



# Propositions ISNAR-IMG en vue d'améliorer la répartition des médecins généralistes sur le territoire



*Présentées à l'O.N.D.P.S. le 16 mars 2005*

*Adoptées en Conseil d'Administration à Clermont-Ferrand le 9 avril 2005.*

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

Il apparaît également primordial de promouvoir en priorité des structures et de nouveaux modes d'exercice plutôt que d'agir au seul niveau de l'individu.

Nous avons classé ici nos propositions en fonction des délais prévisibles pour leur réalisation :

- court terme (dès 2006)
- moyen terme (dans les 3 ans)
- long terme (> 3 ans)

## I Mesures à court terme

1) Définir précisément et à un échelon fin les besoins de santé, en termes d'accessibilité aux soins, sur l'ensemble du territoire.

2) Redéfinir de façon plus large les zones jugées défavorisées en prenant en compte la réalité des difficultés sur le terrain.

Cette définition large a pour but unique l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour les populations concernées. Ce zonage doit s'affranchir des limites géographiques administratives des communes et régions et correspondre aux besoins réels des populations. Depuis la loi du 13 août 2004, cette mission relève des MRS (Missions Régionales de la Santé) constituées des ARH et des URCAM ; le zonage est donc défini à l'échelon régional. Une circulaire nationale permettant d'éviter de trop grandes disparités interrégionales a d'ailleurs été publiée au JO le 14 janvier 2005. Ce zonage doit être établi dans les plus brefs délais afin de permettre l'attribution des aides à l'installation.

3) Faciliter l'installation.

La convention 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 ; information sur l'installation auprès des étudiants).

D'autres mesures complémentaires doivent être mises en place rapidement :

- Améliorer la formation des internes en 3<sup>ème</sup> cycle concernant les modalités d'installation.
- Améliorer la connaissance par les internes des spécificités de l'installation et de l'exercice en milieu rural en y développant des terrains de stages ambulatoires (stages chez le praticien, 6<sup>ème</sup> semestre en SUMGA).
- Clarifier les différentes structures juridiques régissant l'installation en groupe.

4) Favoriser la venue de remplaçants.

- En centralisant toutes les demandes de remplacements département par département et en les diffusant dans les facultés de médecine (au sein des Observatoires Régionaux ou via un site Internet de l'UNCAM par exemple).
- En créant une prime au remplacement dans ces zones incitant les jeunes médecins remplaçants à découvrir ces régions et exercices (limite de temps à prévoir pour ne pas



pérenniser le remplacement au détriment de l'installation) et une fiscalité spécifique allégée pour les remplacements en zones défavorisées. En plus de l'indemnité de remplacement versée au praticien dans le cadre des CBP (Contrats de Bonnes Pratiques), le FORMMEL (Fonds de Réorganisation et de Modernisation de la Médecine Libérale) par exemple pourrait financer des primes de remplacement versées directement aux remplaçants.

- **En supprimant la clause de non installation** dans la zone du médecin remplacé plus de 3 mois pour les zones déficitaires.

## 5) Mesures financières pérennes

- **Incitations financières pérennes** à type d'abaissement de taxe professionnelle et de taxe foncière, de création de zones franches avec abaissement de charges fiscales et sociales, d'amortissement accru des véhicules. Ces mesures favoriseraient d'ailleurs davantage la venue de collaborateurs associés non concernés par les primes d'installation ponctuelles. La loi relative au développement rural, qui prévoit une exonération d'impôts sur les revenus perçus lors des gardes ou astreintes, à hauteur de 60 jours par an, pour les honoraires dont les zones de gardes comportent majoritairement des communes de moins de 3500 habitants, s'inscrit dans cette logique mais d'autres mesures doivent y être associées.

- **Réflexion sur de nouveaux modes de rémunération** avec une revalorisation des actes effectués en zone rurale (rémunération forfaitaire annuelle par exemple).

- **Aider à l'équipement en matériel** les médecins ruraux dont l'emplacement géographique le justifie : ECG, radio, matériel de stérilisation pour petite chirurgie...

- **Prêts à taux réduit pour les frais d'installation et d'exercice** (ex : investissements fonciers, renouvellement de matériel ...) en zones déficitaires.

- **Participation aux frais de stérilisation du matériel, d'achat de matériel à usage unique et aux frais d'élimination des déchets à risque biologique.**

- **Prime et mesures fiscales spécifiques pour les remplaçants.**

- **Aides pérennes spécifiques pour les réseaux et pour le développement de maisons de soins.**

- La loi relative au développement rural prévoit des **indemnités de logement et de déplacement pour les internes de médecine générale**, lorsqu'ils effectuent leurs stages en zone déficitaire. Ces indemnités doivent être mises en place dans les plus brefs délais afin de promouvoir les terrains de stage ambulatoires dans ces zones difficiles (stages chez le praticien, 6<sup>ème</sup> semestre en SUMGA).

- Cette loi prévoit également des **indemnités d'étude et de projet professionnel** pour les internes s'engageant à exercer au moins 5 ans dans une zone déficitaire. De telles mesures intéresseront sans doute certains internes mais si elles restent isolées, elles risquent d'aboutir à un turn-over des médecins généralistes, similaire à celui observé au Québec.

## 6) Participation des médecins étrangers.

Tant que n'auront pas été mis en œuvre de réels moyens pour améliorer le statut des médecins étrangers qui ont suivi l'ensemble de leur cursus médical en France, cette mesure ne saurait être envisagée.

## II Mesures à moyen terme

### 1) Réorganiser la FMI (Formation Médicale Initiale)

Au niveau du Numerus Clausus à l'entrée des études de médecine :

- Définition selon des **plans pluriannuels** afin d'éviter les effets « yoyo » habituels.

- **Augmentation prudente** afin de ne pas compromettre la qualité de formation des étudiants au sein des universités.

- **Régionalisation** en fonction des besoins de santé, tout en tenant compte des capacités de formation de chaque université.

Développer de nouveaux terrains de stages afin d'accroître les capacités de formation dans les régions déficitaires :



- Au sein de structures type **SUMGA** qui ont en plus l'intérêt de faire connaître de manière positive l'exercice ambulatoire en zones rurales (cf. thèse de C. Mari), avec un encadrement étroitement lié au développement de la **filière universitaire de médecine générale**. Ces structures pourraient aussi permettre de recevoir des externes, dans le cadre d'un stage de médecine générale obligatoire en DCEM, à condition de réorganiser l'enseignement en fonction de l'emploi du temps qu'impose le stage en zone éloignée et d'assurer la prise en charge de leurs frais de déplacements et/ou de logement, comme pour les internes de médecine générale.
- Au sein d'**hôpitaux périphériques ou locaux**, en y mettant les moyens indispensables pour leur permettre de pouvoir bénéficier de l'agrément nécessaire à l'ouverture de terrains de stage.
- Au sein de **structures privées**, dans le cadre de certains stages pour lesquels nous ne bénéficions pas de suffisamment de terrains de stage dans le public (exemple de la gynécologie/obstétrique, stage obligatoire dans le cadre de la maquette de médecine générale).
- **Logement** : réouverture des internats, logements de fonction, indemnités de logement et déplacement au minimum (prévues dans le cadre de la loi de développement rural).
- **Financement des postes d'internes indépendamment** des budgets des hôpitaux locaux en développant par exemple le concept d' « interne escargot » (budget alloué à un interne pour le financement de son cursus, indépendamment des stages effectués)

**Au niveau des Epreuves Classantes Nationales (ECN) :** la régionalisation est sans doute à envisager ; des études doivent toutefois être menées auparavant afin de réfléchir plus précisément à la question.

## **2) Favoriser le regroupement des professionnels de santé.**

- Au sein de cabinets de groupe ou de **maisons médicales** regroupant plusieurs médecins et autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeute, dentiste, etc.).
- **Locaux mis à disposition** par les collectivités locales.
- **Autres services à la charge du Département** ou de la **Région** : secrétariat, service d'entretien et de gestion du matériel et de la logistique, informatisation, télémédecine.
- Encourager l'installation des professionnels de santé en diminuant voire en supprimant l'investissement financier et en proposant un **système locatif attractif**.
- Lieu dynamique et attractif (incitations positives) d'enseignement et de recherche recevant les étudiants internes et externes et pourquoi pas les élèves infirmiers, kiné, etc. au sein de cette structure type **SUMGA** (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire). But : promouvoir l'activité en zones déficitaires et favoriser la venue d'internes dans ces SUMGA en créant une indemnité de pénibilité, une prise en charge des frais supplémentaires (logement, déplacements, etc.) et une majoration des points IRCANTEC, prise en charge au niveau de l'Etat.
- A noter qu'il est prévu que les mesures d'aide à l'installation prises dans le cadre de la loi du 13 août 2004 ou de la loi relative au développement rural s'adressent également aux maisons médicales.

## **3) Optimisation des exercices et reconnaissance des compétences, développement de réseaux de soins.**

- 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 la gestion des problèmes sociaux et de maintien au domicile aux professionnels qualifiés : **assistantes sociales**, ergothérapeutes, etc.
- Développer les **organismes d'aides au maintien à domicile** gérant le passage au domicile des infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie, aides ménagères, le portage des repas.
- **Déléguer aux infirmières** certains suivis (ex : surveillance tensionnelle permettant d'espacer les consultations de surveillance), voire certains actes au cabinet : prise de tension, pesée des bébés...
- Dégager du temps infirmier en reconnaissant les **compétences des aides soignantes** quant à la réalisation des toilettes au domicile.
- Décharger les professionnels de santé des **tâches administratives et logistiques**.



- Organiser des systèmes de **transport des personnes à mobilité réduite** vers les lieux de consultation pour diminuer le nombre de visites ; 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.

#### 4) Autour des maisons médicales :

- Favoriser la mise en place de **secrétariats téléphoniques délocalisés ou sur place** soulageant et coordonnant l'activité des médecins exerçant en cabinets isolés dans une zone géographique définie, en déchargeant les médecins de leur coût, en partie ou en totalité.
- Rendre possible le travail d'un **collaborateur associé** pour créer une étape intermédiaire entre le remplacement et l'installation définitive (mobilité relative permettant de suivre son conjoint).
- Créer la possibilité d'exercice en **cabinet secondaire** pour venir au plus près des populations éloignées, sans médecin.
- Envisager l'aide au développement d'**unités mobiles de soins** dans certaines zones : cf. l'expérience d'un chirurgien-dentiste du Morvan : Dr. Robert Regard.
- Ne pas fermer les **hôpitaux de proximité** mais 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.
- Permettre aux médecins généralistes libéraux d'accéder à des **postes hospitaliers à temps partiel** ; et revaloriser à la fois les postes à temps partiel et les vacations.

#### 5) Organiser la permanence des soins. De manière à soulager la charge de travail des médecins et assurer un service de qualité à la population :

- Réorganiser les territoires de gardes afin qu'un médecin ne soit pas de garde plus d'un **jour par semaine et un week-end par mois**.
- Généraliser la **permanence des soins téléphonique** par un médecin généraliste formé pour cela (type 15 bis) mais non exclusivement régulateur, en y allouant les moyens nécessaires (utilisation du FAQSV par exemple).
- Permettre aux médecins exerçant loin des centres de SAMU/SMUR d'être **formés régulièrement pour les soins de réanimation d'urgence** (développer la FMC de proximité). Et mettre à leur disposition, personnelle ou à travers une trousse « d'urgences vitales » commune aux médecins de garde, le matériel nécessaire aux premiers soins (Ambu, défibrillateur, oxygène, matériel d'intubation...) trop peu souvent utilisé et trop onéreux pour permettre son achat à titre individuel.
- Utiliser les maisons médicales, mises à la disposition par les collectivités locales, comme **maisons médicales de garde** en dehors des heures de consultation.
- 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 par un « chauffeur » (nature à déterminer ultérieurement) en plus de la mise à disposition d'un véhicule dédié.

### III Mesures à long terme

#### 1) Politique d'aménagement du territoire forte et volontaire.

Afin de permettre le **développement** de certaines régions et les rendre plus attractives : maintenir les **services publics** (écoles, bureaux de poste, etc.) et les **commerces**, **garantir le développement des technologies modernes de communication** (Internet Haut Débit et meilleure couverture des réseaux téléphoniques portables notamment). La loi relative au développement rural devra donc être complétée par un ensemble d'autres mesures.



## 2) Développer la télémédecine et les maisons médicales virtuelles.

- Pour les professionnels de santé, permettre :

- de relier les cabinets isolés entre eux et avec les maisons médicales/SUMGA, via des réseaux informatiques.
- aux différents intervenants de gérer conjointement les dossiers médicaux en temps réel, en utilisant par exemple de manière optimale le Dossier Médical Personnel.
- une connexion avec l'hôpital et le transfert rapide de données.
- un accès rapide et varié à la FMC, et aux banques de données d'informations médicales.

- Pour les patients : Centralisation de données diverses : coordonnées de tous les professionnels 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'Etat 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 du fait que les régions n'ont pas toutes les mêmes capacités de financement (les plus « pauvres » étant souvent les plus touchées par ce problème de démographie médicale !).