



*Rapport adopté lors de la session du Conseil national
de l'Ordre des médecins de juin 2007*

RAPPORT DE LA COMMISSION JEUNES MEDECINS

Participants :

AJAR – Association des Jeunes Anesthésistes Réanimateurs – Dr Gérard KIERZEK
ANEMF - Association Nationale des Etudiants en Médecine de France – Virgine PRADE –
Marie MIZZI
ISNAR-IMG - Inter Syndicale Nationale Autonome représentative des internes de médecine
générale – François-Charles CUISIGNIEZ – Paul FRAPPE – Florence BOVAY – Lionel
MICHEL – Yannick RUELLE.
ISNIH – Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux – Benoit ELLEBOODE
SIHP – Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris – Olivier MIR
SNJMG – Syndicat National des Jeunes Médecins généralistes – Dr Mickaël RIAHI
Interne du CH de Troyes et des remplaçants de l'Aube – M. Benoit PINGRIS
Economie de la santé – Dr Christine ROULLIERE-LE LIDEC

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins

Dr Jean-Claude SARREY

Dr Monique CARTON
Dr Irène KAHN-BENSAUDE
Dr Patrick BOUET
Pr Marc BRODIN
Dr Xavier DEAU
Dr André RAYNAL
Dr Didier ROUGEMONT

Rapporteurs :

Marie MIZZI – Vice-Présidente en charge de la démographie de l'ANEMF
Paul FRAPPE de l'ISNAR – IMG
Dr Christine ROULLIERE- LE LIDEC – Economie de la Santé
Dr Patrick BOUET

DEDICACE

Sous l'impulsion de Jean-Claude SARREY, Conseiller National de Franche-Comté disparu le 14 mars. La commission « jeunes médecins » du Conseil National a travaillé pendant deux ans afin d'élaborer un rapport prospectif qui surprendra, explorant avec le contenu du métier, les études médicales et l'aménagement du territoire.

Jeté sur les problèmes d'exercice de la médecine au 21^{ème} siècle, le regard des médecins en devenir associé à celui de médecins en activité ou en fin d'activité était un défi proposé par le Dr SARREY et aujourd'hui réussi.

Je tiens ici à remercier l'ensemble des participants constitué des représentants des syndicats de jeunes professionnels, de l'association nationale des étudiants en médecine mais aussi de Conseillers Nationaux et de personnalités invités. Le travail fut régulier, riche et la présentation de ce rapport devant le Conseil National nous permettra de lancer la deuxième phase de travail commun.

INTRODUCTION

Parce que la profession est aujourd'hui en pleine évolution et que les réponses à apporter à ces questions doivent s'appuyer sur l'ensemble de la profession, le CNOM a mis en place une structure de concertation dite « Commission CNOM-jeunes médecins ».

Se réunissant régulièrement depuis deux ans, cette commission a voulu élaborer un document de synthèse de ses travaux. Ses conclusions indépendantes n'engagent qu'elle-même et aucunement les structures représentatives de la profession qui y ont travaillé.

Néanmoins, la commission a souhaité présenter au CNOM ses réflexions et ses propositions afin de contribuer au débat sur l'avenir de notre métier au travers du regard des générations montantes.

Trois chapitres ont été traités :

1. Les idées reçues : Quoi de plus simple en effet que de s'inscrire dans les idées reçues sans en faire une analyse tant sur l'engagement des jeunes professionnels que sur les notions de cadrage de l'activité et de coercition dans l'installation et la régulation des flux.
2. Pour une médecine de qualité : S'interroger sur la nature des études, les conditions d'accès aux études de médecine, réfléchir sur le contenu du métier, la formation médicale continue, les passerelles, les conditions d'exercice pour demain.
3. L'organisation des soins et la régulation des professionnels et de l'exercice.

L'ensemble de ces questions va être présenté et développé dans chacun des trois chapitres qui suivent.

SOMMAIRE

ANEMF – Mme Marie MIZZI

1- Idées reçues

- A. Sur l'engagement du jeune médecin.**
- B. Sur le cadrage de la profession, la coercition.**

ISNAR-IMG – M. Paul FRAPPE

2- Médecine de qualité :

- A. Formation initiale, études médicales**
- B. Formation au long de la vie professionnelle**
- C. Contenu du métier : référentiels métier / compétences / formations**
- D. Conditions d'exercice : évolutivité, modes d'exercice.**

Dr Christine ROULLIERE-LE LIDEC

3- Organisation des soins :

- A. Enjeux**
- B. Gestion régionale des ressources humaines**

CONCLUSION

1- COMBATTRE LES IDÉES REÇUES

A – Sur l’engagement des jeunes médecins

1. « Les jeunes médecins veulent tous s’installer dans le sud et fuient les campagnes »

Effectivement, on se trouve face à des problèmes certains de démographie médicale, qui font porter une responsabilité majeure aux futurs médecins : celle de l’équité d’accès au soin pour la population dans les années à venir.

Concernant la répartition sur le territoire, l’affectation des postes d’internes est un niveau de régulation, mais on s’aperçoit qu’il est moyennement efficace : les internes des villes du sud formés dans le nord retournent souvent exercer dans leur région d’origine.

La commission note donc qu’il serait plus judicieux de moduler le Numerus Clausus de PCEM 1 en fonction des besoins de santé de la population, et de le corrélérer avec la répartition des postes d’internes, afin d’éviter les mouvements massifs d’étudiants entre second et troisième cycle, mais ceci nécessite une définition précise de ces besoins, qui manque à l’heure actuelle.

Pour cela, des organes de pilotage clairement définis sont indispensables, et la commission s’accorde à dire que le niveau régional serait le mieux adapté pour une définition des besoins en corrélation avec les problématiques locales.

Concernant le choix, à l’intérieur d’une région, d’un exercice en milieu rural, la problématique est plus liée à l’aménagement du territoire. En effet, le jeune médecin est toujours amené à faire un choix entre vie personnelle et familiale et ses objectifs de carrière et d’exercice.

En effet, à la sortie de ses études, le jeune médecin a déjà très souvent une famille, et il choisira de s’installer préférentiellement dans un endroit où il pourra construire sa vie, avoir une école pour ses enfants, un travail pour son conjoint, etc.

2. « Les jeunes médecins ne veulent pas exercer la médecine générale »

Lorsque l’on interroge des étudiants en médecine, il est frappant de constater la méconnaissance de la réalité du cabinet médical qui amène à une représentation faussée de la médecine générale parmi les étudiants

La commission souligne que notre formation actuelle a lieu exclusivement au sein des CHU, alors même qu’il faudrait que les étudiants soient en contact précocement avec la médecine hors des murs de l’hôpital, pour découvrir toutes les modalités de l’exercice professionnel.

Ainsi, la mise en place effective du stage de second cycle en médecine générale, dans les textes depuis 1997 mais dont le décret d’application n’est paru que très récemment, permettra sans aucun doute une évolution majeure dans la vision de cette filière par les étudiants.

Le compagnonnage occupe une place privilégiée dans notre cursus, il sera particulièrement important en cabinet de médecine générale, et permettra aux étudiants d’apprendre une médecine différente, qui fait actuellement défaut dans nos études.

De plus, on ne peut faire un choix de spécialité que si l'on est réellement informé des conditions dans lesquelles on va être amené à l'exercer. Il faut donc apporter aux étudiants les moyens précoces d'orientation du choix, de façon à ce qu'il ne se fasse pas par l'échec mais corresponde à un réel projet construit pendant le second cycle.

Enfin, la possibilité offerte par la future filière de Médecine Générale de diversifier son exercice en faisant de l'enseignement, de la recherche, ou en encadrant les étudiants dans son cabinet est très stimulante pour les jeunes et verra ses premiers effets bénéfiques dans quelques années.

3. « La féminisation de la profession nuit à la démographie médicale »

Effectivement, la profession se féminise (plus de 60 % au sortir des ECN cette année sont des femmes) et les femmes travaillent en moyenne 4 à 6h de moins que les hommes par semaine. Une étude de Mme Kahn-Bensaude montre qu'elles ne s'arrêtent généralement que pour les congés maternité, et reprennent ensuite leur activité.

Mais ceci s'inscrit surtout dans des évolutions sociétales à prendre en compte : « **Les hommes se féminisent** ». En effet, les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer tout à fait comme leurs aînés, et le choix entre vie professionnelle et vie privée est considéré différemment. Limitation des temps de travail, société « des loisirs », évolutions sociologiques, touchent les professionnels de santé comme toutes les autres professions : le médecin n'est pas exclu de ces changements de modes de vie, et le cadre de son activité, de son exercice, ne doit pas resté figé mais doit pouvoir s'adapter à ces évolutions.

4. « Les jeunes médecins ne veulent plus assurer la Permanence des Soins »

Actuellement, la permanence des soins inquiète car dans un contexte de pénurie de médecins, les étudiants ont conscience du rôle qui va peser sur eux dans le futur.

Dans le même temps, la disponibilité d'un même médecin 24h/24 n'est plus de mise, et les jeunes médecins veulent travailler de façon « non esclavagiste » : une permanence des soins bien organisée les intéresse et le succès des maisons médicales de garde en est une preuve.

De plus, la sécurité des médecins est de plus en plus prise en compte par les jeunes médecins, et donc particulièrement les jeunes femmes médecins. La permanence des soins ne signifie plus « se rendre de nuit dans des lieux inconnus », la profession doit savoir trouver des solutions, avec les maisons médicales toujours ou d'autres types d'expérimentations (exemple en Saône-et-Loire où les Sapeurs-pompiers locaux accompagnent les médecins de garde pour les visites de nuit)

5. « Les jeunes médecins ne veulent plus s'installer »

Effectivement, la moyenne d'âge d'installation d'un médecin généraliste se situe autour de 35 ans, après quelques années de remplacement, et elle est de 39 ans pour les autres spécialités.

Face à ce constat, la commission déplore tout d'abord le manque crucial d'information des futurs praticiens par rapport à l'installation.

Il apparaît aujourd'hui la nécessité d'un guichet unique à l'installation, site plateforme dans lequel le jeune médecin ou jeune étudiant en médecine pourrait trouver toutes les informations

nécessaires. Ce rôle de guichet unique pourrait être joué par le Conseil National de l'Ordre, en optimisant ses moyens et en faisant intervenir l'ensemble de ses partenaires. Ce site pourrait ainsi dresser un panorama complet des diverses formes d'exercice et plus spécifiquement des conditions locales ou régionales, ainsi que toutes les démarches qu'un jeune médecin doit réaliser pour s'installer.

Les initiatives d'internes (exemple du forum d'aide à l'installation à St Etienne au mois de mai) qui regroupent de nombreux acteurs afin d'informer leurs confrères sur l'installation et ses modalités, doivent également être encouragées, voire étendues et pérennisées.

Au-delà du manque d'information, il est vrai qu'il existe des freins à l'installation :

- La méconnaissance des jeunes médecins dans le domaine de la gestion.
- L'augmentation majeure des tâches administratives.
- La peur de la solitude et de l'isolement intellectuel et personnel.
- La crainte des départs à la retraite massifs des médecins installés.

Les Maisons Médicales Pluridisciplinaires ou Maisons de Santé semblent offrir une bonne réponse à cette crise de l'installation, et permettent en même temps une amélioration de la coordination des soins en favorisant la complémentarité entre les acteurs.

Elles peuvent permettre dans certains cas la délégation de tâches de secrétariat, et donc intéressent beaucoup les étudiants.

La commission a également évoqué la possibilité de mutualisation des moyens administratifs et de personnel par le biais des supports de nouveaux systèmes d'information permettant de regrouper sur plusieurs professionnels la charge de personnel et la charge administrative.

Ce sont ainsi des incitations de fonctionnement et d'organisation qui aideront les jeunes médecins à passer le cap de l'installation, et non uniquement des incitations financières qui ne suffiront pas.

Pour lutter contre l'isolement des professionnels, la transversalité doit également être développée, par la création et la promotion des réseaux, pour permettre aux futurs médecins d'être regroupés dans un tissu collectif et non isolés dans un cabinet individuel.

6. « Les jeunes médecins veulent tous être salariés »

Selon une étude citée par le Dr Bouet, 70 % des jeunes médecins voudraient travailler de manière salariée.

Il est important de savoir dans quel contexte on se place. Si l'on inclut tous les modes d'exercice, alors effectivement, une grande partie des étudiants envisagent plus un exercice hospitalier (mais nous l'avons dit plus haut, c'est le seul type d'exercice que l'on côtoie pendant notre second cycle), qui est un exercice salarié.

Concernant la médecine non hospitalière, et en particulier la médecine générale, il est vrai que les jeunes médecins ne sont pas particulièrement attachés au paiement à l'acte comme seul type de rémunération. Ils sont assez ouverts à l'idée de modes de rémunération complémentaires tels que les forfaits, qui pourraient mieux couvrir différents rôles du médecin (notamment de prévention, mais aussi de coordination ou de travail en réseau, ou encore d'encadrement et de formation des étudiants)

Nous en reparlerons plus loin, mais la diversification des modes de rémunération doit s'accompagner d'une diversification des modes d'exercice, afin de permettre une meilleure flexibilité qui semble manquer à certains aspects de la profession.

B – Sur le cadrage de la profession et la coercition

1. « La coercition est le seul moyen efficace de régulation qu'il nous reste pour faire face à la mauvaise répartition des médecins sur le territoire »

La liberté d'installation est pour l'instant un dogme déontologique, mais elle répond surtout à un point de vue pratique et pragmatique : on voit bien dans les pays qui ont mis en place une coercition (nous avons cité la Belgique ou l'Allemagne) qu'elle n'est pas satisfaisante.

La commission s'accorde à dire que la contrainte aurait des effets négatifs, et qu'il vaut mieux un travail d'incitation structurel, organisationnel, professionnel.

En effet, on n'a pas encore utilisé toutes les ressources dont nous disposons en terme d'incitation.

Premièrement : la nécessité d'une information accrue, dès le début des études médicales et jusqu'à la sortie du cursus, portant sur l'installation, sur l'exercice en milieu libéral, ainsi que sur les régions déficitaires et les aides financières ou organisationnelles qui existent.

Une telle information doit être tout à fait intégrée à nos études, étalée dans le temps, à travers un programme pédagogique cohérent, des stages en milieu ambulatoire ou en périphérie, ou encore des interventions de personnels extérieurs à la faculté dans nos amphithéâtres.

L'étudiant doit être accompagné dans ses études, pour « **apprendre à être médecin, et non apprendre de la médecine** ».

Cette information doit être en interaction avec les mesures incitatives existantes et à venir, par exemple les bourses accordées aux étudiants par les régions en échange d'une promesse d'exercice pendant un temps donné dans une zone déficitaire.

Ces aides incitatives ne doivent pas seulement être financières mais aussi organisationnelles comme nous l'avons fait remarquer plus tôt en parlant de l'aménagement du territoire.

2. « Le médecin doit exercer uniquement dans le domaine pour lequel il s'est destiné, on éviterait ainsi que les médecins généralistes exercent autre chose que du soin de premier recours. »

Effectivement, la multiplicité des DESC, DU, DIU, persistance des capacités (ainsi que les MEP) rendent très difficile l'appréciation du nombre exact de l'offre de soins sur le territoire.

La commission s'accorde cependant à dire qu'on ne peut plus considérer qu'il y a un métier unique pour toute la vie. La longueur prévisible de l'exercice de la médecine fera que les professionnels souhaiteront, au cours de cet exercice, pouvoir changer ou modifier leur activité. Il est donc nécessaire de réfléchir à la mise en place de passerelles permettant aux futurs professionnels de faire évoluer leur carrière, **de sortir de la fixité des statuts**.

Le passage d'un statut à un autre ou d'une qualification à une autre doit être possible, dans des conditions optimisées, et sans que cela ne porte préjudice ni au professionnel, **ni à la démographie médicale.**

Nous en avons parlé précédemment : les jeunes médecins demandent de la flexibilité, de la diversification, du décloisonnement. La commission recommande ainsi la souplesse de l'exercice acquise par les modifications du code de déontologie : statut de collaborateur salarié, collaborateur libéral et exercice décentré d'un cabinet unique multi-sites, permettent de concilier la notion de regroupement de professionnels et une réponse en partie aux problèmes de démographie médicale.

En conclusion

Enfin, pour conclure cette première partie, nous pouvons dire que les jeunes médecins – et les futurs médecins – ont conscience des responsabilités qu'ils ont et qu'ils auront demain, et sont prêts à les assumer si on leur en donne les moyens. Avec l'amélioration continue de la formation, de l'information, et une organisation du travail plus adaptée à la manière dont nous souhaitons exercer la médecine, nul doute que les jeunes et futurs médecins auront à cœur d'exercer au mieux leur profession.

2- MÉDECINE DE QUALITÉ

La qualité de l'exercice médical résulte de l'acquisition de compétences multiples, mettant en jeu aussi bien les formations existantes que le référentiel contenu du métier et les conditions concrètes dans lesquelles il s'adapte.

A - Formation initiale

1 - Une pédagogie à redéfinir

- Force est de constater que **les études médicales enseignent plus la science médicale que le futur exercice de médecin**. Loin des lumières séduisantes de la Science, de nombreux aspects pratiques, concrets et humains sont oubliés des programmes, nécessitant une véritable période d'adaptation lors des débuts professionnels (en témoignent pour la médecine générale les nombreuses années de remplacement avant l'installation), et sclérosant les formes d'exercice, faute d'une sensibilisation et d'une information précoce et transversale sur le métier. Le médecin doit être formé à ses divers rôles médicaux, sociaux, psychologiques, de prévention et d'auxiliaire institutionnel, en particulier, en revenant à la base qu'est la formation au lit du malade, dès la deuxième année des études médicales.
- Parallèlement, au sein d'un cursus particulièrement long où les connaissances théoriques et techniques ont la part belle, dans un contexte concurrentiel créé par deux grands concours, la pédagogie s'est retranchée à l'intérieur de frontières restreintes inhibitrices, oubliant voire rejetant tout esprit d'initiative. Le médecin exerce pourtant dans un environnement nécessitant des connaissances spécifiques, et doit y faire preuve de capacité de décision et d'adaptation. La pédagogie des études médicales se doit de **réintégrer les projets personnalisés sortant de l'environnement universitaire**.

2 - Encourager mobilité et initiative

- En premier lieu, il convient d'utiliser à bon escient le cadre pédagogique existant. Ainsi, en médecine générale, le **6^{ème} semestre** doit être réhabilité à sa juste valeur. En effet, il offre la possibilité à l'interne, une fois sa maquette réalisée, de cibler son apprentissage selon ses aspirations personnelles.
- Le système des « **internes sac à dos** » constitue une approche intéressante. Le budget de ces nouveaux postes d'internes est alloué via les DRASS, de façon complètement indépendante de l'enveloppe donnée jusqu'ici aux CHU. L'objectif est de dissocier le besoin hospitalier en personnel de la nécessité de formation des internes. Ainsi est supprimé le frein que subissaient ces derniers s'ils souhaitaient effectuer des stages extra-hospitaliers (comme par exemple en structure privée). Autre avantage, l'ouverture à ces nouveaux terrains de stages détend les problématiques parfois épineuses de validation des maquettes. Mais l'esprit de ces postes est avant tout de permettre aux étudiants d'effectuer leur projet personnel en leur donnant un financement indépendant. Plus avant, on pourrait dès lors réfléchir à des postes d'externes sac à dos.

- Car l'externat est une période clé des études, celle où naissent et se confirment les aspirations professionnelles, en parallèle de l'acquisition du socle des compétences médicales, sanctionnée par un choix crucial aux répercussions profondes, véritable choix de vie à long terme. Il apparaît difficile de prendre une décision éclairée, alors que **les externes n'ont toujours pas ou très peu accès aux stages en hôpitaux périphériques.**

3 - S'ouvrir à l'ambulatoire

- La majorité des médecins, toutes spécialités confondues, exerce hors des CHU, principalement en CHG ou en ambulatoire. Or la quasi totalité des stages de l'externat et de l'internat se déroulent dans ces structures hospitalo-universitaires. Il n'est plus besoin de démontrer les différences de moyens et de pratiques qui les séparent. Les jeunes, à l'intérieur de la faculté, ne connaissent rien de la réalité du cabinet médical. La formation initiale doit donc **sortir des CHU**. C'est la clé de la réhabilitation de certains exercices délaissés, comme la médecine générale libérale, coupant court à tous les fantasmes interférant dans le choix professionnel (L'ANEMF a noté en 2006 que la très grande majorité des externes qui effectuent un stage chez le généraliste avaient ensuite envie de devenir médecin généraliste.). Le développement de ces stages ne retirera pas non plus ses spécificités au CHU et l'attrait qui en résulte.
- Plusieurs pistes de terrains de stages ambulatoires peuvent être développées :

Les **SUMGA**, Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoire, permettent de rassembler dans un même espace externe, interne, chef de clinique, remplaçant et enseignant clinicien ambulatoire, créant ainsi un véritable pôle de pédagogie théorico-clinique et de recherche.

Les **SASPAS**, Stages Ambulatoires de Soins Primaires en Autonomie Supervisée, déjà en vigueur mais trop peu et parfois mal utilisés, car pris pour des remplacements déguisés, permettent en fait d'effectuer un second stage en ambulatoire, véritable tremplin vers l'exercice futur, tout en gardant un apport pédagogique précieux.

L'**ensemble des stages**, notamment en structure privée, rendus envisageables depuis l'apparition des postes **sac à dos**.

- Cette ouverture à l'ambulatoire soulève cependant une difficulté nouvelle ; celle de la distance. Comment aller découvrir un milieu rural à 150km de son logement ? La généralisation d'aides financière et /ou matérielles à cet effet paraît nécessaire.

4 - Une formation à la diversité de l'exercice

- L'ouverture à l'ambulatoire est aussi l'occasion de découvrir les différents cadres d'installation, comme les **maisons de santé**, ou encore l'**exercice mixte**. Externaliser les études professionnelles, c'est permettre à l'étudiant d'accéder à tous les modes d'exercice. On peut même imaginer des **stages coordonnés** dans lesquels tous ces modes d'exercice leur seraient présentés.

5 - Une formation civique

- Dans le débat actuel sur l'incitation/coercition à l'installation a été oubliée la formation de l'interne, qui doit développer une véritable **sensibilisation au devoir sociétal**. Ainsi, outre la découverte de l'ambulatoire et des différentes possibilités d'installation, cela passe par l'information de l'interne sur les besoins réels des collectivités, par des bourses basées sur une contractualisation avec celles-ci, mais aussi par une découverte encadrée, pendant le cursus universitaire, des devoirs du médecins, comme la **permanence des soins ambulatoire**. Le médecin de demain n'est pas anti-social : il suit les mêmes aspirations que le reste de sa génération, et a la même satisfaction, profondément humaine, de savoir son travail utile au bien commun.

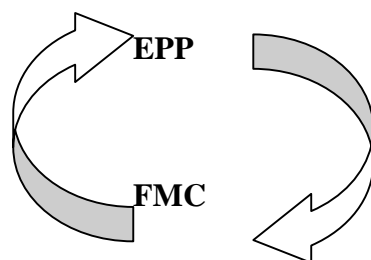
6 - Une reconnaissance universitaire égalitaire

- L'égalité entre toutes les spécialités est l'objectif de l'actuelle création de la **Filière Universitaire de Médecine Générale**. Tout l'enjeu est maintenant dans sa viabilité, avec l'attribution des **moyens** nécessaires pour l'enseignement professionnel et les problèmes de **statuts des maîtres de stage**.

B - Formation au long de la vie professionnelle

1 - Formation médicale Continue (FMC) et Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

- Quel est leur esprit ? Beaucoup semblent l'entendre comme une énième formation scientifique, alors que tout l'intérêt de celles-ci est dans le partage et **l'optimisation des compétences, et non dans la superposition d'acquisitions nouvelles**. La compétence d'expertise reconnue au médecin passe par la remise à niveau constante par la FMC. On peut schématiser cela au travers d'un cycle, où l'EPP révèle les zones de faiblesse dans le champ de la spécialité du médecin, puis est suivie d'une FMC remettant à niveau ces compétences soulignées, elle-même suivie d'une nouvelle EPP, et ainsi de suite.



2 - Formations complémentaires

- Les DU, DIU et autres diplômes complémentaires sont multiples et peuvent amener, par leur délivrance, un professionnel qualifié à **réduire de plus en plus son mode d'activité antérieur**, et par là même à ne plus remplir la dimension de qualification initiale.
- De plus, la loi de l'offre et la demande peut aujourd'hui amener deux professionnels de **diplômes différents non équivalents** exactement au même exercice.
- Sur ces deux points, loin de prôner une restriction de ces formations complémentaires qui permettent d'adapter son exercice, l'Ordre des Médecins n'en a pas moins une responsabilité de garantie en **recadrant les compétences obtenues**.

3 - Formation et droit au titre

- La garantie des compétences du médecin en exercice passe par une information claire des patients, au travers du **respect rigoureux du droit au titre**. La transparence de l'information notamment sur la plaque reste une des missions de l'Ordre des Médecins.
- Cela suppose une **définition réglementaire préalable des compétences** de chaque diplôme et chaque spécialité médicale, de façon à ce que des professionnels formés exercent bien dans le cadre de la formation qu'ils ont reçue.
- Le médecin y trouvera la réponse à son besoin d'un **balisage clair de ses responsabilités**.

C - Contenu du métier

1 - Un socle commun à tous les médecins

- Le noyau dur du métier de médecin comprend la **compétence technique d'expert diagnostique et thérapeutique**, compétence constamment mise à niveau et adaptée à la nature et à la demande du patient.
- Mais ce socle ne s'arrête pas là. Ainsi, l'irremplaçable **colloque singulier** fait appel à une compétence de **médiateur** entre la demande du patient et l'environnement social et technico-économique.
- L'**information** occupe aussi une place clé, que ce soit dans l'éducation du patient, comme dans le devoir du médecin de rester constamment informé des données de la science.
- Toutes ces compétences sont en perpétuelle **évolution**, parallèlement à l'évolution sociétale. Ainsi, elles se sont **diversifiées** dans l'exercice actuel, incluant de véritables connaissances économiques, juridiques, comptables, informatiques, assurantielles, ou

encore de gestion du personnel. Il y aura demain des compétences que nous ne connaissons pas.

2 - Une adaptation de chaque spécialité aux besoins du patient

- La **spécificité des compétences** de chaque spécialité provient aussi bien du recrutement de la patientèle que des structures, des moyens disponibles et de la possibilité de suivi du patient.
- On peut par exemple distinguer les **soins primaires et de premiers recours**, où le médecin assure un rôle aussi bien médical que social, psychologique, de prévention (consubstantielle à l'acte curatif), et d'auxiliaire institutionnel. Il est interface avec les multiples acteurs, coordonnateur de leurs actions, et doit savoir s'extirper de la vision hiérarchisée et des réseaux par pathologie pour centrer le réseau sur le binôme initial médecin-patient.

3 - Interrelations

Entre généralistes et autres spécialistes

- Pour que le généraliste ne soit pas transformé en *officier de santé* par rapport aux autres spécialistes, mais aussi pour qu'il sache se poser la bonne question de **passer la main au bon moment**, ne se considérant pas comme bon à tout faire, il est primordial de définir au plus juste les compétences de chacun.
- Cette définition des attributions de chacun permettra de ne pas mettre en concurrence généralistes et autres spécialistes, permettant au patient d'aller de l'un à l'autre dans un vrai **continuum**.

4 - Interstructures

- De même, il apparaît nécessaire de mieux cordonner médecine de **ville et hôpital**. Le généraliste n'exerce plus en acteur isolé. Il doit être **intégré dans un système organisationnel** clair. De façon complémentaire, il est important d'informer clairement la population sur les divers compartiments d'exercice professionnel. Si l'on prend l'exemple de l'obstétrique, la future mère doit pouvoir connaître le service où elle va accoucher tout en étant suivie par un généraliste ou un gynécologue de ville.

D - Conditions d'exercice

1 - Evolution de l'état d'esprit sociétal

- Les jeunes médecins sont (heureusement) à la recherche d'un équilibre harmonieux entre vie professionnelle, vie personnelle et vie familiale. Ils sont à la recherche d'une **sécurité** (d'où l'attrait pour certains du salariat) dans un contexte où **l'activité à l'acte peut avoir un effet véritablement anxiogène**, et où le rôle de **prévention et de coordination est peu reconnu** (par la convention).

- Plutôt qu'une inconscience civique, la **permanence des soins**, mal-aimée, révèle que les généralistes ne veulent pas être corvéables à merci.
- Géographiquement, les médecins suivent les **mouvements de population**, traduisant la peur ambiante de l'isolement rural, mais aussi de l'insécurité des banlieues toutes aussi désertifiées. La modification de ces répartitions, notamment dans les banlieues, pose la question de l'établissement d'un possible **communautarisme médical**. Reste un **facteur à la fois limitant et favorisant** de ces migrations : le médecin s'installe naturellement là où il y a des besoins, de la demande, là où il pourra faire vivre sa famille en utilisant les différents services qui lui sont nécessaires pour sa vie personnelle et là où son conjoint pourra également trouver un emploi.

2 - Evolution des exercices

- Devant la longueur prévisible de l'exercice futur, il convient de délaissé l'idée du métier unique pour toute la vie, et de permettre une flexibilité de son activité par la création de **passerelles**.
- **Le changement de statut ne doit pas porter préjudice**. Une certaine souplesse de l'exercice a été apportée par les modifications récentes du code de déontologie, avec les statuts de **collaborateur libéral, salarié, et l'exercice en cabinet multisite**. Mais certains problèmes sont apparus, comme l'impossibilité pour le collaborateur salarié de revendre sa clientèle à celui qui l'a recruté.
- De nombreux modes d'exercice atypiques apparaissent, nécessitant une information et une coordination bien menée. Ainsi, les **maisons de santé**, si elles existent déjà depuis une dizaine d'année (suite à la promotion de la médecine de groupe il y a 30 ans), ne fonctionnent pas toujours, et donnent parfois lieu à des aberrations (comme l'installation de deux maisons à quelques kilomètres l'une de l'autre). Elles doivent être un vrai projet de santé publique, porté par les médecins, et correspondre à un vrai besoin de la population, en coordination avec tous les partenaires (Ordre des médecins, ARH, etc.). La volonté d'un maire ou d'une collectivité locale ne suffit pas.

3- Réseaux

- Ce n'est plus aujourd'hui le médecin qui se déplace auprès de la population, mais des centres regroupés d'activités médicales pluridisciplinaires vers lesquels **la population se déplace**.
- Et s'il convient de renforcer le **lien ville-hôpital**, il faut plus globalement renforcer **la transversalité** entre les divers acteurs de santé et le regroupement de professionnels, au-delà de la dimension de réseau, physique ou virtuel. De vraies mesures sont à entreprendre pour aider le spécialiste à venir en maison de santé, en le coordonnant avec l'activité médicale pré existante (car actuellement s'il s'y met, il risque de détourner la patientèle de ses collègues spécialistes, en étant l'interlocuteur privilégié des autres médecins de la structure).

En conclusion :

- Les préoccupations actuelles des médecins tiennent dans le maintien de la **diversité** des exercices et des rémunérations, ainsi que dans **l'organisation claire** de leur métier et de leurs compétences, intégrant **l'évolutivité** de leur exercice.

3 - ORGANISATION DES SOINS

A - Enjeux

L'organisation des soins suppose de réfléchir tant aux professionnels qu'aux structures dans lesquels ces soins sont prodigués, dans un environnement complexe et contraint.

Complexe par une évolution des comportements portant tant sur l'offre de soin que sur la demande. Comme il a été souligné dans les parties précédentes, les aspirations des nouvelles générations de médecins sont orientées vers des regroupements, et des rémunérations mixtes. La demande de soin se situe de plus en plus avec une obligation de résultats plus de moyen, et dans une immédiateté en tout point du territoire.

Or le contexte est doublement contraint, contraint sur le plan économique par un déséquilibre des comptes sociaux, ce qui implique une gestion « optimale » des deniers publics afin de limiter l'accroissement du déficit et de permettre la soutenabilité du système de protection sociale, et contraint sur le plan démographique avec une pénurie de professionnels accompagnée d'une répartition très hétérogène sur le territoire.

Dans un contexte de ressources rares, développer une dynamique de redéploiement des médecins, garantir un accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire, et décloisonner les métiers et les acteurs au sein de la région, échelon pertinent de régulation et d'intervention, constituent des enjeux majeurs pour le système de santé.

Ces enjeux supposent

- Une gestion régionalisée des ressources humaines afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la santé.
- Une réflexion sur le contour des métiers en recentrant l'activité sur le temps consacré à l'acte soignant, qu'il soit préventif et/ou curatif, et non sur des tâches administratives.
- Un circuit d'information simplifié pour les professionnels (guichet unique).
- Une convergence des statuts et des rémunérations.

B - Gestion régionale des ressources humaines

1 - Régionalisation de la décision

Tout d'abord, la commission s'accorde pour définir comme **unité de pertinence de régulation la région**. La commission souhaite que cette dimension régionale bénéficie d'un pilotage clair, sous l'autorité de l'Etat, dans lequel l'ensemble des partenaires afférents dans l'aménagement du territoire, puisse avoir une place équitable. Il convient donc, qu'à la fois, l'Etat ordonnateur de l'aménagement du territoire, les financeurs, les professionnels de santé, et pas seulement les médecins, les responsables des collectivités locales, territoriales, puissent être réunis pour une définition des objectifs communs.

La commission souhaite que l'ensemble des professionnels de santé soit représenté et qu'au sein de la représentation médicale, les universitaires, l'Ordre des médecins, les structures représentatives professionnelles et les étudiants puissent être présents afin de débattre au sein du comité de pilotage régional.

Cette dimension régionale de la régulation des professionnels **rend nécessaire une réflexion en amont et en aval de l'examen national classant afin d'ajuster l'offre de soin à la demande**. La nécessité de ce processus est avancée lorsque l'on observe les résultats de la répartition des postes, à la fois :

- en matière qualitative : la médecine générale toujours défavorisée,
- en matière géographique : les tendances des années précédentes sont confirmées, soit l'héliotropisme avec la persistance de régions défavorisées comme le Nord, la Picardie, le Centre de la France.

La création des Agences Régionales de Santé représente une impérieuse nécessité pour la commission afin de coordonner l'ensemble des professionnels de santé dépassant ainsi les clivages entre « l'hôpital et la ville », et de permettre une gestion harmonieuse et rationnelle de l'offre de soin.

S'agissant de la régulation de l'activité des professionnels et de leur installation, la commission tient tout d'abord à rappeler que **la régulation doit être de nature professionnelle** mais que celle-ci ne peut pas être faite par les seuls professionnels et qu'il appartient donc au Comité Régional de pilotage de définir l'ensemble des processus. Cette structure régionale de pilotage doit comporter les représentants des professionnels de santé, les étudiants des professions de santé, des patients, des collectivités territoriales ainsi que les agences régionales d'hospitalisation (dans le futur, les agences régionales de santé) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie.

Cette régulation a un point de départ obligatoire qui se situe bien avant l'obtention du diplôme. La commission **souligne qu'il ne peut y avoir de régulation sans information**. Information des lycées, des étudiants en médecine, information des internes en médecine.

La commission souhaite qu'une réelle gestion des effectifs soit mise en place à la fois au niveau des études médicales et au niveau des définitions claires des besoins de la population et des besoins en professionnels

En effet, le dogme déontologique de **la liberté d'installation** est opposable à **l'équité de l'accès aux soins** dans un territoire donné. Il s'agit de se poser la question de la liberté d'installation, de la réglementation administrative à l'installation, de la réglementation conventionnelle, du passage par un mode d'activité temporaire à une activité définitive.

Sur cette délicate question, il est préférable d'avoir une approche plutôt pragmatique que dogmatique. Il s'agit de parler de la répartition des nombres d'interne en fonction des **besoins de la population**. Mais le choix des médecins pour leur installation tient compte également de l'environnement structurel et donc s'intègre dans le maillage territorial.

Ainsi ces trois notions apparemment « opposées » : liberté d'installation, équité de l'accès aux soins, aménagement du territoire, trouvent leur cohérence dans le projet médical de territoire élaboré dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

2 - La contractualisation apparaît donc un espace raisonnable d'engagement bilatéral répondant à des objectifs « de santé publique» sur le territoire.

Nous sommes dans une logique de contractualisation entre des médecins (étudiants, jeunes professionnels) et les régions en recherche de professionnels.

Cette contractualisation, dont le contenu est à définir, porterait sur des aides financières au cours des études ou lors de l'installation, sur un accompagnement de la vie professionnelle, avec notamment des passerelles entre disciplines et modalités d'exercice, et une formation médicale continue adaptée.

Il paraît indispensable, dans une politique d'aménagement du territoire, de faire répondre la démographie qualitative, quantitative et géographique aux besoins de soins objectivés et non pas aux demandes exprimées de soins, par différentes actions autour de trois moments clefs :

- Avant l'entrée en carrière, par le développement de bourses d'études basées sur une contractualisation entre l'étudiant et les collectivités territoriales, avec pour corollaire l'accomplissement d'un temps d'exercice minimum sur le territoire de la collectivité qui l'a financée dans ses études.

- Lors de l'installation, par trois axes majeurs :
 - ☞ Eviter l'isolement du praticien.
 - ☞ Mettre en place un mécanisme d'incitation conventionnelle qui consiste à promouvoir des majorations de nomenclatures dans des zones défavorisées
 - ☞ Accompagner le professionnel tout au long de son exercice

- Enfin, l'ensemble de ces incitations et de ces mesures ne saurait être prises sans qu'une réflexion globale ne se développe sur les besoins en santé. Il convient, en effet, de définir avec précision quelle doit être la pénétration du monde médical dans un bassin de population. On gardera en mémoire la surprenante pétition faite par les maires des collectivités locales de Poitou-Charentes dans laquelle quelle que soit la taille de la collectivité locale, les maires de celles-ci réclamaient la présence d'un

médecin. Il faut aujourd'hui savoir si le médecin doit se déplacer auprès de la population ou s'il convient de créer des centres regroupés d'activités médicales pluridisciplinaires vers lesquels la population se déplacerait et donner à celle-ci les moyens de se déplacer.

La démarche d'identification des besoins de santé pour déterminer l'offre de soins relative aux professionnels de santé pourrait s'appuyer sur celle utilisée par les agences régionales d'hospitalisation dans l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération. Ce processus suppose une large concertation des différents acteurs concernés dans des territoires de santé. La fixation d'objectifs quantifiés établis dans les SROS pourrait être reprise dans ce mécanisme en introduisant un volet qualitatif.

3 - Sensibiliser l'étudiant en médecine aux réalités du métier dans une région donnée

Découvrir les différentes facettes du métier de médecin au cours des études afin de choisir avec le plus d'option possible, son futur mode d'exercice professionnel, représente une priorité des jeunes confrères. D'après l'ANEMF, une forte **demande d'information** est perçue pour des stages en médecine générale, de stages en milieu extra-hospitalier.

La commission souligne l'importance de mettre en action les décrets permettant aux étudiants en médecine du second cycle de faire leurs stages à l'extérieur de l'établissement hospitalier.

En parallèle de cette information sur les possibilités d'exercice de la profession, la nécessité de construire une communication adaptée sur le métier de médecin est développée. La mise en place d'une véritable démarche de communication sur les professions de santé pourrait être étudiée afin de promouvoir les différents aspects du métier de médecin.

4 - Guichet régional unique à l'installation

Si la régulation nécessite l'information de l'ensemble des étudiants en médecine, la commission souligne qu'elle nécessite également l'existence d'un guichet unique en matière d'installation médicale. A ce stade, l'Ordre des médecins apparaît comme l'élément fédérateur pouvant être ce guichet unique à l'échelon régional.

L'Ordre des médecins peut, par ses capacités propres et ses missions, apporter à l'ensemble des jeunes étudiants l'ensemble des informations nécessaires pour évoluer vers un choix raisonné, à partir des informations issues de la concertation entre les différents partenaires.

Afin que le médecin puisse remplir son rôle d'organisateur et de distributeur de soins mais également assumer un rôle de régulateur des coûts pour la société, il doit pouvoir disposer d'éléments explicatifs clairs.

L'Information sur les conditions de travail et d'exercice ainsi que sur toutes les démarches à effectuer pourrait être délivrée par un interlocuteur unique. Un guichet unique à l'installation pourrait réunir les différents aspects juridiques, fiscaux, conventionnels. Cette structure constituerait une plateforme d'information consultable à cette étape clef de la vie professionnelle mais également lors des modifications liées aux modalités d'exercice tout au long de la vie professionnelle.

5 - Définir les missions des professionnels en lien avec la demande de soins

Les missions des professionnels de santé évoluent, et le contour des métiers tend à évoluer également, pour intégrer les contraintes liées à la démographie médicale. Ainsi une redéfinition du contenu professionnel se dessine avec ce qui pourrait être effectué par d'autres professionnels.

Deux notions ont été soulignées dans la partie 2 :

- d'une part le souhait de recentrer le temps médical sur des actes directement en lien avec son activité, et non sur des tâches administratives,
- d'autre part, de développer une dynamique d'innovation concernant les aménagements liés aux modalités d'exercice.

La délégation de tâche est développée avec la réaffirmation d'un principe : le médecin est l'interlocuteur professionnel pivot. Il ne pourra parfaire ses compétences qu'en déléguant différents aspects de son activité, citons quelques exemples : les tâches administratives, les tâches d'exécution thérapeutique, et de technique d'investigation diagnostique, le suivi des pathologies chroniques, et les examens de prévention

Cette démarche doit s'effectuer avec des études d'impact sur les professionnels « récepteurs » de cette délégation. Ceux-ci doivent trouver un intérêt dans cette délégation. En effet, cette nouvelle activité doit être enseignée et valorisée sur le plan universitaire. Elle doit être rémunérée et encadrée sur le plan juridique.

La réflexion se poursuit avec l'élaboration de nouveaux métiers. Par ailleurs les conséquences de ces délégations de tâches sur les professionnels « délégués » doivent être analysées, ceux-ci ayant leurs propres contraintes et leurs propres missions au sein d'une filière de soin.

6 - Convergence des statuts et des rémunérations

Le débat se poursuit ensuite en abordant la convergence des statuts, le conventionnement et le problème de rémunération des professionnels, les diverses possibilités pour les professionnels de s'insérer au niveau des activités salariées hospitalières, non hospitalières et des divers métiers proposés dans le cadre de cette activité salariée.

La convergence des statuts constitue une demande forte. Les jeunes professionnels s'avèrent en effet inquiets des diverses modalités de rémunération des praticiens et de l'inégalité de ces rémunérations, des avantages supposés de tel type de statut ou de tel type d'activité et souhaiteraient une mise à plat de l'ensemble de ces différences de façon à créer des dimensions de rémunérations égalitaires. Ils conçoivent de façon très claire des modes de rémunération nouveaux ou complémentaires liés aux diverses missions remplies par les professionnels médecins, venant s'ajouter à la rémunération à l'acte.

Ces jeunes professionnels n'envisagent pas d'exercer la médecine dans un seul cadre et ils conçoivent très aisément d'être à la fois, pour une partie de leur temps en activité libérale et, pour une autre partie de leur temps, en activité salariée ou hospitalière. Ceci leur apparaît

même un critère fondamental de compétence, avec l'existence de passerelle tout au long de la vie professionnelle.

7 - Région et Europe - un benchmarking utile

Dans un contexte de libre circulation des professionnels de santé, la dimension européenne doit également être prise en compte dans l'adaptation de l'offre de soin à la demande, en particulier dans les zones transfrontalières. L'Europe des Régions donnera des espaces de dynamisme et d'innovation afin de retenir le « meilleur » des différents modes d'organisation analysés, ceci constituant une démarche de benchmarking.

CONCLUSION

On le voit donc au terme du travail de la commission, la régulation de la profession médicale doit être pluri-focale :

- Elle doit être pilotée par l'état au niveau régional, avec la participation des financeurs, des professionnels, des collectivités et des usagers.
- Elle doit se mettre en place bien avant l'installation du professionnel par une pénétration de l'information dans le cursus lycéen, le cursus universitaire.
- Elle ne peut être basée sur la contrainte réglementaire ou administrative qui apparaît comme dissuasive, elle nécessite une gestion optimisée de la capacité de contractualiser avec des étudiants, de la gestion des remplacements qui pourrait être un outil de contrainte positive.
- Elle repose sur une incitation organisationnelle et structurelle qui permet au professionnel, quel que soit son lieu d'installation, de travailler en coopération avec le monde médical et paramédical qui l'entoure et de ne pas être isolé.
- Elle repose sur une information de la population en matière de bon usage des soins, sur des mesures d'aide à l'installation ponctuelle mais surtout sur des mesures d'accompagnement de l'exercice qui permettent une modulation des revenus en fonction, non pas de la seule activité mais des conditions dans lesquelles l'activité se déroule.

La formation des étudiants doit incorporer au-delà du cursus professionnel des notions citoyennes dans lesquelles les choix puissent être faits de façon claire et argumentée.

Un guichet unique d'information et d'aide doit être mis en place permettant à ces jeunes futurs professionnels d'obtenir l'ensemble des éléments nécessaires à leur choix. Cette information et cette aide doivent être indépendantes des universités, des hôpitaux et du ou des financeur(s).

Enfin, il faut prendre conscience aujourd'hui qu'un jeune professionnel qui s'installe n'a pas un objectif de carrière unique et que pour permettre ses passages d'un type d'activité à un autre type d'activité, il est important de réfléchir d'ores et déjà à une équivalence des statuts qui permette à ce professionnel de ne pas être pénalisé quant à l'ensemble des systèmes de cotisations obligatoires dans lequel il a à évoluer et qui doivent lui permettre d'obtenir une équivalence de droits.

Ainsi la commission veut mettre en avant un certain nombre de propositions qui sont autant de pistes de réflexion pour les travaux à venir.

A) Sur la formation initiale

- Préparer les lycéens au choix de leur futur métier par une information claire et objective préalable aux examens de fin de secondaire.
- Donner aux études médicales un caractère véritable d'études professionnelles avec :

- Enseignement pluridisciplinaire (médical, bien sur, mais aussi de sciences humaines, sociales, de santé publique, civique, juridique et administratif).
- Mettre en place des stages (formateurs) professionnels précoces externalisés du circuit des Centres hospitaliers universitaires ou régionaux.
- Favoriser et promouvoir les systèmes dit d'internes « sac à dos » voir d'externes de même concept permettant une formation orientée vers l'exercice souhaité par le futur professionnel.
- Maintien d'un examen national classant.
- Régionalisation de la régulation des postes d'internes.
 - en aval, par définition des besoins en matière de santé sur l'ensemble de la région et de la répartition de la réponse globale dans la dite région. Il ne s'agit pas de répondre aux besoins en postes d'internes dans l'hôpital mais bien de garantir l'accès aux soins dans la région.
 - en amont, par la création d'une véritable commission régionale de pilotage incluant l'ensemble des professionnels, les acteurs institutionnels, les décideurs et les formateurs, sous l'autorité de l'Etat chargé notamment de l'information objective sur l'exercice dans la région permettant une contractualisation entre l'étudiant et la région.
- Création d'un guichet unique régional à l'installation dans la région sur tous les types d'exercice, assuré par l'Ordre des Médecins.

B) La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

- Cette formation ne doit pas avoir pour objectif d'empiler les connaissances mais de favoriser l'optimisation des compétences par l'acquisition de connaissances et savoir-faire nouveaux.
- Il doit y avoir un couple équilibré entre l'EPP permettant au praticien de repérer des difficultés et la FMC permettant d'y remédier.
- La formation complémentaire acquise notamment par les DU, DIU, etc... répond à un autre objectif de formation. Il doit y avoir un cadrage clair des compétences acquises par l'Ordre.

C) L'installation

- Contractualiser durant les études médicales
- Privilégier les incitations conventionnelles à l'exercice, plutôt que les aides financières à l'installation, aujourd'hui existantes et insuffisantes car se limitant au début de carrière.
- Diversifier des modes rémunérateurs
- Informer par un guichet unique
- Créer un comité régional de pilotage

D) L'exercice

- Politique d'aide à l'exercice
- Politique de regroupement des professionnels
- Mixité des modes d'exercice
- Equivalence des statuts
- Intégration des professionnels dans une organisation ville/hôpital équilibrée et complémentaire

- Réelle politique de délégation de tâches vers d'autres professions soit administratives, soit médicales
- Ré-orientation de la politique des réseaux vers de véritables réseaux de professionnels de santé plus que ville / hôpital à sens unique.

Croire en la conviction et en la force de nos jeunes confrères et des étudiants en formation est une absolue nécessité.

Se convaincre que nous ne pouvons travailler sans eux car nous préparons aujourd'hui notre exercice de demain.

Respecter leurs aspirations, orienter leur métier vers les besoins de santé publique et l'équité d'accès aux soins est notre responsabilité.

Nous nous devons d'avoir présent à l'esprit, dans tous nos combats, ces trois exigences, réalités de la jeunesse et du renouvellement des générations car nos futurs collègues démontrent bien qu'il s'agit là d'assurer pour demain **accès aux soins, qualité de la médecine et qualité de vie.**