



Association Nationale des Étudiants
en Médecine de France



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ISNAR-IMG

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Contribution commune ANEMF ISNAR-IMG



Juin 2011

Sommaire

1. Introduction	3
2. Généralités	3
2.1. La répartition des médecins généralistes sur le territoire	3
2.2. Après le constat, les solutions	4
2.3. Les grands axes de travail	4
2.4. Les niveaux d'action et les instances impliquées	4
3. Les mesures proposées	5
3.1. Formation	5
3.1.1. Numerus clausus	5
3.1.2. Contrat d'Engagement de Service Public	6
3.1.3. Place de la Médecine Générale dans le 2 ^{ème} cycle des études médicales	6
3.1.4. Forum des Métiers de la Santé	7
3.1.5. Formation précoce à l'interdisciplinarité	7
3.1.6. Épreuves Classantes Nationales (ECN)	7
3.1.7. Des études plus professionnalisantes	8
3.1.8. Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)	8
3.1.9. Nouveaux terrains de stage	9
3.1.10. Financement indépendant des postes d'internes	9
3.1.11. Logement et transport	10
3.2. Remplacement	10
3.2.1. Favoriser la venue de remplaçants	10
3.2.2. Statut des Médecins remplaçants	10
3.3. Installation	11
3.3.1. Faciliter l'installation	11
3.3.2. Mesures financières pérennes	11
3.3.3. Aides à l'installation	12
3.3.4. Une participation aux Négociations conventionnelles	12
3.4. Exercice professionnel	13
3.4.1. Favoriser le regroupement des professionnels de santé	13
3.4.2. Gestion du secrétariat médical	13
3.4.3. Modes de rémunération	13
3.4.4. Modes d'exercice	14
3.4.5. Nouveaux métiers et coopérations	15
3.4.6. Organiser la permanence des soins	15
3.4.7. Mesures financières et matérielles pérennes	16
3.4.8. Politique globale d'aménagement du territoire forte et volontaire	16
3.4.9. Développer la télémedecine	16
4. Conclusion	17

1. Introduction

La démographie des professions de santé en général, et des médecins en particulier est un sujet d'actualité depuis de nombreuses années. L'évolution à la baisse de la population médicale, confrontée à un accroissement des demandes de soins d'une population de plus en plus nombreuse et âgée, conduira inexorablement vers des difficultés de qualité et d'accès aux soins, si un certain nombre de mesures cohérentes ne sont pas prises à très court terme.

D'un côté, les problématiques de déficit croissant de l'assurance maladie et la diminution nette du nombre de médecins, rendant criantes les lacunes d'organisation du système de soins, imposent des mesures de restructuration à tous les niveaux.

De l'autre, l'arrivée tardive, mais en masse, d'une nouvelle génération de médecins, doit faciliter les opportunités d'évolution dynamique de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, des modes d'exercice et de rémunération, et de l'accès aux soins.

De surcroît, il nous semble urgent de proposer des mesures incitatives globales, associées à des mesures structurelles et organisationnelles, dynamiques et adaptées au terrain, au vu du contexte actuel des négociations conventionnelles et des différentes menaces de mesures coercitives passées, présentes et futures. Sur la base de l'enquête récente réalisée par l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale il nous est possible de proposer dans ce document un certain nombre de mesures incitant d'une part les futurs médecins à s'installer et procurant d'autre part une meilleure formation médicale initiale.

L'évolution démographique inéluctable sur les années à venir impose une réflexion sur la réorganisation en profondeur du système de soins à tous les niveaux. La France a aujourd'hui dépassé le simple problème de répartition des médecins sur le territoire. Le débat ne saurait donc se restreindre exclusivement à la problématique des règles d'installation des nouveaux professionnels de santé. Il doit au contraire, et de manière urgente, s'élargir pour apporter des solutions globales qui seront les seules à même de garantir une efficacité durable.

2. Généralités

2.1. La répartition des médecins généralistes sur le territoire

Plusieurs travaux réalisés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la DREES¹ permettent de faire un état des lieux assez précis de la répartition actuelle des médecins généralistes. Au 1^{er} janvier 2011, les statistiques publiées par la DREES² sur la démographie des médecins montrent que la France métropolitaine compte 81 175 médecins généralistes. 57 339 sont libéraux ou mixtes et 23 836 salariés exclusifs (dont 12 442 hospitaliers). La densité moyenne des médecins généralistes libéraux est de 109 pour 100 000 habitants. Elle varie entre les régions de 90 pour la région Centre à 136 pour la région PACA. Mais cette densité varie également et surtout au sein des régions comme peuvent le montrer les régions Île de France (avec une densité de 150 à Paris et de 80 en Seine-Saint-Denis) et Languedoc-Roussillon (avec une densité de 143 dans l'Hérault et de 91 en Lozère).

L'IRDES³ et la DREES viennent de publier l'étude "Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine" qui précise que « concernant les médecins généralistes, l'accès géographique est globalement très satisfaisant : moins de 1% de la population vivant dans 4% des communes françaises est à plus de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste.

Une autre étude⁴ de la DREES a souhaité enrichir les analyses existantes en réfléchissant sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine. Elle apporte quelques éléments d'éclairage important :

- À l'échelle des bassins de vie, les médecins généralistes libéraux sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires.
- Les médecins généralistes de moins de 40 ans ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères.
- Pour les médecins généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition entre les bassins de vie s'observent au sein d'une même région et seulement 10 % des inégalités sont interrégionales.

¹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

² D. SICART, 2011, « Les médecins au 1^{er} janvier 2011 », DREES, Série Statistiques, n°157, mai.

³ Institut de recherche et documentation en économie de la santé

⁴ M. BARLET et C. COLLIN, 2010, « Localisation des professionnels de santé libéraux », DREES.

Par ailleurs, nous assisterons à une diminution du nombre de médecins (et donc de la densité médicale) jusqu'en 2020⁵ et ce nombre ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030.

L'état des lieux actuel montre bien que malgré une répartition globalement satisfaisante des médecins généralistes sur le territoire, des inégalités sont présentes et risquent de se majorer si on ne met pas en place des solutions cohérentes.

2.2. Après le constat, les solutions

Dans le cadre des problèmes d'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire français, l'ISNAR-IMG et l'ANEMF proposent des solutions concrètes, globales, réalistes et acceptables pour les internes et les jeunes médecins, futurs professionnels de santé de terrain et concernés par la démographie médicale. Ces solutions sont le fruit de la réflexion d'une génération de futurs médecins généralistes dont l'attitude première est de **placer le patient au centre des décisions**, et de construire autour de lui un système véritablement efficient répondant aux **exigences individuelles et collectives**.

Seules des mesures incitatives globales, associées à des mesures structurelles et organisationnelles, dynamiques et adaptées au terrain, pourront contribuer à l'amélioration durable de la répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire.

Il est ainsi essentiel de promouvoir de nouveaux modes d'exercice, la constitution de réseaux de santé pluridisciplinaires, de réseaux ville/hôpital performants, de nouvelles structures de santé, plutôt que d'agir au seul niveau de l'individu. En ce sens, les seules mesures de régulation ou de coercition individuelle à l'installation ne peuvent être envisagées. On connaît en effet leurs limites : leur mise en place dans d'autres pays tels que l'Allemagne, la Suisse, ou le Québec, a notamment conduit à un détournement des étudiants des filières médicales au profit d'autres filières universitaires.

2.3. Les grands axes de travail

Pour améliorer durablement la répartition des Médecins Généralistes sur le territoire, il est indispensable d'agir à 4 niveaux :

- a. Inciter les étudiants à s'orienter vers le DES⁶ de Médecine Générale et leur garantir une formation professionnalisante adaptée ;
- b. Promouvoir l'exercice de soins primaires ambulatoires auprès des internes de médecine générale ;
- c. Accompagner l'installation des médecins généralistes dans les zones à faible densité médicale ;
- d. Travailler à la réorganisation pratique de l'exercice professionnel et à la coordination entre les différents professionnels de santé.

2.4. Les niveaux d'action et les instances impliquées

Le préalable à toutes ces mesures est de définir précisément, et à un échelon fin, les besoins de santé, en terme d'accessibilité aux soins, sur l'ensemble du territoire. Ces besoins en soins doivent être déterminés par une étude précise de l'état de santé d'une population (en prenant en compte les contextes démographiques, socio-économiques, géographiques, etc.) ainsi que par l'élaboration d'objectifs de santé pour cette population. La réponse à ces besoins de santé ne doit pas reposer uniquement sur une répartition arithmétique des médecins généralistes, basée sur la densité de la population dans un territoire donné. Afin de répondre au mieux aux attentes de la population en termes de soins, il est nécessaire de définir, ou de redéfinir, les champs de compétences de chaque catégorie de professionnels de santé, leurs articulations et leurs intrications éventuelles, au sein du système de santé, notamment en terme de niveaux de recours.

La définition des zones jugées défavorisées et des zones de surdensité médicale doit prendre en compte la réalité du terrain. Elle a pour but l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour les populations concernées.

⁵ K. ATTAL-TOUBERT et M. VANDERSCHELDENS, 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », DREES, Études et Résultats, n°679, février.

⁶ Diplôme d'Études Spécialisées

Ce zonage doit s'affranchir des limites géographiques administratives des communes et régions et correspondre aux besoins réels des bassins de population. Ce zonage, ainsi que les critères qui le déterminent, doivent être réévalués périodiquement pour tenir compte de l'évolution locale du nombre de praticiens, de la démographie et des besoins de soins de la population.

La loi HPST⁷, qui redéfinit la gestion de soins sur le territoire, a permis la création des ARS (Agences Régionales de Santé). Dans leurs nouvelles prérogatives, les ARS ont mis en place les Conférences de Territoires. Ces dernières regroupent des représentants des différents acteurs de la santé mais aussi des élus locaux, et ont pour mission l'évaluation des besoins en santé dans un territoire donné, l'offre de soin qui y est proposée ou encore la mise en place de la permanence de soins. D'autre part l'une des missions des ARS est l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, ce qui passera par l'élaboration des SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) ambulatoires pertinents qui sont le pré-requis indispensable à la mise en place de mesures organisationnelles corrélées aux besoins de santé de la population.

La région est en effet le bon niveau territorial d'observation, de conception et de mise en œuvre d'une politique globale, prenant en compte à la fois les priorités nationales et les réalités locales, permettant de traiter de problèmes spécifiques et de veiller à la qualité et à la pertinence du système de santé.

L'application des programmes de soins au sein d'une région doit ensuite se décliner aux échelons inférieurs. Ainsi l'articulation entre les différents professionnels de santé pourrait s'inscrire à l'échelle de la communauté de commune en zone rurale, et de l'arrondissement dans les grandes villes, et surtout de façon intercommunale et interdépartementale. C'est aux différentes Conférences de Territoires de définir ces articulations en fonction du contexte local.

Les ARS ont également pour mission de mettre en place les Plates-formes d'Appui au Professionnels de Santé (PAPS) qui sont en cours d'élaboration et qui correspondent au guichet unique que nous avons soutenu : une interface pour informer et aider les projets des professionnels de santé.

Une clarification des compétences et des champs d'action de chaque structure aidant au pilotage de la démographie médicale doit avoir lieu par le biais des ARS qui gèrent l'organisation territoriale de la santé au niveau départemental et régional. Ainsi, il est de la responsabilité des ARS de mettre en place des comités régionaux d'évaluation de la démographie en relation avec l'ONDPS⁸, ces comités auront à leur charge d'assurer une adéquation la plus proche possible entre les besoins de santé de la population et les objectifs quantitatifs et qualitatifs de formation.

A un échelon national, les Ministères de la Santé, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ou encore de l'Aménagement du Territoire ont un grand rôle à jouer. Tout comme l'UNCAM⁹ et les syndicats de médecins libéraux ont une importante responsabilité quant à l'avenir de la médecine générale libérale dans le cadre de la convention médicale.

3. Les mesures proposées

3.1. Formation

3.1.1. Numerus clausus

En 1971, le numerus clausus est mis en place pour contrôler les volumes d'étudiants en formation médicale et diminue ensuite fortement afin de limiter le nombre de médecins et de ce fait le nombre de prescripteurs. L'objectif étant de maîtriser les dépenses de santé. Mais son rapide doublement en à peine 10 ans a provoqué une saturation des capacités de formation des facultés et ne portera ses effets qu'après 2020, date à laquelle devrait s'observer le bas de la courbe du nombre de médecins. Cette baisse inéluctable est la conséquence des choix faits depuis 40 ans (fortes sorties et diminution des entrées).

L'évolution du numerus clausus doit se définir selon un plan pluriannuel afin d'éviter les fluctuations trop importantes que nous avons connues (ex : 8588 étudiants en médecine admis en deuxième année en 1971-1972, 3500 en 1992-1993 et 7400 à ce jour). A l'heure actuelle il est envisagé une stabilisation du numerus clausus (à 7400 étudiants en médecine).

⁷ Loi Hôpital Patient Santé Territoire

⁸ Observatoire Nationale de Démographie des Professions de Santé

⁹ Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie

Les perspectives démographiques doivent permettre d'évaluer rapidement la nécessité ou non d'amorcer une décroissance lente de ce *numerus clausus*, afin de ne pas entrer d'ici 2040 dans une période de surpopulation médicale. Ce plan doit inclure, outre l'effectif national, la répartition régionale des postes ouverts aux étudiants en fonction des besoins de santé de la région, mais surtout en tenant compte des capacités de formation de chaque université. En effet même s'il existe une mobilité des étudiants au cours de leurs études, une majorité reste dans leur région d'origine pour effectuer la totalité de leur cursus et leur vie professionnelle.

3.1.2. Contrat d'Engagement de Service Public

La rentrée 2010-2011, a vu la naissance du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). Cette « bourse » d'État a pour but de promouvoir l'installation des futurs médecins en zones déficitaires par l'allocation d'une subvention aux étudiants accessible dès la deuxième année et ce jusqu'à la fin de l'internat. L'attribution est réalisée sur dossier avec un regard tout particulier sur le projet professionnel. La subvention est versée mensuellement de l'année de signature jusqu'à la fin des études médicales. Après validation de la thèse et du DES, le médecin nouvellement diplômé choisit un poste d'exercice parmi ceux proposés en zone déficiente par l'ensemble des ARS. Dès lors, il doit au service public le nombre d'années où il aura perçu l'allocation.

Cette mesure incitative, de mise en place récente, reste perfectible : le manque de lisibilité dans les démarches et dans les postes proposés sont des freins à son développement. Un suivi régulier des dossiers doit être mis en place pour répondre au mieux au projet professionnel de l'étudiant et de l'interne et à la promotion de l'exercice dans ces zones déficitaires. L'ISNAR-IMG et l'ANEMF travaillent régulièrement en collaboration avec la DGOS pour que les modifications nécessaires puissent être apportées pour la prochaine rentrée universitaire.

3.1.3. Place de la Médecine Générale dans le 2^{ème} cycle des études médicales

3.1.3.1. Stage de Médecine Générale au cours du 2^{ème} cycle pour tous les étudiants

Bien que tous les acteurs du monde de la santé s'accordent à dire que le stage de médecine générale en 2^{ème} cycle est indispensable, et malgré l'arrêté paru le 26 novembre 2006, son application reste encore très aléatoire. Un récent rapport de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) dénonçait cet état de fait¹⁰.

Depuis 2006, plusieurs éléments doivent permettre la généralisation de ce stage comme les déblocages financiers de septembre 2007, le rapport d'Elisabeth Hubert de 2010, ou encore le souhait de l'actuel Ministre de la Santé, Xavier Bertrand de mettre en place de « vrais » stages d'initiation à la médecine générale au cours du DCEM. Une récente instruction de la DGOS¹¹ insiste sur ce point en préconisant notamment l'augmentation des maîtres de stage en médecine générale.

La généralisation de ce stage permet de répondre à un double objectif de formation et de sensibilisation des futurs praticiens à ce métier. La réflexion est simple : il est difficile de demander à un étudiant de se tourner spontanément vers une spécialité et un mode d'exercice qu'il n'a jamais rencontré au cours de ses études. En parallèle, les maîtres de stages des universités doivent être formés à l'accueil d'étudiants dans leurs cabinets pour pouvoir les accompagner à titre individuel.

Il est intéressant d'envisager ce stage dans différents lieux, afin de faire découvrir les différents types d'exercice de la Médecine Générale en milieu rural, semi-rural ou urbain. Il est également nécessaire que les contraintes techniques et financières liées à un stage en dehors du milieu clos de l'hôpital, et souvent éloigné du lieu de résidence et d'enseignement (faculté), soient pris en charge.

Une réorganisation structurelle de l'enseignement universitaire doit aller de pair pour faciliter l'intégration de ce stage dans le cursus des études médicales. Sa mise en place impose une réorganisation de l'enseignement théorique en deuxième cycle afin de permettre aux étudiants en stage sur des terrains éloignés d'y accéder (visioconférence,...).

3.1.3.2. Enseignement Théorique : implication des enseignants de médecine générale

D'autre part l'enseignement théorique et clinique de la Médecine Générale doit prendre une place plus importante au cours des études médicales communes. En effet près de la moitié des étudiants en médecine choisiront la médecine générale aux ECN et il est primordial qu'ils puissent être en contact le plus précocement possible avec les enseignants de cette discipline.

¹⁰ <http://www.anemf.org/Stage-de-DCEM-en-MG-point-d-etape.html>

¹¹ Instruction N°DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011

Les Chefs de Clinique de Médecine Générale pourraient y avoir une place importante à l'instar des Chefs de Clinique des autres spécialités afin de sensibiliser les étudiants à la filière universitaire de médecine générale dont la recherche ambulatoire.

3.1.4. Forum des Métiers de la Santé

Comme énoncé précédemment, force est de constater que la Médecine Générale n'est que peu présentée au cours des deux premiers cycles des études médicales. Or une bonne information suscite la vocation. A l'inverse, on imagine aisément qu'un étudiant ne souhaitera pas instinctivement s'orienter vers la spécialité de Médecine Générale ainsi que vers le mode d'exercice ambulatoire, dont il ignore tout.

Le projet « Forum des Métiers de la Santé » initié à Strasbourg en 2009, puis porté depuis par l'ANEMF pour l'étendre à un maximum de facultés, répond à cette méconnaissance et à ce manque d'informations. Les associations étudiantes y organisent un temps d'échange entre les étudiants et des professionnels passionnés, de différentes spécialités et de différents cadres d'exercice. Ce projet a déjà suscité l'intérêt du CNOM¹², mais il nécessite l'aide et la participation de tous les acteurs du système de santé pour prendre l'ampleur qu'il mérite. Aider au développement de ce projet, c'est soutenir une action volontariste et bénévole des associations étudiantes, directement en faveur d'une mesure incitative via une orientation choisie et éclairée de l'étudiant.

3.1.5. Formation précoce à l'interdisciplinarité

L'exercice regroupé est privilégié par les futurs médecins tout comme les collaborations et coopérations avec d'autres professionnels de santé. Ce sont aussi des moyens d'apporter une offre de soins efficace et de qualité.

Il est ainsi indispensable de développer la coopération inter-professionnelle précocement, dès les années de formation, avec des formations communes, la mutualisation des terrains et des maîtres de stage. Le partage parfois important des compétences entre certaines professions médicales rend cet enseignement commun cohérent et, à notre sens, inévitable pour une meilleure connaissance de chaque métier et ainsi à court terme une meilleure efficacité de chaque professionnel de santé.

L'application d'un schéma licence-master-doctorat (LMD) à toutes les professions de santé permettra de hiérarchiser la formation et les compétences acquises et de créer une culture commune grâce au développement d'une formation commune, autant théorique que clinique. Ces enseignements communs peuvent être envisagés sur plusieurs modes : on retiendra par exemple la création de "modules de pluridisciplinarité" autour de thèmes variables (pouvant être lié à des enjeux de santé publique comme l'IVG). On peut également lister les compétences partagées (contraception, suivi de la grossesse normale, ...) et réaliser des cours communs entre filières en utilisant des ressources pédagogiques communes.

La modélisation d'un fonctionnement pluridisciplinaire de l'exercice professionnel en santé, pour une prise en charge partagée et coordonnée des patients, devrait donc être initiée dès la formation initiale par l'interaction entre les différentes filières médicales et paramédicales.

3.1.6. Épreuves Classantes Nationales (ECN)

La répartition des postes d'internes doit être corrélée aux besoins géographiques régionaux de chaque filière, et aux capacités de formation des facultés. Cela nécessite un travail coordonné entre les différents acteurs concernés (DGOS, ONDPS, ARS, Facultés et représentants des étudiants et des internes). Depuis 2010, l'ONDPS¹³ établit des propositions quinquennales pour la répartition des postes d'internes par ville et spécialité. Ces propositions sont discutées au sein des comités régionaux de l'ONDPS. Les représentants des internes sont déjà présents lors de ses comités pour amener l'expertise nécessaire aux capacités de formation. Afin d'être le plus efficient possible, la participation des représentants étudiants est indispensable au travail mené quant à la répartition des postes d'internes et ce avec tous les interlocuteurs concernés. Leur participation permettrait une meilleure lisibilité pour les étudiants via une communication inter-générationnelle renforcée. L'accroissement rapide du nombre d'étudiants en DCEM4 ces dernières années requiert un effort de la part de l'ensemble des régions, et de tous leurs acteurs, pour augmenter les capacités de formation tout en poursuivant l'amélioration de la qualité de notre formation.

¹² Conseil National de l'Ordre des Médecins

¹³ Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

Selon une enquête de l'ISNAR-IMG, près de 80 % des internes de médecine générale souhaitent exercer dans la région de leur internat et il n'existe pas de différences entre les régions. Ainsi, la gestion du flux des internes avec les ECN est un outil performant pour améliorer la répartition inter-régionale.

Les difficultés liées à l'inadéquation (entre le nombre de postes proposés aux ECN et le nombre d'étudiants participant aux choix) devraient prochainement s'amenuiser avec la mise en place effective du stage des étudiants auprès des médecins généralistes libéraux et l'ensemble des mesures renforçant l'attractivité de la filière de médecine générale.

3.1.7. Des études plus professionnalisantes

Le contexte démographique actuel impose des réformes de grande ampleur. La formation des médecins généralistes de demain en est incontestablement l'un des éléments majeurs. La qualité et la cohérence de la formation initiale constituent les fondations de l'attractivité et de l'efficacité de la discipline.

L'ISNAR-IMG défend depuis de nombreuses années la mise en place d'une 4^{ème} année professionnalisante¹⁴. Et cette proposition est maintenant largement partagée tant au niveau universitaire qu'au niveau politique avec le rapport de Mme Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité¹⁵.

Les objectifs visés sont multiples. Le premier d'entre eux est celui de la qualité de la formation et donc de celle des soins. Le troisième cycle doit apporter au futur professionnel la formation qui lui permettra d'être parfaitement autonome et efficient dès la fin de son cursus. Par ailleurs, l'évolution de la maquette du DES de médecine générale constitue un élément majeur de la revalorisation de cette spécialité en manque de vocations. Enfin, les nombreuses années de remplacement qui précèdent aujourd'hui l'installation des jeunes médecins généralistes témoignent de certaines carences (au moins ressenties) de leur formation initiale.

L'enquête réalisée par l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale montre que 55% des répondants souhaitent d'abord exercer en tant que remplaçant. Une des raisons avancées est le manque de formation à la gestion de l'entreprise médicale, véritable frein à l'installation. Les séminaires d'aides à l'installation réalisés dans la plupart des villes par les structures associatives et syndicales des internes sont largement plébiscités et doivent être intégrés dans l'enseignement délivré au cours du 3^{ème} cycle.

Par ailleurs, plus de 4 internes sur 5¹⁶ souhaitent être formés à la permanence des soins (PDS) ambulatoire au cours de leur formation initiale. Cette lacune contribue à expliquer la réticence actuelle des jeunes médecins à participer à cette PDS. La mise en place d'une formation à la PDS tout au long du DES de médecine générale et notamment au cours des stages ambulatoire s'inscrit dans une volonté de délivrer une formation professionnalisante efficiente.

L'évolution cohérente de la maquette du DES vers une formation réellement professionnalisante permettra aux internes de médecine générale de préparer au plus tôt leur projet professionnel pour que leur installation dans leur exercice se fasse le plus précocement possible et soit la plus réussie.

3.1.8. Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)

En 2011, on compte 69 Chefs de Clinique des Universités de Médecine Générale (CCU-MG) répartis sur la quasi totalité des facultés françaises. La rentrée 2011-2012 pourrait voir le premier CCU-MG devenir Maître de Conférence Universitaire de Médecine Générale.

La mise en place de la FUMG et son développement ont plusieurs intérêts :

- Rendre la médecine générale plus attractive notamment en termes de possibilité de carrière universitaire dans les domaines de l'enseignement et de la recherche en soins primaires.
- Offrir une plus grande visibilité à la spécialité en introduisant l'enseignement théorique et pratique de la médecine générale dès les premiers cycles des études médicales.
- Faciliter la mise en place du stage de médecine générale au cours du deuxième cycle des études médicales.

¹⁴ Documents de propositions « DES en 4 ans » et « 4^{ème} année professionnalisante » de l'ISNAR-IMG, avril 2011

¹⁵ Mission de concertation sur la médecine de proximité, E. Hubert, novembre 2010

¹⁶ Enquête sur l'Évolution de la Formation Médicale Initiale, Enquête nationale de l'ISNAR-IMG, novembre 2007

La FUMG a vocation à faire sortir l'enseignement médical du milieu hospitalier, pour répondre aux besoins de formation spécifique et professionnalisante de la moitié des médecins. A terme devraient être construites des structures de soins ambulatoires conventionnées par l'Université, créant ainsi de **véritables Maisons et Pôles de Santé Universitaires** pour promouvoir la médecine générale, la formation médicale initiale et la recherche en médecine générale.

En effet, ces structures répondent aux besoins de toutes les composantes du système de santé en mobilisant les valences de soin (continuité des soins, qualité et organisation des soins), d'enseignement (formations des IMG et découverte des territoires, formations interdisciplinaires et interprofessionnelles) et de recherche (production de connaissance dans le champ des soins primaires et observatoire de la santé comme veille sanitaire).

La FUMG a également pour objectif de rendre la formation et la certification des diplômes plus cohérentes, grâce à la création d'un corps d'enseignants titulaires de la discipline. Ces titulaires pourront certifier le DES de Médecine Générale afin qu'il soit reconnu comme un véritable diplôme de spécialiste en soins primaires.

3.1.9. Nouveaux terrains de stage

L'élévation récente et importante du *numerus clausus* à l'entrée des études médicales entraîne une augmentation significative et rapide des promotions d'internes. Les capacités d'accueil des hôpitaux, et notamment des CHU, ne permettent plus d'assurer l'intégralité de la formation pratique des futurs médecins. De plus, grâce à la mobilisation de l'ISNAR-IMG pour améliorer la préparation des internes à la pratique ambulatoire, l'arrêté du 10 août 2010 modifie notre maquette en ne rendant plus que 2 stages hospitaliers obligatoires. Face à ces évolutions, il est nécessaire d'élargir de manière urgente les terrains de stage des futurs médecins généralistes :

- Au sein des futurs Maisons et Pôles de Santé Universitaires qui ont vocation à enseigner l'exercice de soins primaires ambulatoires, notamment en zones rurales, avec un encadrement s'inscrivant dans le développement de la FUMG. Ces structures pourraient également recevoir des externes, dans le cadre du stage obligatoire de deuxième cycle.
- Au sein d'hôpitaux périphériques ou locaux, en débloquent des budgets appropriés et en permettant l'agrément nécessaire à l'ouverture de terrains de stage formateur et validant le cursus. Le statut d'enseignant associé pour les praticiens hospitaliers de ces hôpitaux va dans le sens d'une valorisation de leur fonction d'enseignement.
- Au sein de structures privées, par exemple dans des cabinets de gynécologie ou de pédiatrie ambulatoire, pour le stage du pôle mère-enfant de notre maquette.
- Au sein de structures professionnelles de permanence des soins, d'aide médicale urgente ou de régulation médicale, afin de former les internes aux gardes ambulatoires, permettant d'aborder ce versant de la profession sans appréhension.
- Au sein de structures professionnelles de prévention, d'aide sociale ou humanitaire en France et à l'étranger.

3.1.10. Financement indépendant des postes d'internes

Une réforme sur le financement des internes est en place depuis le mois de mars 2011.

En 2004, lors de la mise en œuvre de la T2A¹⁷, le coût de la rémunération des internes en médecine a été intégré dans les tarifs pour l'ensemble des établissements. Depuis 2006, le surcoût représenté par la rémunération du nombre d'internes recrutés au-delà du *numerus clausus* de 2005 était partiellement compensé par une dotation au titre de l'aide à la contractualisation. Cette dotation était fournie aux ARS qui pouvaient s'en servir comme budgets sac-à-dos et pour les stages inter-CHU.

Ainsi, les établissements rémunéraient intégralement les internes qu'ils recevaient sauf les budgets sac-à-dos et une partie des inter-CHU dont le financement provenait des ARS. Ce système avait l'avantage de laisser une marge de manœuvre aux ARS afin de financer des stages formateurs mais pas forcément « rentables ».

Ce mode de financement ayant trouvé ses limites (législatives et budgétaires), le Ministère de la Santé a mis en place un nouveau dispositif à la fois plus simple et plus transparent dans lequel l'établissement d'accueil finance chaque interne et où l'ARS rembourse une partie. Mais ce dispositif présente à son tour plusieurs écueils. La crainte principale est que les établissements privilégient l'ouverture des postes dans des services « rentables » et ainsi de mettre le caractère formateur au second plan.

¹⁷ Tarification à l'activité

Mais un financement de l'ensemble des stages par les ARS reste la meilleure façon d'assurer aux internes que les stages sont de qualité tant en terme de formation que d'encadrement.

3.1.11. Logement et transport

Le logement et les modalités de transport des internes sur leurs lieux de stages deviennent de plus en plus problématiques. Dans un contexte d'augmentation du numerus clausus, certaines régions sont déjà saturées quant à la capacité d'accueil des internes dans les internats. De plus l'augmentation des terrains de stage ambulatoire, parfois éloignés des lieux de résidence des internes, occasionne des transports coûteux et dangereux, d'où la nécessité pour certains internes de payer deux loyers.

Il est primordial de **développer ces stages ambulatoires dans les zones considérées comme sous-denses afin de faire découvrir ces territoires aux internes**. Les internes de médecine générale ont un fort désir de réaliser des stages en semi-rural ou rural et sont contraints de ne pas les choisir pour des raisons financières.

Il est ainsi nécessaire **d'organiser la réouverture des internats, de fournir des logements** financés par les centres hospitaliers (appartements en ville) ou par les villes ou départements et de mettre en place des **aides au logement** (indemnités financières, aide au déménagement, aide informative des possibilités de ressources prévues par les institutions régionales et départementales) **et au déplacement** (remboursement de 50% des titres de transport, indemnités kilométriques) prévues dans le cadre de la loi de Développement des Territoires Ruraux.

La découverte de ces territoires au cours de la formation médicale initiale est indispensable à une future installation et doit se faire dans les meilleures conditions possibles.

3.2. Remplacement

3.2.1. Favoriser la venue de remplaçants

Dans les zones où la densité médicale est faible, les remplaçants ont une place légitime. Ils aident les médecins installés dans ces zones à se libérer de leur obligation de soins en vue de parfaire leur formation ou de prendre des vacances. Ces remplacements permettent à de jeunes médecins de rencontrer des professionnels et un bassin de santé qui peut correspondre à leurs attentes en matière d'installation.

Pour répondre à ce souhait, il est nécessaire de développer des outils de centralisation des demandes de remplacements au niveau régional afin de les diffuser auprès des internes et des jeunes médecins. Ces outils varient selon les régions et pourraient être une mission de l'URPS, l'ARS (avec la future Plateforme d'appui aux professionnels de santé) et des syndicats de jeunes médecins.

Il est intéressant de noter également que les premiers remplacements ont majoritairement lieu sur les anciens lieux de stage. La formation initiale, avec les stages en ambulatoire dès le deuxième cycle, doit ainsi constituer une piste privilégiée pour faire connaître et promouvoir l'activité médicale en zone défavorisée.

Enfin, la clause de non installation inscrite sur les contrats type doit être rediscutée lors de chaque remplacement dans ces zones déficitaires.

3.2.2. Statut des Médecins remplaçants

La place du remplacement dans la vie professionnelle des médecins généralistes a été analysée dans plusieurs études. Une période de remplacement est envisagée par 55 % des internes de médecine générale comme mode d'exercice après l'internat et 87 % des médecins généralistes ont remplacé avant de s'installer. Le remplacement apparaît comme une période de transition incontournable pour les jeunes médecins généralistes. Elle leur permet de compléter leur formation, de se faire une idée du métier et de déterminer la façon dont ils veulent l'exercer.

Les récentes réflexions menées sur l'organisation des soins primaires en France ne tiennent pas ou peu compte de cette période charnière. Dans le rapport de l'ONDPS 2008-09, les remplaçants n'ont pas été identifiés spécifiquement lors de la réalisation des projections. Il est donc impossible de déterminer leur activité et l'évolution de leur effectif. Le rapport « Améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients » de 2009, ne mentionne pas le rôle des remplaçants dans le maintien de la continuité des soins lors des congés, ou arrêt maladie des médecins.

Il apparaît donc nécessaire d'améliorer les dispositifs permettant d'identifier les remplaçants et leur activité, via notamment l'utilisation du numéro RPPS, et la possibilité pour les remplaçants de travailler en leur nom propre.

Cette évolution du statut du remplaçant n'a pas pour objectif de tendre à la généralisation d'une professionnalisation du remplacement. Elle permettra de réduire la hauteur de la marche vers l'installation, sans pour autant diminuer l'attrait des internes de médecine générale pour le remplacement.

3.3. Installation

3.3.1. Faciliter l'installation

L'amélioration de la formation des internes passe également par une information sur la démographie médicale et une formation sur le fonctionnement du système libéral et les modalités d'installation. Les supports d'information doivent être améliorés (séminaires en 2^{ème} et 3^{ème} cycles, portail internet via la PAPS, guide papier, ...) et être dispensés aux internes de médecine générale au cours de leurs cursus.

La mise en place d'un forum à l'installation dans l'ensemble des universités donnerait aux étudiants, qu'ils soient en TCEM1 ou en TCEM3, un accès à des professionnels du secteur qu'ils soient installés seuls ou en groupes ou comme collaborateur libéral. Il confronterait les étudiants aux acteurs nécessaires à l'installation (architectes, banque, assureurs, ...) et aux différents acteurs indispensables à l'exercice libéral (URSSAF, CNOM, ...). Enfin, en véritable vitrine de la profession, il serait pour les médecins, les instances administratives et les internes de la région un rendez-vous annuel où chacun pourrait s'informer, monter un projet, s'associer ou partager son expérience.

La mise en place par les ARS des Plateforme d'Appui des Professionnels de Santé (PAPS), véritable guichet unique où les internes et les jeunes médecins pourraient être aidés et guidés dans leur installation future est une nécessité. Il s'agit de faire connaître les modalités d'installation, les aides qui y sont relatives, et de coordonner les acteurs pour informer et orienter les jeunes professionnels. Les missions de ces PAPS sont de diminuer le nombre d'interlocuteurs à un interlocuteur privilégié qui gèrerait toutes les démarches, mais aussi de permettre une mise en relation des différents acteurs.

Le délai entre le début des démarches administratives et l'installation effective complète doit être raccourci. Ce temps de latence est conditionné notamment par l'inscription à l'ordre, l'obtention de la CPS¹⁸ ou la réception des formulaires CERFA¹⁹ de la sécurité sociale. L'ensemble de ces démarches pourrait être débuté dès le troisième cycle notamment grâce au RPPS²⁰ et à la réforme du DES²¹ de médecine générale incluant une quatrième année professionnalisante.

Enfin, il est indispensable de pérenniser le moratoire à l'installation. Ce dernier permet à un patient de consulter, sans pénalité financière, un médecin généraliste différent de son médecin traitant, installé depuis moins de cinq ans, ou réinstallé en zone déficitaire. Cette mesure, qui existe depuis 2006, ne peut être réellement efficace qu'après une large campagne d'information de l'Assurance Maladie auprès de ses assurés et des jeunes médecins.

3.3.2. Mesures financières pérennes

Certaines mesures nationales (CESP) ou locales (indemnités d'étude et de projet professionnel pour les internes s'engageant à exercer au moins 5 ans dans une zone déficitaire) existent et doivent être développées. De telles mesures intéressent certains étudiants et internes mais si elles restent isolées, elles risquent d'aboutir à un turn-over permanents des médecins généralistes installés dans ces zones, similaire à celui observé au Québec.

Des incitations financières pérennes à type d'abaissement de taxe professionnelle et de taxe foncière dans les zones déficitaires, de création de zones franches avec abaissement de charges fiscales et sociales ou d'amortissement accru des véhicules doivent être concrètement mises en place.

La mesure de majoration de 20 % des revenus des médecins exerçant en groupe en zone déficitaire, inscrite dans l'avenant 20 à la convention médicale (7 février 2007) nécessite des améliorations et une communication plus soutenue auprès des professionnels. Sans cela elle risque de se révéler inefficace d'autant plus qu'elle restera isolée et que les médecins ne seront pas accompagnés dans leur démarche de regroupement.

¹⁸ Carte Professionnelle de Santé

¹⁹ Feuilles de soins, arrêts maladie, déclaration d'accidents du travail, ...

²⁰ Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

²¹ Diplôme d'Etudes Spécialisées

En tout état de cause, si elles sont indispensables, les mesures financières ne peuvent à elles seules compenser un manque général de médecins sur le territoire. Elles ne peuvent donc être que le préalable et le complément de mesures structurelles beaucoup plus larges et dynamiques.

3.3.3. Aides à l'installation

Alors que la démographie médicale est devenue une problématique de premier plan, de nombreuses propositions abondent dans le sens d'une régulation de l'installation des jeunes diplômés. Or le risque d'une politique de régulation médicale coercitive est une fuite des jeunes diplômés de la profession de médecin, comme ce fut le cas en Allemagne. C'est pourquoi l'ISNAR-IMG promeut les mesures incitatives à l'installation des jeunes médecins, dans une perspective d'amélioration de l'attractivité du métier de médecins généralistes.

D'ailleurs certaines aides à l'installation sont déjà disponibles surtout à l'initiative des communautés territoriales. Principalement d'ordre financier, elles apportent une aide aux professionnels souhaitant exercer dans une zone faiblement dotés en médecins.

Or selon l'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG, 95,2 % des internes de médecine générale déclarent ne pas connaître les aides à l'installation et/ou à l'exercice dans leur région. C'est pourquoi la communication de l'existence de ces aides aux étudiants et internes doit se faire plus largement et plus précocement dans le cursus, pour aider et orienter le projet professionnel des futurs médecins. Si ils n'ont même pas connaissance de ces aides, on ne peut pas reprocher à ces mesures d'être inefficaces.

La communication et l'information doivent être facilitées par la création des guichets uniques à l'installation (ou plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé), lieux de centralisation des données démographiques, de l'information sur les aides, les démarches administratives ou encore sur les réseaux.

De plus cette enquête nous révèle que 87,8 % des internes de médecine générale ne seraient pas opposés à s'installer dans des zones déficitaires, mais pas à n'importe quel prix. Des mesures telles qu'une aide logistique et financière à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles inciteraient 69,5 % des internes à s'y installer, de même que 60,5 % d'entre eux se sentiraient incités par des avantages fiscaux.

D'autres aides peuvent encore être développées surtout organisationnelles ou humaines, dont les communautés territoriales ont déjà souvent pris l'initiative mais qui nécessitent d'être pérennisées et développées aussi à l'échelon national.

3.3.4. Une participation aux Négociations conventionnelles

Une participation des structures représentatives des internes au sein des négociations conventionnelles semble évidente. La participation de l'ISNAR-IMG permettra de confronter les souhaits d'exercice des internes de médecine générale avec les souhaits de nos pairs pour donner à la convention médicale la note intergénérationnelle nécessaire à son bon fonctionnement. En effet, cette convention, d'une durée de 5 ans, régira aussi bien l'exercice des médecins installés que celui des internes finissant leur formation.

La convention médicale prévoit le développement par certains services de l'Assurance Maladie d'aides diverses à l'intention des médecins qui souhaitent s'installer en zone déficitaire (études de marché, aide dans les démarches administratives, renseignements sur les maisons médicales, les réseaux ou encore les modalités d'organisation de la permanence des soins). Elle se doit ainsi d'être rédigée avec l'ensemble des acteurs concernés (UNCAM²², syndicats de médecins libéraux représentatifs, syndicats d'internes représentatifs).

Pour ces mêmes raisons, la présence de représentants des étudiants en médecine est nécessaire pour une bonne communication auprès d'eux des décisions prises qui les concerneront à terme. Ainsi, l'ANEMF demande la création d'un statut d'observateur afin de pouvoir être présente lors des réunions de négociations conventionnelles tout en conservant son indépendance vis à vis de l'UNCAM, mais aussi des syndicats représentatifs des médecins libéraux. Ainsi, l'ANEMF pourrait également exprimer un avis consultatif à la demande des parties présentes.

²² Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie

3.4. Exercice professionnel

La problématique de la démographie médicale tient autant, si ce n'est plus du faible taux d'installation de jeunes médecins que de la répartition même de ces médecins. Les internes en médecine générale ont un souhait fort d'exercice en ambulatoire mais sur un modèle différent. Quant aux zones sous-dotées, les internes sont prêts à y exercer et à s'y installer mais aux seules conditions de trouver un tissu social et un espace de vie autour de leur lieu d'exercice mais surtout une organisation de travail cohérente et tournée vers le patient (favoriser le temps médical, la coordination des soins, ...).

Nous voyons bien qu'au delà de la répartition des médecins c'est avant tout à l'exercice professionnel et à la définition du métier de médecin généraliste qu'il faut réfléchir.

3.4.1. Favoriser le regroupement des professionnels de santé

A l'heure actuelle, plus de 8 jeunes médecins sur 10 s'installent en groupe. Ce mode d'exercice est largement plébiscité par les étudiants et les internes qui y voient un bon moyen d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie. Favoriser le regroupement des professionnels de santé est l'élément phare de l'incitation à l'installation. Il est ainsi nécessaire de :

- Créer un statut juridique permettant d'assurer un véritable exercice collaboratif entre les différents professionnels associés. La proposition de Loi Fourcade a mis en place la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Les prochains mois montreront si ce statut facilite l'installation des jeunes médecins dans un exercice regroupé qui leur correspond ou s'il est encore à parfaire.
- Mettre à disposition des professionnels un système d'information permettant le partage des dossiers médicaux, le développement d'un réseau ville/hôpital ou encore la télémédecine.
- Mettre à disposition des locaux par les collectivités locales (locaux professionnels ou d'habitation).
- Encourager l'installation des professionnels de santé par la diminution voire la suppression de l'investissement financier et en proposant un système locatif attractif.
- Proposer d'autres services qui pourraient être pris en charge par les collectivités locales : secrétariat, service d'entretien et de gestion du matériel et de la logistique, informatisation, télémédecine.
- Mettre en relation les professionnels de santé déjà en exercice et les futurs installés au sein des PAPS.

De plus en plus, les ARS favorisent la création de Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels (MSP) à l'aide de subventions. Les collectivités peuvent également participer à la mise en place de ces maisons et pôles de santé afin de promouvoir la médecine générale dans les zones déficitaires. La mise à disposition de locaux par les mairies ou les collectivités peut également aider les structures à se développer.

Cependant, le projet doit provenir et être porté par les professionnels de santé eux-mêmes. Il est hélas fréquent de voir des projets montés par les élus locaux sans concertation avec les professionnels de santé du territoire et qui malgré un investissement financier souvent important reste une coquille vide.

3.4.2. Gestion du secrétariat médical

La mise en place de secrétariats téléphoniques délocalisés a pour objectif de soulager et de coordonner l'activité des médecins exerçant en cabinets isolés dans une zone géographique définie. Il est également souhaitable de décharger les médecins du coût de ces secrétariats, en partie ou en totalité. L'assurance maladie ou les collectivités locales peuvent là-aussi avoir un rôle à jouer en prenant soit en charge le coût du secrétariat, soit en gérant matériellement des plates-formes téléphoniques de secrétariat médical.

3.4.3. Modes de rémunération

À l'heure où le système de santé est en grande restructuration, les étudiants et internes s'interrogent sur les moyens de faire évoluer leur futur métier. Alors que le paiement à l'acte est aujourd'hui majoritaire (plus de 95 %), nous pouvons constater que les futurs médecins souhaitent diversifier leurs modalités de rémunération. Sensibles à l'émergence des nouveaux modes de rémunérations, ils privilégient le paiement au forfait en complément du paiement à l'acte. Tout en voulant s'adapter aux missions propres à la médecine générale, les étudiants et **internes souhaitent que la rémunération s'adapte en conséquence**, en particulier pour des **missions de service public, pour le suivi et la coordination des soins** des patients atteints de pathologies chroniques.

Il serait donc intéressant de développer, voir généraliser, les expérimentations actuelles sur les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) où les forfaits tiennent une place importante. Leur but est de favoriser la coopération entre professionnels et de mettre en avant une meilleure qualité et une meilleure efficience des soins de premiers recours.

Les étudiants et internes souhaitent également que la gestion administrative, aujourd'hui en développement et non rémunérée, puisse le devenir, de même que les consultations par téléphone, via les nouveaux modes de rémunération.

Des structures de soins offrant la possibilité d'exercer la médecine générale avec un mode de rémunération salariée doivent être organisées pour les professionnels de santé qui le souhaitent (l'état et les collectivités territoriales pourraient jouer un rôle majeur dans l'organisation et le financement de ces structures).

3.4.4. Modes d'exercice

Comme nous l'avons vu juste avant, il semble nécessaire de réorganiser les modes de paiement des professionnels de santé. Le seul paiement à l'acte n'a plus lieu d'être et la promotion d'un exercice mixte est une mesure incitative précieuse pour les professionnels de santé. Il s'agit de :

- Rendre plus aisé l'exercice en cabinet multi-site pour assurer une présence auprès des populations éloignées, ne bénéficiant pas d'un médecin à proximité. Les cabinets secondaires doivent être un complément au regroupement des professionnels de santé pour permettre à la fois un exercice optimisé et un accès aux soins pour les populations éloignées ou plus dépendantes.
- Mettre en place des **Contrats de Santé Solidarité sur un mode volontaire**. Les médecins qui le souhaitent pourraient contracter avec leur ARS pour effectuer plusieurs demi-journées par mois dans une zone sous-dotée. Il semble évident que **la souscription**, par les professionnels, à ce type de contrat **doit s'accompagner d'un « bonus »**. Ce dernier pourrait constituer au minimum une **exonération de charges**, pour le cabinet principal du médecin souscripteur voire une majoration des revenus, pour le temps effectué par le praticien dans le cadre du contrat. Ces contrats devront être accessibles aux médecins remplaçants thésés ou non. Cela doit s'accompagner d'une modification du statut de remplacement pour **permettre au remplaçant d'exercer simultanément au médecin qu'il « remplace »**. Cette mesure s'adresse notamment à l'activité en zone sous dotée et en période épidémique. Les zones sous-denses seront quant à elles définies par le SROS ambulatoire.
- Ne pas fermer les hôpitaux de proximité pour les réorganiser afin qu'ils répondent aux besoins de prise en charge « généraliste » de certains patients, en échange et en complémentarité avec les centres hospitaliers plus importants et spécialisés.
- Encourager l'exercice mixte en permettant aux médecins généralistes libéraux d'accéder à une activité hospitalière à temps partiel. Cela favoriserait le maintien de l'activité des hôpitaux de proximité en revalorisant les postes à temps partiel et les vacations, et satisferait certains médecins pour qui l'exercice mixte est souhaité, notamment en termes de sécurité d'emploi et de revenus.
- Faciliter l'articulation entre les professionnels libéraux et les hôpitaux locaux, pour l'activité de jour et la permanence des soins, ainsi que l'articulation entre les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers de plus grande taille.
- Développer l'outil informatique et les systèmes d'information avec l'élaboration de nouveaux logiciels performants permettant le partage des données et avec la mise en place d'un véritable réseau ville/hôpital.
- Reconnaissance des compétences et développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE) afin de permettre à tout médecin de faire évoluer son métier.
- Encourager, par le biais de mesures incitatives, l'installation de l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre du développement des réseaux de soins.
- Pouvoir déléguer, lorsqu'elle devient complexe, la gestion des problèmes sociaux et de maintien au domicile aux professionnels qualifiés : assistantes sociales, ergothérapeutes, etc.
- Développer les organismes d'aide au maintien à domicile qui coordonnent les passages des infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie, aides ménagères, et le portage des repas.
- Organiser des systèmes de transport économiques des personnes à mobilité réduite vers les lieux de consultation pour diminuer le nombre de visites à domicile ; favoriser le remboursement des transports pour l'accès aux soins en ambulatoire (ex. : examens complémentaires ...).
- Revaloriser les actes techniques coûteux en temps et en matériel, actuellement délaissés par les médecins généralistes.

L'objectif fondamental est d'optimiser le temps médical. Ces mesures représentent l'une des clés de voûte de l'organisation d'un système de soins cohérent et performant, en permettant à chaque professionnel d'exercer un maximum de son temps dans son champ de compétence. Pour l'atteindre, il est nécessaire de redéfinir ces champs de compétence, et d'y associer un regroupement physique (maisons de santé) ou virtuel (pôles de santé) des professionnels concernés.

3.4.5. Nouveaux métiers et coopérations

Le développement de nouveaux métiers a pour but d'aider à l'installation des médecins (chef de projet de MSP, ...) ou de décharger les professionnels de santé des tâches administratives et logistiques (coordinateur d'appui au sein des MSP) afin de dégager plus de temps médical pour une meilleure prise en charge de la population. Cette délégation des tâches administratives doit coïncider avec une démarche de simplification de celles-ci.

Par ailleurs, les professionnels de santé ont à leur disposition, depuis 2009, l'article 51 de la loi HPST qui est un dispositif juridique leur permettant de déroger à leur condition légale d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre ou par la réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient. Comme le rappelle la HAS²³, les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont la **prise en charge des patients reposant sur une coordination performante** entre tous les intervenants de façon à optimiser leur parcours de soins et le **gain de temps médical** pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'expertise.

Il convient ainsi de développer ces protocoles de coopérations et d'en faire la promotion au cours de la formation médicale initiale et tout au long de la formation médicale continue. Là encore, une aide logistique et scientifique doit être disponible au sein de la HAS et des ARS.

3.4.6. Organiser la permanence des soins

De manière à trouver un équilibre entre la demande de soins et la charge de travail des généralistes, plusieurs mesures doivent être mises en place :

- Réorganiser les territoires de gardes en les regroupant, afin qu'un médecin ne soit pas de garde plus d'un jour par semaine et un week-end par mois, et que l'activité soit significative pour justifier la permanence des soins sur le territoire en question. Cette réflexion sur l'aménagement du territoire et le zonage doit se réaliser au sein des conférences de territoires en tenant compte de la part ambulatoire du SROS.
- Généraliser la permanence des soins téléphonique par un médecin généraliste formé à la régulation (type 15 bis, ou 33 33) mais non exclusivement régulateur, en y allouant les moyens nécessaires.
- Rendre le système de permanence des soins lisible pour la population d'un territoire donné, pour que les modalités de recours soient bien identifiées.
- Former les internes de médecine générale à la régulation médicale et à la permanence des soins ce qui pourrait se faire au cours des stages ambulatoires et lors de la 4^{ème} année professionnalisante.
- Permettre aux médecins exerçant loin des centres de SAMU/SMUR d'être formés régulièrement aux soins de réanimation d'urgence (développer la FMC²⁴ et bientôt le DPC²⁵ de proximité). Mettre à leur disposition, une trousse «d'urgences vitales» personnelle, ou commune aux médecins de garde, contenant le matériel nécessaire aux soins de premier recours, trop peu souvent utilisé et/ou trop onéreux pour permettre son achat à titre individuel.
- Utiliser les maisons médicales, mises à la disposition par les collectivités locales ou par les hôpitaux locaux, comme maisons médicales de garde en dehors des heures de consultation.
- Organiser un système de garde pharmaceutique fixe à proximité des structures de permanence des soins telles que les maisons médicales de garde.
- Permettre localement aux ARS de majorer le tarif des astreintes pour inciter la permanence des soins dans les zones déficitaires et leur donner les moyens financiers correspondants.

²³ Guide méthodologique tome 2 « Élaboration d'un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST » - HAS – Sept 2010

²⁴ Formation Médicale Continue

²⁵ Développement Professionnel Continu

- Permettre aux médecins exerçant dans les zones périurbaines difficiles et les zones rurales de se déplacer en toute sécurité lors des gardes : organisation d'un service d'accompagnement, à la demande du médecin, en plus de la mise à disposition d'un véhicule dédié.
- Organiser un réseau de transport sanitaire efficace pour optimiser le temps médical, et permettre aux personnes dépendantes d'accéder aux soins, et non l'inverse.

3.4.7. Mesures financières et matérielles pérennes

Ces mesures sont indispensables pour favoriser l'exercice en groupe et l'installation des médecins en zones défavorisées. Elles passent nécessairement par :

- L'équipement en matériel onéreux des médecins ruraux dont l'emplacement géographique le justifie : ECG, radio, matériel de stérilisation pour petite chirurgie...
- Des prêts à taux réduit pour les frais d'installation et d'exercice (ex : investissements fonciers, renouvellement de matériel ...) en zones déficitaires.
- Une participation aux frais de stérilisation du matériel, d'achat de matériel à usage unique et aux frais d'élimination des déchets à risque biologique.
- Aides pérennes spécifiques pour les réseaux et pour le développement de maisons de santé.
- Assistance des collectivités territoriales et des ARS aux professionnels de santé pour l'organisation structurelle et la répartition géographique adaptée aux besoins, de ces maisons de santé pluriprofessionnelles avec la création de chefs de projet.
- Financements publics pour l'aide à la construction de MSP pour regrouper les professionnels de santé.
- Amélioration et promotion de l'avenant 20 à la convention.

3.4.8. Politique globale d'aménagement du territoire forte et volontaire

Afin de permettre le développement de certaines régions et les rendre plus attractives, il est nécessaire de maintenir les services publics (écoles, bureaux de poste, hôpitaux locaux, crèches, etc.) et les commerces, de garantir le développement des technologies modernes de communication (Internet Haut Débit indispensable à l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) et meilleure couverture des réseaux téléphoniques) et d'assurer la qualité des infrastructures routières. La loi relative au développement des territoires ruraux doit donc être complétée dans ce sens.

Comme le montrent les résultats de l'enquête sur les souhaits d'exercice des internes, il est important pour eux de maintenir des services de proximité afin de promouvoir une installation en milieu rural. En effet pour 72 % des internes ayant répondu, la présence d'une école à proximité de leur lieu d'exercice est indispensable.

D'autre part la présence d'une crèche, garderie ou école à proximité de leur lieu d'exercice est une mesure incitative à l'installation en zone déficitaire demandée par 52% des internes.

3.4.9. Développer la télémédecine

- Il faut donner les moyens aux professionnels de santé :
 - De relier les cabinets isolés entre eux et avec les maisons médicales via des réseaux informatiques.
 - De gérer conjointement les dossiers médicaux en temps réel, en utilisant par exemple de manière optimale le Dossier Médical Personnel.
 - D'établir une connexion avec l'hôpital et de transférer rapidement les données.
 - D'accéder librement et rapidement à la FMC, et aux banques de données d'informations médicales.
- Il faut mettre à disposition des patients des données diverses :
 - annuaire de tous les professionnels de santé du département ;
 - tableau de gardes (pharmacies, médecins, etc.) ;
 - numéros d'appel (alcool, tabac, SIDA, etc.) ;
 - informations médicales éducatives et conseils.

Pour l'ensemble de ces mesures, l'État ne doit pas se désengager de son devoir d'assurer l'égalité de l'accès à des soins de bonne qualité pour tous.

Il doit donc financer directement la plupart des mesures pour éviter les disparités régionales. En effet les régions n'ont pas toutes les mêmes capacités de financement (les plus « pauvres » étant souvent aussi les plus touchées par ce problème de démographie médicale !). Avoir accès, en temps réel ou au cours de sessions régulières programmées, à un avis ou à une consultation virtuelle complémentaire auprès d'un autre spécialiste à distance par le biais de moyens de télécommunication adaptés éviterait un certain nombre de transports sanitaires coûteux de patients, notamment pour les personnes dépendantes. La rémunération de ce mode de consultation à distance doit être prévue en conséquence, sur la base d'un forfait ou d'un acte à cotation spécifique.

4. Conclusion

Si la tentation est grande de régler le problème actuel de l'inégalité de répartition et du déficit démographique médical à venir par des mesures de régulation à l'installation, il faut être conscient de la portée d'une telle stratégie. En effet, comme cela a déjà pu être observé à l'étranger (Allemagne, Québec), de telles mesures entraînent un effet pervers inverse rapide, avec un déficit d'engagement dans la filière médicale, et une réorientation des professionnels de santé vers d'autres métiers, et vers des branches médicales sans activité de soins (journalisme médical, industrie pharmaceutique, etc.).

Le problème de démographie médicale et de désertification médicale ne peut se régler, comme nous l'avons vu par des mesures coercitives. La solution passe par une association de mesures globales, organisationnelles, cohérentes et durables : une meilleure formation à l'ambulatoire, plus précoce et mieux adaptée à l'installation en ambulatoire ; des mesures incitatives pérennes mises en place pour aider et soutenir les professionnels de santé. La confection d'un projet tout comme sa réalisation sont des étapes importantes qui doivent être soutenues par l'Etat, les collectivités locales, les Agences Régionales de Santé et les autres professionnels. Il nous faut continuer à avancer dans ce sens et prendre en compte les souhaits de ceux qui seront les médecins de demain.

Ces mesures doivent être accompagnées d'une véritable réflexion sur le métier de médecin généraliste, de sa valorisation et de l'amélioration de ces conditions d'exercice.

Depuis la loi HPST, les ARS ont été mises en place et par leur rôle central elles tendent à devenir des interlocuteurs privilégiés pour les professionnels de santé, prenant part à la formation, à l'installation et à la gestion de la démographie médicale. Les plateformes d'appui aux professionnels de santé devront avoir ce rôle de lien avec les professionnels et leurs successeurs.

Ce n'est qu'au prix d'efforts coordonnés entre les professionnels de terrain et leurs représentants ordinaires et syndicaux, les collectivités territoriales et les institutions nationales en charge de la santé, de l'enseignement supérieur, et de l'aménagement du territoire, que l'on pourra prendre les mesures à la hauteur des enjeux du système de soins français actuel.