

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

Contribution écrite de l'ISNAR-IMG

15 novembre 2016



Des mesures inefficaces et dangereuses

L'article 1 prévoit 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* ».

Or, il s'agit déjà d'une des missions¹ de l'ONDPS², à savoir :

- *Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationale relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins ;*
- *Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision*

Cet article n'apporte donc **aucun changement par rapport au système déjà existant**.

Il est important de préciser que le numerus clausus doit également prendre en compte les capacités de formation de chaque faculté. Par ailleurs, les capacités de formation ne se limitent pas aux places dans les amphithéâtres : elles doivent prendre en compte par exemple les capacités d'accueil en stage pour les étudiants en second cycle et pour les internes.

L'article 2 témoigne d'un manque de prise en compte de ce qu'est aujourd'hui la formation des médecins et des réformes en cours. Il prévoit que « *tout étudiant en médecine doit exercer un stage pour une durée minimale de douze mois au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins afin de sensibiliser davantage les étudiants en médecine à la problématique de la désertification médicale.* ».

Pour rappel, une réforme du 3^{ème} cycle est en cours, elle sera appliquée dès novembre 2017. Elle devrait offrir aux internes de Médecine Générale la possibilité d'effectuer entre un an et deux ans de stages ambulatoires.

Avant d'envisager de restreindre ces stages à des zones particulières, il convient d'abord de les développer. Ceci doit se faire en recrutant des Maîtres de Stages des Universités, notamment en zones sous-dotées, afin d'accueillir les étudiants et ce dès le deuxième cycle. Il existe des moyens de promouvoir ces stages en zones médicalement fragiles. Nous y revenons plus loin avec l'exemple de l'Aveyron.

Aussi, **la troisième année devrait être centrée sur le projet professionnel de l'interne** permettant une installation plus rapide et un ancrage plus fort, parce que choisi et anticipé, dans les territoires.

L'article 3 vise à « *substituer à l'examen national classant un internat régional* ».

L'exposé des motifs de cet article s'appuie sur un sondage BVA datant de 2007 montrant que « *63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale* ».

Une étude plus récente de l'ISNAR-IMG réalisée en 2011³ indiquait à l'inverse que « *Seulement 12,2 % des internes ayant répondu déclarent ne pas vouloir exercer en zone déficitaire* ».

Un rapport de l'ONDPS de 2015 portant sur « *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens* » alertait sur la régionalisation des ECN⁴ comme moyen de régulation de la démographie médicale. Ainsi, selon ce rapport, « *cette régulation ne règle pas le problème des zones à faible densité de médecins qui sont souvent définies à une maille infrarégionale* ». Cela démontre bien **l'inefficacité d'une telle mesure**, les **problèmes démographiques** ne se définissant pas à l'échelle régionale, mais de façon bien plus subtile, **à l'échelle des bassins de population**.

Au sujet du cumul emploi-retraite traité par **l'article 4**, le dernier Atlas de la démographie⁵ du CNOM⁶ indique qu'une part non négligeable de médecins (15 878) exerce déjà sur ce mode particulier.

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

²Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

³Enquête ISNAR-IMG 2011, disponible sur notre site : <http://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/>

⁴Epreuves Classantes Nationales

⁵[Atlas de la démographie médicale 2016, CNOM](#)

Si on peut saluer la reconnaissance faite par cette mesure aux médecins qui continuent leur activité pour ne pas délaisser leurs patients, il nous paraît incohérent de proposer des mesures visant à rallonger la période d'activité de médecins en fin de carrière, sans **proposer en parallèle de vraies mesures incitatives et visant à améliorer l'attractivité de l'exercice libéral pour aider ces médecins seniors à trouver des successeurs.**

L'article 5 instaure la possibilité pour un interne de démarrer une collaboration sans être thésé.

Nous tenons à rappeler **qu'un interne est un étudiant en formation et que la thèse est une condition sine qua non à l'installation.** Une telle mesure n'aurait pour effet que de dévaloriser cette thèse.

De plus, la réforme du troisième cycle prévoit que la validation de la thèse soit une des conditions de validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées. Cette proposition est donc par conséquent déjà **caduque.**

Cette proposition de loi nous semble en outre inacceptable notamment quant aux importantes mesures coercitives qu'elle veut instaurer.

Le texte prévoit ainsi dans **l'article 6**, dès 2020, une obligation d'exercice en zone sous-dotée pendant 3 ans minimum pour tous les jeunes médecins au terme de leur formation initiale.

L'ISNAR-IMG s'oppose à toute forme de coercition.

Le rapport de l'ONDPS cité précédemment démontre les effets délétères de la coercition dans les pays où celle-ci est appliquée.

Cette mesure n'apporte **aucune solution pérenne aux problèmes démographiques** et expose aux risques, entre autres, de détourner les jeunes médecins de l'exercice libéral et d'une **médecine à deux vitesses** du fait du conventionnement sélectif. Le conventionnement assure en effet un système d'unité nationale face aux risques en santé.

Le numerus clausus a plus que doublé entre 1998 et 2008, passant de 3 500 à plus de 7 000, il est aujourd'hui à plus de 8 000. **Il faut dix ans pour former un médecin.** Les jeunes générations arrivent, il faut savoir être patient. Une fois le cap des départs à la retraite massifs passé, la démographie médicale va se redresser. En l'attente, les jeunes médecins ne sont de toute façon pas suffisamment nombreux pour remplir tous les déserts médicaux.

Rappelons en outre que l'attrait de la filière médicale et de l'exercice libéral est en déclin. Une telle mesure ne ferait qu'accélérer ce phénomène. Elle aurait également pour conséquence de **casser la dynamique entamée pour redonner envie aux jeunes médecins de se former et de s'installer en zone médicalement fragile.**

Nous dénonçons également les mesures coercitives supplémentaires pour l'installation des infirmières, mais aussi pour les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Des solutions innovantes à promouvoir

Outre de nombreuses propositions approximatives relatives à notre cursus, ce texte ne propose que des mesures transitoires et court-termistes.

Notre système de santé mérite une vision plus globale pour des solutions efficaces, répondant à l'urgence sans mettre en danger l'avenir. C'est en ce sens que nous avons imaginé les mesures incitatives et pérennes que nous prônons en termes de lutte contre la désertification médicale.

Il est primordial de **développer les stages ambulatoires dans les zones considérées comme sous-denses** afin de faire découvrir ces territoires aux internes. Le déploiement de ces stages ne peut se faire sans un **meilleur recrutement des Maîtres de Stage des Universités** pour accueillir ces internes et les former à l'exercice ambulatoire. Il faut envisager ces stages dans différents lieux, afin de **faire découvrir toute la variété de l'exercice de la Médecine Générale** en milieu rural, semi-rural ou urbain. Il y a des patients dans tous ces territoires et il n'existe pas de zone sur-dense en médecine de premier recours, particulièrement en Médecine Générale.

Mais l'accessibilité de ces territoires au cours de la formation initiale doit être améliorée.

L'ISNAR-IMG soutient un certain nombre de propositions visant à augmenter l'attractivité des territoires, et ce dès la formation initiale, en encourageant les internes à venir effectuer leurs stages dans ces zones.

Parmi elles :

- **Prise en charge des contraintes liées à l'éloignement d'un terrain de stage** avec mise en place d'indemnités kilométriques ainsi que d'aides logistiques et financières à l'hébergement
- Réouverture ou création **d'internats ruraux**
- Soutien des collectivités territoriales avec notamment un **accompagnement personnalisé à l'installation** avec prise en compte du projet professionnel de l'interne et **interlocuteur unique**

L'enquête de l'ISNAR-IMG de 2011⁷ révèle que **87,8 % des internes de Médecine Générale ne seraient pas opposés à s'installer dans des zones déficitaires, mais pas à n'importe quel prix.**

Des mesures telles qu'une aide logistique et financière à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles inciteraient 69,5 % des internes à s'y installer, de même que 60,5 % d'entre eux se sentiraient incités par des avantages fiscaux. Des incitations financières pérennes à type d'abaissement de taxe professionnelle et de taxe foncière dans les zones déficitaires, de création de zones franches avec abaissement de charges fiscales et sociales constitueraient donc des solutions attractives pour les jeunes médecins.

Plusieurs mesures déjà mises en place sont également à renforcer.

Ainsi, alors que cette proposition de Loi prévoit de rajouter, via l'article 3, des contraintes pour les étudiants s'engageant via le **Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)** à exercer en zone déficitaire, ce dernier doit au contraire être **valorisé et promu.**

Un suivi régulier des dossiers doit être mis en place pour répondre au mieux au projet professionnel de l'étudiant et de l'interne et à la promotion de l'exercice dans ces zones déficitaires.

La création d'une **Filière Universitaire de Médecine Générale** constitue une étape importante, il est fondamental **d'encourager son développement.**

Cela aura pour effet de :

- Offrir une **plus grande visibilité à la spécialité** en introduisant l'enseignement théorique et pratique de la Médecine Générale dès les premiers cycles des études médicales
- Rendre la **Médecine Générale plus attractive** notamment en termes de possibilité de carrière universitaire
- **Faciliter la mise en place des stages ambulatoires**

L'instauration d'un **guichet unique dédié à l'installation** est une **nécessité.**

Il s'agit de faire connaître les modalités d'installation, les aides qui y sont relatives, et de coordonner les acteurs pour informer et orienter les jeunes professionnels. La mise en place par les ARS⁸ des **Plateformes d'Appui des Professionnels de Santé (PAPS)** devait permettre cela, dans les faits le procédé est loin d'être optimal. **Cet outil doit être perfectionné** afin d'aider et guider les jeunes médecins dans leur installation future.

Nous aurions pu citer également les **PTMG, PTMA et PTMR⁹**, les **aides à l'installation de certains départements** et celle prévue dans la **nouvelle convention médicale, l'exonération de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale**, etc.

⁷ Enquête ISNAR-IMG 2011, disponible sur notre site : <http://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/>

⁸ Agences Régionales de Santé

⁹ Praticien Territorial de Médecine Générale, Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire, Praticien Territorial Médical de Remplacement

Des modèles qui fonctionnent

Nous avons à cœur de défendre des **mesures innovantes ayant fait leurs preuves** en matière de désertification médicale et d'accès aux soins.

Ces mesures simples ont été **appliquées dans certains départements**.

Un exemple très concret est celui de **l'Aveyron**, qui présentait un haut risque de désertification médicale, puisque la moyenne d'âge des médecins généralistes y est de 53 ans, avec 30 % de ces médecins âgés de plus de 60 ans¹⁰.

Ce département a réalisé une **campagne intensive de recrutement de Maîtres de Stages des Universités** afin de multiplier les terrains de stages ambulatoires accueillant les internes. Ainsi, entre 2006 et 2016, le nombre de Maîtres de Stages est passé de 11 à 56. Il accueille à ce jour 76 internes en stage.

Le Conseil départemental a également mis en œuvre une **aide financière à l'hébergement pour les internes en stage chez le praticien**¹¹. Depuis le début du programme, 170 internes ont bénéficié de l'aide. L'Aveyron met aussi des **logements à disposition des internes**, ce qui facilite grandement la transition d'un stage à l'autre.

Un **accompagnement personnalisé à l'installation**, réalisé par un chargé de mission du Conseil départemental spécialement dédié, est également mis en place. 25 jeunes médecins en bénéficient actuellement. Il prend notamment en compte le projet professionnel, le projet de vie, ou encore le rapprochement du conjoint, problématique souvent délaissée.

Autre élément important concernant l'installation : 11 **maisons de santé labellisées ARS** sont déjà en fonctionnement et 5 sont en projet, soit 16 au total, ce qui représente plus du double de la moyenne française (environ 7 maisons de santé par département). Ces maisons de santé sont **montées en concertation avec les professionnels qui s'y installeront**, c'est une des conditions sine qua non de leur pérennité. Ceci est cohérent avec le souhait d'exercice, dorénavant en groupe, des jeunes médecins.

Les résultats sont là :

- **Inversion de la tendance du nombre de départs** : pour la première fois, on constate plus d'arrivées de médecins généralistes que de départs
- **37 internes ont émis le souhait de s'installer en Aveyron** depuis le début de l'initiative
- **5 ont demandé un CESP**

Ainsi, à travers cet exemple, on identifie plusieurs **facteurs influant positivement sur l'installation des jeunes médecins** :

- **Recrutement de Maîtres de Stage des Universités**
- Développement des terrains de **stages ambulatoires**
- **Attractivité du territoire** dès la formation initiale
- **Accompagnement** personnalisé à l'installation
- **Regroupement des professionnels** de santé
- **Interlocuteur unique** avec la création d'une cellule d'aide aux médecins

¹⁰ [La démographie médicale en région Midi-Pyrénées – Situation en 2015, Conseil National de l'Ordre des Médecins](#)

¹¹ [Site internet du Conseil Départemental de l'Aveyron](#)