

JUIN 2015

DEMOGRAPHIE MEDICALE ET ACCES AUX SOINS :

QUELLE SITUATION RÉELLE DANS LES TERRITOIRES ?

Le compte rendu
du 16 juin 2015

DÉBAT
DE
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

DEMOGRAPHIE MEDICALE ET ACCES AUX SOINS :

Quelle situation réelle dans les territoires ?

Dominique Polton, conseillère auprès du Directeur Général à la direction de la CNAMTS

Olivier Véran, ancien député et rapporteur de loi sur la modernisation du système de santé

Jean-Yves Grall, directeur de l'ARS Nord-Pas-de-Calais

Marc-Etienne Pinaudt, directeur de développement des capacités des territoires du CGET

Jean François Rault, président de la Section santé publique et démographie médicale du CNOM

Patrick Romestaing, vice-président du CNOM en charge de la démographie médicale européenne

Le débat est présidé par **Patrick Romestaing**, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, et animé par **Isabelle Gounin-Lévy**, journaliste.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Bonjour à tous et bienvenue ! Je suis ravie d'être parmi vous pour animer cette matinée de débats du Conseil national de l'Ordre des Médecins. Je me présente rapidement, je m'appelle Isabelle Gounin-Levy et je suis journaliste économique sur LCI.

Nous aurons des débats animés sur le thème très important de la démographie médicale et de l'accès aux soins ainsi que la réponse réelle apportée aujourd'hui par les territoires, mais avant tout je cède la parole au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins pour ouvrir ces débats.

Patrick BOUET

Merci à tous d'être présents pour cette matinée-débat. Nous avons voulu cette année réorienter notre façon de présenter [les résultats de notre analyse démographique pour l'année 2014](#) parce que le sujet est majeur et engage notre nation pour les années et décennies à venir et parce que parler démographie, c'est parler d'avenir tout autant que de présent.

Nous voulions pouvoir échanger ensemble, répondre à nos interrogations, tenter de nous projeter dans cette vision quantitative, mais aussi qualitative de distribution de l'ensemble des acteurs de notre profession sur l'ensemble du territoire au travers de toutes les spécialités et modes d'exercice.

C'est un gros travail qui mobilise l'ensemble de l'Institution. C'est le résultat d'une année complète d'inscriptions et d'analyse de notre Tableau. Je rappelle qu'en France nul ne peut exercer la médecine s'il n'est inscrit au Tableau l'Ordre des médecins. Tous ceux qui le feraient seraient en contravention avec la réglementation. Nous avons donc l'exhaustivité des activités médicales sur l'ensemble de notre territoire.

Cette matinée s'orientera au-delà des idées reçues parce qu'il nous semble aujourd'hui important de comprendre, d'analyser et de chercher pourquoi nous avons pu nous tromper les décennies précédentes sur l'évaluation des situations et sur la façon que nous devons avoir d'y répondre.

En même temps, nous avons aussi une analyse des comportements, des choix, des volontés des jeunes professionnels, mais aussi des professionnels déjà installés, qu'il est nécessaire d'interpréter et d'analyser.

[Un peu plus de 281 087 médecins, c'est un chiffre considérable faisant de la France un poids lourd en matière de démographie médicale en Europe, mais aussi un pays qui a la volonté manifeste de former des professionnels.](#) Nous le verrons, pour autant, même si nous avons aujourd'hui plus de médecins que nous n'en avons jamais eu sur le territoire, nous avons aussi des problèmes qui s'amplifient et s'intensifient. Nous avons des réponses que nous n'anticipons pas ou que l'ensemble des acteurs institutionnels n'attendaient pas nécessairement.

Je souhaite que cette matinée de chiffres soit aussi une matinée d'idées et d'échanges et qu'au travers de ce que nous allons débattre et échanger ensemble, nous puissions commencer à construire la réflexion professionnelle, démographique et organisationnelle, qui semble si nécessaire à notre pays, et pour laquelle je ne doute pas que tous les acteurs qu'ils soient ici présents ou qui nous liront ou entendront ne veuillent se lancer et tenter d'apporter les réponses pour notre pays.

Merci à tous de votre présence et de votre participation, bonne matinée de débats. Nous répondrons bien sûr à vos interrogations avec M. ROMESTAING, Vice-président du Conseil national et M. RAULT, Président de la section santé publique et démographie médicale du Conseil national.

Isabelle GOUNIN-LEVY

[Notre débat s'appuie donc sur la publication de la 9^e édition de l'Atlas national de la démographie médicale.](#) Cet atlas que vous connaissez tous a été créé en 2007. C'est aujourd'hui un véritable outil sur lequel on peut s'appuyer en matière de démographie médicale avec des données très riches permettant de faire avancer les réflexions et les chantiers qui sont les vôtres dans ce domaine.

I. Présentation de l'Atlas 2015

Jean-François RAULT

Mesdames et messieurs bonjour. Je souhaite tout d'abord remercier l'ensemble de l'équipe de la section santé publique et démographie médicale qui a réalisé tout ce travail et en particulier Mme LE BRETON qui a mis en place l'Atlas.

L'Atlas 2015 nous fournit des chiffres qui vont nous permettre de bousculer certaines idées reçues et soulever certains paradoxes.

Tout d'abord, on entend souvent dire qu'il n'y a plus de médecins nulle part. Or, la France n'a jamais compté autant de médecins, (281 087). Le nombre de médecins actifs a doublé en 35 ans (215 539 médecins étaient en activité totale en 2014).

L'Atlas montre néanmoins que la population médicale est vieillissante avec une progression très importante du nombre de retraités (de plus de 65 ans), environ +7,8 % en un an. Soit en 9 ans, une augmentation totale de 75 % alors que les actifs non retraités ont augmenté de 1,2 % en 9 ans. Il y a 44 % de médecins de plus de 60 ans et 14 % de moins de 40 ans

La carte détaillée région par région montre que les médecins en activité régulière (hors remplaçants et hors retraités actifs) sont en augmentation de 6 % de 2007 à 2015 en région des Pays de la Loire. En revanche, la région Ile-de-France recense une diminution des effectifs de 6 %. L'attractivité reste donc sur l'arc atlantique à l'ouest et un peu en Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Franche-Comté, Alsace et Nord-Pas-de-Calais.

Si l'Ile-de-France connaît une baisse des effectifs, la densité médicale montre néanmoins que l'Ile-de-France reste la deuxième région de France avec 346,3 médecins pour 100 000 habitants, la première étant la région PACA avec 352 médecins pour 100 000 habitants. Cependant, nous observons beaucoup de contraste dans les régions au niveau départemental. Par exemple, les Pays-de-la-Loire, (région la plus attractive), a dans le département de Loire-Atlantique une densité

de plus de 306,3 alors que le département de la Mayenne dans la même région n'a qu'une densité de 175,3. En région Champagne-Ardenne, la Marne a une densité de 304 et la Haute-Marne de 214,1. Nous observons généralement que les départements hébergeant une ville de faculté sont très attractifs en densité.

Quant aux nouveaux inscrits, on parle de la féminisation qui augmente d'année en année. Les nouvelles inscriptions au cours de l'année 2014 étaient de 7 525, avec augmentation de 8,4 % sur un an et 58 % de nouveaux inscrits sont des femmes.

On entend souvent dire que les jeunes médecins s'inscrivent tardivement, autour de 38 ans. Ce n'est pas vrai, cela dépend surtout de l'origine du diplôme. En effet, les médecins à diplôme français s'inscrivent vers 31,6 ans alors que les médecins à diplôme extraeuropéen s'inscrivent vers 42,4 ans avec une surreprésentation masculine par rapport aux médecins à diplôme français.

Autre idée reçue concernant les médecins à diplôme hors de France : 25 % d'entre eux s'inscrivent chaque année à un tableau de l'Ordre. Une constante depuis 2009. Nous observons également que ces médecins privilégient une activité salariale (62 %) et dans des territoires à forte densité. Il ne faut donc pas compter sur ces médecins à diplômes hors de France pour pallier le manque d'effectifs.

Ces chiffres bousculent également d'autres idées reçues à propos de l'exercice libéral. Par le passé, seulement 10 % des médecins s'inscrivaient pour avoir une activité libérale. Pour 2014, bonne nouvelle 15,4 % des médecins se sont inscrits pour une installation libérale ou libérale/mixte. Cela représente donc plus 5 % par rapport à 2010. Nous avons travaillé les années précédentes sur le devenir de ces médecins 5 ans plus tard. Ainsi, si 10 % des médecins qui s'inscrivaient (en primo-inscription) ; ils sont 40 % 5 ans plus tard à exercer en libéral. Nous pouvons penser qu'avec 15,4 % d'inscriptions aujourd'hui, nous aurons peut-être 45 %, voire 50 % de médecins dans 5 ans qui exerceront en libéral. C'est une bonne nouvelle !

Quant aux médecins retraités actifs, l'explosion depuis 2011 est liée au déflafonnement des revenus. Leur courbe augmente de façon exponentielle depuis 2011 avec une augmentation en 2015 de plus de 13 % en un an. Ces médecins continuent non seulement à cause de ce déflafonnement, mais aussi parce qu'ils restent attachés à leur exercice même s'il y a également des difficultés de succession. En général, ils travaillent 4 ou 5 ans de plus et plus spécifiquement en zones surdotées. Les médecins retraités ne constituent donc pas non plus une réponse à la désertification.

Nous avons fait un focus sur la médecine libérale et mixte que l'on dit en difficulté. En médecine générale, nous constatons que la baisse est constante depuis 2007 et que cela continuera dans les années à venir. Il y a eu -10,3 % jusqu'à cette année et la projection est de -7 % jusqu'en 2020.

On dit toujours que ce sont les zones désertifiées qui sont les plus touchées, ce n'est pas tout à fait vrai. Par exemple, l'Yonne et Paris connaissent une baisse de densité de 25 % de 2007 à 2015 en médecine générale en exercice libéral, mais les Bouches-du-Rhône ont aussi une baisse (-17 %). Cela ne concerne donc pas seulement les régions considérées en difficultés. Autre exemple, le Doubs qui connaît 1 % d'augmentation des effectifs en médecine générale libérale. Ce ne sont donc pas toujours les régions auxquelles on pense.

Autre idée reçue, les femmes ne s'installent pas en libéral et encore moins en médecine générale. Ce n'est pas tout à fait vrai puisque les femmes médecins sont beaucoup plus nombreuses que les hommes chez les moins de 40 ans qui s'installent en médecine libérale et mixte (60 %). Il est néanmoins vrai que la représentation de la population masculine au-dessus de 60 ans est de 80 %.

Est-ce la même tendance pour les autres spécialités en exercice libéral/mixte ? C'est un peu différent puisque les spécialités médicales et chirurgicales sont toutes les deux en augmentation. Tout le monde parlait de l'ophtalmologie et de la gynécologie comme des spécialités en difficultés. Ce n'est plus vrai puisque 4 spécialités sont en

difficulté cette année : la rhumatologie, la dermatologie (pour la spécialité médicale), la chirurgie générale (-25 %) et l'ORL (-7 %).

Je rappelle que [la cartographie interactive disponible sur le site du Conseil national](#) vous permet de connaître l'état de la démographie au niveau régional et départemental, mais aussi dans les bassins de vie. L'Atlas 2015 est également à votre disposition sur clé USB à la fin de ce débat.

Je vous remercie.

Thiphaine SAINT-CRICQ, AFP

Vous avez indiqué que la gynécologie n'est pas une spécialité en baisse d'effectifs, pourtant on peut voir des courbes en baisse dans l'Atlas.

Jean-François RAULT

Tout à fait, les spécialités comme l'ophtalmologie et la gynécologie-obstétrique ne sont pas en baisse d'effectifs, c'est une idée reçue. Un travail a été réalisé par les Doyens et le ministère pour augmenter les postes au niveau de la formation en faculté. Par exemple, le Nord-Pas-de-Calais a connu une augmentation importante des postes de gynécologues-obstétriciens.

Par ailleurs, il y a la gynécologie médicale, la gynécologie médicale et obstétrique et la gynécologie-obstétrique. Il faut regrouper les trois pour ces résultats.

Nous sommes en train de réaliser un travail en partenariat avec la CNAMTS pour la gynécologie afin de distinguer les gynécologues médicaux des chirurgicaux.

Henri de SAINT-ROMAN, Quotidien du médecin

Vous avez parlé de baisse constante des effectifs pour la médecine générale dans l'Yonne, Paris et les Bouches-du-Rhône, quelle période cela concerne-t-il ?

Jean-François RAULT

Cela concerne la période 2007 à 2015. C'est assez paradoxal, on parle de départements désertifiés, mais, par exemple, la Haute-Savoie et le Doubs, deux départements très attractifs actuellement, ne sont pas des départements très urbanisés.

Pascale VAUSSETTE, Revue Réseaux, santé et territoire

Avez-vous des données sur les formes d'exercice regroupé en libéral, en centres de santé, que ce soit en cabinets de groupe purement médical ou en maisons de santé ou autres formes d'exercice ?

Jean-François RAULT

Nous avons constaté qu'à l'installation, un tiers des médecins s'installe seul, un tiers en groupe et un tiers en maison pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle. Les études que nous avons réalisées montrent que la moyenne d'âge des médecins dans les maisons pluriprofessionnelles est de 50 ans. Cela signifie que les jeunes ont un peu peur de se lancer dans des créations de maisons pluriprofessionnelles qui s'adresse souvent à des médecins plus expérimentés.

Benoît SCHLEMMER, Doyen de la Faculté de médecine Paris Diderot et Président de la Conférence des Doyens d'Île-de-France

Dans ce que vous présentez, l'analyse démographique est fondée sur les inscriptions à l'Ordre, c'est donc une observation instantanée année par année. Ainsi, les variations que vous observez sont la conséquence des décisions prises il y a au moins 10 ans. C'est important à prendre en compte sur le plan méthodologique.

On assiste depuis 4 ou 5 ans à une attention très particulière de l'Ordre, des Facultés de médecine et de la puissance publique à la démographie médicale et finalement les décisions qui ont été prises relativement récemment, en particulier d'accroissement du nombre d'internes à former dans différentes spécialités, ne porteront leurs fruits que dans 5, 10 voire même 15 ans s'il s'agit de spécialités dans lesquelles le temps de formation est long.

Jean-François RAULT

Vous avez tout à fait raison, il faut du temps. Je parlais d'augmentation des postes, ils auront leur effet maximal d'ici 10 ans. Les médecins réalisent leur formation en 4 ou 5 ans, ils ne s'installent pas de suite, mais environ après 5 ans, cela fait donc 10 ans voire plus effectivement.

Gérard SEDAOUN, médecin et député

À propos des médecins retraités actifs, avez-vous fait une enquête qualitative ? Vous avez indiqué que ce n'étaient pas seulement les revenus qui faisaient qu'ils prolongeaient leur activité. Êtes-vous allé plus loin par des interrogatoires pour déterminer ce qui fonde cette prolongation au-delà de la retraite ?

Jean-François RAULT

Nous avons réalisé une enquête qualitative, dans laquelle les confrères retraités indiquent que le déplafonnement n'a pas été le seul élément déclencheur pour continuer à travailler. La difficulté à trouver un successeur est également un problème majeur, beaucoup de médecins indiquent continuer de travailler tant qu'ils n'ont pas de successeur.

Nous constatons sur le terrain que les médecins retraités actifs sont souvent dans des zones surdotées, ceux des zones sousdotées sont généralement épuisés et s'arrêtent. Ceux qui travaillent en zones surdotées gardent une activité, voire une activité moindre, parce que c'est aussi un plaisir. La médecine n'est pas que du labeur, des larmes et du sang, c'est aussi un plaisir de travailler et de garder une activité qui nous plaît.

Patrick ASSYAG, Délégué général DPC du syndicat des cardiologues

Qu'en est-il de la démographie des spécialités à forte représentation telles que les psychiatres, radiologues et cardiologues ? Par ailleurs, quelle sera la prospective dans 10 ans sur la démographie de nos futurs installés ou de ceux déjà installés ? Il semblerait que l'on trouvera dans une dizaine d'années un surplus ou une démographie grandissante.

Jean-François RAULT

La spécialité la plus représentée est l'anesthésie-réanimation. Pour les spécialités, cela dépend un peu du plateau technique. Il est évident que les cardiologues vont plus se regrouper dans des structures de groupe près d'hôpitaux ou de cliniques et qu'il est plus difficile de les faire venir dans des zones largement sous dotées. La majorité des spécialités nécessite la

présence autour d'elles de cliniques, hôpitaux, centres, etc. Il est possible d'avoir du surplus dans quelques années, mais les regroupements resteront toujours aux mêmes endroits.

II. Les enjeux de la démographie médicale

Isabelle GOUNIN-LEVY

Pour planter le décor sur le thème de la démographie médicale et démarrer nos discussions, je vous propose de regarder une vidéo de témoignages.

(Diffusion d'une vidéo) **Isabelle GOUNIN-LEVY**

Nous venons de voir beaucoup de choses dans cette vidéo, nous allons donc revenir sur ces idées reçues notamment sur les déserts médicaux, le manque de médecins dans les zones qui ne sont pas forcément celles auxquelles on pourrait penser, les maisons de santé qui se développent, etc.

Débattons maintenant avec les professionnels du secteur présents à la tribune. J'ai d'ailleurs vu M. VERAN réagir sur les amplitudes horaires qui changent pour les médecins.

Mme POLTON pouvez-vous donner quelques chiffres sur la profession puisque la CNAM a une base de données importante. Je signale d'ailleurs que la CNAM et l'Ordre des médecins viennent de mettre en place un partenariat.

Dominique POLTON

Je ne vais pas rappeler les chiffres, nous venons d'en parler. L'intérêt des données de l'Assurance maladie est d'avoir une vision moins exhaustive des médecins puisque nous avons surtout des données sur les médecins libéraux. Elles sont intéressantes et absolument nécessaires aujourd'hui parce qu'elles permettent d'avoir deux types d'information, d'une part, savoir ce que font exactement les médecins, par exemple, est-ce qu'un médecin inscrit comme généraliste fait de la médecine générale, beaucoup n'en font pas dans la pratique. D'autre part, ce qui importe aujourd'hui, c'est le potentiel de

soins, c'est-à-dire à la fois les amplitudes horaires et éventuellement le fait que les médecins continuent à travailler passé un certain âge. D'une certaine manière en continuant à compter les individus, on se trompe sur la façon dont nous apprécions l'évolution du potentiel. Ces deux éléments sont une partie des données intéressantes que possède l'Assurance maladie qui souhaite les mettre à disposition y compris dans ce partenariat avec le Conseil national.

Depuis 25 ans, avec ces données sur les courbes d'évolution des médecins, on augmente et diminue le *numerus clausus* en fonction du nombre de médecins. C'est assez frappant et d'une certaine manière nous sommes collectivement myopes parce ce que nous voyons, c'est ce qui arrive pour les années qui viennent.

Dans les années 1990, on voyait arriver une masse de médecins supplémentaires dans le système, qui serait suivie d'une baisse, mais la baisse est arrivée plus loin. On était donc très angoissé par le fait qu'il fallait absolument sortir des médecins du système, les reconverter, faire du Mica, etc. D'ailleurs, jusqu'à la fin des années 1990 la Cour des comptes indiquait que le Mica n'était pas suffisant et que l'on avait besoin de beaucoup moins de médecins que ce que l'on avait.

Au tournant des années 2000, il est frappant d'observer une espèce de renversement, on se disait que l'on n'avait pas assez de médecins et l'on n'a fait que parler de déserts médicaux, sans doute de façon excessive au début par rapport au nombre de territoires où il y avait de vrais problèmes de fragilité.

En regardant où nous en sommes dans la décennie 2010, on arrive aujourd'hui un peu aux années où cela se contracte et donc où les tensions vont augmenter alors que l'on n'a pas vraiment réglé le problème de la répartition pendant toutes ces années.

Il ne faut pas oublier non plus, comme cela a été indiqué, que ce sont des phénomènes très inertes avec 35 ans de vie professionnelle et 10 ans de formation. Il faut donc penser aujourd'hui au *numerus clausus* pour les années futures. Nous avons tous des politiques de *stop-and-go* dans ce domaine, le Québec fait même pire que

nous, mais il faut réfléchir à réguler le *numerus clausus* à la baisse ou à la hausse pour le futur des générations.

J'en reviens à cette des données sur le temps de travail, la quantité de soins fournies et les types de soins fournis. Outre la question de la répartition géographique, deux phénomènes tendent la situation dans certaines zones. D'une part, celui du temps de travail qui relève à la fois d'une évolution générale et d'une question d'équilibre. D'autre part, [si les médecins continuent de travailler assez largement après 65 ans, ils travaillent quand même beaucoup moins](#). La CNAM compte le nombre d'actes, nous observons ainsi en moyenne qu'un médecin généraliste après 65 ans réalise 25 % d'actes de moins, ce qui n'est d'ailleurs pas énorme. Il faut donc y faire attention lorsque l'on essaie de raisonner en potentiel de soins, cela contribue à accroître encore un peu la baisse, encore que nos données soient un peu moins pessimistes sur les généralistes.

[Ce qui fait l'intérêt de notre partenariat, c'est que la quantité de soins fournis par les médecins, mais le type d'activité est aussi important](#). Par exemple, nous ne comptons pas les mêmes médecins généralistes, il me semble que vous avez 90 000 médecins généralistes (tous modes d'exercice confondus) dans l'ensemble et nous comptons environ 62 000 libéraux. Parmi ces 62 000 médecins que l'on appelle généralistes, il y a en fait 7 000 qui ne font pas de médecine générale (pas de patients inscrits ou une toute petite patientèle). Par exemple, un angiologue n'est pas médecin-traitant, l'acupuncteur ou l'homéopathe est un médecin traitant, mais ne s'occupe que d'un petit nombre de patients. Ce sont des médecins généralistes, mais qui ne font pas de la médecine générale.

De ce point de vue, c'est une question de quantification, mais surtout de qualification. C'est un phénomène qui joue, et qui semble se dessiner dans ces tensions. Certains médecins généralistes se spécialisent de fait et ne font plus réellement de médecine générale et cela participe, selon moi, à la tension dans certaines zones géographiques.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Mr GRALL, comment voyez-vous les choses aujourd'hui notamment pour les déserts médicaux ?

Jean-Yves GRALL

Tout d'abord, je remercie le Conseil national de m'avoir invité, je suis très heureux d'être parmi vous. Le directeur de l'ARS, que je suis, regarde cela avec réalisme et pragmatisme. La problématique de l'ARS est de faire en sorte d'avoir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire dont il a la charge. De ce fait, il a vraiment besoin de professionnels de santé, dont les médecins, et des médecins qualifiés. La région Nord-Pas-de-Calais est une région qui compte 4 millions d'habitants avec une densité forte, mais relativement hétérogène avec une densité très forte sur le milieu de région et des périphéries beaucoup moins denses. Si j'ai pu constater que la région Nord-Pas-de-Calais était plutôt en hausse globale d'inscriptions de médecins, cela doit néanmoins être pondéré par deux points.

D'une part, si l'augmentation quantitative est là, la répartition est encore plus hétérogène sur le territoire. D'autre part, malgré deux facultés de médecine contribuant à fournir des médecins, on a des difficultés liées à la répartition entre le libéral et l'hospitalier. L'accès aux soins dans cette région avec des populations assez précaires fait parfois apparaître dans certaines zones un recours très important à l'hospitalier. Une de nos problématiques est le recrutement de professionnels spécialisés dans les établissements de santé sur l'ensemble du territoire. Il y a donc deux axes, l'accès aux soins primaires et l'accès aux soins primaires qui dans certaines zones peut être hospitalier.

Quels dispositifs peuvent améliorer la situation ?

Tout d'abord par des mesures incitatives. Le Nord-Pas-de-Calais est assez actif sur des dynamiques comme les maisons de santé pluridisciplinaires dont le nombre a doublé en 2 ans. Il y a donc un réel engouement et un suivi de l'ARS. Nous en sommes à 23 actuellement avec 26 projets assez mûrs par ailleurs. D'autre part, les contrats

d'engagement de service public, nous en sommes à 55 en 5 ans pour les médecins, mais il y a aussi un engouement certain pour les chirurgiens dentaires puisque nous en avons réalisé 15, c'est aussi un problème d'accès aux soins. Pour les praticiens territoriaux de médecine générale, nous en avons presque signé 10 ans en un an et 5 sont à venir. Il y a réel un engouement des professionnels pour ces dynamiques. L'organisation des soins est un élément important pour correctement utiliser la ressource disponible. Le groupement hospitalier de territoire avec cet axe de projet médical d'équipes médicales de territoire qui organiseront bien leur discipline sur le territoire est un élément de juste utilisation de la ressource médicale. La télémédecine est également un outil, en n'oubliant jamais qu'il faut toujours un médecin à l'autre bout du fil.

D'autre part, par des mesures d'adaptation comme nous l'avons fait en Nord-Pas-de-Calais, travailler à la faculté de médecine pour la répartition entre spécialités des internes et leur répartition également sur le territoire pour leur stage. L'ARS peut y travailler pour essayer de l'adapter.

Pour conclure, je prendrai ma casquette de médecin. Je crois qu'actuellement les médecins n'habitent plus nécessairement là où ils travaillent. Il faut en tenir compte et cela vient aussi au temps médical plus qu'à l'équivalent temps plein, en tenant compte de ces contraintes qui jouent aussi dans la disponibilité.

Enfin, j'ai noté que les spécialités continuent d'augmenter à des degrés différents et une baisse globale des installations en médecine générale. Le médecin que je suis attire l'attention sur l'hyperspécialisation galopante qui amène à aller dans des spécialisations de plus en plus sophistiquées qui amènent d'une certaine façon une diminution de l'accès aux soins de premier recours.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Nous avons beaucoup d'idées reçues notamment sur le numerus clausus, Mme POLTON indiquait qu'il y a eu des politiques de *stop-and-go*, aujourd'hui où en sommes-nous M. ROMESTAING et que devons nous faire par rapport à cette politique ?

Patrick ROMESTAING

Il est important de prendre le temps de la réflexion et de ne pas prendre de décisions trop hâtives pour changer un chiffre qui est un chiffre fort, élément régulateur significatif au fil de ces dernières dizaines d'années.

Je rappelle que pendant les années 1990, ce numerus clausus, nombre d'étudiants admis au concours de fin de première année était très bas : 3 400. Il est actuellement à 7 500, mais il n'est à plus de 7 000 que depuis 7 ans. Nous avons indiqué à plusieurs reprises ce matin qu'il fallait 10 années de formation, cela peut être 12, 14, voire 15 pour certaines spécialités chirurgicales. Nous sommes donc au milieu du gué quant à l'augmentation du numerus clausus. Il faut donc être très prudent à la modification de ce chiffre puisque nous n'avons pas encore vu produire les effets de la dernière augmentation. Il faut donc une certaine prudence.

Il faut également entendre ce qu'indique l'université, en formant beaucoup plus de jeunes formerons-nous des médecins de qualité ? L'université doit former des médecins de qualité et ils le sont, mais s'ils sont trop nombreux ils ne se formeront pas correctement.

Enfin, actuellement un peu plus de 25 % des jeunes étudiants terminant leur cursus ne vont pas dans le soin. Ils exercent dans des fonctions administratives, éventuellement au sein de grandes instances régionales sanitaires ou dans d'autres professions très loin du soin. Cela pose donc la question de la pertinence du numerus clausus ou de l'absence de critères de sélection. Certains pays d'Europe mettent en place des lettres de motivation, des rencontres et leur système de sélection dans le cadre du numerus clausus et du concours est un élément à prendre en compte. En miroir, nous pouvons parler de ces étudiants français qui partent étudier ailleurs et dont nous pouvons observer qu'eux, après deux échecs, ont une vraie motivation et ont envie d'être dans le soin.

Isabelle GOUNIN-LEVY

M. RAULT, pouvez-vous nous donner d'autres précisions sur ce chiffre ? Que pensez-vous du fait que ces jeunes finissent par faire autre chose ?

Jean-François RAULT

Parmi ces 25 % qui ne s'inscrivent pas à l'Ordre, la majorité d'entre eux exerce des fonctions administratives dans les collectivités territoriales, les ARS...

Isabelle GOUNIN-LEVY

M. VERAN, avez-vous le sentiment que l'on assiste aujourd'hui à une évolution du rôle du médecin et une volonté des jeunes d'exercer davantage dans ces maisons de santé plutôt qu'en mode libéral ? Est-ce une tendance de fond de la médecine ?

Olivier VERAN

Bonjour à tous, je salue de façon générale le Conseil national de l'Ordre des médecins, partenaire exigeant, qui nous a permis au cours de débats animés au cours des derniers mois d'avancer sur beaucoup de sujets. Je posais la question à M. RAULT de la méthodologie c'est-à-dire comment détermine-t-on aujourd'hui que 25 % d'une classe de médecins formés n'iront jamais exercer la médecine et notamment le nombre d'années de recul que l'on prend avant de déterminer que le médecin ne s'inscrira jamais ? Je posais cette question parce que je me souviens des premiers atlas du Conseil national qui montraient que 8 % d'une classe de jeunes médecins allaient s'installer en libéral tellement la médecine libérale était désavouée. En réalité, c'était 8 % des premières inscriptions du Tableau de l'Ordre qui se faisaient en secteur privé, le reste étant des médecins notamment assistants au chef de clinique. Or, dès lors qu'ils avaient fait un clinicat, quand bien même ils s'installeraient en libéral, l'Atlas ne les prenait en compte. Cela a été ensuite révisé et nous avons observé qu'après un ou deux ans, ce n'était plus 8 %, mais 30 ou 40 %. Finalement, après 4 ou 5 ans de recul, nous sommes presque à 50 % ce qui signifie que lorsque nous comparons l'attractivité de la médecine libérale pour une classe d'âge de jeunes médecins formés avec ce qu'elle était il y a 10 ans, cela n'a pas changé.

Quelle est aujourd'hui la proportion de jeunes médecins qui une fois diplômés ne vont pas s'inscrire à l'Ordre pendant 5, 6, 7 ans ou plus parce qu'ils font des remplacements avant de s'installer définitivement¹ ?

Pour revenir à ce qu'indiquait Mme POLTON sur le numerus clausus, lorsque l'on fait une recherche par mot clé sur Google, l'expression « désert médical » apparaît pour la première fois dans un article publié par *Le Figaro* en 1998 qui s'intitulait *Pénurie d'ophtalmologistes à Paris pour le mois d'août*. En 2000-2001, donc avant la création des premiers observatoires régionaux de santé, tout le monde parlait de pléthore et le mot « pénurie » n'apparaissait pas. Il y a eu un renversement sémantique total et on a commencé à parler de déserts médicaux de façon très dense à partir de 2003, avec le mur de la démographie régulée à l'excès. Ce qui touchait autrefois des petits territoires ruraux désertifiés allait bientôt toucher des petites villes, voire des moyennes et des grandes. On est y pleinement aujourd'hui. Il y a donc eu un défaut d'anticipation.

Le numerus clausus étant un outil de régulation très long à porter ses fruits, le fait que l'on se pose aujourd'hui la question de le modifier à la hausse ou à la baisse pour trouver la solution à ce problème démographique me paraît anachronique. D'autant plus, que la France n'est pas seule et s'inscrit dans un territoire européen et que les pratiques internationales sont très dynamiques. S'il y a aujourd'hui la libre circulation des professionnels de santé, il y a aussi la libre circulation des patients. Des écoles de médecine se sont créées à l'étranger pour former des médecins étrangers qui viendraient exercer en France, ce sont ceux que l'on va chercher en payant des chasseurs de têtes 7 000 € pour ramener un médecin roumain. On a ensuite passé le cap suivant des écoles de médecine qui se créent à l'étranger pour former des futurs

¹ Les conditions légales et réglementaires

Un médecin peut se faire remplacer :

- soit par un confrère, titulaire de la même qualification, inscrit au Tableau de l'Ordre ou enregistré comme prestataire de service, conformément à l'article R.4112-9-2 du code de la santé publique ;
- soit par un étudiant en médecine répondant remplissant les conditions légales (voir note 1) et titulaire d'une « licence de remplacement » dans la discipline exercée par le médecin remplacé.

médecins français de demain. J'ai fait une rentrée universitaire à Bruxelles pour les kinésithérapeutes et lorsque l'on demande dans l'amphithéâtre qui veut venir travailler en France, 65 % des étudiants lèvent le bras. On a eu beau mettre une méthode de quota pour limiter l'arrivée massive des étudiants français, c'était contourné par 1 000 biais. Un article montrait qu'il y a eu 2 suicides d'étudiants français à l'université de Cluj parce qu'il y a une pression forte.

Nous ne pouvons pas considérer que la France soit seule ni que le numerus clausus sera l'alpha et l'oméga de la politique démographique. Je serai polémique, la seule question que nous devons nous poser est préférons-nous importer des médecins étrangers ou former davantage médecins français quitte à les exporter ?

La question des capacités de formation est fondamentale, c'est très important et une vraie question de fond. C'est à cette question que l'on doit s'atteler aujourd'hui et non pas déterminer s'il faut modifier de 10 ou 20 % le numerus clausus pour peut-être avoir dans 10 ans un peu plus d'ophtalmologistes. Je me souviens des discussions que nous avons en 2008 avec Mme POLTON lorsque nous parlions de la démographie médicale à Paris, il y avait pléthore de médecins à Paris et aujourd'hui on nous dit que les effectifs ont baissé de 6 % et que l'on n'est pas loin du désert. À l'époque lorsque je parlais avec les élus de l'excès de médecins à Montpellier, et que je demandais s'il fallait en retirer pour les mettre en Lozère, on me répondait surtout pas, les délais sont déjà longs ! Nous sentions déjà à l'époque que le discours, qui portait sur la pléthore dans les grandes villes et la pénurie dans les territoires reculés, ne reflétait pas la réalité à court terme. Il faut donc rester modeste lorsque l'on parle de régulation et de détermination des besoins de santé.

Pour avoir quelque chose de très précis, il faut considérer qu'un bassin de vie est le territoire sur lequel travailler – et le Conseil national a permis d'obtenir de grandes avancées – et appeler tous les médecins du bassin de vie du petit territoire pour leur demander : faites-vous un exercice particulier de la médecine générale ? Combien de

patients voyez-vous par semaine ? Comptez-vous dans 5, 10 ou 15 ans réduire votre activité ? Vous faites-vous remplacer quand vous êtes en vacances ? Quels sont vos délais de consultation ? Vous pensez-vous saturé et avez-vous besoin d'aide ? D'où viennent vos patients ? Certaines peuvent consulter où ils habitent ce que permet de voir l'Atlas du Conseil national, mais il y a des patients qui consultent près de leur de travail et les données sont plus difficiles à obtenir. Nous affinons année après année grâce au travail du Conseil national, des ARS et de la CNAM, mais nous avons encore des marges de progrès.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Concernant la méthodologie, M. RAULT, comment avez-vous procédé ?

Jean-François RAULT

Nous comptons les inscriptions à l'Ordre et nous étudions ce nombre par rapport au nombre d'étudiants en deuxième année.

Compte tenu qu'en moyenne il faut dix ans pour former un médecin, nous prenons en compte les effectifs du numerus clausus à n-10 et nous vérifions que nous retrouvons ce nombre dix ans plus tard qui correspond aux médecins diplômés et inscrits au tableau de l'ordre (tous modes d'exercice confondus : lib/mixte, salarié, hospitalier, remplaçant...)

Isabelle GOUNIN-LEVY

Ce changement d'exercice de la profession, c'est-à-dire des médecins qui veulent plus de temps libre et qui préfèrent peut-être exercer en maison de santé, est-il plus important aujourd'hui ?

Olivier VERAN

Je réfute l'idée du désert médical dans sa terminologie. Les médecins ne sont pas des déserteurs ! Ce n'est pas parce qu'un médecin ne s'installe pas dans un territoire où il y aurait une patientèle qui serait en attente d'un médecin que l'on peut le considérer comme un déserteur. Qu'est-ce qu'un déserteur ? C'est quelqu'un qui fuit devant l'enjeu. Il faut arrêter avec cette idée, je pense que ce terme de désert médical doit changer. J'avais parlé de façon provocatrice de bacs à sable médicaux parce que cela rend davantage compte d'une carte léopard

avec des bassins de vie qui sont déshérités en médecins avec des territoires qui peuvent juste être à côté et qui sont plutôt bien pourvus en médecins. De plus, le mot désert n'est pas beau.

Les jeunes médecins ne sont pas des déserteurs. Ils n'ont pas envie d'échouer sur l'écueil de la lassitude où ils ont parfois vu certains de leurs confrères plus âgés échouer. On ne peut pas parler en même temps dans la même semaine dans la presse nationale du *burnout* des médecins, du risque de suicide des médecins, du ras-le-bol de la profession et considérer que les jeunes médecins qui ne veulent pas faire la même chose puissent être des déserteurs, attention à la sémantique !

[Le mode de l'exercice de la médecine générale a évolué aujourd'hui](#), mais la médecine a aussi évolué et évoluera de façon encore plus importante dans les 10 ou 15 ans à venir. [La jeune génération de médecins va connaître un bouleversement de l'exercice de la médecine avec les nouvelles technologiques](#), les NBIC (Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et sciences Cognitives), la télémédecine, le progrès technique. La durée moyenne de consultation a évolué. Le médecin a aussi un rôle social qui n'est plus le même qu'il y a 20 ans. L'organisation a changé !

Nous avons collectivement un enjeu devant nous et certains débats un peu rugueux au cours de l'examen de la loi de santé montrent qu'il y a un certain nombre de barrières que nous devons franchir collectivement. C'est l'évolution de la structure même de l'exercice de la médecine. Comment entendre la volonté de jeunes médecins de différer davantage l'installation année après année ? Le remplacement est-il une fuite en avant ? Je n'en suis pas convaincu, je ne suis pas sûr qu'un jeune médecin qui fait des remplacements pendant 10 ans en changeant de territoire régulièrement soit un jeune qui n'ait pas envie de s'installer parce qu'il a peur de l'installation. C'est peut-être une dynamique sur laquelle nous devrions davantage nous appuyer au lieu de la voir comme une façon subversive d'exercer la médecine.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Il ne faut donc pas le voir négativement.

Olivier VERAN

Je pense même que les jeunes médecins remplaçants doivent être représentés, y compris les internes, à la Convention médicale avec une voix à part entière. Les jeunes médecins remplaçants ont un syndicat actif avec des revendications intéressantes et doivent être davantage entendus. Ce n'est pas un mode subversif ou par défaut d'exercice de la médecine, c'est un nouveau mode d'exercice à part entière. Nous serons surpris dans 10 ans de constater que des médecins remplacent vraiment dans la durée et que ce n'est pas une catastrophe.

Isabelle GOUNIN-LEVY

M. ROMESTAING pouvez-vous compléter ces propos ?

Patrick ROMESTAING

Nous avons déjà échangé avec M. VERAN lors du congrès de l'ISNI à Marseille et nous sommes très heureux d'entendre de sa part des mots que nous prononçons depuis un certain temps. Le terme de déserts médicaux ne nous convient absolument pas, nous parlons de territoires en tension parce qu'en effet les médecins ne désertent pas et pourquoi installer des médecins là où il n'y a plus rien et plus personne. Il faut aussi comprendre les souhaits des jeunes qui veulent exercer différemment et qui vont éventuellement travailler sur un mode regroupé, maisons de santé ou cabinets de groupe, qui sont de bonnes réponses, et qui habitent ailleurs à la ville parce que c'est mieux pour leur conjoint ou leurs enfants.

[Il faut bien sûr tenir compte de l'Europe et de l'international parce qu'il y a actuellement 20 000 médecins](#) (titulaires d'un diplôme hors de France). Ces médecins à diplômes européens et extra-européens participent activement à l'offre de soins. On aimerait qu'ils donnent un coup de pouce là où il y a le plus de besoins et en médecine libérale, mais ils exercent surtout en mode salarié et plutôt dans les zones à forte densité.

[Parmi les nouveaux modes d'exercice, il faut aussi penser télémédecine](#). En tout cas, dans

un pays où la densité est très forte, les patients ont accès aux soins, mais sur un modèle qui sera différent et qui reste à construire.

Lorsque nous parlions du numerus clausus, nous mettions en avant des interrogations ou inadéquations sur les paramètres de sélection actuels des médecins qui devront soigner les Français demain.

Isabelle GOUNIN-LEVY

M. PINAULDT quelle est votre position, en tant que Commissaire général à l'égalité des territoires (CGET), sur ces déserts médicaux que l'on appelle aujourd'hui territoires en tension ? Comment faire pour attirer les médecins sur ces territoires ?

Marc-Etienne PINAULDT

Je remercie tout d'abord le Conseil national de m'avoir associé à cette table ronde. Je rappellerai que le CGET n'a qu'un an d'existence et est encore peu connu, c'est la fusion de la DATAR et des structures de la politique de la ville, ce qui permet au sein d'une même structure d'avoir une approche globale du territoire. Cela concerne directement le sujet puisque lorsque l'on parle de l'installation des médecins ou des déserts médicaux, on touche aussi bien à la l'hyper-ruralité qu'aux quartiers prioritaires de politique de la ville. Pour l'anecdote, et à la suite de ce qui vient d'être dit, parmi les 25 % de médecins qui n'exercent pas la médecine, certains deviennent préfets, la médecine mène donc à tout.

Il ne faut pas se limiter aux déserts médicaux, si on se pose la question de la présence des médecins sur certaines parties du territoire c'est souvent qu'il n'y a pas qu'une absence de médecins. Les déserts médicaux posent la question des déserts tout court. Je ne parle pas, comme on l'indiquait, des déserts où il n'y a plus personne ou plus rien, mais de territoires, qu'ils soient en politique de la ville ou ruraux, où il y a un manque de services publics, de couverture numérique, de transport, d'accessibilité. Il s'agit d'une question d'attractivité des territoires. Pour qu'il y ait des médecins sur un territoire, il faut que ceux-ci soient attractifs, mais pour qu'ils soient attractifs, il faut aussi qu'il y ait des médecins... La

question des déserts médicaux ne doit donc pas être abordée de manière isolée, nous avons au CGET une approche plus globale : comment faire pour qu'un territoire soit attractif pour les médecins, pour la population, mais aussi pour les entreprises et que tout le monde se retrouve pour revitaliser ou maintenir un territoire ?

Isabelle GOUNIN-LEVY

Quelles sont les réponses ?

Marc-Etienne PINAULDT

Pour commencer, étudier quelles sont les attentes des médecins et notamment des jeunes. Grâce à un partenariat avec le Conseil national, nous avons réalisé une étude qui est à votre disposition qui fournit des éléments intéressants sur ce que veulent les jeunes médecins. Cela se discute, ce n'est qu'une étude, mais elle montre tout d'abord une volonté de ne plus être seul, pas seulement physiquement mais intellectuellement, c'est-à-dire de pouvoir partager et échanger. Donc, d'avoir accès à un réseau de médecins ou de spécialistes et la solution que nous pouvons apporter c'est la couverture numérique. En effet, s'il n'y a pas de bonne couverture numérique, de bon accès à la téléphonie mobile, ce n'est pas la peine de discuter. Ce sont des moyens indispensables.

Il y a aussi le cadre de vie du médecin, c'est-à-dire que pour s'installer, il est prêt à aller à la campagne, mais il a un conjoint qui de plus en plus souhaite travailler, il faut donc un accès au travail, à la formation, aux transports. Nous travaillons par exemple sur le maintien des petites stations-services, une mesure qui peut paraître anodine. Il y a 2 ou 3 ans, nous avons préparé une carte de 800 stations-services indispensables à l'équilibre et à la vitalité des territoires. Vous le savez, les stations-services indépendantes ferment, une grande enseigne en ouvre une, mais il faut faire 20 km pour avoir de l'essence, ce n'est pas ainsi que l'on fait venir des médecins. Il faut également des services pour la scolarisation des enfants, l'accès aux loisirs, l'accès culturel, etc.

Nous y travaillons en partant de ce qui peut rendre un territoire attractif. Notre débat concerne les médecins, mais il faut aussi une

patientèle et créer les conditions pour que le médecin souhaite s'installer. Le médecin peut avoir de grands idéaux, mais il a envie de vivre heureux comme tout le monde et d'avoir un bon équilibre comme cela a été indiqué dans la vidéo. C'est pourquoi les maisons de santé peuvent être une bonne solution.

Un comité interministériel s'est réuni le 13 mars dernier, présidé par le Premier ministre, sur la ruralité, mais qui touche également en partie les territoires de politique de la ville. Il n'est pas complètement anodin de rappeler que les 5 premières mesures de ce comité, qui en comporte 46, concernent la santé. Comme M. GRALL l'a indiqué, nous avons évoqué les maisons de santé, les contrats d'engagement de services publics avec un objectif à atteindre de 1 500 en 2017 – nous serons à 1 200 fin 2015, cela va donc très vite – des contrats de praticiens en médecine ambulatoire, la rémunération complémentaire pour les médecins installés en zone isolée, etc. Ce sont des éléments connus, mais avec des échéances et des moyens supplémentaires.

Ce sont les premières mesures, mais il y en a d'autres, j'évoquais la couverture numérique. Des dispositions sont prises avec les opérateurs pour la résorption des zones blanches (zones non couvertes par le numérique) afin de généraliser l'accès à la 3G pour internet, pour développer le réseau des maisons de service au public, en lien notamment avec les maisons de santé.

En conclusion, l'enjeu pour nous c'est [d'attirer les médecins, mais aussi d'avoir une approche globale afin de rendre ces territoires attractifs et s'ils sont attractifs, les médecins viendront.](#)

Isabelle GOUNIN-LEVY

Par rapport à ce problème de fracture numérique donc vous parlez, il y a des avancées. Le salon du Bourget se déroule actuellement à Paris et Airbus va signer avec OneWeb pour mettre en place 900 nouveaux satellites paraît-il qui permettront d'accéder partout à Internet, tout se rejoint. M. GRALL avez-vous quelque chose à ajouter ?

Jean-Yves GRALL

De mon point de vue, il faut distinguer l'approche statique, c'est-à-dire faire venir le médecin et sa famille dans des territoires qui est une notion d'installation plus privée et familiale, de l'approche dynamique d'installation fonctionnelle. L'évolution sociologique montre que l'important est d'avoir des médecins qui viennent travailler, tant mieux s'ils s'installent familialement sur place. Les évolutions font qu'il faut aussi développer les voies de communication quelles qu'elles soient et bien sûr numérique, c'est un tout important. Nous avons une féminisation importante avec des conjoints très souvent à la grande ville. Cela n'empêche que l'on ait besoin de temps médical dans certaines zones et vouloir à tout prix faire en sorte que les gens s'établissent peut être de nature à ne pas les faire venir médicalement. S'ils n'y habitent pas, cela ne veut pas dire qu'ils ne puissent pas y travailler. Je pense qu'il y a un juste milieu à trouver.

Isabelle GOUNIN-LEVY

C'est d'ailleurs l'exemple de la vidéo avec le médecin qui travaillait loin de son domicile, ce qui lui permettait peut-être aussi de faire une meilleure coupure et de ne pas être disponible 24h/24 pour ses patients comme c'était l'usage dans la profession. Nous n'avons pas beaucoup parlé de la féminisation, M. ROMESTAING pouvez-vous nous parler de cette idée reçue, la profession se féminise-t-elle réellement ?

Patrick ROMESTAING

Nous étions avec M. BOUET à un colloque européen en fin de semaine dernière et nous avons pu observer que le constat de féminisation est européen. De grands pays, comme l'Allemagne, font les mêmes constatations. La féminisation est tout sauf un problème, c'est un constat lié aux chiffres. [La jeune génération est actuellement composée de 58 % de femmes.](#) En activité, 45 % des médecins sur le territoire sont des femmes, cela augmente de 1 % par an. En 2020, les femmes seront donc majoritaires dans la profession. C'est tout, c'est un constat.

Nous sommes dans une évolution des pratiques professionnelles, liée à une génération qui veut travailler différemment. Les hommes, comme les femmes, souhaitent travailler, mais avoir du temps pour leur famille et éventuellement habiter ailleurs que là où ils vont travailler dans un lieu où leur conjoint (homme ou femme) puisse avoir un exercice professionnel.

La féminisation n'est donc pas un problème, mais un constat. Si on s'arrête sur l'évolution des composantes de la profession, il faut plutôt réfléchir sur le temps mis à disposition dans l'activité professionnelle et non pas s'arrêter à un constat sur le genre.

Olivier VERAN

En comparant les cartographies démographiques médicales du XVI^e siècle avec les plus récentes, on se rend compte que la répartition des médecins suit une logique à peu près similaire sur les bornes territoriales qui souffrent aujourd'hui d'un problème plus vaste, c'est un peu le problème de la continuité d'accessibilité au service public et privé sur l'ensemble du territoire que nous évoquions.

Nous pouvons effectivement chercher des facteurs externes comme le rajeunissement, le vieillissement, la féminisation ou les nouvelles aspirations des médecins et en même temps faire le constat que l'on n'a jamais eu autant de médecins, etc., mais à un moment donné, il faut aussi nous rappeler notre histoire. Certains dans cette salle ont dû connaître des personnes qui ont connu des officiers de santé, signe que le problème de la répartition des médecins sur le territoire français, notamment rural/urbain, ne date donc pas d'aujourd'hui. En revanche, ce qui date d'aujourd'hui, c'est la polémique démographique. [Les exigences des usagers de santé et non plus des patients](#) – ce qui participe un peu de cette métamorphose dans le rapport au politique – ont aussi évolué. Nous sommes passés de la médecine accessible à la médecine accessible à proximité et dans des délais assez courts.

Lorsque l'on étudie les territoires aujourd'hui qualifiés de déserts médicaux, nous nous rendons compte pour certaines communes qu'elles n'avaient jamais historiquement eu

de médecins jusque dans les années 1960-1970 lorsque l'augmentation du nombre de médecins et la concurrence professionnelle a fait que certains médecins ont investi des territoires qui jusqu'ici n'étaient pas dotés de médecins. Souvenons-nous qu'à cette époque, certains médecins libéraux payaient pour pouvoir prendre des gardes.

[Aujourd'hui, cette vague de médecins qui part à la retraite n'est pas remplacée](#), il y a effectivement des évolutions sociales et des aspirations professionnelles et nous constatons que ces petites communes rurales perdent le médecin qu'elles avaient pour habitude d'avoir et nous en faisons un problème moderne. Il est nécessaire de s'intéresser à l'histoire parce que cela permet d'envisager des solutions qui pourront être différentes.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Que faut-il faire d'après vous, parce que vous parlez de délais assez courts, mais nous savons, par exemple, aujourd'hui que les délais peuvent être très longs pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste?

Olivier VERAN

Ne confondons pas le délai d'accès à un ophtalmologiste en région parisienne, le délai d'accès à un dermatologue à Cannes et le délai d'accès à un médecin généraliste pour la population, les aspirations, les distances à parcourir, les constats et les solutions ne sont pas les mêmes. Il faut être clair dans les définitions.

Si nous partons avec l'objectif de restaurer la continuité territoriale, on peut partir de l'indice de Theil qui compare l'accessibilité de la population française par bassin de vie (le territoire est découpé en 2 600 zones territoriales environ) à 150 services publics et privés tels que l'école, les transports, l'emploi, etc. Les médecins généralistes se classent troisièmes parmi ces 150 services. Il n'y a devant eux que les boulangeries et les salons de coiffure. Les médecins généralistes sont même mieux organisés à l'échelle globale du territoire pour répondre au besoin des patients, me semble-t-il, que les pharmacies qui sont pourtant soumises à un numerus clausus d'installation.

Par conséquent, nous n'avons pas en France un problème national massif d'organisation. Nous évacuons ainsi l'idée de mettre des mesures coercitives à l'installation. De la même manière que l'on n'opère pas quelqu'un qui a la grippe, on ne va pas complètement bouleverser le schéma d'organisation d'installation des médecins pour répondre à des problèmes qui sont localisés.

Oui, **il existe de vrais territoires dans lesquels il y a un manque de médecins**, y compris des médecins de soins primaires avec des délais qui se sont allongés, des distances à parcourir qui sont allongées et des difficultés pour les patients d'avoir recours à leur médecin. Faisons ce constat et listons précisément ces territoires et étudions ensemble ce qui pose des difficultés. Est-ce des territoires qui étaient jusqu'ici très ruraux et qui ont été investis à cause de la hausse des loyers dans les centres urbains ou est-ce des territoires dans lesquels les jeunes familles sont arrivées et qui nécessitent de dire que d'ici un ou deux ans il faudra installer un médecin généraliste. Sont-ce communes dans lesquelles le seul médecin est parti pour s'installer dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

La logique intercommunale commence à payer doucement politiquement, mais jusqu'à il y a quelques années lorsque vous aviez 4 médecins de 4 communes qui se regroupaient dans une maison de santé intercommunale, l'accès en pratique pour les personnes n'avait pas changé à la baisse, mais pour les élus locaux des communes qui perdaient leur médecin et pour les pharmaciens c'était un vrai problème. J'ai vu des communes dans le Jura qui faisaient la une de la presse quotidienne régionale pour avoir fait venir un médecin roumain qui était parti parce qu'il n'y avait pas de patientèle. En fait, nous nous sommes rendu compte que les médecins étaient partis travailler dans un exercice regroupé à quelques kilomètres.

Il faut aussi tenir compte de ces évolutions de façon positive, ce n'est pas nécessairement un problème. Il faut donc avoir un diagnostic très strict.

Comme je le disais, la question du *numerus clausus* ne doit plus s'envisager à l'échelle nationale, nous ferions fausse route, il faut avoir une réflexion européenne, voire extra-européenne sur ces questions de démographie médicale. Je suis plus favorable à ce que nous formions davantage de médecins quitte à adapter nos capacités de formation plutôt que de les importer.

Pour finir, et peut-être de façon polémique, parlons des pratiques avancées. La densité européenne moyenne des médecins généralistes est de 0,7 ou 0,8 médecin pour 1 000 habitants. C'est la densité médicale en Picardie. Par conséquent, lorsque nous raisonnons à l'échelle régionale, c'est la densité la plus faible du territoire national. Au-delà de 0,8 pour 1 000, que vous soyez en Grande-Bretagne, en Allemagne, en Italie ou en Espagne, on considère que vous êtes en voie de surdotation et on met en place des freins à l'installation. Alors qu'en France pour une densité de 0,8, nous parlons de désert. Qu'est-ce qui change ? Est-ce que les Français consultent beaucoup plus souvent leur médecin généraliste ? Je ne le crois pas et nous avons un bon site CartoSanté qui montre que ce n'est pas le cas.

Ce qui change, c'est surtout le mode d'exercice de la médecine et notamment la question des pratiques avancées. Lorsque nous parlons de pratiques avancées, nous devons arrêter de parler d'enlever tel ou tel acte, qui sont généralement courts et plutôt rémunérateurs pour le médecin généraliste, pour le « donner » à des professions paramédicales. Il vaut mieux avoir une réflexion globale des relations interprofessionnelles qui doivent se mettre en place. À défaut, nous n'aurons jamais l'assentiment de la profession, ce qui est compréhensible.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Mme POLTON, qu'en pensez-vous ?

Dominique POLTON

Si vous prenez le vrai nombre de médecins généralistes et la population française, il y a environ un médecin généraliste pour 1 250 habitants. C'est beaucoup moins que dans beaucoup d'autres pays. Très fréquemment,

les généralistes travaillent avec des listes de patients de 1 600 ou 1 700. On constate surtout que dans ces pays, les généralistes ne travaillent pas comme les nôtres, ils travaillent de manière regroupée avec d'autres professionnels et ce n'est pas une question de délégation de tâches, mais d'organiser le travail dans lequel pour des pathologies chroniques, il y a très souvent des couples médecin-infirmiers comme dans beaucoup de pays qui ont des organisations différentes.

La France a du mal à prendre ce tournant parce que nous avons des professions les unes à côté des autres avec chacune un statut libéral. L'enjeu est important parce que nous avons bien suffisamment de médecins si nous organisons la pratique de manière différente comme les autres pays nous le montrent.

Isabelle GOUNIN-LEVY

La France a du mal à prendre ce tournant, mais les maisons de santé sont peut-être la réponse aujourd'hui.

Dominique POLTON

Tout à fait, c'est une voie assez structurante, mais pas partout. Il ne faut pas non plus dire qu'il faut partout des maisons de santé parce que selon les territoires, cela peut-être des gens qui viennent d'ailleurs et qui travaillent, dans d'autres territoires ce sont plutôt des centres de santé avec des professionnels salariés parce que ce sont **des zones compliquées où les gens n'ont pas non plus envie d'investir personnellement**, etc. Nous devons avoir une vision du territoire qui peut être un peu différente aussi, cela peut aussi être des pôles de santé qui fonctionnent très bien.

Isabelle GOUNIN-LEVY

M. ROMESTAING, sur ce rôle des médecins étrangers avez-vous la même vision assez tranchée que M. VERAN ?

Patrick ROMESTAING

Là encore, nous devons nous placer dans le cadre européen et la libre circulation des personnes. Il faut savoir que les formations ne sont pas superposables en fonction des pays européens, ce qui n'est pas sans poser des difficultés, la formation en orthopédie en

Allemagne n'est pas la même qu'en France. Les champs de formation sont différents et il faut le garder à l'esprit. En tout cas, c'est une réalité incontournable.

Peu de Français partent à l'étranger, c'est que notre système est plutôt agréable et que l'on peut bien vivre en France en exerçant ce métier qui est passionnant. Les médecins étrangers sont-ils une réponse aux territoires en tension ? Je pense que la cartographie l'a clairement mis en évidence, ce sont médecins qui s'installent dans les zones à forte densité (majoritairement dans le sud de la France, en Rhône-Alpes, en Alsace et en Ile-de-France) et qui exercent majoritairement sur un mode salarié (surtout en anesthésie et en radiologie). Ils ne répondent donc pas à la tension de l'offre de soins.

Il en existe en médecine générale effectivement, ils sont recrutés par des agences de recrutement qui y trouvent un filon très intéressant. Le gain moyen d'un médecin roumain est 700 € par mois et ces agences leur font miroiter que c'est bien mieux en France alors que nous avons impôts et charges sociales, moyennant quoi un matin le médecin repart dans son pays d'origine parce que sa famille était restée là-bas et qu'il ne tenait plus tout seul. Cela pose des problèmes. Néanmoins, certains médecins qui viennent de l'Europe sont parfaitement bien intégrés et sont parfois à un poste très pointu dans le cadre hospitalier et remplissent entièrement la mission qui leur est confiée.

Olivier VERAN

J'ai reçu le médecin roumain de la santé au Parlement français il y a un an et demi. Il nous demandait d'arrêter de payer des chasseurs de tête pour leur voler leurs médecins qu'ils forment pour 40 000 € parce qu'ils ont aussi des déserts médicaux qui se creusent et qu'il y a peu de solidarité européenne. Nous devons aussi avoir un peu d'éthique au sein de l'Union européenne.

Pour pousser le raisonnement à l'absurde, je disais qu'il y avait des universités européennes spécialisées dans la formation de médecins étrangers destinés à l'exercice en France, l'étape suivante était les universités étrangères qui forment des futurs

médecins français qui ont échoué ou qui n'ont pas envie de passer le concours pour X raisons. Demain, quand bien même nous pouvons mettre des garde-fous législatifs, qui peut garantir que nous n'aurons pas une université européenne qui viendrait sur le sol national former des médecins français hors numerus clausus qui pourraient exercer en France ? Il y a eu un premier assaut par l'université de Pessoa qui n'était pas destinée à l'exercice de la médecine...

Isabelle GOUNIN-LEVY

Je reviens sur la formation des jeunes médecins, M. RAULT que faudrait-il faire pour les inciter à opter pour cet exercice libéral davantage qu'ils ne le font aujourd'hui ?

Jean-François RAULT

Les étudiants sont formés à l'hôpital et ils n'ont pas la vision libérale de l'activité. Je suis maître de stage généraliste et souvent quand un jeune arrive à mon cabinet, il trouve cela différent. Les jeunes qui choisissent la médecine générale à l'ECN ne savent pas ce qu'ils vont voir après, ils seront peut-être déçus. J'insisterais donc sur le fait qu'il doit absolument y avoir dans le 2^e cycle un stage pratique des étudiants dans des cabinets de médecine générale tout comme dans les autres spécialités. Actuellement, la médecine générale est la seule où il y a des stages pratiques, il devrait y en avoir dans d'autres spécialités. C'est une réflexion à avoir.

Par ailleurs, le fait de faire des stages pratiques, notamment en médecine générale dans les zones rurales reculées, permet aux étudiants de découvrir l'exercice dans le monde libéral ce qu'ils ne connaissent pas et ils sont parfois agréablement surpris ce qui permet des installations et de trouver des successeurs aux médecins qui partent à la retraite. Parfois des médecins me demandent « Comment je vais faire pour trouver un successeur ? », je leur réponds d'être maître de stage et qu'ils auront des étudiants. C'est un enrichissement commun entre le médecin expérimenté et le jeune. De plus, pour la patientèle c'est une « reconnaissance » du médecin, cela apporte un plus.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Avant de terminer et d'ouvrir le débat, concernant l'exercice du jeune médecin en libéral ou en maison de santé, quelle est la position de l'Ordre sur ces maisons ?

Patrick ROMESTAING

Nous devons entendre les aspirations des jeunes confrères, hommes ou femmes, qui veulent exercer différemment, l'exercice regroupé est incontournable même si une part non négligeable de jeunes choisit encore l'exercice isolé. La page sera immanquablement tournée dans les années à venir pour de multiples raisons, notamment de partage et pour assurer la continuité des soins. [La maison de santé pluridisciplinaire ou le groupe est une bonne réponse](#). Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont dans l'air du temps, mais il faut être prudent sur la suite et notamment sur le financement parce que nous ne savons pas, compte tenu des conditions économiques, si ces maisons seront intégralement financées dans les années à venir.

En tout cas le partage avec d'autres professions est une richesse. Pour autant, il ne faut pas écarter, dans ces modes de réponse des demandes de soins de la population, les cabinets de groupe qui fonctionnent et s'organisent eux-mêmes pour la continuité des soins. C'est un mode qui a bien fonctionné pendant des années et il a toute sa place, il ne faut pas l'oublier.

Samia TAHRAOUI, Fédération nationale des centres de santé

On parle des maisons de santé, mais il existe un autre mode d'exercice pluridisciplinaire coordonné qui a une certaine histoire puisque les centres de santé existent depuis plus de 70 ans. Les problématiques abordées sont des problématiques que nous connaissons bien, notamment tout ce qui concerne l'attractivité de l'exercice médical. Par exemple, le temps de soins par rapport au temps de gestion est tout à fait favorable en centre de santé, c'est la raison pour laquelle lorsque j'ai besoin de recruter un collaborateur ou un confrère, j'ai une bonne dizaine de CV pour une place. C'est assez révélateur de l'attrait de ce mode d'exercice.

Effectivement, quand on travaille en centre de santé et que l'on est médecin, on arrive, on effectue ses consultations, on fait de la santé publique. C'est aussi une réponse à la lassitude d'une certaine forme d'exercice qui peut entraîner une monotonie. Il ne faut donc pas les négliger dans le panel de ce que vous envisagez.

Nous avons aussi de l'expérience par rapport aux pratiques avancées parce que nous travaillons en équipe, nous avons des protocoles. Je pense que l'exercice de la médecine dans ce genre de structure pour apporter une solution de premier recours est quelque chose dont nous pouvons nous inspirer pour trouver des solutions.

Les centres de santé sont devenus tout autre chose que les dispensaires. Évidemment, l'accès aux soins est au cœur de l'essence de ces dispositifs, mais il y a aussi d'autres choses dont nous pouvons nous inspirer et tirer de l'expérience.

Christine ERIN, radiologue

Concernant les médecins retraités, il serait bien soit de mettre en place une modification de la législation, soit de les informer qu'il faut mieux qu'ils ne soient pas retraités parce que le cumul emploi retraite signifie que l'on ne cotise plus pour sa retraite et que, par conséquent, la majoration des revenus n'est que ponctuelle.

Je suis tout à fait d'accord avec M. VERAN quant aux médecins étrangers, nous volons les médecins des pays sans nous poser de question. C'est quelque chose que je connais particulièrement en tant que radiologue. Il faudrait un peu d'éthique.

Paradoxalement, vous dites que les médecins étrangers sont surtout en zones surdotées, mais c'est parce que pour beaucoup d'entre eux on leur demande un médecin référant puisqu'ils ne sont pas autorisés au plein exercice. De ce fait, ils ne peuvent aller en zones sousdotées en étant seuls et isolés.

On n'a pas du tout parlé de l'évolution de l'exercice, il faut aussi envisager l'évolution de la pathologie des patients. Avec le vieillissement, on est dans de la pathologie chronique, itérative, avec des prises en charge de plus en plus lourdes et qui prennent du temps au médecin.

Enfin, vous avez parlé des jeunes qui ne connaissent pas l'exercice libéral, mais ils ne connaissent pas non plus l'exercice hospitalier périphérique c'est-à-dire dans les centres hospitaliers. De ce fait, il faudrait envisager énormément de collaborations avec beaucoup de temps partagé, que ce soit CHU hôpital ou CHU libéral.

Patrick ROMESTAING

Concernant les médecins à diplômes européens et extra-européens et les mouvements créés défavorables au pays d'émigration des médecins, notamment les pays d'Europe centrale, j'entendais encore la semaine dernière que la Roumanie a perdu 13 000 médecins en 3 ans, ce qui est dramatique et elle essaie donc d'attirer d'autres médecins dans son pays. Une Joint Action européenne est en réflexion depuis un an pour essayer de mettre en place un code éthique dans le cadre des migrations des professionnels de santé parce que cela dépasse notre profession.

D'autre part, je rappelle que **les médecins qui ont un diplôme européen sont des médecins de plein droit et de plein exercice**. Vous faites référence à une autre population de médecins à diplômes extra-européens qui travaillent dans le cadre hospitalier sous l'autorité d'un chef de service donc sans être inscrits à l'Ordre parce que leur diplôme n'est pas reconnu et ceux-là sont effectivement dans le cadre hospitalier. Néanmoins, il existe des procédures d'autorisation d'exercice (PAE) avec des commissions au sein du Conseil national présidées par l'université, permettant à certains médecins, sous certaines conditions, de devenir médecins de plein exercice. C'est une population que nous ne parvenons pas à quantifier y compris avec le CNG, ils sont nombreux notamment dans les centres hospitaliers et universitaires, mais pas uniquement. C'est une véritable difficulté.

Bernard REGNIER, ARS Ile-de-France

Dans l'interprétation des chiffres, je soutiens comme d'autres intervenants qu'il faudrait prendre en compte le temps médical effectif disponible, même s'il est fait par des remplaçants ou par des retraités actifs parce que nous avons souvent des données qui peuvent être très différentes de la réalité. On

peut faire de grosses erreurs y compris quand on réfléchit à la régulation.

Quant à la régulation, Conseil de l'Ordre ou Europe avez-vous l'impression que la France aura une attitude claire sur le numerus clausus ? Cette régulation internationale est-elle réaliste ? Il y avait eu il y a une dizaine d'années une charte éthique de l'OMS parce qu'on pillait les pays hors Union européenne. Savez-vous si quelque chose se dessine au gouvernement sur le numerus clausus ?

D'autre part, la France est un des pays qui a le plus de médecins généralistes par rapport aux habitants, le ratio médecins généralistes par rapport aux spécialistes est particulièrement élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE. Pourtant, actuellement la DGOS et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ouvrent le quota de médecins généralistes mais qui font autre chose que de la médecine générale, que faut-il faire sur cette évolution de la filiarisation ECN à l'internat de médecine générale ?

Olivier VERAN

Oui, les centres de santé représentent un maillage essentiel, mais qui paie ? Le problème est qu'il ne relève pas des compétences des collectivités territoriales que de salarier des médecins. Mais, je n'ai aucun problème de fond à ce qu'à côté de l'exercice libéral de la médecine, un exercice salarié se mette en place. En dehors des centres de santé urbains, le modèle des centres de santé sera difficilement extrapolable sur l'ensemble du territoire à moins de trouver un nouveau mode de financement.

Sur la question des médecins étrangers, je rejoins la dernière intervention, il y a aussi l'exercice intérimaire. J'ai écrit le rapport sur l'exercice intérimaire à l'hôpital public, il n'y a pas que les pauvres médecins qui viennent attirés par l'eldorado français et qui s'en vont parce que cela ne fonctionne pas, il y a aussi des agences d'intérim basées au Luxembourg qui obtiennent des rémunérations très importantes pour des médecins étrangers qui viennent prendre des gardes dans hôpitaux et qui migrent d'un hôpital à un autre et d'un pays à un autre.

Donc les pratiques internationales sont très dynamiques.

Il faut rester modeste, pour l'instant l'état des lieux de la construction européenne d'une réflexion démographique est plutôt alarmant, on ne peut que faire mieux. Les organisations internationales doivent se parler. Certains pays ont mis en place des quotas, comme la Belgique l'a fait avec les kinésithérapeutes, mais c'est contournable : prenez un job à McDonald's pendant 6 mois, vous obtenez le statut de résident et vous pouvez vous inscrire à la Faculté hors quota. Il faut donc mettre des garde-fous comme la France l'a d'ailleurs fait. Je rappelle que le système d'AFS et AFSA dans les hôpitaux n'est plus le même que celui du temps des FFI. Il me semble que deux chirurgiens cardiaques sur trois dans les hôpitaux français proviennent de pays étrangers hors Union européenne. Je crois qu'aucun neurologue ne s'est installé en Côte d'Ivoire et à Madagascar depuis un certain nombre d'années alors que 4 ou 5 se forment par an dans nos hôpitaux, mais nous leur faisons des ponts d'or pour qu'ils restent parce que nous en avons besoin.

Une fois que nous aurons fait le constat que nous devons avoir un comportement plus éthique tant à l'égard de nos voisins que du bout du monde qui nous envoie des étudiants en formation que nous n'avons pas vocation à conserver, il faudra travailler très sérieusement à cette question de la démographie médicale européenne, mais pour cela il nous faut des nouveaux outils. Avant, il faut faire le constat de l'échec de nos modes de régulation démographique.

Didier BORNICHE, Président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers

Je suis très heureux d'avoir entendu parler de pratiques avancées, sujet très important. Je voudrais remercier M. BOUET, nous avons tous les deux pris l'initiative d'organiser une réunion, qui en appellera d'autres, pour travailler conjointement sur ce sujet entre les infirmiers et les médecins parce qu'aujourd'hui c'est un véritable défi que nous devons nous lancer pour les prochaines années. Je sais que lorsque nous prononçons ces mots de part et d'autre, chez nous et chez les médecins, cela fait un peu

peur. Il nous paraît donc important aujourd'hui que nous puissions clarifier d'abord les concepts et ensuite travailler ensemble dans la même direction au service des patients. Nous sommes actuellement confrontés à de véritables enjeux de santé publique, au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques. Je reviens du Canada et j'ai pu constater combien les pratiques avancées ont rendu de grands services et j'espère très vite que ce sera la même chose en France.

Yann BOURGUEIL, Directeur de l'IRDES

Je souhaite revenir sur la question posée par Patrick ASSYAG à propos des spécialistes. On a beaucoup parlé de la médecine générale, mais la spécificité du système de santé français est d'avoir beaucoup de spécialistes et surtout beaucoup en ambulatoire. L'objectif souvent affiché par le gouvernement est de fixer 50 % de généralistes formés. Or, c'est un objectif qui n'est jamais atteint. On sait aussi qu'il y a de fortes disparités d'installation de spécialiste par rapport aux généralistes, quelle est aujourd'hui la réflexion sur la façon d'anticiper l'évolution des relations entre spécialistes et généralistes, notamment en terme d'installation et de formation en sachant qu'il y a une très grande plasticité dans la pratique, la délégation de tâche se fait d'abord entre les médecins ? Cela pose ensuite peut-être la question des passerelles entre les disciplines.

Jean-François RAULT

Cela nous interpelle parce que je rappelle qu'avant un généraliste pouvait facilement faire de la dermatologie, ou de l'ophtalmologie. Aujourd'hui, les filières sont cloisonnées et on n'arrive plus à aller de l'un à l'autre. On a l'impression de vivre en parallèle alors que nous faisons tous de la médecine. Nous pouvons nous reprocher d'avoir spécialisé les choses et d'être resté chacun dans notre domaine, mais il est important que les médecins généralistes qui sont spécialistes et les autres spécialités puissent se parler et éventuellement pouvoir permettre des ponts entre les spécialités.

Un intervenant

On s'aperçoit que les médecins sont comme les autres. J'ai récemment assisté à une conférence de Laurent DAVEZIES qui travaille beaucoup sur la cartographie en France et qui était interrogé par un député-maire de l'Ain qui se plaignait de ne plus voir d'entreprises et de ne plus avoir la capacité de répondre aux demandes de ses concitoyens. Il attirait l'attention sur le fait qu'aujourd'hui les cadres, lorsqu'ils sont mobiles dans notre pays, vont vers la qualité de vie et pas forcément vers la rémunération. Ils vont dans l'ouest parce que c'est beau, c'est agréable, il y a une vie culturelle et dynamique, etc. C'est aujourd'hui ce à quoi nous sommes confrontés, c'est-à-dire la métropolisation de notre pays et la qualité de vie de territoire. Nous devons avoir des réponses adaptées aux endroits où il y a effectivement des difficultés profondes.

Patrick ASSYAG

Les médecins changent, mais le patient change également. On se trouve aussi dans une médecine de parcours, nous ne sommes plus isolé, c'est une chaîne médicale qui permet aux patients d'avoir une meilleure qualité de soin et une sécurité de soin comme l'indique la HAS. Les spécialistes se retrouvent souvent confrontés pour les jeunes à une sorte de décrochage qui se passe mal entre la ville et hôpital. Tout cela crée une sorte de demande opaque pour les jeunes médecins qui ne trouvent pas la solution à l'installation.

En cardiologie, nous réfléchissons beaucoup à un projet de modélisation de prise en charge des patients parce que les médecins souhaitent exercer différemment de façon attractive avec un projet et ils veulent également se regrouper, mais c'est difficile, lorsque vous êtes à l'hôpital et que vous voulez aller en ville pour vous regrouper, comment faites-vous ? C'est uniquement par un collègue qui dit que tel endroit est bien ou pas.

C'est un problème très complexe et les syndicats travaillent beaucoup là-dessus, ils veulent mettre en place, comme en cardiologie, une sorte de modélisation de prise en charge en exercice regroupé des cardiologues, cela prend du temps, mais je

pense que nous pouvons le faire avec nos tutelles et les URPS pour établir un projet de regroupement des médecins pour un patient pour amener une qualité de vie tant pour le patient que le médecin. C'est important parce que l'on a soit des problèmes aigus, soit des problèmes chroniques. Actuellement 75 % des ALD en maladie chronique seront hospitalisés de façon itérative. Il faut donc une qualité et une sécurité des soins et une bonne observance thérapeutique pour maintenir ces patients dans le parcours de soins et éviter qu'ils soient réhospitalisés. Nous y travaillons beaucoup en spécialité et notamment en cardiologie et je pense que c'est quelque chose à faire ensemble.

Dominique POLTON

Effectivement, en France la définition de ce que doit faire le spécialiste sur une pathologique donnée (à quel moment le généraliste doit passer la main ? quelles sont les étapes du parcours de soins dans lesquelles il doit intervenir ?) n'est pas très codifiée. D'une certaine façon, cela laisse de la marge sur les rôles des uns et des autres. Il est assez difficile de savoir ce dont nous avons vraiment besoin.

Marc-Etienne PINAULDT

L'enjeu que j'évoquais sur l'attractivité des territoires concernait l'accès aux soins de premier recours, mais la question que vous évoquez concerne le lien entre le généraliste et le spécialiste. Les maisons de santé sont une des solutions, mais ce n'est pas la panacée. Un intervenant indiquait un territoire, une solution. Je suis frappé d'observer qu'en Haute-Savoie, nous connaissons une augmentation de généralistes alors que dans le même temps le rapport parlementaire en préparation sur la montagne met l'accent sur le défaut de médecins dans les territoires de montagne.

Pour faire le lien entre généralistes et spécialistes, nous travaillons sur le développement de la télé-médecine. Bien sûr pour un médecin libéral isolé c'est compliqué, mais pour un exercice de médecine regroupée, cela devient un atout et l'isolement n'est plus ressenti de la même façon parce que le médecin est dans l'équipe et parce qu'il a la possibilité d'avoir une relation directe qui ne remplace pas le

spécialiste mais permet de peaufiner le diagnostic. Les maisons de santé sont, en ce sens, intéressantes.

Pour conclure, l'un des objectifs des maisons de santé est d'attirer des jeunes médecins. M. RAULT l'a rappelé, les données dont nous disposons aujourd'hui indiquent que la moyenne d'âge est d'un peu plus de 50 ans, à peine plus jeune que la moyenne d'âge en France métropolitaine. Les maisons de santé étudiées n'ont donc pas attiré suffisamment de jeunes pour faire infléchir la moyenne d'âge. Aujourd'hui il y a presque 1 000 maisons de santé ouvertes ou en projet de création, c'est une belle réussite. Beaucoup sont financées par des fonds publics, mais beaucoup d'autres sont totalement privées. On peut donc imaginer que parmi ces médecins qui ont une cinquantaine d'années dans ces maisons de santé pourraient être maîtres de stage pour attirer des jeunes médecins, assurer la succession et les convaincre que l'on peut avoir un exercice satisfaisant épanouissant de la médecine dans ce que l'on appelle les déserts médicaux.

Isabelle GOUNIN-LEVY

Nous sommes arrivés au terme de nos débats et je remercie M. ROMESTAING de conclure.

Patrick ROMESTAING

Merci tout d'abord, au nom du Conseil national à tous nos intervenants de nous avoir permis ce regard croisé sur un sujet qui peut paraître assez atone, mais qui dans la passion des interventions montre qu'il y a encore beaucoup à faire. Nous tournons une page, la démographie et les travaux que mènent le Conseil national comme d'autres instances, par exemple la CNAMTS avec qui nous entamons une collaboration, montrent que nous changeons. En effet, dénombrer par tête est une étape que nous avons largement dépassée, il est essentiel d'étudier maintenant l'activité des médecins, c'est-à-dire examiner plus précisément ce que font les médecins sur le territoire.

Les jeunes médecins disent clairement qu'ils n'exerceront plus comme leurs prédécesseurs. La qualité de vie est pour eux un élément essentiel, mais cela signifie peut-

être qualifié de leur disponibilité lorsqu'ils sont à l'écoute de leurs patients. Il faut donc prendre en compte les conditions d'exercice, les moyens à disposition. Nous avons entendu M. PINAULDT sur le numérique, c'est essentiel.

Nous avançons vers une nouvelle ère et le Conseil national sera présent. Nous sommes dans un cadre européen, comme l'a indiqué M. VERAN, nous ne pouvons pas nous en extraire et les mouvements des médecins à travers tous les pays européens interpellent sur bien d'autres problèmes qui ne sont pas typiquement français.

Je rappelle que l'on peut prendre autant de données que l'on veut, mais la vision du conseil départemental sur l'organisation de la PDS est un élément très pertinent. Quand les clignotants sur le territoire départemental commencent à passer au rouge, cela signifie que dans les années à venir – et parfois dans un futur très court –, nous aurons un problème d'offre de soins.

Je vous remercie d'avoir participé à cette matinée, nous avons eu plaisir à partager ces instants avec vous et je remercie Mme GOUNIN-LEVY d'avoir animé ce débat.