

Juin 2016

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DÉSERTIFICATION

DES SOLUTIONS MULTIPLES ET CONCERTÉES
POUR UN RÉEL ACCÈS AUX SOINS
SUR LE TERRITOIRE

Le compte rendu
du 2 juin 2016

DÉBAT
DE
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Démographie médicale et désertification des solutions multiples et concertées pour un réel accès aux soins sur le territoire

Marie Caroline BONNET-GALZY, Commissaire général
du Commissariat général à l'égalité des territoires –
CGET

Pierre-Marie LEBRUN, Co-Président du CISS

Sébastien MOURCIA, Médecin

Jean-François RAULT, président de la Section santé
publique et démographie médicale du Conseil
national de l'Ordre des médecins

Le débat est présidé par **Patrick ROMESTAING**, Vice-
président du Conseil national de l'Ordre des
médecins, et animé par **Michaël SZAMES**, journaliste
à Public Sénat.

Michaël SZAMES

Bonjour à tous et bienvenus au Conseil national de l'Ordre des médecins pour cette matinée débat consacrée au thème « Démographie médicale et désertification des solutions multiples et concertées pour un réel accès aux soins sur le territoire ». Nous allons effectivement beaucoup parler des territoires avec les invités présents pour ce débat.

M. ROMESTAING, Vice-président de l'Ordre s'exprimera pour introduire cette matinée. Nous aurons ensuite une présentation de l'Atlas national de la démographie médicale par M. RAULT, Président de la section Santé publique et Démographie médicale. Enfin, nous projeterons un petit film présentant des initiatives très concrètes pour répondre à ce problème de désertification médicale avant d'avoir un débat, que je souhaite interactif, n'hésitez donc pas à prendre la parole.

Patrick ROMESTAING

Madame la Commissaire générale, Monsieur le Président du CISS, Monsieur le Sénateur, Mes chers confrères, Mes chers collègues, Mesdames et Messieurs, bienvenue au Conseil national de l'Ordre des médecins pour une matinée débat comme nous avons l'habitude d'en organiser tout au long de l'année sur des sujets d'actualité ou de société, temps essentiel de réflexion et de partage. M. SZAMES l'a souligné, il s'agit de moments d'échanges importants.

Je dois vous présenter les excuses de Patrick BOUET qui avait prévu lorsque nous avons organisé il y a quelques mois cette matinée d'ouvrir le débat et d'intervenir. Il est retenu ce matin pour le discours inaugural des 50 ans de l'association SOS Médecins, il doit également intervenir dans une table ronde en fin de matinée. J'essaierai donc d'être à la hauteur de la tâche qui m'a été confiée.

« Démographie médicale et désertification des solutions multiples et concertées pour un réel accès aux soins sur le territoire » est un sujet fort qui n'échappe à personne quand on observe les médias, la presse écrite, les radios et la télévision. La définition a évolué au cours du temps, parce qu'on parlait initialement désert rural. Aujourd'hui, il faut tourner la page, la désertification de l'offre de soins concerne l'ensemble du territoire. M. RAULT le montrera, toute la France est concernée, y compris les zones périurbaines, les métropoles et le cœur de Paris.

C'est un sujet important, que l'on retrouve partout au fil du temps, lors du congrès du CISS à la fin de l'année 2015 où l'Ordre est intervenu, mais aussi dans l'actualité toute récente, lors du Congrès des maires qui se tient encore aujourd'hui et devant lequel notre Président est intervenu et au cours duquel une table ronde a été organisée autour de Marie-Caroline BONNET-GALZY sur un sujet qui préoccupe beaucoup les élus, comme encore lors d'une table ronde de l'IRDES en début de semaine, travail et moment d'échanges intéressants. Bien sûr, la réception de Patrick BOUET par la Commission d'aménagement du territoire du Sénat est un élément participant à cette réflexion.

Quelle est la contribution du Conseil national de l'Ordre des médecins sur ce sujet extrêmement fort qui concerne l'ensemble de la population que ce soient les patients, les usagers ou les professionnels et bien sûr les élus du territoire ? Depuis le dernier trimestre 2015, c'est le lancement de la Grande consultation parce que les conseils départementaux de l'Ordre régulièrement au contact de la profession font remonter, semaine après semaine, des préoccupations fortes, voire des angoisses, en tout cas un malaise de notre profession.

Le Conseil national avait donc pris l'initiative en 2015 de lancer un débat, une Grande consultation qui a représenté 16 réunions en régions, 2 000 médecins rencontrés sur le territoire, au fil du temps, toutes les fins de semaine, avec des élus du Conseil national qui ont écouté et ne sont pas intervenus.

Cela a été aussi une enquête en ligne pour laquelle nos espérances ont été plus que dépassées parce que la profession s'est largement exprimée : 35 000 médecins ont répondu au questionnaire en ligne qui demandait plus de 20 minutes. Le Conseil national ne pouvait pas prendre acte de ce que les confrères rapportaient, leur vision de l'exercice, leurs appréhensions mais aussi les idées qu'ils pouvaient avoir pour l'organisation du futur et pour l'amélioration de l'offre de soins.

Il nous a semblé aussi important d'effectuer un sondage grand public auprès de la population française, ce que nous avons réalisé avec l'institut Elabe. 4 000 Français, un échantillon représentatif de la société, ont été interrogés sur l'ensemble du territoire. Il est particulièrement intéressant d'observer que sur certains sujets, et des sujets majeurs comme le temps médical trop pauvre ou le besoin de réforme, les Français – patients potentiels ou réels – sont en adéquation parfaite avec ce que pense la profession.

Le Conseil national a voulu être le porte-voix de tout cela et affirme donc clairement la nécessité d'une réforme profonde du système de santé français qui est à bout de souffle et qui ne fonctionne plus. C'est l'objet du Livre blanc de la santé qui a été rendu public début janvier 2016 et vous avez aujourd'hui sur table dans le dossier la primeur de l'abstract des 10 propositions orientées autour de 3 axes de réflexion que je ne détaillerai pas ici parce que ce n'est pas le lieu, mais les reprendrai simplement. Il s'agit tout d'abord de simplifier l'organisation sur le territoire avec une participation de l'ensemble des acteurs aux décisions.

D'autre part, revisiter l'exercice professionnel avec cette notion essentielle de redonner du temps médical et améliorer les coopérations intraprofessionnelles et interprofessionnelles. Enfin, le dernier axe est pour nous un temps essentiel et nous en parlerons sûrement, revoir la formation parce qu'il y a une totale méconnaissance des jeunes médecins formés quasi exclusivement dans le cadre hospitalo-universitaire. Ce n'est pas ainsi que l'on peut connaître un exercice hors les murs hospitaliers et que l'on peut prendre conscience des satisfactions que l'on peut avoir en exercice rural ou libéral en général. Il faut donc développer ces stages, faire que cela dépasse la spécialité de médecine générale pour concerner l'ensemble des étudiants. C'est une notion essentielle et cela doit vraiment évoluer.

L'Ordre n'est pas le simple spectateur de ce qu'il a vu et entendu. L'Ordre souhaite être un acteur majeur porteur d'idées et de pistes de réflexion à partager avec l'ensemble des acteurs afin que l'on puisse demain avoir un meilleur accès aux soins.

Le débat de ce matin sur la désertification et les moyens que l'on peut mettre en place en travaillant ensemble nous semble un temps essentiel. Nous avons la chance d'avoir la présence de la Commissaire générale à l'égalité du territoire, placée sous l'autorité du Premier ministre, qui a donc une vision très large, d'avoir un sénateur présent pour partager nos échanges ce matin et, avec la vision des usagers, nous pourrions peut-être ouvrir de nouvelles pistes.

C'est notre volonté, une volonté de réforme. J'insiste, l'Ordre veut que cela change. 2016 est avant 2017 ; s'ouvre donc un temps politique fort et l'Ordre fera partie de ceux qui s'exprimeront dans le débat public. Je cède la parole à Jean-François RAULT pour relever le défi de présenter en 15 minutes 400 pages d'Atlas démographique

et souligner les idées fortes qui ressortent de cette 10e édition de l'Atlas, document important dans la connaissance que nous avons du territoire et le plus près de la réalité puisque chaque médecin qui travaille doit être inscrit à l'Ordre.

Je vous remercie et je vous souhaite une excellente matinée d'échanges.

Jean-François RAULT

Je tiens en préambule à remercier l'équipe de la section Santé publique et Démographie médicale et plus particulièrement Mme LE BRETON-LEROUVILLOIS qui réalise un travail important comme l'a remarqué un journaliste interpellé par toutes ces données.

(Diffusion synthèse de l'Atlas, cf. site du CNOM.)

Le nombre de médecins en activité reste stable, mais avec une augmentation importante du nombre de retraités. Il y a donc plus en plus de médecins en France, mais de plus en plus de retraités. Le nombre exact de médecins inscrits à l'Ordre au 1er janvier 2016 est de 285 840 dont 70 257 médecins retraités.

Le nombre de médecins retraités a augmenté de 87,8 % en 10 ans et de 6,7 % en un an alors que le nombre d'actifs reste stable. Il a augmenté de 1,2 % sur 10 ans et pratiquement pas depuis l'année dernière (0,02 %).

La pyramide des âges montre qu'il y a actuellement 2 fois plus d'hommes que de femmes chez les plus de 60 ans qui représentent 27 % des médecins et 2 fois plus de femmes chez les moins de 40 ans représentant 18 % des médecins.

Il existe de grandes disparités départementales pour les médecins en activité régulière (hors retraités et hors remplaçants). Le tableau de l'Ordre recense 198 144 actuellement avec une relative stabilité depuis 2007. La courbe reste stable pour 2025.

Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale montrent que les départements attractifs sont ceux de la

Côte Atlantique, quelques départements de la Manche, les zones frontalières et la région Rhône-Alpes.

Certains départements sont en forte baisse, tel que les départements du Centre, du nord de la Bourgogne, la région parisienne et quelques départements dans le Sud-Ouest et le Grand-Est.

La proportion des médecins âgés de moins de 40 ans et des 60 ans et plus est une variable importante à croiser avec d'autres. Elle permet notamment d'évaluer la part des médecins entrants comparativement à la part des médecins potentiellement sortants. J'attire l'attention sur les régions, Centre et Ile-de-France pour lesquelles la proportion de médecins de moins de 40 ans est deux fois moins importante que la proportion des médecins âgés de plus de 60 ans. Par opposition, les Pays de la Loire et la Bretagne sont les régions où les moins de 40 ans et les plus de 60 ans s'équilibrent à peu près, régions où l'attractivité est plus importante.

La densité régionale montre que la région Centre a la densité la plus basse de France, en plus de subir une baisse du nombre de médecins. En revanche, on parle beaucoup du département de la Ville de Paris qui perd beaucoup de médecins, mais la densité reste importante.

On entend souvent dire qu'il n'y a plus que des salariés. Or, en activité régulière, toutes spécialités confondues, il y a actuellement un parfait équilibre. Il y a 45,8 % de salariés, 43,5 % de libéraux et 10,3% avec de mixtes.

Nous observons des disparités dans les groupes de spécialités. De l'observé (2007/2016) à l'attendu (2016-2025), le nombre de médecins généralistes est en baisse. 8 % de 2007 à 2016 et ils perdront encore 8 % de 2016 à 2025. En revanche, les spécialités médicales vont augmenter de 6,5 % de 2016 à 2025 et les spécialités chirurgicales de 7,8 %.

C'est encore plus criant en le représentant sur des cartes de France. Nous constatons bien un arc dépressionnaire (cf. synthèse de l'Atlas sur le site du CNOM) au niveau de l'intérieur de la France et de la zone de l'Île-de-France (flèches rouges) qui montre bien les zones en difficulté pour la médecine générale. On note une baisse significative de -25% de médecins généralistes dans les départements de Paris et de la Nièvre. En revanche, nous constatons un anticyclone dans la zone Atlantique avec la Loire-Atlantique à +8%.

Bien que les spécialités médicales, enregistrent une hausse des effectifs, il n'en reste pas moins que certaines spécialités sont en souffrance. De même que certains départements comptabilisent une baisse significative des effectifs : le Cher, la Haute-Marne et la Meuse (-13 %). En revanche, 2 départements sont très attractifs pour les spécialités médicales, la Haute-Savoie et la Somme.

Pour les spécialités chirurgicales, nous observons de 2007 à 2016 - 20 % dans le Gers et l'Yonne et une augmentation en Loire-Atlantique.

Quand on fait un panel des spécialités médicales, autres que la médecine générale et spécialités chirurgicales, nous notons tout de même des baisses dans certaines spécialités. Tout le monde est au courant des difficultés qu'il y a actuellement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Entre 2007 et 2016, la baisse est presque de 50 %. La médecine du travail est également touchée avec presque -15 %, tout comme 2 spécialités que nous avons déjà présentées l'année passée : la dermatologie et la rhumatologie avec presque -10 %.

Pour les spécialités chirurgicales, j'insisterai plus sur la baisse de l'ORL (-6 %) et l'ophtalmologie (-5 %), en sachant par exemple qu'en ophtalmologie certains ne font que de la vision et d'autres opèrent. Nous pouvons donc nous demander si la diminution n'est pas plus importante, ce que nous sommes en train

de vérifier. Les départements les plus atteints sont toujours un peu les mêmes comme l'Yonne et la Nièvre.

Pour ce qui concerne les nouveaux inscrits, comme nous l'avons déjà souligné l'an passé, les jeunes exercent en libéral après quelques années de remplacements. En 2015, il y a eu 7 714 inscriptions avec une moyenne d'âge de 32,6 ans et une féminisation de 58 %. Les jeunes médecins au moment de l'inscription sont à presque 70 % dans une activité salariée. Toutefois, 7 ans plus tard, nous nous apercevons que le partage entre libéral et salariat s'équilibre.

Parmi les nouveaux inscrits, le nombre de diplômes de l'Union européenne ou hors Union européenne reste stable voire diminue légèrement (environ 22 %). Pour les groupes de spécialités, la médecine générale représentent 40 %, les spécialités médicales 46 %, et les spécialités chirurgicales 14 %.

Petite note d'optimisme, cette année les remplaçants sont en augmentation dans certaines zones en difficulté. L'effectif est de 11 000 avec une augmentation de 17 %, et est en majorité féminin. La moyenne d'âge est de 44 ans.

Les retraités actifs, médecins qui continuent de travailler après avoir fait valoir leurs droits à la retraite, restent surtout dans des zones « non en difficulté », plutôt des départements de faculté. Ils ne compenseront donc pas les forts départs, ce sera plus les remplaçants qui, eux, vont dans les zones en difficulté.

Cette année nous avons fait un focus sur la médecine générale, spécialité en grave difficulté. Nous constatons de fortes disparités régionales. Nous avons parlé de l'Île-de-France où les difficultés sont compensées par une densité importante et le Centre qui est vraiment la région en souffrance.

À l'opposé, nous avons les collectivités d'outre-mer et les départements d'outre-mer, mais ils représentent une petite cohorte et il est difficile d'interpréter les chiffres.

Les régions comme la Bretagne et les Pays-de-Loire sont celles qui s'en sortent le mieux dans cette disparité régionale.

Au niveau départemental, je parlais tout à l'heure de l'arc dépressionnaire de l'intérieur et du Grand-Est, nous le retrouvons toujours (flèches rouges) avec les deux départements du sud du Centre, ceux du nord de la Bourgogne, l'Île-de-France et le Grand-Est avec les Ardennes, l'Aisne et la Haute-Marne, qui sont les zones en médecine générale les plus touchées.

Si l'on peut parler d'un profil type du médecin généraliste, il a 52 ans, et il s'agit d'un homme, mais le nombre de femmes parmi les moins de 40 ans est plus important.

Les plus fortes variations de médecins généralistes concernent Paris et la Nièvre avec -25 %, les Yvelines et l'Yonne -21 %, l'Indre, l'Aisne et le Val-de-Marne avec -20 %. A contrario, la Loire-Atlantique et la Savoie connaissent une augmentation de plus de 9 %.

Si l'analyse par département est intéressante, il est encore plus intéressant d'étudier les bassins de vie. La classification combine l'analyse de la densité et la variation des effectifs. La situation est critique dans le Centre, comme on l'a indiqué, mais aussi de façon plus surprenante en Bretagne alors qu'elle est une région attractive. En effet, l'intérieur des terres est en difficulté parce que les médecins sont surtout présents sur les côtes, ce qui explique les zones rouges en Bretagne.

Nous avons comparé les médecins généralistes libéraux aux salariés. Nous observons que le nombre des libéraux et mixtes de 2007 et 2016 est en forte diminution -13 % et -7 % de 2016 à 2025 pour l'attendu. Grosso modo, de 2007 à 2025, nous allons perdre 25 % de médecins généralistes libéraux. En revanche, la courbe des salariés augmente et entre 2016 et 2025 il y aura plus de médecins généralistes qui feront du salariat.

Nous avons tenu de la réforme territoriale et avons élaboré des panoramas de la démographie médicale des nouvelles régions. Ces données sont accessibles dans l'Atlas mais peuvent être téléchargées sur le site internet du CNOM à la rubrique cartographie interactive. On y trouve : l'évolution des inscrits, les répartitions par groupes de spécialités, les variations d'inscrits par rapport à la population, la pyramide des âges, le type de structures dans lesquelles les médecins sont inscrits, les nouveaux inscrits et les remplaçants.

La Commission Jeunes Médecins, hébergée en Santé Publique et Démographie Médicale, a réalisée au cours de l'année 2015 une enquête sur l'impact du stage en médecine générale auprès des étudiants de 2e cycle, 3e cycle et fin de cursus. Le Dr. MOURGUES, Président de la Commission Jeunes Médecins est à l'initiative de cette étude en partenariat avec les structures représentatives des étudiants et jeunes médecins. Nous recensons 2800 participants à cette enquête. À la question, le stage en 2e cycle leur a donné envie d'exercer la médecine générale : la réponse est oui à 66 %. Quant au type de structure dans laquelle ils souhaitent s'installer, comme nous le pensions, ils préfèrent des maisons pluriprofessionnelles et monodisciplinaires, le cabinet seul représente que 10 % des réponses. Le mode d'exercice souhaité est le libéral pour 58 % et 34 % répondent être prêts à s'installer à la campagne.

En conclusion :

- Beaucoup de médecins, mais de plus en plus de retraités
- la souffrance de la médecine générale : -25 % sur la période 2007/2025;
- les disparités territoriales ;
- équilibre libéral/salarié ;
- désir des jeunes d'une formation sur le terrain, ce qui se rapproche de la proposition n° 9 du blanc pour dire que si une formation plus pratique au sein de la ville est faite auprès des étudiants,

nous attirerons peut-être plus de chances d'attirer les jeunes dans le monde libéral.

Michaël SZAMES

Félicitations pour avoir résumé 400 pages en 15 minutes. Démographie médicale et désertification des solutions multiples et concertées, cela signifie qu'il existe des solutions et des initiatives prises sur le terrain en ce moment même. Nous allons donc regarder un film reprenant 4 exemples d'initiatives prises pour nous aider dans le débat qui va suivre.

(Diffusion d'un film, cf. site du CNOM.)

Michaël SZAMES

Ce film nous permet de voir que des initiatives positives existent. Le constat de M. RAULT peut paraître un peu alarmant, mais avec ce temps de débat nous allons essayer de comprendre. Nous pourrions tout d'abord faire le constat et expliquer pourquoi nous avons cette forme de désert dans nos territoires. Je vous présente nos invités à la tribune qui sont venus débattre avec nous ce matin, Mme Marie-Caroline BONNET-GALZY, Commissaire générale du Commissariat général à l'égalité des territoires, les territoires étant la grande question, nous allons largement parler de l'attractivité des territoires ce matin ; M. Pierre-Marie LEBRUN, Co-Président du CISS, nous aurons besoin de vos explications ; M. ROMESTAING, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins ; et M. Sébastien MOURCIA, médecin généraliste à Beaune en Bourgogne et responsable du pôle santé, nous allons avoir besoin de votre expérience de terrain. Nous l'avons vu dans ce film, nous l'avons entendu dans la présentation, l'attractivité est le cœur du sujet, sans attractivité des déserts médicaux se créent, êtes-vous d'accord ?

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Tout ce qui nous a été exposé est très intéressant sur l'évolution dans les spécialisations, dans les besoins en fonction des territoires et dans les comportements médicaux. Avant d'en parler, je voudrais rapidement expliquer que le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), titre très ambitieux,

a pour responsabilité de travailler en interministériel avec l'ensemble des acteurs publics au niveau national et local afin d'identifier le mieux possible les modes d'intervention auprès des territoires de manière coordonnée et ciblée.

Nous avons plusieurs préoccupations : le constat est que les territoires sont effectivement différents. Ils ont à la fois des atouts et des dynamiques et en même temps des difficultés spécifiques. Il faut être capable de moduler et d'adapter les politiques publiques. Il ne faut pas réfléchir en termes d'habitant moyen, mais se mettre à une échelle pertinente pour identifier les caractéristiques et les besoins d'intervention adaptés. Avec l'ensemble de mes collègues ministériels, nous souhaitons travailler la territorialisation des politiques publiques. Mon voisin me demandait si je connaissais ces chiffres, je ne peux pas connaître tous les chiffres, mais notre volonté être d'être capable d'observer avec le maximum de croisements d'informations.

Je souligne qu'il existe un observatoire des territoires sur le site du CGET, ouvert à tous, et qui essaie justement de croiser des informations tant sur les équipements importants (école, commerce, hôpital, etc.), éléments sensibles d'aménagement du territoire, que les trajets domicile-travail que font les personnes, les zones d'attractivité, les taux d'emploi et de chômage.

Il faut être capable de croiser tous ces éléments pour mener une politique de façon intelligente et ne pas verticaliser nos interventions. On ne va pas lutter contre une difficulté de manière totalement étanche d'une autre. Le médecin a une famille, il a besoin d'une école, de perspectives d'emploi pour son conjoint, de culture. On a vu que des médecins voulaient aller à la campagne parce que l'on sait tous que le milieu urbain et la densité ont aussi des inconvénients ; il y a beaucoup de possibilités dans notre beau pays.

Mais pour que ce soit possible, il faut que cela se croise avec des relais de formation, des relais universitaires et des exercices professionnels collectifs, ce que nous avons vu dans les présentations et qui sont des éléments très importants.

Nous devons donc pouvoir travailler en transversalité au sein des professions médicales et paramédicales, mais aussi plus largement. Il est déterminant que l'on puisse aider au développement de l'ensemble des dynamiques des territoires et que l'on prenne appui sur les initiatives. C'est peut-être un troisième message. Nous sommes dans une nouvelle donne territoriale, dans une France aujourd'hui décentralisée, les acteurs locaux ont un rôle majeur avec le « manche » donné aux régions. Cela va encore mettre un peu de temps, mais on est entré dans une logique où à la fois les régions ont un rôle majeur et les communes s'organisent autour d'établissements publics de coopération. Au 1er janvier 2017, on va passer de 2 000 coopérations intercommunales à 1 000. C'est-à-dire que notre pays sera grosso modo organisé autour de 1 200 coopérations intercommunales et les plus petites communes vont s'intégrer – jusqu'où, c'est ce qui est en train de s'organiser. Il est certain que pour organiser les réseaux d'assainissement, les moyens routiers, les niveaux d'éclairage public – autant de sujets importants pour les médecins qui se déplacent – il doit y avoir une bonne coopération, une bonne coordination et une optimisation des moyens et des coûts.

Michaël SZAMES

Vous avez abordé quelques pistes de réflexion, nous parlerons des solutions dans un deuxième temps. M. LEBRUN quelle serait la cause des déserts médicaux, terme un peu large, mais qui parle à tous ?

Pierre-Marie LEBRUN

Cela fait maintenant quelques années que ce problème est remonté au CISS par les patients et représentants de patients dans les zones les plus défavorisées sur ce plan.

Finalement en en parlant, en interrogeant et en animant des colloques et débats au sein du Collectif, nous nous sommes aperçus qu'il n'y a pas ces zones très nettes et claires qui ont des difficultés. Il y a toute une série de petits territoires où il commence à y avoir de vrais problèmes aussi. Il y a toujours une première phase où les difficultés ne se voient pas trop, parce que les patients cherchent un médecin généraliste qui sert de porte d'entrée dans le parcours de soins et ils en trouvent toujours au début en faisant quelques kilomètres, même s'ils disent « on en trouve, certes, mais on n'a plus le choix ».

Michaël SZAMES

Quelques kilomètres, cela peut être parfois de nombreux kilomètres. Un médecin par commune, est-ce encore possible aujourd'hui ?

Pierre-Marie LEBRUN

Non, c'est fini ! C'est un médecin pour 1 000 habitants. Pour bien comprendre, on est plutôt à l'échelle du canton. Je disais que l'on ne s'en rend pas compte de suite parce que lorsqu'il en manque « que » quelques-uns, c'est d'abord la qualité du médecin que l'on cherche et on fait des kilomètres. Mais après, cela se complique quand il en part d'autres. D'ailleurs, les patients se disent à ce moment-là, comment cela se fait-il que l'on n'ait pas de médecins et que l'on ne les force pas à venir ?

Sur un plan plus global, la réflexion est plus mitigée, mais ceux vraiment concernés se posent des questions et, en général, ils sont très soutenus par l' élu local du canton. C'est finalement tout un processus qui touche à l'accès aux soins et il concerne nécessairement les représentants d'usagers.

Michaël SZAMES

On évoquait la redéfinition de la France, la nouvelle carte territoriale aura-t-elle un impact encore plus sévère peut-être sur ce désert médical ou au contraire pourra l'avantager un peu ?

Pierre-Marie LEBRUN

Non, ces ressorts ne vont pas tous changer d'un coup. Il faut privilégier des solutions qui recueillent l'assentiment des médecins. Il est impossible de travailler sans avoir un accord fort avec les médecins. Le CISS a étudié les mesures incitatives financières, etc., ce n'est pas une réussite absolue. Cela ne peut pas résoudre le problème. Ce qui peut apporter des solutions, c'est un peu ce qui est dit dans le film, et qui donne beaucoup d'espoir même si cela reste des cas particuliers, les maisons de santé et plus globalement les regroupements collectifs de médecins, les délégations de tâches, etc.

Michaël SZAMES

Nous allons y venir. Je voudrais avoir l'expérience d'un médecin sur le terrain, Dr MOURCIA vous exercez en tant que généraliste, vous avez également créé le pôle santé en Bourgogne, pouvez-vous nous parler de ce que vous faites sur le terrain ?

Sébastien MOURCIA

Bonjour, je suis médecine généraliste à Beaune en Bourgogne. En 2010, nous avons décidé de réformer notre système local. Nos installations étant à bout de souffle, il a fallu se pencher sur la construction et la mise en œuvre d'un projet qui regroupe aujourd'hui une vingtaine de praticiens. Dans le film est présentée l'interview du Pr BEIS de Dijon et ce n'est pas un hasard si on parle de la Bourgogne Franche-Comté puisque c'est une zone aussi très en tension au niveau de la démographie médicale. Bien évidemment, il n'y a pas plus convaincu que moi sur le modèle que j'ai développé. Je crois vraiment que les maisons de santé pluriprofessionnelles, quand elles sont à l'initiative des praticiens libéraux avec un vrai projet – cela fonctionne. Nous avons eu la chance d'être partis d'une feuille blanche et nous accueillons aujourd'hui environ 500 patients par jour. J'insiste, cela fonctionne, les gens sont contents et font des kilomètres pour venir. Nous avons un rayon de recrutement qui a plus que doublé en 2 mois d'ouverture

parce que nous sommes ouverts depuis le 21 mars.

Je suis aussi convaincu que ces modes d'exercice rayonnent aussi sur les autres praticiens. Le fait de donner aux praticiens qui seraient isolés l'impression qu'ils ne sont plus tous seuls en leur proposant comme une espèce d'aura de coopération professionnelle, permet de désenclaver des gens qui seraient à 30 ou 40 km seuls. Il faut simplement leur donner l'impression que c'est possible et aujourd'hui c'est très simple avec la visioconférence, la coordination par logiciel professionnel, la mise à disposition d'un secrétariat, etc.

Nous avons tout misé sur le mode d'exercice en temps partiel. Aujourd'hui, la profession se féminise, mais c'est plus compliqué nous avons plutôt moitié d'hommes, moitié de femmes. Ils veulent rester près des centres urbains, ils veulent une qualité de vie et du temps partiel. Nous avons donc dû nous organiser pour offrir un écrin d'accueil à ces futurs professionnels.

Michaël SZAMES

Le médecin, tel qu'on le connaissait aujourd'hui, ne sera plus celui de demain ?

Sébastien MOURCIA

Le modèle sacerdotal n'existe plus.

Michaël SZAMES

Vous-même par rapport au début de votre exercice, avez-vous changé d'état d'esprit en quelques années ?

Sébastien MOURCIA

Je fais toujours 70 heures par semaine. Même les plus chevronnées qui font 7 heures 21 heures, aspirent à une meilleure qualité de vie en voyant que c'est possible.

Michaël SZAMES

Profitons de la présence du sénateur Jean-François LONGEOT, membre de la Commission du développement du territoire, quel est votre sentiment à la présentation de l'Atlas, de cette France sous tension, des déserts médicaux ? Et que peuvent faire les élus pour aider ?

Jean-François LONGEOT

Tout d'abord, je remercie l'Ordre de m'avoir invité, je suis particulièrement heureux d'être là aujourd'hui puisque dans le cadre de la loi santé, j'ai défendu un certain nombre d'articles et notamment l'article 12 ter relatif aux déserts médicaux. Le constat que j'avais fait à la suite des auditions correspond tout à fait à ce que j'ai entendu et à ce qu'évoquait M. ROMESTAING sur la formation. L'immersion dans nos territoires d'un certain nombre d'étudiants en médecine me paraît intéressante et c'est ce que j'avais proposé. Tous les étudiants en médecine dans les grands hôpitaux n'aspirent pas aller après dans nos territoires. Il est important que l'on puisse partager ce point de vue.

Je pense, comme M. LEBRUN, que nous ne pouvons pas réformer quelque chose sans associer les médecins. C'est vraiment important, il faut écouter et lorsque mes propositions ont été rejetées, j'ai craint que l'on se dise à un moment donné, l'extension des déserts médicaux étant devenue telle, qu'il faille prendre des décisions législatives qui ne seraient pas les bonnes.

D'autre part, comme le montre bien le film, sur les secteurs où il y a des difficultés comme au Mans, à Dijon, il y a 1 ou 2 médecins référents, c'est-à-dire des médecins moteurs qui ont envie de faire des choses. Je crois que l'on peut inventer tout ce que l'on veut, on peut donner des bonus financiers, créer toutes les maisons médicales, etc., et avoir une belle boîte, mais si on n'a pas l'outil à y mettre, ce sera de l'argent public dépensé pour rien et ce ne sera pas efficace.

Le maître mot est ce constat important et grave des déserts médicaux. 3 millions de Français n'ont pas accès aux soins, non pas du fait qu'ils n'ont pas de couverture sociale et autres, mais parce qu'il n'y a pas de médecins.

Ce constat est fait, on sent qu'il y a une volonté. J'insiste, merci de m'avoir invité parce que cela me permettra de faire un compte rendu, à la fois à mon Président,

Hervé MAUREY, mais aussi à la Commission du développement durable, sur vos cartes qui sont très précises. Félicitations, M. RAULT pour cette présentation très précise montrant qu'il y a effectivement un constat, mais aussi derrière des solutions.

Michaël SZAMES

Quant à l'aspect politique, on parlait tout à l'heure de concertation avec les médecins, y a-t-il eu un manque d'anticipation de la part du politique ?

Jean-François LONGEOT

Oui, très certainement parce que ce constat des déserts ne date pas d'aujourd'hui, mais de quelques années. Il est vrai aussi qu'on a pu se dire qu'il en manquait qu'un ici ou deux-là, et que par conséquent la situation n'était pas encore grave et malheureusement on ne commence à se mobiliser que lorsque la situation est compliquée. On voit bien en région Bourgogne Franche-Comté que la mobilisation est plus forte dans les départements de Franche-Comté que dans le Doubs qui n'a pas ce souci, si ce n'est dans le Haut-Doubs avec la Suisse, mais c'est un autre débat.

On parle de sacerdoce, il y aura encore des vocations, mais il ne faut pas compter dessus. Il faut qu'il y ait de l'attractivité pour que les gens s'installent. Dans les auditions que j'ai réalisées, j'ai observé qu'un quart des étudiants en médecine arrêtaient leur cursus avant la fin et quelle que soit l'année d'étude. C'est un nombre important et cela doit nous interpeller, nous élus nationaux. Pourquoi quelqu'un en 4e, 5e ou 6e année, se dit d'un seul coup qu'il va faire une autre formation que médecine ? Il faut rendre l'attractivité au métier de médecin.

Michaël SZAMES

Quel est le rôle des communes aujourd'hui sur l'attractivité ? Des plans ont été lancés notamment de la part de Mme TOURAINE avec le Pacte territoire santé, quel devrait être le rôle des communes ?

Marie-Caroline BONNET-GALZY

J'entends beaucoup le besoin des élus d'avoir plus de lieux de dialogue et le Pacte territoire santé a l'objectif d'organiser des comités de rencontres et de capacités de dialogue entre les élus et les médecins pour anticiper et s'organiser.

Je souscris tout à fait à ce qu'a indiqué le sénateur et été dit plusieurs fois, tout va dépendre des capacités d'initiative et des coordinations d'initiatives. Il faut que la profession se prenne en main, anticipe et projette, mais il faut des capacités de dialogue et des appuis. Il y a des moyens majeurs aussi indirectement évoqués, il faut que l'infrastructure numérique de la France soit à bon niveau et, évidemment, c'est toujours dans les territoires les plus en difficulté que de fait la moindre densité n'appelle pas les mêmes investissements ou même tempo d'investissements. Nous sommes donc très vigilants sur ce besoin de mettre à niveau l'infrastructure mobile avec des choix complexes, vous l'imaginez, entre partage des rôles entre les opérateurs privés et l'opérateur public, pour que l'argent public soit bien utilisé pour garantir ce fonctionnement indispensable pour la télémédecine, le télésecrétariat et les réseaux que nous avons évoqués tout à l'heure.

Michaël SZAMES

Manque de dialogue, peut-être et d'initiatives entre les médecins, les communes, le politique, ce serait peut-être la solution aujourd'hui pour lutter contre ces « déserts » médicaux ?

Patrick ROMESTAING

Un des constats majeurs portés dans le Livre blanc et qui aboutit à des préconisations, porte sur le fait que les professionnels de santé ont le sentiment d'exercer sur le territoire et d'être invisibles aux yeux des responsables locaux. La meilleure preuve en est certaines maisons médicales mises en place par des communes ou communautés de communes, projets créés sans tenir compte des professionnels présents parfois à 2 km et

en faisant abstraction de ce qui existe déjà et qui parfois correspond à un exercice de jeunes professionnels et qui n'ont pas été sollicités. Cela aboutit à des catastrophes et nous recevons les appels désespérés de maires qui nous demandent de faire quelque chose pour eux, ils nous disent avoir une maison, des beaux locaux, avoir même aménagé un logement d'habitation et personne ne vient ou bien ils ont accueilli un médecin étranger qui a ensuite disparu sans prévenir.

Michaël SZAMES

Et une maison de santé sans médecin, c'est compliqué.

Patrick ROMESTAING

C'est compliqué et ce n'est malheureusement pas qu'anecdotique. Il faut donc intégrer, comme cela a été indiqué, les professionnels de santé dans les réflexions. On ne peut pas faire sans les professionnels de santé et notamment les médecins. Le médecin est le pilier central, mais tout seul il ne peut rien faire. Il faut donc associer les autres professionnels de santé et discuter avec les élus pour essayer de mettre en place une organisation lisible.

Cela fait partie des propositions du Conseil national : simplifier, parce qu'il y a beaucoup de découpages. La dernière proposition, ce sont les groupements hospitaliers de territoire que l'on ajoute aux communautés de santé, qui s'ajoute au découpage de l'urgence et de permanence des soins. Cela devient illisible pour les patients. Le Conseil national propose donc de mettre en place un Bassin de Proximité Santé partant de l'existant avec un comité de pilotage d'effecteurs, pour justement associer tout le monde y compris les usagers, les élus, la représentation de l'État (les ARS), avec une vraie concertation et des codécisions, c'est-à-dire finalement une gouvernance partagée et une vraie démocratie sanitaire.

Cela nous semble un point essentiel afin de mettre en place quelque chose de différent, mais qui parte de l'existant et tienne compte de l'avis des élus et de tous les acteurs de soins pour une organisation plus efficiente avec un premier niveau qui serait un accès éventuellement à une consultation de médecine générale et de certaines autres spécialités. On pourrait avoir des établissements pour prendre en charge des anesthésies générales, des examens d'endoscopie, éventuellement de la chimiothérapie. Tous ces bassins de proximité seraient fédérés autour d'un grand centre qui lui assurerait, avec un plateau technique lourd, la prise en charge des patients à deuxième niveau avec in fine aussi le souhait de mieux organiser les urgences hospitalières qui sont encombrées par des patients qui pourraient être beaucoup mieux pris en charge ailleurs.

Michaël SZAMES

Cette désorganisation, cette absence de soins sur le territoire, a-t-elle aussi une incidence sur ces déserts médicaux ?

Pierre-Marie LEBRUN

En tout cas, le fait que le pouvoir soit partagé entre de nombreux acteurs qui ne se voient pas, sauf quand cela va très mal, n'aide pas au fonctionnement du système. Dans la pratique, on voit bien que les solutions se trouvent lorsque les acteurs, sur un territoire raisonnable, ont un projet commun qu'ils sont capables de porter et dans lequel il y a nécessairement des médecins. Il est impossible d'avoir un projet sans médecin pour commencer quelque chose.

Une fois que cela existe, il y a ensuite plusieurs formules, mais il faut bien qu'à un moment donné quelqu'un réunisse les acteurs. Or, à ce jour on constate que plusieurs acteurs ont du mal à se parler. Les médecins généralistes ont du mal à aller à l'ARS parce qu'ils considèrent que c'est l'État et qu'ils vont être étatisés, etc. Et pourtant, il y a tout un pan de la santé sur le territoire qui dépend de l'ARS comme la partie hospitalière. Je le vois

bien dans le Nord-Pas-de-Calais, les médecins généralistes acceptent de travailler avec l'ARS quand la situation devient tellement complexe dans une zone géographique qu'ils y sont obligés.

Ne peut-on pas trouver des solutions pour que l'on puisse se parler avant que cela aille très mal ? Quand il n'y a plus de médecins, il est impossible de créer une maison de santé. Il faut donc bien s'y prendre un peu en amont. Il y a une espèce de rivalité entre l'Assurance maladie, qui règle une partie des questions de la vie des médecins généralistes, et les ARS, qui ont des prérogatives sur la santé dans un territoire. Tant que tout cela ne sera pas réglé, on pourra difficilement se parler sans que cela aille très mal.

Ludovic TORO

Bonjour, on parlait de réunir tout le monde. J'ai la chance d'être médecin depuis 25 ans en Seine-Saint-Denis dans une petite commune, dont je suis aussi le maire, et j'ai aussi la chance d'avoir été élu conseiller régional aux dernières élections en charge de la santé. J'ai par ailleurs été conseiller départemental de Seine-Saint-Denis il y a 10 ans. Tout d'abord, je tiens à saluer l'initiative de Conseil national de l'Ordre des médecins. Je dirais, bravo et enfin !

Cela fait 15, voire 20 ans que cela dure. En Seine-Saint-Denis, certaines villes sont complètement désertifiées pour plusieurs raisons et différentes que pour le centre de la France. Nous nous sommes dit que nous allions mettre un petit billet à ceux qui finissent le 2e cycle et qui vont choisir une spécialité ou médecin. Nous proposons 1 000 €. Nous en sommes à 10 ans d'application et nous en avons 5. Cela ne fonctionne pas ! Parce que lorsque vous touchez quelqu'un qui a déjà 28 ou 30 ans, marié avec un enfant, ce n'est pas avec 1 000 € par mois que vous le ferez bouger.

D'autre part, en Seine-Saint-Denis nous avons la faculté de Bobigny, mais 20 % des médecins formés à Bobigny restent en Seine-Saint-Denis.

Monsieur le sénateur vous nous parliez des 25 % qui ne finissent pas leurs études, j'ai un chiffre différent : ce sont 25 % des médecins diplômés qui ne vont pas exercer et partent dans des structures pharmaceutiques ou autres. C'est aussi un vrai problème de fuite de cerveaux qui va au-delà de la médecine.

On parle des maisons médicales, il est vrai que la région va donner de l'argent pour aider, en fait tout le monde donne de l'argent, mais tout le monde est aujourd'hui inefficace. C'est clair et net. En Seine-Saint-Denis, cela ne fait que diminuer, dans le territoire où il y a le plus de problèmes de santé, c'est là que l'on a le moins de médecins.

Il est vrai que la coercition est difficile pour un médecin. Il s'agit d'un métier libéral et dire à un libéral qu'on va lui enlever sa liberté peut énerver. Je pense qu'il va falloir travailler avec tout le monde, le Conseil national de l'Ordre, les médecins, mais aussi les jeunes c'est-à-dire les représentants des étudiants en médecine, mais pas en 5e année. Il faut les prendre en 1re ou en 2e parce que 1 000 € à 20 ans, ce n'est pas 1 000 € à 30 ans. Il faut donc descendre d'un cran, quand vous cherchez un logement à 18 ans, 1 000 € ne représentent pas la même somme, mais je ne suis pas sûr que ce soit suffisant.

Les maisons médicales, c'est super ! Cependant, on le voit bien en Seine-Saint-Denis, on les crée, on les construit, tout le monde donne de l'argent, sauf qu'au bout d'un moment soit on ne les remplit, soit les médecins s'en vont.

Ce n'est donc pas forcément la solution, c'est une des solutions. Il n'y aura jamais aucune solution parce qu'on agit beaucoup trop tard comme à chaque fois. Cela fait 20 ans que le problème existe et on commence à s'exciter. De toute façon quoi que l'on applique aujourd'hui, on aura la réponse dans 10 ans, si on y arrive. Mais n'oublions pas les jeunes, ce sont eux qui feront les grèves et qui seront médecins dans quelque temps.

La maison médicale peut être une solution, mais il faut trouver les médecins. De toute façon, on le fait systématiquement. Aujourd'hui, le médecin seul dans un coin devient un peu fou. Moi, je me suis regroupé avec 4 autres médecins. Je ne fais plus que 4 consultations, mais je continue à voir les patients et à essayer de trouver des solutions.

Je tiens vraiment à saluer ce qu'a fait l'Ordre. C'est vraiment très fort d'avoir réuni tout cela, mais on a beau auditionner, etc., il faudra à un moment trouver les solutions qui feront que les médecins iront dans ces zones. Ce n'est pas forcément un manque de médecin, c'est plutôt une question de répartition différente. Si vous sortez l'étendard, le médecin de 30 ans est dans la rue et il n'y a plus personne pour faire les internes dans les hôpitaux.

Michaël SZAMES

Merci d'avoir ouvert des pistes. Il y a justement des représentants des jeunes médecins dans la salle, voulez-vous répondre ? C'est à vous que l'avenir appartient.

Maxime RIFAD, Vice-président de l'ANEMF

En réponse au médecin, élu et maire en Seine-Saint-Denis, il est vrai qu'il y a un véritable problème. Il y a un engagement dans le Pacte territoire santé de Mme TOURAINE. Ce contrat qui existe depuis 2009 et grosso modo donne une allocation chaque mois de 1 100 € aux étudiants en médecine pour qu'ils puissent, via un projet professionnel, s'installer dans des territoires en désertification médicale. Au final, on se rend compte, comme vous le dites, que ce n'est pas l'argent qui intéresse plus que cela les étudiants en médecine. Il est vrai qu'avoir 1 000 € par mois pour continuer ses études peut être une vraie aide dans certains cas difficiles. Mais les jeunes médecins attendent surtout qu'on les aide et les aiguille sur le territoire où s'installer, ce qu'ils doivent faire pour s'installer en libéral, comment s'inscrire à l'Ordre,

à quoi cela sert l'Ordre, comment s'inscrire à l'Urssaf, quelles sont les possibilités, quelles sont les initiatives sur place, etc.

Ce contrat d'engagement au service public permet justement de sensibiliser les jeunes médecins dès la 2^e, 3^e et 4^e année pour leur demander quel est leur projet professionnel s'ils veulent recevoir leur allocation. Des jeunes étudiants en médecine de Bobigny vont justement s'intéresser à des zones déficitaires où ils vont voir ce qu'il y a sur place, si le maire leur propose quelque chose, etc. Ils vont aller discuter avec élus locaux et les médecins autour. Les jeunes sont très motivés quand on leur pose cette problématique.

D'autre part, comme on le voit dans les enquêtes, l'objectif aujourd'hui de 100 % en stage de médecine générale n'est pas totalement rempli. C'est le cas pour certaines régions, mais d'autres, comme Paris, le remplissent un peu moins. Il faut véritablement investir parce que donner 1 000 € par ci et 1 000 € par-là à des étudiants en médecine ne sert à rien. Il faut investir dans des dispositifs afin que les étudiants puissent, par exemple, aller faire des stages à la campagne. Actuellement, la plupart se font en ville, comment voulez-vous que les étudiants aillent à la campagne quand ils n'ont vu que la pratique en libéral en ville ou en salariat ? Nous le disons depuis plusieurs années, il faut mettre de l'argent sur la table afin de recevoir les jeunes futurs médecins dans les territoires les plus enclavés avec la possibilité de les indemniser sur leur trajet, leur repas, etc. Beaucoup d'initiatives peuvent être prises, mais essayer d'attirer les jeunes médecins avec l'argent ne sert à rien. Il faut du projet, de la formation et une qualité de vie et la capacité d'apprendre la médecine par le compagnonnage et maître de stage universitaire parce qu'il y a une vraie qualité d'enseignement des maîtres de stage universitaires. Les étudiants sont très demandeurs et c'est là qu'il faut travailler et non pas donner de l'argent. Cela ne les intéresse pas, ils sont intéressés par les

projets professionnels, l'accueil et la formation dans les territoires.

Michaël SZAMES

Merci pour ce témoignage passionnant qui ouvre aussi des pistes de réflexion, il n'y a pas que l'argent, mais aussi le dialogue et la formation.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Je ne peux que souscrire à tout ce qui a été dit. Le sénateur l'a indiqué, on n'a pas anticipé, mais on a du mal à anticiper sur beaucoup de métiers. Nous sommes à des moments de rupture comportementale et on a plus souvent fait du calcul quantitatif que du qualitatif ou du comportemental. Donc la question pourquoi un quart des jeunes partent au moment de la formation ou un quart part pour travailler dans l'industrie, n'est pas complètement élucidée aujourd'hui et elle sera sans doute encore appelée à évoluer.

Elle renvoie aussi à la formation, jusqu'où notre formation médicale – qui est très spécifique en France, beaucoup moins universitaire, polyvalente et plurielle que dans d'autres pays – ne nous pénalise pas aussi sur ces évolutions ? Jusqu'où ne réfléchit-on pas assez à l'ensemble des secteurs où l'on a besoin de compétences de ce type sachant qu'elles ne sont pas toutes dans l'exercice médical. Comment faire pour renforcer les délégations d'exercice médical ? On n'a pas fini de travailler à ces sujets. On doit se projeter dans des évolutions très structurantes et qui peuvent bien sûr nous mettre dans des situations critiques.

D'autre part, le contrat d'engagement de service public qui a été évoqué est un beau sujet. On en a plus de 1 700 aujourd'hui et on a prévu d'en avoir 2 200 d'ici 2017. Il y a d'ores et déjà 100 jeunes médecins installés qui ont bénéficié de ce contrat pendant leurs études. Vous voyez bien que ce sont des dispositifs longs puisque cela a débuté en 2009 et on a 100 médecins installés sur l'ensemble de ceux que l'on a orientés vers ce dispositif.

On souhaite le développer parce que c'est effectivement ce qui permet de faire ce fil entre la formation et l'installation. Je pense que tous les stages d'internat en médecine générale sont majeurs ; de ce que je comprends, il y a des blocages dans certaines universités et il n'y a pas toujours assez de médecins pour les accueillir. Là aussi, il faut que la profession se prenne en main parce qu'il est évident que c'est un facteur d'attractivité majeur.

Je terminerai sur l'articulation évoquée tout à l'heure, en effet comment créer ces capacités de dialogue continu qui permettent à la fois de gérer les problèmes immédiats – parce qu'on se retrouve plutôt quand il y a problème – et d'anticiper sur la suite entre l'ARS, les élus locaux et les médecins ?

Michel LEGMAMN, Ancien Président du CNOM

Comme l'a souligné le collègue de la Seine-Saint-Denis, ces questions ne datent pas d'hier. Dès 2010, grâce aux études approfondies de la section Santé publique et Démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins, nous avons constaté ces déserts médicaux et attiré l'attention des pouvoirs publics au point que le Président de la République de l'époque m'avait confié une mission « constat et solutions pour les déserts médicaux ».

Je voudrais souligner que les solutions éventuelles ne sont pas univoques. On ne peut pas comparer un désert médical dans le centre de la France avec ce qui se passe dans le centre de Paris intra-muros. Comment envisager d'installer un jeune médecin avec son épouse qui a un emploi et des enfants en âge scolaire dans ce que j'appelais à l'époque un « champ de betteraves » là où il n'y a plus de population ou une population disséminée, où l'État s'est retiré plus de banques, de cars et d'école ? Il faudra donc là des solutions spécifiques.

Dans le centre de Paris, la cause du désert médical est parfaitement connue. Comment survivre en tant que médecin généraliste en secteur I avec la cherté

du coût de la vie dans le centre de Paris ? C'est impossible ! Ce sont donc deux problèmes différents et il y en a d'autres, et les solutions seront évidemment différentes. J'avais même à l'époque pour le Centre désertifié envisagé de modifier un article du code de déontologie médicale, c'est-à-dire autoriser la médecine foraine ambulatoire avec des cars médicaux qui se déplaceraient de bourg en bourg pour suivre des diabétiques et autres maladies chroniques.

Jean-François LONGEOT

Je peux partager certains de ces propos, il est vrai que l'on rencontre beaucoup de difficultés dans la ruralité, mais on n'est tout de même pas uniquement dans des champs de betteraves, même si ce n'était qu'une image. Je défends le secteur rural de façon forte parce que j'y suis très attaché. Vous avez raison, envoyez un médecin là où il n'y a effectivement plus de train, plus de service minimum, d'administration, etc., ne va pas l'inciter à rester.

L'Ordre le dit bien dans son éditorial, ce qui est important c'est cette formation et l'enquête illustre la façon éloquente la nécessité de développer une formation initiale. Il est très important que cette formation change. Par exemple, l'étudiant, qui vient à une formation près d'un médecin dans un hôpital local, est en 2e et 3e année et il peut y trouver son conjoint, trouver que la région est belle et y rester. Il y a aussi un vrai problème de formation et la formation se fait que dans les grands hôpitaux.

L'attribution d'allocations n'est pas la solution. Je ne suis pas médecin, mais je me dis que si j'avais fait des études en médecine, je n'aurais pas forcément été intéressé par 1 000 € par ci et par là. La difficulté avec l'allocation est le risque de surenchère, on va dire venez en Seine-Saint-Denis on vous donnera 1 000 €, le Doubs va alors dire qu'il va donner 1 300 €. Ce sera à qui donnera le plus et je crois que ce n'est pas la solution. La solution est effectivement à la formation et à l'attractivité de nos territoires.

Concernant la loi santé, je n'irai pas plus loin parce que cela risque de créer une polémique, mais je crois que le rôle du médecin est de soigner les patients et non pas de faire de l'administratif. Je crois que le tiers-payant n'est pas bien parce que cela n'incite pas. Comme pour beaucoup de choses, je trouve que l'on complique beaucoup trop les choses administrativement et on fait sortir les professionnels, médecins ou autres, de leur métier.

Michaël SZAMES

Effectivement, cela peut faire polémique. M. MOURCIA, à propos d'incitation financière, si on vous avait donné plus d'argent, y seriez-vous quand même allé ou pas du tout ?

Sébastien MOURCIA

Je salue mes confrères qui se sont engagés avec l'État moyennant rétribution financière pour essayer de désenclaver des territoires sous-dotés, mais je ne crois pas que ce soit la solution. Encore une fois, il faut prendre acte du fait de devoir confiance aux étudiants, aux praticiens libéraux, et d'encourager les initiatives. C'est un argument qui me parle. On doit faire confiance aux praticiens locaux sur des solutions adaptées au territoire.

Notre territoire est sous-doté et il est à 25 km. J'ai pris l'initiative de contacter ces praticiens, ils sont aujourd'hui partis en retraite. Il n'y a plus personne et maintenant que fait-on ?

Les maisons de santé pluriprofessionnelle, c'est bien, c'est dans les centres semi-ruraux, urbains. En pur territoire rural, c'est difficile, mais on y arrive. Il y en a par exemple dans le Jura où ils sont maintenant 16 médecins et ils viennent de 50 km, mais comme ils ne travaillent que 3 jours par semaine, ils ont une qualité de vie et la consultation et le service sont assurés.

Dans mon territoire sous-doté à 25 km, pourquoi ne pas envisager de détacher un praticien ? Ce n'est pas vraiment du nomadisme puisque l'on est tout près, mais on offre une solution et on

désenclave un territoire. Aujourd'hui, les gens font 30 km pour venir à Beaune. Les Portes du Morvan ne sont pas loin, la Nièvre dans 5 ans ne sera plus qu'un gros trou noir ravagé.

Engager des mesures incitatives pour former les formateurs serait une piste. La maîtrise de stage universitaire est un outil en or massif et je pense qu'il faut tout miser là-dessus, c'est ce qui suscitera des vocations plus tard. Le problème des études médicales est que l'on a beaucoup de connaissances techniques à maîtriser, on ne peut donc pas envoyer des jeunes trop tôt sur le terrain, même si cela leur donnerait la perspective de leur activité future. Les étudiants doivent être à l'école. Les externes ont des stages en ville, les internes font 6 mois en ville chez un médecin généraliste, ils peuvent avoir la chance de revenir une deuxième fois dans le cadre d'un SASPAS, c'est-à-dire un stage en autonomie. C'est déjà pas mal, optimisons ces temps. Si déjà 100 % des externes venaient sur le terrain... Je les prends 7 semaines, j'ai les externes et j'alterne 15 tout seul et ensuite 15 jours avec un interne. J'en suis à ma cinquième promotion d'internes et mon taux de conversion de médecin généraliste, même remplaçant, est de 1 sur 5, il y en a 4 qui sont partis dans le salariat.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Je voulais éviter une éventuelle incompréhension, le contrat d'engagement de service public permet aux jeunes de voir leur formation financée, ce n'est pas 1 000 € dans l'exercice médical. La formation est subventionnée et leur bourse de formation leur demande un engagement ultérieur de s'installer là où l'ARS les orientera en fonction de la logique de territoire sensible pour la durée de la bourse de formation dont ils ont bénéficié. Je me permets cette précision, parce que ce n'est pas la même logique que de donner 1 000 €.

Patrick ROMESTAING

En ce qui concerne les aides financières accordées, Mme BONNET-GALZY vient de préciser ce qu'est le Contrat d'Engagement de Service Public. On a vu la semaine dernière, la proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, 50 000 € sur 2 ans et 3 ans d'engagement. Cela peut avoir un effet positif, mais il faut rester modeste. M. RIFAD l'a bien dit, dans certains territoires il est important grâce à ces contrats de permettre à des jeunes, issus de milieux en difficulté, d'accéder à un cursus long d'études médicales. Pour parler d'une autre possibilité, les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale apportent un plus extraordinaire sur la couverture maternité des femmes médecins.

Il y a des idées et des points positifs, mais plutôt que de les limiter à une partie de la population féminine, par exemple, il serait plus intéressant de réfléchir à mettre en place cette couverture maternité ou paternité à l'ensemble des médecins en exercice.

Je suis tout à fait d'accord, les aides financières n'apportent pas la solution sur beaucoup de territoires. Il faut rester modeste, quelques centaines de personnes aidées sur l'ensemble du territoire sur 190 000 médecins en activité, c'est loin d'assurer la relève même s'il faut prendre le bon côté des choses.

Il est vrai que la formation est un levier majeur et il faut vraiment travailler avec l'université pour des stages professionnalisants et une découverte précoce de l'exercice en dehors du monde hospitalier. Il faut travailler avec l'université sous son contrôle, elle accepte que les jeunes étudiants ou internes aillent en libéral dans les cabinets ou dans des établissements privés. On peut aussi apprendre dans un établissement privé où une chirurgie de très haute qualité est réalisée. Cela nous semble un élément essentiel. Il faut donc valoriser le statut de maître de stage parce que c'est une fonction essentielle.

Nous demandons d'en faire la promotion. Ce n'est pas du temps perdu, mais du compagnonnage qui bénéficie tant aux jeunes qu'aux médecins.

Pour rester dans l'incitatif, nous proposons de mettre en place un stage, ou un exercice, que l'on a appelé le post-DES de territoire. C'est-à-dire s'engager, lorsqu'on a fini son diplôme d'études spécialisées, à exercer 3 ans sur un territoire en tension au service d'une population pour laquelle l'accès aux soins est en difficulté. En contrepartie, on pourrait après discussion essayer de mettre en avant une compensation d'une certaine manière. Cela pourrait être pour ces médecins qui ont accepté ces 3 ans de « mission de service public », s'ils intégraient une fonction hospitalière, de démarrer et progresser plus vite dans la hiérarchie – c'est à discuter, ce n'est pas de notre compétence – et pour ceux qui iraient ensuite s'installer en libéral, éventuellement avoir accès à certaines compensations, pourquoi pas un accès à des honoraires différents.

Je termine sur le numerus clausus, parce qu'on lit et entend dire des élus qu'il faudrait le doubler. J'attire l'attention sur le fait que nous arrivons au moment où le numerus clausus – qui a été augmenté à plus de 7 000 étudiants admis en 2e année – commence à produire son plein effet. On constate que le nombre de nouveaux inscrits augmente de façon très significative. C'est peut-être une explication au fait que le pourcentage de médecins à diplôme étranger diminue très légèrement. Il est important de mener une réflexion régionale en étant aussi prudent sur les mouvements des médecins français qui se forment d'ailleurs et qui reviennent en France. Dans 15 jours, 418 étudiants français vont passer pour la première fois l'ECN. Ils sont formés ailleurs, essentiellement en Roumanie, et reviennent pour la première fois. C'est un chiffre qui augmente de façon très significative et il faut en tenir compte.

Pour cela, il faut avoir à l'esprit, lorsque l'on fixe un chiffre pour l'ECN, que nous ne sommes pas là pour former des internes pour les hôpitaux, mais des praticiens pour les territoires.

François ARNAULT, Conseiller national de Poitou-Charentes

J'ai été chargé par le Président BOUET de réaliser une enquête sur les initiatives prises dans les territoires et les résultats qu'elles ont obtenus. Par ailleurs, je suis aussi maire d'une toute petite commune qui a un médecin et une pharmacie. Je sais que je vais les perdre parce que l'organisation sur les territoires va changer. Il faut que la compétence santé soit prise par les communautés de communes. Il est essentiel de mettre un peu de distance entre le maire et la population sur ce thème, de mon point de vue de maire et non pas de conseiller national.

Lorsque j'ai réalisé l'enquête, j'ai constaté, pour mettre un peu d'optimisme dans ce débat, que les territoires où les problèmes démographiques étaient stabilisés, ou même améliorés, concernent des départements pas nécessairement favorisés et où le problème a été pris à bras-le-corps et à la base il y a déjà de nombreuses années.

Les départements, qui relatent cet état de leur démographie, montrent bien que ce sont des territoires où tous les partenaires ont travaillé ensemble, que ce soit les élus, l'État, les conseils professionnels. Tous ont travaillé ensemble et les projets n'ont pu voir le jour que sur la base de projets de santé comme cela a été dit et redit ce matin. Ce n'est pas possible autrement. Partout où l'on fait un projet de santé sans l'accord et l'adhésion des médecins, c'est un échec.

Il est dommageable que l'on parle beaucoup de ceux-là et pas de tous les territoires où ces maisons ont apporté des résultats très positifs. Ces mauvais exemples cachent trop la grande majorité d'initiatives qui ont réussi.

Elles réussissent parce qu'elles apportent d'abord du confort professionnel.

Quant au levier de la formation et sans revenir sur ce qui a été dit, il faut pouvoir accueillir les étudiants. On sait que faire un stage professionnel chez un médecin seul et débordé est moins positif et attrayant et ne donne pas envie d'y revenir. Il faut donc que ces structures soient le lieu de stage. C'est le nœud du problème selon moi, il s'agit de permettre aux étudiants de sortir de l'hôpital et de découvrir l'exercice de la profession.

Cela se confirme vraiment dans ce que j'ai vu dans les territoires. Ces étudiants doivent découvrir l'exercice de la profession de médecine générale, de cardiologie, de gynécologie, de dermatologie, etc. Il faut les ouvrir sur l'exercice de leur métier. La formation et l'exercice représentent un vieux problème français, Monsieur le Sénateur, il n'y a pas qu'en médecine.

Enfin, il y a aussi beaucoup de territoires où l'on continue à associer le public et le privé comme à Belle-Île-en-Mer. Il ne faut pas cloisonner le public et le privé, bien au contraire, et plus on va loin dans les territoires et plus il faut mettre en commun les structures privées et publiques. C'est indispensable parce que l'on a déjà du mal à irriguer nos territoires avec des effectifs de médecins, il ne faut pas en plus les cloisonner dans des structures financées par les Français eux-mêmes et faites pour les prendre en charge. Il faut oublier l'idée de la séparation du public et du privé, c'est une idée arriérée.

Philippe LEDUC, Médecin journaliste

Il est vrai que ce débat est ancien. Je suis assez abasourdi par le peu de propositions concrètes pour arranger la situation. C'est aujourd'hui moins de 25 % de médecins généralistes, mais cela va continuer et alors que l'on sait qu'il en faut plus et qu'il faut faire le virage ambulatoire et que les soins de proximité sont importants pour prendre en charge les maladies chroniques qui augmentent.

Les maires de France s'alarment et commencent leur colloque sur la santé. Cependant, on entend là des demi-mesures.

Il est vrai que le Président LEGMANN avait suscité beaucoup de réactions avec une certaine coercition, à laquelle il ne croit plus aujourd'hui.

La situation est inquiétante, grave, et s'il n'y a pas de prise de conscience du pouvoir public parce que la médecine en France est un service public, on ira dans le mur. Cela va s'aggraver et la porte sera ouverte à ce que l'on pourrait appeler l'ubérisation du système de santé avec une plateforme qui sera peut-être remboursée par les assurances complémentaires ou les assurances maladie obligatoires d'ailleurs. On aura alors accès à un médecin qui sera en Inde ou ailleurs sera disponible 24 heures sur 24 pour rendre service.

Je suis donc abasourdi parce que l'on discute gentiment. On dit que l'argent cela ne sert à rien, il faut former. Mais on le dit depuis 20 ans ! On est un peu hors-sol.

Patrick ROMESTAING

Ayant fait le constat de ce malaise depuis des mois, l'Ordre s'est lancé dans une initiative lourde afin d'entendre la profession et faire en sorte que ce soit le terrain qui s'exprime. L'Ordre a souhaité être le porte-parole de la profession, mais aussi de ce que disent et partagent les usagers. Les 10 propositions de l'Ordre sont le chemin que nous traçons. L'Ordre n'a pas compétence à dicter des mesures qui relèvent des élus politiques et des gouvernements.

L'Ordre s'est positionné en indiquant qu'il faut une réforme. Nous n'allons pas dans le mur, nous sommes au pied du mur. Toutes les pistes avancées, dont certaines étaient déjà dans le rapport de M. LEGMANN sont mises en avant par un certain nombre d'interlocuteurs et d'intervenants de qualité. Le constat est unanimement partagé.

Nous ne pouvons pas nous contenter d'échanger gentiment de colloque en colloque – et ce ne sera jamais que le troisième auquel je participe depuis deux semaines – en retournant chacun dans nos territoires en disant que cela ne va pas, mais que l'on verra bien. Des retraités continuent de travailler alors qu'ils devraient s'arrêter, tout va bien !

Les 10 propositions que l'Ordre a mises en forme sont un abstract de 56 pages et la base de travail autour de laquelle il faut se réunir pour avancer. Il y en a une très simple, cela a été dit et redit : la formation est le levier essentiel. Il faut des stages, que les étudiants puissent aller en dehors de l'hôpital et en dehors des villes s'ils le souhaitent pour découvrir et se familiariser avec les pratiques libérales. Cela inclut que l'université doit l'acter et l'accepter, sous son contrôle, mais elle doit l'accepter et ce n'est pas toujours facile. Cela fonctionne en médecine générale et pour certaines spécialités en fonction des doyens. Il faut clairement l'affirmer sur le plan politique. Il faut promouvoir le statut de maître de stage et aussi prendre en compte les conditions matérielles de ces étudiants. Ce sont des mesures simples, alors réunissons-nous, acteurs et décideurs, afin de permettre au moins cela.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Je ne suis pas le ministère de la Santé et je trouve facile de dire à la fois qu'on est hors sol et que c'est au pouvoir public ou aux élus de trancher. Je ne suis pas d'accord. Je connais le domaine de la santé de longue date parce que j'y ai fait toute une partie de ma carrière et je considère que beaucoup de choses évoluent. C'est ce qu'il faut prendre en compte. Il y a des combinatoires d'évolution tant dans les comportements, que dans les outils, l'exercice des métiers, comme dans la capacité de travailler sur les territoires. Il faut justement en tenir compte et ne pas se dire que c'est la même chose qu'il y a 20 ans.

Au contraire, tout ce que l'on voit aujourd'hui nous montre qu'il y a des initiatives locales. On a aussi des ARS qui n'existaient pas dans les mêmes configurations qu'avant. J'entends ce qui a été dit, les ARS ne permettent pas encore une coordination suffisante avec l'Assurance maladie. Mais tout ceci représente des processus, dont le diagnostic est partagé et dont les besoins d'évolution sont en cours, et il faut accepter que cette coordination d'acteurs joue dans le même sens.

En tout cas, on a vu que des choses sont possibles au niveau local. Les blocages relèvent plus des blocages de dialogue et d'anticipation à petite échelle que de systèmes. C'est ce que je comprends et quand les blocages de systèmes sont identifiés, on a les moyens de les lever et c'est par vos initiatives et le pointage de ces difficultés au niveau des ARS que l'on s'en sortira.

Magali LEO, Chargée de mission Assurance maladie au CISS

Je voudrais tout d'abord me joindre au concert de louanges pour ce travail remarquable. Nous avons l'habitude de travailler sur ces diagnostics depuis longtemps au CISS, les cartes interactives et le niveau de granularité des détails, représentent pour nous un outil de travail très important. Donc, bravo pour ce travail.

J'étais là comme beaucoup d'autres l'année dernière pour cette restitution des analyses et je me rends compte que l'on fait finalement le même constat et que cela n'évolue pas tellement en dépit des initiatives qui ont été prises et il y en a (les leviers conventionnels, le Pacte territorial de santé).

C'est un peu désespérant et je ne suis pas très optimiste pour la suite surtout lorsqu'on reçoit de nombreux témoignages au CISS de personnes complètement désœuvrées, qui ne trouvent pas de médecin-traitant, qui sont dans des difficultés réelles. Je crains un jour l'accident avec une personne qui n'aura pas eu accès aux soins dans des délais raisonnables et qui se retrouvera

en réelle difficulté. Peut-être qu'on prendra alors compte de l'urgence à agir pour permettre à chacun d'avoir accès à des médecins dans des délais raisonnables.

Le problème de la désertification n'est pas l'apanage de l'exercice libéral. On entend aussi beaucoup de directeurs de ressources humaines dans des établissements avoir toutes les peines du monde à recruter du personnel et qui proposent parfois des salaires à la limite du scandale pour recruter des médecins qui vont exercer pour quelques gardes dans l'établissement. C'est aussi un problème que l'on aborde assez peu quand on se penche sur la question de la désertification médicale.

Par ailleurs, on fait assez peu la corrélation entre les dépassements d'honoraires et la désertification médicale alors qu'avec les cartographies on constate que les dépassements d'honoraires sont les plus élevés là où la densité de médecins est la plus importante. De notre point de vue, il y a un vrai lien et ce sont deux problématiques que l'on devrait peut-être traiter de concert. Pour nous, la pratique du dépassement d'honoraires favorise la surmédicalisation de certains territoires.

Enfin, si on ne peut rien faire ou si l'on fait aujourd'hui le constat de l'échec des mesures incitatives et que l'on prend acte que l'on ne peut pas procéder à la coercition – et on le comprend – dans quelle mesure peut-on s'inspirer des modèles étrangers qui aujourd'hui composent avec des densités médicales territoriales inférieures aux nôtres ? Je me souviens très bien des propos de M. VERAN l'année dernière qui indiquait que beaucoup d'autres pays composaient avec des densités médicales moindres et qu'ils ne s'en sortaient pas si mal aujourd'hui parce que c'est aussi une question d'organisation des soins, de délégation de tâches, de télémédecine, etc. On assiste aussi aujourd'hui à la multiplication des objets connectés qui permettent aussi aux personnes

d'accéder à des diagnostics rapides sans médecins, est-ce l'ère aujourd'hui de la médecine sans médecin qui s'ouvre ?

Michaël SZAMES

C'est ce qu'indiquait également le Dr MOURCIA tout à l'heure. On reviendra sur la désorganisation territoriale.

Antoine GEORGES-PICOT, *Govhe*

Je ne suis ni médecin ni élu, j'accompagne les hôpitaux dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT). J'accompagne trois régions et en particulier l'Auvergne qui rencontre strictement les mêmes problèmes. C'est-à-dire faire venir un spécialiste à Montluçon pour s'installer durablement est très difficile. Les GHT sont peut-être une réponse, mais toute la réflexion menée aujourd'hui par les GHT est totalement déconnectée de la médecine libérale.

Je travaille sur trois GHT dans trois départements, dont un très pauvre en médecin, l'Eure-et-Loir, et un autre un peu plus doté, le Puy-de-Dôme, et à chaque fois il n'y a même pas d'échanges. Aussi parce qu'on manque d'interlocuteurs. Hier, un directeur d'hôpital psychiatrique me disait que les internes de médecine générale ont cantine ouverte au self chez eux. C'est-à-dire que vous leur approchez la solution uniquement d'un côté, que les médecins libéraux règlent leurs problèmes et les hôpitaux règlent les leurs de leur côté n'est peut-être pas une bonne solution.

Racha ONAISI, *Trésorière adjointe de l'ISNAR-IMG*

Merci beaucoup pour votre travail et les débats qui font finalement ressortir beaucoup d'idées que l'on défend de longue date à l'ISNAR-IMG, notamment sur l'importance de la formation en dehors des CHU, mais aussi des hôpitaux notamment pour la médecine générale avec une formation qui doit être axée sur l'ambulatoire. On s'y oriente avec la réforme du 3e cycle qui est en cours, mais on aura besoin de maîtres de stage.

C'est une mesure qui fonctionne vraiment, on voit dans les subdivisions où les internes réalisent au moins 2 stages en ambulatoire – et pas seulement 6 mois sur 3 ans –, que ces derniers s'y installent plus et plus rapidement dans leur cursus aussi. Cela avait déjà été montré par une enquête que nous avons réalisée en 2011 où nous avons interrogé les internes sur leur projet d'installation. Ceux qui avait fait le plus de stages ambulatoires étaient plus nombreux à avoir un vrai projet défini d'installation à court terme. On insiste beaucoup, mais c'est vraiment important et cela fonctionne.

On voit tout le débat sur les mesures financières. On est d'accord, l'incitation financière seule ne suffit pas. Les jeunes médecins attendent un accompagnement dans leur parcours d'installation. Comme le soulignait M. RIFAD, concernant le contrat d'engagement de service public, ce qui plaît aux étudiants c'est d'être accompagnés dans un projet professionnel et pas juste avoir une enveloppe. On n'est pas du tout formé au parcours d'installation sur les bancs de l'université, on l'apprend en stage et c'est difficile, il y a beaucoup d'interlocuteurs, on ne sait pas vers qui s'orienter. Par conséquent, faciliter les parcours d'installation pour les jeunes médecins et instaurer un vrai accompagnement avec un projet de santé qui réunit tous les acteurs, c'est ce qui va fonctionner.

Notre enquête de 2011 montrait que seuls 12 % des internes de médecine générale étaient complètement réfractaires à une installation en zone sous-dotée, c'est-à-dire que 88 % sont prêts à l'envisager, certes avec des mesures incitatives, mais ce qui ressortait surtout c'est la possibilité de redynamiser ces bassins de vie avec des crèches, des écoles, le réseau téléphonique, le travail pour le conjoint, etc.

Delphine LOQUIN, REAGJIR.

Nous représentons les remplaçants, les jeunes installés et les chefs de clinique de médecine générale et nous sommes tout à fait d'accord avec la position de l'ISNAR-IMG sur la valorisation de la maîtrise de stage pour les professionnels. L'essentiel des étudiants est formé à l'hôpital par des personnes à qui l'on ne demande pas de compétences pédagogiques alors que les maîtres de stage en ambulatoire ont un besoin de labellisation par le CNGE.

Il faut également augmenter le nombre de chefs de clinique parce que les internes de médecine générale représentent la moitié des internes et le nombre de chefs de clinique n'est pas suffisant pour les former notamment pour l'accompagnement, la thèse, etc.

Pour ce qui est des installés, il faudrait simplifier les démarches d'installation. Nous demandons un guichet unique parce que nous devons aller à la CPAM, à l'Ordre, l'Urssaf, etc. Il y a le PAPS, mais ce n'est qu'informatique, il nous faut un lieu physique peut-être avec des salles de réunion pour se rencontrer et former des projets sur les structures.

Quant aux aides à l'installation, cela fonctionne effectivement, mais elles ne sont pas connues. On pourrait justement le favoriser avec ce guichet unique. Les gens s'installent et ils ne savent même pas s'ils ont le droit à ces aides ou pas et les réponses ne sont pas claires. Par exemple, je suis dans une zone plutôt surdotée, mais entourée de zones sous-dotées, je fais partie de la permanence des soins, mais personne ne peut me dire si je peux bénéficier de l'exonération de mes gardes. Il faut simplifier le système, c'est ce qui pêche aujourd'hui.

Quelqu'un disait que l'on faisait du service public, mais nous ne sommes pas fonctionnaires. Nous avons 90 jours de carence, pas de congés maternité, etc. Si l'on veut nous « fonctionnariser », il faudra faire quelque chose en face ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Par exemple, la collaboratrice de mon cabinet a eu un problème de santé, elle n'a rien touché parce que cela faisait 3 mois qu'elle était installée. Au bout de trois semaines, elle est donc revenue travailler avec 8 d'hémoglobine et épuisée, et il n'y avait pas de remplaçant.

Jean-Marcel MOURGUES, Conseiller national d'Aquitaine

Je suis le Président sortant de la Commission Jeunes Médecins qui dépend de la section Santé publique et Démographie médicale. Il a brièvement été évoqué une enquête que nous avons réalisée au 1er trimestre 2015. Je crois utile d'apporter quelques éléments synthétiques. Le titre était « L'impact du stage ambulatoire sur le choix de la médecine générale, évaluation de la formation hospitalo-universitaire et du stage en 2e et 3e cycle ». Nous avons eu 2 732 réponses de 2e et 3e cycles. Cette enquête a été communiquée aux représentations des jeunes. En ce qui concerne les étudiants de 2e cycle ayant fait la maîtrise de stage, 88 % ont déclaré être attirés par un exercice de médecine du premier recours. Or, nous connaissons les inégalités territoriales en ce qui concerne la maîtrise du stage du 2e cycle.

Nous avons aussi mené travail avec la section Santé publique et Démographie médicale sur le lien entre la baisse de la démographie médicale et le taux de maîtrise de stage pour le 2e cycle. Là aussi, il y a un lien statistique fort, même si les critères sont multiples pour expliquer la moindre résistance vis-à-vis de la baisse démographique de certains départements par rapport à d'autres.

Jean PAILLARD, Le généraliste

Sait-on qui sont et où vont ces généralistes salariés dont les effectifs augmentent ?

Jean-François RAULT

Les salariés sont, de manière générale, à l'hôpital et travaillent dans des centres éventuellement de préventions, centres de santé, dans les institutions comme l'ARS et dans les collectivités territoriales.

Philippe HERSCU, *Assemblée des départements de France*

Les départements aident les communes et les intercommunalités à financer leurs projets et peuvent continuer à aider les professionnels de santé dans le cadre d'aides à l'implantation même si l'on a dit qu'il y avait certaines limites.

Par ailleurs, la loi NOTRe vient de leur confier une mission particulière avec l'État en matière de solidarité territoriale et d'élaboration de schémas de services au public. Ce seront des outils importants pour l'attractivité des territoires dont on vient de parler, mais je pense que la problématique de santé sera également abordée dans le cadre de ces documents et que ce sera l'occasion pour les départements de tendre la main aux professionnels de santé, avec l'État, pour aborder ces questions stratégiques. Les démarches sont en cours.

Adrien RENAUD, *What's Up Doc*

Sait-on quelque chose sur ces 25 % de jeunes qui ne s'installent pas ou d'étudiants qui ne terminent pas leurs études ? Ce chiffre avait déjà été mis en avant l'an passé, comment est-il calculé et avez-vous eu des précisions depuis ?

Patrick ROMESTAING

C'est un chiffre qui nous a beaucoup interpellés parce que 25 % d'étudiants formés qui disparaissent 10 ans après avoir réussi la PACES pouvait laisser penser à une erreur. Pas du tout, ce sont bien 25 % environ d'étudiants qui ne sont plus dans le soin, ce qui signifie, comme l'a indiqué M. RAULT, qu'ils peuvent être dans les administrations, les ARS, etc. La majorité des médecins, y compris les médecins du travail – je tiens à le préciser parce qu'il y a eu des échanges à ce sujet –, sont inscrits à l'Ordre.

Il s'agit donc de ceux qui ne sont pas dans le soin, mais dans la santé publique ou d'autres activités, éventuellement le journalisme. Tout est possible.

Nous l'avons vérifié cette année et ce chiffre est confirmé. Nous prenons le nombre du numerus clausus, le nombre de réussites au moment de la PACES et 10 ans plus tard (soit 6 ans d'université et 4 ans de spécialité) et on observe qu'il en manque 25 %.

Michaël SZAMES

Je remercie M. LONGEOT qui doit se rendre à un congrès, merci de votre témoignage.

Sylvia PONTONE, *AP-HP/INED*

Je suis médecin anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Robert Debré et chercheur associé à l'INED sur les questions de démographie médicale depuis 25 ans, j'ai donc un certain recul sur ces aspects.

Tout d'abord, je félicite l'Ordre parce que cela fait effectivement 20 ans que c'est une préoccupation majeure. Il y a 20 ans nous avons effectivement annoncé que les projections démographiques montraient une baisse potentielle très importante dans ma spécialité. Il était annoncé 50 % de baisse du nombre d'anesthésistes réanimateurs en 2020. Cela ne s'est pas produit. Je serai donc optimiste, on aurait pu être dans une situation extrêmement plus catastrophique qu'actuellement.

Nous sommes aujourd'hui dans une période de grande tension parce qu'on a le phénomène du retentissement maximum de la baisse du numerus clausus qui a été réalisée, diminution d'un facteur 2,5 entre 1971 et au plus bas en 1992. On a là l'effet maximum de cet effet numerus clausus. Nous avons donc quelques années qui sont difficiles et nous entendons les tensions notamment en médecine générale.

Toutefois, il n'y a pas qu'une démographie, les solutions pour telle ou telle discipline, la médecine générale, les médecins spécialistes et parmi les spécialistes

dans chaque discipline, sont différentes et il nous faut être très imaginatifs.

Cette équation de la démographie médicale est une question très difficile parce que tous les paramètres bougent en même temps. Nous avons vu à travers les débats combien c'est compliqué. Pour autant, il nous faut être imaginatifs, notamment en médecine générale, ne faut-il pas pendant ces quelques années difficiles, puisque le médecin généraliste est au centre du parcours de soins, faire des dérogations pour ces 3 millions de personnes qui sont en accès difficile (environ 3 000 médecins sur l'ensemble du territoire) ? Est-ce que les médecins spécialistes ne pourraient pas être en quelque sorte médecins traitants de ces personnes ? Il y a une véritable course, ne peut-on donc pas faire des dérogations, par exemple ?

Quand je vois le Nord-Pas-de-Calais, qui était une région extrêmement sous-dotée, il y a eu des initiatives très intéressantes notamment d'assistants partagés par les hôpitaux. Il ne faut pas faire de séparation, ce n'est pas la médecine libérale contre la médecine hospitalière. On travaille tous ensemble dans l'intérêt des patients, il faut donc absolument trouver des solutions de ce type.

Quant au numerus clausus, je pense qu'il faut commencer à le baisser.

Bernard RICHARD, SML et Président de l'ADOPS 72

La Sarthe est un département très en difficulté et très déficitaire alors qu'il y fait bon vivre. En 4 ans, nous avons totalement réorganisé la permanence des soins avec la création de 8 secteurs de garde au sein de maisons médicales de garde et l'arrêt des gardes à minuit avec mutualisation de la nuit profonde avec les hôpitaux. Cela a permis à des jeunes de s'installer en pleine campagne et d'habiter au centre du Mans. Donc, une permanence des soins bien organisée favorise l'installation dans un département.

On parlait des médecins salariés tout à l'heure, la ville de La Ferté-Bernard et Fresnay sur Sarthe se vante en une de l'efficacité des maisons médicales salariées. Fresnay sur Sarthe se vante de 3 demi-journées par semaine. À la Ferté-Bernard, le premier médecin est parti en HAD puis a quitté le département et les 2e et 3e médecins se sont installés en libéral. Donc, l'autre voie d'évolution des médecins salariés est de revenir vers le libéral.

Enfin, dans notre département nous avons l'expérimentation du premier ATP (accompagnement transmission de patientèle), c'est-à-dire qu'un médecin cède sa place à son remplaçant et s'engage pendant 3 ans à l'accompagner dans les démarches administratives et, surtout en cas de grossesse, à le remplacer durant son congé. Cela a permis à cette jeune de s'installer dans une zone démunie du sud du Mans, avec 80 % de CMU et d'y rester. Toutefois, les élus ont un rôle un peu délétère parce qu'elle a dû rembourser 25 000 € au conseil général pour s'installer dans une zone déficitaire pour la ville du Mans, mais pas selon le conseil général.

Michaël SZAMES

Vous avancez des réflexions et propositions très concrètes, mais nous devons amorcer maintenant la conclusion de cette réunion. Il y a eu beaucoup de propositions, il y a aussi des progressions optimistes. Que pensez-vous de ce qui a été dit ce matin ?

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Je dois être fondamentalement optimiste et peut-être vous paraître naïve et pourtant je connais ces sujets de longue date, mais pas aux mêmes fonctions que vous. Je trouve au contraire que les choses évoluent beaucoup, mais que cela oblige à réfléchir autrement les métiers. On observe que si les jeunes ne veulent pas devenir médecins, ils ne veulent pas non plus devenir boulangers ou instituteurs.

Il existe aujourd'hui des métiers en difficulté parce qu'on projette d'autres conditions de vie et qu'il faut combiner tous les nouveaux atouts et nouveaux modes de travail.

Je pense aussi que partager, décroisonner et faire de l'interdisciplinaire est majeur parce qu'on a un besoin de collectif et parce qu'on ne peut pas verticaliser tous les fonctionnements. On voit bien que dans d'autres pays, les délégations de tâches et modes de formation sont beaucoup plus ouverts, il faudrait peut-être se reposer ces questions de façon déterminée.

Enfin, j'en ai peut-être moins parlé que d'autres au vu de mes responsabilités, mais il est vrai que les territoires sont différents et ont une alchimie propre. Par conséquent, il faut croiser densité et évolution médicale, mais aussi se dire que là où nous avons une densité forte, l'on doit aussi pouvoir s'organiser un peu différemment dans nos modes de travail. Il faut mesurer que dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (c'est plus de 1 500 quartiers où il y a plus de 50 % de personnes en dessous du seuil de pauvreté), où l'on a la volonté de cibler tous ensemble des efforts plus particuliers, il y a un déficit médical et c'est un autre type d'exercice médical qui est aussi en jeu.

Sébastien MOURCIA

Pour conclure, je voudrais tout d'abord remercier M. ROMESTAING et l'Ordre de m'avoir invité. Il est vrai que mon intervention à Dole a pu surprendre parce que je suis foncièrement optimiste, mais je ne vois que des talents. Je suis médecin et entrepreneur et pour moi il faut encourager les initiatives tant locales que départementales. Il faut faire confiance aux jeunes. On va s'organiser, mais il faut rester confiant.

Il est agréable et rassurant de savoir que l'Ordre soutient les médecins et d'ailleurs je souligne l'évolution de l'Ordre. J'ai eu le sentiment d'avoir un interlocuteur qui s'occupait de nos affaires et c'est sympa.

Cela change tout pour les jeunes. Je vais peut-être vous choquer, mais l'ARS de Bourgogne était aussi dernière nous et nous a soutenus.

Pierre-Marie LEBRUN

En tant que patient, je pense que le corps médical n'est pas monolithique. Il y a des gens qui ont envie de bouger, de faire des maisons de santé, d'autres qui acceptent des délégations de tâches, télémedecine, etc. Il y a donc de l'espoir. Pour les usagers, les maisons de santé favorisent la permanence des soins, la prévention, évitent le recours aux urgences, etc.

Vous proposez des territoires de proximité de santé, j'attire l'attention sur le fait qu'avec les GHT il est en train de s'en créer sans qu'il y ait de débat public. Et une fois créés, la frontière du GHT va s'imposer à beaucoup de choses et il n'y aura pas eu un poil de médecine libérale et de médicosocial dans l'affaire, on peut donc s'inquiéter.

Enfin, pour faire un peu de provocation, dans le recueil de paroles des patients soumis à ces zones sans médecin, il nous a été dit « ce qui est réconfortant c'est que nos animaux sont bien soignés parce qu'on a 4 vétérinaires dans le canton où il y a 3 médecins libéraux », cela ne s'invente pas !

Patrick ROMESTAING

Ce thème de la désertification que nous avons retenu pour cette matinée débat, nous a permis d'observer que le constat est tout à fait partagé par la profession, bien sûr, mais aussi par les élus et les responsables. Nous avons notamment beaucoup apprécié la présence de Mme la Commissaire.

Il faut bien sûr acter le fait que les aides financières ne sont que des aides ponctuelles et ne sont pas « la » solution. Il faut absolument associer les médecins dans tous les projets de réorganisation ; sans les médecins rien ne se fera.

Il faut immerger très précocement les jeunes pour qu'ils découvrent l'exercice libéral en dehors du système hospitalier et les accompagner. Le compagnonnage est un mot très fort.

Il convient de décloisonner, la ville et l'hôpital, et permettre des coopérations comme dans d'autres pays. Mais, décloisonner signifie aussi développer le numérique sur l'ensemble du territoire.

Tous ces éléments permettent de dire que les problèmes sont multiples et concernent tous le territoire. Il n'y a pas une solution, mais des solutions et pour cela il faut travailler ensemble.

Mais il faut aussi une volonté. Au-delà des travaux démographiques conduits par la section Santé publique et Démographie médicale, il convient de souligner tout ce que l'Ordre a réalisé depuis maintenant 6 mois, jusqu'à ce fascicule que vous avez sur table pour essayer de faire bouger les lignes et ne pas s'arrêter au constat.

Je remercie M. MOURCIA d'avoir publiquement reconnu que le Conseil national de l'Ordre des médecins a évolué. Oui, il a évolué, la preuve en est que le débat est lancé et que nous serons un de ses acteurs.

Enfin, je voudrais remercier l'agence Citizen Press, notamment Sarah BERRIER et Claire PELTIER, qui nous aide dans la conception et la réalisation de toutes nos publications, le Bulletin comme le film d'aujourd'hui. Ce sont des acteurs essentiels de notre communication.

Merci à tous de votre présence et de votre participation.