



Démographie Médicale

Propositions de l'ISNAR-IMG

octobre 2007



Sommaire

1. Introduction.....	3
2. Généralités.....	3
2.1 <i>Le constat d'une répartition inégale sur le territoire.....</i>	<i>3</i>
2.2 <i>Les grands axes de travail.....</i>	<i>4</i>
2.3 <i>Les niveaux d'action et les instances impliquées.....</i>	<i>4</i>
3. Les mesures proposées.....	5
3.1 <i>Formation.....</i>	<i>5</i>
3.1.1. Numerus clausus à l'entrée des études médicales.....	5
3.1.2. Stage de Médecine Générale en 2 ^e cycle pour tous les étudiants.....	5
3.1.3. Formation précoce à l'interdisciplinarité.....	6
3.1.4. Epreuves Classantes Nationales (ECN).....	6
3.1.5. Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG).....	6
3.1.6. Nouveaux terrains de stage.....	7
3.1.7. Financement indépendant des postes d'internes.....	7
3.1.8. Logement et transport.....	7
3.2 <i>Remplacement et installation.....</i>	<i>8</i>
3.2.1. Favoriser la venue de remplaçants.....	8
3.2.2. Statut des Médecins remplaçants.....	8
3.2.3. Faciliter l'installation.....	8
3.2.4. Mesures financières pérennes.....	9
3.3 <i>Exercice professionnel.....</i>	<i>9</i>
3.3.1. Favoriser le regroupement des professionnels de santé.....	9
3.3.2. Gestion du secrétariat médical.....	10
3.3.3. Modes de rémunération.....	10
3.3.4. Modes d'exercices.....	11
3.3.5. Organiser la permanence des soins.....	12
3.3.6. Mesures financières et matérielles pérennes.....	12
3.3.7. Politique globale d'aménagement du territoire forte et volontaire.....	13
3.3.8. Développer la télémédecine et les maisons médicales virtuelles.....	13
4. Conclusion.....	14

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 dramatiquement 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**, devrait faciliter les opportunités d'évolution dynamique de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, des modes d'exercices et de rémunération, et de l'accès aux soins.

L'évolution démographique inéluctable sur les années à venir impose de fait une réflexion importante 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 Le constat d'une répartition inégale sur le territoire

Dans le cadre des problèmes d'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire français, l'ISNAR-IMG propose des solutions concrètes, globales, réalistes et acceptables pour les internes et les jeunes médecins, futurs professionnels de santé de terrain, 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.

2.2 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 DES 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

2.3 - 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 termes 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 termes 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. 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 région est 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. Depuis la loi du 13 août 2004, cette mission relève des **MRS (Missions Régionales de 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 Journal Officiel le 14 janvier 2005.

Cependant, la création d'une **instance nationale dédiée au secteur ambulatoire au sein du Ministère de la Santé** permettrait une meilleure programmation de la politique de soins nationale. A défaut, les attributions de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) pourraient être revues pour intégrer cette dimension. Par ailleurs, la présence même d'instances nationales dédiées à ces deux milieux permettrait dès ce niveau d'impulser une politique de coordination ville/hôpital.

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.

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 :

- De comités régionaux de la démographie des professions de santé
- De missions régionales de santé
- De commissions régionales de la démographie médicale
- Et bientôt des **Agences Régionales de Santé (ARS)**

Ceci permettrait, au sein de chaque région, l'adéquation la plus proche possible entre les besoins de santé et les objectifs quantitatifs de formation.

3. Les mesures proposées

3.1 Formation

3.1.1. Numerus clausus à l'entrée des études médicales

Il doit se définir selon un plan pluriannuel afin d'éviter les effets de pics et vallées habituels. Les perspectives démographiques doivent donc permettre d'évaluer rapidement à quel horizon il sera utile d'amorcer une décroissance de ce numerus clausus, afin de ne pas entrer d'ici 2040 dans une période de surpopulation médicale générale.

Ce plan doit inclure, outre un chiffre national, la répartition régionale des postes offerts aux étudiants en fonction des besoins de santé, tout en tenant compte des capacités de formation de chaque université.

3.1.2. Stage de Médecine Générale en 2^e cycle pour tous les étudiants

Bien que tous les acteurs du monde de la santé s'accordent à dire qu'il est indispensable, et malgré le dernier arrêté paru le 26 novembre 2006, son application paraît particulièrement aléatoire, car prévue partiellement, de manière facultative, et donc précaire, dans le plan de démographie médicale de janvier 2006. Les déblocages financiers de septembre 2007 devraient tout de même permettre d'amorcer le déploiement de ce stage ; mais une réorganisation structurelle de l'enseignement facultaire doit aller de paire pour faciliter l'intégration de ce stage dans le cursus des étudiants.

L'enseignement théorique et clinique de Médecine Générale doit faire son apparition au cours des études médicales communes, au même titre que les autres disciplines. La généralisation de ce type de stage, et leur répartition équilibrée sur le terrain de la Médecine Générale permettront de répondre à un double objectif de formation, et de sensibilisation des futurs praticiens. Sa mise en place impose l'implication des Doyens de Faculté de Médecine du fait de la nécessité de réorganiser l'enseignement théorique en deuxième cycle, afin de permettre aux étudiants d'effectuer des stages dans des cabinets éloignés de la faculté ; la visioconférence pouvant être une des solutions à envisager.

Les étudiants doivent être accompagnés à titre individuel sur les lieux de stage, en prenant en compte les contraintes techniques et financières liées à un stage en dehors du milieu clos de l'hôpital, notamment en matière de déplacements et de logement. Les généralistes maîtres de stages doivent également être recrutés et formés à l'accueil de ces étudiants dans leurs cabinets.

3.1.3. Formation précoce à l'interdisciplinarité

L'exercice en groupe et en collaboration avec d'autres professionnels de santé fait partie des grandes attentes des futurs médecins. Ce sont aussi des moyens d'apporter une offre de soins efficace et de qualité. Il semble donc primordial de développer cette notion dès les premières années des études médicales, par l'intermédiaire d'**enseignements mutualisables** entre les différentes filières et de contacts fréquents entre étudiants de toutes disciplines (par exemple au sein de maisons de santé pluridisciplinaires lors des stages).

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

3.1.4. Epreuves Classantes Nationales (ECN)

La répartition des postes d'internat doit être corrélée aux besoins géographiques régionaux de chaque filière, et autant que possible également aux capacités de formation des facultés. Cela nécessite un travail coordonné entre les acteurs cités précédemment (comités régionaux de la démographie médicale, missions régionales de santé, commissions régionales de démographie médicale et futures agences régionales de santé).

La possibilité de créer des épreuves classantes interrégionales doit être envisagée afin de corréliser plus efficacement les besoins en santé aux objectifs de formation. Les modalités restent à définir avec tous les acteurs concernés, notamment les étudiants en médecine.

Cette mesure ne sera efficace que si elle est couplée à une adéquation la plus stricte possible (à quelques postes près) entre le nombre de postes proposés aux ECN et le nombre d'étudiants participant aux choix.

3.1.5. Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)

Sa mise en place et son développement permettront une **visibilité** (enseignement théorique et pratique de la Médecine Générale dès les premiers cycles) et une **attractivité** plus nettes de la discipline, par la possibilité de carrières universitaires d'enseignement et de **recherche en soins primaires**, et par l'identification aux praticiens généralistes.

Associée à la revalorisation du statut des maîtres de stage, cette filière doit permettre également de faciliter la mise en place du stage de Médecine Générale au cours du deuxième cycle.

La Filière Universitaire de Médecine Générale a la vocation de faire sortir l'enseignement médical du milieu hospitalier, pour répondre aux **besoins de formation spécifique et professionnalisante** de la moitié des médecins. À terme devraient être construites des structures de soins ambulatoires conventionnées par l'Université, créant ainsi de véritables Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoire (SUMGA).

La Filière Universitaire de Médecine Générale 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**. Ils pourront également présider les jurys de thèses des internes de Médecine Générale.

3.1.6. Nouveaux terrains de stage

L'élévation récente et importante du numerus clausus à l'entrée des études médicales entraîne désormais une augmentation significative et rapide des promotions d'internes. Afin d'**accroître les capacités de formation** dans toutes les régions, l'hôpital, et notamment les CHU, ne pouvant plus assurer l'intégralité de la formation pratique de tous les futurs médecins, il est nécessaire d'élargir de manière urgente les terrains de stage des futurs médecins généralistes :

- Au sein de **Services Universitaires de Médecine Générale (SUMGA)** 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 Filière Universitaire de Médecine Générale. Ces structures pourraient recevoir également des externes, dans le cadre d'un stage de Médecine Générale obligatoire en deuxième cycle.
- Au sein d'**hôpitaux périphériques ou locaux**, en débloquant des budgets appropriés et en y mettant les moyens indispensables pour leur permettre de bénéficier de l'agrément nécessaire à l'ouverture de terrains de stage validant le cursus. Le statut d'enseignant associé pour les praticiens hospitaliers de ces hôpitaux irait dans le sens d'une revalorisation de leur fonction d'enseignement.
- Au sein de **structures privées**, par exemple dans des cabinets de médecine ambulatoire autres que généralistes, pour **certaines disciplines** n'offrant pas assez de terrains de stage dans le secteur public pour les Internes de Médecine Générale (exemple de la gynécologie/obstétrique, stage obligatoire dans le cadre de la maquette du DES de Médecine Générale)
- 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

3.1.7. Financement indépendant des postes d'internes

- Il doit se faire, au moins pour partie, indépendamment des budgets des hôpitaux en développant le concept de « **Budget Sac à Dos** ». Ce type de financement doit permettre de couvrir l'augmentation du nombre d'internes dans les années à venir. Il doit également rendre possible l'accueil d'internes dans des structures de soins adaptées à la formation des futurs médecins généralistes mais n'ayant pas les budgets suffisants pour les rémunérer.
- Ces budgets actuellement alloués aux ARH doivent être répartis sur le territoire en **fonction de l'évolution du nombre d'internes**, et non en fonction du numerus clausus de première année. Le circuit financier, et l'attribution de ces budgets doivent être rendus plus lisibles pour une meilleure organisation.

3.1.8. Logement et transport

Il faut organiser la réouverture des internats, la création de logements de fonction, la mise en place d'indemnités de logement et de déplacement (prévues dans le cadre de la loi de Développement des Territoires Ruraux). Ces dernières doivent être généralisées pour amortir les coûts engendrés par l'Internat de Médecine Générale qui impose un changement de lieu de travail tous les six mois, avec parfois des trajets quotidiens allant de 50 à 200 km.

3.2 Remplacement et installation

3.2.1. Favoriser la venue de remplaçants

En **centralisant toutes les demandes de remplacements** au niveau régional et en les diffusant dans les facultés de médecine (au sein des Observatoires Régionaux ou via les sites Internet des URCAM par exemple).

En créant une **prime au remplacement** et une **fiscalité spécifique allégée** dans les zones défavorisées, incitant les jeunes médecins remplaçants à découvrir ces régions et ces exercices (limite de temps à prévoir pour ne pas pérenniser le remplacement au détriment de l'installation). 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) pourrait par exemple financer des primes de remplacement versées directement aux remplaçants. De manière globale, ces mesures financières ne sauraient s'envisager de manière isolée, comme c'est le cas pour les mesures d'aide au remplacement en zone déficitaire prévues dans le Plan Démographie Médicale 2006, qui ne répondent ni aux attentes ni aux besoins des futurs généralistes.

La question de la remise en question de la **clause de non installation** dans la zone du médecin remplacé plus de 3 mois, se doit d'être posée pour les zones déficitaires.

3.2.2. Statut des Médecins remplaçants

Une réflexion majeure doit être portée sur la situation de ces médecins remplaçants (pour la plupart thésés), mais qui **ne peuvent exercer qu'en lieu et place d'un autre médecin**. Compte tenu de l'augmentation régulière de son effectif, et de la diminution amorcée du nombre total de médecins, cette population doit être étudiée de près, et des alternatives à l'installation définitive ou au remplacement au long cours doivent lui être proposées, afin que l'activité des remplaçants puisse se faire au moins en partie en leur nom propre.

3.2.3. Faciliter l'installation

L'amélioration de la formation des internes doit aussi passer 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, guide papier...).

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).

D'autres mesures complémentaires doivent être mises en place rapidement, comme l'amélioration de la connaissance, par les étudiants en médecine et les internes, des spécificités de l'installation et de l'exercice en milieu libéral en général, et en milieu rural en particulier, en y **développant des terrains de stages ambulatoires** (stages chez le praticien, semestre professionnalisant en SUMGA).

Les **différentes structures juridiques** régissant l'installation en groupe doivent être clarifiées.

Il est nécessaire d'aboutir à un **guichet régional unique** pour l'installation (orientation du professionnel entre tous ses interlocuteurs : URCAM, CPAM, Ordres, URML, MRS et coordination des informations et des

aides) avec coordination nationale. 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.

Le **moratoire à l'installation** 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 existe théoriquement depuis le 02 janvier 2006 mais ne sera réellement efficace qu'après une large campagne d'information active de l'Assurance Maladie auprès de ses assurés.

3.2.4. Mesures financières pérennes

La loi relative au développement des territoires ruraux (23 février 2005) prévoit des indemnités de logement et de déplacement pour les internes de médecine générale, lorsqu'ils effectuent leurs stages en zone déficitaire. Le décret du 30 décembre 2005 doit être mis en pratique dans les plus brefs délais et dans les zones éligibles afin de promouvoir les terrains de stage ambulatoires dans ces zones difficiles (stages chez le praticien, 6^{ème} semestre en SUMGA).

Un décret 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 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, d'amortissement accru des véhicules doivent être concrètement mises en place. Ces mesures favoriseraient d'ailleurs davantage la **venue de collaborateurs libéraux** non concernés par les primes d'installation ponctuelles. 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), risque de se révéler inefficace si elle reste isolée et si les médecins ne sont pas accompagnés dans leur démarche de regroupement.

En tout état de cause, si elles sont indispensables, les mesures financières ne pourront 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 beaucoup plus larges et dynamiques.

3.3 Exercice professionnel

3.3.1. Favoriser le regroupement des professionnels de santé

- En mettant à disposition des locaux par les collectivités locales (locaux professionnels ou d'habitation).
- En encourageant l'installation des professionnels de santé par la diminution voire la suppression de l'investissement financier et en proposant un système locatif attractif.
- En proposant d'autres services qui pourraient être pris en charge par le Département ou la Région : secrétariat, service d'entretien et de gestion du matériel et de la logistique, informatisation, télé-médecine.

- En favorisant le regroupement au sein de SUMGA ou de Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG), dont le but est de promouvoir l'activité en zones déficitaires, et d'y favoriser la venue d'internes 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'État.

Des aides pour les médecins exerçant en groupe dans les zones déficitaires ont été mises en place dans le cadre de l'avenant 20 à la convention médicale. Il ne faut pas se limiter à la majoration des rémunérations des professionnels, mais les **accompagner par des mesures structurelles** leur permettant de se regrouper et, si possible, également entre différentes catégories de professions de santé.

Les professionnels de santé doivent être aidés par les **collectivités locales** pour se regrouper au sein de cabinets de groupe ou de maisons de santé où cohabitent des médecins et d'autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, etc.). Pour cela, il faut aussi se pencher sur les **modalités de rapprochement**, en amont, des autres professionnels de santé, notamment les paramédicaux. Les **maisons de santé**, projets mis en place par les professionnels de santé, peuvent bénéficier d'aides publiques mais elles doivent provenir de structures plus pérennes que le FIQSV (Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville).

La création de pôles de santé pluri disciplinaires nécessitant un certain temps, une étape intermédiaire pourrait être constituée par le **regroupement à distance** de professionnels de santé déjà installés et ne souhaitant pas matériellement intégrer à plein temps la nouvelle structure. Cette étape pourrait être facilitée par l'application du décret sur les **cabinets secondaires**.

3.3.2. Gestion du secrétariat médical

La mise en place de **secrétariats téléphoniques délocalisés** ou sur place doit être favorisée ; l'objectif étant de soulager et de coordonner l'activité des médecins exerçant en cabinets isolés dans une zone géographique définie. Il serait également souhaitable de décharger les médecins du coût de ces secrétariats, en partie ou en totalité. Les collectivités locales pourraient là-aussi avoir leur rôle à jouer en prenant soit en charge le coût du secrétariat, soit en gérant matériellement des plates-formes téléphoniques de secrétariat médical.

3.3.3. Modes de rémunération

Nous ne pouvons faire l'économie d'une large réflexion sur le mode de rémunération des médecins généralistes. Il paraît en effet évident que **la seule rémunération à l'acte n'est aujourd'hui absolument plus adaptée** aux missions du médecin traitant (prévention, éducation, synthèse, coordination des soins). Certaines missions du médecin généraliste doivent donc pouvoir être rémunérées de manière **forfaitaire** (prévention, coordination, dépendance, ALD) ou à la **capitation**.

Des **contrats de bonne pratique** doivent pouvoir être établis entre l'assurance maladie et les praticiens désirant entrer dans ces protocoles, et ouvrir droit à une rémunération forfaitaire.

Une rémunération **indexée sur les indicateurs de santé publique** dans le bassin de population concernée pourrait être évaluée.

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).

3.3.4. Modes d'exercices

- Rendre possible 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.
- Envisager de développer le principe 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** 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 rassurerait certains médecins à qui l'exercice libéral exclusif peut faire peur, 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.
- 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**, 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.
- **Déléguer à d'autres professionnels de santé** certaines compétences (par exemple pour les infirmières : surveillance tensionnelle permettant d'espacer les consultations de surveillance), voire certains actes au cabinet (prise de tension, pesée des bébés...). Une partie des actes techniques et des missions de prévention doivent s'intégrer à la formation des étudiants en médecine dans le cadre de leur stage ambulatoire au cours du 2^{ème} cycle et leur être délégués..
- Décharger les professionnels de santé des tâches administratives et logistiques.
- Pouvoir 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. Ceci pourrait éviter un certain nombre de transports sanitaires coûteux de patients, notamment pour les personnes dépendantes. La rémunération de ce mode de consultation à distance devra être prévue en conséquence, sur la base d'un forfait ou d'un acte à cotation spécifique, pour que le médecin consulté y trouve également son compte.
- Organiser des systèmes de transport économiques 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.

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 des professionnels concernés.

3.3.5. 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.
- 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 (utilisation du FIQSV par exemple).
- **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.
- Permettre aux médecins exerçant loin des centres de SAMU/SMUR d'être formés régulièrement aux soins de réanimation d'urgence (développer la FMC 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 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 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 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.

3.3.6. Mesures financières et matérielles pérennes

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

- Une réflexion sur de nouveaux modes de rémunération avec une **revalorisation des actes effectués en zone rurale** (rémunération forfaitaire annuelle par exemple). **L'équipement en matériel** 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.
- Une prime à l'installation et prime d'exercice forfaitaire contre 3 ans d'exercice dans la dite zone (Décret du 30/12/2005).
- Aides pérennes spécifiques pour les réseaux et pour le développement de maisons de santé.
- Assistance des collectivités territoriales et des URCAM (ou des ARS lorsqu'elles seront en place) aux professionnels de santé pour l'organisation structurelle et la répartition géographique adaptée aux besoins, de ces maisons de santé, le cas échéant, pluridisciplinaires.
- **Financements publics** pour l'aide à la construction de maisons de santé pour regrouper les professionnels de santé.

3.3.7. 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, 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 portables notamment) et d'assurer la qualité des infrastructures routières. La loi relative au développement des territoires ruraux devra donc être complétée à ces fins.

3.3.8. Développer la télémédecine et les maisons médicales virtuelles

- **Il faut donner les moyens aux professionnels de santé :**
 - de relier les cabinets isolés entre eux et avec les maisons médicales/SUMGA, 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 dispositions 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 !).

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 assez rapidement, 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...).

Les points d'action détaillés ici sont donc assez nombreux, mais ils visent essentiellement le corps des professions de santé, et ce, de manière transversale et longitudinale. Des interventions ponctuelles ne suffiront pas. En parallèle de la modélisation de l'offre de soins, une éducation poussée à la santé doit être menée de manière générale auprès de la population. Si les médecins contribuent chaque jour à inciter leurs patients à améliorer leur comportement en matière de consommation de biens médicaux, ces actions restent à une échelle individuelle. L'Etat doit donc prendre à sa charge le même type d'éducation à la santé pour la porter à l'échelle collective, comme cela a déjà pu être fait au préalable sur des thématiques restreintes (consommation d'antibiotiques par exemple).

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 suffisamment à la hauteur des enjeux qui sont ceux du système de soins français à échéance proche.