



Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ANEMF c/o FAGE - 5 rue Frédérick Lemaître - 75020 Paris

Téléphone : 01 40 33 70 72 - Fax : 01 40 33 70 71

www.anemf.org - contact@anemf.org

Dossier de Presse

Plan Démographie Médicale

Les 10 Propositions de l'ANEMF en matière de Démographie Médicale

Association à but non lucratif selon la loi de 1901, créée en 1965.
Organisation de représentation selon l'article 81 I-3 du code de l'éducation.
Représentée au CNESER et au CNOUS. Nommée à la CPNES et à la CNIPI.
Membre de la FAGE et de l'IFMSA.

Sommaire

PRESENTATION DE L'ANEMF	2
INTRODUCTION	3
MESURES PALLIATIVES ET TRANSITOIRES	5
1. LA MEDECINE DELOCALISEE	5
2. LE CONTRAT D'INCITATION SENIOR A L'EXERCICE LIBERAL (CISEL)	6
MESURES STRUCTURELLES	7
3. L'ALLEGEMENT DES FORMALITES ADMINISTRATIVES POUR LES PRATICIENS	7
4. LA CREATION D'UN BUREAU DE COORDINATION REGIONALE POUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE AU SEIN DES AGENCES REGIONALES DE SANTE	8
5. LA MODIFICATIONS DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP)	9
6. LA CREATION D'UNE COMMISSION DE COORDINATION NATIONALE DE LA TELEMEDECINE	10
MESURES D'AVENIR	11
7. LA FILIERE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (FUMG)	11
8. LA DELEGATION DE COMPETENCE ET LA CREATION DE NOUVEAUX METIERS	12
9. LA FORMATION PRECOCE A L'INTERDISCIPLINARITE	13
10. LA DECOUVERTE DE TOUS LES MODES D'EXERCICE DURANT LES ETUDES MEDICALES	14
BIBLIOGRAPHIE	15
CONTACTS PRESSE	15



Présentation de l'ANEMF

L'Association Nationale des Etudiants en médecine de France (ANEMF) est une Association répondant à loi 1901 qui travaille depuis 1965 pour l'intérêt commun des Etudiants en Médecine. Elle réunit les 37 associations locales, représentant ainsi le 36 UFR de médecine en France et dans les DOM TOM et les 80 000 étudiants en médecine qui y sont rattachés.

Véritable plateforme d'information, de discussions, de formations et de coordination des actions étudiants (solidarité, tutorats associatifs ...), l'ANEMF est une structure résolument tournée vers la représentation des étudiants en médecine et la défense de leurs intérêts

Le travail de représentation de l'ANEMF se répartit sur deux grands thèmes :

- **Les études médicales** : un travail de fond est mené sur toutes les réformes qui concernent nos études, dans le but d'améliorer la formation. Les dossiers sont variés, et concernent par exemple la mise en place du DFASM, l'enseignement de l'anglais, la réforme des ECN, l'orientation des lycéens, la pédagogie médicale ...
- **La démographie médicale** : le travail d'expertise dans ce domaine permet de porter des propositions sur les mesures mises en place autour des problèmes de démographie auxquels notre génération va devoir faire face. Ces mesures passent par les contrats d'engagement du service public (CESP), les maisons de santé pluridisciplinaires ... A ce travail de fond s'ajoute une mission d'information des étudiants, qui passe par une nécessaire vulgarisation des thématiques abordées.

L'ANEMF travaille de façon étroite avec l'ensemble des associations locales dans le souci de toujours être représentative des besoins et des volontés des étudiants en médecine de France. Elle se veut experte et force de proposition dans le domaine de la formation et de la démographie médicale. **Ses propositions sont portées tout au long de l'année auprès de ses différents interlocuteurs** : les ministères de tutelles (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé), la Conférence des Doyens, l'Ordre des Médecins, les syndicats professionnels ...

Introduction

La Démographie Médicale Française semble aujourd'hui **satisfaisante pour la majorité de la population**. Un rapport de la DREES¹ de Juin 2011 estime en effet que **95% de la population a accès à un soin de proximité en moins de quinze minutes**. Cependant la démographie médicale française est **sur la pente descendante** : il n'y a jamais eu autant de médecins en France, mais la gestion catastrophique du Numérus Clausus jusqu'ici conduira à une **diminution de ce nombre dans les prochaines années**, avant de revenir à un niveau globalement semblable dans une vingtaine d'années. Les jeunes s'installent de plus en plus dans les villes à Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) et désertent petit à petit les zones plus éloignées. Enfin, **la population vieillit**. Les pathologies se multiplient et évoluent vers la **chronicité** et nous aurons donc **besoin de plus de soignants** à l'avenir. Mais ce constat est déjà celui qui était fait il y a plusieurs années !

« Les jeunes s'installent de plus en plus dans les villes à Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) et désertent petit à petit les zones plus éloignées »

Il faut donc agir et non attendre comme cela a été fait jusqu'ici, que ce soit pour empêcher la situation de devenir vraiment préoccupante, ou pour les 5% de la population qui sont à plus d'un quart d'heure d'un soin de proximité.¹

Pour autant, **la coercition n'est pas la solution**. On peut lire dans une enquête de l'IRDES² de 2006 : *« Les politiques de coercition administrative à l'installation, qui consistent à limiter le nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer dans des zones considérées comme en surplus, comme celles conduites au Royaume-Uni, en Allemagne ou en Autriche (Taylor 1998 ; Sibbald 2005 ; Kopetsch, 2003), n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. Elles ont éventuellement eu pour conséquence de limiter le nombre de médecins en formation, ces derniers anticipant le fait de ne pouvoir s'installer dans la zone de leur choix, mais n'ont pas permis de rendre les zones mal desservies plus attractives. »*. En effet, en dix ans, **le nombre de candidats aux études de médecine allemandes a été divisé par 5**. Un rapport du Sénat de 2008 fait le même constat. Il apparaît en effet évident que, vu le manque d'attrait pour l'exercice libéral (seuls 10% des jeunes installés choisissent ce mode d'exercice), **une obligation à l'installation aurait pour unique effet de décourager les derniers jeunes médecins motivés** pour cette façon d'exercer. De plus, **se concentrer uniquement sur l'installation des jeunes médecins serait ignorer le gros du problème** : le système de santé évolue depuis **le soin d'un individu vers la santé d'une population** et il devient **pluridisciplinaire**. Enfin, il est important de rappeler que la réelle problématique derrière le problème de répartition des médecins sur le territoire est **une problématique globale d'aménagement du territoire**.

« Les politiques de coercition administrative à l'installation n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. »
Enquête IRDES de 2006

le nombre de candidats aux études de médecine allemandes a été divisé par 5. Un rapport du Sénat de 2008 fait le même constat. Il apparaît en effet évident que, vu le manque d'attrait pour l'exercice libéral (seuls 10% des jeunes installés choisissent ce mode d'exercice), **une obligation à l'installation aurait pour unique effet de décourager les derniers jeunes médecins motivés** pour cette façon d'exercer.

se concentrer uniquement sur l'installation des jeunes médecins serait ignorer le gros du problème : le système de santé évolue depuis **le soin d'un individu vers la santé d'une population** et il devient **pluridisciplinaire**. Enfin, il est important de rappeler que la réelle problématique derrière le problème de répartition des médecins sur le territoire est **une problématique globale d'aménagement du territoire**.

¹ DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

² IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Alors que faire ? L'ANEMF, association représentative des 87 000 étudiants en médecine de France, est depuis longtemps **force de propositions sur la démographie médicale**. En particulier, nous identifions quatre grands axes de travail.

Tout d'abord, **le manque d'attrait pour l'exercice libéral et la médecine générale** sont les deux principaux problèmes de la répartition des médecins. Ils sont même plus graves que le manque d'attrait pour certains bassins de vie, qui nécessite évidemment déjà des mesures, car ils **posent des problèmes à long terme !**

De plus, **le problème de perte de « temps médical »** (c'est à dire de temps effectivement utilisé par le médecin pour soigner des patients) que ce soit à cause des **formalités administratives** ou d'une **mauvaise répartition des tâches** entre les professionnels de santé, permettrait s'il était amélioré d'**accroître le temps passé par patient** ou de donner la possibilité aux médecins de voir plus de patients par jour et donc de **diminuer l'attente**.

Les souhaits des futurs et jeunes professionnels est également une base de travail pour la démographie médicale : ils veulent **travailler en équipe et non plus seuls**, avec **l'ensemble des professionnels de santé** et veulent une **qualité de vie** supérieure à celle de leurs aînés.

Enfin, il est important que les réformes de l'activité et des études médicales aillent dans le sens de **la refonte du système de soin** telle qu'elle est en train de se faire : **le soin d'un médecin à un individu évolue vers la gestion par une équipe pluridisciplinaire de la santé d'une population**.

L'ANEMF propose donc son Plan Démographie Médicale avec trois échelons d'action, regroupant dix mesures :

- Tout d'abord de **nouvelles mesures palliatives transitoires**, avec un effet et une mise en place à court terme, en attendant que les autres mesures aient un effet ;
- Ensuite, des **mesures structurelles**, à moyen terme, modifiant certaines mesures déjà mises en places pour les rendre beaucoup plus efficaces ;
- Enfin, des **mesures d'avenir**, plus longues à mettre en place et n'ayant un effet qu'un long terme mais pérennes et qui permettront la mutation de notre système de soins.



Mesures palliatives et transitoires

Devant l'**urgence de la situation** dans certains bassins de vie, dont la moyenne d'âge des médecins généralistes dépasse parfois 60 ans, et qui sont donc **susceptibles de prendre leur retraite dans un délai de 5 ans**, il est nécessaire de prendre des mesures ayant un **effet à court terme** avec une **mise en place rapide** pour répondre à ces problématiques. Ces mesures ne semblent pas à première vue pérennes et resteraient **des mesures d'appoint**, en attendant d'attirer par une politique incitative des jeunes dans ces zones. Pour l'ANEMF, deux axes sont à développer.

I. La Médecine délocalisée

La médecine délocalisée est un moyen d'**assurer la présence de professionnels de santé** (non uniquement de médecins) dans des zones sous denses **sans qu'ils y habitent ou qu'ils aient besoin d'y exercer toute l'année**. L'infrastructure devrait donc être fournie aux professionnels, puisque n'appartenant à aucun d'entre eux.

La mise en circulation de **véhicules équipés de matériel médical semblable à celui d'un cabinet de ville**, tel qu'un échographe, par exemple, et permettant plusieurs consultations en parallèle permettrait une présence médicale. Ces **Véhicules de Santé PluriProfessionnels (VSP)** seraient utilisés par **plusieurs professionnels de santé** comme par exemple des médecins généralistes, des ophtalmologistes, des cardiologues mais également des infirmières, des kinésithérapeutes ou des ergothérapeutes, etc... Cette mesure avait déjà été tentée à certains endroits il y a quelques années, **la levée du verrou de l'interdiction par l'ordre des médecins de la médecine dite « foraine »** permettra une réelle mise en place de ces véhicules.

« La médecine délocalisée est un moyen d'assurer la présence de professionnels de santé dans des zones sous denses sans qu'ils y habitent ou qu'ils aient besoin d'y exercer toute l'année »

Une autre façon de permettre une présence médicale dans ces zones serait **la mise en place de cabinets ou de maisons de santé pluridisciplinaires appartenant aux collectivités territoriales** afin d'organiser des **permanences de soignant** venant exercer **quelques jours par mois** dans ces structures. Il pourrait s'agir de **n'importe quel professionnel de santé**, exerçant en libéral mais aussi, voire davantage, des hospitaliers. Il faudrait alors que leurs frais de déplacements soient remboursés pour que cette mesure soit réellement attractive. La mise en place d'un **dossier médical pour le patient partagé à l'ensemble des utilisateurs** de ces structures permettra un bon suivi du patient afin qu'il ne consulte pas à chaque fois un médecin qui ne connaît ni son histoire, ni ses pathologies.

Il est évident que ces mesures ne permettront pas un suivi des patients aussi efficace qu'une installation définitive d'un praticien, mais elles sont **une aide transitoire à apporter à ces bassins de vie dont la situation est préoccupante**. De plus, il faut absolument que ces mesures palliatives soient **utilisées avec précision** pour être utiles, c'est à dire à l'aide d'un **zonage précis** réalisé par les ARS² définissant les bassins de vie ayant vraiment besoin de ces mesures.

2. Le Contrat d'Incitation Senior à l'Exercice Libéral (CISEL)

Certains médecins hospitaliers souhaiteraient **arrêter leur exercice dans ces structures pour passer à l'exercice libéral**. Pour beaucoup, ils n'ont **plus les mêmes exigences que les jeunes installés** sur les infrastructures qui doivent entourer leur exercice, comme par exemple des écoles pour leurs enfants. Il serait donc bénéfique qu'ils choisissent, pour changer leur mode d'exercice, une zone sous médicalisée. De plus, l'exercice libéral pourrait être pour certains d'entre eux, notamment les urgentistes, moins contraignant car plus souple et plus adaptable à leur rythme de vie. Le CISEL, **Contrat d'Incitation Senior à l'Exercice Libéral**, serait une mesure incitative à destination de ces praticiens en **fin de carrière** pour les inciter à choisir ces zones. Il s'agit d'une **nouveauté dans la politique incitative** puisqu'il ne vise pas les futurs ou les jeunes installés.

Pour rendre ce contrat attractif, plusieurs choses peuvent être imaginées :

- une **participation financière** des collectivités territoriales, plus simple à mettre en place. Cependant, nous avons déjà exposé que l'incitation financière ne suffirait pas, surtout auprès des praticiens en fin de carrière ;
- des aides pour trouver un cabinet, ce qui semble également assez simple à faire ;
- un engagement des collectivités de **reprendre leur cabinet lorsqu'ils souhaiteraient prendre leur retraite**, pour en faire des structures de vacations pour la médecine délocalisée par exemple.

Pour les médecins ne voulant pas exercer seul ou remonter un cabinet, les collectivités pourraient également leur proposer des maisons de santé pluridisciplinaires.



« Pour les médecins ne voulant pas exercer seul ou remonter un cabinet, les collectivités pourraient également leur proposer des maisons de santé pluridisciplinaires. »

² ARS : Agence Régionale de Santé

Mesures structurelles

Les **mesures incitatives ont déjà été créées** et de **nouvelles idées** ont déjà germées telles que **la télémédecine**. Ces axes de travail n'ont pas encore permis de véritables avancées chacun pour des raisons particulières : **manque de coordination, d'attrait, de communication...**

Ces idées doivent être affinées pour être vraiment efficaces, mais ces changements n'auraient **pas un effet à court terme**, que ce soit par leur mise en place un peu complexe ou par leur action : ces mesures touchant souvent des étudiants, il faudra patienter jusqu'à leur installation pour voir leur effet. L'ANEMF envisage quatre mesures, dans la continuité des deux précédentes :

3. *L'allègement des formalités administratives pour les praticiens*

Aujourd'hui, les praticiens **passent une trop grande partie de leur temps sur les formalités administratives**. En moyenne, au moins **un tiers du temps de travail d'un praticien** est utilisé à remplir des papiers plutôt que pour soigner des patients ! Pour certains, cela peut même aller jusqu'à 50% de leurs temps.

D'une part, les patients présentent des **pathologies de plus en plus chroniques et de plus en plus complexes**, ce qui exige que les médecins leur accordent de plus en plus de temps qu'actuellement. D'autre part, la baisse du nombre de médecins à venir dans les prochaines années entraînera pour chacun d'eux la **nécessité de gérer plus de patients qu'actuellement**.

Ces deux constats amènent à une conclusion qui semble évidente : les médecins devront soit voir moins de patients par jour, **rallongeant l'attente** pour voir un praticien, soit ils devront **les voir beaucoup plus rapidement**. Ces deux solutions **ne sont pas acceptables**. L'allègement des formalités administratives, avec le temps qu'elles prennent à un médecin, semble donc un **moyen simple et efficace** de leur offrir **plus de temps pour traiter leurs patients**.

« En moyenne, au moins un tiers du temps de travail d'un praticien est utilisé pour remplir des papiers plutôt que pour soigner des patients ! »

Cet allègement débiterait par **une enquête auprès des médecins** pour définir ce qui est le plus chronophage et agir dessus. De plus, **réunir le plus possibles les formalités**, afin d'en avoir le moins à remplir en même temps, est un autre levier pour cet allègement.

De plus, ces charges administratives sont un **frein à l'installation en libéral** puisqu'elles effraient les jeunes qui préfèrent en être en partie dispensés en allant à l'hôpital ou en remplacement. Cet allègement serait donc **une mesure incitative à l'installation** des jeunes en ville.

Ajoutons enfin que les **formalités administratives à l'installation** sont également un frein pour l'installation, qui serait levé par **leur allègement** ainsi que par le guichet physique qu'est le **bureau de coordination des ARS**, comportant **des conseillers** pouvant accompagner les jeunes praticiens lors de leur installation.

4. *La création d'un bureau de coordination régionale pour la démographie médicale au sein des Agences Régionales de Santé*

La politique incitative du gouvernement n'en est pour l'instant qu'à ses débuts et **de nombreuses critiques peuvent être faite** à celle qui a jusqu'ici été appliquée par les gouvernements précédents, qui rendait alors l'incitation peu efficace.

« **95% des internes de médecine générale n'ont jamais entendu parler des mesures incitatives** »

Tout d'abord, il y a un manque de communication évident : d'après une enquête de ISNAR-IMG³ **95% des internes de médecine générale n'ont jamais entendu parler des mesures incitatives**. Ce constat, en plus d'être alarmant, explique en partie l'échec de l'incitation actuelle : comment voudrait-on qu'un interne soit incité après ses études à s'installer dans une zone sous dense grâce à des mesures... s'il n'en a jamais entendu parler ?

De plus, ces mesures sont mises en place par **trois acteurs majoritaires différents** : les collectivités territoriales, les Agences Régionales de Santé (ARS) et l'État. Ces **acteurs communiquent particulièrement mal** entre eux créant un **manque total de coordination** entre toutes ces mesures incitatives. Les ARS étant censé relever toutes ces mesures pour les communiquer en même temps que toutes les informations sur l'installation via les Plateformes d'Appuis aux Professionnels de Santé (PAPS) cela explique la **qualité très hétérogène de ces dernières**. Mais pire, on observe actuellement une **réelle mise en concurrence de ces mesures** tel qu'un CESP Régional en Midi-Pyrénées pour le Service Hospitalier ! **Il s'agit donc de deux mesures qui perdent toutes les deux en efficacité.**

Enfin, ces mesures **ne répondent pas toujours aux attentes des jeunes** et une modification de ces dernières pourrait être très profitable pour **un budget à peine changé et une efficacité accrue.**

La création d'un **organe de coordination** de ces trois agents résoudrait l'ensemble de ces trois problèmes. Il s'agirait d'un **bureau de coordination régionale pour la démographie médicale au sein des Agences Régionales de Santé (ARS)**. Ce guichet **unique et physique** à l'installation, constitué des **collectivités territoriales**, des **conseils régionaux de l'ordre des médecins** et des **membres des ARS**, aurait pour mission de **coordonner la mise en place** des mesures incitatives de l'ensemble des partenaires, ainsi que **leur communication**. L'**adaptation** ou la **création de nouvelles mesures** serait aussi de leur ressort. Ces bureaux doivent fonctionner avec l'organe des ARS qui définit **les zones où existe des problèmes d'accès aux soins** et qui **évalue leur ampleur.**

La **création de maisons de santé par les collectivités territoriales sans aucune coordination** entre elles amène à une **limite de ce système** : une maison est censée remplacer plusieurs cabinets, fédérer plusieurs zones et **être créée pour répondre à une demande de médecins**. Actuellement, elles sont parfois montées **sans aucun projet** ou mises en place dans **plusieurs communes voisines**, obligeant les médecins à choisir entre elles. La tâche de **gérer la création des maisons de santé pluridisciplinaires dans la région** serait une des missions de ce bureau afin de développer ces outils, **essentiels pour la démographie médicale française**, mais de manière efficace.

5. La modifications du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Depuis plusieurs années, l'ANEMF tente d'expliquer que **les mesures incitatives seraient bien plus efficaces si elles n'étaient pas uniquement financières**. Le CESP, qui propose 1200 euros par mois brut et un accompagnement personnalisé à l'installation aux jeunes qui s'engagent à exercer dans une zone sous médicalisée aussi longtemps qu'ils ont perçu cette allocation pourrait donner lieu à **un accompagnement sans précédent**. Encore une fois, il y a un manque de communication sur ce contrat, mais cela pourrait-être corrigé par le bureau de coordination. Deux modifications pourraient voir le jour.

Un **CESP adapté à la fin du cursus**, pour les internes, pourrait être beaucoup plus incitatif en permettant de **faciliter les procédures et les formalités à l'installation**. Un Interne déciderait **d'arrêter de percevoir l'argent de son CESP** sur le nombre d'années qu'il souhaiterait, à priori plutôt deux ou trois. Cet argent serait alors **utilisé pour lui acheter son futur cabinet, embaucher voire payer son/sa secrétaire sur une certaine durée, lui fournir une aide administrative, les accompagner concrètement pour leur installation, l'achat du matériel**, etc...

Ainsi, les internes en toute fin de cursus, n'ayant pas forcément besoin de beaucoup d'aide financière et freinés dans leur installation en ville par toutes ces formalités, pourraient être attirés par cette mesure.

De plus, pour aller plus loin dans l'accompagnement, il serait possible d'**accorder un tuteur**, volontaire, aux internes **qui le demanderaient** durant le restant de leur internat. Ce tuteur serait **un soutien à l'interne** et le **formerait à la médecine libérale** afin de **lever le verrou de l'inconnu**. De plus, il **l'accueillerait en stage**. Pour que cet engagement soit valorisé pour les tuteurs, l'interne pourrait s'il le souhaite **s'engager à le remplacer à son départ en retraite**. Mais cet engagement ne doit pas être coercitif, et **le choix par l'interne de son tuteur est primordial** tout comme la possibilité de ne pas prendre cet engagement. Ces deux précautions sont essentielles sinon cette mesure sera désincitative.

Ces deux mesures touchant avant tout les internes, elles auraient **un effet deux ou trois ans après leur mise en place**, et seraient donc des mesures beaucoup plus rapidement efficaces qu'une réforme du CESP pour les étudiants en médecine, **même si cette dernière est importante**.

6. La création d'une commission de coordination nationale de la télémédecine

La télémédecine semble une **solution pérenne et efficace pour désenclaver certaines zones trop éloignées**. En France, elle n'en est encore qu'à ses débuts : quelques initiatives voient le jour mais ne concernent pas l'ensemble des territoires, sont méconnues ou alors mériteraient d'être combinées à d'autres et pour l'instant, cela n'est pas vraiment possible. De plus, le gouvernement n'**investit pour l'instant pas suffisamment** dans cette branche de la médecine.

L'expérience internationale nous est essentielle pour progresser dans ce domaine : Une enquête réalisée par l'ASIP⁴ Santé et la FIEEC⁵ a étudié plusieurs applications de télémédecine en Europe et

« Une enquête réalisée par l'ASIP⁴ Santé et la FIEEC⁵ a conclu entre autres choses qu'il existe de réelles opportunités vis à vis de la Télémédecine »

plus particulièrement au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Norvège et au Danemark. Elle conclut entre autres choses **qu'il existe de réelles opportunités vis à vis de la Télémédecine** en particulier dans une période de vieillissement de la population. Mais partout où la télémédecine s'est développée, on observe deux choses : d'abord tous ces pays ont **établi de véritables stratégies** en matière de

télémédecine. Par exemple, le Danemark qui a établi ces quinze dernières années des feuilles de route, créées par le ministère de la santé, les régions et les gouvernements locaux, avec des objectifs à long terme ; ensuite, **ils possèdent tous un ou plusieurs organismes de pilotage, créés dans cet unique but**.

D'où l'idée de la création d'une **Commission de Coordination Nationale de la Télémédecine**.

Elle établirait des **plans de développement de la Télémédecine** et aurait donc pour tâche de **coordonner et de lancer des pistes de travail sur la télémédecine**, via des **appels d'offres** ou **des financements** pour **favoriser les initiatives individuelles**.

De plus, il est nécessaire de ne pas avancer dans n'importe quelle direction, de **prendre en compte le suivi du patient** et de **préserver l'importance de la relation médecin malade**. Cette commission aurait donc également un rôle à jouer sur **l'éthique de la mise en place de cette nouvelle forme de médecine**.

Pour remplir toutes ces missions, la commission devra réunir des représentants des syndicats médicaux, libéraux comme hospitaliers, des représentants du conseil national de l'ordre des médecins, des agences régionales de santé, du ministère de la santé, et d'autres experts en fonction de leurs missions. Sa mise en place doit être rapide et définie comme une **priorité en matière de santé publique**.

⁴ ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

⁵ FIEEC : Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication

Mesures d'avenir

Malgré toutes ces mesures, il est important de mettre en place **certaines adaptations**, notamment sur les études médicales ou auprès des professionnels de santé au sens large, pour **accompagner l'évolution du système de soins**. Ces mesures auront évidemment un **effet à plus long terme** que les six précédentes, et ne sont, pour la plupart, pas des réelles nouveautés car **prônées par l'ANEMF depuis des années**. Néanmoins, elles seront **beaucoup plus pérennes** que les précédentes qui, pour certaines d'entre-elles, pourraient alors être supprimées, n'étant plus nécessaires. L'ANEMF propose quatre axes de travail :

7. La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)

Le **manque d'attrait pour la médecine générale**, filière médicale indispensable qui constitue la médecine de premier recours, est un **réel problème de démographie médicale**. Parmi les freins de cette dernière, il y a le **peu de considération** qu'elle a auprès des autres spécialités médicales. Le **développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)** est un pas de plus pour la valorisation de cette spécialité.

Le développement de la FUMG a plusieurs intérêts comme **rendre la médecine générale plus attractive** notamment en termes de **possibilité de carrière universitaire** dans les domaines de l'enseignement et de la recherche en soins primaires, offrir une **plus grande visibilité à la spécialité** en introduisant l'enseignement théorique et pratique de la médecine générale dès les premiers cycles des études médicales et ainsi **faciliter la mise en place du stage de médecine générale au cours du deuxième cycle des études médicales**.

La FUMG permettrait également de **développer la recherche en médecine générale**, particulièrement présente dans d'autres pays du monde, comme en Angleterre où elle concerne 50% de la recherche médicale. La France est **particulièrement en retard sur ce volet**, qui **améliorerait considérablement les pratiques de soins en ambulatoire**. L'orientation correcte du patient, l'évaluation de la gravité et l'art du diagnostic clinique, la veille sanitaire sont autant de sujets possibles de recherche en médecine générale que la FUMG permettrait d'approfondir. C'est un **outil indispensable et encore trop peu développé**.

	Au 1er janvier 2012
	France
	Nombre
Ensemble des médecins	213 442
Généralistes	103 262
Spécialistes	110 180
Biologie médicale	3 059
Psychiatrie	13 857
Médecine du travail	5 163
Santé publique	1 370

« Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012 », enquête INSEE

8. La Délégation de compétence et la création de nouveaux métiers

Dans les changements actuels du système de soins, il est impossible d'ignorer la **volonté des professionnels de santé autres que les médecins d'acquérir plus de compétences**. Ceci se conjugue bien avec d'une part la **nécessité d'un suivi plus important des patients** à cause de la chronicité de leur maladie et d'autre part avec le **besoin de libérer du temps médical** pour les médecins. De plus, dans une vision d'un **système composé d'équipes pluridisciplinaires**, le **partage des tâches entre professionnels** semble logique. Aujourd'hui, **tout ce qui est fait par un médecin n'a pas besoin d'être fait par un médecin** : le renouvellement des lunettes par un orthoptiste, le suivi complet de la grossesse par un maïeuticien, sont autant de possibilités de délégation de compétences d'un médecin vers d'autres professionnels de santé. Le médecin resterait, alors, le **coordinateur du réseau** dans lequel il a délégué ses tâches.

« **Aujourd'hui, tout ce qui est fait par un médecin n'a pas besoin d'être fait par un médecin : le renouvellement des lunettes par un orthoptiste, le suivi complet de la grossesse par un maïeuticien, sont autant de possibilités de délégation de compétences d'un médecin vers d'autres professionnels de santé** »

Des **expérimentations** à titre dérogatoire sont autorisées grâce à l'article 51 de la loi Hôpital- Patient-Santé-Territoire (HPST) sous le contrôle de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour autant, les **délégations plus définitives** se font Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) après LFSS. Citons par exemple dans le PLFSS 2013 un article qui veut autoriser les podologues à renouveler les prescriptions d'orthèse. Cela se fait, pour l'instant, **sans concertation avec l'ensemble des professions**.

Afin de participer à cette réforme du système de soin, à la volonté des futurs et jeunes professionnels et afin de libérer du temps médical, l'ANEMF souhaite que soit lancée **une réflexion sur les délégations de compétences entre le médecin et les autres professionnels de santé** avec, autour de la table, **l'ensemble des acteurs** (professions de santé, représentants des étudiants, des patients, de l'État, etc). Il sera primordial de **définir quels actes peuvent être délégués** et les **critères** permettant d'établir que la prise en charge du patient nécessite la présence d'un médecin. Ces délégations pourraient concerner dans un premier temps **les domaines où les protocoles sont standardisés et où les preuves de ces protocoles sont très fortes**, afin de limiter l'incertitude. Tout cela doit s'accompagner d'une **délégation de responsabilités** et, évidemment, d'une **adaptation de la formation des professionnels concernés**.

Enfin, les expériences de l'international, recueillies dans le rapport réalisé par Laurent Henart, Yvon Berland et Danielle Cadet en Janvier 2011, **poussent à une réflexion** afin d'aller plus loin : vers la création de **nouveaux métiers**, intermédiaires entre les médecins à Bac +9 voire 12 ou 15, et les autres professionnels de santé à bac +3 ou +5. Par exemple le Canada, les États-Unis ou l'Australie qui ont développé des concepts comme **l'infirmière praticienne** ou responsable en l'absence de médecin des soins de premiers recours sont particulièrement intéressants. Encore une fois, **cette création ne doit pas être un « copier - coller » de l'étranger**, car les situations sont différentes, mais le fruit d'une **réflexion de l'ensemble** des professionnels, des étudiants, etc...

9. La formation précoce à l'interdisciplinarité

On ne le dira jamais assez : **les jeunes médecins veulent travailler en équipe**, avec tous les professionnels de santé et ce travail en commun est nécessaire à la refonte du système de soin telle qu'elle est en train de se faire, par exemple avec la création de maisons de santé pluridisciplinaires. Pour autant, durant les études de médecine, **les futurs praticiens ne sont absolument pas formés** ne serait-ce qu'à l'existence des autres professionnels. Paradoxalement, on leur apprend à prescrire de l'ergothérapie sans leur expliquer ce qu'est un ergothérapeute, quelles sont ses compétences, l'apport de son expertise pour le patient, etc...

Il est donc primordial que, durant les études de médecine, **chaque étudiant suive une formation sur les autres professionnels de santé** et leurs compétences, les situations où ils doivent faire appel à eux, les protocoles de travail en commun qui auront pu être établis au terme de l'article 51 de la loi HPST, etc... **Des cours faits par des médecins à des étudiants d'autres professions ou des cours faits à des étudiants en médecine par d'autres professions de santé** semblent également une bonne chose, voire même, plus simple encore, **des cours communs entre ces futurs professionnels** : il paraît facile, voire logique, que des cours sur le suivi de grossesse d'une femme soit faits en commun avec des étudiants en maïeutique et des étudiants en médecine. Les **objectifs de ces cours doivent évidemment être précisés** et l'ensemble de la formation sur ces sujets ne peut évidemment être commune.

« Il est donc primordial que chaque étudiant suive une formation sur les autres professionnels de santé et leurs compétences »

Ainsi, cette **formation précoce à l'interdisciplinarité** permettra aux étudiants en médecine de connaître **le champ de compétences de toutes les professions de santé** et de travailler avec elles **efficacement une fois installés**. Surtout, cela leur permettra **d'orienter de façon plus efficace leurs patients** dans le système de soin.



10. La découverte de tous les modes d'exercice durant les études médicales

Actuellement, le **manque d'attrait pour l'exercice libéral des jeunes médecins est indéniable** : alors que 47,1% des professionnels actuels travaillent en libéral, 9,5% des nouveaux installés choisissent ce mode d'exercice, d'après les atlas nationaux de l'année 2012 du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cela s'explique par plusieurs raisons, déjà exposées, comme le **manque d'attrait pour un exercice isolé** pour des professionnels formés en équipe, des **charges élevées**, de l'**administratif trop important**. Tous ces freins seraient levés par un exercice en maison de santé pluridisciplinaire. Mais il en demeure encore un qui est l'**absence totale d'information et de formation sur l'exercice libéral**.

En effet, les étudiants en médecine ne sont pas formés à l'exercice libéral, que ce soit de façon théorique durant leurs études ou en stage. Le seul accès à un cabinet de médecins se fait via le stage de médecine générale, obligatoire depuis 1997, mais que 49% des étudiants en médecine ne font pas car les facultés ne trouvent pas suffisamment de maître de stage, ou n'en cherche pas assez... Le problème semble simple : pourquoi un jeune médecin choisirait de s'installer dans un cabinet ou dans une maison de santé s'il n'y est pas formé et s'il n'y a jamais mis les pieds durant sa formation, alors qu'il exerce à l'hôpital depuis le début ?

« Alors que 47,1% des professionnels actuels travaillent en libéral, 9,5% des nouveaux installés choisissent ce mode d'exercice, d'après les atlas nationaux de l'année 2012 du Conseil National de l'Ordre des Médecins »

Le manque d'attrait pour la médecine générale, principale spécialité pour les soins de premier recours s'explique en partie par les mêmes raisons, auxquelles nous souhaitons apporter la même réponse.

Il est nécessaire de **casser l'hospitalo-centrisme de la formation médicale** via des stages dans tous les modes d'exercice pour les étudiants en médecine et de **faire découvrir la médecine générale aux étudiants en médecine via un stage en médecine générale pour tous**.

Enfin, la création durant l'internat d'un **Séminaire d'Intégration Professionnel (SIP)**, formant les praticiens de demain à **tous les modes d'exercices**, salariés comme libéraux, hospitaliers comme ambulatoires, semble une autre solution pour rétablir **la place de l'exercice libéral dans le système de soin**.

Bibliographie

- Enquête du Département de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « *L'état de santé de la population en France* », Juin 2011, <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>
- Enquête de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, « *Santé Protection Sociale* », 2006
- Lecture Comparée n° 185 du Sénat, « *La démographie médicale* », Mai 2008 <http://www.senat.fr/lc/lc185/lc185.pdf>
- Enquête de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) et de la Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC), « *Etude sur la Télésanté et la Télémédecine en Europe* », http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Etude_europeenne_Telesante_FIEEC_ASIPSante.pdf
- Contribution commune de l'ISNAR-IMG et de l'ANEMF, « *démographie médicale* », Juin 2011, <http://www.anemf.org/Actualites-et-propositions,1857.html>
- Rapport réalisé par Laurent Henart, Yvon Berland et Danielle Cadet, « *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* », Janvier 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd'hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

Contacts Presse

Benjamin BIRENE – Vice-Président en charge de la Démographie Médicale

demographie@anemf.org - 06 74 83 85 16

Mathieu LEVAILLANT – Vice-Président en charge de la Communication

communication@anemf.org - 06 32 27 68 19