

LE RENOUVELLEMENT DES MÉDECINS

Jeudi 28 janvier 2010

Ministère de la Santé et des Sports
Salle Pierre Laroque - Paris



Colloque du 28 janvier 2010

Avant propos

La proximité et l'accessibilité aux soins pour tous sont des objectifs politiques prioritaires. Leur mise en œuvre implique des inflexions importantes car l'atténuation des inégalités actuelles de répartition des professions de santé implique que se définissent des démarches convaincantes de régulation de l'offre de soins. Les procédures définies doivent en effet emporter l'adhésion puisque les contraintes ne sont pas envisagées ou envisageables. Dans ce contexte, il est nécessaire de disposer de repères davantage prospectifs et partagés.

Observer la répartition démographique actuelle et construire des projections permettant d'aborder la démographie médicale future sont un point d'appui pour alimenter la réflexion sur le renouvellement des médecins.

Mais quels sont les facteurs qui concourent aux transformations de la démographie médicale ?

Dans quelle mesure les évolutions des structures de soins, dont certaines sont motivées par des impératifs de sécurité et de qualité des soins, influencent-elles la répartition des professions de santé ?

Quels sont les méthodes et les leviers susceptibles d'aboutir à la mise en place d'offres de soins plus équitables sur le territoire ?

Sous quelles conditions l'augmentation du *numerus clausus* peut-elle aboutir à une meilleure répartition des médecins entre régions et entre spécialités ?

Sommaire

ALLOCUTION D'OUVERTURE Anne-Marie Brocas, directrice de la DREES	7
Première séance • LA RÉPARTITION DES MÉDECINS : CONSTATS ET PERSPECTIVES <i>Sous la présidence du Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins</i>	
Intervention liminaire, Dr Michel Legmann	10
Les projections des médecins en activité à l'horizon 2030 selon les types de zones et selon l'évolution de la population Lucile Olier, sous directrice de la DREES	11
Le diagnostic et les préconisations de l'ONDPS Pr Yvon Berland, président de l'ONDPS	16
TABLE RONDE • <i>La diversité de l'offre de soins médicale selon les régions et selon les spécialités</i>	23
Avec Bastien Balouet, président de l'INSNAR-IMG ; Pr Jacques Motte, doyen de la faculté de médecine de Reims ; Georges Murcier, président de l'ISNIH ; Dr Christophe Schmitt, psychiatre, président de la CME du CHS de Jury-les-Metz	
<i>Restitution des débats</i>	28
Deuxième séance • DES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DÉMOGRAPHIE ET SON OBSERVATION <i>Sous la présidence du Dr Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements de l'hospitalisation à domicile</i>	
Implantation des structures et localisation des professionnels : l'exemple de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Dr Dominique Baubeau, ONDPS	38
La complémentarité des professionnels de santé : l'exemple de la cancérologie Dr Claudia Ferrari, INCA	42
TABLE RONDE • <i>L'anticipation des évolutions et des besoins de prise en charge des patients</i>	45
Avec Richard Barthès, directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation du CHU de Toulouse ; Pr Michel Godin, néphrologue à Rouen ; Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président de la fédération des spécialités médicales ; Christian Saout, président du collectif inter associatif sur la santé	
<i>Restitution des débats</i>	49
TABLE RONDE • <i>Quels sont les leviers et les méthodes de régulation utiles ?</i>	53
<i>Sous la présidence d'Annie Podeur, directrice de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)</i> Avec Dr Lola Fourcade, vice-présidente de l'ISNCCA ; Pr Guy Kantor, président du collège national des enseignants en cancérologie ; Dr Claude Leicher, président de MG-France ; Marie Peltier, vice présidente de l'ANEMF en charge de la démographie médicale ; Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques à la CNAMTS	
<i>Restitution des débats</i>	58
MESSAGE DE CLÔTURE Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports	63

Allocution d'ouverture

Les médecins n'ont jamais été aussi nombreux en France. Ils étaient 50 000 en 1960 et ils sont 214 000 aujourd'hui. Cette forte augmentation au cours du demi-siècle écoulé est à la hauteur de la croissance des besoins de santé de la population et de leur prise en charge. Mais nous sommes à la veille de profonds bouleversements. Le nombre de médecins va diminuer inéluctablement dans les années à venir. De nouvelles générations porteuses d'aspirations professionnelles différentes vont remplacer les anciennes. Les besoins de la population vont évoluer, notamment sous l'effet du vieillissement.

Ces évolutions sont un défi mais peuvent aussi être considérées comme une formidable opportunité de changement. Elles récusent d'avance toute idée de reconduire les anciennes recettes et appellent à inventer de nouvelles formes d'organisation et d'exercice des professionnels de santé pour répondre aux besoins de la population. Elles vont exiger de tous de l'imagination, mais aussi plus de rigueur dans le pilotage national et régional de la démographie, non seulement des médecins mais également de l'ensemble des professions de santé, afin de garantir à tous un accès équitable aux soins et une médecine de qualité.

Ce pilotage doit prendre en compte trois préoccupations. D'une part, la gestion du renouvellement du fait du départ en retraite de nombreux médecins dans la plupart de nos régions. D'autre part, les décisions prises aujourd'hui doivent s'inscrire dans une perspective viable à long terme. Enfin, la concertation est nécessaire pour forger des diagnostics partagés et mobiliser les données.

Dans le cadre de la loi Hôpital patients santé territoire, le gouvernement a introduit des dispositions nouvelles qui modifient profondément le pilotage de la démographie médicale par rapport à la situation actuelle. Cette loi prévoit la pluriannualité, la détermination des effectifs d'internes par spécialité et la régionalisation du diagnostic, en cohérence avec la mise en place des Agences régionales de santé.

Dans le cadre des mesures pluriannuelles prévues par la loi, l'ONDPS a fait des propositions relatives aux effectifs d'internes en médecine à former par région et par spécialité sur cinq ans. Cet exercice invite à distinguer les enjeux de court et de long terme, à identifier les dangers d'une confusion des horizons et à préciser la portée temporelle des différents instruments de régulation disponibles. Ces travaux sont également l'occasion d'interroger les relations entre l'implantation des structures de soins et la répartition des médecins, ainsi que de mettre en lumière l'importance de la complémentarité des différents métiers pour la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins.

Anne-Marie Brocas, Directrice de la DREES

Première séance

La répartition des médecins : constats et perspectives

Sous la présidence du **Dr Michel Legmann**
Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Intervention liminaire

Dr Michel Legmann, CNOM

Au 1^{er} janvier 2009, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est de 258 153, dont 216 017 en activité globale, soit 1,2 % de plus qu'il y a un an. Cette légère augmentation s'explique par une hausse de 5,2 % du nombre de médecins retraités, mais qui restent cependant inscrits au tableau de l'Ordre. Pour la première fois dans l'histoire de la démographie médicale, les effectifs de médecins inscrits, en activité régulière, ont donc diminué de 2 % en un an alors que l'effectif des médecins remplaçants continuait de croître, soit +4 % en un an.

Par ailleurs, la médecine continue de se féminiser. Les femmes représentent aujourd'hui 56 % des médecins généralistes nouvellement inscrits au tableau de l'ordre en 2008. L'âge moyen de la première inscription au tableau est de 33,8 ans ; sachant qu'elle varie en fonction des spécialités médicales et chirurgicales, mais aussi des régions. Dans la région Centre, par exemple, l'âge moyen est 38 ans, en Corse de 41 ans, en Île-de-France de 35 ans, en Picardie de 36 ans et en Rhône-Alpes de 34 ans. L'âge moyen de départ à la retraite des médecins est de 65 ans pour les hommes et de 63 ans pour les femmes.

La problématique de la démographie médicale ne doit pas être exclusivement abordée en termes d'effectif et de répartition territoriale. L'analyse des modes d'exercice de l'activité médicale depuis la fin des années 1990 montre des changements importants avec une forte attraction pour le secteur salarié au détriment du libéral.

De nombreuses spécialités sont touchées. La gynécologie obstétrique, par exemple, avec une moyenne d'âge de 48 ans, un effectif en activité régulière de 3 237, mais seulement 3,8 % de nouveaux inscrits en libéral. La psychiatrie, avec une moyenne d'âge de 51 ans, un effectif en activité régulière de 10 423 et 28,6 % de libéraux, mais 2,6 % de nouveaux inscrits en libéral. L'ophtalmologie, avec une moyenne d'âge de 53 ans, un effectif en activité régulière de 5 361, 60,7 % de libéraux et 14 % de nouveaux inscrits en libéral.

En dermatologie, spécialité moins souvent citée, la moyenne d'âge est 52 ans, l'effectif en activité régulière est de 3 544 et la part des nouveaux inscrits en libéral est de 6,7 %. Aucune nouvelle inscription en libéral pour cette spécialité dans des régions comme la Corse ou en Poitou-Charentes, en Île-de-France ou en Rhône-Alpes. En radiodiagnostic et radiothérapie, la moyenne d'âge est de 66 ans, la part des libéraux de 71 %, mais aucune nouvelle inscription n'est intervenue en libéral depuis 2002.

Au 1^{er} janvier 2009, parmi les nouveaux inscrits, seuls 9 % ont choisi un mode d'exercice libéral exclusif, 66 % ont choisi le salariat, et 25 % l'activité de remplacement.

En chirurgie vasculaire 41 % des entrants choisissaient le secteur libéral en 1988, 40 % en dermatologie-vénérologie, 39 % en gynécologie obstétrique, 30 % en médecine physique et réadaptation, 100 % en radiodiagnostic et radiothérapie et 76 % en stomatologie, contre aucun entrants de ces spécialités en secteur libéral en 2008.

Au 1^{er} janvier 2009, le tableau de l'Ordre recense 10 000 médecins remplaçants. En vingt ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits ont augmenté de 523 %. Et entre 2007 et 2008, on note encore une hausse de 5,5 %. Les médecins généralistes représentent 85,4 % de l'ensemble des effectifs des remplaçants.

Quelques chiffres concernant la fermeture de cabinets sans succession. Dans le Loiret et dans la Marne, 21 cabinets fermés non remplacés, 22 dans l'Ariège, 26 en Meurthe-et-Moselle, 28 dans la Loire et en Saône-et-Loire, 31 en Côte d'Or et dans le Gard et enfin 39 dans le Finistère. Quel est l'avenir de la médecine libérale dans ces conditions ? Vaste sujet.

Les projections des médecins en activité à l'horizon 2030 selon les types de zones et selon l'évolution de la population

Lucile Olier, sous-directrice de la DREES

(Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

La démographie médicale est aujourd'hui à un moment charnière de son histoire. Il n'y a jamais eu autant de médecins sur le territoire, mais ils vont être nombreux à partir en retraite dans les années à venir, et ne seront pas tous remplacés. Le nombre de médecins va donc diminuer de façon inéluctable, et dans ce contexte, la question de leur répartition sur le territoire et entre les différentes spécialités va se poser avec encore plus d'acuité qu'aujourd'hui.

Les évolutions de la démographie médicale sont complexes à appréhender car ses déterminants sont nombreux, qu'ils soient institutionnels ou individuels et il faut les prendre en compte simultanément. Elles sont difficiles à piloter parce que les effets des décisions publiques en matière de régulation de la démographie médicale sont longs à se matérialiser. Les études médicales sont longues, il faut du temps pour former un médecin, et la démographie médicale évolue donc lentement. Dans ce domaine, les pouvoirs publics ont non seulement une responsabilité forte envers les générations actuelles, mais également envers les générations futures.

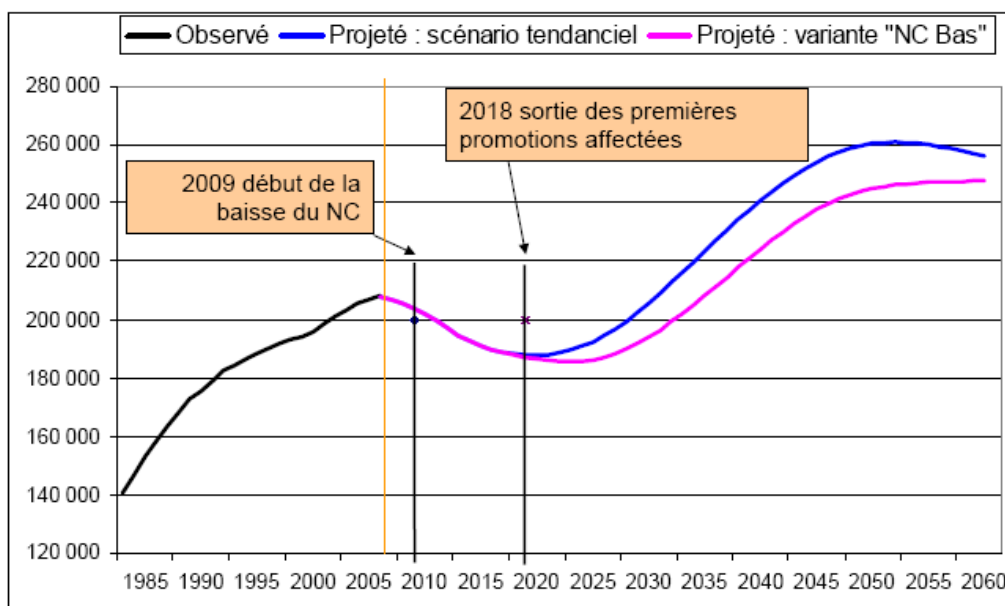
Différents types d'outils peuvent être mobilisés pour essayer d'y voir clair sur ces perspectives et les projections en font partie. La DREES réalise à intervalles réguliers de tels exercices pour les principales professions de santé. Elle a réactualisé l'an dernier son modèle de projections pour les médecins. Ces projections ne sont pas des prévisions. Leur objectif est de comparer plusieurs scénarios entre eux, en faisant varier à chaque fois un seul des paramètres susceptible d'influer sur la démographie médicale pour pouvoir identifier son impact, son importance, la durée qu'il met à produire ses effets. On définit un scénario tendanciel auquel vont être comparés les autres scénarios.

L'hypothèse la plus importante, mais évidemment discutable, est celle de comportements constants, c'est-à-dire que pendant toute la période de projection, qui s'étend jusqu'à 2030, on suppose que les comportements et les choix des individus sont les mêmes que ceux observés sur la période récente. On suppose en outre qu'un certain nombre de paramètres institutionnels comme le *numerus clausus* sont prédéterminés. On fait ainsi l'hypothèse que la répartition actuelle des postes d'internes entre les régions et les spécialités serait maintenue tout au long de la période de projection.

Nous avons retenu dans ce cadre la trajectoire suivante pour le *numerus clausus* : dès 2007, il augmente rapidement jusqu'à atteindre 8 000 en 2011 et reste stable jusqu'en 2020, puis décroît par paliers jusqu'à 7 000 en 2030. Un second scénario (variante *numerus clausus* (NC) bas) suppose une décroissance du *numerus clausus* à partir de 2009 et un retour dès 2011 à 7 000 (graphique ci-dessous).

Trois enseignements peuvent être tirés de ce type d'illustration. Si les deux scénarios divergent dès 2009 pour le niveau du *numerus clausus*, ils ne commencent à s'écarter significativement qu'environ une quinzaine d'années plus tard. Ce qui nous donne la portée temporelle des décisions prises sur le niveau du *numerus clausus*.

Nombre de médecins en activité et effets du *numerus clausus*

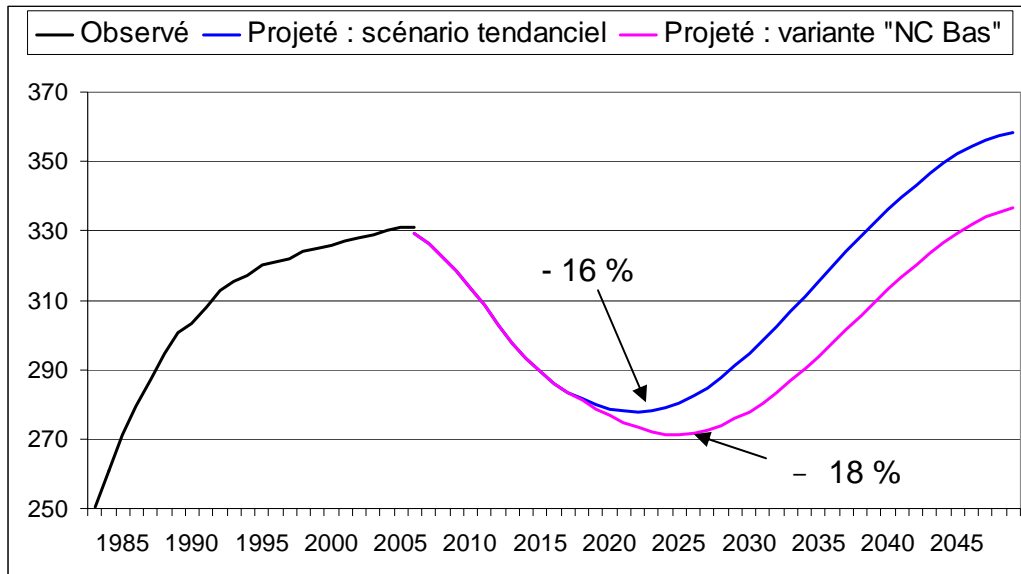


En se projetant à beaucoup plus long terme, ces choix concernant le niveau du *numerus clausus* produisent des effets durables et qui peuvent être importants. Un *numerus clausus* de 7 000 dans l'hypothèse basse nous conduit, dans les années 2040, à des effectifs de médecins très supérieurs à leur niveau actuel.

Enfin, l'on regarde les effectifs de médecins observés depuis les années 1980 jusqu'aux projections à l'horizon des années 2050 et au-delà, la courbe est assez chahutée, ce qui montre que le fait de faire varier de façon importante le *numerus clausus* a des impacts importants et produit des inégalités qui peuvent être fortes entre générations de médecins. Nous en faisons d'ailleurs l'expérience aujourd'hui.

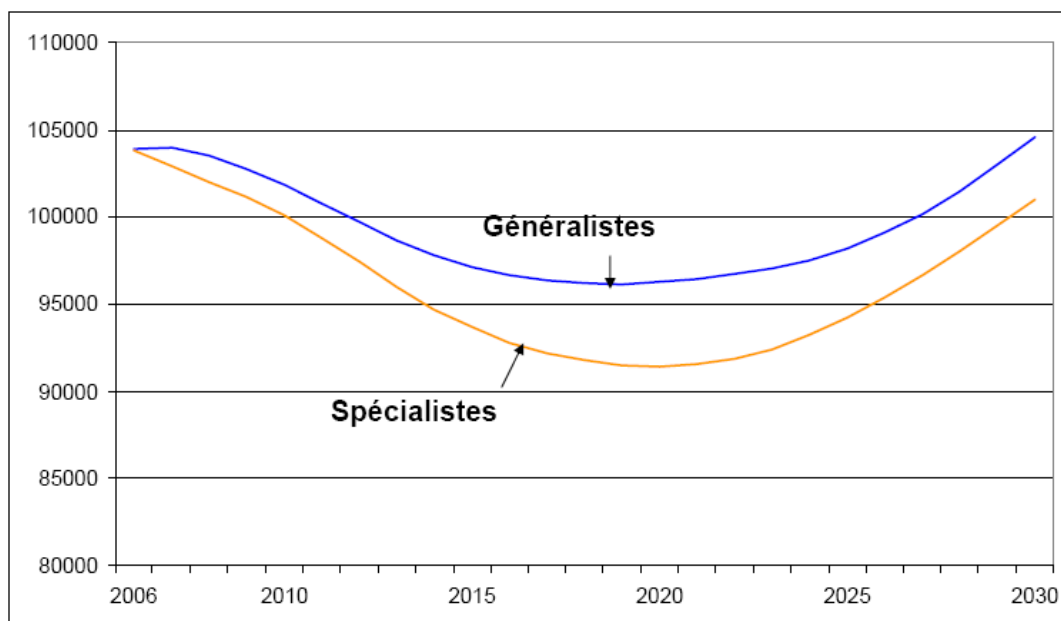
L'augmentation ou la diminution du nombre de médecins ne s'interprète pas directement en termes de pénurie ou de pléthore de médecins. Pour apprécier l'effectif des médecins, il faut le mettre en regard des besoins de santé de la population. Modéliser, projeter ces besoins sur plusieurs décennies excédait largement les capacités de notre modèle de projection, et nous avons donc fait le choix de rapporter le nombre de médecins aux évolutions de la population projetées par l'INSEE, et nous avons calculé une densité médicale en projection.

Densité de médecins en activité en France métropolitaine



Plusieurs enseignements en découlent. D'abord, la densité de médecins dans les années à venir devrait baisser beaucoup plus fortement que le nombre de médecins. Les effectifs diminueraient d'environ 10 % d'ici à 2020 et la densité médicale reculerait de 16 % d'après notre scénario tendanciel avec une population française qui augmenterait d'environ 10 % d'ici à 2030. Il faut néanmoins distinguer les effets de moyen terme à l'horizon 2020 des effets de long terme. Nos deux scénarios ont un impact assez différent sur la densité médicale à long terme. Le scénario tendanciel, qui prévoit un *numerus clausus* de 8 000 pendant une dizaine d'années, nous conduit à long terme à une densité très supérieure à la densité actuelle. Alors que le scénario à 7 000 nous conduit, à l'horizon 2040, à une densité assez proche de la densité actuelle.

Nombre de généralistes et de spécialistes en activité d'après le scénario tendanciel



Pour les diplômés de médecine générale et les diplômés des autres spécialités, d'après le scénario tendanciel on constate dans les deux cas une baisse des effectifs jusqu'en 2020, puis une remontée progressive, avec une baisse plus marquée pour les spécialistes que pour les diplômés de médecine générale. Cela tient à une démographie d'ores et déjà un peu différente. En effet, les médecins généralistes sont en général un peu plus jeunes que les médecins spécialistes pour qui les sorties de la vie active seront un peu plus fréquentes. À horizon 2030, l'effectif des médecins généralistes sera revenu à peu près à son niveau actuel alors que l'effectif des autres spécialités se situera un peu en deçà.

À l'horizon 2015, les contrastes se creusent entre les spécialités, mais beaucoup est déjà joué en termes de démographie. Quelles que soient les décisions prises aujourd'hui sur la répartition des postes des épreuves classantes nationales (ECN), elles n'auront que peu d'impact à horizon 2015 (tableau).

Évolution du nombre de médecins par spécialité d'après le scénario tendanciel

Spécialité	Entre 2006 et 2015	Entre 2006 et 2030
Neurologie	14%	47%
Santé publique	0%	47%
Chirurgie	0%	40%
Endocrinologie	9%	24%
Pédiatrie	-5%	20%
Gynécologie-obstétrique	-3%	13%
Médecine générale	-7%	1%
Cardiologie	-7%	-4%
Anesthésie-réanimation	-13%	-5%
Psychiatrie	-17%	-8%
Biologie médicale	2%	-9%
Radiologie	-9%	-10%
Médecine interne	-18%	-12%
Gastro-entérologie	-5%	-13%
Anatomie et cytologie pathologiques	-10%	-19%
ORL	-16%	-19%
Pneumologie	-7%	-19%
Rhumatologie	-15%	-30%
Dermatologie-vénérologie	-15%	-32%
Ophtalmologie	-19%	-35%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	-23%	-47%
Médecine du travail	-36%	-62%

À l'horizon 2030, les évolutions des effectifs de médecins sont en revanche très marquées et très contrastées d'une spécialité à l'autre. Elles ne prétendent pas au réalisme. En effet, elles reposent sur l'hypothèse peu réaliste que la répartition des postes d'internes entre spécialités est restée pendant 20 ans la même qu'aujourd'hui. Elles nous enseignent toutefois, deux choses : un premier enseignement peut être tiré des contrastes très importants entre les perspectives démographiques des différentes spécialités : lorsque certaines spécialités sont durablement favorisées, c'est au détriment des autres ; le deuxième enseignement est que chaque spécialité a sa démographie propre.

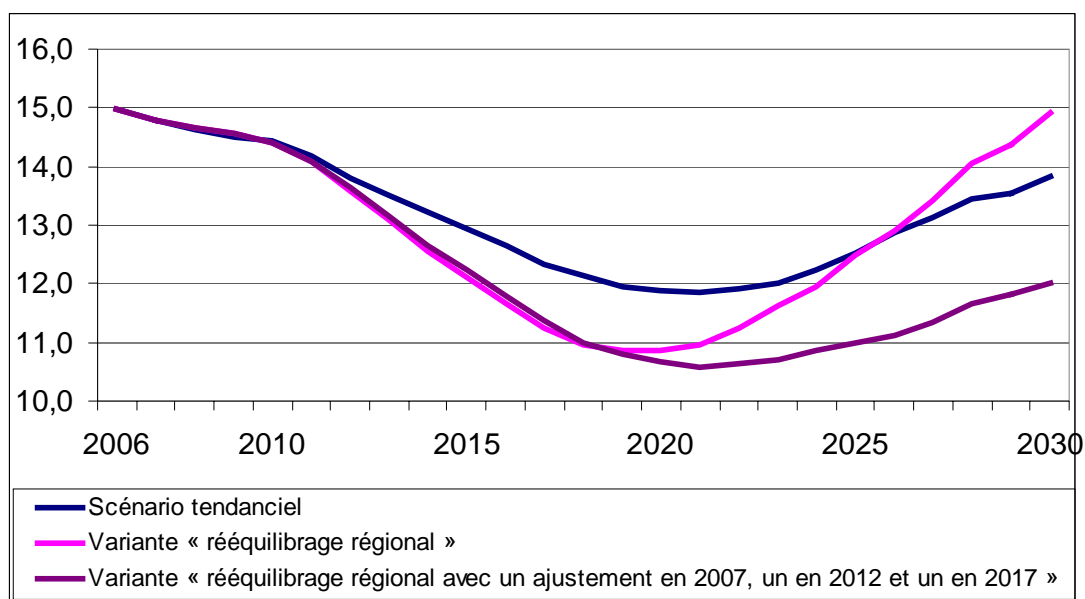
S'agissant de la dimension régionalisée des projections de médecins, la situation de départ est très différente d'une région à l'autre. La densité de médecins est assez contrastée entre les régions françaises et l'âge moyen des praticiens varie d'une région à l'autre. Dans les prochaines

décennies, les régions vont être aussi confrontées à une évolution extrêmement forte de leur démographie globale. Les projections régionales de l'INSEE montrent que la région du Languedoc-Roussillon, par exemple, verra sa population augmenter de 30 %, la région Midi-Pyrénées de 25 %, l'Aquitaine de 15 %. Seules trois ou quatre régions françaises verront leur population stagner ou diminuer. Par conséquent, le contexte démographique global sera très dynamique alors même que la démographie médicale est sur une pente descendante, au moins pour la décennie à venir.

Les évolutions entre les régions vont donc être très contrastées. D'après le scénario tendanciel, les trajectoires de la démographie médicale pour chaque région vont être assez différentes et vont rarement coïncider avec celles de leur population. À horizon 2030, les inégalités vont légèrement se réduire, mais se déplacer de façon spectaculaire.

La pérennisation des inégalités de dotation entre les régions n'est cependant pas forcément une fatalité. La perspective n'est pas seulement de déplacer les inégalités, mais de les réduire en se donnant les moyens d'un pilotage plus prospectif. Dans le scénario tendanciel, les inégalités entre les régions diminuent dans un premier temps sous l'effet des mesures passées, puis elles augmentent à nouveau à un niveau proche de celui d'aujourd'hui. Pour améliorer la situation, on peut faire en sorte que la répartition des postes entre régions aux épreuves classantes nationales tienne mieux compte de des disparités régionales initiales. C'est le scénario « rééquilibrage national ». Dans un premier temps, les inégalités baissent plus fortement et plus vite, mais si on ne fait plus rien par la suite, elles remontent beaucoup plus fortement que dans le scénario tendanciel.

Évolution des inégalités régionales
Écart moyen à la densité nationale (en % de la densité nationale)



Nous avons imaginé un troisième scénario avec un régulateur beaucoup plus prospectif, qui ajuste régulièrement la répartition des postes entre les régions en tenant compte des disparités entre les régions sept ans plus tard. Ce qui donne une baisse des inégalités entre régions beaucoup plus forte et surtout plus durable.

Je souhaitais attirer l'attention sur les leviers à notre disposition, sur les effets qu'ils produisent et sur les enjeux d'un pilotage très prospectif de la démographie des médecins.

Le diagnostic et les préconisations de l'ONDPS

Pr Yvon Berland, président de l'ONDPS

(Observatoire national de la démographie des professions de santé)

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » dite loi HPST introduit deux changements importants par rapport aux modalités actuelles des parcours de l'internat en médecine.

- Une définition pluriannuelle et non plus annuelle des effectifs à former.
- Un ciblage régional par spécialités et non plus seulement par grandes filières. En effet, jusqu'alors, les internes choisissaient parmi les onze filières de formation. Ils vont maintenant devoir se déterminer plus précisément au sein de chaque filière notamment celle de « spécialité médicale », puisqu'un nombre de postes va désormais être attribué aux différentes spécialités, pour une durée de cinq ans et dans chaque région.

Un arrêté conjoint du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministère de la Santé en fixera le nombre. L'Observatoire devra proposer aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, un nombre et une répartition des effectifs de médecins à former par spécialité et par région ou subdivision. Dès l'année 2009, sans attendre la mise en œuvre de ces mesures, l'Observatoire a engagé une démarche en ce sens, dont je présente aujourd'hui les objectifs, les constats et les résultats.

L'objectif de ce travail était de veiller à limiter les différences démographiques, spécialité par spécialité et selon les régions, en tenant compte des capacités de formation disponibles, de leur répartition et des évolutions envisageables dans ce domaine.

Cette démarche a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail, réunissant des membres de l'Observatoire, de la DREES, de la DGOS, des comités régionaux, des ARH, des doyens des facultés, des internes des hôpitaux, des étudiants en médecine. Des études préalables ont permis de retenir quelques indicateurs susceptibles de caractériser de façon homogène et comparative, les situations régionales actuelles et celles des différentes spécialités.

Le fait que le renouvellement des médecins revête plusieurs aspects a déterminé en partie ces travaux. D'une part, dans leur dimension quantitative, puisque ce n'est qu'en 2025 que les arrivées de nouvelles générations de médecins devraient compenser les sorties d'activité. La densité médicale resterait toutefois inférieure à celle d'aujourd'hui. D'autre part, dans leur dimension organisationnelle et structurelle du fait de la forte augmentation du nombre d'étudiants en médecine et du nombre d'internes. Cette augmentation, qui garantira à terme une relève, pose le problème des capacités de formation et d'organisation des stages afin d'assurer la qualité des formations. Enfin, dans une dimension plus qualitative car les jeunes générations aspirent à un mode de formation et d'exercice de leur métier probablement différents.

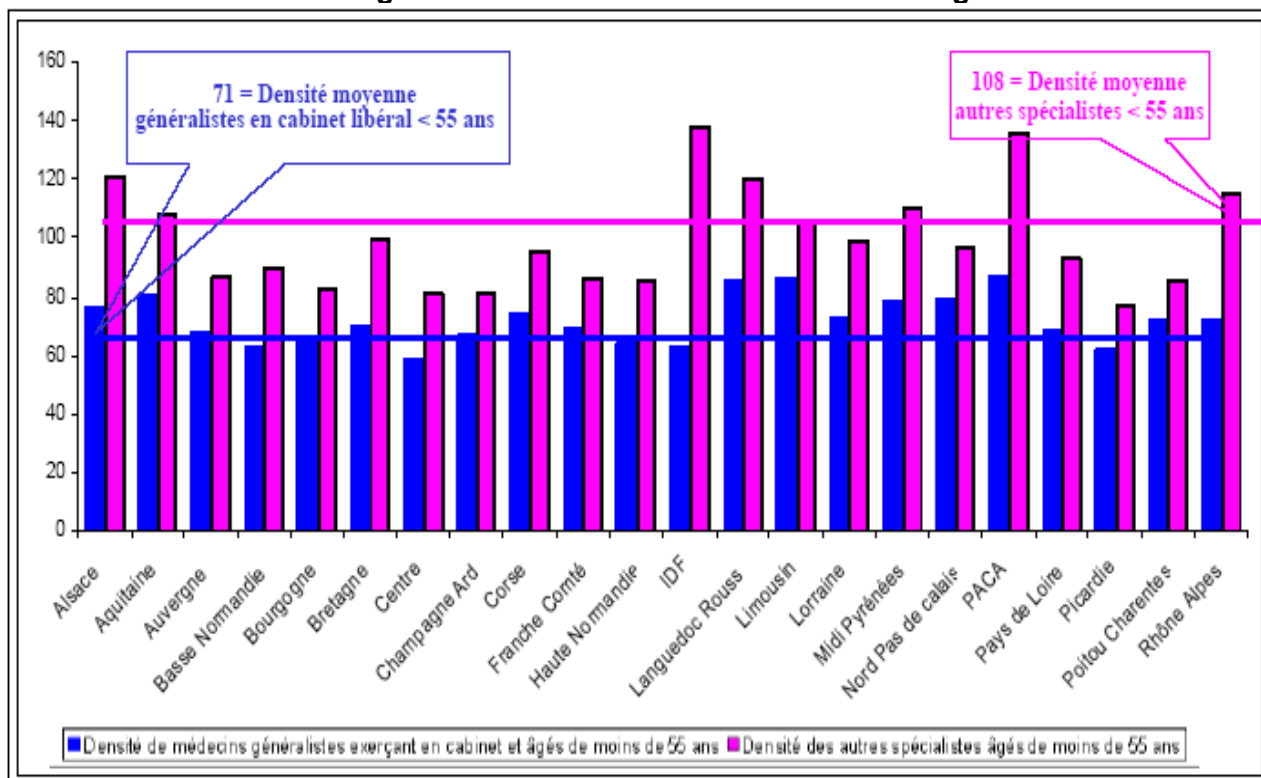
Je rappelle que le *numerus clausus* était de 3 500 en 1993, d'environ 4 000 dans les années 2000, et qu'il est de 7 400 aujourd'hui. En outre, la répartition des différents diplômes d'études spécialisées (DES) dépend encore beaucoup aujourd'hui de choix individuels. De même, la répartition des médecins sur le territoire et par spécialité n'est pas forcément celle que nécessiterait le besoin de prise en charge des patients.

Les principaux constats qui ont préalablement orienté les propositions sont les suivants :

Il existe d'abord une diversité des structures d'âge des médecins selon les régions et les différentes spécialités et disciplines. Certaines spécialités sont plus vieillissantes que d'autres, comme la gynécologie médicale qui compte seulement 45 % de moins de 55 ans. D'autres sont beaucoup plus jeunes, comme la réanimation médicale avec 93 % de moins de 55 ans. Elles seront clairement différemment affectées par les cessations d'activité et diversement confrontées à la question de leur renouvellement.

Si on s'intéresse en particulier aux généralistes exerçant en cabinet libéral de moins de 55 ans, leur densité moyenne est de 71 pour 100 000 habitants. Cependant, en Ile de France par exemple, cette densité est une des plus faibles observée sur le territoire alors que, pour les autres spécialités, la situation francilienne est plus favorable que celle des autres régions (graphique).

La densité des médecins âgés de moins de 55 ans varie selon les régions



Source : Adeli DREES, exploitation ONDPS

Un autre constat est relatif à l'augmentation variable selon les régions, du *numerus clausus*. En 2002-2003, dans un certain nombre de régions le *numerus clausus* rapporté à la population était inférieur à la moyenne nationale, et supérieur dans d'autres. Les décisions prises, tenant compte de la densité médicale, ont eu tendance à corriger ces différences. Ainsi, en Languedoc-Roussillon ou en Provence-Alpes-Côte d'Azur, le *numerus clausus* par habitant est inférieur à la moyenne, la densité médicale de ces régions étant importante. Cependant, en région Centre ou en Picardie, qui ont pourtant une densité médicale inférieure à la moyenne, le *numerus clausus* n'a pas compensé ces différences. En revanche, en Île-de-France, en 2008-2009, comme déjà en 2002-2003 il reste toujours supérieur à la moyenne nationale.

En 2008-2009, le nombre d'internes en formation s'élève à 19 470 et devrait atteindre 27 824 en 2020. Il faut donc se préparer à accueillir un nombre d'internes beaucoup plus important dans les prochaines années.

L'augmentation du nombre de postes a surtout profité à la médecine générale. La part des postes affectés à cette spécialité représente aujourd'hui 49,3 % (tableau). La part des disciplines regroupées dans « spécialités médicales » est de 17 % en 2009, alors qu'elles représentaient 22,6 % en 2004.

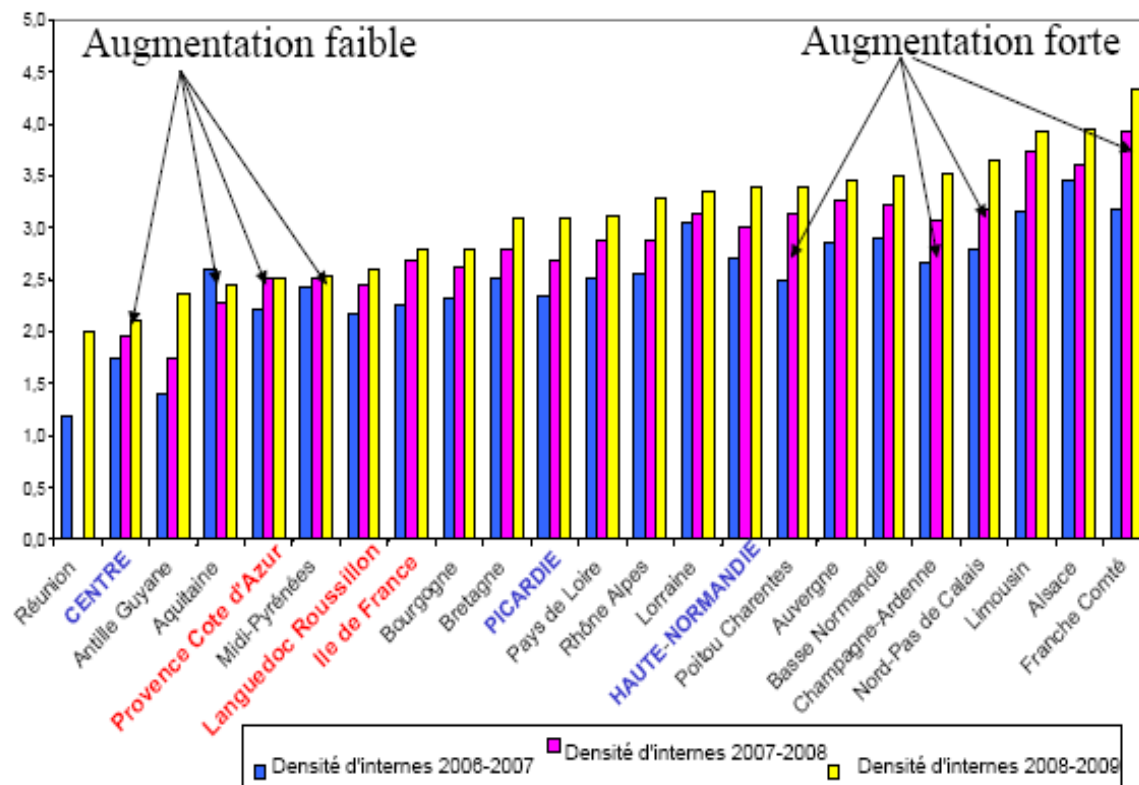
L'essentiel de l'augmentation des postes d'internes pourvus aux ECN bénéficie à la médecine générale

<i>Postes pourvus aux ECN</i>	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médecine générale	1 232	1 419	2 030	2 414	2 591	2 721
<i>Part de la médecine générale</i>	36,6%	37,1%	45,8%	49,2%	51,0%	49,3%
Spec médicales	760	760	760	835	885	950
<i>Part des spécialités médicales</i>	22,6%	19,9%	17,2%	17,0%	17,4%	17,2%
Spec chirurgicales	380	550	550	550	550	570
<i>Part des spécialités chirurgicales</i>	11,3%	14,4%	12,4%	11,2%	10,8%	10,3%
Autres spec filiarisées	996	1 093	1 090	1 106	1 058	1 277
<i>Part des autres spec filiarisées</i>	29,6%	28,6%	24,6%	22,5%	20,8%	23,1%
Total des postes	3368	3822	4430	4905	5084	5518

Il convient d'être attentif aux conséquences que peut avoir une augmentation très importante du flux de formations dans les différentes spécialités. Il faut veiller à ce que les capacités des formations, filière par filière, spécialité par spécialité, région par région, ville par ville, soient en adéquation avec cette extraordinaire augmentation du nombre d'internes à venir. Le souci de rééquilibrer les inégalités en termes de densité médicale, doit se conjuguer avec la préoccupation que les jeunes médecins puissent être formés dans les meilleures conditions.

Le diagnostic rétrospectif qui a été mené, montre également que la densité d'internes a augmenté depuis 2006 dans presque toutes les régions, mais de façon inégale. L'augmentation a été faible dans certaines régions, comme le Centre, l'Aquitaine, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Midi-Pyrénées, et beaucoup plus forte dans d'autres. Les liens entre ces augmentations et la situation de la démographie médicale ne sont pas univoques. Ainsi, l'augmentation a été faible en région Centre, par exemple, alors que la densité médicale est elle-même faible. En revanche, en Haute-Normandie, l'augmentation a été importante, probablement du fait d'une faible densité médicale. Il faut que nous puissions démontrer que les décisions prises sont en cohérence avec le rééquilibrage des densités médicales souhaité, tout en veillant à ce que les capacités de formation soient adaptées.

La densité d'internes augmente dans presque toutes les régions



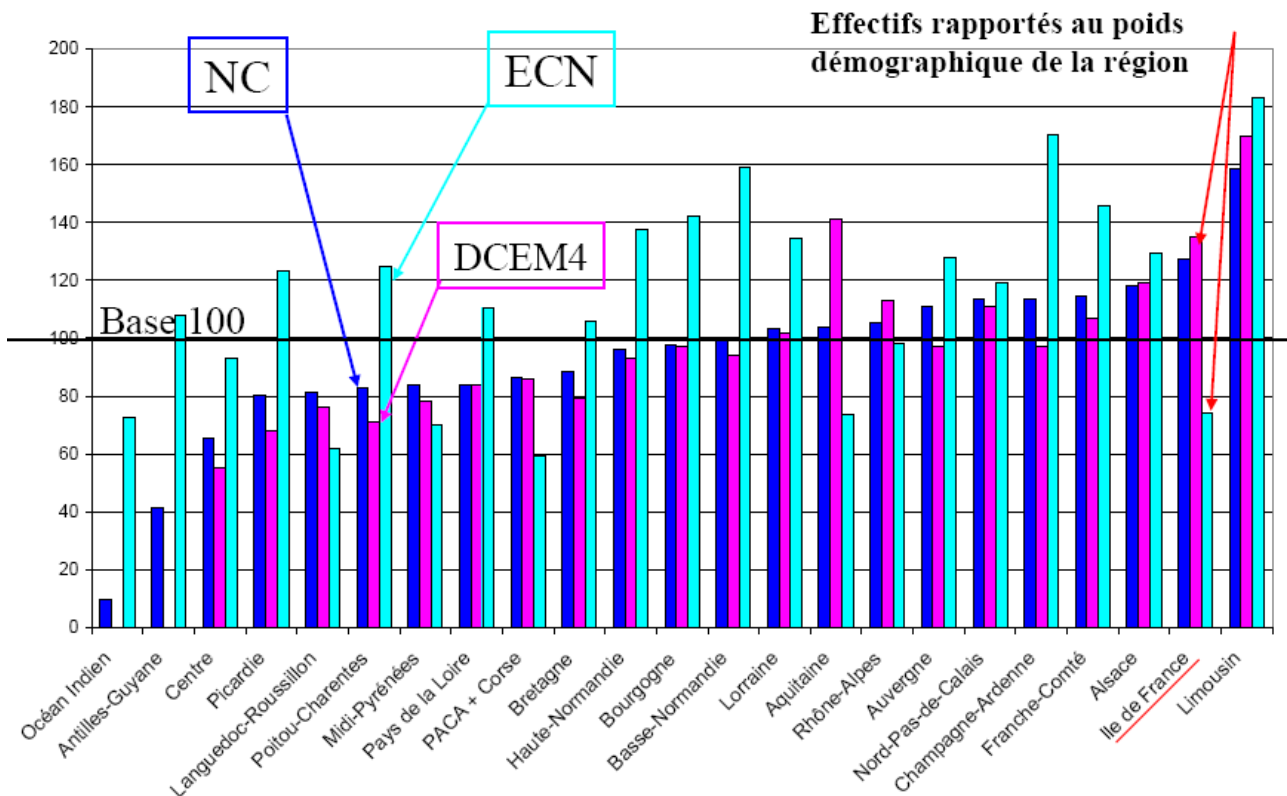
Sources : enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008, estimations INSEE au 01/01/2009

De ces travaux, nous avons tiré un certain nombre d'enseignements et de préconisations.

1 Réduire les écarts constatés dans certaines régions, entre le numerus clausus et les postes ouverts aux ECN

Le maintien de ces écarts, aujourd'hui importants dans certaines régions (graphique), aurait pour conséquences une spécialisation de certaines subdivisions dans la formation des 1^{er} et 2^e cycles, des tensions fortes sur les stages dans certaines régions, et un accroissement des mobilités au cours du cursus qui ne garantit pas le maintien des médecins formés dans la région d'internat.

Les dotations en *numerus clausus* et en postes ouverts aux ECN ne sont pas toujours concordantes



2 Rétablir une proportion équilibrée des postes pourvus entre le DES de médecine générale et les autres DES

Certaines spécialités médicales n'ont pas bénéficié de la hausse du nombre d'internes et pourraient connaître des problèmes démographiques à l'avenir. L'objectif de 50 % des postes pourvus en médecine générale nous semble de nature à assurer la médecine de premier recours, sachant qu'une grande vigilance doit être portée au fait que l'augmentation des diplômés de médecine générale ne garantit pas la disponibilité en généralistes de premier recours, puisque tous n'exerceront pas forcément ce métier.

3 Envisager des évolutions de la formation

La filiarisation de l'ensemble des spécialités est une bonne chose, mais il faut veiller à ce que le processus d'affectation des postes, région par région, spécialité par spécialité, ne crée pas une formation trop précoce et trop spécialisée d'emblée. Il faut être médecin avant d'être spécialiste. Par ailleurs, le DES doit être le seul diplôme permettant l'accès à l'exercice pour toutes les spécialités, y compris en chirurgie. Enfin, il est important de créer une véritable filière spécialisée de médecine générale de premier recours en quatre ans.

4 Utiliser le potentiel de formation à l'échelle interrégionale

Il faut instaurer un dialogue entre les régions pour élargir le potentiel de formation au niveau interrégional, notamment dans certaines spécialités telles que la neurochirurgie par exemple. Les données transmises par le Conseil de l'Ordre et les facultés de médecine, nous permettent d'établir un bilan comparant, région par région et spécialité par spécialité, les diplômés et les inscriptions à l'Ordre. Ce bilan permet de suivre les comportements d'installations. Entre 2001 et 2007, 13 349 DES ont été délivrés, et 14 558 inscriptions à l'Ordre ont été enregistrées. L'examen de la situation de chaque région montre qu'en Auvergne, par exemple, le nombre global d'inscrits est inférieur de 20 % à celui des diplômés dans la région, alors que le Languedoc-Roussillon,

enregistre 26 % d'inscrits en plus par rapport aux diplômés de la région. Le fait d'obtenir le diplôme dans une région ne garantit donc pas l'exercice dans cette région.

5 S'intéresser aux modalités d'exercice des nouveaux installés

Dans les régions à plus faible densité médicale, il est nécessaire d'évaluer l'impact de l'augmentation des postes d'internes de médecine générale en matière d'offre de premier recours. Le réexamen chaque année des propositions pluriannuelles d'effectifs d'internes à former doit permettre de suivre les effets des décisions qui sont prises.

6 Définir les objectifs du post-internat

Cela devrait permettre de distinguer ce qui relève du complément de formation et ce qui relève de la préparation à l'enseignement et la recherche. Il faut veiller à ne pas déséquilibrer, à terme, le post-internat au profit des spécialités issues d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) l'ayant inclus dans leur maquette de formation initiale.

7 Conforter les compétences des instances régionales

Il est très important que les ARS aient des compétences en matière de démographie et que les méthodes soient harmonisées afin que les méthodes et les indicateurs soient équivalents d'un territoire à un autre.

La diversité de l'offre de soins médicale selon les régions et selon les spécialités

Bastien Balouet, président de l'ISNAR-IMG

(Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale)

Nous sommes en adéquation avec la plupart des recommandations qui ont été faites. La jeune génération, en tout cas pour la médecine générale, aspire non seulement à la responsabilité et donc à une qualité d'exercice, mais également à la liberté. C'est paradoxal, sauf à décider de réorganiser les soins de façon à ce que la prise de responsabilité s'exerce à une échelle collective. C'est probablement en grande partie ce que les jeunes professionnels vont rechercher dans l'exercice salarié à l'hôpital car c'est une équipe qui s'organise pour prendre en charge les patients de façon partagée et plus efficace en matière de qualité de soins, ce qui permet par ailleurs de préserver une certaine forme de liberté et de qualité de vie.

Un des déterminants entraînant les défauts d'installation comme médecin libéral est le défaut de formation. Je rejoins totalement la proposition de l'ONDPS d'un DES à quatre ans. À l'heure actuelle, l'ensemble de la formation se fait à l'hôpital, avec seulement un semestre sur la maquette. En France, 30 % des internes arrivent à effectuer un deuxième semestre en ambulatoire. C'est donc un vrai problème.

Dr Pierre Levy, secrétaire général de la CSMF

(Confédération des syndicats médicaux français)

L'argument évoqué depuis un certain nombre d'années pour stigmatiser les médecins installés dans des régions surdotées tient mal, puisque le docteur Legmann nous a indiqué qu'en Corse, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Rhône-Alpes, il n'y avait eu aucune installation ces dernières années dans un certain nombre de spécialités. Le problème de la démographie médicale dépasse largement la géographie, il est multifactoriel et l'effet sur le *numerus clausus* ne règlera pas tout. D'autre part, le déplacement des zones surdotées en quelques années pose un problème sur les mesures envisagées actuellement pour la démographie, avec peut-être à terme un schéma régional d'organisation sanitaire et sociale qui ne sera opposable qu'en ambulatoire. Si des décisions sont prises actuellement sur des zones surdotées et qu'on nous dit que le profil de ces zones va se transformer dans les vingt prochaines années, on risque tôt ou tard de rencontrer des difficultés.

Pr Jacques Motte, doyen de la faculté de médecine de Reims

Je suis doyen d'une faculté de médecine d'une région réputée pauvre en médecins. Je suis extrêmement satisfait de l'évolution de la situation actuelle et du travail que fait l'ONDPS. La démarche est faite avec les mêmes outils, les mêmes bases dans chaque région, elle est totalement prospective, pluriannuelle sur cinq ans, et c'est donc un gros progrès, en tout cas pour les facultés de médecine qui rencontrent d'énormes problèmes. Il sera très important qu'au niveau de la coordination, chaque région soit représentée. Les médecins inspecteurs régionaux, les doyens de faculté connaissent parfaitement les situations locales, la fragilité des systèmes d'encadrement pédagogique en province.

Il faut évidemment largement tenir compte des possibilités pédagogiques. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Dans ma faculté de médecine, le *numerus clausus* est passé de 75 en 1998 à 205 en 2010. Le nombre de postes offerts à l'internat par l'ENC est passé de 45 en 2002 à 228 en 2010. Il faut que les facultés de médecine puissent suivre, qu'elles puissent encadrer les étudiants, les accueillir, et les internes sont extrêmement sensibles à la qualité de leur pédagogie et de l'accueil qui leur est réservé, et je crois qu'ils ont raison. D'autant plus que les régions pauvres en médecins sont aussi pauvres en moyens pédagogiques. Dans ma région, bon nombre d'hôpitaux généraux n'ont plus de médecins capables d'encadrer les internes. Cet équilibre est très fragile et nos prévisions doivent tenir compte de cette fragilité des hôpitaux généraux.

Bastien Balouet a souligné l'importance du stage chez les médecins généralistes, mais il faut aussi que ceux-ci soient prêts à recevoir les étudiants et qu'ils soient maîtres de stages agréés,

qu'ils soient préparés à la pédagogie. De gros efforts sont faits par eux, mais il faut les accompagner. D'autre part, on est en train de créer une filière universitaire de médecine générale, mais il faut aussi donner la possibilité aux futurs médecins généralistes d'être attirés par cette carrière de médecine générale. Dans ma région, le nombre de postes offerts en chirurgie a été plus important que celui que nous avons demandé, et je pense que ce n'est pas forcément une réussite du fait du manque de moyens.

Dans des régions comme la mienne, la solution serait de multiplier les stages en interrégion. L'Alsace est plutôt mieux dotée que la Champagne-Ardenne. Je pense que c'est la même culture, le même milieu, et qu'un interne puisse passer six mois ou un an en Alsace alors qu'il est interne à Reims faciliterait beaucoup les choses car les moyens pédagogiques sont plus importants dans ces grosses facultés, et si elles sont voisines, nous pourrions aider cet encadrement pédagogique. Il ne faut pas non plus négliger les stages transfrontaliers. Ils posent des problèmes administratifs, mais la Belgique peut accueillir certains de nos internes pour six mois ou un an, ce qui serait très fructueux pour des régions comme la mienne.

Nous avons souligné les contingents de médecins généralistes salariés et libéraux, mais il est probablement encore plus important de suivre les mouvements. Quelles sont les régions dans lesquelles les médecins quittent la médecine généraliste pour s'orienter vers la médecine salariée et quelles sont les régions où ils sont moins nombreux. Le problème des taux de fuites est également très important. Dans ma faculté, nous formons un certain nombre de spécialistes, mais nous constatons que 45 à 50 % des radiologues que nous formons quittent la région Champagne-Ardenne, 50 % des pédiatres et 48 % des ophtalmologistes également. Il est essentiel de regarder de près le post-internat. Les chiffres que j'ai examinés avec la DRASS montrent que les internes de ma région restent dans la région s'ils ont pu y faire un post-internat.

À ce propos, je remercie Madame Podeur, directrice de la DGOS, de nous avoir donné des postes d'assistants spécialistes car ils ont tous été pris dans ma région. Ces postes ont l'énorme avantage de ne pas être focalisés sur une grande ville, sur un CHU, tous ces assistants sont « multisites ».

La filiarisation de l'ensemble des spécialités va être également un « plus » extrêmement important. Enfin, il est essentiel de mettre en adéquation le *numerus clausus* et l'ECN. En tout cas, bien que j'appartienne à une région pauvre, je reste très optimiste.

Grégory Murcier, président de l'ISNIH

(Inter syndicat national des internes des hôpitaux)

Je suis ravi de voir la densité de la population générale intégrée à la réflexion, car cela permet de se rendre compte que des régions considérées comme surdotées actuellement vont devenir sous dotées, et de se poser la question de savoir pourquoi ces régions sont constamment peu fournies en nombre d'internes, voire en *numerus clausus*, comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou le Languedoc-Roussillon. Ces deux régions ont une importante capacité de formation et pourraient accueillir et former correctement un certain nombre d'internes. J'apprécie également que vous évoquiez le post-internat, car il s'agit d'une donnée importante pour fixer les internes à un endroit.

Je suis tout à fait pour ne pas trop défavoriser les spécialités hors médecine générale, car certaines vont être en difficulté à l'avenir. Depuis quelques années, les spécialités, notamment médicales, sont assez peu dotées par rapport aux autres et il faut sans doute y remédier. Enfin, les praticiens s'installent moins souvent en libéral pour de multiples raisons. D'une part, il faut faire connaître le métier en médecine générale, mais tout autant dans les spécialités car il n'existe aucun stage en libéral pour l'instant. Il faut faire connaître le métier, car il a changé. Les jeunes ont une appréhension à l'installation car le climat est très particulier actuellement, sachant que chaque plan de financement de la Sécurité sociale remet en cause le secteur 2. De ce fait, ils préfèrent rester salariés. D'autre part, le prix de la consultation n'a pas été augmenté depuis des années. Nous sommes face à des médecins de niveau Bac+12, qui espèrent avoir un certain niveau de rémunération.

Enfin, la formation n'est plus adaptée à l'exercice libéral. Elle nous « surspécialise ». Il n'y a plus beaucoup de cardiologues généralistes, ils sont « rythmologues », et pratiquer la

rythmologie en cabinet libéral me semble un peu difficile. Tous ces éléments mis bout à bout, la peur de l'installation, la peur d'exercer un métier moins intéressant que ce qu'on nous a enseigné, la nécessité d'un post-internat, font que les praticiens n'ont plus envie de s'installer.

Dr Christophe Schmitt, psychiatre, président de la CME du CHS de Jury-les-Metz en Lorraine
(Commission médicale d'établissement du centre hospitalier spécialisé de Jury-les-Metz)

La Lorraine est une région déficitaire, mais dans le déficit il y a aussi des inégalités. En Lorraine, les métropoles de Metz et Nancy sont très attractives au détriment des départements beaucoup plus ruraux, comme les Vosges ou la Meuse. La ville universitaire de Nancy attire aussi beaucoup plus que Metz, par exemple, qui est pourtant d'égale importance. L'autre particularité concernant la psychiatrie est que la région compte un plus grand nombre de médecins d'exercice public que libéraux, ce qui crée des tensions puisque dans certains endroits, il n'y a aucun médecin psychiatre libéral. Le seul recours aux soins pour les patients est donc le service public.

En Lorraine, la pyramide des âges est assez défavorable. Si la montée du *numerus clausus* compense en théorie les départs à la retraite, dans les faits sur les dix années précédentes, un interne en psychiatrie sur deux en moyenne a quitté la région Lorraine, car ce sont des internes qui venaient d'autres régions. Les Lorrains restent chez eux, mais en dehors de quelques Parisiens, tout le monde regagne sa région d'origine. Nous nous sommes dit qu'il fallait retenir le maximum d'internes. Ce qui commence par assurer un internat de qualité, tant en termes d'accueil, d'hébergement que de cursus. L'augmentation du *numerus clausus* conduit à certaines tensions dans une région déjà déficitaire en praticiens seniors car il devient difficile d'assurer une qualité d'encadrement suffisante.

Il faut sans doute travailler sur la personnalisation du parcours de chaque interne, s'intéresser à ce qu'ils ont envie de faire plus tard, être à leur écoute, peut-être multiplier les enquêtes. Ce qui rejoint le problème du post-internat. En Lorraine, nous avons réfléchi à la mise en place d'un centre ressources, d'une plate-forme d'information qui permettrait d'avoir une visibilité à moyen terme sur les postes disponibles. Nous nous heurtons au problème du financement de postes de chefs de clinique et d'assistants spécialistes dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint. Un certain nombre de postes de psychiatres sont vacants dans notre région depuis longtemps et du fait des restrictions budgétaires, ils ont finalement disparu budgétairement parlant. Dans ces conditions, comment faire de la place pour des jeunes si nous n'avons pas de quoi financer leur poste.

Les assistants travaillent en partie sur le CHU et peut-être faut-il leur fournir des techniques modernes. Nous avons pensé à la téléassistance médicale, à la télé expertise. Entre Sarreguemines, par exemple et Mirecourt, la distance est considérable et faire de l'enseignement dans ces conditions n'est pas évident alors qu'il faut pouvoir partager les connaissances à l'échelle d'une région.

Enfin, la possibilité d'exercice public et libéral me paraît importante. Beaucoup de jeunes collègues choisissent un mi-temps à l'hôpital et un mi-temps en installation. Pour l'instant, ils en sont assez satisfaits. Mais cela suppose de la souplesse, de la réactivité de la part des établissements hospitaliers. La qualité de vie des internes dans un établissement suppose également de savoir investir. Les directeurs d'établissement sont parfois un peu frileux. Acheter une télévision pour la chambre de garde, par exemple, est un détail qui améliore énormément le quotidien au bout du compte.

Le deuxième axe de réflexion que nous avons eu en Lorraine concerne l'évolution des métiers de façon plus générale. Pour la psychiatrie, nous devons nous inscrire dans une complémentarité avec les autres professionnels, et il faut réfléchir à la manière d'améliorer cette complémentarité. Je pense aux psychologues, mais aussi aux infirmiers, dont la spécialité d'infirmier en psychiatrie va disparaître, et qui sont des aides très importantes dans notre profession. Dans l'établissement dont je préside la commission médicale d'établissement, nous réfléchissons depuis plusieurs années à la démographie, mais aussi aux évolutions des demandes de soins, pour intégrer de façon plus importante les infirmiers à la fois en première ligne, c'est-à-dire comme une aide au diagnostic, mais aussi dans la prise en charge et le suivi des patients. Dans l'unité pour adolescents où je travaille, les internes viennent très volontiers,

nous avons recruté un assistant spécialiste récemment, donc je pense que cette modalité de travail est attractive en soi. Mais c'est aussi attractif pour les infirmiers car cela leur donne des perspectives différentes dans l'exercice de leur profession. Il y a une nécessité de renforcer les intérêts pour les différentes professions.

Dr Michel Legmann

Quelques remarques sur le *numerus clausus* et ses rapports entre la sortie des études, les diplômes obtenus et l'exercice pratique de ces diplômes. Un des sujets les plus conséquents pour nous est de voir qu'un certain nombre de diplômés n'exercent pas dans le cadre du diplôme qu'ils ont obtenu. À titre d'exemple, le conseil départemental de la ville de Paris comptait il y a quelques années 24 000 médecins inscrits à l'Ordre, dont la moitié environ de généralistes. Une enquête avait alors été réalisée pour savoir quel était le nombre de généralistes sur lequel nous pouvions compter pour l'exercice de la médecine générale. Le chiffre était de 3 500 sur près de 12 000 inscrits. Les choses ne se sont pas arrangées depuis, on a augmenté le *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, et à la sortie, nous ne retrouvons pas, pour dresser nos tableaux de garde, le nombre de médecins que nous pourrions escompter.

Sur la formation des internes, au nombre de 19 470 avec une projection à 27 800, est-ce bien raisonnable ? Je ne parle pas seulement de la capacité à les former, mais aussi de la qualité d'exercice. L'OMS nous a reconnu il y a quelques années un niveau de qualité d'exercice de la médecine en France parmi les tout premiers dans le monde. Cela va-t-il perdurer ou va-t-il falloir s'appuyer sur des formations comme celles dispensées en Roumanie par la faculté de Cluj qui attire nombre d'étudiants en médecine européens, notamment des Français ? Mais sans doute qu'à Cluj, les étudiants en médecine auront au moins vu une fois un enseignant et une fois un malade.

Enfin, concernant la formation des spécialités médicales, je suis tout à fait d'accord sur la dimension interrégionale, qui me paraît indispensable.

Dr Pierre Levy

Je précise qu'un objectif essentiel de la loi HPST est de coordonner le secteur public et le privé, l'ambulatoire et le médico-social. Aussi je m'étonne que vous n'évoquiez pas les établissements privés comme lieux de stage possible. Un grand nombre d'interventions sur les cancers, par exemple, se pratiquent essentiellement dans le secteur privé, et on ne l'utilise comme lieu de stage.

D'autre part, replacer la démographie médicale dans le cadre de la démographie générale est important, mais au-delà, se pose le problème de l'aménagement du territoire. Selon une dépêche de l'AFP d'hier, le ministre de l'Espace rural et de l'Aménagement du territoire a déclaré que le problème le plus important pour les communes rurales, avant la démographie médicale, était celui de l'installation du haut débit. C'est assez significatif. On ne peut pas en outre demander à une population médicale, qu'elle ait été bien ou mal formée, de s'installer dans un endroit où il peut ne pas y avoir suffisamment de patients à soigner.

Grégory Murcier

J'ai expliqué pourquoi la médecine libérale était moins attrayante pour nous. Je pense qu'on peut, certes, améliorer la formation, mais aussi modifier le mode d'exercice de la médecine libérale. Peut-être qu'une des solutions serait de développer les réseaux de soins pour permettre à l'interne qui s'installe de retrouver des fondamentaux qu'il connaît et de travailler ainsi plus en sécurité. Je ne voudrais pas qu'on pense que le *numerus clausus* est la solution miracle, qu'on ne forme que des médecins champenois ou lorrains et que la profession médicale devienne une profession régionale, comme l'était le mineur autrefois. Le *numerus clausus* couplé à l'ECN est un bon facteur pour fixer les médecins dans une région, mais à l'inverse, il sera plus difficile dans certaines régions, par rapport à la densité générale, de devenir médecin.

Restitution des débats

Dr Martial Olivier-Koehret, médecin généraliste

Mieux former les jeunes, mieux les répartir, est un élément important. Pour autant, nous savons qu'une fois formés, ils ne s'installent pas. Ce n'est donc qu'un des moyens d'aborder le problème. D'autre part, on voit toujours apparaître des attentes individuelles, c'est-à-dire que chacun va essayer d'utiliser au mieux les marges offertes par le système pour satisfaire ses aspirations, réaliser son propre cursus professionnel et son installation. À quoi tout cela sert-il ? D'abord à soigner les Français, et pour les soigner, la médecine ambulatoire se donne-t-elle les moyens d'être organisée ? La répartition territoriale en est un des éléments, mais pas le seul. Il y a aussi la capacité de travailler ensemble, à appréhender les nouvelles technologies. Quel est l'outil aujourd'hui qui nous permet de suivre ces évolutions, de nous adapter, et de garantir aux Français qu'ils seront soignés quels que soient leur pathologie et l'endroit où ils se trouvent ?

Pascale Echard Bezeau, Chargée de mission santé et cohésion sociale à la DATAR

(Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale)

Ce qui ressort des Assises du territoire menées actuellement, c'est que les deux priorités pour les maires et les habitants des communes rurales sont l'accès aux soins de premier recours et les nouvelles technologies. Nous travaillons à lier aménagement du territoire, infrastructure numérique et installation de professionnels. Par ailleurs, on constate que certaines régions sont attractives pour les catégories socioprofessionnelles supérieures et n'attirent pas les médecins. Les régions du Centre et de Champagne-Ardenne, par exemple, attirent les cadres, mais les médecins n'y viennent pas ou n'y restent pas. Le traitement de la situation doit être différencié en fonction de ces éléments.

Dr Charles Descours, Chirurgien

Les élus ont aussi un rôle à jouer. Le congrès des maires ruraux, il y a trois ans, a été entièrement consacré à l'installation des médecins. Dans mon département, l'Isère, un médecin généraliste vient de créer une maison médicale, à mille mètres d'altitude. Il a trouvé un autre médecin, il a des kinés, des infirmières, il fait venir des spécialistes de Grenoble ou de Gap une fois tous les dix jours, il a mis en place une télémédecine. Aujourd'hui, il y a donc une vie médicale. Il faut que tout le monde, y compris les élus, prenne en charge les questions de qualité de vie. Je suis optimiste, mais il faut de la bonne volonté.

Bastien Balouet

Pour rebondir sur l'implication des élus, la qualité de vie est un élément fondamental, mais la qualité de l'exercice également, notamment en lien avec d'autres professionnels. Cela nécessite, pour les professionnels comme pour les élus, de définir clairement un projet d'organisation très en amont.

Dr Pierre Levy

Et surtout mener des programmes autour d'un projet médical. Il ne suffit pas de réunir des professionnels de santé pour que ce soit réussi.

Matthieu Boisson, président d'internat en Poitou-Charentes, membre de l'ISNIH

Aujourd'hui, on a doublé le *numerus clausus*, on va doubler le nombre d'internes en formation, et tout cela à moyens constants, ce qui ne semble choquer personne. C'est un réel problème. Il y a la question de la capacité d'accueil dans les stages, mais également de l'enseignement, avec de grandes disparités dans les filières. Demain, il risque d'y avoir des disparités entre les villes. Il faut clairement poser le problème de l'augmentation des moyens alloués à la formation des internes et des étudiants en médecine.

Bastien Balouet

On est en train de saturer les capacités de formation des hôpitaux. La loi HPST ouvre la possibilité de faire des stages en établissement privé, mais il est nécessaire, notamment pour la médecine générale, de mettre en place des stages en ambulatoire. Il faut recruter des maîtres de stage, d'autant plus que cela fait maintenant partie des missions du médecin généraliste d'après la loi HPST.

Dr Michel Legmann

La loi HPST a introduit la possibilité d'une certaine mutualisation des moyens public/privé, et il est manifeste que les directeurs d'ARS pourront établir des contrats de formation entre l'université, les étudiants et les cliniques, voire les cabinets privés. Ce sera valable en chirurgie et dans les spécialités médicales. C'est une avancée.

Jean Gérard Gobert, pharmacien biologiste, coordination médicale hospitalière

Le doyen Yvon Berland nous a dit que le DES devait être le seul diplôme qualifiant permettant l'exercice de la profession. Nous avons été tout à fait d'accord avec cette affirmation au cours du travail qui a consisté à réformer la biologie médicale et qui vient de se concrétiser par une ordonnance le 13 janvier. Il y a le DES de biologie médicale, mais cette ordonnance comprend une série d'articles permettant à des personnes originaires d'autres pays de venir exercer la biologie en France. Or, beaucoup de biologistes de ces pays ne sont ni médecins, ni pharmaciens, et font des études beaucoup plus courtes que les nôtres en France. Cela ne pose-t-il pas un problème et n'est-il pas possible d'harmoniser en Europe les conditions de formation ?

Dr Michel Legmann

C'est une question préoccupante. J'évoquais précédemment la faculté de Cluj en Transylvanie, dont on parle beaucoup ces temps-ci. J'ai déjà soulevé cette question il y a deux ans, puisque cette filière qui, en médecine, permet de contourner le concours de première année, est utilisée par un certain nombre d'étudiants qui ont été recalés au concours en France. De nombreuses questions se posent concernant la qualité des formations, puisque la directive européenne a conduit à considérer les équivalences entre tous les pays européens, et donc les diplômes intracommunautaires sont valables dans les autres pays. À mon sens, l'affaire a été traitée avec beaucoup de désinvolture, et les formations sont loin d'être équivalentes actuellement. L'autre problème concerne la prise de participation financière de non-praticiens dans le secteur de la biologie et de la pharmacie. Les syndicats m'ont soutenu pour y faire obstacle, et nous avons pu y parer pour l'instant, mais pour combien de temps ?

Dr Patricia Lubelski, pédiatre libéral

Des problèmes de formation vont se poser avec l'augmentation des postes ouverts aux ECN, en particulier en pédiatrie où le nombre d'étudiants à former a beaucoup augmenté cette année, à notre grande satisfaction. Il me semble important de pouvoir conserver la pédiatrie générale, qui se pratique essentiellement en hôpitaux généraux et en libéral, et d'organiser des stages en pédiatrie libérale, avec une formation adaptée des maîtres de stage. C'est valable également pour la plupart des spécialités cliniques. Ce sont des pistes à explorer si nous voulons continuer à avoir une médecine de qualité, faire venir les plus jeunes en secteur libéral et avoir un meilleur maillage des territoires.

A priori, la pédiatrie ne devrait pas connaître de problème démographique à l'avenir, mais elle est en décroissance dans la pratique libérale. Beaucoup de pédiatres vont partir à la retraite et les cabinets ne seront pas repris. D'autre part, 25 % de la population a moins de 18 ans, et l'évolution du nombre de pédiatres ne va pas dans le sens d'un accompagnement de la natalité. Notre spécialité a également beaucoup évolué dans sa façon de prendre en charge les enfants, en particulier en matière de la prévention, et il faut que nous puissions faire de la coordination avec les moyens humains et financiers nécessaires.

Dr Michel Legmann

La pédiatrie libérale est en crise aiguë, en effet. C'est pourtant une très belle spécialité. Il y a probablement un problème de formation, mais elle est surtout financièrement sous honorée.

Grégory Murcier

Ont accès à un post-internat ceux qui font une surspécialisation. La formation simple de quatre ans des pédiatres ne forme pas à la pédiatrie libérale. Mais au bout de deux ans de surspécialisation, ils ont aussi beaucoup de mal à envisager de faire de la pédiatrie libérale qu'ils ne connaissent toujours pas mieux. C'est caricatural, mais extrêmement fréquent. C'est la même chose dans toutes les spécialités.

Pr Jacques Motte

Comme l'a dit Grégory Murcier, on ne peut pas augmenter le nombre d'étudiants indéfiniment sans augmenter le nombre d'enseignants. Je crois qu'il faut aussi réfléchir à la répartition des postes d'enseignant. D'autre part, se pose le problème de la pédagogie. Les commissions d'agrément doivent continuer à veiller à ce que les internes de médecine générale et de spécialité ne soient pas envoyés dans des endroits où on ignore quelle va être la pédagogie. Dans ma région, on se rend bien compte que certains services hospitaliers n'ont pas la pédagogie voulue et on leur retire l'agrément. Enfin, il faut éviter d'être caricatural. Je suis professeur de pédiatrie, et dans mon service, les internes qui sont chefs de clinique ne sont pas des sur-spécialistes et ils vont faire de la pédiatrie libérale. Il ne faut pas généraliser la situation des très grands CHU, ce n'est pas vrai partout.

Grégory Murcier

Je viens du CHU de Saint-Étienne, qui est l'un des plus petits de France et où cela se passe de cette façon. Je ne veux pas généraliser, mais je ne pense pas me tromper.

Bastien Balouet

En médecine générale, nous avons un vrai souci puisque la pédiatrie et la gynécologie font partie de notre maquette obligatoire alors que les terrains de stages hospitaliers sont totalement saturés.

Dr Pierre Levy

C'est bien que les élus, les parlementaires s'impliquent, mais cela ne doit pas rester des vœux pieux. Pour 6 000 étudiants, 10 professeurs ont été nommés alors que la loi HPST en prévoit 20 par an, et 17 chefs de clinique de médecine générale alors que la loi HPST en prévoit 50.

Marie Peltier, vice-présidente en charge de la démographie médicale, ANEMF
(Association nationale des étudiants en médecine de France)

On parle beaucoup de l'organisation du système de santé étant donné qu'à l'horizon 2030, le nombre de médecins va peut-être réaugmenter, mais nous avons vingt ans à combler, vingt ans pendant lesquels nous allons devoir exercer et pratiquer notre métier. Nous allons devoir pratiquer avec les autres professionnels de santé, et nous avons besoin d'être formés à cette interprofessionnalité. Dans ce cadre, il est essentiel que les terrains de stages le prennent en compte. Le stage en médecine générale est obligatoire lors du deuxième cycle, et il serait important d'intégrer cette dimension et de réfléchir à de nouveaux lieux de stage, comme les maisons de santé.

Nous aurons également besoin d'exercer de manière regroupée et de coordonner les soins pour une meilleure efficacité. Il est donc nécessaire de disposer de mesures institutionnelles permettant de le faire. Le Conseil de l'Ordre réfléchit aux modifications à apporter au Code, mais nous avons aussi besoin d'un cadre juridique, par exemple, sur les maisons de santé. Dans cette optique, nous appuyons fortement le rapport qui a été remis à la ministre sur les maisons de santé la semaine dernière.

Les ARS qui vont être mises en place cette année vont jouer un rôle majeur de coordination au niveau régional. Il serait intéressant que les SROS ambulatoires (schémas régionaux d'organisation sanitaire) qui vont être mis en place au sein des ARS prennent en compte les capacités de formation et l'activité de formation des médecins généralistes, par exemple, ou des médecins libéraux à plus long terme. Il serait peut-être également intéressant que les SROS ambulatoires prennent en compte les futurs professionnels de santé, leur formation, et l'investissement de leurs enseignants.

Enfin, attirer et conserver les médecins généralistes dans une région passe par des postes universitaires, par la volonté de leur donner envie d'enseigner. Ce qui suppose des mesures organisationnelles qui se décident avec les élus, par la mise à disposition de tout le réseau dont les médecins peuvent avoir besoin.

Dr Xavier Deau, médecin généraliste, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, et président du conseil départemental des Vosges

Nous travaillons au quotidien sur le terrain avec les élus locaux. Sur l'harmonisation, le concours national classant, le post-internat, nous sommes tous d'accord, aussi bien au niveau du Conseil national de l'Ordre des médecins que des différentes facultés. Les mesures incitatives mises en place à travers la loi n'ont rien donné sur le terrain. Nous avons tous conscience que l'image du médecin est à redorer, en particulier dans nos campagnes. Depuis le 1^{er} janvier, quatre cabinets de médecine de groupe ont fermé dans mon département. Par rapport à la liberté que prônent nos étudiants, et que j'ai prônée durant toute ma vie professionnelle, il me semble qu'une liberté sans contraintes n'existe pas et que face à la fuite des médecins généralistes vers des postes dits de médecine polyvalente hospitalière, où ils ne sont pas à leur place, il faut peut-être regarder ce qui se fait en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Europe. Si nous voulons avoir une vraie liberté, peut-être faut-il passer par une liberté un peu dirigée. C'est-à-dire demander à des médecins qui ont été formés dans une région d'y rester un certain temps.

Bastien Balouet

Je crois que tout le monde connaît notre discours et notre positionnement. Je pense que tout n'a pas été mis en œuvre pour que les futurs généralistes aient goût à la médecine générale, s'installent et l'exercent au sens où on l'entend. Les mesures incitatives ne sont pas connues. J'ignore ce qui existe dans ma subdivision. Les mesures organisationnelles ne sont pas mises en place. Si jamais tout cela échoue, il y aura le contrat santé solidarité, et une fois que tout aura été mis en échec, je veux bien que nous refassions le point. Il faut d'abord essayer de mettre en place des mesures qui favorisent la médecine plutôt que de la contraindre.

Dr Pierre Levy

L'un des facteurs qui décourage les jeunes médecins, ce sont les complications de l'exercice libéral. Je ne pense pas que les mesures votées récemment, comme les signalements d'absence, encouragent les jeunes à s'installer, en particulier en médecine générale.

Grégory Murcier

Plutôt que d'obliger les gens à y aller, mieux vaut faire évoluer la médecine générale pour qu'elle soit plus conforme aux attentes des médecins que vous formez et aux attentes de la population en général. Il me semble que nous n'avons pas tout exploré avant d'aller vers la coercition.

Anne Mignot, directrice des soins et conseillère technique régionale en DRASS Auvergne, infirmière de formation

Je souhaite rappeler l'intérêt que tous les professionnels paramédicaux portent à la situation des médecins dans notre pays. Pour pouvoir travailler de façon convenable et responsable, les infirmiers souhaitent disposer de proximité médicale, de compétences.

Pour répondre au docteur Schmitt sur la formation des infirmiers, je rappelle qu'ils n'ont pas toutes les spécialisations. Le diplôme est un diplôme d'État national depuis l'arrêté du 31 juillet 2009, et ouvre une voie d'accès à une formation universitaire, avec la mise en place du LMD (licence, master et doctorat). C'est une réforme importante que nous devons réussir en coopération. Le démarrage se passe très bien avec les universités, et donc avec les médecins. Le référentiel métier définit bien des compétences en lien avec des complémentarités. Les infirmiers sont habilités à évaluer les situations, à établir un diagnostic, conduire des entretiens, pratiquer des prescriptions, mais aussi à coordonner les soins. Le parcours du patient est notre préoccupation à tous. Les infirmiers ont les mêmes difficultés et les mêmes préoccupations que les médecins, qu'il s'agisse de la formation ou des stages.

Dr Michel Legmann

Nous sommes tout à fait favorables à ce type de coopération. Je suis en liaison régulière avec Dominique Leboeuf, président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, et nous sommes tout à fait d'accord pour le partage des tâches. Nous sommes très heureux de votre accès à l'université. C'est l'avenir.

Dr Christophe Schmitt

Le problème de la formation, qui revient dans les propos de chacun, est très important. Il y a sans doute des pistes à explorer pour élargir le socle de la formation, en se disant qu'elle est l'affaire de tous les professionnels de santé, quel que soit leur niveau. Qu'elle soit coordonnée au niveau universitaire, c'est sa vocation. Il serait important de contractualiser des coopérations entre établissements hospitaliers, universitaires ou non, pour améliorer et intéresser l'ensemble des médecins à la formation. Je pense que nous avons fondamentalement le devoir de transmettre. En psychiatrie, la formation des internes, par exemple, se fait aussi par les professionnels infirmiers. J'insiste sur la complémentarité des deux métiers et le travail en équipe. Sans doute y a-t-il une place à imaginer dans le post-internat et dans les fonctions d'assistant pour arriver à introduire nos jeunes collègues dans le libéral et qu'ils prennent la relève.

Dr Marie-France Le Gouaziou, médecin généraliste et coordonnatrice du DES de médecine générale pour la région Rhône-Alpes – Auvergne

Vous n'avez pas évoqué les postes qui restent vacants après les ECN, qui concernent surtout la médecine générale, et les 10 à 12 % d'internes de médecine libérale qui font des DESC, ce qui nous enlève une part importante de futurs généralistes. Concernant les stages transfrontaliers et les risques de « fuite », la Suisse, très proche de ma région, est très attractive et nous prend un certain nombre de médecins car les conditions d'exercice y sont meilleures. Le département de l'Ain est assez moteur actuellement, car il travaille au plus près de sa population, avec les médecins, et essaie de faire des maisons de santé en impliquant

déjà les internes. Des études montrent que les internes qui font un deuxième stage en médecine générale s'installent beaucoup plus rapidement que les autres, parce qu'ils sont généralement attirés par des maisons médicales, des projets.

La crainte des étudiants semble concerner les modes de rémunération en libéral, qui ne sont pas du tout adaptés à l'exercice, et je crois qu'un important travail serait à faire à ce niveau. Par ailleurs, il faut définir les missions de chaque professionnel ; sachant que l'exercice du médecin généraliste ne sera pas le même selon qu'il est à Paris ou à Lyon intra-muros, et en milieu rural. La coopération avec d'autres professionnels est également nécessaire. Je pense qu'un travail serait à faire pour que les futurs généralistes sachent ce que l'on attend d'eux, combien et comment vont-ils être rémunérés de façon pérenne.

Par ailleurs, une campagne est en cours pour recruter des maîtres de stages d'externat. Pour transmettre un bon modèle, il faut des maîtres de stages formés et dynamiques, qui seront à même de montrer aux externes ce qu'est le métier, et pas uniquement en centre-ville, mais également dans les périphéries, dans les campagnes, comment exercer la médecine générale et comment concilier vie de famille et vie professionnelle.

Actuellement, la filière médecine générale n'est pas du tout attractive. Si beaucoup de jeunes femmes notamment se tournent vers la médecine de PMI ou de crèche, la coordination de maison de retraite, c'est parce que le temps de travail est limité et qu'il y a un salaire au bout. Il faut arriver à rendre l'exercice ambulatoire libéral attractif de façon à assurer le maillage du territoire, sans coercition.

À Lyon, les internes accomplissent leur formation chez des médecins qui font beaucoup de gynécologie et de pédiatrie. Si l'on compare avec ce qu'ils apprennent à l'hôpital, c'est très bénéfique, et nous avons cinq à six étudiants qui restent dix-huit mois en ambulatoire. C'est vers cela que nous devons tendre. D'autre part, pour améliorer le choix du deuxième stage, le remplacement est possible après le stage chez un praticien. De ce fait, les étudiants préfèrent un remplacement car c'est plus rémunérateur. Si nous voulons faire une filière avec des stages obligatoires et professionnalisant, un certain nombre de choses seraient à repenser pour rendre l'exercice de la médecine générale attractive un peu partout sur le territoire et que les jeunes découvrent ce qui se passe dans les régions. Les systèmes de garde sont très répulsifs. À Bourg, par exemple, il y a très peu d'installations parce que les systèmes de garde fonctionnent très mal, alors qu'à Valence, il y a beaucoup d'installations parce qu'ils marchent très bien. Ce n'est ni l'argent, ni les primes à l'installation qui font bouger les internes, mais la qualité du métier, la responsabilité, l'environnement professionnel et familial qui leur sont proposés.

Dr Christophe Schmitt

Je suis entièrement d'accord. Vous avez évoqué 10 à 12 % d'internes de médecine libérale qui font des DESC, mais c'est beaucoup plus qui aspirent à en faire. En d'autres termes, les DESC participent actuellement à l'attractivité du DES de médecine générale et ce problème est donc à traiter avec beaucoup de précaution, car cela peut avoir un impact majeur sur le choix de la médecine générale. Il y a beaucoup de souhaits de DESC au début de l'internat, et dès que le stage chez le praticien est terminé, nous avons un net décrochage des aspirations à un DESC. Concernant les modes de rémunération, le tout libéral ne correspond pas du tout aux aspirations des futurs professionnels. Certains sont incapables de demander un chèque au patient à la fin de chaque consultation, c'est au-dessus de leur force. Nous devons réfléchir à d'autres pistes : 22 euros pour une rhinopharyngite ce n'est pas trop mal payé, mais pour une femme qui vient de se faire battre par son mari, ce n'est plus la même chose.

Sur l'attractivité de l'enseignement, les maîtres de stage sont une clé. Le clinicat est aussi une accroche majeure, car les jeunes enseignants s'intègrent à l'université et sont proches des internes et des externes. Ce critère de valorisation est absolument majeur.

Chantal Berhault, directrice adjointe de la DRASS Languedoc-Roussillon

Vous avez évoqué la répartition des postes d'enseignants, la qualité des formations. Or, aujourd'hui, les internes sont formés essentiellement en stage dans les CHU ou dans les centres hospitaliers, vont chez le praticien, et demain pourront être formés en établissements privés. Ce qui nous préoccupe, c'est l'adéquation entre la formation et les nécessités de

fonctionnement des établissements de santé. D'autre part, concernant la rémunération des maîtres de stage, nous avons beaucoup de difficulté dans certaines régions à recruter des maîtres de stage ou des praticiens libéraux qui acceptent de recevoir des stagiaires. Je lance d'ailleurs un appel car nous aurons sans doute quelques difficultés, malgré la richesse de notre outil de formation, à proposer des stages à tous les internes de médecine générale.

Concernant le secteur privé, la loi HPST prévoit la possibilité d'ouvrir des stages dans les cliniques privées. Aujourd'hui, nous n'avons pas reçu d'information. Nos directions régionales sont sollicitées par les cliniques privées qui voudraient d'ores et déjà s'inscrire dans ces formations, et si nous voulons former les stagiaires que nous accueillerons l'année prochaine, il faut que nous puissions rapidement mettre en place cette ouverture.

S'agissant de la rémunération des internes, nous avons eu avec la tarification à l'activité (T2A) quelques modifications des enveloppes qui nous ont été allouées. Le système va-t-il se stabiliser et ne serait-il pas préférable que les crédits soient dévolus aux financements « sac à dos » (c'est-à-dire qu'ils soient liés aux internes réellement affectés) plutôt que d'avoir des enveloppes budgétaires d'établissement qui ne nous permettent pas toujours d'affecter les internes là où la formation est la meilleure ?

Pr Jacques Motte

Les commissions d'agrément font leur travail, elles vont continuer à le faire, elles vont étudier les demandes du secteur privé. Néanmoins, je crois qu'il est important d'avoir exploité au préalable toutes les pistes. Des obstacles administratifs gênent encore le développement. Chaque DRASS fonctionne avec son secteur administratif. Entre la Picardie et la Champagne-Ardenne, un certain nombre de villes sont frontalières, sont beaucoup plus près de Reims que d'Amiens. Elles dépendent néanmoins de la DRASS de Picardie, et donc les internes de Reims ne peuvent pas y aller, et les internes d'Amiens n'y vont pas parce que c'est trop loin. Des pistes comme celles-là sont donc à creuser pour développer les terrains de stage. Il faut rester extrêmement prudent et les commissions d'agrément doivent vérifier les qualités pédagogiques de ceux qui veulent accueillir des internes. On ne peut s'inventer enseignant, il faut avoir préparé la pédagogie et avoir du temps pour le faire, et je ne suis pas certain que tout le secteur privé soit convaincu de cela. Je ne voudrais pas que dans quelques années, les internes nous disent que nous sommes allés trop vite et que nous les avons envoyés dans des domaines, dans des endroits où on ne leur a pas prêté attention, où on ne les a pas écoutés.

Dr Pierre Levy

Il peut y avoir un stage de sensibilisation. Le jour où les stagiaires arrivent pour remplacer ou pour commencer, ils n'ont jamais vu comment fonctionne un cabinet de spécialiste de médecine libérale. C'est de la sensibilisation, il n'y a pas trop besoin d'expertise, c'est la relation avec le patient, tout ce qui caractérise la médecine libérale. Après, il suffirait de prendre modèle sur ce qui est fait pour les spécialistes. Actuellement, un certain nombre de formations des maîtres de stage leur permettent d'acquérir des qualités pédagogiques qu'ils n'avaient pas lorsqu'ils ont terminé leurs études.

J'ai été maître de stage durant une trentaine d'années à la Pitié-Salpêtrière. S'agissant du recrutement des maîtres de stage, nous avons toujours essayé de recruter en milieu rural, notamment dans l'Essonne, en Seine-et-Marne, le problème étant que les étudiants ne peuvent pas y aller. Il faut donc prévoir les projets de postes « sac à dos » qui permettront d'exporter les étudiants en milieu rural. Mais dans la région parisienne, par exemple, les étudiants sont obligés de concentrer leurs choix de stages à l'intérieur de l'agglomération parisienne parce qu'ils n'ont pas les moyens de se déplacer et que cela leur ferait perdre beaucoup trop de temps.

Pr Jacques Motte

Le stage chez le praticien est extrêmement important. Il n'y a que le médecin généraliste qui peut donner le goût de la médecine générale à l'étudiant, et dans ma faculté, en D2 (deuxième année du second cycle), une grande majorité d'étudiants font leur stage chez un médecin généraliste. Mais il faut aussi préparer le terrain.

Intervenant

Il faudrait réfléchir à des solutions simples. En ce qui concerne les stages dans le privé, je fais partie d'un groupe de discussion, et la première condition est une modalité d'agrément définie par les PUPH (professeurs d'université-praticiens hospitaliers) de la spécialité, parce que c'est indispensable. Les structures privées, que j'ai rencontrées, sont extrêmement demandeuses, mais quand elles commencent à comprendre les enjeux et les difficultés, elles se rendent compte aussi qu'il ne faut pas aller trop vite. Je pense qu'il faut commencer par quelques spécialités, et notamment les spécialités à plateau technique lourd, car les objectifs sont plus facilement discernables, puis ouvrir aux structures privées. À terme, j'espère avoir des stages type médecins généralistes dans les cabinets de rhumatologie, de dermatologie en ville. Mais pensons d'abord à la qualité de la formation.

Monique Reynot, DRASS Île-de-France

L'Île-de-France est souvent perçue comme une région toujours riche en ressources médicales et en capacité de formation. Les travaux qui ont été menés l'année dernière en liaison avec l'Observatoire nous ont permis de toucher de très près la réalité de terrain et de mesurer combien nous avons des zones d'ombre auxquelles il faudrait rapidement s'attaquer. Certes, nous avons encore une ressource médicale globalement importante, mais à l'exception de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne, la densité médicale des autres départements, toutes spécialités confondues, est non seulement inférieure à la moyenne régionale, mais également à la moyenne nationale. Même si le lien n'est pas direct, je pense que nous pouvons mettre cette situation démographique en corrélation avec des statistiques sur la mortalité prématurée élevée.

Autre point noir beaucoup plus important, la situation de la médecine générale. La pyramide des âges des généralistes exerçant en ville montre que la densité des moins de 55 ans sur l'ensemble du territoire régional est inférieure de 11 % à la densité nationale. La situation est d'ores et déjà extrêmement déficitaire. L'avenir est encore plus sombre car les travaux de l'Observatoire montrent qu'en 2006 et 2007, les inscriptions à l'Ordre en médecine générale se sont faites majoritairement sur Paris et la petite couronne, et qu'il n'y en a quasiment aucune en grande couronne.

Le nombre d'internes en Île-de-France est conséquent car l'appareil hospitalier est lui-même très important. Toutefois, l'offre de formation en stages ambulatoires est déficitaire. À l'heure actuelle, nous avons plus de mille internes de médecine générale en formation. Le bilan des sites d'accueil en ambulatoire montre qu'ils ne dépassent pas les 300 à chacun des semestres. Lorsque nous gérons les commissions de localisation des terrains de stage, nous ne dépassons guère 230 à 240 stages ambulatoires par semestre. C'est peu et un effort est à faire pour que la formation des internes de médecine générale dans notre région dépasse largement le cadre des stages hospitaliers.

La région Île-de-France peut paraître encore riche, mais elle a un problème à régler en termes d'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble du public de la région. Le public Seine et marnais a beaucoup plus de difficultés d'accès aux soins que le public du cœur de la région. Au-delà de ce premier enjeu, se pose celui de la construction d'une organisation des soins partant du réseau. La région Île-de-France, est très déficitaire en médecine générale de ville mais également en infirmiers libéraux. L'offre de soins de proximité dans la région est un véritable enjeu, dès maintenant, mais encore plus dans les années futures. Parallèlement, nous avons une richesse hospitalière importante.

Dr Christian Espagno, neurochirurgien en clinique, vice-président de la CSMF (Confédération des syndicats médicaux français)

Dans la région de Toulouse, les internes en formation de neurochirurgie viennent nous voir, de façon officieuse, l'après-midi et le week-end, pour avoir la chance de participer à des interventions chirurgicales. Des jeunes neurochirurgiens européens viennent réaliser leur board, de façon parfaitement officielle, ce qui ne pose aucun problème. Vous avez dit que

certains jeunes chirurgiens chez vous ont utilisé leur « droit au remord » pour changer de filière parce qu'ils n'ont pas eu la possibilité d'assister à des interventions chirurgicales. Je trouve que c'est absurde et qu'il faut rapidement changer cette situation.

Dr Sylvia Pontone, médecin anesthésiste réanimateur pédiatrique

Je m'intéresse depuis 1989 à la démographie médicale, qui va être la plus forte de nos contraintes pour avoir été la plus ignorée, indépendamment du contexte financier qui va forcément beaucoup bouleverser les choses. Je me réjouis de l'augmentation du *numerus clausus*, mais elle est arrivée trop tard et la gestion prévisionnelle va donc être très difficile. Nous allons devoir faire face à une situation de pénurie, qui existe déjà. Cette situation est très différente selon qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes. Dans les années à venir, le nombre de spécialistes va fortement diminuer, avec des situations très contrastées d'une discipline à l'autre. Et je me réjouis aussi de la mise en filière de l'ensemble des spécialités, même si nous l'avions demandé en 1991 et que cela vient trop tard aussi. L'augmentation du nombre d'internes va coûter de l'argent, mais nous ne devons pas être défaitistes, car il y a un enjeu de santé publique considérable et il faut rester très vigilant.

Il va y avoir une profonde modification de l'exercice de la médecine. Les progrès techniques vont entraîner des ruptures qu'il faudra prendre en compte. La féminisation de la profession représente une mutation sociologique très forte qu'il faut également intégrer.

Deuxième séance

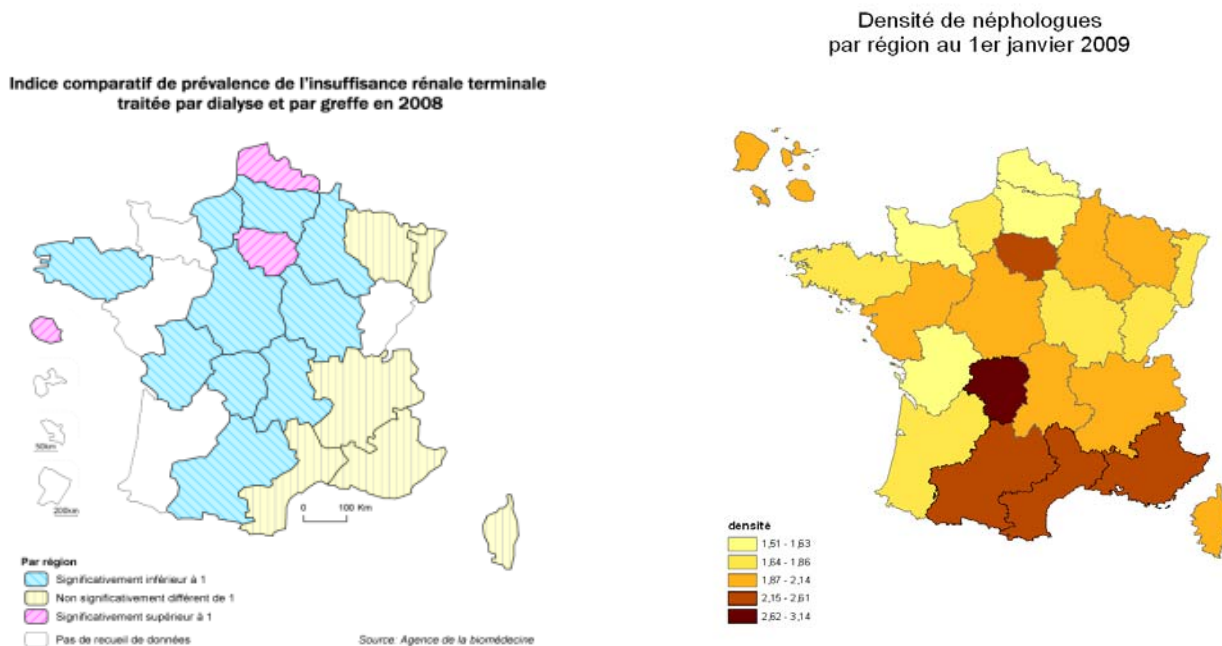
Des facteurs qui influencent la démographie et son observation

Sous la présidence du **Dr Élisabeth Hubert**
Présidente de la Fédération nationale des établissements de l'hospitalisation à domicile

Implantation des structures et localisation des professionnels : l'exemple de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Dr Dominique Baubeau, chargée de mission à l'ONDPS

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique au stade terminal, quel que soit le mode de traitement – dialyse ou greffe – est très inégalement répartie sur le territoire. Selon les données de l'Agence de biomédecine, les régions les plus affectées sont le Nord-Pas-de-Calais, l'Île-de-France et La Réunion.



En revanche, en ce qui concerne la densité des néphrologues au 1^{er} janvier 2009, le Nord-Pas-de-Calais se distingue comme une région à très faible densité. Enfin, si l'on rapporte le nombre de patients traités aux effectifs de néphrologues, l'Alsace et la Réunion sont les moins bien dotées, ce qui est lié, en Alsace, à l'importance du nombre des greffés.

La prise en charge de l'insuffisance chronique par dialyse fait appel à des techniques de suppléance qui imposent aux patients des séances pluri hebdomadaires. Après les débuts héroïques où le traitement n'était dispensé qu'à un très petit nombre, l'accès a été facilité au travers d'un double mouvement.

D'une part, le développement des alternatives au centre lourd, destinées aux patients sans comorbidité et suffisamment autonomes, telles que l'hémodialyse à domicile, l'autodialyse ou la dialyse péritonéale continue ambulatoire. À partir des années 1990, ce mouvement s'est trouvé freiné, en raison du vieillissement des patients nouvellement pris en charge et de la fréquence des co-morbidités, de sorte que la part des patients traités par centre ou unité de dialyse médicalisée n'a cessé de croître ces dernières années.

D'autre part, pour minimiser les transports, des centres et des unités de dialyse médicalisées ont été créés, au plus près des patients. Il n'existe cependant pas de bilan national à l'heure actuelle du nombre total des structures autorisées.

En 2002, des normes ont été mises en place. Elles imposent à chaque centre de disposer d'au moins deux néphrologues, et exigent la présence ou la disponibilité immédiate de médecin pendant toute la durée de séance en centre lourd et en unité de dialyse médicalisée. De ce fait, la démographie des néphrologues est devenue un facteur déterminant pour la création des centres et pour leur maintien. De plus, l'organisation territoriale des structures est également

déterminante : pour un nombre donné de patients, plus les structures sont nombreuses et dispersées sur le territoire, plus elles requièrent de néphrologues.

Une étude a été réalisée dans quatre régions grâce aux comités régionaux de l'ONDPS et à des correspondants locaux de la discipline. Elle illustre et précise ces différents constats.

Le nombre de structures « consommatrices » de présence médicale a augmenté de 50 % en 5 ans (centres lourds et unités de dialyse médicalisées)

	Total des autorisations en CL ou UDM en 2003	Total des autorisations de CL ou UDM en 2008	Nombre de patients supplémentaires traités en CL ou UDM en 2008, par rapport 2003
Alsace	11	14	324
Auvergne	7	13	202
Nord - Pas de Calais	18	26	364
La Réunion	5	14	264
Total	41	67	1 154

Si au total, le nombre des autorisations en centre lourd et en unité de dialyse médicalisée a augmenté de 50 %, celles-ci ont été relativement peu nombreuses en Alsace, très nombreuses à La Réunion (quasi-triplement). On n'observe pas cependant de parallélisme avec le nombre de patients supplémentaires.

Une répartition et une organisation variables selon les régions (centres lourds et unités de dialyse médicalisées)

	Nombre de médecins intervenant	Nombre de patients traités en CL ou UDM en 2008 (1)	Sites géographiques de traitement imposant une présence médicale (2)	Ratio "Nombre de patients (1) / Nombre de sites géographiques (2)
Alsace	36	892	10	89
Auvergne	24	467	10	47
Nord Pas de Calais	71	1 617	22	71
La Réunion	22	674	12	56
TOTAL	153	3 650	54	66

L'organisation territoriale de ces structures est très variable selon les régions. Ainsi en Alsace, les centres lourds et UDM pourtant gérées par des entités différentes ont été quasi systématiquement rapprochés géographiquement, de manière à ce qu'une même équipe médicale assure la permanence exigée. Ceci se traduit aussi par un ratio moyen de patient par site médicalisé élevé par rapport aux autres. À l'autre extrême, La Réunion ne dispose pas du nombre minimal de médecins pour assurer l'encadrement des 12 sites géographiquement séparés (dont plusieurs sont situés dans les mêmes communes).

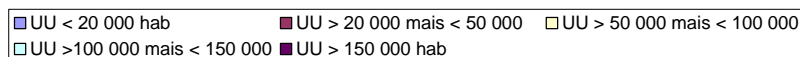
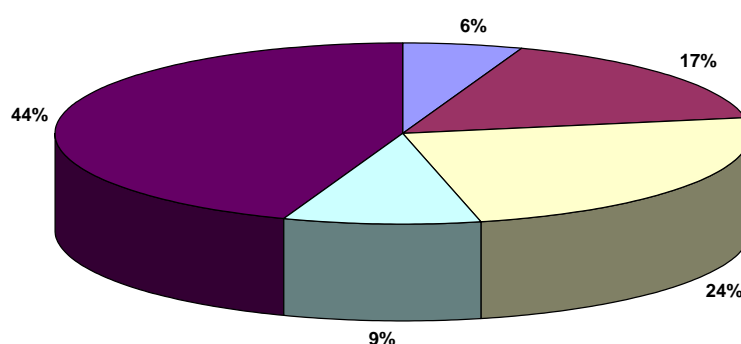
D'une façon générale, à partir de l'analyse fine des implantations, on constate que l'optimisation des ressources médicales pourrait encore progresser, notamment dans certains centres hospitaliers universitaires, qui ont encore plusieurs sites différents nécessitant chacun une présence médicale.

L'étude des communes d'implantation selon la typologie des tranches détaillées urbaines de l'INSEE montre en premier lieu que, conformément aux objectifs d'accessibilité indiqués plus haut,

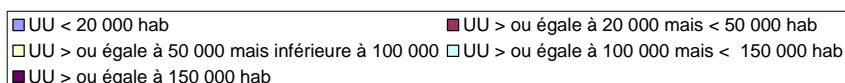
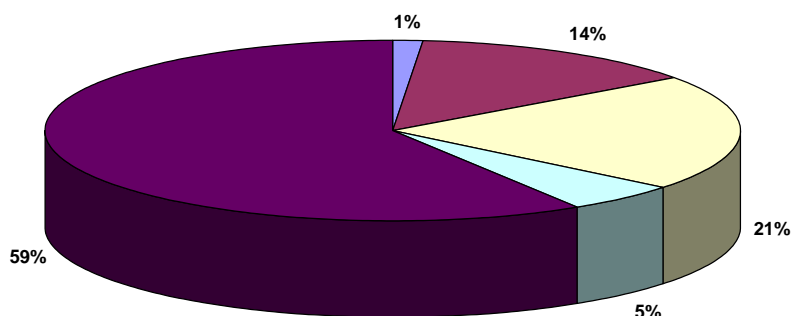
les structures destinées aux patients les plus lourds sont implantées de façon assez diffuse sur le territoire, y compris dans des communes de moins de 50 000 habitants comme Moulins Yzeure, Aurillac, Le Puy, Saverne, Fourmies ou Cambrai.

Si on analyse en parallèle, le lieu d'exercice principal des 153 médecins impliqués dans ces 4 régions (interrogés par questionnaire), on voit qu'en proportion, ces communes de moyenne importance sont nettement moins représentées. Cette dissociation se traduit, dans le Nord-Pas-de-Calais et La Réunion qui, on l'a vu, ont une densité faible de néphrologues, par le fait que plus du tiers des médecins partagent leur activité entre plusieurs sites médicalisés distincts géographiquement, alors que ce n'est le cas que pour une très petite minorité en Alsace.

Répartition des communes d'implantation des structures médicalisées



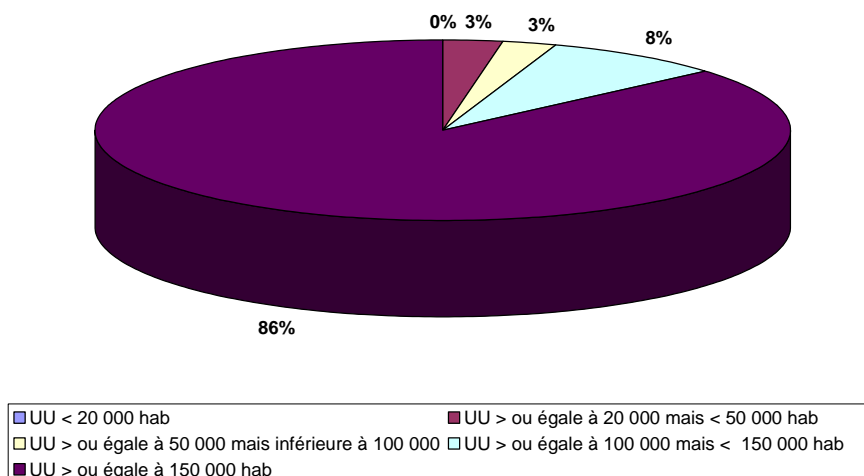
Répartition des communes d'exercice des médecins



Cet écart entre la taille des unités urbaines où sont implantés les centres lourds et celle des lieux où les médecins choisissent d'exercer, se traduit également dans les hôpitaux publics, au travers des vacances de postes. Si la région Nord-Pas-de-Calais et La Réunion connaissent des

difficultés de recrutement même dans des pôles urbains conséquents (100 000 habitants ou plus), dans les deux autres régions comme au niveau national, la majorité des postes durablement vacants publiés sur la liste des postes prioritaires, se situent dans des hôpitaux d'unités urbaines de 50 000 habitants ou moins. La taille modeste des équipes intervient aussi sans doute. En réponse, on voit ainsi s'esquisser dans le Nord des regroupements entre les équipes médicales de plusieurs centres.

Répartition des communes d'exercice des jeunes néphrologues



Dans le cadre de cette étude, une enquête complémentaire a été réalisée auprès des 39 jeunes néphrologues formés entre 1996 et 2006 en Alsace, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais. Elle montre que leur concentration dans les pôles urbains est encore plus nette que pour les générations précédentes. Par ailleurs, un tiers a changé de région pour s'installer.

Ces résultats illustrent parfaitement les constats et les perspectives figurant dans le rapport sur la démographie médicale hospitalière.

On peut craindre que les difficultés que rencontrent déjà certaines régions pour maintenir certains centres lourds, comme La Réunion ou le Nord-Pas-de-Calais, ne s'aggravent pour deux raisons.

- Les départs en retraite vont être prochainement nombreux dans des régions à la fois attractives et mieux dotées. Ceci entraînera inévitablement un appel d'air vers ces régions.
- Cet effet pourrait être amplifié si, dans ces mêmes régions, les créations de structures lourdes continuaient au même rythme que ces dernières années. L'arrêt des ouvertures de nouveaux centres est donc une urgence.

Le rapprochement géographique des centres lourds et unités de dialyse médicalisée, comme cela a été fait en Alsace, s'impose également.

Enfin, les plus jeunes expriment de plus en plus le souhait d'un travail collectif en équipe et manifestent leur attirance pour des plateaux techniques conséquents situés dans les pôles urbains. Ceci devrait conduire à repenser le fonctionnement médical à travers la mutualisation des équipes, comme le préconise la mission concernant la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public et comme cela a débuté dans le Nord-Pas-de-Calais.

La complémentarité des professionnels de santé : l'exemple de la cancérologie

Dr Claudia Ferrari, INCa, institut national du cancer

En 2006-2007, nous avons réalisé un travail sur la radiothérapie, et en 2008-2009, sur le diagnostic des tumeurs. Nous avons rencontré les professionnels et analysé avec eux les caractéristiques de leur activité, les modalités d'intervention, les spécificités et les convergences. L'examen des modalités d'intervention des professionnels ainsi réalisé dans ces deux domaines cliniques et de prise en charge des patients aboutit au constat de la nécessaire complémentarité des métiers impliqués. Cette complémentarité s'opère toutefois de façon différente dans l'un et l'autre cas.

S'agissant du diagnostic biologique des tumeurs, les trois métiers médicaux analysés : biologistes médicaux, anatomo-cyto-pathologistes (ACP) et généticiens concourent à établir le diagnostic, évaluer le pronostic et définir la réponse thérapeutique. Ces métiers complémentaires interviennent de façon séquentielle mais pas toujours systématique.

En premier lieu, on doit souligner que la part que chacun consacre à la cancérologie est très différente. Cette part est d'environ de deux tiers pour les ACP. L'examen d'anatomo-cyto-pathologie est fondamental car il pose le diagnostic de cancer. Les biologistes n'y consacrent que 1,5 % de leur activité en secteur libéral. Ce sont surtout dans les établissements de santé que l'activité biologique est consacrée au cancer (CHU et centre de lutte contre le cancer – CLCC) et elle est souvent liée à la recherche. Les examens de génétique sont réalisés dans un but diagnostic mais aussi d'évaluation du risque, en particulier à partir de la génétique constitutionnelle, qui se rapporte non pas à la tumeur mais à la personne.

Le diagnostic des tumeurs explore donc deux domaines différents, celui des caractéristiques de la tumeur et celui des facteurs liés à l'hôte. Ces deux domaines requièrent des professionnels qui ne sont pas nécessairement les mêmes, et qui sont peu en interaction directe dans l'exercice de leur activité, même si elle concerne un même patient.

Le diagnostic biologique des tumeurs est une activité complémentaire, séquentielle mais pas toujours systématique et peu centralisée. Un regroupement de moyens, d'activité et de ressources humaines serait souhaitable pour permettre une organisation plus efficiente, en particulier du point de vue de la lisibilité du parcours diagnostic pour les patients. C'est déjà le cas pour la biologie et, de façon partielle, pour la génétique.

La complémentarité en radiothérapie se présente sous un jour différent, on peut parler dans ce cas d'un collectif interdisciplinaire. Cette activité est réalisée dans une unité de lieu de façon simultanée avec différents métiers : les oncologues radiothérapeutes, les physiciens médicaux, les manipulateurs en électroradiologie, les dosimétristes et les qualitatifs. L'activité de radiothérapie est fortement encadrée par des normes de qualité et de sécurité pour les patients, mais également de radioprotection et d'utilisation de l'équipement. Elle fait l'objet de contraintes réglementaires fortes pour les professionnels en termes de normes de présence et d'activité pendant le traitement, mais également des obligations de formation initiale et continue, notamment pour les physiciens médicaux.

Il existe des facteurs communs dans les deux cas examinés, en dépit de la nature assez différente de la complémentarité des métiers.

Si on regarde les formations et les qualifications des professionnels du diagnostic, on voit d'abord que ces métiers ont d'autres exercices. Il est donc parfois difficile de cerner quelle est la part de la cancérologie. Ceci est particulièrement difficile pour les onco-généticiens, car certains spécialistes peuvent avoir acquis des compétences complémentaires en génétique et exercer les deux activités.

En ce qui concerne la radiothérapie, de la même façon, à l'exception des oncologues radiothérapeutes qui ont un exercice exclusif, 85 % des physiciens médicaux font de la

radiothérapie, et seulement 12 % environ des manipulateurs en électroradiologie exercent en radiothérapie, ce qui dénote une faible attractivité de la radiothérapie pour les manipulateurs.

L'autre point commun se rapporte aux impératifs organisationnels pour assurer la sécurité des actes et l'optimisation des ressources humaines.

Les spécificités des professionnels sont liées à la nature des actes, aux évolutions techniques et scientifiques et au partage des compétences. La tendance, dans les deux exemples, est d'aller vers des regroupements de moyens, d'activité et de ressources humaines, qui peuvent prendre deux formes, soit un plateau technique autour d'une même activité, soit une plate-forme mutualisant plusieurs activités.

En 2009, les centres de radiothérapie sont au nombre de 175 sur l'ensemble du territoire, et la répartition des plates-formes biologie-pathologie-génétique moléculaire (Inca-DHOS) montre que la génétique s'organise, mais de façon encore partielle.

En conclusion, la complémentarité est un processus permanent, qui se construit depuis la formation initiale et qui s'alimente dans le cadre de la formation continue. Définir des nouveaux métiers et mieux reconnaître les compétences des métiers non médicaux est essentiel pour travailler en complémentarité, mais aussi pour préserver l'utilisation des ressources médicales.

Le trait d'union entre les différentes actions, c'est soutenir les coopérations entre les professionnels, veiller à la cohérence des maquettes de formation et aux possibilités de stages susceptibles de consolider échanges entre les métiers, promouvoir l'exercice collectif de la cancérologie, et former à de nouvelles compétences. Sans oublier le maillage territorial afin d'essayer de réduire les inégalités sur le territoire.

Dr Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD

Les deux tableaux qui viennent d'être dressés sont réalistes, mais quelque peu inquiétants puisque, au-delà d'un constat habituellement véhiculé autour de quelques spécialités, et notamment la médecine générale, on voit que le problème de l'inégalité porte également sur l'accès à bien d'autres soins que ceux de premier recours, avec une réelle inégalité territoriale qui risque de s'amplifier dans les prochaines années. Des besoins non couverts et des territoires qui ne pourraient pas offrir ce type de soins, voilà deux éléments qui constituent une vraie injustice sociale, laquelle justifie pleinement des décisions et des missions fortes.

Les patients ont de plus en plus la volonté de s'approprier leur santé et d'en être pleinement acteurs et pas simplement spectateurs. Est évoquée une vision plus globale, moins segmentée des soins, mais nous sommes face à une contradiction numérique du fait qu'un certain nombre de personnes ne s'orientent pas vers des exercices dont nous avons pourtant besoin.

La loi HPST est une boîte à outils qui nous a donné un certain nombre de possibilités. Néanmoins, il reste à en imaginer la déclinaison par les ARS. Dans les années à venir, nous devons développer une approche beaucoup plus en adéquation avec les évolutions non seulement sociologiques, économiques et financières, mais également liées à l'efficacité médicale et à une optimisation de l'ensemble de notre système de soins. Ceci ne pourra se faire qu'en intégrant deux éléments, qui vont probablement bouleverser notre exercice professionnel. Le premier est le développement des systèmes d'information, la télésanté, la télémédecine, pour répondre à une part de la désertification des territoires. Le second est une meilleure coopération entre les professions de santé, qui ne soit plus un lien de sujétion entre les professions prescrites et les prescripteurs, mais un véritable outil pour une coordination des soins, ce qui impose une vision fondamentalement différente de nos relations et un respect mutuel en reconnaissant que nous avons chacun des compétences. Il faut arrêter de penser que parce que nous disposons d'un diplôme de médecine, nous sommes omnipotents. Cette vision est passéiste. Travailler en équipe, de façon différente pour répondre aux besoins des nouvelles générations est le chantier que nous avons à bâtir.

L'anticipation des évolutions et des besoins de prise en charge des patients

Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président de la FSM
(Fédération des spécialités médicales)

Le problème récurrent est celui du cloisonnement des structures et des intervenants. Le sujet de cette table ronde est une des motivations qui a présidé à la construction et la transformation de la fédération de spécialités médicales. Nous l'avons fait autour d'un nouveau concept, celui de conseils nationaux professionnels, avec pour seul objectif la qualité. Nous pensons que l'anticipation doit fortement impliquer la base, c'est-à-dire le cœur des métiers.

Il faut une appropriation par les professionnels de la réflexion sur tous les sujets relatifs à l'évolution scientifique et organisationnelle. Nous sommes en train de mettre en place notamment le développement professionnel continu, c'est-à-dire une partie de l'évolution d'un professionnel au service du patient et de la qualité.

L'organisation des professionnels en conseils nationaux prend en compte toutes les composantes de la spécialité, y compris dans le cadre de la médecine générale, en introduisant une structure capable de mener une réflexion pluriannuelle, au plus près du terrain, prenant en compte les différents acteurs concernés. Par ailleurs, la transversalité de la fédération nous permet de mener une réflexion commune, elle aussi fondée sur l'évolution scientifique et organisationnelle.

La réflexion pluriannuelle en intra spécialité peut tenir compte de la démographie, elle peut l'associer aux données scientifiques, à l'évolution des pratiques, ce qui permet d'envoyer des signaux sur les besoins de praticiens en formation, de favoriser un rééquilibrage entre les secteurs d'exercice, et d'avoir immédiatement une réflexion avec les autres professionnels de santé et une vraie coopération. Dans cette structure, nous avons réussi à impliquer les gynécologues médicaux et les obstétriciens qui sont en train de constituer un conseil national commun sur tous ces sujets. Les sages-femmes ont également exprimé le souhait d'entrer dans la fédération des spécialités. Une réunion se tiendra prochainement avec les dentistes.

À aucun moment il ne faut être coercitif, mais nous devons être proactifs, travailler ensemble, tout cela en harmonie avec les autres partenaires, notamment l'Observatoire national, l'Ordre, les ARS.

Dr Élisabeth Hubert

Ces efforts de transversalité représentent beaucoup d'énergie et j'entends bien votre conclusion sur le fait de ne pas être coercitif. Le problème est qu'on en parle depuis longtemps, mais disposons-nous de suffisamment de temps pour satisfaire les besoins et pour donner du temps au temps. Si à un moment ou à un autre, on ne fixe pas la fin de la récréation, nous avons un peu tendance à prendre notre temps.

Pr Michel Godin, néphrologue à Rouen

J'interviens en tant qu'homme de terrain comme praticien hospitalier, donc proche des patients, et en tant qu'homme de terrain universitaire, proche de ses DES, qui doit les conseiller sur leur carrière, mais qui doit également gérer sa région en termes de fonctionnement. Je suis néphrologue en Normandie, où l'attractivité n'est pas toujours au rendez-vous. Selon moi, la démographie hospitalière, en termes de besoin et de prise en charge des patients, présente deux caractéristiques. D'une part, la spécialisation, voire la surspécialisation. D'autre part, la complémentarité, la coordination.

Il faut distinguer les besoins et les souhaits des patients, car la frontière est parfois difficile à définir. La spécialisation permet la sécurisation, l'organisation, le bon fonctionnement, de la chirurgie ambulatoire par exemple. Ce qui m'inquiète, c'est la surspécialisation qui fonctionne sur un mode un peu discutable, source éventuelle de désorganisation, voire d'auto entretien ou d'auto développement. C'est ce que j'appelle le « Renault minute » de la santé. C'est par exemple l'enfant qui a de la fièvre le dimanche soir et qui va être conduit par ses parents aux

urgences pédiatriques. Ils auront l'avis d'un pédiatre urgentiste, l'examen otoscopique, la radio pulmonaire si nécessaire, la numération de formule, l'ordonnance, et parfois le début du traitement délivré par les infirmières. C'est probablement un bon système, mais c'est une sorte de détournement de la filière de soins. Dans la transplantation rénale, beaucoup de nos patients commencent par téléphoner à leur néphrologue habituel, mais du fait que le circuit est un peu moins rodé et que l'organisation n'est pas structurée pour cette prise en charge, ils téléphonent au centre de transplantation. Le patient va donc contourner la filière de soins. Nous devons faire en sorte que cette surspécialisation n'entraîne pas une déviance de notre fonctionnement, car elle s'auto-entretient et entraîne un véritable cercle vicieux en termes d'organisation.

La complémentarité va de soi, sauf qu'en matière de démographie hospitalière, outre le fait d'être attractive, elle permet de mutualiser les contraintes, notamment administratives. C'est un regroupement de spécialisations et de complémentarités. C'est là que se pose la question du seuil d'activité. C'est, d'une part, la taille minimale du regroupement pour déconcentrer suffisamment les structures. On ne va pas tout mettre dans les CHU ou dans les très grandes villes. À l'opposé, il faut une taille minimale d'équipe pour que ce soit attractif pour les médecins dans un environnement géographique qui ne l'est pas obligatoirement, comme dans les petites villes de 50 000 habitants. Mes collègues de Basse-Normandie sont à la recherche de néphrologues pour des villes comme Saint-Lô, Flers. Bref, ce problème de démographie hospitalière est à gérer, avec une taille minimum d'équipe. En tout cas, les solutions à trouver ne sont pas simples, et il faudra un jour envisager de réguler tous ces systèmes.

Dr Elisabeth Hubert

Vous évoquez le risque de désorganisation de notre système par son hyperspécialisation. Le généraliste, dont on dit toujours qu'il doit être le médecin de synthèse ou de recours, n'est finalement qu'un simple orienteur d'un système qui s'est complètement spécialisé. La complémentarité, la mutualisation, la notion de proximité qui doit être liée à une efficacité, la qualité et la sécurité, sont des éléments essentiels. Vous évoquez la difficulté des néphrologues à Saint-Lô ou à Flers, mais je n'ai toujours pas compris pourquoi dans une ville comme Nantes, de 800 000 habitants, on n'arrive plus à faire en sorte que les médecins généralistes s'y installent, alors que cela résoudrait bien des problèmes.

Richard Barthès, directeur de l'accompagnement des projets structurants

Le point de départ est de correctement identifier les besoins de prise en charge des patients, mais aussi de déterminer leurs conséquences en termes de métiers et de compétence ; il faut passer à mon sens, par une phase intermédiaire que l'on pourrait appeler diagnostics territoriaux pour l'emploi. Beaucoup de régions se sont lancées dans ces travaux qui consistent à étudier, territoire par territoire, les conséquences des prises en charges en termes de métier, de volume et d'effectif dont on a besoin. Ces diagnostics territoriaux vont, dans un second temps, éclairer la décision et permettre aux décideurs d'augmenter ou de baisser les quotas pour certains métiers. En région Midi-Pyrénées, par exemple, à partir de ces diagnostics territoriaux, nous avons augmenté de 15 à 20 % les quotas d'infirmiers, de manipulateurs radio, et de masseurs kinésithérapeutes.

Deux éléments me paraissent importants.

- D'une part, les filières d'accès au métier qui existent ou non. En Midi-Pyrénées, compte tenu des fortes évolutions démographiques, il y a un très grand besoin en aides à domicile et pour le suivi des patients en dehors des structures de santé. L'ergothérapie est apparue comme un besoin indispensable ; or nous n'avons pas d'école d'ergothérapeute en Midi-Pyrénées. Cela évoluera probablement sur la base de ces diagnostics territoriaux.
- D'autre part, la coordination des prises en charge. Nous n'avons pas encore de master de coordination de la prise en charge, qui soit associé à des métiers et à des modes de rémunération.

Par ailleurs, l'adéquation entre les besoins et le marché du travail est une question tout à fait essentielle. Pour le métier d'infirmière, par exemple, l'inadéquation entre besoins et ressources est problématique pour la survie d'un certain nombre d'activités et de prises en charge.

Les nouveaux métiers sont assez rares, la plupart des métiers évoluent, se transforment, des activités réparties entre plusieurs métiers vont être regroupées. Sur la région Midi-Pyrénées, nous sommes en train de structurer un « cancérpôle » avec un certain nombre de partenaires. Le CHU, en collaboration avec l'institut de lutte contre le cancer, va créer une clinique universitaire du cancer au sein de ce « cancérpôle ». Un certain nombre d'acteurs, comme l'Inserm, les laboratoires Sanofi et Fabre, vont travailler ensemble, se coordonner. Dans ce cadre, nous avons mis en place une structure interne de réflexion sur les nouveaux métiers qui vont émerger par rapport à ce projet, et notamment sur la pratique avancée des infirmières. Se posera ensuite la question des équivalences statutaires et de la rémunération.

Dr Elisabeth Hubert

Les diagnostics territoriaux que vous évoquez sont tout à fait intéressants. Toutefois, c'est bien d'augmenter les quotas mais à condition d'être sûr que les personnes formées s'orientent bien vers l'exercice qui va être le leur. Concernant les kinésithérapeutes, par exemple, il existe une différence assez sensible entre les personnes formées et la satisfaction des besoins affichés. Dans un certain nombre de régions, il n'y a pas de problème de démographie des kinés, le problème étant que beaucoup refusent de se déplacer au domicile des patients, notamment en raison de leur faible rémunération. Par ailleurs, certains praticiens ne font plus de kinésithérapie mais se sont orientés vers l'ostéopathie. S'agissant des infirmières, qu'elles soient libérales ou salariées, on sait que leur durée de vie professionnelle est beaucoup plus courte que dans d'autres métiers. Peut-être faut-il s'interroger sur le fait elles ne continuent pas à exercer. Beaucoup, par exemple, font des gardes un week-end sur deux pour une rémunération supplémentaire dérisoire. En dehors du fait qu'une reconnaissance de leur formation va se faire au niveau Bac+3, ce qui répare une véritable injustice, et au-delà de l'adéquation entre des besoins en professionnels et leur satisfaction, encore faut-il apprécier la réalité de l'utilisation des professionnels formés.

Christian Saout, président du CISS

(Collectif inter associatif sur la santé)

Pour nous patients ou usagers du système de santé, plusieurs points posent des difficultés quant à l'anticipation des besoins de prise en charge. Tout d'abord du point de vue de la connaissance des phénomènes, nous ne sommes pas un pays d'évaluation, d'observation, même si nous y mettons davantage l'accent depuis quelques années. Les travaux de l'Observatoire montrent que ce n'est pas infaisable, loin de là, et que ce peut être fait avec rigueur et qualité. Nous ne sommes sans doute pas très bons non plus sur la prospective, sur la vision du système de santé à dix ou à quinze ans. Néanmoins, nous progressons un peu plus sur le diagnostic partagé. Nous, usagers, avons parfois le sentiment que le bon sens pourrait considérablement nous aider. Nous avons tous le souvenir qu'en première ou terminale, nous faisons un peu de géographie humaine, ce que nous avons manifestement oublié, tant en termes de démographie médicale que de vieillissement de la population française. La temporalité de la politique consistant à prévoir à cinq ans plutôt qu'à vingt-cinq, nous éloigne de la réflexion à long terme et des sujets d'avenir. En termes d'orientation politique, dans aucune de nos grandes lois ou de nos grandes programmations, nous ne pouvons retrouver une priorité nationale sur un sujet comme celui qui nous occupe. Même si la loi HPST fait apparaître une préoccupation organisationnelle, il lui manque l'intentionnalité politique par rapport à un tel outil.

Sur l'anticipation, nous sommes également limités par une absence d'écoute ou de sensibilité aux alertes. Du côté associatif, nous avons l'impression de répéter sans cesse la même chose. Que disons-nous ? Que nous voulons un parcours de soin coordonné, quels que soient l'âge et l'intensité de la pathologie. Que nous voulons une réponse au besoin d'évolution structurelle, notamment du côté de la pratique médicale avec la pluridisciplinarité ou la pluri professionnalité. Se pose également, à vingt, trente ou quarante ans, le souci qu'auront les patients de trouver un hébergement ou une activité professionnelle, celui du maintien à domicile et de l'hospitalisation à domicile.

La troisième problématique sur laquelle nous ne cessons de donner l'alerte est celle des logiques coopératives, dont nous voyons qu'elles ont beaucoup de mal à émerger. Et quand la loi s'y intéresse, elle met en place un mécanisme d'autorisation. Sans parler de la protection des droits individuels, notamment des données personnelles de santé.

Par ailleurs, nous sommes très gênés par un certain « médico-centrisme ». On a brillamment évoqué ce matin les évolutions professionnelles. J'ignore si ce sont de nouvelles structures, de nouveaux métiers ou de nouvelles compétences. Les usagers ont le sentiment que nouvelles compétences, ce serait déjà pas mal. Proposer aux infirmières, par exemple, un nouveau projet professionnel pour devenir infirmière de coordination, est plutôt bien du point de vue des réponses aux problématiques de pénibilité du travail. Il faut sortir du « tout médical » et mobiliser peut-être de nouveaux savoirs du côté des sciences humaines et sociales, de l'économie, voire du côté des sciences politiques.

Deux points nous semblent extrêmement préoccupants, sur lesquels les sciences humaines et sociales pourraient nous aider.

- La montée de l'individualisme dans la deuxième période du xx^e siècle nous prive de références collectives, mais a l'avantage de nous donner l'envie de déterminer nos propres vies, que ce soit du côté des professionnels de santé ou de celui des patients. Pour les patients, il s'agit du respect de leur stricte volonté individuelle. Pour les professionnels de santé, il s'agit des limites qui ont été évoquées, comme le fait de partir s'installer dans tel ou tel endroit qui ne correspond pas forcément aux aspirations qu'ils pourraient légitimement avoir. Il faut donc réfléchir à la façon dont notre société va s'orienter dans les dix ou vingt ans à venir de ce point de vue.

- Deuxième point sur lequel l'économie et les sciences politiques pourraient nous aider. À quoi vont nous servir d'avoir des soins coordonnés demain si nous ne pouvons plus y avoir accès ? Les années 1980 et 1990 ont été pour nous des années de problématiques de sécurité ou de qualité des soins, mais globalement le défi a été relevé. En même temps, les marges de manœuvre sont limitées, on aura sans doute du mal à faire mieux sur le nosocomial, par exemple, avec des populations très vieillissantes et qui arrivent aux portes de l'hôpital immunodéprimées. Les soins coordonnés de demain vont-ils être réservés à la population économiquement la mieux insérée ou tout le monde y aura-t-il accès qu'il soit riche ou pauvre ? C'est un vrai défi démocratique, un vrai défi de cohésion sociale, qu'il faut mettre dans l'agenda. On se préoccupe de l'agenda retraite au prix de l'abandon de l'agenda dépendance et de l'agenda santé. Nous craignons que d'ici deux ou trois ans, parce que la priorité aura été donnée à l'agenda retraite, il n'y ait pas de solidarité sur celui de la dépendance ou de la santé et que nous soyons obligés de faire confiance au mécanisme assurantiel pour garantir l'accès aux soins coordonnés coopératifs que nous espérons tous.

Dr Elisabeth Hubert

Les progrès réalisés qui permettent aujourd'hui un certain nombre de succès peuvent demain être mis à mal du fait d'un problème d'accès qui est souvent qualifié à travers sa vision financière ; le financier étant souvent porté par un défaut d'information. La proximité n'est pas gérable pour un certain type de soins, mais la pire des injustices aujourd'hui, c'est de ne pas être informé, de ne pas pouvoir se déplacer, d'être isolé, surtout quand on a de faibles capacités financières. C'est un défi important à relever.

Restitution des débats

Baptiste Michaux, président de la FNEK

(Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie)

Vous avez évoqué l'absence de problème démographique des kinésithérapeutes sur le territoire français, le fait qu'ils ne voulaient plus se déplacer au domicile des patients, notamment en raison de leur faible rémunération, et le fait que beaucoup de kinésithérapeutes s'orientent de plus en plus vers l'ostéopathie. C'est très caricatural. Peut-être est-ce dû à une mauvaise connaissance du terrain. Je ne pense pas que les kinésithérapeutes fassent tous de l'ostéopathie, et les personnes qui interviennent en centre de rééducation fonctionnelle, à titre de salarié ou en libéral peuvent le confirmer. Un récent rapport de l'ONDPS sur le métier de kiné évoque un manque de kinésithérapeutes sur le territoire, notamment en milieu salarié, et une mauvaise formation initiale. Renforcer la formation initiale pourrait peut-être permettre aux kinésithérapeutes de mieux répondre aux problèmes de santé.

Dr Elisabeth Hubert

En effet, le contenu de la formation devrait être plus adapté aux besoins. Le problème de démographie des kinésithérapeutes est inégal sur le territoire. Qu'on m'explique pourquoi à certains endroits, lorsque nous avons besoin d'un kinésithérapeute en hospitalisation à domicile, on ne peut pas accepter le malade parce qu'on ne trouve de kiné qui accepte de se déplacer. Sur un certain type d'actes, vous avez effectivement des problèmes de rémunération. Prendre en charge à domicile une rééducation neurologique est long et compliqué, et si on veut qu'elle soit bien faite, elle doit être mieux payée que ne le prévoit la nomenclature.

Grégory Murcier

Un intervenant a dit qu'il était contre les mesures coercitives et Madame Hubert a dit qu'il faudrait bien à un moment donné siffler la fin de la récréation. J'ai le sentiment que la récréation n'a pas commencé. On parle d'incitation à l'installation depuis longtemps, mais pour l'instant rien n'a été fait. Avant de condamner les mesures coercitives, il faut déjà essayer de les mettre en place correctement. Je précise que dans les dix prochaines années, nous aurons un manque de médecins partout.

Christian Saout

Je suis d'accord avec vous sur l'impasse que constituent les mesures coercitives. Néanmoins, ce qui n'est pas « audible » pour les usagers du système de santé, c'est qu'à cotisation ou à taxation comparable, un certain nombre de nos concitoyens pourraient avoir accès plus aisément que d'autres à une ressource médicale ou de santé. Même si en moyenne tout cela est résoluble, le problème est que les gens ne vivent pas « en moyenne », mais dans la réalité qui est la leur. La cartographie médicale montre qu'il y a des problèmes de ressources médicales ou de santé très aigus à quelques endroits du territoire et qu'il va bien falloir y répondre. Si à un moment ou à un autre, le défaut d'organisation des services de santé entraîne des décès, cela se terminera au pénal et alors on réagira, comme on a réagi sur le nosocomial. On bouge quand il y a une infraction pénale et une mise en cause judiciaire, ce qui est tout à fait regrettable. Je préférerais qu'on anticipe, mais j'ignore pourquoi certains professionnels de santé refusent d'aller dans certains endroits. Je connais des familles qui ont élevé leurs enfants dans ce que l'on appelle des zones délaissées du territoire, ce qui ne les a pas empêchées d'avoir des enfants Polytechniciens. Certes, il n'y a pas des magasins Vuitton partout. Méfiez-vous de la réaction de nos concitoyens par rapport à cela.

Grégory Murcier

Vous dites que certaines choses sont inaudibles pour vous qui représentez les usagers, mais comprenez bien que certaines sont inaudibles pour nous, pour moi qui représente les internes. Parce qu'il y a eu des problèmes de *numerus clausus* durant certaines années, notre génération va devoir fournir la main-d'œuvre médicale dans des endroits où il n'y a pas eu de

volonté politique de mettre en place des infrastructures. L'idée admise à un certain moment était que les jeunes générations pallient les défauts de *numerus clausus*, et pour nous c'est inaudible.

Pr Olivier Goëau-Brissonnière

Le progrès ne sort pas de la coercition. J'ai connu l'expérience du Canada, pays très étendu, où il est parfois difficile d'aller vivre au bout d'un fleuve pour y être psychiatre ou chirurgien. Le consensus voulait qu'il n'y ait pas de trou. On pouvait être le plus grand des psychiatres, on ne s'installait pas tout de suite à Montréal, mais là où le besoin s'en faisait sentir, et ce pendant trois ans. Mais on partait en sachant qu'on aurait une rémunération additionnelle très conséquente et qu'après trois ans, on serait prioritaire pour revenir à Montréal ou à Toronto. Il y a une obligation, mais pas une vraie coercition.

Dr Pelicier, psychiatre en cancérologie

Je suis un peu choquée d'entendre parler de Vuitton, d'enfants dont on veut faire des Polytechniciens, alors que ce débat devrait refléter le respect mutuel que nous avons les uns pour les autres, que nous avons pour les médecins, les médecins expérimentés, ceux en devenir. Si je suis venue à ce colloque, c'est parce que je m'inquiète du devenir de la profession médicale et de l'effondrement démographique des différentes spécialités. Ce n'est pas en stigmatisant les médecins ou les différentes professions paramédicales que nous pourrions avancer.

Dr Élisabeth Hubert

C'est dommage que vous ayez perçu le débat de cette façon. S'exprimer de façon un peu lapidaire permet de susciter des réactions.

Dr Yann Bourgueil, médecin de santé publique, directeur de recherche à l'IRDES

(Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

J'ai travaillé sur les questions de démographie et de coopération. Sur la question des urgences pédiatriques évoquée par le professeur Godin, des travaux concernant les urgences de Robert Debré montrent que les consultants itératifs aux urgences sont mal vaccinés. Il y a donc bien un problème d'adéquation de l'organisation de l'offre à la demande ou au besoin. La question ne concerne pas uniquement l'évolution des rôles professionnels, mais également la répartition des rôles entre les structures, notamment entre l'hôpital et la médecine de ville. Pendant longtemps, les urgences représentaient un marché où les acteurs étaient en concurrence. La situation est en train de changer car le nombre de professionnels diminue, et nous allons vers une logique de complémentarité. Derrière cette réorganisation, il y a un enjeu d'inégalités sociales de santé. Le 11 janvier, un colloque a eu lieu sur l'importance de travailler à la réduction des inégalités sociales de santé. La question est de savoir comment l'intégrer à la question de la démographie. Aujourd'hui, les ARS sont en place. Comment pouvons-nous travailler ces réorganisations, éventuellement ces réaffectations de moyens ?

Christian Saout

Tenir ces deux colloques à quelques jours d'intervalle sur ces deux sujets est tout à fait intéressant. Même si nous savons que l'organisation du système de santé ne représente qu'une partie des inégalités sociales de santé, il faut être au minimum exemplaire pour montrer aux autres déterminants des inégalités de santé qu'on peut progresser. La question de la démographie médicale est profondément liée à cela. Le système de santé repose sur une dépense socialisée. Par des cotisations, elle est assise sur les revenus du travail. Cela s'appelle un service public de santé, même s'il est exercé pour partie par des activités menées à titre libéral.

Bastien Balouet

Il y a la qualité de vie, mais il y a aussi la qualité de l'exercice. Ce n'est pas que nous ne voulons pas aller exercer en zone déficitaire, mais nous voulons une organisation correspondant aux attentes des jeunes professionnels.

Dr Élisabeth Hubert

C'est la raison pour laquelle l'impact des mesures incitatives est aussi à relativiser si on ne les inscrit pas dans un processus plus global d'exercice.

Quels sont les leviers et les méthodes de régulation utiles ?

Sous la présidence d'Annie Podeur, directrice de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Marie Peltier, Vice-présidente en charge de la Démographie Médicale, ANEMF
(Association des étudiants en médecine de France)

Nous avons fait un bilan des atouts, moyens et possibilités de notre association et des leviers que les étudiants en médecine pouvaient mettre en place. Nous disposons d'un réseau d'associations locales et d'élus locaux qui peuvent agir. Les décisions sont facilitées par notre réseau qui permet de détecter les problèmes des étudiants, via leurs élus. De plus, notre réseau d'associations nous permet d'avoir des canaux de communication efficaces à destination des étudiants que ce soit par l'intermédiaire de publications, d'interventions ou de formations. En tant que fédération, notre association se positionne comme une structure de travail avec les étudiants pour faire des propositions concrètes qui permettent d'avancer activement, entre autres sur les problèmes de démographie médicale. Enfin, elle permet d'avoir une interface avec les instances de tutelle – ministère de la Santé et ministère de l'Enseignement supérieur.

Sur quels leviers pouvons-nous agir ? Nous travaillons en formant les étudiants aux problématiques actuelles de démographie médicale qui influenceront leur exercice futur. Cela nous a permis, par exemple, de travailler sur le stage en médecine générale et de prôner sa mise en place. Nous travaillons également avec les internes de médecine générale. L'augmentation du *numerus clausus* pose de nombreux problèmes dans les facultés, et les élus étudiants sont au premier plan avec les doyens pour résoudre ces problèmes, notamment dans le cadre des terrains de stage et du passage en stage temps plein, très souvent nécessaire pour remédier au déficit de stages dû à l'augmentation du *numerus clausus*. Le second levier est la répartition des postes d'internes. Ce travail se fait avec les internes et les comités régionaux de l'ONDPS. Enfin, il s'agit de communiquer sur les problématiques et les solutions qui s'offrent aux étudiants, les nouveaux modes d'exercice et la réorganisation du système de soins qu'ils vont être amenés à connaître.

Dr Lola Fourcade, vice-présidente de l'ISNCCA
(Inter syndicat national des chefs de clinique assistants)

Je représente les chefs de clinique. Je suis à un âge où on doit décider soit de s'installer en libéral, soit de rester à l'hôpital. J'ai cette décision personnelle à prendre, ainsi que tous ceux que je représente, et nous sommes tous un peu perplexes face à la loi HPST dont le décret d'application nous laisse pour l'instant en suspens.

Je souhaite aborder trois points. Le premier est celui de la formation. Face à l'augmentation récente et tardive du nombre d'internes qui vont arriver et qui vont être dispatchés sur le territoire, il va falloir que ceux-ci puissent se former correctement. Ce qui m'amène à la question du post-internat qui comprend les chefs de clinique et les assistants spécialistes. Le chef de clinique a une triple mission d'enseignement, de clinique, et de recherche, ce qui le cantonne à des structures qui lui permettent non seulement d'enseigner mais aussi de faire de la recherche. Il sera nécessaire d'augmenter leur nombre de façon drastique si nous voulons accueillir la vague d'internes qu'il va bien falloir former et qu'on va donc devoir mettre en périphérie. Je pense entre autres aux internes de chirurgie qui vont se trouver confrontés à des services où ils seront en nombre pléthorique et où il n'y aura toujours que deux blocs qui tournent. Il faut maintenant raisonner en termes de qualité de formation et de soins à délivrer et non pas en termes de conflit « parisiano-centriste » versus la province qui n'aurait rien. D'autant qu'il y a des zones sous dotées en Île-de-France. La question de la formation et des chefs de clinique me paraît essentielle car il faudra augmenter le nombre de post-internat et les répartir de façon juste, c'est-à-dire en créant des postes adaptés.

La seconde question est celle de l'installation. Un statut un peu intermédiaire s'est créé, qui est celui du perpétuel remplaçant. Il faudrait peut-être se demander pourquoi les jeunes ne veulent pas s'installer, y compris en Île-de-France. Grégory Murcier a raison de dire que la coercition ne marchera pas, et le professeur Berland le répète depuis 2001. Il faudrait étudier les raisons

pour lesquelles les jeunes ne s'installent plus. Et les forcer à aller passer trois ans dans une région sous dotée pour leur permettre ensuite de regagner la capitale ne fera qu'accroître l'idée qu'on a des zones sous dotées.

Enfin, au lieu de recourir à des solutions simples et coercitives, il faut se demander ce que veulent les jeunes médecins. Il y a sans doute la question financière, mais ce n'est pas ce qui apparaît comme une priorité dans le dernier livre blanc. Le syndicat national des chefs de clinique va cette année renouveler ce livre blanc, avec un questionnaire qui sera diffusé à tous les chefs de clinique de France, qui sont un peu à la croisée des chemins entre une carrière hospitalière ou une installation pour savoir un peu quels sont leurs « *a priori* » sur l'installation en libéral, leurs souhaits de carrière, les modalités d'exercice qui les intéresseraient. Il faut rester ouvert à la possibilité de carrières diverses.

Dr Claude Leicher, président de MG-FRANCE
(Syndicat des médecins généralistes)

Je suis président de MG-FRANCE, mais également médecin généraliste dans un village de la Drôme et j'exerce au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire que j'ai créée en 2003 où nous sommes quatre médecins généralistes, sept infirmières, deux orthophonistes, une kinésithérapeute, un dentiste, une diététicienne, une orthoprothésiste, et bientôt un podologue. En lisant les actes de l'ONDPS, je suis toujours étonné de retrouver, année après année, des choses que nous avons écrites l'année dernière et que nous écrivons l'année prochaine en continuant à nous poser les mêmes questions.

Je suis spécialiste en médecine générale, j'ai obtenu ma qualification par une commission désignée par l'État, laquelle exerce son mandat dans le cadre d'une loi datant du 17 janvier 2002. À cette date, le Parlement et l'État ont donc décidé d'une spécialité de plus, qui était la médecine générale, et qu'enfin, nous sortions de ce pataquès de 1958 dans lequel il y avait les spécialités médicales et les omnipraticiens. Je suis au regret de vous annoncer aujourd'hui que la médecine générale est toujours une sous spécialité. Le DES sert à quelque chose, sauf si on est médecin généraliste, ce qui signifie que la loi de 2002 n'est toujours pas appliquée, et la spécialité de médecine générale toujours pas reconnue.

J'ai été interne à l'hôpital pendant cinq ans et demi, quinze ans attaché à l'hôpital, médecin salarié en alcoologie pendant vingt ans, j'ai donc une vision assez globale de l'ensemble des modalités d'exercice. La modalité la plus difficile est l'exercice libéral du fait de ses contraintes, et la modalité la plus difficile dans l'exercice libéral est la médecine générale. Vous ne vous installez pas en médecine générale, et vous avez raison car c'est un métier difficile et exposé, sans cesse critiqué dans les médias, par les pouvoirs publics, par tout le monde. Quand le système de santé ne fonctionne pas correctement, on accuse les médecins généralistes, et quand il fonctionne très bien, on dit que c'est l'hôpital qui a permis d'absorber l'épidémie du Chikungunya à La Réunion.

La médecine générale est une spécialité, mais à laquelle on n'accorde pas le tarif de consultation Spécialiste ; c'est une profession libérale à honoraires conventionnés, mais à laquelle on va demander un certain nombre de critères de qualité sans qu'elle puisse répercuter ses investissements. Nous n'avons pas demandé un euro de subvention pour construire notre maison de santé pluri professionnelle, nous l'avons construite avec nos revenus. C'est donc un peu moins de vacances, mais une qualité d'exercice, des relations avec les autres professionnels de santé, qui me donnent beaucoup de plaisir à travailler. Nous travaillons tous pour gagner notre vie, mais nous avons la chance de choisir nos métiers et nous en sommes conscients. Néanmoins, nous faisons un métier destiné à rendre un service à la population, qui va au-delà du problème de la rémunération. En tant que médecins généralistes, nous avons le sentiment d'être au cœur du système de santé. Quand on demande à la population de choisir un médecin traitant, on ne lui demande pas de choisir un médecin généraliste traitant, et à 99,8 % elle a choisi un médecin généraliste.

Lors de la campagne de vaccination pour la grippe H1N1, c'est à nous que les gens ont posé des questions. Donc la population a choisi un médecin de proximité, ayant une vision globale de l'individu, et je puis vous assurer que la médecine générale est le plus beau métier du

monde. Certes il n'y a pas que les médecins, nos patients à domicile sont coordonnés par les infirmières, les kinés, les aides-soignantes, le service de soins à domicile, etc.

S'agissant des leviers d'action, il faut que les politiques nous disent s'ils veulent ou non des médecins généralistes, si nous sommes ou non une spécialité, et qu'ils définissent le champ d'action qu'ils souhaitent nous voir exercer et nous disent s'ils veulent des soins primaires en France ou non. Bientôt le Mali fera mieux que la France en organisation du système de santé puisque Santé Sud va y installer des médecins généralistes. Nous attendons le nouveau rapport de M. Legmann. Il y a une telle attente et une telle exaspération des médecins généralistes sur le terrain aujourd'hui, qu'ils en ont assez des rapports. Tout le monde connaît les diagnostics et les méthodes. Il faut valoriser les soins primaires. Il faut que nous allions voir les étudiants pour leur dire combien c'est un beau métier, mais difficile, que nous exerçons dans des conditions épouvantables qui ne vont qu'à aller en s'aggravant.

Annie Podeur, directrice de la DGOS

Il faut que nous ayons des médecins généralistes de premier recours demain sur le terrain. En 2003, vous avez mis en place une nouvelle organisation qui permet d'avoir des conditions d'exercice nettement améliorées, et j'espère que votre exemple sera un moteur. En tout cas, nous avons bien compris votre demande.

Pr Guy Kantor, président du CNEC

(Collège national des enseignants en cancérologie)

J'ai pu participer à deux auditions de l'ONDPS, qui associaient les médecins en formation. L'INCa a collaboré au travail réalisé par les enseignants dans le contexte politique des deux plans présidentiels cancer. Nous étions dans une logique de collaboration, peut-être plus favorable que pour d'autres spécialités. Nous avons demandé aux internes de noter leur enseignement théorique et pratique et demandé à chaque enseignant responsable de sa région de réagir.

On retrouve les mêmes problématiques que dans toutes les spécialités médicales, en particulier celles qui ont une logique un peu plus transversale, où il va falloir apprendre toutes les pathologies et les interventions dans ces différentes pathologies. Il y a plusieurs temps de formation, notamment l'internat. Les jeunes soulignent aussi leur besoin de post-internat. L'autre enjeu qui se dessine est l'apprentissage des « savoir-faire », avec un travail d'accompagnement nécessaire. Les aspects qualitatifs ont été largement abordés, parmi lesquels l'individualité. Les jeunes ont très bien analysé leurs critères de choix. Pour les oncologues médicaux, ils sont plus orientés sur la confrontation à une maladie grave, le goût de la recherche. Ils expriment clairement leurs inquiétudes sur la confrontation aux maladies graves et sur leurs conditions de vie. En oncologie radiothérapie, ils évoquent le choix de la technique et de la technologie, l'innovation, et là aussi, ils décrivent l'engagement et la difficulté.

Dans une récente étude sur le burn-out, bientôt publiée, ils vont encore plus loin. À la dernière audition, nous étions venus avec des jeunes qui nous ont montré leurs conditions de travail, en évaluant eux-mêmes le risque professionnel. L'audition a été très respectueuse de cette initiative. Mais pas forcément mes collègues qui disaient en substance « on y est tous passés ». Respecter le choix d'engagement est un réel enjeu.

Dans les pays anglo-saxons, on voit apparaître la notion d'apprentissage du savoir-faire, ainsi que la notion de bien-être, c'est-à-dire être à sa place au moment où l'on apprend des choses un peu difficiles. Quand nous mettons en place des séminaires résidentiels, avec des temps de parole et d'écoute, les jeunes viennent et la participation est de 105 %. Il y a une réelle demande d'une formation dynamique. Nous avons abordé la question du marché du travail, des enjeux, qui pouvaient être clairement exprimés par des groupes professionnels.

Autres clés importantes, le travail qui s'ouvre sur la réforme du troisième cycle, le rôle renforcé des coordinateurs, l'adéquation au post-internat. Nous allons réactualiser notre travail sur le critère d'agrément des stages pour déterminer quels sont les objectifs pédagogiques minimums. Nous avons réfléchi à la capacité de respecter les objectifs avec les impératifs de fonctionnement des services. Un travail culturel de fond est en train de se mettre en place, qui

fait l'objet de critères qui ont été évalués pour être en mesure de répondre prudemment à la question de l'ouverture des stages en libéral.

Nous avons essayé de mettre en place des outils électroniques de formation permettant d'avoir un suivi de la démographie pour l'ensemble de nos disciplines, ce qui devrait nous permettre dans un an de renvoyer des fichiers à l'INCa pour connaître les variations des flux à titre individuel. Enfin, des réflexions sur les pratiques professionnelles y sont associées.

Sur les aspects quantitatifs, le titre de la journée est « renouvellement ». On renouvelle les effectifs, il y a des changements générationnels évidents. Un groupe important d'individus va partir et un autre tout aussi important va arriver. De plus, ils ne vont pas arriver tout de suite et il faut donc prendre des mesures transitoires utiles à court et à moyen terme. Toutefois, ces mesures ne doivent pas être un obstacle à la dynamique de formation, mais être définies avec des critères d'activité et surtout d'espace-temps qui ont un sens.

Pour conclure, deux éléments me paraissent importants. D'une part, maintenir une dynamique de formation avec les institutions, les tutelles et nous avons eu la chance d'être dans un contexte politique favorable avec les DRASS et les universités. D'autre part, plus on crée d'activité d'enseignement, plus le retour est facile et plus la demande est forte auprès des jeunes. La logique de dynamique est fondée sur la confiance et le dialogue. Je pense que nous pouvons être très optimistes sur la qualité et la dynamique de jeunes qui ont été incroyablement sélectionnés. Quand ils en sont arrivés là, ils sont moins en danger qu'avant, ils ont orienté leur choix, et nous en ferons sans doute des personnes plus sérieuses et plus responsables qu'on ne l'était à d'autres périodes. Le Collège fait partie du nouveau conseil national qui a intégré le groupe d'enseignants dans le groupe professionnel des fédérations et des syndicats.

Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques à la CNAMTS
(Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)

J'estime que nous avons pas mal progressé avec l'ONDPS et que nous traçons une route de compréhension et de diagnostic, même s'il reste des choses à faire. Il faut maintenant se poser des questions que l'on n'a eues que peu l'habitude d'aborder en France, notamment la place de chacun dans les processus et les parcours de soins. Par rapport au parcours de soins des diabétiques, par exemple, on est frappé de voir que la proportion de ceux qui voient un endocrinologue ne varie pas selon le niveau de complexité du diabète. Ce qui pose la question de savoir à quel moment l'endocrinologue doit intervenir dans le parcours de soins. Il faut progresser dans les discussions, les objectiver avec les données relatives aux pratiques et aux parcours de soins effectifs des patients, réfléchir à un modèle à promouvoir et aux besoins qu'il requiert en matière de compétences. Nous ne pouvons faire ce chemin qu'en comprenant de quoi est fait le soin et avec quelle interaction professionnelle.

Un second exemple illustre une certaine dualité de perception. Quand nous faisons de la cartographie pour essayer d'identifier et de localiser les problèmes d'accès aux soins, nous arrivons à faire émerger des zones relativement limitées, notamment pour les soins de premier recours. Or, ce n'est pas forcément la perception des élus de terrain qui font souvent un diagnostic beaucoup plus catastrophique sur le fait que le département entier est sinistré, que l'ensemble du territoire national manque de médecins. J'ai beaucoup de mal à avoir une vision claire. On doit sans doute mélanger des situations actuelles et la problématique du renouvellement futur.

Face à cela, il existe plusieurs leviers dans le contexte français. Le premier est l'information au sens large, qui peut être donnée aux professionnels de demain sur les conditions futures de leur installation, la familiarisation au travers de leur stage avec un certain nombre de conditions d'exercice ou de lieux. D'ailleurs, il y a peut-être un défaut de soutien au stage aujourd'hui dans les zones où l'on aura besoin de médecins plus tard.

Le deuxième est l'incitation financière. De ce point de vue, il y a eu l'initiative du plan démographie médicale et l'avenant à la convention de 2005, qui a conduit à majorer la rémunération des médecins de 20 % sur un certain nombre de zones sélectionnées par les missions régionales de santé. Les politiques de ce type coûtent assez cher et elles ont des effets modestes. C'est un bilan en demi-teinte qu'il faut quand même faire, parce que la

question est de savoir si on fera perdurer ce type de dispositifs. Pour les nouvelles générations de médecins, ce n'est pas tant l'aspect financier qui est important, mais aussi les conditions concrètes d'exercice. Il faut donc arriver à trouver des modalités attractives d'exercice dans un certain nombre d'endroits, comme la construction de structures. La revalorisation très importante de la médecine générale, la construction de maisons de santé partout, représentent un financement assez massif, et si nous voulons généraliser ces modèles, il faut les concevoir de manière économiquement soutenable.

Les discussions que nous avons eues avec la profession infirmière sur les difficultés de répartition de la profession, sur les contenus métier, montrent que nous pouvons cheminer ensemble et arriver progressivement à se mettre d'accord sur des modalités à tester de régulation collective de l'installation.

Restitution des débats

Matthieu Boisson, président du syndicat des internes de la région Poitou-Charentes, membre de l'ISNIH

Le ministère a privilégié la répartition des postes ECN pour répondre au problème de démographie médicale ce qui suppose un déplacement massif des étudiants du sud vers le nord pour augmenter le nombre d'internes dans les régions dites sous dotées. C'est un choix simple, un chiffre sur un papier, mais qui a quand même deux conséquences importantes. D'une part, les internes formés ne sont pas tenus d'exercer dans leur région de formation. Et l'une des raisons essentielles pour lesquelles ils n'y restent pas est liée au post-internat. Il y a le post-internat en complément de formation, mais également le post-internat en ouverture d'un enseignement à la recherche. Le ministère a répondu sur la partie assistant spécialiste en créant des postes, mais n'a fourni aucune réponse sur la partie enseignement recherche. D'autre part, ce déplacement d'internes dans les régions a des conséquences financières. Dans certaines régions, nous nous retrouvons pris en otage par les directions d'hôpitaux qui estiment ne pas avoir les fonds pour nous payer. Dans notre région, l'ensemble des directeurs généraux d'hôpitaux, de CHU et de centres hospitaliers généraux ont menacé, à partir du 1^{er} mars 2010, de ne plus payer les internes en raison du manque de financement. Vous avez mis en place les postes « sac à dos », une procédure un peu floue, pour compenser l'augmentation des internes dans certaines régions, avec des critères discutables, qui ne correspond pas toujours à la réalité.

Annie Podeur

La réforme relative à la filiarisation, c'est-à-dire la modification de la répartition des internes au terme des ECN, n'a qu'un sens, celui de la loi HPST dont le fil rouge est d'assurer un égal accès à des soins de qualité à toute la population sur tous les territoires. Il faut trouver le point d'équilibre entre les besoins de la population et un appareil de formation et sa capacité à accueillir et à former ; sachant que la qualité des lieux de stage n'est pas homogène, et ce n'est pas exclusivement lié à une catégorie d'établissements. Nous avons bien compris qu'il ne suffisait pas d'organiser les ECN et une meilleure répartition du potentiel de formation en internat, mais qu'il fallait arriver à vous fixer. Et que nous avons quelque chance d'y arriver si nous organisons le post-internat. Il y a le post-internat comme chef de clinique, mais les options ne dépendent pas du ministère de la Santé, ce sont des postes universitaires. Nous avons pris nos responsabilités et c'est en ce sens que nous avons créé des postes d'assistants spécialistes. Cela a été très bien accueilli par les doyens de faculté l'année dernière, et les postes sont pourvus.

Concernant la région Poitou-Charentes, les financements des postes d'internes existent mais durant la période où il y avait moins d'internes, on a transformé ces financements et on a créé des postes de praticiens hospitaliers. Et nous avons nous-mêmes financé, par un système que vous qualifiez de flou, l'internat sur quatre ans, avec un financement à 100 % les deux premières années et à 50 % et les deux suivantes. C'est très inflationniste étant donné la nette augmentation du nombre d'internes. Des études sont en cours, qui feront l'objet de concertation avec vous et avec les fédérations d'établissements, sur le mode de financement. Nous devons aboutir à un mode de financement de l'internat en général, qui réponde mieux à la réalité des surcoûts assumés dans les établissements.

Dr Lola Fourcade

L'idée de régulation par les ECN est partie d'un chiffre indiquant que 68 % des internes s'installent là où ils ont fait leur internat. C'est vrai à partir du moment où les internes choisissent leur ville à l'internat. Rien ne nous permet de dire à l'avenir que ceux qui feront un internat, voire même un post-internat dans une région, s'y installeront. Nous ignorons si cette mesure sera efficace. Mais il faut évoquer la question du financement.

Dr Claude Leicher

Il ne suffit pas de former des médecins, des internes, d'avoir des post-internats, encore faut-il fournir des conditions d'exercice qui correspondent aux besoins de santé de la population et qui définissent des conditions attractives d'exercice du métier. À MG-France, nous avons mis en place un certain nombre de systèmes, comme les maisons médicales de garde, nous proposons aux pouvoirs publics depuis vingt ans un numéro d'appel unique pour réguler la permanence des soins, nous avons conceptualisé l'idée des maisons de santé pluridisciplinaires, pour lesquelles nous ne demandons aucune subvention. Nous sommes capables de financer sur vingt ou trente ans beaucoup d'outils de travail. Nous pouvons faire de la régulation intelligente alliant les besoins de santé de la population, la planification des installations dans un système cohérent, intelligent, et qui donne les moyens d'assumer les investissements. Nous n'avons pas besoin que l'État nous tienne la main, mais juste besoin de savoir ce qu'on attend de nous et comment la rémunération peut s'adapter ; sachant que la mutualisation de la dépense revient moins chère économiquement qu'essayer de repérer quel est le risque.

Marie Peltier

Il ne faut pas oublier que les ECN concernent deux paramètres. D'une part, la répartition entre les spécialités et la répartition régionale. La répartition régionale prête à polémique du fait des flux d'internes, mais la répartition par spécialité est indéniable avec la limite du taux d'inadéquation. D'autre part, la différence entre l'avis de l'ONDPS, fondé sur l'avis des régions qui, lui, s'appuie sur les capacités de formation, et les besoins géographiques. Les ECN recouvrent trois dimensions : la dimension des régions, celle des spécialités et celle des capacités de formation. Il ne faut pas uniquement se focaliser sur la répartition géographique.

Annie Podeur

Les ECN ont fait débat lors des États généraux de l'organisation de la santé, mais on n'a pas trouvé de système de rechange, d'autant plus que nous avons très peu de recul sur les ECN. Quand une réforme est engagée, il ne faut pas en changer chaque matin.

Bastien Balouet

Le guichet unique me semble indispensable car c'est une interface où les professionnels peuvent aller chercher de l'information et les futures ARS y recueillir les requêtes des professionnels, ce qui permet de mettre en place les mesures adaptées.

Dr Lola Fourcade

Le guichet unique est une des mesures phares, et il faudrait qu'elle soit vraiment mise en place, car s'installer est un parcours du combattant. L'union régionale des médecins libéraux est en train de mettre en place un site Internet sur la question de l'installation et va offrir la possibilité à chaque personne qui s'installe d'être reçue et de bénéficier d'informations concernant toutes les mesures incitatives qui existent.

Annie Podeur

Des guichets uniques existent aujourd'hui dans certaines régions.

Christian Saout

On s'interroge sur l'utilité des outils pour la régulation, mais peut-être n'en faut-il pas du tout. Finalement, j'ai l'impression que rien de ce que l'on propose n'est bien. J'ai cru comprendre que les 20 % de rémunération supplémentaires proposés n'ont rien changé. Dans ce cas, quelles sont les bonnes propositions ? Et ne rien faire serait-il grave ? L'article 15 de la loi HPST doit-il être mis en œuvre ou au contraire doit-on laisser faire les choses, avec des endroits où les médecins s'installent et soignent des gens, et d'autres où les médecins ne s'installent pas et où les soins sont organisés différemment, sachant qu'une partie de la population française pourra avoir accès à des médecins et qu'une autre ne pourra pas y avoir accès ou seulement par le biais de centres de santé dans lesquels il n'y aura pas de médecins.

Dominique Polton

Tous les pays qui ont essayé de répartir leurs médecins ont fait un peu le même constat. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de solution miracle. Ce sont des logiques de fond très profondes et des phénomènes assez lourds de changement de modèle d'exercice, de façon de concevoir son éthique de vie. D'ailleurs, on a commencé à parler du problème de désertification dans certaines zones avant qu'il y ait un renversement de tendance. Le *numerus clausus* n'est pas le responsable de cet état de fait. Nous pouvons arriver à combiner un certain nombre de choses qui pourraient être de nature à régler le problème, mais c'est limité en ce qui concerne les soins de premier recours.

Dr Lola Fourcade

Dans le livre blanc des internes et des chefs de clinique que nous préparons, il leur est demandé quelles sont les conditions d'installation qui leur semblent favorables. Il y a sept ans, pour sa première édition, il était déjà mentionné qu'il n'y avait pas que les incitations financières et qu'il fallait des conditions d'exercice variées et collectives : les maisons de santé, les passerelles entre l'hôpital et la ville...

Marie Peltier

Beaucoup de mesures sont déjà mises en place de par la loi, qu'il s'agisse des mesures incitatives, du développement des réseaux de santé, de la réorganisation du système de soins, tout ce que nous réclamons depuis les États généraux de l'organisation de la santé. Tout ce qui a été mis en place à partir des États généraux constitue des réponses qui peuvent marcher. Mais ils ont eu lieu en 2008, il y a à peine deux ans, et donc forcément on n'en voit pas encore tous les résultats. C'est le stage en médecine générale dont le décret est paru il y a six mois, c'est l'information sur les nouveaux modes d'exercice, tout le lobbying à faire auprès des jeunes. Les moyens sont mis en place, les cadres sont posés, il faut maintenant des mesures pour mettre œuvre ces grands principes.

Karine Alouis

Je suis un peu déçue de constater que parmi les intervenants aujourd'hui ne figurait aucun représentant des sciences humaines. Et pourtant sur la question du renouvellement des médecins, leur éclairage aurait été tout à fait intéressant. Je suis géographe de la santé à l'université de Nanterre, seule université en France à dispenser cet enseignement. Je viens de commencer une thèse sur l'évolution de l'implantation de la médecine libérale dans la région Île-de-France depuis les années 1950. Et je suis en outre chargée de mission pour l'Union régionale des médecins libéraux de l'Île-de-France.

La cartographie n'est malheureusement pas un sésame, et on l'associe trop souvent à la géographie. La cartographie est un formidable outil de communication pour vous, mais ce n'est que du quantitatif et cela n'explique pas le vécu des individus. La géographie de la santé est une discipline qui mériterait un peu plus d'attention. Enfin, je constate que la question de la densité ne prend jamais en compte la structure par âge d'une population, ni même par catégorie socioprofessionnelle, alors que le parcours social et l'âge d'une personne nécessitent des besoins de soins différents.

Dr Claude Leicher

Vos propos renvoient à la problématique de la territorialité. En 1997, nous avons réalisé la cartographie des secteurs de garde de médecine générale, qui avait permis une visualisation territoriale de la médecine générale. Pour pouvoir discuter avec l'assurance maladie et les pouvoirs publics, il faut pouvoir dire qui nous sommes et où nous sommes. Il y a deux territorialités possibles : d'une part, une territorialité géographique qui reste à déterminer, dans laquelle les médecins doivent garantir l'accès aux soins de premier recours de la population, d'autre part, une cartographie plus fonctionnelle des médecins traitants, de la population qui vous a choisi comme médecin traitant et vis-à-vis de laquelle vous avez des responsabilités

particulières. Ce qui manque peut-être dans le rapport de l'ONDPS, c'est la visibilité des médecins généralistes en exercice sur le terrain.

Annie Podeur

Pour clore cette table ronde, je dirai que lorsqu'on a identifié une offre et des leviers, c'est-à-dire comment va évoluer la réponse apportée à des besoins, il faut aussi se poser la question des besoins, sachant que ces besoins s'appréhendent sur des territoires et avec des populations ayant des caractéristiques différentes. Aujourd'hui, il reste des questions sans réponse. Sur le terrain, j'entends dire qu'à l'heure actuelle, il y a un médecin généraliste de premier recours pour mille habitants, que nous allons connaître une pénurie terrible. Et hier encore, un médecin généraliste de premier recours, exerçant dans une maison de santé pluriprofessionnelle, dans une zone où il y a un médecin pour deux mille habitants, me disait qu'ils étaient cinq médecins et qu'aucun d'entre eux ne travaillait plus de 45 heures par semaine, qu'ils prenaient leurs six semaines de vacances et le temps de la formation, parce qu'ils avaient organisé leur exercice. Il y a de vraies questions sur les besoins et demain, ce sera aux ARS de tenter d'y répondre. Mais il faudra que nous les y aidions, et nous aurons besoin de travaux de recherche en ce sens.

S'agissant des leviers, cette table ronde a longuement abordé ceux ayant trait à la formation, c'est-à-dire à l'augmentation du *numerus clausus*. Il faut être attentif à l'augmentation continue du *numerus clausus*. Nous en sommes à 7 400 et nous risquons des effets de ressaut, ce qui peut être catastrophique pour le développement des coopérations entre les professionnels de santé. Le deuxième levier est la filiarisation. Ce n'est sans doute pas la meilleure solution, mais les ECN ont été voulus, défendus, et il n'y a pas eu de réponse vraiment alternative.

Par ailleurs, il y a la promotion de la médecine générale et si on veut mieux organiser le système de santé pour apporter le juste service en fonction des besoins des patients et sur l'ensemble du territoire, il faut arriver à rompre avec « l'hospitalo-centrisme » qui prévaut en France, et à développer des parcours de soins pour que l'hôpital puisse remplir sa mission, c'est-à-dire des prises en charge aiguës, nécessitant des plateaux techniques, des prises en charge globales dans le cadre de compensations, ce qu'on ne peut pas faire en ambulatoire. Le reste de la prise en charge doit être organisé en ambulatoire. Ce qui commence par les stages de deuxième cycle. Les lieux et les agréments de stages sont un point absolument déterminant. C'est une ardente obligation puisque les effectifs augmentent considérablement et que la réponse reste à organiser pour vous accueillir en stage.

Je rappelle que nous avons identifié une filière de médecine générale qui va progressivement se développer. En ce qui concerne le post-internat, je vous ai fourni toutes les réponses sur le sujet. En tout cas, c'est un vrai succès, il répond à des besoins forts des internes qui souhaitent poursuivre leur formation. Comme les postes de chef de clinique ne répondent pas à tout, il y a les postes d'assistant spécialiste, et rien n'interdit à personne de participer à des actions de recherche.

D'autres outils existent, comme la possibilité de valider un diplôme de spécialité par son expérience. La chance que nous devons offrir, c'est la possibilité, à un moment donné, de changer d'orientation et d'exercer une autre spécialité, avec les mêmes exigences requises via des procédures de validation totalement fiables. Ou encore les contrats d'engagement de service public.

Les vrais leviers sont dans l'organisation, la structuration de l'offre. Pour structurer l'offre de premier recours, il va falloir travailler sur les conditions d'exercice, en commençant par les schémas régionaux de l'organisation sanitaire qui permettront d'identifier les polarités sur lesquelles nous serons capables d'encourager des lieux d'exercice regroupés sans en faire une obligation pour les médecins et les autres professionnels de santé. Le maillage des pôles de santé, des maisons et centres de santé, se fera naturellement et nous serons en mesure de proposer des lieux de stage et des lieux d'exercice beaucoup plus attractifs pour les jeunes professionnels.

La deuxième clé est l'article 51 de la loi, la coopération entre les professionnels de santé, la redéfinition du qui fait quoi, qui est la logique de la démarche LMD (licence-master-doctorat) que nous venons d'engager auprès des professions paramédicales. Vous allez définir des

protocoles qui seront ensuite validés à l'échelon national par la Haute autorité de santé, et qui pourront ensuite être généralisés. C'est ainsi que nous allons dépasser une approche purement réglementaire et législative, le fameux décret de compétences. C'est un enjeu majeur. Pour autant, cela va nous conduire à une redéfinition des modes de rémunération. Ce ne sera pas « du plus », mais « du différemment ». C'est comment passer d'un paiement purement à l'acte à des paiements pouvant offrir une voie au salariat. Offrir également des systèmes mixtes.

Il faut aussi rendre l'exercice attractif sur l'hôpital. La loi HPST apporte des réponses, sans doute floues parce qu'elles sont en cours de définition, mais une gouvernance fondée sur du projet médical, sur de l'articulation ville/hôpital est relativement prometteuse. Il faut que nous entendions les jeunes professionnels qui veulent des passerelles entre la ville et l'hôpital et éventuellement pouvoir exercer sur les deux sites. C'est possible dès lors que le contrat est clair et que le service rendu est valable. Enfin, il faut que nous acceptions d'avoir différentes modalités de recrutement. Il n'y a pas que le concours de praticien hospitalier. Il y a le statut des hospitalo-universitaires, et demain, il y aura le contrat de clinicien.

En conclusion, je dirai qu'il y a un changement générationnel important, qu'il faut intégrer le fait que les femmes seront plus nombreuses, que les conditions d'exercice, les aspirations ont considérablement changé, mais que c'est vraiment jouable. En face, nous avons des usagers, des patients qui vieillissent, qui sont atteints de pathologies chroniques, les enjeux étant la prévention et la capacité à rendre ces patients acteurs de leur santé. Ce beau dessein appartient aux pouvoirs publics, au conseil national de pilotage, mais aussi aux ARS demain sur le terrain.

Message de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports

Madame la Directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, chère Anne-Marie Brocas, cher professeur Yvon Berland, Mesdames, Messieurs,

Je regrette d'autant plus de ne pouvoir être parmi vous aujourd'hui pour clore ce colloque de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé que, vous le savez, j'ai à cœur de garantir à tous nos concitoyens l'accès à des soins de qualité en toute sécurité, partout sur notre territoire. C'est pourquoi j'ai tenu à vous adresser ce message. Puisse-t-il vous témoigner tout l'intérêt que je porte à votre réflexion sur des questions qui engagent notre avenir et celui de notre système de santé.

Pour relever le défi de la démographie des professionnels de santé, il nous faut d'abord disposer d'un état des lieux très précis dans chaque spécialité et dans chaque territoire. Au-delà d'un simple dénombrement des professionnels, cet état des lieux doit être enrichi d'une analyse des caractéristiques de ces professionnels, de leur formation, de leur parcours et de leur mode d'exercice. Ces travaux sont indispensables pour comprendre ensuite comment garantir à nos concitoyens une répartition de l'offre de soins adaptée à leurs attentes et à leurs besoins. C'est précisément ce que vous avez démontré à travers les nombreux travaux que vous avez réalisés depuis la création de l'ONDPS. Je tiens à vous en féliciter chaleureusement car de telles contributions sont particulièrement fécondes pour moderniser notre système de santé.

Vos études sur l'évolution du nombre de professionnels de santé et de leur affectation par région et par spécialité, menées depuis 2006, sont une référence. Couplées avec les projections démographiques, réalisées en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, elles nous permettent de cerner les effets des politiques sur la répartition des médecins par spécialité et par région. Ces travaux nous apportent des données précieuses grâce auxquelles demain nous adapterons la formation des professionnels aux besoins des patients, comme le permet désormais la loi Hôpital, patients, santé et territoires. C'est une avancée considérable.

Dans ce cadre, vous vous êtes attachés à identifier les modalités de répartition des postes d'internes susceptibles de mieux équilibrer la démographie médicale en tenant compte des capacités de formation et d'encadrement. Je suis sensible à plusieurs enseignements que vous tirez de ces travaux. Par ailleurs, la régulation de la formation ne peut prétendre à être l'unique solution pour répondre à la question démographique. Nous devons donc mener une politique ambitieuse qui englobe aussi l'organisation de l'offre de soins et les modalités de prise en charge des patients. Ainsi, par exemple, les comparaisons que vous avez fournies sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique dans quatre régions démontrent la relation forte qui existe entre organisation des soins et optimisation du temps médical. De même, les travaux menés dans le domaine de la cancérologie illustrent, à travers l'exemple du diagnostic biologique des tumeurs cancéreuses, l'importance de la complémentarité des métiers pour optimiser des ressources rares et s'adapter aux évolutions technologiques.

Extrêmement sensible à la démarche pragmatique que vous avez initiée, je me réjouis de constater que vos réflexions et vos initiatives sont très proches des mesures que j'ai souhaitées dans la loi HPST, et qui doivent maintenant se décliner concrètement partout dans nos territoires. Les travaux présentés et débattus durant ce colloque confirment la nécessité de poursuivre et de prolonger les réflexions fructueuses que vous avez engagées, en lien étroit avec l'ONDPS. Ce dernier, notamment à travers ses comités régionaux, jouera à n'en pas douter un rôle important dans l'analyse et l'interprétation de ces données pour continuer d'éclairer utilement la décision publique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai voulu que cet Observatoire soit intégré dans la dynamique portée par la loi HPST et les comités régionaux qui le composent dans la nouvelle architecture régionale instaurée par les Agences régionales de santé. Ainsi, la composition du conseil d'orientation et des comités régionaux sera élargie, et les missions de l'Observatoire seront renforcées pour qu'il poursuive son travail si nécessaire.