

# Séguir de la Santé

Pour une reconnaissance  
de la pluralité  
des parcours  
des médecins généralistes  
dès la formation



# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>		
<b>I - Redonner l'attrait au libéral</b>	<b>1</b>		
		<b>1 - Diagnostic : la réalité de la démographie médicale</b>	<b>1</b>
		<b>2 - Penser l'ambulatoire dès la formation</b>	<b>2</b>
		Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)	<b>2</b>
		Un nombre de Maîtres de Stages des Universités (MSU) encore insuffisant	<b>3</b>
		La réforme du troisième cycle : une avancée pour plus de stage ambulatoire	<b>4</b>
		Les Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé (HTES)	<b>5</b>
		<b>3 - Former à la gestion du cabinet et construire l'installation via le guichet unique</b>	<b>6</b>
<b>II - Une spécialité comme les autres</b>	<b>7</b>		
		<b>1 - Diagnostic : manque d'enseignant universitaire</b>	<b>7</b>
		<b>2 - Développer l'accès à la FUMG</b>	<b>8</b>
		<b>3 - Développer la recherche en soins primaires sur le territoire</b>	<b>8</b>
<b>III - Ouverture vers l'exercice mixte ou hospitalier – Un projet professionnel au-delà de l'ambulatoire</b>	<b>9</b>		
		<b>1 - Diagnostic : des souhaits d'installation aussi tournés vers d'autres types d'exercice</b>	<b>9</b>
		<b>2 - Formation et promotion d'un exercice différent</b>	<b>9</b>
		<b>3 - L'exercice mixte, entre ambulatoire et hospitalier</b>	<b>10</b>
	<b>10</b>	<b>Résumé des revendications de l'ISNAR-IMG</b>	
	<b>11</b>	<b>Sources</b>	

# Glossaire

- ARS** Agence Régionale de Santé
- CESP** Contrat d'Engagement de Service Public
- CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- CDOM** Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CNOM** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CNG** Centre National de Gestion
- CNGE** Collège National des Généralistes Enseignants
- CPAM** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DES** Diplôme d'Études Spécialisées
- DMG** Département de Médecine Générale
- DRESS** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- FUMG** Filière Universitaire de Médecine Générale
- FST** Formation Spécialisée Transversale
- HTES** Hébergement Territoriaux des Étudiants en Santé
- HPST** Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- PAPS** Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé
- PARC** Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique
- PHRS** Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique
- SASPAS** Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée
- URPS** Union Régionale des Professionnels de Santé
- WONCA** World Organisation of Family Doctors

# Introduction

La médecine évolue et les carrières des médecins avec. De la formation à la pratique, les parcours doivent évoluer pour permettre les souhaits d'exercice de chacun. Comme dans de nombreux secteurs, la gestion des carrières se pense différemment en fonction des étapes de sa vie, avec des possibilités de changement et d'évolution au fil du temps.

À la fois praticiens et étudiants, les internes doivent se former et construire leur exercice futur. Si la maquette de Médecine Générale en trois ans est bien établie dans les textes réglementaires, la construction du projet professionnel est, quant à elle, encore jonchée d'incertitudes. Elle est pourtant au cœur des préoccupations des jeunes médecins, avec en arrière fond les difficultés que connaît le système de santé, notamment en terme d'accès aux soins pour la population générale. La formation initiale a une place toute trouvée pour promouvoir et permettre la construction des projets professionnels, et l'accompagnement des futurs professionnels doit se poursuivre après l'internat jusqu'à leur concrétisation.

Bien qu'historiquement principalement exercée en ambulatoire, les atouts de la Médecine Générale doivent être mis en avant et laisser de la place à tous les types d'exercices possibles, afin de lui donner sa place de spécialité à part entière dans notre système de soin.

## I - Redonner de l'attrait au libéral

### 1 - Diagnostic : la réalité de la démographie médicale

Selon un rapport de la DREES de mai 2017, 84% de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste, et 98% de la population réside à moins de dix minutes de trajet d'un cabinet de Médecine Générale. En 2009, la répartition des généralistes par rapport à la population totale classait la profession au troisième rang des services les plus accessibles. Toujours selon la DREES, un patient sur deux obtient un rendez-vous dans les deux jours chez un médecin généraliste, dont un sur quatre dans la journée même. Cependant, c'est un fait : la demande de soins augmente plus rapidement que le nombre de médecins disponibles. Les projections démographiques sont claires : la population a augmenté de plus de 10 % en vingt ans, et la part des plus de soixante ans approchera les 30 % en 2030. Le vieillissement et l'accroissement de la population, et par là même, l'augmentation des pathologies chroniques en son sein, sont des constats bien connus. La DREES annonce cependant que l'offre de soins devrait ré-augmenter progressivement à partir de 2025.

D'après "L'Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecin" de 2018, le tableau de l'Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution de 7% des effectifs de médecins généralistes depuis 2010, et une diminution de 0,4% depuis 2017.

Toujours d'après l'enquête de la DRESS, concernant les différents lieux d'installation des professionnels de santé en 2009, 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux entre les bassins de vie («cantons-ou-villes») s'observent entre les bassins de vie intrarégionaux, et seulement 10% des inégalités sont entre les régions.

Cette étude montre donc qu'à l'échelle des bassins de vie, les pharmacies et les médecins généralistes libéraux sont relativement bien répartis sur le territoire français, car ils se situent là où se trouve la population. Ils sont mieux distribués que la plupart des "équipements et autres services de proximité" recensés dans la "Base permanente des équipements" de la DRESS.

Fort de ce diagnostic, il nous semble désormais essentiel de proposer des solutions pour favoriser l'installation des internes de Médecine Générale à l'issue de leur formation. Mais les projets tournés vers l'ambulatorie ne pourront voir le jour que si l'ensemble de la formation des étudiants en médecine prend un réel virage ambulatorie, que cela soit dans le domaine de l'offre de stage, de l'enseignement théorique ou encore de la recherche. De plus, une aide à l'installation doit se développer afin de faciliter les démarches de concrétisation des projets professionnels ambulatoires.

## 2 - Penser l'ambulatorie dès la formation

### a. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

L'une des propositions pour aider à solutionner la problématique de la démographie médicale fut la création par la loi HPST en 2009 du CESP. Dispositif incitatif à l'installation, cette aide financière et logistique proposée aux étudiants en médecine (initialement dès le premier cycle), l'est en échange d'un engagement d'installation dans les zones sous-denses. Lors d'un premier bilan du CNG en 2015 sur le dispositif, il y est conclu que *"en raison du décalage entre le niveau d'étude des candidats à l'entrée dans le dispositif CESP et les installations des jeunes praticiens, aucun enseignement ne peut être encore tiré des données collectées"*.

Parallèlement, une étude commune entre l'ISNAR-IMG et l'ANEMF sur le CESP a montré que 29,2% des contrats étaient signés lors du troisième cycle. Chez les internes, l'absence de référent au sein des ARS y était très marquée (81,2%). **La continuité de l'accompagnement semble donc n'avoir été que rarement assurée, ce qui est d'autant plus dommageable pour un dispositif censé apporter une aide à la fois financière et logistique.**

Près d'un signataire sur deux déclarait que le fléchage de leur parcours de formation en fonction de leur projet professionnel n'avait "pas du tout" été réalisé, un sur cinq "en partie" seulement, et à peine 3% "en totalité", alors qu'il s'agit pourtant pour les praticiens en formation d'une opportunité de découvrir leur futur territoire d'exercice et de constituer leur réseau.

Il est important de noter que la cartographie régionale des zones éligibles évolue souvent entre le moment de la signature du contrat et l'installation. Or il semblerait que dans une grande part des cas, les signatures des contrats aient été réalisées à partir de cartographies non actualisées. Les répondants déclaraient pour 67,3% un souhait d'installation, ou une installation effectuée, immédiat ou dans l'année suivant la fin de leur formation, respectant ainsi la clause d'exercice immédiat définie dans les textes réglementaires.

La disposition réglementaire prise dans le décret du 17 mars 2020, permet une actualisation des zonages tous les trois ans et donc de ne pas léser un interne qui aurait signé un CESP en début d'internat et qui verrait sa zone d'installation souhaitée ne plus être éligible au dispositif. Nous pouvons saluer ce premier pas, mais les effets de cet assouplissement doivent maintenant être évalués et les règles d'applications adaptées le cas échéant. Pouvoir sécuriser le zonage et les lieux d'installation éligibles au CESP est un prérequis indispensable pour l'efficacité du dispositif et son attractivité.

Nous pensons également qu'il est important d'**introduire une notion de flexibilité dans la cartographie des ARS concernant les zones sous-denses limitrophes, afin de ne pas mettre en péril le projet professionnel d'un interne signataire** d'un CESP dont l'installation est prévue sur une zone qui ne serait plus répertoriée comme sous dense au moment de son installation.

Depuis l'enquête, les textes réglementaires ont intégré l'obligation d'un suivi annuel des étudiants par un référent de l'ARS. Nous félicitons cette volonté d'amélioration du dispositif, dont il conviendra de vérifier la mise en application. Cependant, la modalité des "rencontres" reste à préciser. Nous sommes favorables à ce que les rencontres physiques soient préférées.

Depuis la loi du 24 Juillet 2019, la signature d'un CESP n'est plus possible pour les étudiants de premier cycle. **Cette disposition est dommageable pour les étudiants qui se projettent dans un exercice précis précocement, ainsi que pour les profils de reconversion. Il conviendra de prendre une disposition législative rapidement pour pallier ce manque.**

## **b. Un nombre de Maîtres de Stages des Universités (MSU) encore insuffisant**

Parce que la création d'un projet professionnel en Médecine Générale, préambule à toute réponse concernant la problématique de démographie médicale, ne peut naître sans découverte du milieu ambulatoire dans la formation initiale, il est essentiel de favoriser et multiplier l'offre de stages en ce sens.

Le fléchage des terrains de stages au cours de la formation est encore rare pendant l'internat de Médecine Générale, voire quasi inexistant au cours du deuxième cycle. Pour cela, des maîtres de stage des universités doivent être présents dans ces zones. Nous saluons l'augmentation de 13,7 % en 2018 du nombre de MSU sur les dernières années. Toutefois, force est de constater que cela n'est toujours pas suffisant pour permettre un accueil de tous les étudiants en médecine, et ce, dès le deuxième cycle des études. Et ce n'est pas par manque de volonté de la part des jeunes médecins généralistes, puisque 71% d'entre eux souhaitent devenir MSU.

**Aussi, nous réaffirmons la nécessité d'un recrutement suffisant de maîtres de stages des universités pour permettre l'application de la maquette en vigueur dans toutes les subdivisions, l'accès à un stage de Médecine Générale pour tous les étudiants en deuxième cycle et la réponse des jeunes médecins généralistes à promouvoir leur discipline.**

Il y a un véritable enjeu de découverte et de promotion précoce de l'exercice de la Médecine Générale en ambulatoire à travers l'accueil des étudiants, et l'un des leviers pour le renforcer serait de faciliter les prérequis pour l'accueil des étudiants de deuxième cycle auprès, notamment, des jeunes médecins installés. À l'heure actuelle, un médecin doit avoir un an d'installation pour devenir MSU. **Nous sommes en faveur de l'absence de délai minimum d'années d'installation pour l'accueil d'un étudiant en deuxième cycle** en stage.

Cependant, il ne faut pas négliger l'importance d'une expérience de la pratique et de connaissance de sa patientèle pour permettre un accueil optimal d'un étudiant de troisième cycle, dont les objectifs de formation ne sont pas les mêmes. C'est pourquoi, il est nécessaire de garder un prérequis minimum d'activité pour l'accueil et l'encadrement des internes pendant leurs stages en cabinet de médecine ambulatoire.

**Nous demandons donc que les MSU aient exercés pendant au moins trois ans, en plus d'une installation d'un an minimum actuellement prévue dans les textes pour pouvoir accueillir un interne.**

## c. La réforme du troisième cycle : une avancée pour plus de stage ambulatoire

Une étude menée par l'ISNAR-IMG concernant l'impact du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes, révèle que **le lieu, la rapidité et le type d'installation sont statistiquement corrélés au nombre de stages ambulatoires au cours du troisième cycle des études, ainsi que leur modalité de réalisation** (zone rurale, exercice libéral, etc).

Dans cette même enquête, une nette augmentation du taux de projet d'installation dans les trois ans chez les internes ou jeunes diplômés non thésés qui ont réalisé au moins trois stages ambulatoires se constatent : près de 90% d'entre eux envisagent de s'installer contre seulement 69% de ceux n'en ayant réalisé qu'un seul.

**Ainsi, nous demandons la mise en place de moyens suffisants pour garantir l'accès à des stages ambulatoires de qualité sur l'ensemble du territoire, aussi bien dans un souci de pédagogie pour favoriser l'installation que pour diminuer son délai.**

Le fait de côtoyer l'exercice ambulatoire au cours de sa formation initiale est un atout majeur pour lever certaines idées préconçues et certaines peurs le concernant. Mais cela ne suffit pas à construire et se projeter dans son projet professionnel. Les affinités et souhaits pour sa pratique future se façonnent tout au long de l'internat. La nouvelle maquette du troisième cycle ne laisse plus beaucoup de place à la construction et l'approfondissement du projet professionnel du fait d'une maquette plus rigide, avec des stages imposés.

C'est en ce sens que **nous défendons le retour d'un stage libre dans la maquette du DES de Médecine Générale.**

Les premier et deuxième cycles des études médicales sont réalisés dans des grandes villes universitaires, or ces années coïncident avec la construction d'un projet de vie. Toutefois, au cours du troisième cycle, il est intéressant, voire indispensable, de donner les moyens de découvrir la région où nous allons exercer. Les villes universitaires se trouvent parfois à plusieurs dizaines, voire centaines de kilomètres de lieux de stages ambulatoire. A l'instar des problèmes de démographies médicales, la désertification globale des territoires reculés et le manque de services publics sont un frein à la réalisation de ces stages.

Pour donner l'impulsion vers les stages les plus reculés, il existe à l'heure actuelle certains dispositifs incitatifs comme l'indemnité forfaitaire d'hébergement actuellement à hauteur de 200€ par mois pour les internes effectuant un stage ambulatoire à plus de 30 kilomètres de leur CHU de rattachement et de leur lieu d'habitation. À la suite des grèves d'internes fin 2019, le gouvernement s'était engagé à revaloriser cette indemnité et d'en élargir les conditions d'éligibilité pour les internes en stage ambulatoire.

Si cette indemnité est un premier geste d'accompagnement pour la découverte des territoires, elle n'est pas encore à la hauteur de l'enjeu, ne couvrant pas l'ensemble des frais engagés par les internes, alors qu'ils varient beaucoup d'un territoire à l'autre du fait des répartitions géographiques des lieux de stages. Il reste donc à se donner les moyens d'accompagner correctement les étudiants dans la découverte des milieux extra urbains, au cours du deuxième et du troisième cycles, en rehaussant les montants des indemnités, mais également en proposant des aides financières ou des avantages en nature, pour le logement et l'accueil des étudiants.

## d. Les Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé (HTES)

Du fait de la centralisation des études médicales dans les CHU, la Médecine Générale et son exercice principal - ambulatoire - sont encore trop peu connus des futurs médecins. L'inclusion dans la formation des étudiants de deuxième cycle depuis 2014 d'un stage ambulatoire a été un premier pas vers cette découverte, et elle permet également d'appréhender l'organisation des soins sur un territoire, de même l'obligation du SASPAS dans la maquette du D.E.S de Médecine Générale abonde dans ce sens.

Cependant, la découverte des territoires sous-dotés, est parfois réfrénée par l'absence d'hébergements ou de mécanismes d'indemnisation compensant les nombreux trajets de ces étudiants, dont le salaire seul est souvent limitant pour faire face à de telles charges.

Aussi, une aide logistique pour trouver un logement à une trentaine de minutes pour chaque interne en stage en milieu rural est une solution pérenne pour développer l'attractivité de ces territoires. Ceci passe notamment par un recensement des logements disponibles, par exemple auprès du département. C'est dans cet optique que nous avons produit en 2018, avec d'autres représentants de jeunes et futurs médecins, une charte sur les Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé, intégrée ensuite à la "Charte pour l'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires". Ces dispositifs sont des lieux de vie permettant un brassage interprofessionnel entre étudiants de différentes filières. Leur généralisation dans les territoires serait un excellent levier pour les promouvoir, via la construction de son réseau interprofessionnel.

C'est pourquoi il est primordial de créer et généraliser les HTES sur l'ensemble du territoire et à terme de les recenser, d'autant que les ressources à mettre en jeu sont mutualisables et que les résultats participent au rayonnement à l'échelle d'un territoire.



### 3 - Former à la gestion du cabinet et construire l'installation via le guichet unique

D'après notre enquête en 2013, en neuf ans d'études, environ un tiers des internes estimaient une absence de formation sur des sujets essentiels : 39,7% concernant la création de cabinet ; 34,1% concernant la gestion d'un cabinet ; 30,7% sur la fiscalité du médecin et 27,1% quant aux institutions.

En effet, notre formation est encore beaucoup trop hospitalo-centrée. Sur neuf ans, après un stage de quelques semaines en ambulatoire en deuxième cycle, puis deux stages de six mois sur les trois années de notre internat, nous découvrons en fin de cursus seulement, les conditions de notre exercice futur. Comme pour le reste des connaissances qui nous sont nécessaires pour exercer notre métier, l'acquisition d'une base de gestion, administration et de comptabilité devrait être obligatoire lors de notre formation initiale. Ce manque de formation se traduit par une appréhension non négligeable de l'installation et rends la succession des démarches longue et complexe.

À ces problèmes de formation s'ajoutent les contraintes administratives à l'installation. Leur nombre important sont également souvent source d'appréhension.

C'est pourquoi, **nous proposons la mise en place d'un dispositif permettant à l'interne de faciliter son parcours dans notre système administratif complexe nommé "guichet unique"**. En effet, la première étape est de fournir aux futurs installés une visibilité sur les possibilités qui s'offrent à eux et sur les services qui leur sont accessibles.

En tant que jeunes médecins, il serait un atout majeur et grandement facilitateur de disposer d'un référent et d'une centralisation de l'ensemble des informations et démarches à accomplir en vue d'une installation, mais également un accompagnement et une construction des projets en mettant en avant les aides existantes et les autres projets des professionnels de santé sur le territoire.

Ce dispositif serait pensé pour accueillir, accompagner et orienter le jeune professionnel. Rappelons qu'en 2011, 95.2% des internes de Médecine Générale déclarent ne pas connaître les dispositifs d'aide à l'installation mis en place. Il est nécessaire d'optimiser la visibilité de ces dispositifs qui seront à l'origine de la réalisation des nombreux projets des jeunes généralistes. Nous pouvons saluer la création du **Contrat de Début d'Exercice**, proposé dans le rapport de Sophie AUGROS, qui permettra d'augmenter la visibilité du dispositif d'aide. Il prévoit également un accompagnement à la création et à la gestion du cabinet, disposition foncièrement manquante actuellement pour les jeunes médecins. **Il sera nécessaire de concrétiser ce dispositif rapidement.**

**Il est aussi nécessaire de fournir au jeune professionnel un interlocuteur unique efficient.** Il s'agirait d'une personne référente qui orienterait les internes et jeunes médecins dans leurs projets et les accompagnerait jusqu'à leur installation, au moyen d'un suivi humain personnalisé. Des interlocuteurs existent aujourd'hui au sein des ARS mais ils sont insuffisamment connus et promus.

Nous pouvons nous inspirer de modèles existants comme celui qui vient d'ouvrir dans l'Eure : il s'agit d'un lieu regroupant l'ensemble des acteurs nécessaires à la réalisation des démarches indispensables pour un jeune médecin voulant s'installer (ARS, CPAM, URPS, CDOM, collectivité, finances publiques, etc).

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

## II - Une spécialité à part entière

La médecine générale a été définie par la WONCA (World Organisation of Family Doctors) comme « *une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ».

Elle repose donc sur les trois éléments constitutifs de l'Evidence-Based Medicine (EBM): les données scientifiques validées, une approche clinique ambulatoire et l'évolution du patient dans son environnement de vie. Comme toute discipline médicale, la Médecine Générale se développe autour de **trois dimensions que sont les soins, l'enseignement et la recherche**.

La réforme de 1958 avec les ordonnances Debré, a donné au CHU une place centrale dans le système de santé. Elle a entraîné une scission entre l'hôpital universitaire et la médecine de ville et a eu pour conséquence un retard considérable pour la recherche en soins primaires. Ce retard s'explique par plusieurs raisons : le manque de moyens financiers alloués, le manque de structures dédiées, le manque de visibilité de la filière et le manque de titularisation d'enseignants universitaires au fil des années.

Pourtant la recherche en soins primaires est indispensable. La prise en charge en contexte de soins primaires sera nécessairement différente de celle réalisée dans un centre hospitalier universitaire car les patients et leurs pathologies ne sont pas les mêmes. Le modèle proposé, qui perdure encore aujourd'hui malgré des avancées et des évolutions qui sont à noter, se prive d'une partie de la population. La formation quasi exclusivement hospitalière des étudiants en médecine porte donc sur une partie très réduite des problèmes de santé de la population.

Il paraît donc foncièrement nécessaire de donner les moyens financiers et humains suffisants pour mener ces recherches et accompagner les jeunes et futurs médecins généralistes intéressés.

### 1 - Diagnostic : un manque d'enseignant universitaire

Depuis sa reconnaissance comme DES en 2004, quarante-huit professeurs universitaires titulaires et trente cinq maîtres de conférences des universités titulaires de notre spécialité ont été nommés.

Le ratio enseignant à temps plein par internes est de 1/80, et si on note une augmentation de 7,5% des effectifs entre 2018 et 2019, on déplore une différence bien trop importante par rapport aux autres spécialités. En effet, ce ratio s'élève pour la plupart des autres spécialités à plus de 1/10.

Cette différence met en lumière une inégalité majeure et crée un frein au développement de l'enseignement et de la recherche en médecine générale et donc à l'attractivité de cette filière indispensable dans le contexte démographique médical actuel.

## 2 - Développer l'accès à la FUMG

Face au constat d'un nécessaire développement de la FUMG, il est indispensable de parier sur l'avenir et donc sur les jeunes et futurs médecins.

La recherche en médecine et en soins primaires plus particulièrement est encore trop méconnue des étudiants. Il est difficile de débiter un parcours de recherche en troisième cycle. Certains étudiants le font mais il s'agit d'un parcours compliqué, demandant beaucoup d'investissement et pouvant impacter directement la formation de la spécialité. Il nous semble indispensable de poursuivre les réflexions dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales pour permettre aux étudiants qui le souhaitent de débiter un cursus de recherche (voire des doubles cursus) dans de bonnes conditions.

Concernant le troisième cycle, il existe un enjeu important dans la mise en avant de la FUMG et des opportunités professionnelles qu'elle apporte.

Trop d'étudiants arrivent en troisième cycle sans savoir comment s'inscrire dans un tel cursus. Un exercice basé sur la pratique en cabinet et une part de recherche en soin primaire peut rester flou pour les internes tant sur le plan des moyens nécessaires et des objectifs de cette recherche.

Comme ça a pu être développé plus haut, un recrutement doit s'opérer pour accompagner les futurs chercheurs dans la construction de leurs projets.

Une politique doit être insufflée également auprès des universités, pour permettre aux internes de Médecine Générale de pouvoir candidater au dispositif année-recherche et à terme être reçu.

On note un phénomène de sous candidature (en comparaison au nombre de candidature d'internes d'autres spécialités et des effectifs) qui s'expliquent par les deux points développés plus haut.

**Nous demandons donc un plan de nomination d'enseignants-universitaires de Médecine Générale rapide et d'ampleur pour développer la recherche en soins primaires et accompagner la jeune génération dans cette voie.**

## 3 - Développer la recherche en soins primaires sur le territoire

Le virage ambulatoire qui a été initié ces dernières années doit s'accompagner d'une réelle avancée en ce qui concerne la recherche dans ce domaine. Nous reprenons l'exemple du carré de White, les données actuelles de la science en France sont obtenues en majorité sur des modèles CHU-centrés avec des recrutements hyper-spécialisés.

Pour cela, nous souhaitons voir se développer des programmes de recherches adaptés aux soins primaires, par exemple en développant des Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique (PARC) en complément des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC). Pour voir le jour, ces PARC devront nécessairement bénéficier de crédits MERRI dédiés.

Ceux-ci pourront notamment être fléchés vers des structures universitaires ambulatoires à promouvoir telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles Universitaires, dans lesquelles exerceraient des chercheurs en soins primaires issus des différentes filières impliquées, pour porter ces programmes de recherche adaptés à la population rencontrée en soins primaires.

Ce n'est qu'en effectuant un virage ambulatoire adapté, en sortant d'une vision guidée par le prisme du CHU, que la recherche pourra s'élargir et s'ouvrir à la population générale, dans le domaine de la prévention mais aussi dans celui de l'accompagnement, de la qualité de vie, de la coordination, etc. En ce sens, la loi de programmation pluriannuelle de la Recherche est clairement décevante et montre une fois encore que la recherche en médecine de ville est la grande oubliée des réflexions, imposant une nouvelle fois une vision hospitalo-centrée à la recherche médicale en la déléguant uniquement au CHU.

**L'Université doit pouvoir rester le centre de référence de la recherche, que celle-ci soit ambulatoire ou hospitalière, afin de conserver ses fonctions initiales d'enseignement et de recherche.**

# III - Ouverture vers l'exercice mixte ou hospitalier – Un projet professionnel au-delà de l'ambulatorio

## 1 - Diagnostic : des souhaits d'installation aussi tournés vers d'autres types d'exercice

Bien que la médecine générale soit une spécialité particulièrement tournée vers l'ambulatorio, il n'est pas possible aujourd'hui de nier sa place persistante dans le paysage hospitalier. Discipline polyvalente, mettant en lien des compétences variées, la Médecine Générale permet de s'adapter à différents modes et lieux d'exercice et d'y trouver sa voie.

Une enquête que nous avons menée en 2011 montrait que 13,4% des internes de Médecine Générale souhaitaient avoir un exercice hospitalier. Lors d'une enquête récente menée dans le cadre de la "Commission jeunes médecins" du CNOM, on retrouvait qu'un interne sur cinq envisageait un exercice salarié.

L'Atlas 2018 du CNOM décrit quant à lui que 62% des nouveaux inscrits le sont en exercice salarié, et 12% directement en libéral. Une discordance entre les projets et les souhaits d'installation décrits s'y retrouve, et l'on note également que l'exercice libéral peut perdre en attractivité au profit de l'exercice salarié.

## 2 - Formation et promotion d'un exercice différent

Actuellement, un pan de la Médecine Générale se développe et certains internes construisent leurs projets professionnels dans un milieu hospitalier. Les services de médecine polyvalente semblent majoritairement gérés par des médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier. Ces services, selon les données fournies par des représentants de la médecine polyvalente, prennent en charge en grande partie des patients âgés polypathologiques. La polypathologie, de par sa complexité et sa spécificité de prise en charge, requiert des connaissances et des compétences singulières, comprises dans le spectre du vaste éventail des compétences du médecin généraliste.

**Aussi, de par son approche globale du patient, les médecins généralistes sont tout à fait légitimes, au même titre que d'autres praticiens (internistes par exemple) pour s'occuper de patients relevant de la médecine polyvalente.** Bien conscients des spécificités de ces prises en charge hospitalières et de ses différences avec l'exercice de la Médecine Générale de ville, il nous semble cohérent de reconnaître aux médecins exerçant en service de médecine polyvalente leurs spécificités et leur expertise, comme c'est déjà le cas pour les autres spécialités. **La création d'une FST de médecine polyvalente est donc aujourd'hui une nécessité.**

Elle permettra l'ouverture d'une formation spécifique, adaptée aux compétences requises dans ce domaine. De plus, cette FST offrirait une voie reconnue pour les internes de médecine générale souhaitant exercer en milieu hospitalier, ou souhaitant s'orienter vers un exercice mixte, partagé entre la ville et l'hôpital. **Ainsi, nous soutenons l'ouverture d'une FST de médecine polyvalente qui soit accessible aux internes de Médecine Générale comme à ceux des autres DES intéressés.** Sa mise en place, dont le caractère indispensable avait déjà été souligné dans le rapport de Thomas MESNIER, doit être concrétisée rapidement.

## 3 - L'exercice mixte, entre ambulatoire et hospitalier

L'exercice mixte est de plus en plus envisagé par les jeunes et futurs médecins. Ce paradigme permet de trouver un entre-deux entre une pratique ambulatoire et une pratique hospitalière. Plébiscité, **il conviendra de développer l'exercice mixte dès la formation en proposant des stages mixtes de Médecine Générale, en santé de la femme et en santé de l'enfant.** Ce type d'exercice sera à l'origine d'une nouvelle dynamique dans les territoires et pourrait permettre d'améliorer l'accès aux soins. A l'image du plan "400 Médecins", il faudra aller plus loin et continuer à proposer ce genre d'offre professionnelle.

### Résumé des revendications de l'ISNAR-IMG

- 1 Flexibilité dans la cartographie des ARS concernant les zones sous-denses limitrophes
- 2 Signature du CESP dès la deuxième année des études médicales
- 3 Recrutement suffisant de maîtres de stages des universités pour permettre l'application de la maquette en vigueur dans toutes les subdivisions et l'accès à un stage de Médecine Générale pour tous les étudiants en deuxième cycle.
- 4 Absence de délai minimum d'installation pour l'accueil d'un étudiant de deuxième cycle en stage
- 5 Délai minimum de trois ans d'exercice pour les MSU, en plus d'une installation d'un an minimum actuellement prévue dans les textes, pour l'accueil des étudiants de troisième cycle
- 6 Accès à des stages ambulatoires de qualité pendant l'internat sur l'ensemble du territoire
- 7 Retour d'un stage libre dans la maquette du DES de Médecine Générale.
- 8 Revalorisation des aides financières pour l'accès à des terrains de stage éloignés dès le deuxième cycle et valoriser la découverte de tous les territoires
- 9 Généralisation des hébergements territoriaux des étudiants en santé
- 10 Adaptation de la formation initiale et apprentissage de la gestion du cabinet
- 11 Accompagnement à l'installation avec le développement des guichets uniques
- 12 Généralisation du contrat de début d'exercice
- 13 Mise en avant des PAPS par les ARS
- 14 Développement de la filière universitaire de Médecine Générale et recrutement d'enseignants universitaires
- 15 Développement de la recherche en soins primaires
- 16 Création de la FST de médecine polyvalente
- 17 Promotion de l'exercice mixte

# Sources

Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? - Enquête de la DRESS de mai 2017

Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2018 - Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Localisation des professionnels de santé libéraux - Enquête de la DRESS 2009

Le principe du CESP - Site du Ministère de la Santé dernière mise à jour en septembre 2019

Décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public prévu à l'article L. 632-6 du code de l'éducation

Bilan de la mise en place des contrats d'engagement de service public de 2010-2011 à 2014-2015 - Enquête du CNG Février 2016

Données sur les contrats d'engagement de service public 2010/2011 à 2016/2017 - Enquête du CNG de 2018

Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR-IMG - Mai 2019

Communiqué de presse SNEMG concernant le nombre de MSU - Avril 2019

Article R6153-46 du Code de la Santé Publique, Légifrance

Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes - Janvier 2020

Arrêté du 3 juillet 2018 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle

Charte des Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé (HTES) - 2018

Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale - 2013

Communiqué de presse SNEMG à propos du ratio enseignant/étudiant - novembre 2019

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale - 2010-2011

Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés - Avril 2019

Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine - Exercer Novembre 2005