



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Proposition de Loi
visant à garantir un accès aux soins égal sur
l'ensemble du territoire
présentée par M. Philippe VIGIER.

**Inefficace, incohérente, inadaptée,
dangereuse.**

Lecture critique par l'ISNAR-IMG
15 novembre 2016

286, rue Vendôme 69003 LYON
Tél. 04 78 60 01 47 / 06 73 07 53 00 - Fax : 09 57 34 13 68
contact@isnar-img.com - www.isnar-img.com

 ISNAR IMG |  @ISNARIMG

Siret 424 972 305 00025 - Code APE 912Z

Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).

Déclarée représentative des résidents en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - 1999

Membre de la FAGE - 2001 - Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux - 2003



Le système de santé français connaît un défi majeur, celui d'améliorer la qualité et l'équité de l'accès aux soins pour tous. La démographie médicale rend critique cet accès, particulièrement aux soins de premier recours, dans de plus en plus de zones du territoire.

Il s'agit d'un phénomène ancien, global, connu et qui est le fruit de décisions prises dans les dernières décennies telles que la restriction du Numerus Clausus jusqu'en 1998. Heureusement, des mesures innovantes ont été mises en place pour corriger la situation. Elles commencent à montrer leur efficacité mais ont besoin d'un peu de temps pour se déployer pleinement.

Nous avons la responsabilité de préparer un système de santé pérenne, équitable et solidaire pour les années à venir. Ne refaisons pas les erreurs de nos aînés qui n'ont pas su se projeter, voulant répondre à un problème immédiat sans penser les conséquences à moyen et long terme de la politique alors mise en place. C'est pourtant dans ce mode de réflexion passéiste que s'enferment certaines réponses. Cette proposition de Loi en est l'exemple.

La lecture critique, article par article, le démontre : cette proposition de Loi comporte exclusivement des articles inefficaces, incohérents, inadaptés voire dangereux.

SOMMAIRE

Un exposé des motifs incomplet avec un constat erroné	4
Article 1^{er}, de la sémantique intéressante mais concrètement inutile	6
Article 2, un stage d'un an en troisième année d'internat incohérent avec la réforme en cours du troisième cycle des études de médecine	6
Article 3, une régionalisation inutile des ECN	7
Article 4, travailler après l'âge de la retraite, pourquoi pas, mais pas seulement	7
Article 5, collaborateur non thésé et contractualisation des internes de Médecine Générale : inutile avec la réforme des études médicales	8
Article 6 Trois ans d'obligation d'installation en zone sous-dotée après l'internat : inefficace et dangereux !	8
Article 7, une étatisation de la régulation des installations déconnectée des réalités du terrain	9
Article 8, 9, 10 et 11, Chirurgiens-dentistes, Infirmiers, Sages-femmes, Kinésithérapeutes, tous dans le même panier	10
Article 12, forcer la révolution numérique sans l'accompagner	10
Article 13, adaptation législative	11
Article 14, une évaluation nécessaire mais oubliant les principaux intéressés	11
Article 15, financement par les fumeurs, une mesure à contre temps	11

Un exposé des motifs incomplet avec un constat erroné

Si nous partageons le constat que « *Notre système de santé est aujourd'hui confronté à un double défi : démographique et économique. Il doit s'adapter et se moderniser pour garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population* », le reste de l'exposé des motifs semble plus hasardeux. De nombreuses approximations ou erreurs rendent caduques la plupart des conclusions qui en découlent. Partant d'une analyse hâtive, la proposition de Loi semble une synthèse de mesures court-termistes, mais médiatiquement vendeuses, censées résoudre un problème structurel bien plus complexe.

Il est faux de dire qu'« *aucune mesure d'ampleur n'a été prise pour lutter contre le drame de la désertification médicale* ». En effet, plusieurs mesures innovantes et efficaces, permettant de multiples approches de ce problème global, ont été mises en place depuis une dizaine d'années. Nous reviendrons plus tard sur l'ouverture du Numerus Clausus, mais citons par exemple la mise en place des CESP¹ depuis 2011, les PTMG, PTMA et, plus récemment, les PTMR² qui devraient voir le jour avec le PLFSS³ 2017, les aides à l'installation de certains départements et celles prévues dans la nouvelle convention médicale, le recrutement de Maîtres de Stage Universitaires, l'exonération de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale, la mise en place des PAPS⁴ et des référents installation dans les ARS⁵, etc. Chacune de ces mesures doit être améliorée et évaluée. Elles sont probablement perfectibles mais il est illusoire de penser qu'il existe une solution miracle qui résoudra en quelques mois un problème qu'on a laissé se mettre en place pendant plusieurs dizaines d'années.

Ensuite, si l'exposé des motifs précise qu'il y a eu un « *resserrement du numerus clausus⁶ à partir de la fin des années soixante-dix* », il oublie de rappeler que le Numerus Clausus a presque doublé de 1998 à 2008, passant de près de 3 500 à plus de 7 000. Il était à plus de 8 000 en 2015 en comptant les places ouvertes aux passerelles selon la DREES⁷ alors que les capacités de formation, notamment en troisième cycle, sont à saturation dans de nombreuses facultés. Ne mettre en avant que l'évolution du Numerus Clausus avant 1998 c'est tronquer une grande partie de la problématique, aboutissant alors à des conclusions fausses.

« *Alors qu'il y a trente ans, un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral, ils ne sont plus qu'un sur dix à faire ce choix aujourd'hui* ». Là encore, une partie de la réalité est occultée. S'il est vrai qu'à la première inscription à l'Ordre, seuls 10 % des jeunes médecins choisissent de s'installer immédiatement, une majorité adopte un exercice libéral en tant que remplaçant. Il est également oublié que 8 ans après leur première inscription, une majorité des médecins généralistes est installée en libéral.

Autre approximation, « *Chaque année, près de 25 % des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre pour exercer d'autres professions au détriment du soin* ». Si cette phrase est un copié-collé d'une publication du CNOM⁸ datant de 2015, l'exposé des motifs occulte les raisons de cette désertion. Le manque d'attrait de l'exercice médical, particulièrement en libéral, en détourne ces étudiants. L'absence d'analyse de cette donnée entraîne une proposition désastreuse retranscrite dans l'article 6. La coercition ne fera qu'accentuer cet abandon de l'exercice médical.

Par ailleurs, on note que l'exposé des motifs confond plusieurs échelles territoriales. En effet, la démographie est analysée à l'échelle régionale. S'il est vrai qu'il existe « *des forts écarts de densité entre les régions* », il existe surtout de gros écarts entre bassins de vie. Par exemple⁹, en Aquitaine, la densité de médecins généraliste est de 141,7 pour 100 000 habitants soit plus que la moyenne nationale à 131. Or, dans cette région, le Lot-et-Garonne en compte 107,4 pour 100 000 alors qu'ils sont 153,3 pour 100 000 dans les Pyrénées-Atlantiques. Les parcours de soins de premier recours doivent se penser en bassins de population et certainement pas à l'échelle régionale.

¹ Contrat d'Engagement de Service Public

² Praticien Territorial de Médecine Générale, Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire, Praticien Territorial Médical en Remplacement

³ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

⁴ Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé

⁵ Agences Régionales de Santé

⁶ Nombre d'étudiant autorisés à poursuivre des études de médecine à l'issue de la première année commune des études de santé.

⁷ <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>

⁸ Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins.

⁹ Les données chiffrées de cet exemple sont issues de la cartographie de démographie médicale en 2016 du CNOM



L'exposé des motifs précise en outre que « *Certaines zones actuellement sous-médicalisées (...) se rapprocheraient de la moyenne, tandis que d'autres passeraient d'une sous-population médicale à une situation bien meilleure que la moyenne. D'autres régions plutôt favorisées à l'heure actuelle, verraient leur situation s'inverser.* ». N'est-ce pas là le constat que des mesures efficaces commencent à porter leurs fruits ?

C'est en tout cas contradictoire avec la conclusion tirée quelques lignes après, selon laquelle « *Les projections réalisées en matière de démographie médicale convergent donc vers un seul constat : les disparités géographiques vont en s'accroissant.* ».

Ensuite, si nous partageons l'idée qu'« *apporter une réponse ambitieuse au défi de la désertification médicale* » passe par « *renforcer l'attractivité des territoires* », envisager la revitalisation du territoire par la seule présence d'un médecin, comme dans *Le médecin de campagne* d'Honoré de Balzac publié en 1833, est une vision passéiste. L'attractivité d'un territoire est une problématique globale, passant par un réengagement de l'Etat dans l'ensemble des services publics tels que l'école, la culture ou les transports.

Autre constat que nous partageons : « *Les mesures prises jusqu'à présent sont insuffisantes pour répondre au défi majeur de l'accès équitable pour tous sur l'ensemble du territoire* ». Il est toutefois à nuancer : peu de mesures ont eu le temps de se déployer pleinement et peu d'entre elles ont été évaluées objectivement.

Autre conclusion incohérente, la réponse proposée est d'instaurer la coercition, technique qui a montré son inefficacité dans les pays où elle a été testée¹⁰.

Les mesures en place sont à améliorer, d'autres mesures sont à inventer pour inciter les jeunes médecins à s'installer dans les territoires.

L'analyse incomplète de la complexité du problème amène des solutions faciles à afficher mais dangereuses et sans efficacité. Ainsi, penser que « *Le nombre et la répartition des étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine au-delà de la première année du premier cycle doivent être déterminés avant tout en fonction des évolutions prévisibles de la démographie médicale et des besoins de santé de la population sur l'ensemble du territoire* », c'est oublier que ces deux critères sont déjà pris en compte dans la répartition du Numerus Clausus depuis 2010¹¹. Mais c'est surtout oublier que nous avons besoin avant tout de médecins bien formés pour faire face aux défis du système de santé de demain. Pour cela, il faut des capacités de formation dont des terrains de stages notamment ambulatoires. Cette dimension est déjà prévue par la Loi, à l'article L631-1 du Code de l'éducation, I, 2°.

Pour fixer des étudiants dans un territoire, il faut aussi et surtout prendre en compte le nombre de postes d'internes disponible dans chaque faculté. Augmenter le nombre de places en premier et second cycles des études médicales sans corrélation avec les capacités d'accueil en troisième cycle, c'est-à-dire avec le nombre de postes d'internes, c'est mécaniquement obliger des étudiants à quitter leur territoire de formation. L'ONDPS conclut en 2014 que « *Compte tenu du mécanisme des ECN¹² qui revient à redistribuer les internes sur le territoire, cette variante présente peu d'intérêt car les résultats ne se différencient pas de ceux du scénario tendanciel.* »¹³.

L'exposé de l'article 3 comporte un raccourci grossier. Ce n'est pas le « concours de l'internat national », disparu en 2004 et remplacé par les Epreuves Classantes Nationales, qui « *favorise le déracinement d'étudiants de leurs régions de formation* » mais l'absence de postes d'internes dans certaines subdivisions et, parfois, leur manque d'attractivité. Notons également que l'exposé s'appuie sur un sondage BVA de 2007. Est-il sérieux d'utiliser les volontés d'installation des internes d'il y a 9 ans, c'est-à-dire avant que l'ensemble de mesures permettant de faire découvrir les zones fragiles aux étudiants ne soient développées ? Une enquête de l'ISNAR-IMG de 2013¹⁴, alors que ces mesures commençaient seulement à voir le jour, montrait que 74,9 % des internes souhaitaient s'installer en zone rurale ou semi-rurale. En outre, il est insultant de considérer que « *les professionnels de santé restent peu enclins à contribuer de leur fait au rééquilibrage de la démographie médicale* ». L'engagement fort des structures représentatives des jeunes et futurs médecins dans le domaine, recherchant, proposant et assurant la promotion de solutions innovantes dans ce domaine prouve l'inverse. Il est trop facile de considérer que, parce que nous ne pouvons être partout dans toutes les zones médicalement fragiles, nous refusons de participer au rééquilibrage de la démographie médicale. Nous constatons simplement que la coercition ne fonctionne pas pour de nombreuses raisons et que d'autres solutions, incitatives, s'avèrent bien plus efficaces. Nous nous engageons pleinement dans le développement de ces dernières, nous efforçant avec rigueur de comprendre le phénomène complexe de la répartition des médecins sur le territoire.

¹⁰ Rapport ONDPS 2015 « *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens.* »

¹¹ Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Article 1, 2°

¹² Épreuves Classantes Nationales

¹³ Rapport ONDPS 2013-2014, p 57.

¹⁴ La formation des Internes de médecine générale - Novembre Décembre 2013 - <http://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/>

Nous regrettons également que les évolutions en cours et à venir de notre formation ne soient pas mieux comprises. Pour exemple, il constate que « *les internes n'ayant pas terminé leur thèse de fin d'études ne peuvent pas exercer en tant que collaborateur* ». C'est vrai.

Mais la réforme du troisième cycle des études de médecine, dont les textes sont en cours de rédaction et qui devrait entrer en application dès la rentrée prochaine, prévoit qu'il ne soit plus possible de valider son Diplôme d'Etudes Spécialisées sans avoir validé sa thèse. C'est donc une proposition inutile.

L'étude détaillée de chacun des articles de cette proposition de Loi, ci-après, confirme le ton donné par cet exposé des motifs. Un contexte insuffisamment étudié et des conclusions hâtives font de cette proposition de Loi au noble objectif un concentré de mesures inefficaces, inadaptées, incohérentes et dangereuses.

Article 1^{er}, de la sémantique intéressante mais concrètement inutile

Cet article vise à modifier le 2° du 1 de l'article L631-1 du Code de l'éducation, c'est-à-dire « *Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.* »

« *Tient compte* » serait remplacé par « *est arrêté en fonction* ». Cette modification, concrètement, n'apporte rien. Elle renforce une idée intéressante à condition que les trois aspects, besoins de la population, nécessité de remédier aux inégalités et capacités de formation, soient pris en compte.

La seconde modification introduite par cet article 1^{er} est l'ajout apparaissant en rouge dans la phrase suivante du 2° du I de l'article L631-1 du Code de l'éducation : « *Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire et l'égalité des chances des candidats.* »

Là encore, l'idée est intéressante. Remettre le patient au centre fait partie des leitmotifs de l'ISNAR-IMG mais cette modification symbolique n'apporte pas de changement concret.

Article 2, un stage d'un an en troisième année d'internat incohérent avec la réforme en cours du troisième cycle des études de médecine

Cet article propose d'ajouter à l'article L635-2 du Code de l'éducation le paragraphe suivant :

« *Au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de douze mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé ou d'un établissement de santé situés dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-1 du Code de la santé publique, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.* »

En plus d'être inapplicable et inadapté, cet article méconnaît les réformes touchant les études de médecine. En effet, alors que les réformes du premier et du second cycles viennent d'être mises en place, réaffirmant l'obligation de réaliser un stage en Médecine Générale dès le second cycle ; la réforme du troisième cycle devrait quant à elle entrer en application dès la prochaine rentrée universitaire. Elle prévoit, pour l'internat de Médecine Générale, qu'au moins la moitié des stages soit faite en ambulatoire. Pour l'ensemble des spécialités, le troisième cycle, c'est-à-dire l'internat, sera envisagé par phases d'apprentissage et la durée variable des cursus selon les spécialités font de cette imposition en troisième année une proposition absolument incohérente avec les maquettes de certaines spécialités.

La nécessité de former mieux les jeunes médecins généralistes à la pratique de la médecine ambulatoire, particulièrement en zones sous-denses, est déjà prise en compte. Mais plutôt que de mettre en place des outils allant plus loin dans la facilitation de la réalisation de stages en zone fragile, comme l'aide au recrutement de Maîtres de Stage des Universités, le développement d'aides au transport ou au logement ; le choix a été fait d'imposer une mesure irréalisable sans aucune prise en compte de l'aspect qualitatif de la formation. En effet, il n'y a pas assez de terrains de stage en zones médicalement fragiles et les impératifs de démographie ne doivent pas justifier d'envoyer des praticiens en formation dans des terrains de stage sans s'assurer que la qualité pédagogique soit au rendez-vous.

D'autre part, une installation pérenne ne peut se faire qu'avec des professionnels convaincus. Il faut respecter les projets professionnels. Plutôt que de proposer les adaptations réglementaires et légales permettant d'affecter préférentiellement les étudiants ayant un projet professionnel dans des zones médicalement fragiles dans les territoires de leur future implantation, cette proposition de Loi impose une mesure simpliste, d'affichage, déconnectée des besoins.

Article 3, une régionalisation inutile des ECN

Cet article prévoit de modifier l'article L 632-2 du Code de l'éducation.

Le premier alinéa serait implémenté de la façon suivante : « *Le troisième cycle des études médicales est ouvert, dans chaque région, à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales et, dans des conditions fixées par décret, aux médecins en exercice.* ».

Sur le même principe, ce troisième article propose de remplacer, au deuxième alinéa du même article du même code les mots « subdivision territoriale » par « région ».

Or c'est méconnaître la réalité universitaire et c'est occulter le fait que de grandes disparités existent au sein des régions. Par exemple¹⁵ en Auvergne-Rhône-Alpes, l'Auvergne compte 130 médecins généralistes pour 100 000 habitants, le Rhône-Alpes 136. La région Auvergne-Rhône-Alpes compte quatre subdivisions territoriales : Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Lyon et Grenoble.

Au sein de la subdivision territoriale de Lyon, le Rhône compte 88 médecins généralistes pour 100 000 habitants, l'Ain 64. Au sein de la subdivision territoriale de Saint-Etienne, la Loire compte 87 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la Haute Loire 81. Dans un même département, des disparités existent : en Loire, la densité médicale de Saint Etienne n'a rien à voir avec celle du Roannais. **La subdivision territoriale est une échelle de régulation plus fine, plus en lien avec la réalité, que l'échelle régionale.**

La mesure phare de cet article est la régionalisation des Epreuves Classantes Nationales. Si ce point est discutable sur le plan pédagogique, il s'avère totalement inutile sur le plan de la démographie médicale. En effet, **la création d'épreuves régionales ne permet pas de mieux répartir les internes !**

Selon un rapport de l'ONDPS¹⁶ datant de 2015, « *la régulation des différentiels d'attractivité entre régions, au niveau de la formation [...] s'opère surtout par la répartition géographique du nombre de places offertes aux étudiants, démarche fondée sur le constat que le lieu de formation a un impact déterminant sur le futur lieu d'installation. On observera que ce constat, qui est statistiquement fondé, n'apporte qu'une réponse partielle aux enjeux de répartition géographique, dans la mesure où l'implantation en région se fait prioritairement dans les villes d'implantation des facultés de médecine, et que cette régulation ne règle pas le problème des zones à faible densité de médecins qui sont souvent définies à une maille infrarégionale.* » Cette régionalisation des ECN est donc inutile.

Enfin, cet article prévoit de limiter l'installation des étudiants ayant contracté un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) aux lieux d'exercice « *Situés dans la région où a été dispensée leur formation* ». Outre l'imprécision de la formulation, la formation des deux premiers cycles et celle du troisième cycle ayant pu être dispensées dans des subdivisions différentes, restreindre la possibilité d'installation dans la zone de formation c'est rendre moins attrayant ce dispositif incitatif efficace sans pour autant répondre à la problématique de l'accès aux soins. Un CESP oblige le contractant à s'installer dans une zone médicalement fragile définie par l'Agence Régionale de Santé de la zone d'installation. Quel est l'intérêt d'obliger un étudiant ayant signé un CESP à s'installer dans sa région d'internat alors que, de toute façon, il s'installera dans un territoire où l'offre de soins fait défaut ? Le service pour lequel le contractant s'engage sera rendu quelle que soit la région où il s'installe. Les parcours de vie, notamment sur le plan familial, des jeunes médecins en fin d'études peuvent rendre nécessaires des changements de région, par exemple pour assurer une situation professionnelle au conjoint.

Article 4, travailler après l'âge de la retraite, pourquoi pas, mais pas seulement

Cet article semble intéressant, proposant une aide au maintien en activité des médecins en zone sous-dense via un abaissement de leurs charges sociales.

Nous devons néanmoins être vigilants pour savoir qui financera ces déductions de charges sociales, ce qui n'est pas précisé. Nous estimons que c'est une bonne chose de valoriser l'engagement de certains praticiens dans leur territoire.

¹⁵ Les données chiffrées de cet exemple sont issues de la [cartographie de démographie médicale en 2016 du CNOM](#)

¹⁶ Observatoire National de Démographie des Professions de Santé

Cela étant, il aurait été plus ambitieux de proposer des mesures favorisant l'exercice multi-sites et l'exercice mixte, souvent rendus impossibles par la lourdeur administrative et les charges sociales. En effet, ces modes d'exercice pourraient permettre de pallier le départ à la retraite de certains praticiens.

Article 5, collaborateur non thésé et contractualisation des internes de Médecine Générale : inutile avec la réforme des études médicales

Cet article prévoit d'insérer l'alinéa suivant à l'article L632-2 du Code de l'éducation : « *En fin de cursus, les internes de médecine générale sont autorisés à être collaborateur même en l'absence de thèse.* ».

On peut d'abord être surpris que cette disposition soit prise dans le Code de l'éducation et non dans le Code de la santé publique.

De plus, là encore, c'est méconnaître le contenu de la réforme du troisième cycle des études médicales, dont l'application est attendue pour la prochaine rentrée universitaire. Elle prévoit que la thèse soit obligatoirement soutenue avant la fin de l'internat. Cette modification est donc inutile.

En outre, ce même article 5 prévoit d'ajouter à la section 2.2 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du Code de la sécurité sociale un article 162-12-23 ainsi rédigé : « *Les internes de médecine générale cités à l'article L. 632-2 du code de l'éducation signe[nt] avec les agences régionales de santé un contrat qui prévoit des engagements individualisés portant sur le nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels, et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.* »

Les médecins libéraux conventionnés, et/ou exerçant en maison de santé labellisée par exemple, sont déjà sujets à contractualisation, notamment sur les indicateurs proposés. Ils sont incités à participer à des objectifs de santé publique notamment via la ROSP¹⁷ qui vient d'être redéfinie dans la dernière convention médicale.

En outre, la contractualisation des internes exerçant leurs fonctions d'internes n'a aucun sens du fait même de leur statut. Ils sont médecins en formation agissant sous la responsabilité d'un médecin titulaire, comme en dispose l'article R6153-2 du Code de la santé publique¹⁸ : « *L'interne est un agent public. Praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage. II. - En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil.* ».

L'interne n'a ni l'autonomie ni les responsabilités suffisantes pour pouvoir s'engager par contrat sur de telles exigences.

Article 6 Trois ans d'obligation d'installation en zone sous-dotée après l'internat : inefficace et dangereux !

Cet article prévoit qu'à compter de 2020, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral soient « *tenus de s'installer pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé aux articles L.1434-1 et suivant indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.* ».

Cette mesure coercitive, qui porte directement atteinte à la liberté d'installation, est injuste, inefficace et dangereuse.

Elle est injuste pour plusieurs raisons. D'abord, l'entrée en vigueur en 2020 impacte directement des étudiants déjà engagés voire avancés dans leur cursus universitaire. Ces étudiants se sont engagés dans des études exigeantes, longues, nécessitant de nombreux sacrifices, et ce texte voudrait en plus que les règles relatives à leurs débouchés professionnels soient modifiées alors qu'ils ne peuvent plus changer de filière.

Rappelons qu'actuellement près de 25 % des jeunes médecins n'exerceront jamais d'activité de soins ; combien seront-ils demain ?

L'injustice consiste aussi à faire porter aux jeunes générations de médecins, et à elles seules, les conséquences d'une politique de gestion de la ressource médicale inadaptée depuis des dizaines d'années.

¹⁷ Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

¹⁸ [Code de la santé publique, Article R6153-2](#)

Injuste encore parce qu'une telle mesure oublie que les étudiants en médecine participent activement à l'offre de soins pendant leurs études notamment l'internat, dans des terrains de stages dont la liste est prédéfinie, changeant tous les six mois d'affectation. Le service rendu à la collectivité est déjà effectif.

Injuste enfin parce qu'une installation représente un investissement humain et financier indéniable. Cette mesure impose des coûts pour une installation en zone non choisie.

Cette mesure est inefficace. Au vu du nombre de postes médicaux disponibles dans les hôpitaux, estimé à 10 000 par la Fédération Hospitalière de France, l'effet risque évidemment d'être une fuite des jeunes médecins vers l'exercice hospitalier, réduisant alors le nombre de médecins mobilisables pour répondre aux besoins de la population en zone médicalement fragile.

L'ONDPS, dans un rapport sur les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens publié en mars 2015, a montré que ces mesures coercitives s'avèrent contre-productives dans tous les pays où elles ont été tentées. Ajoutons que le nombre de médecins formés par an n'est pas suffisant pour couvrir rapidement l'ensemble des zones médicalement fragiles.

Enfin, cette mesure est dangereuse. Elle porte un coup fatal à l'attractivité de la filière médicale et particulièrement de l'exercice libéral. Des mesures innovantes et efficaces se mettent en place et commencent à porter leurs fruits, cette proposition ne ferait que casser la dynamique engagée. Relever les défis du système de santé de demain nécessite un engagement plein et entier des futurs professionnels. Il n'y aura pas de système de santé efficace sans professionnels motivés. Ceci est d'autant plus important dans un contexte où le monde de la santé est de plus en plus sous tension et où les burn-out se multiplient.

La réflexion de fond doit prendre en compte les transformations annoncées du système de santé de demain, ce n'est pas le cas de ce texte. Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire, y compris en ambulatoire, repenser la répartition des tâches entre professionnels de santé ou encore faciliter la multiplicité des modes d'exercice : tels sont les sujets qu'un texte ambitieux aurait abordés.

Cet article 6 prévoit que « *le non-respect du présent article donne lieu au versement, par le médecin concerné, d'une pénalité financière dont le montant est fixée par voie réglementaire.* » Encore une autre injustice : la liberté d'installation serait donc conditionnée par les moyens financiers de l'interne.

Sur tous ces aspects, cet article ne semble pas en accord avec les principes de liberté, d'égalité et de fraternité.

Article 7, une étatisation de la régulation des installations déconnectée des réalités du terrain

Cet article prévoit la création d'un nouvel article au Code de la santé publique permettant la disposition suivante : « *Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de médecins soumis aux conventions prévues à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins.* »

Lors de son installation, un médecin s'inscrit à l'Ordre et y déclare son lieu d'exercice. Il y a donc déjà une information qui est faite à l'Ordre des médecins. En outre, lorsqu'il commence une activité libérale, le médecin choisit de se conventionner ou non avec les caisses de sécurité sociale. La France a fait le choix de baser son système de santé sur le service public et la médecine libérale, qui répond à une mission de service public. Rappelons qu'on demande au médecin qui s'installe de prendre le risque de créer une entreprise de santé pour répondre à un besoin de la population et que, en soins de premier recours, les médecins font majoritairement le choix du conventionnement sans dépassements d'honoraires. L'intervention de l'État dans cette contractualisation entre un professionnel de santé libéral et les caisses d'assurance maladie s'apparente à une étatisation malsaine.

Dans le système de soins actuel, la médecine libérale est vitale. Le service public tel qu'on l'entend habituellement ne suffit pas à lui seul à répondre aux besoins en santé de la population. La médecine libérale a su se montrer innovante et flexible, s'adaptant en permanence et rapidement à la réalité du terrain. En outre, de par le conventionnement de la quasi-totalité des praticiens libéraux et la pratique, très majoritairement, des tarifs opposables de l'Assurance maladie, les médecins libéraux réalisent quotidiennement une activité de service public.

Il semble opportun de rappeler qu'entre autres raisons du manque d'attrait de la médecine libérale et de l'installation, la lourdeur administrative arrive au premier plan, que ce soit pour la création d'activité, la diversification de celle-ci ou la mise en place d'une véritable équipe de soins premiers. Cette mesure complexifie davantage l'installation et ajoute une couche au millefeuille administratif quand les jeunes médecins sont demandeurs de simplification des démarches.

On peut regretter, là encore, une vision simpliste selon laquelle il suffit d'imposer, de réglementer, d'alourdir la norme, plutôt que de simplifier la mise en œuvre de solutions innovantes pour répondre aux besoins de santé des bassins de population à l'initiative des professionnels de santé implantés dans les territoires.

L'autorisation donnée par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour une création, un transfert ou un regroupement de cabinets de médecins serait conditionnée par « *une densité maximale de médecins pour 100 000 habitants* ». Qui fixe cette limite ? Ce n'est pas précisé.

Limiter l'installation à une densité de médecins dans une région traduit une incompréhension des réalités en matière de démographie médicale.

D'abord, il faut différencier la densité en médecins de premier recours, majoritairement des spécialistes de Médecine Générale, de la densité en médecins de second ou de troisième recours, majoritairement d'autres spécialités. Ensuite, comme nous l'avons explicité plus haut, les inégalités en matière de démographie médicale sont infrarégionales. Par exemple¹⁹, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte 347,4 médecins pour 100 000 habitants dont 151,5 médecins généralistes pour une moyenne nationale respectivement à 291,9 et 131. Le Var en compte 292,1 dont 96 pour les médecins généralistes. Le Var est donc dans la moyenne concernant le nombre de médecins mais bien en dessous concernant le nombre de médecins généralistes. Toulon compte une densité de médecin généraliste de 112 pour 100 000 habitant, elle est de 37 pour Gonfaron, commune située à 40 kilomètres. En outre, ce critère basé sur une densité moyenne nationale ne prend pas en compte les spécificités des patients habitant dans certains bassins de vie et donc le besoin territorial en professionnels de santé. Une population plus âgée consomme plus de soins et nécessite plus de professionnels. Ce critère de limitation des installations semble donc inadapté et dangereux.

Pour sanctionner les médecins qui s'installeraient ou déménageraient sans l'autorisation du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, il est prévu que ce dernier puisse « *prononcer le placement du médecin concerné hors conventionnement* ».

Tout d'abord, cette convention est passée entre le médecin et les caisses d'assurance maladie. Elle ne peut être dénoncée que par une de ces deux parties. L'ingérence du Directeur de l'Agence Régionale de Santé dans ce contrat est fortement questionnable. Ensuite, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé n'a pas pouvoir de condamner et de sanctionner. Cela incombe aux tribunaux administratifs et des affaires de sécurité sociale et aux instances ordinaires. Donner à l'Agence Régionale de Santé la possibilité de contrôler, juger, sanctionner semble contradictoire avec la nécessaire séparation des pouvoirs.

Rappelons que le déconventionnement est un risque pour les patients, beaucoup moins pour les médecins. En l'état actuel de la démographie médicale, de la sur-spécialisation des médecins et des contraintes levées par un déconventionnement, exercer hors convention est parfaitement viable pour une partie des médecins. Certes, tous les médecins ne se déconventionneront pas mais dans une période de pénurie de médecins, on ne peut se permettre d'en pousser certains hors convention. D'autre part, ce qui inquiète davantage encore les futurs médecins que nous sommes, c'est l'ouverture d'un possible transfert d'un système de solidarité nationale face aux risques de santé, garanti en partie par le conventionnement des professionnels de santé, vers un système assurantiel privé. En cas de déconventionnement, ce seront les complémentaires de santé qui prendront le relais, au moins en partie, du remboursement des patients. Elles ne le feront pas à titre gracieux. Qui paiera ?

Article 8, 9, 10 et 11, Chirurgiens-dentistes, Infirmiers, Sages-femmes, Kinésithérapeutes, tous dans le même panier

Ces quatre articles visent à appliquer les mêmes dispositions prévues par l'article 7 aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers, aux sages-femmes et aux kinésithérapeutes.

Article 12, forcer la révolution numérique sans l'accompagner

Cet article prévoit que « *Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer en France la mise en place de la télémédecine* ».

Là encore, on peut regretter une mesure d'affichage. L'ISNAR-IMG défend la nécessaire participation des professionnels de santé à la révolution numérique.

¹⁹ Les données chiffrées de cet exemple sont issues de la cartographie de démographie médicale en 2016 du CNOM

Pour être efficace, cette participation doit être consentie et accompagnée. Imposer la révolution numérique sans la préciser, sans donner les moyens aux professionnels de l'accompagner et de se l'approprier est voué à l'échec.

Il aurait été plus adapté et efficace de prévoir que la formation médicale initiale et continue comporte une ouverture aux nouvelles techniques informatiques et connectées en santé. Un meilleur travail de fond aurait permis de proposer des moyens de financement des infrastructures nécessaires au développement de la télémédecine, comme, par exemple, le développement du haut débit sur tout le territoire.

Article 13, adaptation législative

Cet article ne fait qu'adapter le Code de la santé publique aux dispositions prises par les articles 7 à 11 et n'amène pas de commentaires particuliers.

Article 14, une évaluation nécessaire mais oubliant les principaux intéressés

Cet article prévoit la réunion d'un comité d'évaluation dans les deux ans après la mise en application de la proposition de Loi.

A l'instar de ce que nous demandons dans notre formation, toute mesure d'évaluation, dans le cadre d'une démarche qualité, est bienvenue. Mais une évaluation qui écarte d'office les principaux concernés par cette proposition de Loi, à savoir les patients et les jeunes et futurs médecins, est vouée à l'échec.

Aussi, vouloir évaluer à un ou deux ans des dispositions affectant la formation des médecins (d'une durée, pour rappel, de 9 à 12 ans), ou l'installation, avec notamment des mesures coercitives sur trois ans, est une aberration.

Cela semble traduire les objectifs court-termistes de cette proposition de Loi.

Article 15, financement par les fumeurs, une mesure à contre temps

Cet Article prévoit que *« Les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour l'État sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. La perte de recettes et les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la majoration des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »*

Ce sera donc aux consommateurs de tabac de financer des mesures visant à améliorer la qualité de l'accès aux soins pour tous. Idéologiquement, cette proposition pose question. En effet, pour nous, professionnels de santé, les patients consommateurs de tabac restent victimes d'une addiction dont il faut les aider à sortir. Symboliquement, leur faire payer l'absence d'anticipation des pouvoirs publics en termes de maillage territorial de l'offre de soins interroge. Aussi et surtout, on pourrait penser que l'objectif de santé publique responsable et devant être partagé par les professionnels de santé et les pouvoirs publics est la réduction drastique de la consommation de tabac en France. Une diminution de la consommation entraînant mécaniquement une baisse des recettes dues aux articles 575 et 575A, cet article propose donc le financement d'une réforme par une taxe dont ne peut qu'espérer voir diminuer les recettes.