les principales caractéristiques des MMP de Franche-Comté, ainsi que leurs localisations, sont présentées dans la Figure 1. Les zones identifiées comme déficitaires par la Mission régionale de santé sont indiquées en gris foncé.

---

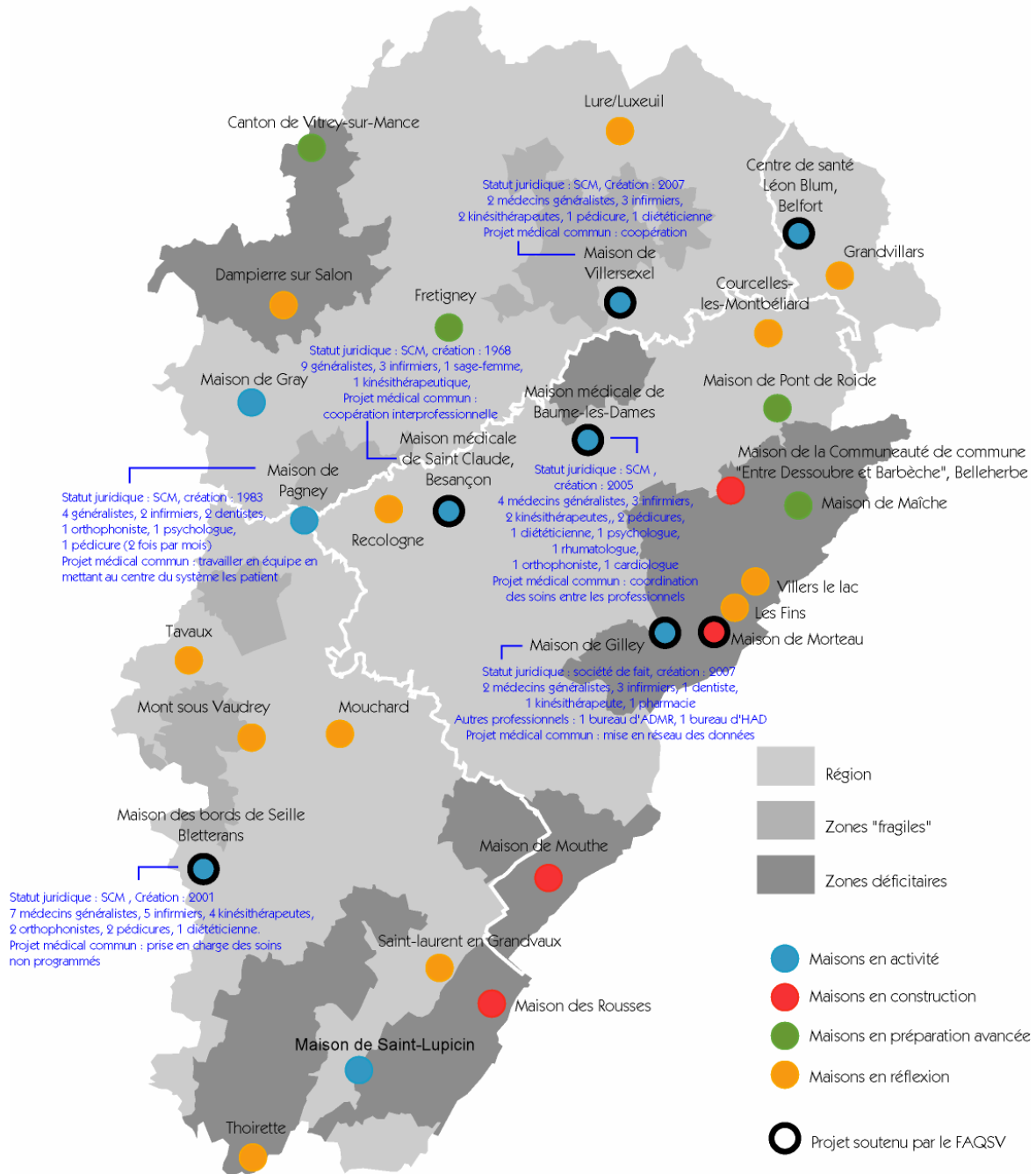
<sup>6</sup> Les soins de premiers recours constituent le premier point de contact du malade avec le système de santé et les professionnels de santé.

<sup>7</sup> Cnamts, *Maisons de santé pluridisciplinaires : conditions d'éligibilité à des soutiens financiers*, cahier des charges des maisons de santé pluridisciplinaires, Mars 2007

<sup>8</sup> Urcam de Franche-Comté, *La fédération des maisons de santé comtoises : favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des patients et l'égalité d'accès à la santé*, Lettre « Objectifs santé », n°18, Mars 2007, page 2 : [http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs\\_objectifs\\_sante/OS\\_Lettre18.pdf](http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs_objectifs_sante/OS_Lettre18.pdf)

<sup>9</sup> Mutualité Sociale Agricole, Caisse centrale, *Boîte à outils - maisons de santé rurales*, février 2006 : [http://www.msafanchecomte.fr/files/msafanchecomte/msafanchecomte\\_1148291941507\\_BO\\_TE\\_OUTILS.pdf](http://www.msafanchecomte.fr/files/msafanchecomte/msafanchecomte_1148291941507_BO_TE_OUTILS.pdf)

**Figure 1**  
**Les maisons médicales pluridisciplinaires**  
**Etat des lieux en Franche-Comté - juillet 2007**



## Certains indicateurs montrant quelques différences avec la pratique en cabinet isolé

Des comparaisons ont été effectuées entre la pratique au sein des maisons de santé de Franche-Comté et celle des cabinets de médecins généralistes exerçant individuellement dans le même canton. Une distinction a été faite entre les MMP en zones rurales ou semi-rurales et celles localisées en milieu urbain :

- L'analyse de la patientèle a été conduite à travers 3 critères : la part de patients ayant la Couverture maladie universelle (CMU), ceux étant en Affection de longue durée (ALD) et les personnes ayant plus de 65 ans.
- L'analyse de l'activité a été menée à partir du nombre d'actes moyens par médecin (consultations et visites).

Les principaux résultats de ces analyses sont résumés dans le Tableau I.

**Tableau I :**  
Comparaison d'activité entre les médecins exerçant en MMP  
et ceux du même secteur géographiques ayant une pratique individuelle

	<b>MMP en zones rurales et semi-rurales*</b> (par rapport à la pratique des médecins exerçant individuellement)	<b>MMP en zone urbaine**</b> (par rapport à la pratique des médecins exerçant individuellement)
<b>Analyse de la patientèle</b>	+ de patients en CMU <i>pas de différence pour les patients en ALD</i> - de patients de 65 ans et plus	- de patients en CMU + de patients en ALD <i>pas de différence au niveau des 65 ans et plus</i>
<b>Analyse de l'activité</b>	L'activité moyenne par médecin travaillant dans une MMP semble plus importante mais les effectifs des généralistes exerçant de façon individuelle étant trop petits dans cette analyse, <i>il n'est pas possible de conclure à une différence significative.</i>	L'activité moyenne est plus importante mais <i>il n'y a pas de différence statistiquement significative.</i>

\* L'analyse porte sur 5 MMP

\*\* L'analyse porte sur une seule MMP

## **Une analyse de certaines activités caractéristiques des six MMP franc-comtoises**

### **Des initiatives qui contribuent à la coordination**

Pratiquement toutes les MMP (5/6) organisent des réunions périodiques avec l'ensemble de leur équipe dans une salle de réunion dédiée (5/6). La coordination et la concertation passent aussi par des fichiers patients communs (aux médecins généralistes) qui sont cinq fois sur six informatisés (dans un cas, c'est un dossier papier consultable, si nécessaire, par tous les professionnels de santé).

Par ailleurs, le partage des pratiques se fait aussi en dehors de la structure, par exemple, à travers l'adhésion à des réseaux de santé. 80% des généralistes de ces MMP participent à cette nouvelle forme d'organisation des soins alors qu'ils n'étaient que 36% pour l'ensemble des médecins libéraux de Franche-Comté en 2005 et 20% en 2003 au niveau des généralistes français (Etude nationale « Baromètre Santé Médecins »<sup>10</sup>). Certains infirmiers des MMP sont impliqués également dans un réseau.

La majorité des professionnels de santé affirment que le fait de travailler dans une maison de santé pluridisciplinaire facilite plus les échanges de pratique qu'en exerçant dans un cabinet isolé.

#### **Encadré 1**

##### **La collaboration étroite entre médecins généralistes et infirmiers : une pratique effective dans certains pays<sup>11</sup>**

Les expériences étrangères de maisons de santé se distinguent selon la plus ou moins forte collaboration entre médecins généralistes et infirmiers. Cet aspect dépend en grande partie du système de santé, comme le montre une étude sur la participation des infirmières aux soins primaires dans différents pays. Ainsi, si les Pays-Bas, l'Allemagne, le Québec ou l'Italie ne développent pas une grande collaboration entre les 2 professions, d'autres pays comme la Finlande, la Suède ou le Royaume-Uni se caractérisent par une réelle contribution entre le médecin généraliste et l'infirmier, qui se voit d'ailleurs confier un large éventail de tâches. De l'analyse de ces différents dispositifs, il apparaît que les soins de santé de premiers recours sont plus développés lorsque les pratiques de groupe sont fréquentes. Le développement des MMP pourrait permettre à la France de s'engager plus activement dans cette voie.

Ce travail de l'IRDES ne concerne pas l'ensemble des pays européens. Des expériences innovantes du même type sont menées par exemple en Belgique.

### **Une mutualisation des moyens**

Toutes les MMP enquêtées disposent de matériel informatique et la moitié (3/6) a investi dans un standard téléphonique performant.

La mutualisation concerne également les aspects administratifs : les maisons de santé étudiées embauchent toutes au moins une secrétaire. D'après les professionnels, ce poste a d'ailleurs un rôle primordial dans l'orientation du patient, comme par exemple déceler les cas urgents. En revanche, il n'y a que 3 MMP sur 6 dans lesquelles ce poste est partagé, à la fois par les médecins et les infirmiers.

### **Un champ d'activité professionnelle orienté vers la promotion de la santé et les activités innovantes**

Les pratiques des différentes maisons de santé sont souvent abordées en intégrant *des actions de prévention* :

- 72% des médecins généralistes de l'échantillon (correspondant à 4 MMP sur 6) disent utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au

<sup>10</sup> GAUTIER A (sous la direction de), *Baromètre santé Médecins / Pharmaciens*, éditions Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2003

<sup>11</sup> BOURGUEIL Y. et AL, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec, Collection Questions d'économie de la santé, Irdes n°95, Juin 2005.

dépistage d'une pathologie, ce qui est largement supérieur à ce qui est constaté pour l'ensemble des médecins généralistes au niveau national (35% disent en effet utiliser de tels questionnaires, selon l'enquête du « Baromètre Santé Médecins »<sup>12</sup>),  
- la moitié des maisons de santé s'est impliquée dans des campagnes de santé publique.

Ajoutons que toutes les MMP réalisent *des interventions à l'extérieur*, que ce soit en maison de retraite, dans un hôpital local, au sein d'un réseau de santé, de foyers logement, lycée ou crèche. La plupart des professionnels sont prêts à développer des actions s'inscrivant dans le champ du social et verraient par exemple un intérêt à accueillir un travailleur social dans leur structure (4 MMP sur 6 répondent positivement sur ce dernier point).

*L'organisation de formations* est aussi une caractéristique des MMP puisque les deux tiers des maisons de santé (4/6) offrent des formations pluridisciplinaires au sein de leur structure et autant accueillent des stagiaires (des internes de Médecine Générale principalement mais aussi des élèves infirmiers).

Des activités innovantes sont initiées dans la plupart des maisons de santé. C'est le cas de l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui fait l'objet de réflexions dans un tiers de celles-ci ; deux autres MMP envisagent de s'y investir par la suite. Il en est de même pour l'éducation thérapeutique du patient structurée qui est réalisée dans la moitié des MMP.

### **La prise en charge des urgences**

La moitié des maisons de santé disposent d'une salle d'urgence et cinq sur six sont équipées pour les premiers secours. En outre, même s'il n'existe pas de salle d'urgence, les professionnels de santé disent que le fait de travailler en équipe permet de prendre en charge les cas urgents de façon collective.

### **L'avis des professionnels de santé appartenant aux MMP sur leur activité**

Plus de 85% des professionnels de santé exerçant en MMP pensent que la prise en charge des soins au sein d'une structure pluridisciplinaire, par rapport à celle dans un cabinet isolé, permet d'avoir une plus grande disponibilité, une meilleure coordination et continuité des soins, un suivi du parcours de soins plus efficace et une meilleure connaissance des patients. Ils affirment également qu'il est plus facile de trouver un remplaçant qu'en exerçant en cabinet isolé.

### **L'avis des patients**

La très grande majorité des patients de l'échantillon sont satisfaits de la prise en charge des soins dans les MMP. Les trois principales raisons évoquées sont la continuité dans la présence de médecins généralistes, le fait d'avoir moins de déplacements et une plus grande offre de soins. Ils avancent aussi d'autres raisons qui vont dans le sens des affirmations des professionnels de santé comme une plus grande disponibilité des professionnels et un meilleur suivi.

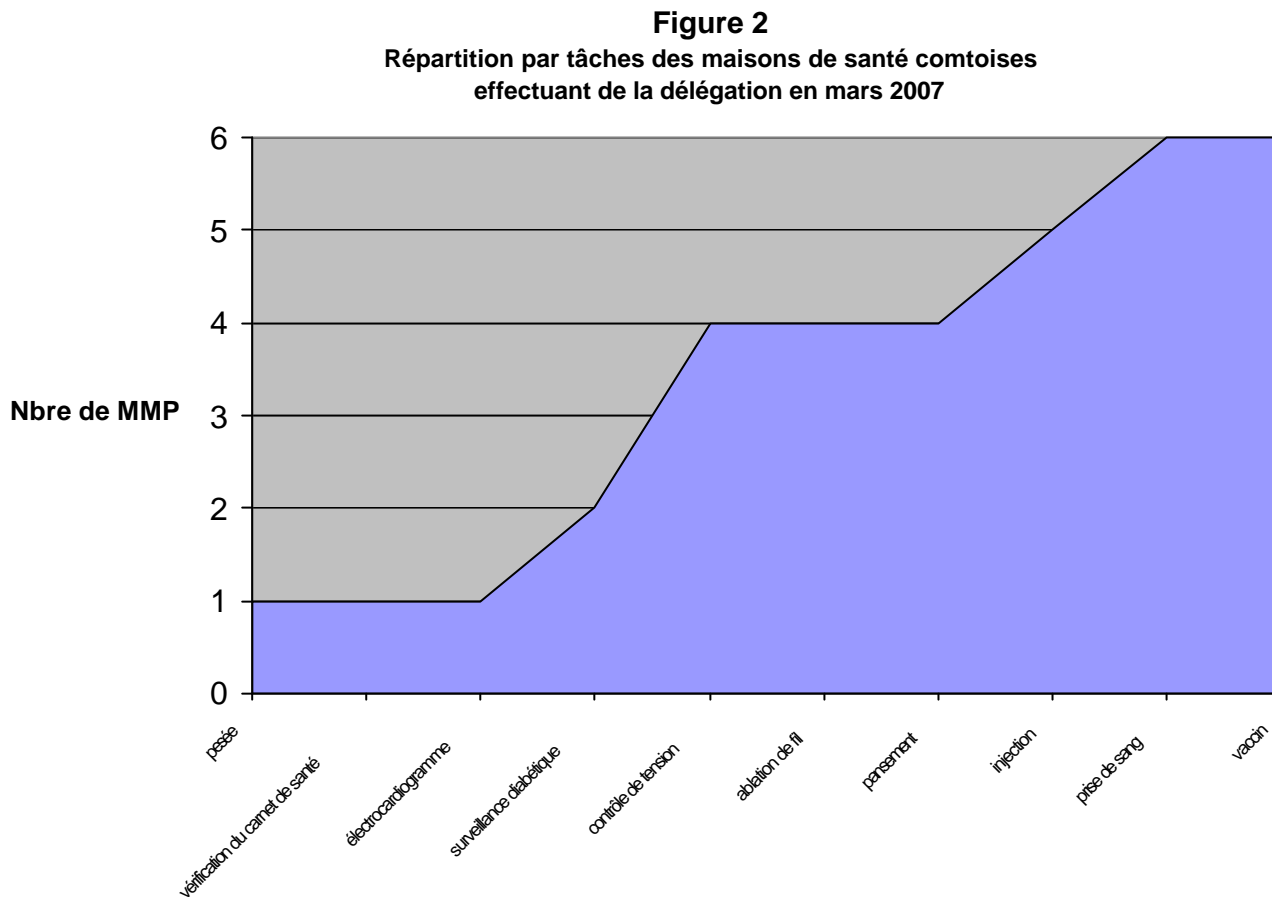
Par contre, alors que la moitié des maisons de santé comtoises déclarent s'impliquer dans des campagnes nationales de santé publique, les patients interrogés pensent que le niveau de conseils et d'informations promulgués dans les maisons de santé n'est pas plus important que celui délivré dans des cabinets isolés.

---

<sup>12</sup> GAUTIER A et AL., *Baromètre santé Médecins / Pharmaciens*, éditions Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2003

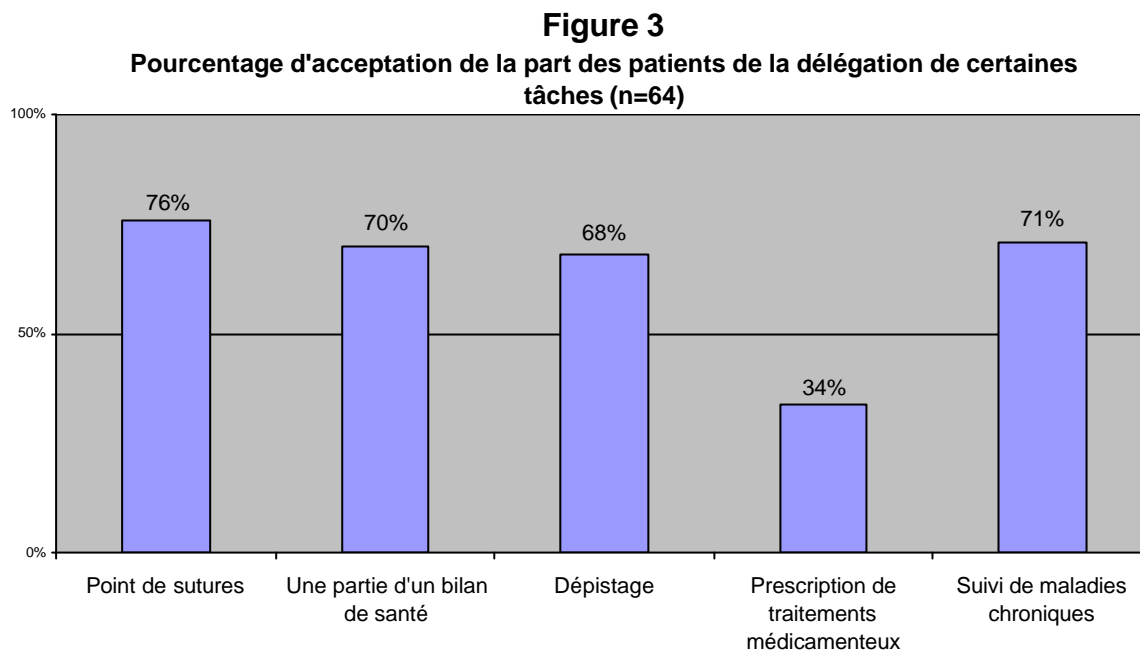
## Les délégations de tâches : le point de vue des médecins et de leurs patients

Les médecins des MMP franc-comtoises déclarent qu'ils délèguent certaines tâches aux infirmières. Celles-ci sont précisées sur la figure 2.



Ces délégations sont conformes aux décrets de compétences des infirmiers (11 février 2002) mais leur fréquence est très variable suivant les items considérés.

Du côté des patients, ils semblent être plutôt favorables, en particulier pour les plus jeunes (moins de 50 ans) et concernant certains actes (voir la figure 3).



Un rapport de février 2003<sup>13</sup> sur la délégation de tâches réalisées par des infirmiers (principalement dans les autres pays que la France) mettait en évidence, à travers une revue de la littérature, que « d'une part, les patients sont satisfaits par les services des infirmiers, et d'autre part, que la qualité des soins est assurée ».

<sup>13</sup> MIDY F, *Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires ; revue de la littérature 1970-2002*, Collection Questions d'économie de la santé, IRDES n°65, mars 2003

## Une plus-value des MMP par rapport à la pratique en cabinet isolé : des perceptions parfois différentes selon les groupes professionnels

90% des médecins généralistes interrogés constatent que, par rapport à un cabinet isolé, le fait de travailler au sein d'une MMP permet de libérer du temps de travail qui peut être consacré à des activités autres que le soin : formation (documentation, participations à des formations continues), implication dans des activités innovantes telles que l'éducation thérapeutique du patient ou la réflexion autour de la délégation de tâches.

La mutualisation des moyens entre les professionnels leur permet de bénéficier de matériaux techniques, comme l'informatique ou un standard téléphonique, dont les coûts d'investissement constituent bien souvent un frein pour les médecins généralistes exerçant seuls.

Enfin sur la prise en charge des urgences, il y a là aussi une plus-value apportée par les MMP : les professionnels de santé considèrent en effet que l'existence de structures pluridisciplinaires permet de limiter les flux à l'entrée des services d'urgences hospitaliers pour des pathologies telles que la petite chirurgie, la petite traumatologie, la pédiatrie, les douleurs, les crises de détresse psychologiques.

Il est important de souligner certaines divergences entre médecins généralistes et infirmiers. Ainsi, concernant la formation, ces derniers n'estiment pas que le fait de travailler en maison de santé permette de participer à davantage de formations, ce qui n'est pas le cas des médecins. Il en est de même pour ce qui est du temps libéré grâce à l'exercice en MMP : quand on demande à ces 2 professions si « *le travail dans une maison médicale permet d'avoir plus de temps libre et de moduler ses horaires plus facilement que dans un cabinet traditionnel* », ils sont 90% des médecins généralistes à l'affirmer mais aucun parmi les infirmiers.

## Une réelle attractivité des MMP pour les professionnels de santé

Le niveau de satisfaction des professionnels de santé exerçant dans une des six MMP étudiées est en moyenne supérieur à 7/10. Globalement, l'ensemble des professionnels de santé interrogés pensent que la qualité de vie est meilleure dans une maison de santé par rapport à un cabinet isolé : les médecins généralistes attribuent une note moyenne de 8,18/10 pour cet aspect et les infirmiers, 7,75/10. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête réalisée par l'Observatoire régional de santé auprès des médecins généralistes diplômés en Franche-Comté entre 1997 et 2001 : les généralistes exerçant en MMP se déclarent satisfaits à 100% **alors que ce taux est de 80% parmi leurs confrères installés dans d'autres conditions**<sup>14</sup>.

Les MMP apparaissent comme des structures favorisant le maintien de l'offre de santé dans la zone. Sans la présence de la maison de santé, 25% des infirmiers et 50% des médecins généralistes qui exerçaient auparavant en cabinet isolé (dans le même canton que la maison médicale) n'y seraient pas restés, et pour tous les professionnels de santé interrogés, ils jugent que leur installation au sein d'une structure pluridisciplinaire a été beaucoup plus rapide que s'il s'agissait d'une installation en exercice isolé. Sans la présence de la maison de santé pluridisciplinaire, 42% des médecins généralistes pour lesquels leur activité au sein de la maison médicale constitue leur premier mode d'exercice professionnel, ne seraient pas venus s'installer dans leur canton actuel d'exercice.

---

<sup>14</sup> Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, *Les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté*, avril 2007 : <http://www.ors-franchecomte.org/>

## Les principales conclusions et recommandations, suite à cette étude régionale et à l'examen de la littérature nationale et internationale

L'étude réalisée auprès des MMP franc-comtoises montre une réelle plus value de ces structures notamment par rapport à l'activité en cabinet isolé : qualité des soins par la promotion de la santé, motivation et activités innovantes, meilleure répartition des professionnels de santé. Ces différents éléments jouent en faveur du développement de cette nouvelle forme d'organisation des soins. Pourtant, la France se caractérise par rapport à d'autres pays étudiés par un faible niveau de délégation de tâches, alors que les bénéficiaires (du point de vue de l'efficacité et de la sécurité des soins) ont été démontrés. Il y a là un axe de travail à approfondir dans les MMP. La dernière convention signée entre l'Assurance maladie et la profession des infirmiers va dans ce sens<sup>15</sup>.

Si les premières maisons de santé dans la région ont demandé, de la part de leur « leader », de « débroussailler le terrain », sans aide spécifique, il y a maintenant une sensibilisation plus grande à l'importance et l'intérêt de ce type de structures. Dans ce contexte, de nombreuses institutions perçoivent mieux la plus-value des MMP et ont la volonté d'appuyer leur développement. Les professionnels de santé des maisons de santé franc-comtoises, qui ont pour la plupart été pionniers dans ces projets, en ont bien conscience et se sont d'ailleurs fédérés régionalement.

Pour que ces structures puissent perdurer et se développer, ce travail permet de dégager quelques recommandations. Parmi elles :

- **Collectivités locales et actions sociales** : établir des partenariats afin d'envisager la pertinence, dans certaines maisons de santé, d'accueillir un travailleur social.
- **Actions de prévention** : engager une réflexion afin d'identifier pour quelles raisons les patients n'ont pas le sentiment qu'on leur délivre plus de messages de prévention en maison de santé par rapport aux cabinets isolés alors que les professionnels de MMP s'impliquent plus sur ces thématiques que leurs confrères.
- **Place des infirmiers** :
  - . Engager une réflexion pour analyser plus finement leur activité au sein de maisons de santé et identifier ainsi des pistes leur permettant de tirer profit de l'exercice en maison de santé, plus précisément en ce qui concerne la formation et la modulation de leurs horaires
  - . Faire connaître auprès des médecins le décret de compétences des infirmiers, afin que les activités stipulées dans ce décret soient plus systématiquement réalisées par les infirmières
  - . Lancer des expérimentations de délégation de tâches ; cette action irait peut être aussi dans le sens d'une plus grande satisfaction des infirmiers à exercer en maison de santé.

**D'autres recommandations peuvent être mises en avant.** Elles sont issues d'une revue de la littérature concernant des expériences nationales et internationales :

### **Pour aider au montage de MMP :**

- Réaliser un diagnostic de territoire en impliquant dès le départ l'ensemble des acteurs dans une approche pluridisciplinaire<sup>16</sup>.
- Accompagner la réalisation de la structure tant du point de vue du projet immobilier que du projet médical, en associant différents partenaires (l'ensemble des professionnels de santé du territoire, les élus locaux et collectivités territoriales, les acteurs sociaux, les institutions de santé, des professionnels de l'ingénierie de projets...).

---

<sup>15</sup> Arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'Assurance Maladie.

<sup>16</sup> Mutualité Sociale Agricole, Caisse centrale, *Boîte à outils - maisons de santé rurales*, février 2006 :

[http://www.msafranchecomte.fr/files/msafranchecomte/msafranchecomte\\_1148291941507\\_BO\\_TE\\_OUTILS.pdf](http://www.msafranchecomte.fr/files/msafranchecomte/msafranchecomte_1148291941507_BO_TE_OUTILS.pdf)

**Pour favoriser la pérennité des MMP :**

- Inciter les médecins exerçant en MMP à devenir maître de stage : les internes qui y effectuent leur formation en sont souvent satisfaits et seront ainsi plus enclins à exercer dans une de ces structures ou à fédérer d'autres professionnels de santé autour d'une dynamique de MMP.
- Adapter la formation des professionnels de santé à la pratique en zones déficitaires, par le recours aux stages hors CHU ou en médecine ambulatoire<sup>17</sup>.
- Accompagner les équipes pluridisciplinaires dans leur fonctionnement managérial (besoin d'un apport externe), afin d'en assurer la pérennité et un travail en groupe de qualité.

**Pour développer l'articulation entre le sanitaire et le social au sein des MMP :**

- Mieux connaître les maisons de santé situées en zones franches urbaines (en se tournant vers des régions dans lesquelles il en existe) : analyser l'organisation et les activités qui y sont développées en particulier sur le plan social.
- Envisager des perspectives de développement de la santé communautaire en associant les différents acteurs du territoire concerné.
- développer le tiers-payant afin de favoriser l'accès aux soins des plus démunis.

**Des recommandations d'une autre nature sont énoncées mais elles nécessitent des choix politiques marqués et demandent une intervention du législateur :**

- Favoriser les systèmes de financement autres que le paiement à l'acte. Les jeunes médecins semblent en effet ouverts à de nouveaux modes de rémunération<sup>18</sup>. D'après certains auteurs, le salariat (au moins pour les paramédicaux) et la capitation sont plus efficaces : le premier système permet de couper court à la demande induite et aux professionnels de santé de se sentir plus en sécurité. Le second donne la possibilité d'une responsabilisation accrue des différents responsables.
- Envisager le remboursement concernant les soins des professions paramédicales qui ne sont actuellement pas pris en charge par l'Assurance Maladie (diététiciennes et psychologues notamment).

---

<sup>17</sup> BOURGUEIL Y. et AL, *Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France*, Collection Questions d'économie de la santé, Irdes n°122, Mai 2007

<sup>18</sup> Urcam de Bretagne, *L'installation des jeunes médecins généralistes, un accompagnement est-il possible ?* Les dossiers de l'Urcam Bretagne, n°25, décembre 2003 : [www.santebretagne.com](http://www.santebretagne.com)