

Elus, jeunes & futurs médecins à la conquête de l'accès aux soins !

Guide Commun - Février 2020



L'ANEMF (l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France), l'ISNAR-IMG (l'InterSyndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes en Médecine Générale) et ReAGJIR (le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants), s'associent pour vous proposer ce guide des bonnes pratiques pour l'accès aux soins.

Depuis plusieurs années déjà, la question de l'accès aux soins est au cœur des débats politiques et la Santé un axe prioritaire pour les Français. En tant que praticien d'aujourd'hui et de demain, nous sommes engagés sur ce sujet. Nous sommes au contact des patients au quotidien sur nos lieux de stages ou dans notre pratique : nous rencontrons, soignons et accompagnons ces patients qui ont des difficultés d'accès aux soins et essayons de les aider du mieux que nous le pouvons.

Les problématiques d'accès aux soins que nous connaissons aujourd'hui font suite aux politiques désastreuses de Santé Publique des années 90 qui ont réduit drastiquement le Numerus Clausus. Les territoires se trouvent aujourd'hui en difficulté pour trouver des médecins et en particulier des médecins généralistes. Le nombre de médecins généralistes en décroissance d'année en année, commencera à augmenter dès 2025. Répondre aux problématiques d'accès aux soins par des mesures de coercition à l'installation seraient donc inefficaces (voire dangereuses pour l'attractivité de la spécialité). Pour faire face à cette insuffisance numérique, il convient de trouver des mesures qui permettront de favoriser et accompagner les installations dans tous les territoires et de libérer du temps médical aux jeunes et futurs généralistes.

Aujourd'hui, nous vous remettons ce guide afin de vous présenter de nombreuses solutions qui existent pour améliorer l'accès aux soins. Il est de temps de nous saisir ensemble, nous, futurs et jeunes praticiens et vous, élus des collectivités locales de l'accès aux soins.

En vous souhaitant une bonne lecture,

Pour le Bureau de
l'ANEMF,

**Roxane HELLANDSJÖ-
PROST**



Pour le Bureau de
l'ISNAR-IMG,

**Marianne
CINOT**



Pour le Bureau de
ReAGJIR,

**Laure
DOMINJON**



SOMMAIRE

I.	Introduction : des études de médecine à l'installation.....	4
1.	Du premier au deuxième cycle	4
2.	L'internat	4
3.	Le remplacement et l'installation	5
II.	Les propositions concrètes des jeunes et futurs médecins.....	6
1.	Agir dès la formation !.....	6
	• Réforme de l'entrée dans les études de santé.....	6
	• Ainsi, Les stages pendant l'externat	7
	• Internat.....	9
	• Découvertes des territoires	15
	• Des déplacements dans les territoires	17
	• Des déplacements dans la ville universitaire	20
	• Les bourses d'études.....	21
2.	Favoriser l'installation.....	23
	• Contrat de Début d'Exercice	23
	• Améliorer les conditions de remplacement	24
	• Le guichet unique.....	25
	• Faciliter l'exercice mixte et organiser la recertification	25
	• Entretenir une dynamique locale et répondre aux besoins des professions déjà installés 34	
	• Développer le numérique sur le territoire, notamment la télémédecine	35
	• Libérer du temps médical.....	34
III.	En bref : que peuvent mettre en place les élus locaux ?	37
1.	Pendant la formation	37
	• Avant l'entrée dans les études de santé	37
	• Les stages pendant l'externat	37
	• Des déplacements dans les territoires	38
	• Des déplacements dans la ville universitaire	38
	• Les bourses d'études.....	38
	• Charte HTES	39
2.	Favoriser l'installation.....	39
	• Faciliter l'exercice mixte et organiser la recertification	39
	• Aides financières à l'installation	39
3.	Rénover l'offre de soins	40
	• Réorganiser l'offre de soins et faciliter la mise en relation entre professionnels de santé 40	
	• Développer le numérique sur le territoire, notamment la télémédecine	40
IV.	Ressources	41
V.	Contacts des témoignages	42
VI.	Pour aller plus loin.....	43

I. Introduction : des études de médecine à l'installation

Les études de médecine sont divisées en trois cycles :

1. Du premier au deuxième cycle

Le premier cycle, débutant anciennement par la première année commune aux études de santé (PACES), aujourd'hui par de nouvelles voies (PASS et L.AS), est appelé **Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales**. Il comprend ainsi la 2ème (DFGSM2) et la 3ème année (DFGSM3) d'études. Au cours de ce cycle, l'étudiant acquiert des connaissances fondamentales, notamment en anatomie ou en physiologie. Il effectue aussi ses premiers stages à l'hôpital, normalement centrés sur l'apprentissage pratique de la sémiologie.

Le deuxième cycle des études médicales est appelé **Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales**. Il comprend la 4ème (DFASM1), 5ème (DFASM2) et 6ème (DFASM3) année d'études. Ce deuxième cycle est aussi appelé "externat", au cours duquel l'étudiant a un statut particulier **d'étudiant hospitalier**. Il effectue des **stages** rémunérés sur tout le cycle, représentant 5 demi-journées par semaine sur trente-six mois. L'étudiant passe à la fin de sa 6ème année **l'Examen Classant National (ECNi)** dont le classement détermine sa spécialité et la subdivision. Avec la **réforme du deuxième cycle des études médicales**, l'étudiant doit en même temps préparer **son épreuve de connaissances** (qui aura lieu en début de 6ème année) et **son examen de compétences** (qui aura lieu en fin de 6ème année). Ses notes à ces examens ainsi que son parcours seront prises en compte dans le **"matching"** qui lui attribuera un poste d'interne en fonction de ses vœux, c'est-à-dire une spécialité et une division de formation.

2. L'internat

Le troisième cycle, ou "internat", est organisé en trois phases de formation pratique, afin de former l'étudiant à la pratique médicale : la phase **socle**, la phase **d'approfondissement** et la phase de **consolidation**.

Les stages d'internat durent six mois et ont lieu à l'hôpital, dans différents services hospitaliers, ou en ambulatoire, en cabinet libéral, centre de santé, PMI... auprès de praticiens agréés maîtres de stage universitaire. Ces semestres sont réalisés en fonction des postes disponibles pour l'interne qui choisit ses stages, chaque semestre, en fonction de son ancienneté (nombre de semestres validés) et de son rang de classement aux ECNi. D'une faculté à l'autre, l'ordre de réalisation de ces stages est hétérogène. L'encadrement attendu pour donner un agrément à un terrain de stage est le même quel que soit le niveau de formation de l'interne.



Parmi les **six semestres de la maquette de Médecine Générale**, trois peuvent se faire en exercice ambulatoire. Les étudiants peuvent découvrir la Médecine Générale ambulatoire à travers le stage praticien niveau 1, il est réalisé auprès de praticiens agréés en supervision. Ils réalisent, en fin de formation, un **stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)**. **Ce stage se fait en autonomie avec une supervision indirecte d'un praticien agréé.** Ce stage est souvent le moment de la construction ou la concrétisation d'un projet professionnel.

3. Le remplacement et l'installation

À la fin de son internat, il pourra, selon sa spécialité, avoir une **activité de soins** exclusive à l'hôpital, en ville ou avoir une activité mixte. En ville, il peut travailler en cabinet seul, de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle (exercice libéral) ; et/ou en centre de santé, PMI, centre de planification familiale, EPHAD (exercice salarié) ; et/ou au sein d'associations (exercice bénévole) etc.

Le médecin peut être **remplaçant**, il remplace alors plusieurs médecins sur différents secteurs (notamment en zones sous-dotées, en milieu urbain ou rural), le temps que son projet d'installation se finalise. Dans le cadre d'un projet d'installation, le médecin peut s'installer avec un autre médecin en tant que collaborateur ou associé. Il peut être conventionné (avec l'Assurance maladie) en secteur 1 ou en secteur 2 (selon certains critères). **Et surtout il travaille dans le territoire de son choix !**

Il peut aussi avoir une **activité universitaire** en tant qu'enseignant / chercheur (assistant, chef de clinique universitaire) ou encore en tant que maître de stage.

Après l'internat, les médecins doivent continuer à s'informer et à se former c'est ce qu'on appelle la **formation continue**, dispensée sous la forme de diplômes universitaires (DU), séminaires ou encore formations organisées par des organismes agréés.

II. Les propositions concrètes des jeunes et futurs médecins

1. Agir dès la formation !

Réforme de l'entrée dans les études de santé

Le 18 septembre 2018, le président Emmanuel Macron annonçait la **suppression du Numerus Clausus**. C'est le début d'un grand chantier pour réformer l'entrée dans les études de santé. Les objectifs premiers de la réforme étaient :

- La **multiplication des voies d'accès aux études de médecine** et permettre d'atténuer la sélection sur critères sociaux mais aussi de diversifier les profils et donc les volontés professionnelles des étudiants.
- La **mise en commun des enseignements, la promotion du travail en interprofessionnalité de façon précoce**, notamment en stage, afin d'assurer une meilleure collaboration entre les professionnels de santé afin d'arriver à une meilleure efficacité d'un système de santé collaboratif.
- Un **nombre de médecins formés cohérents pour les besoins de santé** tout en veillant à ce que les universités aient des capacités de formations suffisantes et des moyens financiers conséquents. Un important travail prospectif sur la démographie médicale est un préalable indispensable à toute réévaluation du nombre d'étudiant formés.

La réforme sera effective à la rentrée 2020. Sur bien des aspects, il faudra rester vigilants : notamment la sélection avant l'entrée dans l'Enseignement Supérieur, les capacités d'accueil et la bonne répartition des étudiants dans les différentes filières afin de pouvoir atteindre les objectifs originaux de la réforme.

Ce que peuvent faire les élus locaux :



L'orientation est un facteur clé de l'insertion des jeunes dans les études supérieures. Or, il est facilement démontrable que la fidélisation des jeunes médecins dans des territoires sous-denses est plus facile lorsque ceux-ci en sont eux-mêmes originaires. Ainsi plusieurs stratégies peuvent être étudiées :

- **Interventions auprès des lycéens des zones périphériques et rurales et sensibilisation auprès de leurs enseignants sur les études de médecine.**
- **Soutien des initiatives enseignantes** pour renforcer les liens entre le secondaire et le supérieur lors de sorties scolaires dans des universités et/ou forums et soutien aux tutorats étudiants proposant de l'aide à l'orientation.
- **Aide aux néo-bacheliers** le nécessitant afin de lever les obstacles matériels, scolaires et financiers qui les empêchent d'accéder à l'entrée des études de médecine.

Ainsi, les stages pendant l'externat

Pendant l'externat, l'étudiant en médecine côtoie donc les bancs de l'université une moitié du temps, et est en stage à l'hôpital l'autre moitié du temps.

Pendant ses trois années d'externat, l'étudiant hospitalier fait donc ses stages au Centre Hospitalier Universitaire en majorité (CHU) et doit également faire un stage en ambulatoire chez le médecin généraliste. **L'étudiant a donc une vision très limitée de l'exercice de la médecine.** Les stages étant bien souvent limités au CHU (Centre Hospitalier Universitaire), l'étudiant n'a donc pas l'occasion de découvrir vraiment l'exercice ambulatoire, ni les territoires. Pourtant, **il ne faut pas négliger l'impact des stages durant le deuxième cycle** qui permettent de construire des vocations et des volontés professionnelles. Il est indéniable qu'un étudiant s'installera prioritairement dans un lieu qu'il connaît. **Il est donc nécessaire de favoriser la découverte des territoires et des modes d'exercice grâce à l'offre de stage.** Cela suppose de :

- **Développer des stages hors CHU** et permettre aux étudiants de connaître la pratique de la médecine de ville (ambulatoire) et dans les Centres Hospitaliers de l'ensemble du territoire, le tout dès le début des études et jusqu'à la fin de l'internat.
- **Augmenter considérablement le nombre de Maîtres de Stage des Universités (MSU)** afin d'accroître l'offre de stages en ville et ce, dans l'ensemble des spécialités. Une collaboration de l'Université et des Enseignants des spécialités concernés pour la formation des MSU sera garante de la qualité de ces stages. Pour bénéficier de cet agrément, les médecins doivent être installés depuis au moins un an et avoir suivi une formation continue spécifique. Cet agrément permet de toucher, lorsqu'il accueille des stagiaires, une indemnité pédagogique de la part de l'université (600 € par mois et par terrain de stage). **Les collectivités peuvent soutenir la formation et l'agrément de nouveaux maîtres de stage** sur leur territoire.

Ce que peuvent faire les élus locaux :



Les collectivités peuvent donc soutenir la formation et l'agrément de nouveaux maîtres de stage sur leur territoire.

- Elles peuvent, tout d'abord, conditionner certains de leurs dispositifs de soutien à l'installation à un engagement du médecin de devenir à court terme maître de stage ;
- Elles peuvent également participer aux coûts associés à la formation de maître de stage : si le coût de la formation, notamment en prenant en charge les frais de déplacement sur le site de la formation ;

Elles peuvent, enfin, soutenir l'organisation de formations à la maîtrise de stage délocalisées sur leur territoire, dans le but de la rendre plus accessible aux soins.

“Vac chez le prat”

Une initiative pour découvrir l'exercice ambulatoire



Un témoignage de Valentin Bannholtzer, étudiant en DFASM2 à Dijon.

Quel est le principe de ce dispositif ?

Créé en 2017, grâce à l'action menée par l'URPS BFC (Bourgogne Franche-Comté), la CEMD (Corporation des Étudiants en Médecine de Dijon), la BOUDU (Bénéfique Organisation Unifiée de Défense Universitaire) et les UFR respectives, le programme “Vac chez le prat” permet à tous étudiants en DFASM2 et 3 qui le souhaitent, de pratiquer un stage de trois jours renouvelables chez un professionnel en libéral.

Comment ça se passe ?

Les professionnels du secteur libéral souhaitant faire partie de ce programme se font connaître auprès de l'URPS en remplissant un formulaire. L'assurance qu'ils ont souscrit dans le cadre de leur pratique les couvre également pour l'encadrement d'étudiants. Pas besoin d'être accrédité MSU pour intégrer le programme. De plus, le praticien indique l'éventualité d'un logement à disposition pour l'étudiant qu'il va accueillir.

De leur côté, les étudiants remplissent également un formulaire et précisent s'ils ont un praticien préférentiel ou une spécialité dont ils voudraient découvrir l'aspect libéral. Seule obligation pour les étudiants : ils doivent souscrire à une RCP (proposées gratuitement par l'immense majorité des associations locales).

L'étudiant peut renouveler l'expérience autant qu'il le souhaite, dans la spécialité de son choix, la seule limite étant celle de l'acceptation par le praticien.

Quels sont les avantages ?

Ils sont multiples ! L'intérêt majeur est de permettre à qui le veut et tôt dans le cursus de plonger dans l'univers de l'exercice libéral toutes spécialités confondues (pas uniquement la médecine générale). Il permet ainsi de sortir du CHU et de partir à la découverte d'un exercice ancré dans un territoire (souvent que l'on connaît). La mise à disposition gratuitement d'un logement pour l'étudiant est de plus, un facteur important à la bonne réussite d'un stage ambulatoire. L'expérience a montré, qu'il pouvait être un élément important également dans la constitution d'un dossier CESP, avec un projet déjà bien mûri grâce à ce programme et de multiples stages libéraux.

Pour en savoir plus :

<http://www.urps-ml-bfc.org/portfolio/vac-chez-le-prat-a-la-decouverte-du-monde-liberal/>

Coordonnées :

valentin.bannholtzer@anemf.org

vpreprezcemd@gmail.com

presidence.cemd@gmail.com

Internat

Depuis novembre 2017, **le troisième cycle des études médicales, communément appelé internat, a été réformé.** Les internes de Médecine Générale ont enfin accès à plusieurs stages en Médecine Générale ambulatoire, dorénavant ils devraient réaliser près de $\frac{2}{3}$ de leur formation dans des stages ambulatoires.

En pratique ils réalisent tous au moins un stage en début de cursus, en première année de Médecine Générale. Le SASPAS, stage réalisé en dernière année de la formation permet de construire ou peaufiner leurs projets professionnels.

Cette réforme apporte une première réponse à la problématique du manque de médecins généralistes dans les territoires. Une enquête réalisée récemment dans le réseau de l'ISNAR-IMG démontre que le nombre de stage ambulatoire et plus précisément le SASPAS influe directement sur le lieu, le délai et le type d'installation des jeunes généralistes¹.

Promouvoir la réalisation de ces stages sur l'ensemble du territoire est donc un levier pour que les jeunes généralistes s'installent plus rapidement.

Les étudiants pourront découvrir différents types d'exercice de la Médecine Générale dans différents territoires au cours de leurs stages. Cette constatation nous amène à promouvoir vivement le recrutement de Maître de Stage des Universités. Les praticiens de Médecine Générale peuvent suivre une formation pour accueillir des étudiants de deuxième et troisième cycle. Découvrir la Médecine Générale aux côtés de praticiens prêt à faire découvrir les spécificités de leur exercice mais également leur façon de pratiquer dans un territoire donné sera pourvoyeur de projet d'installation.

Le fait d'accueillir des internes dans les territoires permettra également de lever certaines appréhensions qui peuvent être ressenties par ces derniers. En effet, il est important de rappeler que les étudiants en médecine réalisent les premières années de leur cursus dans des villes universitaires et ont appris la médecine dans un CHU. De ce fait certains peuvent éprouver une appréhension à exercer la Médecine Générale dans un territoire rural par exemple.

Pourtant, **un interne sur cinq projette de s'installer en zone rural contre 17% en zone urbaine.** Le taux d'installation des futurs généralistes double en zone rurale lorsqu'un SASPAS a été réalisé dans une zone similaire.

Il apparaît donc primordial de développer l'offre de stage ambulatoire par un recrutement de Maître des Stages des Universités dans tous les types de territoires pour permettre aux internes de construire leur projet professionnel, se projeter dans des territoires riches mais souvent inconnus et de lever des freins ou appréhensions.

¹ [Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des Jeunes Médecins Généralistes](#), Janvier 2019.

Initiatives Territoires 77-91-94 (île-de-France) **Un dispositif innovant pour accompagner l'installation**



Témoignage Sandrine Paris, chargée de mission

En quoi consiste ce projet ?

Le dispositif Initiatives Territoires 77-91-94 (pour les départements de la Seine-et-Marne, de l'Essonne et du Val-de-Marne) a pour vocation d'accompagner les internes en médecine générale dans la construction progressive de leurs projets d'exercice de ville.

En lien avec différents acteurs de la démographie médicale, la chargée de mission qui coordonne ce projet novateur se tient à leur disposition pour fluidifier leur parcours dès le début de l'internat, sur la base d'entretiens individuels et d'ateliers collectifs.

Comment a-t-il été lancé ? Dans quels buts ?

Le dispositif est né du constat des incertitudes, des appréhensions et de la méconnaissance des jeunes médecins sur tout ce qui a trait à l'installation, aux démarches, aux aides et aux opportunités d'exercice locales au moment de leur inscription au Conseil départemental de l'Ordre, parallèlement à l'évidente détresse que vivent les territoires ciblés en termes de démographie médicale.

Initiatives Territoires 77-91-94 contribue aujourd'hui activement à la valorisation de l'exercice de ville de la médecine générale, en visant l'amélioration de l'offre soins de premier recours.

Quels sont les interlocuteurs que vous avez rencontrés ?

Le projet Initiatives Territoires 77-91-94 existe grâce à la collaboration de différents acteurs, formalisée par une convention : l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France associée aux délégations départementales des territoires cibles, les 3 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, les 3 Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les Départements de Médecine Générale des facultés de l'UPEC et de l'UPSUD, et enfin les syndicats locaux et nationaux d'externes, d'internes et des jeunes médecins généralistes (SRP-IMG, ReAGJIR IDF, ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF).

Depuis son lancement, de nouveaux partenaires ont été identifiés afin de renforcer le maillage territorial existant : Conseil régional et conseils départementaux, FémasIF (Fédération des Maisons de Santé d'Île-de-France), FNCS (Fédération Nationale des Centres de Santé).

Les liens avec les collectivités locales (territoires, communautés d'agglomérations...) sont par ailleurs essentiels pour ce qui est du relai des projets et possibilités d'exercice auprès des futurs praticiens.

Quelles ont été les principales difficultés rencontrées et comment les avez-vous surmontées ?

Initiatives Territoires 77-91-94 a vu le jour en avril 2019 et est donc encore très récent. Les enjeux de ses débuts ont été, pour la chargée de mission, de s'immerger dans les modes de fonctionnement institutionnels et dans l'organisation des études de médecine, et d'identifier les attentes et besoins des internes. Après 10 mois d'existence, l'adaptabilité aux fonctionnements individuels et territoriaux, très variables selon les institutions et les départements, se révèle être un aspect nécessitant une attention toute particulière.

Quels sont les objectifs à court et moyen terme pour ce projet ?

Initiatives Territoires 77-91-94 se veut être une structure ressource à l'intention des internes en médecine générale. L'attente immédiate de ce projet porte donc sur leur mobilisation et leur satisfaction, afin d'en illustrer la pertinence.

À plus long terme, lorsqu'ils arriveront en fin de cursus et s'inscriront officiellement en tant que médecins thésés, les installations effectives en exercice de ville au sein des départements cibles seront un bon indicateur de son efficience.

Les témoignages de médecins allant dans le sens de la reconnaissance du dispositif comme soutien réel et facilitateur de leur installation, y compris au sein d'autres territoires, marqueront également la nécessité de sa pérennisation, voire de son élargissement.

Coordonnées :

gep-77-91-94@ordre.medecin.fr



Première université d'été du Gers

Médecine du futur : une autre idée de la campagne

**Un témoignage d'Arnauld Cabelguenne,
pharmacien à Lectoure.**

Pourquoi avez-vous monté le projet ? Pour répondre à quels besoins ?

L'association des Professionnels de Santé du Lectoulois (APSL), a été créée en 2016 dans le but de fédérer les acteurs de santé en Lomagne Gersoise autour d'un projet de santé interprofessionnel et de créer une maison de santé pluri professionnelle (MSP) multi-sites. Une autre de ses missions est d'attirer de nouveaux médecins sur le Lectoulois.

Alors que les technologies en matière de prise en charge médicale progressent, le nombre de médecins, notamment généralistes, en activité sur le territoire, recule. C'est pour contrecarrer cette démographie médicale déclinante dans la plupart des départements français, qu'est née l'initiative de la première Université d'été : médecine du Futur : une autre idée de la campagne. Donner un éclairage positif face à la désertification médicale, en mettant en avant le cadre d'exercice pluri-professionnel, le cadre de vie mêlant culture artistique [...], convivialité, et accès à l'information scientifique sur la santé du futur. Le programme de cette université défend plusieurs objectifs :

- Apporter aux étudiants en santé, aux jeunes médecins et professionnels de santé de demain, une autre vision, loin du sacerdoce, de l'exercice professionnel en santé dans les territoires ruraux et en particulier dans le GERS. Ils étaient les orateurs clés de la journée débat qui leur donnait la parole pour qu'ils expriment leurs visions, leurs attentes et leurs propositions pour la santé de demain, et qu'ils les partagent avec les citoyens, acteurs économiques, élus, professionnels de santé lors de débats et conférences ouverts au public ;
- Mettre en avant le développement de l'exercice pluri-professionnel autour du patient citoyen, par la participation active de la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS).
- Répondre à un enjeu national par une initiative locale des acteurs de terrain (Professionnels de Santé, élus, associations culturelles, entreprises et tissu économique).
- Dans un territoire rural comme le département du Gers, donner accès aux patients citoyens, comme aux professionnels de santé d'aujourd'hui et de demain, à la santé du futur et aux enjeux à venir au travers de débats et de conférences scientifiques avec des acteurs et experts de renom

Quels sont les interlocuteurs que vous avez rencontrés ?

[J'ai] imaginé et créé cette université, avec l'aide d'autres membres de l'APSL, de bénévoles patients citoyens, de Marie-Neige Passarieu chargée de mission lutte contre la désertification médicale, animatrice DITES32 du Conseil Départemental du Gers (DITES32 et DITES32 à 2 aides et facilitation installation des internes en médecine générale, accompagnement du conjoint. www.dites32.fr). Sollicitant le Professeur Brice Gayet, chirurgien viscéral, ancien conseiller du ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, celui-ci invite des experts de la santé du futur, prend part à l'organisation et coordonne le panel de conférences sur le thème des nouvelles technologies à l'aune de la médecine à la campagne.

En fédérant et proposant aux habitants de devenir acteurs et actrices de la recherche de nouveaux médecins par la promotion des atouts de leur territoire, de la Lomagne Gersoise et du Département du Gers, nous avons développé un réseau social et économique de promotion du territoire. De nombreuses associations culturelles et sportives, de nombreuses entreprises locales ont activement contribué à cette création. Un partenaire clé, la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS) entité régionale de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), son président le Docteur Michel DUTECH et les chargés de mission apportant l'éclairage et la dynamique de l'exercice pluriprofessionnel.

Rapidement, les maires des villes de Lectoure et Fleurance, la communauté de communes de la Lomagne Gersoise, le Conseil départemental du Gers et son président Philippe Martin soutiennent activement leur initiative. Les députés du GERS, Jean René Cazeneuve et Gisèle Biémouret, le Sénateur Raymond Vall, le conseiller régional Ronny Mazzoleni apportent leur concours et appui à cette première mobilisation territoriale fédérative et transpartisane. Pour enrichir les débats et discussions et leur donner une dimension nationale, l'association et les partenaires sont rejoints par les principaux syndicats des étudiants en médecine générale, pharmacie, kinésithérapie mais aussi par ceux des jeunes médecins installés ou remplaçants. Les représentants nationaux des syndicats d'étudiants en santé : ISNAR-IMG, ANEMF, ANEPF, FNEK, mais aussi les représentants des jeunes médecins installés REAGJIR, et ceux qui font la médecine et la santé aujourd'hui dans les territoires ruraux avec les URPS Médecins, et Pharmaciens du Gers répondent présents, la première université d'été du Gers intitulée « Médecine du futur, une autre idée de la campagne » est lancée. [...]

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ? Comment les avez-vous surmontées ?

Il a été compliqué d'impliquer les professionnels de santé locaux, département, région dans la construction du projet. Il a tenu grâce à un petit groupe de bénévoles. Nous n'avons pas trouvé de relai présent au niveau des autorités de tutelle régionale et nationale. [...] Il a fallu fédérer autour du projet des bénévoles, des élus et employés de collectivités territoriales. Cela a nécessité patience, courage et abnégation.

Cette première université d'Été de la médecine du futur à la campagne a fait l'objet d'une modeste couverture médiatique, avec des articles de presse régionaux, une couverture radiophonique et télévisuelle, sur les médias dédiés aux professionnels en Santé. Heureusement, un relai a été effectué sur les réseaux sociaux des syndicats nationaux des étudiants en santé et des jeunes médecins et des interventions promotionnelles ont eu lieu lors de congrès.

Qu'est-ce que votre projet a amélioré ? Les retombées ?

Ayant assisté aux conférences de l'université d'Été Santé Gers 2019, une jeune sage-femme a rejoint la MSP du Lectourois en septembre 2019. Une pédopsychiatre nous a contacté pour nous rejoindre. Le plus grand succès réside dans le réseau qui s'est créé après l'événement et par son contenu qui a surpris tous les participants. [...]

Un souhait pour la seconde édition, que le projet repose sur de plus nombreux professionnels de santé impliqués localement et au niveau national de plus nombreux étudiants en Santé, jeunes praticiens dès la construction du programme. Cela augmentera les capacités de mobilisation pour faire de ce rendez-vous inédit dans les territoires ruraux, [...] une véritable plateforme d'échanges et de partage d'expériences, soit un modèle d'exercice professionnel en santé en milieu rural.

Coordonnées : a.cabel32@gmail.com

Découvertes des territoires

Les étudiants en médecine réalisent leurs deux premiers cycles d'études dans de grandes villes universitaires. Cela sous-entend que pendant au minimum six ans, ils résident dans un territoire urbain et n'apprennent la médecine que par un prisme majoritairement urbain et hospitalier.

Les réformes des études médicales vont, à terme, nettement développer l'offre de stage ambulatoire. Pour que les étudiants choisissent un terrain de stage plutôt qu'un autre, il semble nécessaire que ce terrain soit connu et attractif pour l'étudiant.

Les territoires français sont riches et présentent des critères d'attractivité qui leur sont propres. **Promouvoir la venue sur un territoire en mettant en avant ses richesses et tout ce qu'il peut apporter professionnellement et personnellement à l'étudiant est un levier favorisant l'émergence de projet professionnel et des installations sur ce territoire.**

Les futurs médecins n'aspirent, pour la plupart, pas à résider en zone urbaine mais à s'installer dans des territoires qu'ils connaissent.

La villa des internes sur le Roannais

Un témoignage du Dr Lisa OTTON

Ancienne Présidente du Syndicat des internes en médecine générale de Lyon (2002 à 2005), j'avais constaté sur le territoire roannais une difficulté pour les internes de se loger lors de leur stage de 6 mois ce qui rendait le territoire peu attractif pour les stages.



Suite au travail de thèse de Benoit Otton en 2010 interrogeant les internes venus en stage sur le Roannais de 2000 à 2010, cette difficulté était ressortie et les internes témoignaient tous qu'ils étaient venus sous la contrainte et découvraient tardivement un territoire intéressant.

Suite à la création de notre association locale roannaise pour « relever le défi de la médecine générale » en 2011, nous avons passé un partenariat entre le centre hospitalier de Roanne (qui met à disposition de l'association une villa) et le syndicat de territoire (qui a financé au départ les travaux de rénovation de la villa) pour ouvrir la villa des internes en novembre 2012. Elle a été meublée à partir de dons des citoyens du territoire.

Notre association assure la logistique (assurance, internet, promotion et accueil des internes). Nous reversons un loyer au centre hospitalier (pour une opération neutre : couvrir les charges pour l'eau, la taxe d'habitation, l'électricité...) Nous calculons les frais de participation des internes pour une opération neutre sur le plan financier : pas de bénéfice pour l'association. Les internes ont une attestation de paiement de frais de prestations (ce n'est pas une location).

Retour des internes hébergés de Novembre 2012 à Octobre 2019 : il y a eu 75 internes hébergés sur 14 semestres.

Cela nous demande un travail de logistique important sur la période de changement des internes à chaque semestre. Au fur et à mesure des années, nous avons constaté un besoin de souplesse pour s'adapter aux demandes ponctuelles : à savoir une ou deux nuits par semaine.

Des externes peuvent être hébergés ponctuellement lors de leur stage de 6 semaines. 4 internes ont réalisé 2 semestres d'hébergement sur la villa. Puis, ils ont réalisé des remplacements longs sur le Roannais pour 3 d'entre eux. Ce qui a permis à des médecins de trouver un remplaçant sur un arrêt maladie prolongé par exemple. Ce qui représente un réel service rendu à la population. Actuellement, nous avons 5 « anciens hébergés à la villa » qui sont des remplaçants réguliers du Roannais et qui ont découvert le territoire lors de leur stage et séjour à la villa.

Un travail de recherche en master de sociologie d'Adrien Francillon a retrouvé l'impact positif de la villa en termes d'image et d'attractivité pour le territoire : « le lieu où il se passe quelque chose de bien ». Les internes viennent maintenant par choix sur notre territoire !

Lors des évaluations de la villa par les internes, elles sont toutes positives.

Les avantages de la Villa retrouvés par les internes : en premier : être accueilli par des médecins et la facilité pour eux : pas d'assurance, pas de location avec bail.

Les internes soulignent la qualité de « l'apéro du terroir » : pour l'échange avec les médecins présents, les infos touristiques, la gastronomie partagée. L'apéro du terroir : les médecins installés apportent aux internes les spécialités culinaires de notre région. Temps très apprécié et partagé avec les internes en stage sur le centre hospitalier. Les internes de l'hôpital découvrent la villa : ce qui les incite à rester en stage sur le territoire lors de leur stage en médecine générale. Les internes soulignent l'importance des échanges entre eux lors des repas : temps de soutien, de confraternité et de partage d'expériences assimilés à un groupe de pairs. Les internes apprécient les documents touristiques apportés à la villa : avec une attention forte sur le restaurant.

Pour nous l'aventure continue avec la reconnaissance de notre association comme CPTS, nous aurons un financement pour un soutien par une secrétaire sur la partie administrative de gestion de la Villa.

Des déplacements dans les territoires

Si les étudiants ont la volonté de découvrir les territoires, la **distance constitue un frein** pour **61,7 %** des étudiants² dans le choix de stages hors-CHU. Ces stages, très appréciés par les étudiants, sont souvent situés à **grande distance de la ville universitaire**, ce qui diminue leur attractivité et leur accessibilité de par les **frais de logement et de transport** qu'ils engendrent. Parfois, les étudiants hospitaliers sont contraints par l'UFR de se rendre sur ces terrains de stages, ce qui peut les pousser vers une situation de grande précarité. Ainsi, **37 %** des étudiants de deuxième cycle déclarent avoir été mis en **difficultés financières à cause des frais de transport engagés pour un stage**.³ En effet, ils doivent financer le transport et le logement pour la durée du stage, et ne peuvent pas cumuler un emploi étudiant sur place en parallèle à cause de la courte durée des stages (environ 6 semaines).

Une indemnité de **200 €** a été instaurée en 2018 pour les **étudiants de troisième cycle en médecine** pour les aider à se loger lorsqu'ils effectuent un stage distant de plus de 30 km, afin de favoriser la découverte des territoires. **L'ANEMF souhaite que cette indemnité soit étendue à l'ensemble des étudiants hospitaliers.**

Cependant, quand celui-ci est disponible, les étudiants **préféreront souvent un logement pour la durée du stage à cette indemnité de 200 €** ! C'est pour cette raison qu'il est nécessaire que les **collectivités locales** coopèrent avec les **centres hospitaliers** pour **mettre à disposition une solution d'hébergement pour ces étudiants**. Ceci favorise la découverte de nouveaux territoires par les étudiants, et donc leur possible installation dans ces zones.

Pour vous accompagner, l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI, ont rédigé une **charte sur les Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé⁴ (HTES)**, intégrée ensuite à **la charte pour l'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires⁵**. Les HTES sont des lieux de vie intergénérationnels partagés entre étudiants en santé de différentes filières, favorisant le compagnonnage et l'ancrage sur un territoire d'exercice professionnel. Ils se définissent pour tout terrain de stage situé à plus de 30 minutes de la faculté de rattachement.

Le **projet d'un hébergement territorial des étudiants en santé peut être porté par différents acteurs du terrain**, en lien direct avec la problématique de l'accès au soin et de l'attractivité territoriale : collectivité territoriale, association de MSU du bassin de vie, centre hospitalier, élus locaux ou nationaux, ARS, etc.

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- **Faciliter les conditions d'accueil et d'accompagnement** des étudiants dans ces stages pour favoriser la découverte et l'ancrage territorial.

² [Enquête Précarité de l'ANEMF](#), Novembre 2019

³ [Enquête Précarité de l'ANEMF](#), Novembre 2019

⁴ [Charte Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé de l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI](#), Décembre 2018

⁵ [Charte d'accueil de tous les étudiants en santé sur les territoires](#), Juin 2019

Projet d'hébergement hôtelier pour étudiants en santé à Morlaix (internat rural)

Un témoignage du Dr Catherine Lemoine, médecin urgentiste et présidente de Commission Médicale d'Établissement (CME) du Centre-Hospitalier de Morlaix



Pourquoi avoir monté le projet ?

Ce projet est né de la conjonction de plusieurs éléments :

- La faible démographie médicale au sein des hôpitaux périphériques et des difficultés à la fois de recrutement et de fidélisation des jeunes praticiens : il s'avère que si on connaît l'hôpital, que l'on s'y sent bien lors de ses différents stages on a envie de s'y investir
- La réforme des études médicales : deux éléments interviennent d'une part depuis les ECN (2004) les étudiants doivent choisir dès la fin de leur externat une spécialité. La mienne est la médecine d'urgences ; pour avoir envie de la choisir cela implique d'avoir déjà connu des services d'urgences et le service que je dirige n'a pas d'externes. La cause avancée est le manque de logement d'où l'idée de l'internat rural. A cela s'ajoute la réforme du deuxième cycle avec l'augmentation du nombre d'externes et la nécessaire ouverture aux stages de périphérie. Il fallait donc que nous nous préparions pour accueillir ces étudiants.
- La vétusté de nos internats et les difficultés d'investissements rencontrés par nos établissements imposaient pour ce projet des aides extérieures.
- Ma sensibilité personnelle à ce sujet à la fois par le fait d'avoir un fils externe très mobilisé sur ce sujet et sur le bien-être des étudiants en général, et par ma position de membre du conseil de faculté.

Quels sont les interlocuteurs que vous avez rencontrés ?

Pour mener à bien ce projet, j'ai tout d'abord rencontré ma direction (Directeur général, direction des affaires médicales et directions des travaux). Ayant eu leur assentiment sur le projet, j'ai ensuite rencontré les différents élus du secteur (maire, député, sénateur, sous-préfet). Mon projet, fort du prix d'attractivité reçu aux congrès de la FHF « Attractiv' Med » a ensuite été présenté aux différentes instances de l'établissement : CME, Conseil de surveillance et lors de la journée de l'Ouest Breton organisée par le CHU de Brest. Des rencontres plus spécifiques de travail ont été entreprises et se poursuivent actuellement pour déterminer le projet objectivement et trouver des financeurs (rôle essentiel de la mairie et du sous-préfet).

Quels sont les interlocuteurs que vous avez rencontrés ?

Pour mener à bien ce projet, j'ai tout d'abord rencontré ma direction (Directeur général, direction des affaires médicales et directions des travaux). Ayant eu leur assentiment sur le projet, j'ai ensuite rencontré les différents élus du secteur (maire, député, sénateur, sous-préfet). Mon projet, fort du prix d'attractivité reçu aux congrès de la FHF « Attractiv' Med » a ensuite été présenté aux différentes instances de l'établissement : CME, Conseil de surveillance et lors de la journée de l'Ouest Breton organisée par le CHU de Brest. Des rencontres plus spécifiques de travail ont été entreprises et se poursuivent actuellement pour déterminer le projet objectivement et trouver des financeurs (rôle essentiel de la mairie et du sous-préfet).

Qu'elles-ont été les principales difficultés rencontrées et comment les avez-vous surmontées ?

La principale difficulté est que même si tous sont intéressés, les financements ne suivent pas et la mobilisation est plus difficile et nécessite un vrai appui d'élus. Le terme internat rural est souvent perçu péjorativement y compris dans la ruralité ! Enfin les élus ont parfois du mal à comprendre l'intérêt de faire venir de jeunes étudiants. Ils sont plus mobilisés à des actions à court terme (maison médicale etc.) car le manque de praticiens est immédiat et le projet joue sur du plus long terme. Il y a peut-être une part d'électoratisme dans cette position.

Qu'est-ce qu'apporte le projet ?

Actuellement le projet est en gestation. Il va se faire en deux phases : une restauration rapide d'une partie de l'existant afin d'accueillir dès la rentrée prochaine des externes (nouvelle demande déposée à la faculté), puis sur un projet plus ambitieux avec la rénovation complète d'un bâtiment face à l'hôpital pour en faire un véritable hébergement territorial.

Le but est d'accueillir au sein de cet « internat » les étudiants en santé tant externes, qu'internes. Pour ces derniers, des places seront proposés aux internes affectés chez le praticien dans le secteur de la ville. Il y a une volonté de « mixage » et de « compagnonnage ». Le but est qu'externes comme internes se sentent accueillis dans l'hôpital. Ce projet fait partie d'un plan d'attractivité développé au sein de l'établissement. Il fait également partie d'un plan d'attractivité au sein du pays de Morlaix.

Coordonnées : lemoinelestoquoy@gmail.com

Des déplacements dans la ville universitaire

Dans beaucoup de villes, les CHU sont éloignés du centre-ville et des campus étudiants. L'étudiant hospitalier devant pouvoir accéder à la faculté et au CHU facilement, le choix du logement est primordial. Celui-ci conditionne notamment le mode de déplacement de l'étudiant, devant se rendre sur ses deux terrains de formations quasi quotidiennement.

D'après l'Enquête Précarité de l'ANEMF⁶, 39,6 % des étudiants hospitaliers utilisent les transports en commun pour aller à la faculté, et **47,4 %** pour se déplacer jusqu'au CHU. Mais parmi tous les étudiants répondants, **22,6 % ont déjà fraudé pour des raisons financières**.

De par leur statut d'agent public, les étudiants hospitaliers sont **éligibles au remboursement d'une partie de leur abonnement aux transports en commun**. Mais les étudiants hospitaliers n'ont pas accès à ce remboursement dans **14,3 %** des UFR. Afin de favoriser l'attractivité des villes, il est nécessaire d'assurer l'accès à ce dispositif pour tous afin de favoriser les déplacements en transport en commun et un budget de transport moindre pour les étudiants.

Pour aller plus loin, certaines villes ont même rendu **les transports en commun gratuits** pour les étudiants : Valenciennes pour les moins de 25 ans⁷ ou encore Dunkerque qui va plus loin en étendant la gratuité à l'ensemble de sa population⁸ ! Il est important que d'autres municipalités prennent le pas dans cette démarche afin de rendre gratuit un service de transport pour sa population étudiante.

Ce que peuvent faire les élus locaux :



- **Faciliter l'accès aux services de transports en commun pour la population étudiante**

⁶ [Enquête Précarité de l'ANEMF](#), Novembre 2019

⁷ Transvilles. « PASS & GO : l'offre mobilité pour les -25 ans », s. d. <https://www.transvilles.com/passandgo>

⁸ Dunkerque & vous. « Le bus gratuit en 10 questions », s. d. <https://www.ville-dunkerque.fr/vie-quotidienne/se-deplacer/les-transports-en-commun>.

Les bourses d'études

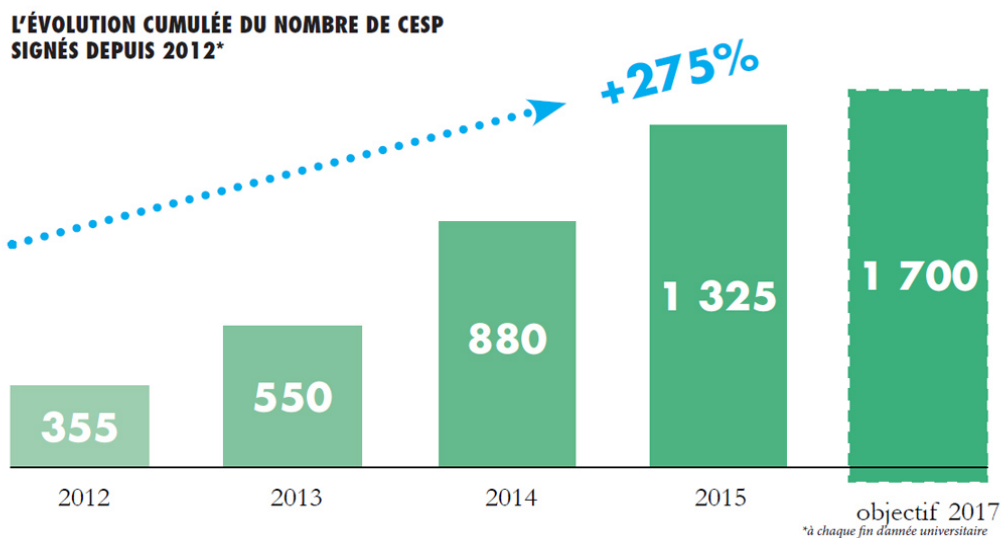
Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Il s'agit de bourses pouvant être complémentaires des autres dispositifs financiers incitatifs comme le CESP.

Ces dispositifs peuvent être accessibles lors de l'externat mais c'est souvent lors de l'internat qu'ils sont mis en place.

Ce contrat, financé par l'État, s'adresse aux étudiants en médecine (4^{ème} année minimum jusqu'à l'internat), odontologie (dès la première année) et aux internes. Il donne droit à une allocation mensuelle de 1 200 €. Il engage son signataire à s'installer en contrepartie dans une zone sous-dotée (ZIP ou ZAC) pour une durée d'exercice étant équivalente à celle durant laquelle il a touché l'allocation (au minimum deux ans).

3 185 étudiants ou internes en médecine, étudiants en odontologie ont bénéficié d'une bourse d'étude à travers le contrat d'engagement de service public (CESP) depuis sa création⁹.



<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>

Les bourses des stages

Les collectivités territoriales peuvent proposer des **bourses de stage** (ou « indemnité de logement et de déplacement ») aux internes de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones sous-denses telles qu'elles ont été définies par l'ARS. Cette indemnité n'est pas cumulable avec la mise à disposition d'un logement à titre gratuit et doit respecter un plafond, fixé à 5 100 € par an par voie réglementaire. Elle est versée pendant toute la durée du stage.

⁹ [Rapport Sophie Augros : Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins](#)

Les bourses d'études parallèles ou complémentaires

Elles peuvent être proposées aux **étudiants ou internes en médecine ou en odontologie** (de nombreuses collectivités les proposent aux seuls internes en médecine générale). Ceux-ci doivent s'engager à s'installer, pour au moins cinq ans, dans une zone fragile. Le contrat qui est conclu entre eux et la collectivité qui attribue l'aide doit prévoir des sanctions précises : remboursement total de l'indemnité en cas de non-installation dans une zone déficitaire, remboursement partiel si la durée d'installation est inférieure à 5 ans. Leur installation doit avoir lieu dans une zone considérée comme sous-dense par l'Agence Régionale de Santé (zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire) : un conseil départemental ne peut pas, par exemple, se contenter d'exiger une installation sur son territoire départemental, il doit cibler l'engagement sur les zones sous-denses. Le montant des bourses et l'échelonnement de celles-ci sont laissées à la discrétion de la collectivité, mais les bourses versées pendant le troisième cycle (internat) doivent respecter un plafond national. Leur montant annuel « ne peut excéder les émoluments annuels de troisième année d'internat » soit environ 25 500 € par an.

Cependant, un **réel accompagnement à l'installation doit accompagner le versement de la bourse pour inciter les étudiants à s'installer.**

Ce que peuvent faire les élus locaux :



- **Continuer la promotion du CESP**, dispositif incitatif qui a fait ses preuves mais qui n'est pas encore assez connu du grand public.
- Les **collectivités territoriales peuvent proposer des bourses de stage** (ou « indemnité de logement et de déplacement ») aux internes de médecine générale.
- Les **collectivités territoriales peuvent financer leurs propres bourses d'études parallèles ou complémentaires.**

2. Favoriser l'installation

Le début d'exercice est un **élément clé du projet de vie du jeune médecin qui vise à atteindre un juste équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle**. Cet équilibre est primordial pour préserver une vie personnelle et familiale que les jeunes praticiens ne souhaitent plus laisser de côté. De plus, il faut penser le début d'exercice dans la diversité permise par cette profession : activité de soins, d'enseignement ou de recherche, chacune possible dans le cadre de statuts différents (salarie, libéral, mixte, bénévole...).

Bien que de mieux en mieux préparés durant leur formation, **le remplacement constitue le premier contact réel avec le statut libéral** pour les jeunes praticiens. Cette découverte conditionne grandement le type d'exercice futur. Cette période qui succède à l'internat de médecine générale est parfois mal vécue, source d'angoisses et de perte de repères après la fin d'études longues et exigeantes. **L'enjeu aujourd'hui est de sécuriser le début d'exercice¹⁰** pour encourager les jeunes praticiens à poursuivre sur la voie de l'exercice en ville, aujourd'hui majoritairement libéral.

Contrat de Début d'Exercice

L'installation d'un médecin est déterminante : s'il est bien dans le territoire qu'il occupe et qu'il a choisi, il peut y rester longtemps. Or, que ce soit en termes de protection sociale, de revenus ou d'aide à la gestion du cabinet, les jeunes médecins disposent de très peu de ressources au début de leur exercice. C'est pourquoi, l'une des clés pour favoriser l'installation pérenne des jeunes médecins est de l'accompagner et de l'aider.

Il existe différents **types d'aides à l'installation** :

- Les aides de l'État : contrat de début d'exercice (ex-PTMG, PTMR, PTMA, PIAS)
- Les aides conventionnelles de l'Assurance maladie
- Les exonérations fiscales et sociales
- Les aides des collectivités territoriales (région, département, commune...)

Dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2020, ces contrats, financés par l'État, ont été refondus, pour plus d'efficacité et de clarté, en un contrat unique appelé « **contrat de début d'exercice** ».

Celui-ci s'adresse aux internes (6^{ème} année et plus) et aux médecins, remplaçants, collaborateurs ou installés (depuis moins d'un an), libéraux, conventionnés secteur 1 ou secteur 2 OPTAM, en zones sous-dotées ou isolées.

Il donne droit à :

- **Un complément de revenus** (sous réserve d'un minimum d'actes réalisé)
- **Une protection sociale étendue** en cas de maladie (complément de revenus en cas d'arrêt maladie supérieur à 7 jours et pour une durée maximale de 3 mois) ou congés maternité / paternité (complément de revenus, pour une durée maximale de 3 mois, uniquement pour les remplaçants)

¹⁰ [Document Début d'Exercice ReAGJIR](#)

- **Un accompagnement à la gestion d'entreprise** (aides : au projet d'installation, à la comptabilité, à la fiscalité, à l'embauche d'un salarié...)

Depuis la création des contrats d'aide de l'État ce sont 1 200 contrats PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale, 2013), 70 contrats PTMA (Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire, 2015), 19 contrats PTMR (Praticien Territorial Médical de Remplacement, 2017) et 9 contrats PIAS (Praticien Isolé à Activité Saisonnière) qui ont été signés¹¹.

Ce type de contrat répond aux attentes et besoins des jeunes généralistes en recherche d'installation. Il faut pérenniser cette démarche et faciliter la communication autour de ce contrat.

Améliorer les conditions de remplacement

L'enquête Remplact 3¹² menée par ReAGJIR au cours de l'été 2016, confirme l'importance des remplaçants pour le bon fonctionnement de notre système de santé :

- Ils permettent d'**assurer la continuité des soins** durant les périodes d'absence des médecins installés, *un remplaçant remplace en moyenne 6,1 généralistes par an*, et contribuent à la **permanence des soins** (prise en charge des soins non programmés et participation aux gardes de secteur).
- Les données de l'étude montrent que le remplacement n'est le plus souvent **qu'une étape dans la vie professionnelle** du jeune médecin, *la majorité d'entre eux a un projet d'installation dans les 3 ans*. Cette phase permet de préparer son installation et de choisir son mode d'exercice : seul ou à plusieurs, libéral ou salarié, dans son cabinet ou en maison de sante pluriprofessionnelle...

Il est de l'intérêt de tous que cette expérience soit une réussite, au risque sinon, d'encourager les jeunes médecins à se désintéresser du libéral voire de la médecine générale. Il est donc **indispensable de reconnaître la participation des remplaçants dans le système de soins en tant que professionnel de santé à part entière**.


Afin de favoriser l'exercice de la médecine générale libérale, il convient donc de **simplifier les conditions de remplacement** (démarches administratives et simplification des contrats) et d'**améliorer la protection sociale des remplaçants** (assurance maladie et prévoyance).

En effet, le **système de prévoyance** actuel présente de nombreuses failles qui concernent surtout les jeunes médecins libéraux dans leur début d'activité : aucune couverture pour les remplaçants non thésés, un délai de carence de 90 jours, l'exclusion des pathologies antérieures, une pénalisation des bas revenus par le système forfaitaire de l'ASV, une protection maternité qui tarde à se mettre en œuvre, etc. A l'instar du système de santé actuel, **ReAGJIR souhaite la création d'un véritable système de prévoyance et retraite solidaire pour tous les médecins**.

Un pas décisif vers la reconnaissance du rôle des remplaçants dans l'organisation des soins passe par **leur conventionnement** qui permettra d'une part une véritable simplification de leur statut, l'accès à l'avantage supplémentaire maternité/paternité/adoption, actuellement réservé

¹¹ [Rapport Sophie Augros : Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins](#), Septembre 2019

¹² [Remplact 3 | Enquête nationale ReAGJIR](#), Octobre 2016



aux seuls installés ainsi que la mise en place d'une ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) spécifique du remplaçant pour valoriser par exemple la participation aux gardes de ville.

Afin de favoriser la poursuite d'activité en libéral, **ReAGJIR réaffirme que le statut de remplaçant doit être sécurisé et encadré**, pour éviter la fuite vers d'autres modes d'exercice de jeunes praticiens effrayés par cette précarité.

Le guichet unique

Une fois le projet d'installation d'un jeune généraliste construit, il est important de l'aider à le réaliser. **Un accompagnement jusqu'à sa concrétisation effective sera la clé d'installation durable et d'un ancrage du jeune généraliste dans le territoire.** En effet, une certaine appréhension de cet inconnu qu'est l'installation en exercice libéral peut freiner des projets pourtant cohérents et viables.

La première étape serait de fournir aux futurs généralistes, une visibilité sur les possibilités qui s'offre à eux et sur les services qui leur sont accessibles. Lors de son installation, le professionnel croule sous le nombre de démarches administratives souvent fastidieuses. Le guichet unique permet à l'interne de faciliter son parcours dans notre système administratif complexe. La mise en place d'un interlocuteur bien défini, sous la forme d'un guichet unique est une solution et aurait le mérite d'accompagner vraiment les jeunes généralistes.

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.

Faciliter l'exercice mixte et organiser la recertification

Il existe autant d'installations différentes que de médecins. Elles sont avant tout des histoires de rencontres humaines avec les patients, les autres professionnels et les acteurs locaux.

L'exercice mixte libéral salarié présente de nombreux attraits pour les jeunes médecins.

Cela est déjà le cas chez les remplaçants **puisque 32 % des répondants de l'enquête Remplact 3 déclarent avoir une activité médicale rémunérée autre que le remplacement en libéral**¹³ : poste universitaire pour l'enseignement et la recherche, poste hospitalier de médecine générale, salariat dans une structure de soins primaires, activités dans des structures ambulatoires (PMI, crèche, EFS, etc.) ou des établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS).

Or, les charges sociales de l'activité libérale ne permettent pas toujours de pérenniser ce type d'activité. Le choix d'un exercice mixte ajoute des contraintes organisationnelles et financières difficiles à concilier avec un début d'activité. Il est donc **indispensable de faciliter cette activité mixte** pour ceux qui la souhaiteraient car une installation réussie est garante de pérennité pour le médecin et ses patients.

¹³ [Remplact 3 | Enquête nationale ReAGJIR](#), Octobre 2016

Le 18 septembre 2018, le Président de la République s'est engagé à ce que « **400 postes supplémentaires de médecins généralistes** » à exercice partagé ville-hôpital ou salariés par une structure ambulatoire (centre de santé, PMI, EPHAD...) puissent être financés et envoyés dans les territoires. Cette mesure fait partie du plan Ma Santé 2022 et a été lancée en mars 2019.

Celle-ci a pour objectif d'apporter une réponse immédiate aux problèmes d'accès aux soins que connaissent certains territoires. Cette mesure se décline en deux volets complémentaires : elle repose, d'une part (« le volet 1 »), sur le déploiement de postes de médecins généralistes à exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire (dans un cadre libéral ou salarié) et, d'autre part (« le volet 2 »), sur un soutien financier apporté à des acteurs susceptibles de proposer des postes de médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires. Les structures ambulatoires d'accueil du volet 1 et les postes créés dans le cadre du volet 2 devront se situer dans des zones sous-denses.

Dispositif 400 médecins généralistes : poste à exercice partagé ville-hôpital



Un témoignage du Dr Emna Boussarsar, médecin généraliste (Val-de-Marne)

Comment as-tu entendu parler du dispositif « 400 médecins généralistes » ?

J'étais en stage SASPAS au centre municipal de santé de Champigny l'année dernière. Le Dr Villebrun, mon maître de stage est aussi le directeur à la santé de la ville et il m'a proposé un poste dans le cadre de ce dispositif. Je voulais continuer à travailler au centre de santé après ma thèse et c'était une bonne opportunité pour moi. Il m'a proposé un poste à exercice partagé ville-hôpital, soit la moitié du temps en ville au centre de santé et l'autre moitié à l'hôpital. Pour la partie hospitalière, je savais que c'était un poste en psychiatrie pour faire de la santé somatique mais je n'avais pas énormément plus d'informations sur le poste.

Qu'est ce qui t'as motivée à postuler ?

En plus de continuer à travailler en centre de santé, avec une équipe avec laquelle je me suis bien entendue lors de mon internat, ce poste était une belle opportunité de découvrir la psychiatrie, en service hospitalier, une spécialité que j'aime aussi mais qui est différente de notre pratique quotidienne au cabinet.

Pourquoi le choix d'une activité mixte ?

Je voulais m'installer directement après l'internat et ma soutenance de thèse mais j'avais un peu d'appréhension par rapport au rythme de travail et d'avoir à enchaîner les consultations à longueur de journée. Avoir une activité mixte c'est une autre façon d'exercer comme si j'avais deux boulots finalement : deux lieux, deux équipes, des exercices différents de la médecine, tous les deux passionnants et complémentaires

Depuis ta prise de poste, comment s'organise ta semaine ?

Je partage mon temps entre les deux structures. Au centre de santé, je fais des consultations de médecine générale classique : de la pédiatrie à la gériatrie en passant par un peu de gynécologie.

Dans le service de psychiatrie, je suis le médecin généraliste de quatre unités et on m'appelle pour des avis. Les patients sont souvent peu informatifs sur leurs antécédents voire leurs symptômes. Je fais beaucoup de recherche sur leurs antécédents ou leur mode de vie dans les historiques de leurs précédentes hospitalisations, car pour beaucoup ils n'ont pas ou peu eu de suivi par un médecin généraliste. Je discute régulièrement avec les psychiatres et les personnels de santé des unités. J'initie des traitements pour les autres pathologies présentées par les patients comme le diabète ou l'hypertension. Je profite du temps de leur hospitalisation pour vérifier la bonne tolérance et l'efficacité des traitements.

Je réponds aussi aux demandes des équipes soignantes pour des situations aiguës comme une infection pulmonaire ou urinaire pour éviter de déplacer les patients et de surcharger les urgences.

Bilan après 3 mois ?

Je suis plutôt contente de cette expérience. J'apprends beaucoup au quotidien, notamment en psychiatrie. Je m'y sens très utile et c'est un complément de l'exercice de la médecine générale en ville. Mes journées ne se ressemblent pas et ça me plaît. La rémunération à l'hôpital est inférieure à celle en centre de santé mais la combinaison des deux permet un juste équilibre financier.

Pour en savoir plus :

<https://www.ars.sante.fr/400-postes-de-medecins-generalistes-pour-les-territoires-prioritaires>

Coordonnées :

reagjir.idf@gmail.com



Ce que peuvent faire les élus locaux :



- **Participer au recensement des postes disponibles au sein des établissements de son territoire** (hôpital, centre de santé, PMI, EPHAD...) et à la communication autour de cette initiative.

Un autre élément important de l'activité du médecin est sa formation continue.

Chaque médecin a l'obligation déontologique de continuer à se former et à se tenir à jour des avancées de la science dans son domaine de compétence. L'Ordre des Médecins est garant de cette obligation déontologique et l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu assure l'organisation des formations pour toutes les professions de santé. La recertification désigne un processus d'assurance qualité dont l'objectif principal est pour les patients, de garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par des prises en charge plus sûres et plus efficaces et pour les médecins, de prendre du recul par rapport à son activité quotidienne et plus largement par rapport à sa carrière. L'accès aux formations indemnisées doit être garanti pour les jeunes médecins (certains remplaçants en sont actuellement exclus), et les contenus adaptés à leurs attentes.

Répondre aux attentes des professionnels de santé

Accompagner une installation sur un territoire c'est accompagner un projet de vie en prenant compte du réseau de professionnels de santé, des services de proximité, du travail du conjoint, des enfants, etc. Certaines régions l'ont bien compris et sont devenues très attractives pour les médecins.

Les jeunes professionnels de santé aspirent à **un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle**. Cet équilibre est primordial pour préserver la qualité de vie des professionnels de santé mais aussi celle de leurs patients.

Selon la **récente enquête de la Commission Jeunes Médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins** :

- 75 % des internes envisagent de s'installer en libéral ou en activité mixte, 2/3 des remplaçants prévoient de le faire dans les 3 années à venir. La majorité souhaite exercer de manière coordonnée et regroupée.
- 70 % des remplaçants choisissent des zones semi-rurales ou rurales pour remplacer. Ces régions sont attractives, en termes de qualité et cadre de vie, surtout s'il existe un projet professionnel collectif sur le territoire mais l'isolement, l'abandon des services publics et les difficultés d'emploi du conjoint constituent de « vrais » freins à l'installation.
- Les aides financières qui peuvent être proposées dans certaines zones constituent un plus et un facteur rassurant pour les jeunes médecins (43%) mais le choix du lieu d'installation étant multifactoriel il ne suffit pas seul à influencer ce choix.

Cette étude confirme bien que les jeunes médecins souhaitent toujours s'installer mais que les modes d'exercice évoluent. Il faut donc pouvoir leur donner les moyens de s'installer en tenant compte de leurs attentes et ainsi pouvoir répondre aux besoins de la population.

Il faut donc au-delà des aides financières proposées, faire découvrir ses territoires aux jeunes médecins, accompagner leur projet de vie et les rendre plus « attractifs ».

Ces facteurs sont identifiés comme être les principaux déterminants des jeunes médecins.

Focus sur 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 Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) dans ce département (Saint-Affrique), sous réserve du nouveau zonage en attente.

Pour en savoir plus :

<https://aveyron.fr/thematiques/installation%20des%20m%C3%A9decins>

Ce que peuvent faire les élus locaux



L'intervention sur le cadre de vie et l'accompagnement à l'installation s'avèrent déterminants.

- **Mise en place spécifique d'outils spécifiques d'accueil des futurs médecins** qui auraient un projet d'installation. Ces dispositifs peuvent ainsi comprendre des journées itinérantes dans le lieu de vie ou la présentation de l'environnement professionnel et culturel à l'installation.

Aux côtés de ces dispositifs, **proposition de supports logistiques dans la recherche de locaux.**

Les aides financières à l'installation

Ces aides sont financées à différents niveaux : État, Assurance maladie (convention), collectivités territoriales. Ces dispositifs permettent de limiter le coût financier d'une installation et les difficultés des premiers mois d'exercice. **Elles jouent un rôle dans le projet d'installation mais sont loin d'être le facteur principal.** En effet, il est primordial que ces aides soient liées à un travail en amont favorisant la découverte du territoire et l'accompagnement de l'installation du praticien et de sa famille. Selon l'enquête "Déterminants à l'installation", **48% des internes pensent que les aides financières déterminent "peu ou partiellement" et 10% pensent que les aides financières ne jouent "pas du tout" dans leur choix d'installation.**

Ces aides peuvent consister en la prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins (par exemple, la construction d'une maison médicale), en la mise à disposition de locaux ou d'un logement. Elles peuvent également prendre la forme d'une prime d'installation, voire même d'une prime d'exercice forfaitaire.

Ce que peuvent faire les élus locaux :



- Financer des aides pour inciter les professionnels de santé à s'installer ou à se dans un territoire, à condition que celui-ci soit considéré par l'ARS comme une zone fragile (zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire).

III. Rénover l'offre de soins

3. Développer l'interprofessionnalité

Il est essentiel de repenser le rôle de chacun pour une **pratique interprofessionnelle** afin de renforcer la collaboration entre personnel médical et paramédical. Cette refonte doit s'organiser autour du patient, ce dernier doit être la base de la réflexion de la structuration des soins jusqu'aux modalités de prise en charge.

L'**organisation de la prise en charge des patients selon des parcours de soins élaborés de façon coordonné entre les professionnels** permettra d'optimiser leur suivi. Il est nécessaire de trouver des moyens pour rémunérer les professionnels agissant dans ces parcours coordonnés (paiement à l'acte seul inadapté, rémunération forfaitaire pour financer l'effort de coordination). Ces parcours devront être pensés en lien entre la ville et l'hôpital.

Enfin, il est indispensable d'**encourager l'exercice coordonné mais aussi la revalorisation des compétences des professionnels de santé et l'essor de nouveaux métiers en santé** afin de favoriser l'évolution nécessaire de l'organisation des soins, dans laquelle l'ensemble des professionnels de santé collaborent et se complètent afin d'augmenter l'efficacité des soins dans les territoires autour des patients.

Ainsi, les **infirmières en pratiques avancées** ont fait leur entrée dans les équipes pluriprofessionnelles. Il faut que celles-ci puissent participer à l'accompagnement de pathologies chroniques stabilisées, mais aussi, selon les besoins dans les territoires, avoir accès à d'autres compétences, en soins aigus par exemple. De plus, leur rémunération doit être juste et adaptée pour permettre à ces professionnels de s'impliquer dans toutes les formes d'exercice coordonné (centre de santé, MSP, cabinet de groupe, hôpital...).

4. Réorganiser l'offre de soins et faciliter la mise en relation entre professionnels de santé

Les jeunes médecins aspirent à des pratiques différentes : **travailler de manière coordonnée et regroupée avec les autres professionnels de santé** impliqués dans le suivi quotidien des patients. Cela sous-entend de nouvelles structures et de nouveaux modes d'organisation.

Les maisons de santé pluri-professionnelles

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) regroupent des professionnels de santé libéraux exerçant de manière coordonnée, c'est-à-dire qu'ils sont réunis autour d'un projet de santé, dans une structure dotée de la personnalité morale. Elles proposent des activités de soins de premier recours – et parfois de second recours - sans hébergement, de prévention et d'éducation à la santé.

Les collectivités peuvent favoriser l'émergence de maisons de santé. Il faut favoriser la mobilisation des professionnels de santé locaux et l'émergence d'un projet de santé afin d'accompagner ensuite la conception et la réalisation de la MSP. Une fois la MSP créée, le travail en équipe peut être valorisée ce qui fait la spécificité de ces structures. En effet, l'Assurance maladie a mis en place depuis plusieurs années des financements complémentaires pérennes. Ces financements peuvent atteindre 70 000 € par an et par structure. Pour en bénéficier, les maisons de santé doivent à satisfaire un certain nombre de prérequis en matière d'accès aux soins (par exemple, les amplitudes horaires), de travail en équipe et d'informatisation.

Exercice en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Témoignage du Dr Yohann Vergès, médecin généraliste (Haute-Garonne)

Quel est ton activité ?

Je suis médecin généraliste installé depuis septembre 2019, en collaboration en MSP, en milieu semi-rural.

Pourquoi une installation en MSP ?

Je me suis installé en MSP pour plusieurs raisons : surtout pour les projets pluri professionnels et les échanges facilités mais aussi pour l'ambiance au sein d'une équipe, l'organisation et la continuité des soins, et pour un partage de la permanence des soins (samedis matin).

Comment as-tu choisi ta structure ?

Après y avoir remplacé à plusieurs reprises sur une année, j'ai apprécié travailler avec les professionnels de santé présents. J'ai adhéré au projet de cette MSP récente et dynamique, auto-financée. La distance est aussi adaptée à mon lieu de vie et à proximité de ma famille.

Comment s'organise ton temps de travail ?

Je travaille 5 demi-journées par semaine, sur RDV et 1 samedi sur 3 sans RDV. Je partage les locaux avec les deux autres médecins généralistes présents. J'effectue aussi des visites à domicile. Nous réalisons une réunion de concertation pluridisciplinaire mensuelle pour échanger autour de la prise en charge des patients complexes et échanger sur nos pratiques.

Qui sont les autres professionnels présents dans la MSP ?

Il y a en plus de moi, 2 médecins généralistes, 3 kinés, 1 orthophoniste, 3 infirmières, 1 psychologue, 1 sage-femme, 1 sophrologue, 2 ergothérapeutes, 1 pédicure-podologue, 1 pharmacien, 2 dentistes, 1 secrétaire, 1 coordinatrice de santé, et bientôt 1 diététicienne.

Quels sont les futurs projets de la MSP ?

Au sein de la MSP, nous projetons d'agrandir nos locaux (qui sont privés et appartiennent à une SCI composée de professionnels de santé de la MSP) et de lancer une microstructure d'addictologie en lien avec l'ANPAA locale. Nous souhaitons aussi accueillir des étudiants en santé en stage et développer des projets interprofessionnels autour de l'éducation thérapeutique, la périnatalité et les troubles des apprentissages.

Coordonnées :
contact@reagjir.com



Ce que peuvent faire les élus locaux :



- Soutenir la création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Les centres de santé

Les centres de santé remplissent des missions similaires à celles des MSP : ils fournissent des soins de premier recours, doivent conduire des actions de Santé publique, d'éducation à la santé, de prévention et proposer des soins de second recours (radiologie, médecins spécialistes, etc.). Ils réalisent à titre principal des prestations remboursées par l'Assurance maladie et proposent à leurs patients le tiers payant, sans dépassements d'honoraires : c'est ce qui en fait des points de référence pour l'accès aux soins des populations les plus fragiles. De plus, les centres de santé accompagnent souvent les patients dans l'accès aux droits en matière de santé mais aussi du domaine social de manière générale.

À la différence des MSP, les **professionnels de santé y sont salariés** d'une personne morale gestionnaire. Cela peut constituer un facteur d'attractivité pour les jeunes professionnels de santé, notamment les jeunes médecins, qui manifestent un intérêt croissant pour les avantages de l'exercice salarié (couverture sociale, congés payés, travail en équipe, etc.).

Les élus locaux peuvent donc soutenir la mise en place d'un centre de santé. Les différentes étapes de cette phase d'ingénierie et de dimensionnement du projet (projet de santé, déclinaison architecturale, choix du logiciel, étude de faisabilité...) peuvent bénéficier d'un soutien de la part de l'Agence Régionale de Santé. Celle-ci peut également accorder au gestionnaire, parfois par le biais d'appels à projets, des aides à l'équipement ou à son amorçage. Les collectivités peuvent intervenir pour cofinancer l'ingénierie ou les aides à l'équipement ou à l'amorçage. Elles peuvent également mettre à disposition des locaux ou participer à l'investissement immobilier du gestionnaire. Elles peuvent, enfin, verser une subvention d'équilibre lorsque le projet s'avère déficitaire.



Ce que peuvent faire les élus locaux :



- Soutenir la mise en place d'un centre de santé

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Une CPTS est une organisation conçue autour d'un projet de santé et constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné défini par les professionnels eux-mêmes. Elle est composée notamment de professionnels de santé, d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux.

Elle a pour vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire. Contrairement aux maisons ou aux centres de santé, la CPTS n'a pas pour objet la coordination clinique, c'est-à-dire l'échange des visions de différents professionnels de santé autour du cas de leurs patients (approche par patientèle). Elle propose une coordination territoriale, c'est-à-dire qu'elle s'organise à une plus large échelle, sans regroupement physique, pour améliorer l'organisation des soins et des parcours de santé de l'ensemble des patients du territoire (approche dite « populationnelle »).

Elle présente de nombreux bénéfices comme : le rapprochement entre professions médicales, paramédicales et médico-sociales ou encore le dialogue renforcé et partage d'informations améliorée entre professionnels mais aussi entre la ville et l'hôpital.

La CPTS doit assurer 3 missions « socles » :

- L'amélioration de l'accès aux soins dans ses deux composantes : faciliter l'accès à un médecin traitant d'une part et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville de l'autre part.
- L'organisation des parcours de soins en vue d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs et éviter les ruptures de parcours.
- La prévention

Les missions optionnelles sont l'organisation d'actions dans le domaine de la qualité et pertinence des soins ou encore l'accompagnement des professionnels de santé.

Les CPTS bénéficient pour cela d'un financement de la part de l'Assurance maladie (selon l'Accord Conventionnel Interprofessionnel 2019), en fonction de la taille des communautés et du nombre de missions (socles et optionnelles) qu'elles vont exercer, le financement accordé varie de 185 000 à 380 000 € par an.

Le territoire d'une CPTS est défini par les professionnels de santé eux-mêmes dans leur projet de santé. Il correspond à leur « territoire vécu », c'est-à-dire au territoire qui leur semble pertinent pour initier des coopérations, en fonction des parcours des patients, c'est-à-dire des lieux au sein desquels ils sont le plus souvent hospitalisés ou pris en charge en second recours (soins spécialisés, biologie, radiologie...).



Ce que peuvent faire les élus locaux :

- **Soutenir la mise en place de CPTS** : ils peuvent contribuer au diagnostic local. Ils peuvent jouer le rôle de facilitateur ou de relais auprès des partenaires de territoire. Ils peuvent faciliter l'organisation de réunions
- **S'appuyer sur les CPTS** : certaines CPTS ont une constitution élargie, non seulement aux acteurs de santé du territoire mais également à d'autres types d'acteurs tels que les services sociaux, les habitants, ou les collectivités territoriales. Les élus locaux se voient donc parfois proposer de siéger dans les instances de gouvernance de la CPTS, ce qui peut faciliter et renforcer le partenariat avec elle.

Libérer du temps médical

Comme nous avons pu le développer plus haut, la problématique de la démographie médicale française en ce qui concerne la Médecine Générale réside dans une insuffisance numérique prégnante. On note également un temps consacré aux tâches administratives beaucoup plus important qu'avant. Il faut permettre aux médecins de s'appuyer sur des secrétaires ou des assistants médicaux :

- Le secrétariat médical pour permettre aux médecins de déléguer certaines tâches de gestion du cabinet
- Les assistants médicaux qui peuvent faire certaines tâches administratives, organisation de soins et soins dans le respect de leurs compétences.

La promotion des coopérations et délégations de tâches entre professionnels de santé est primordiale :


- Mise en place de protocoles avec les infirmières ASALEE
- Création d'un diplôme d'infirmières en pratiques avancées

Enfin, il faut aussi réussir à simplifier les démarches administratives : remplissage du dossier MDPH / ALD et limiter les consultations inutiles notamment liées à la délivrance d'un certificat médical pour une assurance ou une absence en crèche ou encore celles liées à demande d'un arrêt maladie en cas de pathologie aiguë simple.

Entretenir une dynamique locale et répondre aux besoins des professions déjà installés

Un autre volet peu évoqué pour revaloriser le travail et l'implication du médecin : **repenser leur rémunération**. Deux axes majeurs dans cette révision sont le développement d'une diversification des modes de rémunération et la facilitation de l'exercice mixte.

Aujourd'hui les médecins généralistes sont rémunérés majoritairement à l'acte (83% de la rémunération du médecin généraliste en 2018). S'y ajoutent d'autres formes de rémunération : l'Accord Cadre Interprofessionnel (ACI) pour le travail d'équipe, accessible aux maisons de santé pluriprofessionnelles labellisées par les ARS (projet de santé), la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), et différents forfaits (médecin traitant, structure, personne âgée, ALD, etc.).



Le paiement à l'acte ne correspond plus à l'exercice du médecin généraliste de premier recours. L'exercice médical a évolué en termes de prise en charge (patients polypathologiques, parcours de soins) et de type d'exercice (libéral, salariat, cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé, etc.). La diversification des modes de rémunération est nécessaire pour faire correspondre à chacune de ces missions un ou des modes de rémunération adaptés et cohérents afin d'assurer une prise en charge de meilleure qualité pour le patient (selon le rapport Aubert).

L'exercice mixte libéral-salarié présente de nombreux attraits pour les médecins mais les charges sociales de l'activité libérale ne permettent pas toujours de pérenniser ce type d'activité. Il sera souhaitable de faciliter ce mode d'exercice qui permet de répondre partiellement à la désertification médicale en donnant la possibilité aux médecins d'exercer plusieurs activités sur le territoire.

Développer le numérique sur le territoire, notamment la télémédecine

De manière générale, il est indispensable pour améliorer et faire évoluer le système de santé que l'ensemble du pays et notamment les zones sous-dotées soit pourvu d'une bonne couverture numérique afin de faciliter le travail des professionnels de santé au quotidien et permettre le déploiement de nouveaux outils comme la télémédecine.

Quelques définitions :

La télémédecine est remboursée par l'Assurance Maladie depuis 2018 sous certaines conditions, qui visent notamment à garantir la qualité et la bonne organisation des soins.

La téléconsultation est une consultation à distance entre un médecin et son patient via des moyens de vidéo-transmission sécurisés.

La télé-expertise permet à un médecin de solliciter par vidéo ou messagerie sécurisée l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...).

La téléconsultation est ouverte à tous les patients, quels que soient leur lieu de résidence et leur pathologie, à condition qu'ils soient consentants. Toutefois, deux conditions ont été posées au remboursement par l'Assurance maladie d'une téléconsultation :

- Le patient doit avoir été vu physiquement par le médecin dans les douze derniers mois, sauf situation particulière.
- La téléconsultation doit ainsi intervenir dans une logique de suivi, alternant consultations de visu et téléconsultation en présentiel, et non pas se substituer totalement à la consultation en présentiel

La téléconsultation doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné : c'est-à-dire qu'elle est réalisée par le médecin traitant du patient, un spécialiste en accès direct, ou un autre spécialiste sur orientation du médecin traitant. Dans les zones sous-denses, ces conditions peuvent être assouplies sous conditions d'une organisation coordonnée entre médecins d'un même territoire.

La télémédecine doit remettre le patient au centre du projet de soin, par l'intermédiaire de son médecin traitant, garant du parcours de soins. Il faut aussi s'assurer que le respect du secret médical est absolu et que les données de santé soient conservées dans des centres d'hébergements agréés.



Ce que peuvent faire les élus locaux :



- **Soutenir le développement des lieux de téléconsultation.** Il faut disposer de lieux dans lesquels les patients peuvent bénéficier d'une téléconsultation ainsi que des équipements associés. Ces lieux doivent respecter les contraintes de confidentialité qui s'appliquent à tout lieu de consultation. Les collectivités peuvent participer à la recherche de locaux adaptés. Elles peuvent contribuer à financer l'équipement de ces lieux de téléconsultation. Il faut garantir une couverture numérique satisfaisante du territoire.
- **Créer les conditions favorables au déploiement de la télémédecine** en mobilisant et en mettant en réseau les professionnels ou établissements susceptibles de s'engager dans un projet de télémédecine.

IV. En bref : que peuvent mettre en place les élus locaux ?

1. Pendant la formation

Avant l'entrée dans les études de santé

Ce que peuvent faire les élus locaux :

L'orientation est un facteur clé de l'insertion des jeunes dans les études supérieures. Or, il est facilement démontrable que la fidélisation des jeunes médecins dans des territoires sous-denses est plus facile lorsque ceux-ci en sont eux-mêmes originaires. Ainsi plusieurs stratégies peuvent être étudiées :



- **Interventions auprès des lycéens des zones périphériques et rurales et sensibilisation auprès de leurs enseignants sur les études de médecine.**
- **Soutien des initiatives enseignantes** pour renforcer les liens entre le secondaire et le supérieur lors de sorties scolaires dans des universités et/ou forums et soutien aux tutorats étudiants proposant de l'aide à l'orientation.
- **Aide aux néo-bacheliers** le nécessitant afin de lever les obstacles matériels, scolaires et financiers qui les empêchent d'accéder à l'entrée des études de médecine.

Les stages pendant l'externat

Ce que peuvent faire les élus locaux :

Les collectivités peuvent donc soutenir la formation et l'agrément de nouveaux maîtres de stage sur leur territoire.



- Elles peuvent, tout d'abord, **conditionner certains de leurs dispositifs de soutien** à l'installation à un engagement du médecin de devenir à court terme maître de stage ;
- Elles peuvent également **participer aux coûts associés à la formation de maître de stage** : si le coût de la formation, notamment en prenant en charge les frais de déplacement sur le site de la formation ;
- Elles peuvent, enfin, **soutenir l'organisation de formations à la maîtrise de stage délocalisées sur leur territoire**, dans le but de la rendre plus accessible.

Des déplacements dans les territoires

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- **Faciliter les conditions d'accueil et d'accompagnement** des étudiants dans ces stages pour favoriser la découverte et l'ancrage territorial.
- **Mettre en place un Hébergement Territorial des Étudiants en Santé** afin d'accueillir des étudiants, leur faire découvrir le territoire et accompagner l'installation pour favoriser l'installation des internes en médecine.



Des déplacements dans la ville universitaire

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- **Faciliter l'accès aux services de transports en commun** pour la population étudiante



Les bourses d'études

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- **Continuer la promotion du CESP**, dispositif incitatif qui a fait ses preuves mais qui n'est pas encore assez connu du grand public.
- **Les collectivités territoriales peuvent proposer des bourses de stage** (ou « indemnité de logement et de déplacement ») aux internes de médecine générale.
- **Les collectivités territoriales peuvent financer leurs propres bourses d'études parallèles ou complémentaires.**



Ce que peuvent faire les élus locaux :

- Mettre en place un **Hébergement Territorial des Étudiants en Santé** afin d'accueillir des étudiants, leur faire découvrir le territoire et accompagner l'installation pour favoriser l'installation des internes en médecine.



2. Favoriser l'installation

Faciliter l'exercice mixte et organiser la recertification

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- Participer au recensement des postes disponibles au sein des établissements de son territoire (hôpital, centre de santé, PMI, EPHAD...) et à la communication autour de cette initiative.



Aides financières à l'installation

Ce que peuvent faire les élus locaux :

- Financer des aides pour inciter les professionnels de santé à s'installer ou à se maintenir dans un territoire, à condition que celui-ci soit considéré par l'ARS comme une zone fragile (zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire).



3. Rénover l'offre de soins

Réorganiser l'offre de soins et faciliter la mise en relation entre professionnels de santé

Ce que peuvent faire les élus locaux :



- Soutenir la création d'une MSP
- Soutenir la mise en place d'un centre de santé
- **Soutenir la mise en place de CPTS** : ils peuvent contribuer au diagnostic local. Ils peuvent jouer le rôle de facilitateur ou de relais auprès des partenaires de territoire. Ils peuvent faciliter l'organisation de réunions
- **S'appuyer sur les CPTS** : certaines CPTS ont une constitution élargie, non seulement aux acteurs de santé du territoire mais également à d'autres types d'acteurs tels que les services sociaux, les habitants, ou les collectivités territoriales. Les élus locaux se voient donc parfois proposer de siéger dans les instances de gouvernance de la CPTS, ce qui peut faciliter et renforcer le partenariat avec elle.

Développer le numérique sur le territoire, notamment la télémédecine

Ce que peuvent faire les élus locaux :



- **Soutenir le développement des lieux de téléconsultation.** Il faut disposer de lieux dans lesquels les patients peuvent bénéficier d'une téléconsultation ainsi que des équipements associés. Ces lieux doivent respecter les contraintes de confidentialité qui s'appliquent à tout lieu de consultation. Les collectivités peuvent participer à la recherche de locaux adaptés. Elles peuvent contribuer à financer l'équipement de ces lieux de téléconsultation. Il faut garantir une couverture numérique satisfaisante du territoire.
- **Créer les conditions favorables au déploiement de la télémédecine** en mobilisant et en mettant en réseau les professionnels ou établissements susceptibles de s'engager dans un projet de télémédecine.

V. Ressources

[Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des Jeunes Médecins Généralistes](#), Janvier 2019

[Enquête Précarité de l'ANEMF](#), Novembre 2019

[Charte Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé de l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI](#), Décembre 2019

[Charte d'accueil de tous les étudiants en santé sur les territoires](#), Juin 2019

[Rapport Sophie Augros : Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins](#), Septembre 2019

[Document Début d'Exercice ReAGJIR](#), Décembre 2018

[Remplact 3 | Enquête nationale ReAGJIR](#), Octobre 2016

[L'enquête sur les déterminants à l'installation](#), Avril 2019

[Accès aux soins : les jeunes et futurs médecins engagés pour l'accès aux soins](#), Mars 2019

[Accès aux soins : le guide pratique pour les élus, Ministère des Solidarités et de la Santé](#), Novembre 2019

VI. Contacts des témoignages

- **Vacs chez le prat :**

Corporation des Étudiants en Médecine de Dijon : vpreprezcemd@gmail.com ;
presidence.cemd@gmail.com

- **Université du Gers : Médecine du futur : une autre idée de la campagne**

Arnaud Cabelguenne : a.cabel32@gmail.com

- **La villa des internes sur le Roannais :**

Dr Lisa Otton: amgr4269@gmail.com

- **Projet d'hébergement hôtelier pour les étudiants en santé à Morlaix**

Dr Catherine Lemoine: lemoinelestoquoy@gmail.com

- **Dispositif 400 Médecins :**

Dr Emna Boussarsar : reagjir.idf@gmail.com

- **Exercice en MSP :**

Dr Yohann Vergès : contact@reagjir.com

VII. Pour aller plus loin

• Documents de l'ANEMF :

[Accès aux soins : les étudiants en médecine s'engagent](#), Août 2018

[L'enquête sur les déterminants à l'installation](#), Avril 2019

[Accès aux soins : les jeunes et futurs médecins engagés pour l'accès aux soins](#), Mars 2019

[Enquête Précarité de l'ANEMF](#), Novembre 2019

• Articles de l'ANEMF :

[La coercition ou la fausse bonne idée](#), 24 février 2019

[Les difficultés d'accès aux soins : démêler le faux du vrai](#), 2 mars 2019

[Coercition : ce que certains députés proposent !](#), 10 mars 2019

[Tribune : Des amendements outranciers, des étudiants excédés](#), 18 mars 2019

• Documents de l'ISNAR-IMG :

[Enquête : Impact du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS](#), Janvier 2020

[Contrat d'Engagement de Service Public – Enquête 2018](#), Mars 2019

[Accessibilité des terrains de stage ruraux](#), Mars 2019

[Propositions des futurs généralistes pour un meilleur accès aux soins](#), Mars 2019

[Les souhaits d'exercice des internes de médecine générale](#), 2011

• Documents de ReAGJIR :

[Document Début d'Exercice](#), Décembre 2018

[Document Recertification](#), Septembre 2018

[Remplact 3 | Enquête nationale ReAGJIR](#), Octobre 2016

[Organisation des soins | Régulation ou liberté d'installation](#), Septembre 2016

[Document Conventionner les médecins remplaçants](#), Septembre 2015

• Articles de ReAGJIR :

[Non la coercition n'est toujours pas une solution !](#), 21 Octobre 2019

[Grand débat national | ReAGJIR fait part de sa contribution](#), 1er mars 2019

[Rapport sur le financement du système de santé](#), 29 Janvier 2019

[Le conventionnement sélectif n'est \(toujours\) pas la solution !](#), 24 Janvier 2019

[Signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins pour tous](#), 6 Février 2018

[Comment lutter contre les déserts médicaux ?](#), 21 Mars 2017



Contact presse :

Roxane HELLANDSJO-PROST : roxane.hellandsjo-prost@anemf.org - 06 50 38 64 94

Marianne CINOT : president.isnarimg@gmail.com - 06 73 07 53 01

Laure DOMINJON : president@reagjir.com - 06 42 18 40 14