

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	3
ETAT DES LIEUX.....	4
STOP AUX IDEES REÇUES.....	5
FORMATION.....	6
• <i>STAGES.....</i>	<i>6</i>
• <i>HEBERGEMENT.....</i>	<i>7</i>
• <i>PRESENTATION.....</i>	<i>7</i>
• <i>ACCUEIL.....</i>	<i>8</i>
• <i>FORMATION HORS STAGE.....</i>	<i>8</i>
ACCOMPAGNEMENT A L'INSTALLATION.....	9
• <i>GUICHET UNIQUE.....</i>	<i>9</i>
• <i>ATTRACTIVITE LOCALE.....</i>	<i>10</i>
• <i>FINANCEMENTS.....</i>	<i>10</i>
• <i>CESP.....</i>	<i>11</i>
MODALITES D'EXERCICE.....	12
ORGANISATION DES SOINS.....	12
• <i>CPTS.....</i>	<i>12</i>
• <i>ETABLISSEMENT SANITAIRE DE PROXIMITE.....</i>	<i>13</i>
• <i>LIEN VILLE-HOPITAL.....</i>	<i>13</i>
• <i>NOUVEAUX OUTILS.....</i>	<i>14</i>
• <i>GAIN DE TEMPS MEDICAL.....</i>	<i>14</i>
FINANCEMENT DES SOINS.....	15
DEVELOPPEMENT DE L'ATTRACTIVITE DE LA MEDECINE GENERALE.....	15
CONCLUSION.....	16
SYNTHESE DES PROPOSITIONS.....	17

GLOSSAIRE

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CSP : Centre de Santé Pluriprofessionnel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNG : Centre National de Gestion

CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

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

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ESP : Equipe de Soins Primaires

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HTES : Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé

ISNAR-IMG : **InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale**

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

MERRI : Missions d'Enseignements, de Recherche, de Référence et d'Innovation

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PARC : Programme Ambulatoire de Recherche Clinique

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PTMG : Praticien Territoriale de Médecine Générale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ETAT DES LIEUX

A ce jour, les problématiques d'accès aux soins sont plus que jamais au cœur des débats d'actualité. L'ensemble des acteurs, notamment les patients, attendent des mesures politiques fortes pour l'amélioration de notre système de santé. A l'hôpital, comme en ville, les internes sont les premiers soumis à ces tensions et ils sont bien conscients des enjeux.

Au 1^{er} janvier 2018, 296 755 médecins dont 87 801 médecins généralistes étaient inscrits au tableau de l'Ordre¹.

Le nombre de médecins en activité reste stable (+0,5 %) mais le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+ 89 %) sur la période 2009-2018.

Parmi les médecins généralistes exerçant en libéral, la proportion des moins de 40 ans est de 21 % quand celle des plus de 60 ans est de 24 %.

Selon un rapport de la DREES² de mai 2017, **84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste** et 98 % de la population réside à moins de 10 minutes de trajet d'un médecin généraliste. En 2009, la répartition des généralistes par rapport à la population totale classait la profession au 3^{ème} rang des services les plus accessibles dans une analyse de la DREES³. Toujours selon la DREES⁴ **un patient sur deux obtient un rendez-vous dans les 2 jours chez un médecin généraliste**, et un sur quatre dans la journée même.

Cependant, c'est un fait : la demande de soins augmente plus rapidement que le nombre de médecins disponibles. Les projections démographiques sont claires, la population a augmenté de plus de 10 % en 20 ans, et la part des plus de 60 ans approchera les 30 % en 2030. Le vieillissement et l'accroissement de la population, et par ce biais l'augmentation des pathologies chroniques en son sein, sont des constats bien connus de la profession.

La DREES annonce cependant que **l'offre de soins va ré-augmenter progressivement à partir de 2025⁵**.

L'installation des jeunes professionnels de santé et leur répartition dans les territoires est un enjeu majeur pour l'accès aux soins. Les internes de Médecine Générale sont bien conscients des enjeux liés à la situation actuelle de la démographie médicale, et des difficultés engendrées.

Forte de positions et propositions, l'ISNAR-IMG défend des solutions concrètes pour les années à venir. Celles-ci passeront par un accompagnement de la baisse de la population de médecins généralistes par des actions efficaces, mais également une anticipation de l'augmentation prévue à partir de 2025.

Selon une enquête de l'ISNAR-IMG menée en 2011⁶, les internes de Médecine Générale souhaitent s'installer, **pour 87,8 % d'entre eux l'exercice en zone rurale ou semi-rurale est envisagé**.

Cependant les internes soulèvent un certain nombre de freins sur lesquels les différents acteurs du système de soin devront œuvrer pour favoriser les installations et développer l'accès aux soins pour la population, dans les territoires.

¹ [Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins - 2018](#)

² [Les dossiers de la DREES numéro 17, mai 2017](#)

³ [Localisation des professionnels de santé libéraux - DREES - 2009](#)

⁴ [Etudes et Résultats numéro 1085 - octobre 2018 - DREES](#)

⁵ [Les dossiers de la DREES numéro 17, mai 2017](#)

⁶ [Enquête Nationale sur les souhaits d'exercice des internes de Médecine Générale](#)

STOP AUX IDEES REÇUES

Non, les problématiques d'accès aux soins ne concernent pas que les zones rurales. Les zones urbaines sont également en déficit d'offre de soins.

Oui, les internes de Médecine Générale s'installent à l'issue de leur formation. Une grande partie s'aguerrit au travers d'une phase de remplacement, mais celle-ci reste quasi systématiquement temporaire⁷.

Oui, 87,8 % des internes de Médecine Générale interrogés sont favorables, à une installation en milieu rural ou semi-rural.

La régulation de l'installation des médecins, ou tout autre forme de coercition, n'est ni efficace, ni utile⁸. La DREES le confirme, les médecins généralistes ne sont pas mal répartis sur le territoire, ils sont juste trop peu nombreux actuellement⁹. Ce rapport montre **qu'il n'y a pas de différence significative entre la répartition des médecins généralistes et celle des pharmaciens d'officine, pourtant soumise à une régulation.**

Les exemples européens sont parlants, toute forme de régulation des installations n'aura au mieux aucun impact, au pire sera néfaste pour les patients¹⁰.

Il n'existe pas de zone sur-dotée en France, le manque de médecins est global. Réguler leurs installations ne pourra que creuser les différences d'offre de soins, ou déplacer les difficultés, sans jamais les solutionner.

De plus, instaurer une régulation à l'installation aura deux autres effets négatifs :

- un réel risque de fuite des praticiens vers l'exercice hospitalier, en manque de personnel, offrant un exercice plus sécurisé sur bien des points, et donc attirant pour un jeune médecin généraliste ;
- un risque de déconventionnement massif des professionnels de santé. Les patients ne pourraient plus se faire rembourser leurs soins par l'Assurance Maladie. Cette situation n'est pas souhaitable sur bien des aspects.

Non, le problème n'est pas définitif, aux environs de 2025 le nombre de médecins généralistes et le temps médical disponible devrait commencer à augmenter à nouveau.

Ils sont porteurs d'un grand nombre de solutions pour favoriser les installations et organiser l'offre de soin dans les territoires pour répondre au mieux aux demandes actuelles des patients. Ce sont ces solutions qui apporteront des réponses immédiates aux difficultés rencontrées.

⁷ [Enquête de ReAGIIR 2016 - Remplact 3](#)

⁸ [ONDPS, Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, mars 2015](#)

⁹ [Les dossiers de la DREES numéro 17, mai 2017](#)

¹⁰ [ONDPS, Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, mars 2015](#)

FORMATION

Le premier point important pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les territoires est de leur faire découvrir ces territoires : **les internes s'installent dans les territoires qu'ils connaissent.**

Cela passe par la formation. Dans la maquette actuelle de formation des internes de Médecine Générale¹¹, deux **stages** sont prévus pour découvrir et se former à un exercice auprès de confrères **pratiquant la médecine en ambulatoire dans les territoires**. Au cours de ces stages ils vont pouvoir découvrir les différents modes d'exercice, les besoins spécifiques des populations, les réseaux de professionnels de santé et les possibilités plurielles de leur profession.

Au-delà de la découverte professionnelle, c'est **une immersion dans un bassin de vie** qui leur permet d'apprécier leurs dynamiques, leurs ressources d'attractivité, leurs richesses culturelle et patrimoniale.

Afin de découvrir au mieux et d'apprécier ces temps de formation dans les territoires, il est nécessaire de **favoriser l'accueil** des internes lors de ces stages.

- **Stages**

Les internes de Médecine Générale effectuent tous au moins 2 stages de 6 mois chez des médecins généralistes dans leur cursus. Chacun de ces stages est encadré par 2 à 3 Maîtres de Stage des Universités, médecins généralistes ayant suivi une formation à l'encadrement pédagogique des étudiants. Cette formation est ouverte à tous les médecins généralistes et **le nombre de MSU, bien qu'encore insuffisant, croît progressivement.**

L'occasion est donnée aux étudiants de découvrir différents territoires et différents exercices, et, qui sait, de commencer à mûrir un projet d'installation. Pour cela **il est important de développer un recrutement éclectique de ces MSU sur l'ensemble du territoire.**

Il est également nécessaire de développer des stages en Médecine Générale dès le deuxième cycle des études médicales, pour faire découvrir cette belle spécialité aux étudiants en médecine et faire naître chez eux une vocation de médecin en soins primaires. L'attractivité de la profession pourra se renforcer par un accès généralisé à ces stages en deuxième cycle - ce qui n'est, malheureusement, pas encore acquis dans toutes les facultés, malgré l'obligation réglementaire¹². Seuls 82% des étudiants de deuxième cycle peuvent en effet y avoir accès¹³ selon les derniers chiffres disponibles. C'est donc un étudiant sur cinq qui ne découvrira pas la médecine générale avant de choisir sa spécialité après les ECN et qui fera l'intégralité de son externat en Centre Hospitalier Universitaire.

¹¹ [Maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale - Annexe II de l'arrêté du 21 avril 2017](#)

¹² [Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine](#)

¹³ [Communiqué de Presse du CNGE et du SNEMG du 28 Juin 2018 - Progression de l'offre des stages en médecine générale](#)

• Hébergement

Les internes de Médecine Générale changent de terrain de stage tous les 6 mois.

Le virage ambulatoire de la formation porté par la réforme du troisième cycle, a ouvert davantage la formation vers les territoires plus éloignés des villes universitaires et vers la médecine ambulatoire. **L'attractivité de ces terrains de stage au cœur des bassins de vie nécessite de faciliter l'accès au logement pour les professionnels de santé en formation.** S'ils peuvent s'y loger plus aisément, les étudiants en santé auront la possibilité de se former, et de s'installer, sur tout le territoire.

Pour cela l'ISNAR-IMG propose depuis plusieurs années des solutions à développer, en lien avec les collectivités territoriales, et les besoins des étudiants.

L'ISNAR-IMG travaille à la création d'**Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé¹⁴ (HTES)** pour favoriser l'accès au logement dans les stages éloignés des grandes villes. Il s'agit de logement répartis sur les territoires, à proximité des terrains de stages proposés. Ces lieux de vie partagés peuvent accueillir des internes de Médecine Générale, des étudiants de deuxième cycle des études médicales ou encore des étudiants d'autres formations en santé. Organisé comme des colocations, les étudiants ne s'y retrouvent **pas isolés** dans un territoire qu'il ne connaissent pas, et cela contribue à l'attractivité des terrains de stage alentours. C'est aussi l'occasion pour ces étudiants de faire connaissance et de découvrir les pratiques et compétences des autres professionnels, afin de préparer une futur **exercice en interprofessionnalité.**

Ces projets d'hébergement peuvent être portés par les collectivités territoriales, en lien avec les représentants des étudiants, et l'université. Pour aider à leur déploiement, L'ISNAR-IMG, en collaboration avec l'ANEMF et l'ISNI, a réalisé une charte à disposition des acteurs susceptibles de porter de tels projets. Elle décrit notamment un cahier des charges permettant d'identifier les attentes des étudiants vis-à-vis de ces HTES, pour garantir l'efficacité de ces solutions d'hébergement.

Il est important également de saluer la création de l'**indemnité forfaitaire d'hébergement instaurée** cet été, pour laquelle les internes de Médecine Générale se sont longtemps battus. **Cette indemnité pourrait être étendue aux étudiants en deuxième cycle des études médicales** pour favoriser leur accès au stage en Médecine Générale en ambulatoire. Garant d'une amélioration du développement de réseau de soin dans les territoires, les terrains de stages doivent aller de pair avec des conditions favorables d'accueil pour les étudiants.

• Présentation

Pour aller en stage dans un territoire, les étudiants doivent en avoir entendu parler.

La promotion des territoires auprès des internes de la subdivision par les collectivités est l'une des meilleures vitrines. Elle passe par :

- ✓ **présence lors des choix de stage ;**
- ✓ contact avec les représentants étudiants¹⁵ ;
- ✓ organisation de temps de découverte au cours des périodes de stages ;
- ✓ présence lors des **forum de l'installation** et autres événements organisés par les représentants étudiants à destination des internes ;
- ✓ référencement des aides et interlocuteurs ainsi que des offres de soins existantes ou à pourvoir.

¹⁴ [Charte des Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé](#)

¹⁵ [Contacts des différentes structures locales](#)

L'investissement humain non négligeable demandé aux territoires pour organiser ces temps de présentation est conséquent, mais cela semble être indispensable pour renforcer la dynamique des territoires. Ceux l'ayant éprouvés en connaissent déjà les bénéfices. L'Aveyron *par exemple*, a su combler le déficit d'installation de ses médecins en développant une politique d'accueil dynamique et attractive pour les jeunes professionnels.

Focus sur l'exemple de l'Aveyron

Les résultats sont là : Il y a moins de 10 ans, l'Aveyron était l'une des zones les plus sous-dotées du territoire. Il a été mis en place simultanément une réelle politique d'attractivité du territoire, un doublement des terrains de stages ambulatoires, la mise en place d'internats ruraux permettant l'accueil des étudiants, des événements d'accueil et d'implication des étudiants à la vie locale, et un référent départemental dédié à l'accompagnement des jeunes professionnels. On enregistre actuellement plus de nouvelles inscriptions à l'Ordre que de départs en retraite, et il n'y a plus qu'une zone éligible au CESP dans ce département (Saint-Affrique), sous réserve du nouveau zonage en attente.

• **Accueil**

Souvent méconnu par l'étudiant, il est important de faire découvrir l'identité locale/les particularités du bassin de vie dans lequel il s'immerge en venant en stage. L'**organisation de temps d'accueil des internes** visant à leur présenter le territoire, ses spécificités et les différents interlocuteurs locaux, est appréciée et à encourager. C'est à cette occasion que les plateformes territoriales d'appui et l'organisation des réseaux de soins existants peuvent être mis en avant.

L'intégration des étudiants passe également par la mise en avant des événements culturels, sportif, et les animations du territoire, ouvrant la voie à un épanouissement personnel, **source d'ancrage pour l'étudiant et sa famille**. Il ne faut pas oublier que les internes sont des jeunes adultes, au début de leur vie familiale.

• **Formation hors stage**

Afin de pouvoir se projeter dans un exercice libéral ambulatoire, il est nécessaire pour les internes d'être formé à cela. Or, cet élément est actuellement manquant ou insuffisant dans la formation des internes de Médecine Générale dans nombre de facultés. Ces lacunes sont de réels freins à l'installation avec une peur de l'exercice libéral qui limite les vellétés d'installation. **Il faut développer une formation théorique plus solide sur la gestion du cabinet et les compétences nécessaires en comptabilité et fiscalité pour se projeter sereinement dans cet exercice.**

ACCOMPAGNEMENT A L'INSTALLATION

Une fois qu'un étudiant ou un jeune médecin construit un projet d'installation, il est important de l'aider à le réaliser.

Un accompagnement tout au long du processus jusqu'à sa concrétisation effective apporte au futur médecin un soutien apprécié. En effet, **une certaine appréhension de cet inconnu qu'est l'installation peut freiner des projets pourtant cohérents et viables.**

Les dispositifs d'aide à l'installation ont la vocation d'un accompagnement, leur visibilité auprès des internes demeure encore aujourd'hui insuffisante pour être efficiente¹⁶.

Il importe également de rappeler qu'il est nécessaire d'accompagner les projets des professionnels plutôt que de les voir portés par des élus locaux sans concertation, afin notamment d'éviter la création de coquilles vides.

• **Guichet unique**

La première étape est de fournir aux futurs installés une visibilité sur les possibilités qui s'offre à eux et sur les services qui leur sont accessibles.

Pour cela, l'ISNAR-IMG propose la **mise en place d'un interlocuteur bien défini, sous la forme d'un guichet unique.** Ce dispositif est pensé pour accueillir, accompagner et orienter le jeune professionnel.

Rappelons que 95.2% des internes de Médecine Générale déclarent ne pas connaître les dispositifs d'aide à l'installation mis en place. Il est nécessaire d'optimiser la visibilité de ces dispositifs qui seront à l'origine de la réalisation des nombreux projets des jeunes généralistes.

Lors de son installation, le professionnel croule sous le nombre de démarches administratives souvent fastidieuses. Le **guichet unique permet à l'interne de favoriser son parcours fastidieux dans notre système administratif complexe**, comme celui qui vient de s'ouvrir dans l'Eure (27). Il s'agit d'un lieu regroupant l'accès et la réalisation d'un ensemble de démarches à réaliser pour un jeune médecin voulant s'installer (ARS, CPAM, URPS, CDOM, collectivité, finances publiques, etc.).

Les PAPS (Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé)¹⁷, sites internet gérés par les Agences Régionales de Santé (ARS), doivent être développés et davantage promus pour que les professionnels puissent trouver facilement les réponses à leurs questions et s'y référer à la moindre difficulté.

Enfin **il est nécessaire de fournir au jeune professionnel un interlocuteur unique efficient.** Il s'agit d'une personne référente qui oriente les internes et jeunes médecins dans leurs projets et les accompagne jusqu'à leur installation, **au moyen d'un suivi humain personnalisé.** Des interlocuteurs existent aujourd'hui au sein des ARS mais ils sont insuffisamment connus des futurs généralistes. A Nancy, les internes ont trouvé leur interlocuteur dans le dispositif "Passerelle" (posté au DMG). On peut aussi citer le département de l'Aveyron qui accompagne depuis quelques années les professionnels de santé avec une interlocutrice connue des internes. Et ça marche !

¹⁶ [Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de Médecine Générale - ISNAR-IMG, 2011](#) : 95,2% des internes déclarent ne pas connaître les aides à l'installation en vigueur

¹⁷ Par exemple : [le portail PAPS Auvergne Rhône Alpes](#)

Focus : Le dispositif Passerelle

Le dispositif Passerelle, laboratoire territorial d'aide à l'installation, est un véritable intermédiaire entre médecins installés et futur médecin. Elle permet la cartographie des besoins en médecins dans la région et facilite la mise en relation. Elle permet un suivi personnalisé, une écoute et une adaptation des projets professionnels des internes :

- véritable intermédiaire entre médecins installés et futur médecin ;
- écoute et adaptation des projets en fonction de la demande et des critères de l'interne ;
- suivi personnalisé et prise en charge efficace ;
- facilite la mise en relation avec les médecins en recherche de collaborateurs ou de remplaçants permanents et les internes ;
- disponibilité, efficacité ;
- gain de temps pour l'interne ;
- recherche et mise à jour des futurs projets de maisons médicales ou de création de cabinets dans la région.

● **Attractivité locale**

Enfin, **au-delà de son exercice professionnel, le jeune médecin va construire sa vie personnelle dans ce territoire**, comme n'importe quel citoyen. Un certain nombre d'éléments paraissent ainsi nécessaires pour pouvoir s'installer et vivre dans un territoire, souhaitable pour toute famille et tout médecin, comme entre autre :

- ✓ présence d'un minimum de **service public** (notamment scolaire ou crèche) ;
- ✓ infrastructures et transports suffisants et accessibles ;
- ✓ possibilité d'emploi pour le conjoint à proximité ;
- ✓ nécessité d'une couverture internet, permettant d'exercer de façon connectée ;
- ✓ **présence d'autres professionnels de santé** dans les environs, et d'un plateau technique minimum (laboratoire de biologie, cabinet d'imagerie, cabinet de soins infirmiers, etc).

Ce sont aussi des facteurs d'attractivité du territoire de façon plus globale.

● **Financements**

Des aides financières pérennes et utiles à l'investissement des jeunes médecins dans les zones déficitaires sont souhaitables même si non suffisantes pour favoriser leur installation et l'exercice de groupe :

- ✓ contrats de PTMG assurant un revenu minimal les premiers mois ou les premières années de l'installation ;
- ✓ prêts à taux réduits ;
- ✓ frais d'équipement du cabinet et du matériel, frais d'élimination des déchets à risque biologique, éventuel équipement en matériels onéreux ;
- ✓ financements publics pour aide à la construction de MSP en lien avec les professionnels de santé ;
- ✓ etc.

• CESP

Créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), le contrat d'engagement de service public (CESP) propose une **allocation de 1 200 euros bruts** par mois aux étudiants et internes en médecine. Il est accessible à partir de la deuxième année des études médicales, en échange d'un engagement à exercer dans des zones définies comme sous dotées selon les critères du schéma régional de l'offre de soins. Cet engagement est conclu pour une durée équivalente à la durée de versement de l'allocation, et ne peut être inférieure à deux ans.

En lien avec ce financement, les internes et les étudiants en médecine s'engageant dans ce dispositif disposent d'un **accompagnement** tout au long de leur cursus pour développer **leur projet d'installation**, au plus près des besoins des populations, et sont accompagnés par un référent pour cela.

Le CNG en a livré un premier bilan à six ans de sa mise en place¹⁸. Cependant, comme il était précisé dans son rapport : « *En raison du décalage entre les entrées dans le CESP et l'installation effective des médecins diplômés, il [était] encore trop tôt pour dresser un bilan significatif et apprécier l'efficacité du dispositif CESP mis en place.* »

L'ISNAR-IMG, en lien avec l'ANEMF, a donc mené une nouvelle évaluation du dispositif à 9 ans de sa création¹⁹.

Cette enquête a mis en avant une grande limite à ce dispositif, qu'il convient d'améliorer : **l'accompagnement des signataires par un référent ARS doit être largement développé pour optimiser le suivi des étudiants et de leurs projets.**

L'enquête a également mis en évidence une difficulté des jeunes professionnels en lien avec les zonages ARS qui définissent les zones où ils peuvent s'installer. Ces zonages sont mis à jour régulièrement et certaines zones qui étaient alors éligible pour l'installation d'un signataire peut ne plus l'être, la veille de son installation. Ainsi certains signataires se retrouvent obligés de repenser au dernier moment la totalité de leur projet, s'ils n'ont pas encore commencé à le mettre en œuvre (investissements immobiliers, etc). Cela engendre soit **un retard à l'installation** de ces professionnels, soit une rupture du contrat.

Le **Projet de Loi** pour la transformation du système de santé propose d'autoriser les signataires à s'installer, en plus des zones éligibles dans le dernier zonage, dans **les zones qui étaient éligibles dans les deux années précédant la réactualisation du zonage**. Cela permet aux professionnels de mieux se projeter, sans risque de voir leur projet complètement renversé au dernier moment. Mais les progrès à faire sur le dispositif sont encore nombreux pour le rendre enfin pleinement efficient.

¹⁸ [Données sur les contrats d'engagement de service public, étudiants et internes en médecine, campagne 2010/2011 à 2015/2016](#)

¹⁹ [Rapport court d'enquête sur le CESP](#)

MODALITES D'EXERCICE

Les internes de Médecine Générale souhaitent trouver des modes d'exercice variés.

Dans l'ensemble, la plupart des internes de Médecine Générale **souhaitent pratiquer en réseau, au sein d'un exercice coordonné, en interprofessionnalité**. Pour cela ils cherchent à **développer des structures de soins coordonnés**, organisés. Que ce soit des MSP, les CSP, les ESP, etc.

Afin de développer l'exercice en interprofessionnalité, il est nécessaire de **développer le partage et la délégation de certaines compétences** entre les différents professionnels de santé. Pour cela, l'ISNAR-IMG a débuté un travail sur le partage de compétences²⁰, en lien avec les autres structures représentant les futurs professionnels de santé. **Le partage de compétences permet d'optimiser les soins aux patients en assouplissant les recours aux différents professionnels et en permettant de s'adapter à l'offre de soin sur un territoire.**

De plus, les internes de Médecine Générale cherchent également des **modes d'exercices plus variés**. Certains vont rechercher un exercice mixte, partagé avec un hôpital ou un établissement sanitaire de proximité.

Ainsi, les futurs professionnels vont chercher des lieux d'exercice leur permettant cette souplesse dans l'organisation et l'évolution de leur pratique.

ORGANISATION DES SOINS

Une organisation territoriale des soins est nécessaire pour optimiser l'accès aux soins des patients sur un territoire.

Il faut pour cela **définir en premier lieu l'échelle de cette organisation : les bassins de vie**. Une organisation pensée en fonction des découpages administratifs n'est pas adaptée. Ceux-ci prennent en compte des portions de territoires pluriels. Pour être efficace, elle doit prendre en compte les spécificités de chaque bassin de population et développer une offre adaptée à chaque bassin de santé.

- **CPTS**

Sur ce bassin de vie, les professionnels peuvent ainsi **s'organiser en réseau interprofessionnel coordonné**, à l'image des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles), des CSP (Centres de Santé Pluriprofessionnelles), des ESP (Équipes de Soins Primaires), ou des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Ces modes d'exercice sont porteurs d'avenir pour un accès à des soins de qualité et une organisation des soins véritablement adaptée aux besoins locaux.

²⁰ [Document de proposition de l'ISNAR-IMG sur l'interprofessionnalité - Janvier 2018](#)

Ces CPTS doivent avoir un cadre suffisamment souple pour s'adapter à chaque territoire. Elles doivent permettre d'accompagner les initiatives des professionnels en exercice et de les pérenniser. **Leur gouvernance doit également être pensée et financée spécifiquement** pour remplir pleinement les missions qui peuvent leur être confiées :

- ✓ coordination et sécurité des soins,
- ✓ permanence des soins ambulatoire et réponse aux soins non programmés,
- ✓ développement de parcours de soins,
- ✓ lien ville-hôpital,
- ✓ missions de prévention spécifiques adaptés à leur population,
- ✓ structuration de la recherche en soins primaires.

• **Etablissement sanitaire de proximité**

Si les CPTS et les GHT peuvent gérer ensemble l'interface "macro" entre le mode de fonctionnement de la ville et celui de l'hôpital, les Établissements sanitaires de proximité, ou hôpitaux locaux, semblent être une échelle intéressante pour une **interface directe entre la médecine de ville et la médecine hospitalière**.

Il s'agit là d'établissements répartis dans les territoires, disposant d'un certain **plateau technique** (biologie, imagerie, etc), et surtout d'une capacité d'accueil qui leur permet d'être directement accessible aux patients des praticiens de ville. Une grande partie de la population ne relève pas nécessairement des soins hyper-techniques qui font l'apanage des CHU ou des grands centres hospitaliers régionaux **L'organisation des soins, avec les hôpitaux de proximité, doit être renforcée**. Et par là même, c'est également tout un territoire qui bénéficiera de la **dynamique apportée par ces établissements de santé**. En assurant une offre de soins de proximité organisée et efficiente, adaptée et proche de la population, cette dernière se verra confiante et rassurée pour s'y ancrer. La présence de ces établissements de proximité et des moyens qu'ils mettent à disposition du bassin de vie sont d'ailleurs plébiscités dans **les critères favorisant l'installation des internes**, qui y voient l'aubaine d'une technicité de proximité et d'un lien accru avec le monde hospitalier.

Ces services sont également le lieu idéal pour l'exercice professionnel des médecins recherchant une **pratique mixte**, à la fois hospitalière et médecine de ville. Une telle activité permet en effet à un médecin généraliste d'enrichir sa pratique professionnelle et d'assurer une continuité de prise en charge, en lien direct avec celle débutée en ville.

• **Lien ville-hôpital**

Afin d'optimiser les parcours des patients et de leur fournir des soins de qualité au moment approprié, il est nécessaire **de coordonner, non seulement les soins de ville, mais également le lien avec les soins hospitaliers**, tant en structures publiques que privées.

Cela passera forcément par un contact entre les structures organisant les soins de ville (CPTS) et les structures organisant les soins hospitaliers (GHT, Centre Hospitalier, Établissements Sanitaires de Proximité).

Pour favoriser ce lien, il est nécessaire de **créer du lien entre les professionnels** car des professionnels qui se connaissent auront plus de facilités à travailler ensembles.

• Nouveaux outils

Afin de favoriser les échanges entre les différents acteurs de soin et la communication entre la ville et l'hôpital, il est nécessaire de **mettre en place dans un horizon proche les tant attendus outils numériques, communs et interopérables**.

Pour cela, les professionnels de santé utilisent déjà des messageries sécurisées de santé, qui représentent un premier pas vers un échange de données facilité, malheureusement peu efficaces dans la réalité du terrain. L'avenir nous ouvre les bras, avec le déploiement en cours du DMP (Dossier Médical Partagé) et bientôt de **l'espace numérique de santé**, comme proposé par le plan "Ma Santé 2022".

L'intégration de ces outils à la pratique passera évidemment par un effort de chacun pour les appréhender, mais la solution numérique doit permettre cette adaptabilité efficace pour les médecins et les usagers voulus quotidiens de ces dispositifs. Ce processus nécessitera des moyens adaptés et une **écoute des besoins des praticiens** pour une interopérabilité non génératrice de contraintes.

Ces outils numériques sont un moyen immédiat d'**améliorer la coordination des acteurs et donc l'accès aux soins des populations**. Leur mise en place doit être une priorité.

Prérequis indispensable, **la couverture réseau doit continuer de se déployer de façon harmonisée et efficace sur l'ensemble du territoire !** Comment envisager aujourd'hui le défi d'un exercice médical interconnecté sans accès à internet ou à un réseau de téléphonie mobile pour tous, notamment en milieu rural ?

• Gain de temps médical

Afin de permettre au médecin de remplir pleinement l'ensemble de ses missions, il nous paraît nécessaire de lui **libérer du temps médical effectif**, en le soulageant autant que possible des tâches administratives qui peuvent être accomplies par un professionnel dédié.

En cela, la proposition de création des assistants médicaux peut être l'occasion de décharger le médecin d'une partie de ses tâches administratives en lien avec la prise en charge des patients et plus largement de gestion de l'entreprise médicale (secrétariat, comptabilité, cotation, etc). Le temps médical ainsi libéré permet au professionnel d'assurer des prises en charge de meilleure qualité à ses patients.

Ces professionnels pourront apporter des compétences variées (administratives, mais aussi soignantes) aux différents médecins qui en auront besoin, comme ceux qui exercent dans les zones les plus fragiles, et ce quel que soit leur mode d'exercice. Cependant, il nous paraît primordial pour un travail collaboratif efficace que chaque corps de métier soit respecté et que les missions des assistants médicaux ne soient pas définies au détriment de celles d'autres professions déjà existantes.

FINANCEMENT DES SOINS

Afin de favoriser l'accès aux soins de tous, les internes de Médecine Générale se sont prononcés en faveur d'un **secteur de conventionnement unique, à la condition sine qua non d'une revalorisation préalable des actes**, qui permettra de simplifier la lisibilité du système de soin pour les patients et son accessibilité. Ce secteur de conventionnement supprimerait les dépassements d'honoraires pour les patients, qui seraient pris en charge pour le médecin avec la revalorisation des actes. Les patients n'auraient ainsi pas à payer un médecin plus cher qu'un autre.

Le déploiement d'un **tiers payant intégral généralisable non obligatoire, à condition d'un flux unique** géré par l'Assurance maladie, est attendu. Ainsi, les patients n'auraient pas à avancer le coût des consultations, élément souvent identifié comme souvent identifié comme facteur favorisant le non-recours aux soins. Le flux unique est nécessaire car il simplifie les remboursements versés aux médecins et en diminue les charges administratives.

DEVELOPPEMENT DE L'ATTRACTIVITE DE LA MEDECINE GENERALE

Nous l'avons énoncé plus haut, la cause des difficultés d'accès aux soins est un manque global de médecins, et surtout de médecins généralistes, spécialistes du premier recours. **Fruit d'errances politiques passées, le déficit en médecins généralistes est réel.**

La spécialité souffre d'une image parfois négative auprès des étudiants en médecine, avec des postes qui ne sont pas tous pourvus lors des choix de spécialités des futurs internes. **Pour résoudre cette difficulté il convient de développer l'attractivité de la Médecine Générale, et ce dès le deuxième cycle des études médicales.**

Cela passe bien entendu par le **déploiement des stages chez le médecin généraliste pour les étudiants**, obligatoires mais pourtant pas toujours possibles dans certaines régions.

De même, pour toucher les étudiants en deuxième cycle et leur faire connaître la Médecine Générale, il est important de **développer des enseignements spécifiques à la Médecine Générale dans leur formation**, avec l'utilisation d'un référentiel dédié, à l'image des autres spécialités.

La croissance de la filière universitaire de Médecine Générale sera essentielle pour développer les carrières universitaires et ouvrir des perspectives professionnelles aux jeunes généralistes.

Pour cela il est aussi essentiel de **développer la recherche en soins primaires**. Actuellement la majorité des programmes de recherche se font en lien avec les centres hospitaliers, et principalement les CHU. Cependant, les patients se trouvant dans les CHU ne sont pas représentatifs des patients et des situations rencontrés en Médecine Générale. Ainsi, la majeure partie des recommandations émises sur la base de ces recherches sont difficilement transposables pour la pratique des soins primaires.

Il est donc important, voir même vital pour la Médecine Générale, de développer des programmes de recherches adaptés aux soins primaires, par exemple **en développant des Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique (PARC) en complément des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC)**. Il est donc nécessaire d'y **dédier des crédits MERRI fléchés**, et pour cela de développer la **labellisation de structure universitaire ambulatoire**, à l'image des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles Universitaires.

Dans de telles structures pourront exercer les **chercheurs en soins primaires** issus des différentes filières impliquées, pour porter des programmes de recherche adaptés à la population rencontrée en soins primaires.

De même, il est absolument nécessaire de **déployer plus d'enseignants de Médecine Générale**, pour assurer leurs missions actuelles de formation et d'encadrement des étudiants de troisième cycle, mais également leurs missions de formation à destination du deuxième cycle. Leurs effectifs sont aujourd'hui encore bien trop faibles, estimé à **1 enseignant pour 86 internes de Médecine Générale**²¹. Et la situation est d'autant plus alarmante que pour cette année il n'y aura pas de création de poste pour les enseignants de Médecine Générale, seulement un renouvellement des départs.

CONCLUSION

La problématique de l'accès à un médecin généraliste pour la population est primordiale dans le système de santé. Pourtant, l'analyse spécifique de la démographie des médecins généralistes est bien souvent erronée ou non réalisée.

Une approche globale est indispensable pour trouver des réponses adaptées et durables pour l'accès aux soins. **Ce n'est qu'en agissant simultanément sur l'ensemble de ces leviers, à tous les niveaux, de la formation à l'installation, en passant par la découverte des territoires et un accompagnement réellement personnalisé, que nous pourrons optimiser le maillage territorial et améliorer l'offre de soins.**

Les jeunes sont prêts à s'installer en zone dite "sous-dense". A nous de les accompagner et de leur donner les moyens de réaliser leurs projets.

Aucune recette miracle ne saurait s'appliquer. D'après les estimations de la DREES, jusqu'en 2025, le nombre de médecin continuera à diminuer. C'est le résultat de plusieurs années de gestion désastreuse de la politique de santé. Il est important surtout de concrétiser les nouvelles organisations territoriales que nous avons développées dans ce dossier pour que les patients n'en souffrent pas. Le développement de la coordination des soins primaires et de l'interprofessionnalité sont par exemple des pistes prioritaires pour répondre à la réalité du terrain.

Face à un marché de l'emploi en demande et à une multitude de possibles, les internes doivent être accompagnés dans leur orientation vers les soins primaires. Les mesures coercitives ne seront que délétères pour l'exercice en ville et favoriseront le salariat hospitalier. **Cet important travail doit être fait entre l'ensemble des acteurs, dont les usagers, pour trouver des solutions pérennes aux difficultés d'accès aux soins.**

Nous restons également à votre disposition pour toute question ou toute sollicitation.

²¹ [Communiqué de Presse du SNEMG du 26 juin 2018 - Les conditions d'encadrement des internes de Médecine Générale ne s'améliorent pas](#)

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

- ✓ **Recrutement éclectique de MSU sur l'ensemble du territoire.**
- ✓ **Développer des stages en Médecine Générale dès le deuxième cycle des études médicales.**
- ✓ **Développer les Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé (HTES).**
- ✓ **Étendre l'indemnité forfaitaire d'hébergement aux étudiants en deuxième cycle des études médicales.**
- ✓ **Organiser des temps d'accueil des internes par les collectivités territoriales.**
- ✓ **Développer une formation théorique plus solide sur la gestion du cabinet et les compétences nécessaires en comptabilité et fiscalité.**
- ✓ **Mise en place d'un interlocuteur bien défini, sous la forme d'un guichet unique, dans les territoires.**
- ✓ **Développement et promotion des PAPS.**
- ✓ **Fournir aux étudiants un interlocuteur unique efficient.**
- ✓ **Développement d'aides financières pérennes et utiles à l'investissement des jeunes médecins dans les zones déficitaires sont souhaitables.**
- ✓ **Accompagnement des signataires de CESP par un référent ARS pour optimiser le suivi des étudiants et de leurs projets.**
- ✓ **Développer des structures de soins coordonnés.**
- ✓ **Développer le partage et la délégation de certaines compétences.**
- ✓ **Renforcer l'organisation des soins avec les hôpitaux de proximité, doit être renforcée.**
- ✓ **Créer du lien entre les professionnels par des temps de rencontre et d'échange.**
- ✓ **Mise en place d'outils numériques communs et interopérables.**
- ✓ **Déployer une couverture réseau de façon harmonisée et efficiente sur l'ensemble du territoire.**

- ✓ **Création des assistants médicaux pour décharger le médecin d'une partie de ses tâches administratives en lien avec la prise en charge des patients et plus largement de gestion de l'entreprise médicale.**
- ✓ **Mise en place d'un secteur de conventionnement unique, à la condition *sine qua non* d'une revalorisation préalable des actes.**
- ✓ **Développement d'un tiers payant intégral généralisable non obligatoire, à condition d'un flux unique.**
- ✓ **Développer des enseignements spécifiques à la Médecine Générale dans la formation de deuxième cycle des études médicales.**
- ✓ **Développer la recherche en soins primaires.**
- ✓ **Développer des Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique en complément des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique et y dédier des crédits MERRI fléchés.**
- ✓ **Labelliser des structures universitaires ambulatoires.**
- ✓ **Déployer plus d'enseignants de Médecine Générale.**



ISNAR-IMG
286 rue Vendôme 69003 LYON
04 78 60 01 47 | 06 73 07 53 00
| F. 09 57 34 13 68

Facebook - ISNAR-IMG
Twitter - @ISNARIMG