

Débats du CNOM - Les enjeux de l'accès aux soins

Un médecin près de chez soi, est-ce encore possible partout en France ?

A la veille de la présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » par Mme Roselyne Bachelot, et alors que l'accès aux soins est un enjeu national, le Conseil national de l'Ordre des médecins a convié institutionnels et journalistes le jeudi 25 septembre 2008 à débattre de la question de l'accès aux soins pour les patients, à partir de la question : « Un médecin près de chez soi, est-ce encore possible partout en France ? ».

La question de l'accès aux soins se pose aujourd'hui, non en termes de démographie médicale mais en termes de temps médical disponible. La gestion de ce temps médical est essentielle, afin de garantir un accès à des soins de qualité pour chaque patient. Trois pistes ont rassemblé les intervenants du débat :

- Le développement des structures communautaires de médecine de soins, tout en respectant la continuité des soins et les cabinets médicaux existants et qui plus est en optimisant la permanence des soins. La viabilité de ces structures nécessitera la participation financière des assurances-maladies, des assurances complémentaires, des collectivités territoriales et de l'Etat.
- La délégation de tâches administratives à des personnels dédiés. Actuellement un médecin passe entre 20 et 30 % de son temps de travail global à gérer des tâches administratives tant dans son cabinet qu'à son domicile.
- La coopération nécessaire entre la médecine de ville et l'hôpital, facilitée notamment par la mutualisation des moyens humains et matériels, ainsi que par l'informatisation de la santé (dossiers médicaux partagés entre professionnels de santé, messagerie professionnelle sécurisée).

Ont participé à ce débat en qualité d'intervenants :

- Mme Annie Podeur, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- M. Claude Le Pen, Economiste de la Santé, Professeur à l'Université de Paris IX – Dauphine
- Le Dr. André Deseur, Conseiller national de l'Ordre des médecins, Vice -Président de la Section Exercice Professionnel.

Dans ce contexte, l'implication du CNOM au sein des Agences Régionales de Santé est plus que jamais nécessaire pour évaluer correctement les besoins des régions. Seul l'Ordre peut, grâce à sa neutralité et à sa connaissance de la réalité de la pratique de tous les médecins, garantir que les moyens seront là où les Français en ont le plus besoin.

Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Nous inaugurons aujourd'hui un nouveau format d'échanges autour de ces grands enjeux de santé, après avoir organisé pendant des années les Jeudis de l'Ordre. Nous souhaitons construire des débats plus brefs, plus interactifs et plus ouverts sur l'extérieur. Nous souhaitons également apporter notre éclairage sur tous ces grands enjeux de santé, dans le cadre d'échanges avec des personnes dont la compétence est reconnue ou qui sont en charge de responsabilités particulières dans les domaines qui nous intéressent.

L'accès aux soins est une préoccupation très importante de la population, des élus, de l'Etat et de l'Ordre des médecins. Nous réclamons d'ailleurs la reconnaissance de notre investissement, de notre connaissance du terrain et de nos travaux et, pour cela, notre place au sein des Agences régionales de santé.

Comme vous le savez, l'Ordre a présenté la semaine précédente son enquête démographique : 10 000 remplaçants doivent être pris en compte dans une période de pénurie démographique médicale. Nous nous sommes également penchés sur les questions d'installation car il résulte que les médecins ne s'installent pas beaucoup. Pourquoi la majorité des diplômés ne s'installe-t-elle pas mais se tourne actuellement vers des exercices salariés, le plus souvent hors de la médecine clinique, de la médecine de soins ? Est-ce que les mesures dites incitatives ont donné des résultats ? La réponse est négative : les installations qui répondent à cette incitation de 20 % de majoration d'honoraires, à condition qu'il y ait deux médecins, se comptent sur les doigts de la main.

Nous sommes en liaison avec tous ces jeunes médecins, par nos relations avec les organisations d'étudiants, d'internes ou de chefs de clinique mais également par le biais d'une commission « jeunes médecins » au sein de l'Ordre. Les conseils départementaux de l'Ordre sont la seule instance à connaître sérieusement le terrain dans les différents départements. Nous sommes les seuls à connaître tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, à savoir si les médecins travaillent à temps plein ou pas... Il existe une féminisation importante de la profession mais aussi une féminisation de l'exercice masculin : les jeunes pères participent désormais à l'éducation des enfants.

Pour l'expertise que nous sommes capables d'apporter dans la connaissance du terrain, nous réclamons notre place à tous les niveaux de l'organisation, en particulier dans les organisations nouvelles telles que les ARS.

Dans le domaine de la permanence des soins, nos Conseils départementaux sont les promoteurs de l'organisation de la permanence des soins. Nous l'avons vu dans le cadre de la mission d'appui qui a suivi la mise en œuvre de l'avenant 27 : leur rôle a été primordial. Nous avons ainsi pu remédier à certains excès sur la sectorisation. Les Ordres jouent leur rôle en coopération avec les représentants de l'Etat et les caisses d'assurance maladie. Les préfets sont souvent accompagnés du président du Conseil départemental de l'Ordre concerné. Si des solutions ont pu être trouvées, c'est toujours grâce au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Si nous réclamons notre place c'est que nous entendons la tenir au nom des médecins et dans l'intérêt de la population. Nous avons des propositions à soutenir et avons déjà entrepris un certain

nombre d'actions, notamment dans le domaine de l'accès aux soins. Nous avons déjà procédé à des modifications, notamment de l'article 85 du Code de déontologie en autorisant *larga manu* des sites multiples. Nous sommes en train de revoir l'article 65 du Code de déontologie sur les conditions de remplacement. Je souhaite donner un statut au médecin remplaçant avec ses propres feuilles maladie qui seront à son adresse personnelle. Tout ceci pourra aussi entrer dans le cadre de l'organisation des maisons pluridisciplinaires.

Franck GINTRAND, Animateur du débat

La question qui sous-tend le débat est la suivante : sera-t-il encore possible et souhaitable d'avoir demain un médecin près de chez soi ? La proximité du médecin soulève une double question : celle de la disponibilité et celle de l'implantation. Le déficit de médecins en zones rurales constitue un réel souci.

André DESEUR, Conseiller national de l'Ordre des médecins, Vice-président de la Section Exercice professionnel

Les médecins s'installent essentiellement dans les zones de grandes villes, autour des universités et dans le sud de la France. Les médecins s'installent à 40 ans et ceux en exercice ont une moyenne d'âge supérieure à 50 ans. Si l'on analyse la situation, on se rend compte qu'il n'y a pas d'installation dans les zones qui comptent actuellement peu de médecins, que dans les zones rurales, la démographie est très tendue et limitée et les médecins de ces zones sont âgés. La mission d'appui à la mise en œuvre de l'avenant 27 a permis de se rendre compte qu'il n'y aura pas de renouvellement dans les zones rurales et même dans les secteurs ruraux de départements de la région francilienne, des déserts s'annoncent.

Franck GINTRAND

L'Ordre des médecins avait fait réaliser en 2007 par BVA un sondage sur les projets d'implantation des étudiants et des jeunes médecins, qui montrait que 60 % d'entre eux souhaitaient s'installer en zone urbaine.

André DESEUR

Il s'agissait effectivement d'un sondage réalisé par BVA, mais notre section Santé Publique vient de réaliser une étude sur les installations et sa Présidente, le Dr. Irène Kahn-Bensaude peut nous apporter des précisions.

Irène KAHN-BENSAUDE, Présidente de la Section Santé publique du Conseil national de l'Ordre des médecins

Nous venons de publier l'Atlas de la démographie médicale 2008, qui révèle que pour la première année, il y a plus de médecins qui cessent leur activité – « sortants » - que de nouveaux médecins en activité – « entrants ». La brochure annuelle de démographie de 2006 montrait que, dans les trois ou quatre années à venir, les médecins nés en 1946 partiront à la retraite et qu'il y aurait environ 10 000 médecins qui ne seraient pas remplacés du fait du *numerus clausus*.

Michel LEGMANN

Il n'y a pas de rapport direct entre le nombre de diplômes délivrés et le nombre de médecins réellement en activité *in fine*. Une étude, réalisée il y a deux ou trois ans, concernait le Conseil départemental de la Ville de Paris et montrait que, sur 23 000 médecins inscrits, il y avait 11 000 médecins généralistes dont 3 500 seulement faisaient de la médecine générale ; parmi ces derniers, tous n'exerçaient pas à temps plein. Que fait-on des diplômes en France ? Comment s'explique une fuite d'une telle importance ? Quelles sont les mesures incitatives pour conserver ces personnes dans le métier qu'on leur a appris ?

Irène KAHN-BENSAUDE

Il ne s'agit pas d'un déficit de médecins mais d'un déficit de médecins de soins, installés, qui exercent sur le terrain. Augmenter le *numerus clausus* ne résoudra pas le problème.

Michel LEGMANN

Le nombre de diplômes pour 100 000 habitants ne veut rien dire. On peut continuer durant des années à augmenter le *numerus clausus* par le haut ; la fuite continuera par le bas, d'où l'expression tonneau des Danaïdes

Franck GINTRAND

Que font ces médecins généralistes qui ne pratiquent pas ?

Claude LE PEN, Economiste de la Santé, Professeur à l'Université Paris IX - Dauphine.

Le nombre de médecins par habitant en France est pourtant supérieur à la moyenne européenne. Le problème de la répartition sur le territoire et le problème de l'accès aux soins est un problème distinct du problème démographique. Il s'agit donc de deux problèmes distincts même si on a pris conscience de ces deux problèmes au même moment. L'augmentation du nombre de médecins ne résoudra pas le problème de la répartition sur le territoire. Je ne suis pas sûr que l'opinion perçoive bien ce point.

A Dauphine, nous recyclons un certain nombre de médecins sur les métiers de la gestion. Ils utilisent la culture de la médecine généraliste pour exercer des fonctions dans l'industrie, dans le management ou dans l'administration. Certains ont eu une expérience clinique qui ne leur a pas plu ; d'autres ont des contraintes matérielles liées à l'environnement familial. Certains métiers de gestion sont attractifs et n'imposent pas les mêmes contraintes de gardes, d'astreintes... Les valeurs traditionnelles de la médecine libérale, telles que l'indépendance, sont moins reconnues chez les jeunes médecins. La représentation de l'exercice évolue de manière frappante.

Franck GINTRAND

N'atteint-on pas les limites d'un modèle économique où la concentration dans certaines zones rend le métier de médecin de plus en plus concurrentiel et donc moins rémunérateur que par le passé ?

Annie PODEUR, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Nous n'en sommes pas à l'inversion du modèle économique. Les médecins installés, y compris dans les zones sous-dotées ont des revenus relativement élevés. Le problème du revenu n'est pas le problème majeur : il existe en revanche un problème d'attractivité. Les aspirations des jeunes médecins ont évolué : ils n'aspirent plus seulement à l'indépendance mais aussi au travail en équipe, à l'évolution, à la rupture de l'isolement, à pouvoir envisager collectivement la prise en charge d'une population... Il faut avoir conscience de cette quasi-rupture générationnelle. Le colloque singulier médecin-malade ne les satisfait plus totalement. Pourquoi ne pas utiliser ceux qui ont des appétences entrepreneuriales ou économiques pour en faire les porteurs de projet d'une maison de santé pluridisciplinaire ? Nous aurons aussi besoin de gens qui soient des leaders et sachent constituer des équipes. Dans les années 1980, quand, sous l'impulsion des Conseils de l'Ordre, nous avons eu une dynamique de cabinets de groupe, ce sont des hommes ou des femmes qui se sont senti entrepreneurs et sont allés de l'avant sur les démarches. On constate aujourd'hui que les dispositifs incitatifs purement financiers ne suffisent pas.

Les médecins doivent découvrir le métier très en amont, et non dans les derniers mois de l'internat. Il faut ensuite accompagner les jeunes médecins. Ces jeunes diffèrent actuellement le moment de leur installation, ce qui signifie qu'ils n'ont pas de projet de service à la société. Certains médecins ont peur de se retrouver isolés et ne supportent pas d'être astreints à faire, *ipso facto*, 80 heures par semaine. L'exercice en ville et en ambulatoire doit pouvoir s'organiser pour rendre le métier attractif. Le sujet de ce jour n'est pas d'avoir un médecin près de chez soi mais d'avoir accès à un médecin en premier recours pour pouvoir utiliser correctement ensuite le système de santé de façon graduée. Il faut sans doute prendre en compte les aspirations nouvelles de ces jeunes médecins qui veulent vivre en milieu urbain, comme beaucoup de jeunes Français. Mais ils doivent en contrepartie accepter de faire quelques kilomètres pour aller exercer et d'avoir quelques contraintes d'exercice, comme les jeunes cadres d'entreprises. Certaines vérités sociologiques doivent être rappelées.

Franck GINTRAND

Quelle est la part des aspirations financières dans ce qui motive les médecins à ne pas devenir praticien ?

Claude LE PEN

Les aspirations ne sont pas essentiellement financières. Dans les choix de carrières pour les jeunes bacheliers, la profession reste attractive. Le problème se pose à l'issue des études sur le modèle d'exercice : les relations avec les collègues, le patient et la tutelle. Certains éléments reviennent : quand ils sont cliniciens, les médecins déplorent le poids des charges administratives car ils ont l'impression de ne pas disposer d'assez de temps à consacrer aux patients. Ils se sentent soumis à des contraintes externes : la pression de la clientèle, la file d'attente... Ils se sentent sous la menace, moins aimés qu'avant. Il n'y a pas beaucoup de procès mais pas mal de compromis et transactions avant contentieux ; le climat est moins serein qu'auparavant ce qui se traduit, dans certaines spécialités, par des primes d'assurance en hausse, ce qui est mal vécu par la profession. Ces primes peuvent se révéler dissuasives pour la chirurgie ou l'obstétrique. Le métier de médecin va changer, avec un mode d'exercice plus collectif, plus coopératif, entre médecins et avec la tutelle.

Franck GINTRAND

Quelle est la part de la formation, de la gestion administrative et de l'exercice médical dans le temps global d'un médecin.

André DESEUR

Nous n'avons pas encore évoqué la formation continue qui est un temps de travail et que les médecins font souvent le dimanche et le soir. La part de gestion administrative représente entre 20 et 30 % du temps de travail global, passé par un médecin à travailler dans son cabinet et chez lui. Je n'inclus pas dans ces chiffres la part d'exercice (courrier aux correspondants...) mais uniquement la gestion du cabinet et la gestion des relations avec les interlocuteurs tels que les caisses d'assurance maladie. Lorsque les médecins se regroupent, le temps administratif par praticien ne diminue pas mais la charge matérielle de gestion augmente car il faut mettre en place des outils collectifs.

Annie PODEUR

L'observation est intéressante car les jeunes souhaitent avoir un exercice regroupé pour mutualiser les tâches administratives et laisser cette part du travail à des personnels spécialisés. Votre constat m'interroge quelque peu car cela signifierait que les cabinets de groupe n'ont pas trouvé les articulations permettant de se décharger d'une partie des tâches administratives sur un secrétariat ou un gestionnaire comptable. Ces prestations sont évidemment plus onéreuses mais devraient normalement dégager du temps pour la pratique clinique.

André DESEUR

Il s'agit effectivement d'une question de prix : si certaines structures de regroupement de médecins ont des chiffres d'affaires très élevés, ils ont en revanche des moyens restreints. Un clinicien qui consacre du temps à l'exercice clinique, chronophage, ne parvient pas actuellement à dégager la marge nécessaire pour financer les intervenants extérieurs.

Claude LE PEN

La forme juridique du regroupement compte également : il peut effectivement s'agir d'une simple association de moyens, avec partage de locaux, ou d'une mise en commun de certains éléments. Le recours à des prestataires extérieurs requiert une organisation en firmes, sous le modèle des cabinets d'avocats : ces organisations permettent à certains d'exercer et à d'autres de se spécialiser dans des tâches et de répartir les fonctions. Faire fonctionner un cabinet est en soi un métier et les médecins ne doivent pas, à mon avis, se désintéresser de ce moyen de faire fonctionner l'organisation collective.

Franck GINTRAND

Est-ce que les médecins doivent s'inspirer du modèle des cabinets d'avocats ?

André DESEUR

Ce modèle est excellent : nous sommes preneurs mais n'en avons pas les moyens.

Annie PODEUR

Se pose alors peut-être la question de la juste tarification de l'acte, en fonction de la nature de l'acte. Peuvent être distinguées les consultations de 10 minutes et les consultations de premier recours avec des diagnostics de maladie telles qu'Alzheimer ou la dépression qui prennent davantage de temps. A l'hôpital, cette distinction se fait à travers la tarification à l'activité, souvent décriée, qui prend en compte l'ensemble des coûts qui se relie à une prestation donnée.

André DESEUR

Cette question de la juste tarification suscite notre préoccupation. Les données démographiques, la couverture médicale de la France et la réponse aux demandes de premier recours ne nous laissent pas supposer que ce médecin clinicien généraliste de premier recours disposera d'un temps suffisant pour voir chaque personne ni d'une rémunération adéquate.

Annie PODEUR

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale a prévu des expérimentations du mode de rémunération : une rémunération standardisée à l'acte ne répond aujourd'hui pas à la réalité d'une prise en charge et au temps imparti pour cette prise en charge.

André DESEUR

Nous ne sommes pas opposés à une rémunération à la tarification mais elle vient toutefois en diminution de la rémunération à l'acte annoncée pour les participants du groupe.

Michel LEGMANN

Le sujet qui nous réunit ce jour est l'accès aux soins. Nous défendons l'égal accès aux soins de qualité pour tous sur tout le territoire. Je rappelle que nous sommes un des seuls pays au monde où les médecins font encore des visites : ailleurs, les gens se déplacent. Il faut désormais regrouper les moyens humains et matériels de manière raisonnable : des hôpitaux devront donc fermer.

Annie PODEUR

Les hôpitaux ne vont pas fermer mais vont changer d'activités pour certains.

Michel LEGMANN

Les maisons pluridisciplinaires existent déjà par ces hôpitaux qui maillent le terrain.

Annie PODEUR

En milieu rural, les structures hospitalières peuvent être un lieu d'adossement de maisons pluridisciplinaires qui permettent à la fois d'assurer un exercice au service de la structure hospitalière - l'astreinte - tout en offrant un service à la population de manière régulière. Nous devons parvenir, via le décroisement entre la ville et l'hôpital, à trouver ces lieux d'ancrage. Demain, j'assisterai aux Assises des hôpitaux locaux, organisées en Mayenne. Ces hôpitaux locaux, longtemps méprisés et décriés, sont un lieu d'interface entre l'exercice de la médecine libérale et les structures hospitalières qui permettent un exercice de la santé avec une approche communautaire d'une population, une relation de proximité et une coopération naturelle avec des paramédicaux.

Claude LE PEN

Je souhaite souligner l'importance de ces évolutions. Les thèmes évoqués ce jour sont révolutionnaires : l'idée de médecine de premier recours, qui existe partout en Europe, les notions d'ouverture sur des modes diversifiés de rémunération... Il s'agit d'éléments radicalement nouveaux dans le mode médical. Nous allons assister à des changements et la population doit comprendre cela car il existe un décalage entre l'importance des changements et la perception de ces mêmes changements. Il faut réfléchir à la rémunération, en prenant en compte le contenu de l'acte médical, et en prenant en compte les charges en les liant aux coûts des structures qui peuvent être prises en charge collectivement.

Franck GINTRAND

Le regroupement est-il indissociable de la juste rémunération ?

Annie PODEUR

Le regroupement constitue aujourd'hui la seule manière d'assurer un accès pour tous, y compris par le biais de la télémédecine qui se révèle être un réel succès dans les pays d'Europe du nord notamment.

Franck GINTRAND

Où en est-on du développement du salariat médical à temps complet ou partiel ?

André DESEUR

Nous avons apporté notre contribution, en permettant la collaboration libérale, limitée dans le temps mais aussi le salariat en tant que contrat de collaborateur salarié : cette formule n'est pas un succès évident pour des raisons manifestes de coûts et de charges sociales.

Claude LE PEN

Ce problème est rencontré par n'importe quelle entreprise qui essaie d'externaliser plutôt qu'assumer une gestion des personnels qui est lourde. Le salariat requiert une organisation en firmes. Le salariat existe déjà, avec les médecins salariés des caisses, de la médecine du travail, des hôpitaux ou de l'industrie. En France, les cabinets restent actuellement très petits contrairement à un pays comme l'Angleterre où les cabinets libéraux regroupent plusieurs dizaines de médecins.

André DESEUR

Le niveau de recettes de la médecine de soins ne permet pas d'assumer les charges du salariat.

Michel LEGMANN

Je confirme que, même dans des spécialités comme la mienne, la radiologie, avec un plateau technique lourd, il n'est pas question de recruter des médecins salariés, au vu des charges.

Annie PODEUR

Je souhaite dire que le salariat peut être développé à deux niveaux. Tout d'abord, pour favoriser l'installation, il faut proposer, en post-internat, à des jeunes qui accepteraient de s'installer dans des maisons pluridisciplinaires de les salarier, pour qu'ils mettent ainsi le pied à l'étrier. Entre un statut de remplaçant ou un statut de salarié pendant trois ans dans une maison pluridisciplinaire avec un travail en équipe attractif, ces jeunes diplômés privilégient la seconde option. Il faut proposer dans la médecine de premier recours ce qu'on propose aux jeunes, après un internat et une spécialité d'organes, qui se consacrent à un exercice salarié dans un hôpital. Une autre formule consiste à accepter les exercices mixtes : un jeune pourrait alors avoir un vrai statut de contractuel à temps partiel et exercer par ailleurs en tant que libéral. Cette recherche des deux types d'exercice est constatée, quand on constate le succès des postes de coordonateurs dans les EHPAD.

André DESEUR

Cet exercice mixte attire manifestement les jeunes praticiens ; il doit être développé pour permettre le regroupement de professionnels car il s'agit d'une voie d'avenir.

Michel LEGMANN

Notre institution a fait des avancées spectaculaires dans ce domaine. Je suis totalement favorable à l'exercice mixte, que j'ai d'ailleurs pratiqué tout au long de ma carrière, mais souhaite aller beaucoup plus loin. Un des projets des ARS est d'ailleurs d'organiser la santé conjointement entre le privé et le public : dans l'actuelle période de pénurie, il faut rassembler les moyens humains et matériels et les mixer. Je demande depuis plusieurs années de revenir sur les ordonnances Debré de 1958 dont le statut ne correspond plus à aucune réalité. Les temps pleins avec la triple mission de soins, de recherche, d'enseignement, l'activité en clientèle privée et les tâches administratives ne peuvent pas être assumées par le même homme. Il faut rétablir le temps de travail partiel qui permet au médecin de travailler le matin à l'hôpital et l'après-midi au cabinet. Les équipements lourds

doivent être utilisés en commun par les privés et les hospitaliers. J'en ai fait l'expérience et tout le monde est gagnant.

Annie PODEUR

Les ordonnances ont été le moyen de développer une forme d'excellence française qui a été reconnue. On ne peut cependant demander à un seul homme ou à une seule femme d'assumer à la fois un rôle de clinicien, de chercheur, d'enseignant, voire parfois de manager.

Le temps partiel a eu longtemps mauvaise presse car il faut, simultanément, contrôler le service rendu à l'établissement hospitalier. Le rapprochement entre le secteur privé et publique se vérifie dans le domaine de l'imagerie médicale : dans de nombreux sites, l'autorisation a été donnée à des GIE qui mutualisent totalement les équipements coûteux.

J'attends beaucoup de la mission de l'IGAS sur l'harmonisation des rémunérations dans le secteur public et privé. Il y a une aspiration dans le secteur privé pour que soit introduite une forme de forfaitarisation sur les missions d'intérêt général et, inversement, les médecins du secteur hospitalier souhaitent que leur implication particulière sur tel ou tel champ d'activité soit mieux reconnue. Il faut une traçabilité plus précise de la prestation assurée par chaque médecin dans les structures hospitalières.

Franck GINTRAND

Qui évalue aujourd'hui le nombre de médecins nécessaire par région, selon quelle méthode ?

Annie PODEUR

Les méthodes utilisées jusqu'à maintenant sont essentiellement macro, effectuées au niveau national. La Ministre souhaite que nous évitions les erreurs du passé, telles que des effets d'accordéon sur l'augmentation du *numerus clausus*, pour s'assurer plutôt que des médecins sont disponibles sur l'ensemble du territoire. Cette évaluation des besoins sera dorénavant basée sur les informations mises à disposition par l'Observatoire national des professions de santé. Ces constats seront répercutés à l'échelon régional pour appréhender les besoins en fonction de la population. Il faudra *in fine* mieux gérer les épreuves classantes nationales (ECN) au moment des choix de spécialités. Il existe effectivement un double problème de répartition : sur le territoire et entre les spécialités. Cette année, la priorité sera donnée à la médecine générale de premier recours. Ce travail se fera à l'échelon régional et sera ensuite consolidé à l'échelon national.

Franck GINTRAND

Est-ce que l'Ordre des Médecins a un rôle à jouer dans cette évaluation du temps médical disponible?

Annie PODEUR

On ne peut imaginer que les ARS fonctionnent sans partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé, et notamment avec les structures ordinaires.

André DESEUR

Les estimations chiffrées sont parfois fausses. Un gros travail de connaissance du terrain doit être réalisé.

Annie PODEUR

Il ne faut plus raisonner sur le nombre de personnes exerçant sur un territoire mais sur la quotité de temps que les médecins peuvent consacrer à tel ou tel exercice.

Michel LEGMANN

La notion de médecins de premier recours me laisse perplexe. Il y aurait donc plusieurs catégories de médecins généralistes, alors qu'ils sortent tous avec le même diplôme. Tous ces médecins sont généralistes, ensuite certains d'entre eux optent pour des pratiques telles que l'homéopathie et consacrent donc moins de temps à la médecine généraliste.

Annie PODEUR

Le médecin généraliste de premier recours est le médecin de famille. Les jeunes comme les représentants des usagers faisaient valoir que ce vocable était ringard. Il s'agit du médecin qui, avec d'autres, est au service d'une population, oriente, guide et prend en charge.

Claude LE PEN

Cette notion de médecin de premier recours constitue un message envoyé à la population pour rappeler qu'il existe des parcours de soin : on ne peut plus utiliser le service de santé comme auparavant mais selon un schéma pensé.

Annie PODEUR

L'effort d'organisation que nous allons fournir sur le champ obligatoire est fondamental. Cette organisation est un facteur d'attractivité car les jeunes disposeront ainsi d'une vision de leur avenir, un facteur de qualité de la prise en charge pour optimiser l'utilisation de la ressource médicale et un facteur de lisibilité pour le grand public.

Franck GINTRAND

Les professions paramédicales peuvent-elles permettre de libérer du temps disponible pour les médecins ?

André DESEUR

Le cœur de métier du médecin est de recevoir une personne, l'écouter, décrypter le message de souffrance et les signes cliniques, aboutir éventuellement à un diagnostic et mettre en place un traitement. Si le pharmacien ou l'infirmière font un premier tri, les médecins économiseront certes du temps mais est-ce que le pharmacien sera apte à décrypter le message ?

Il existe des apports et des aides techniques mais il faut bien définir le champ de compétence de chacun. Nous ne sommes pas convaincus que l'écoute en premier ressort du patient qui vient en souffrance doive être évitée au médecin.

Claude LE PEN

Certains spécialistes délèguent déjà certains actes techniques tandis que les infirmières demandent par ailleurs un enrichissement de leurs actes. Nous allons vers le recentrage du médecin vers cette notion de cœur de métier où le médecin est réellement incontournable, problème qui se pose en raison de la rareté du temps médical. La formation de ces nouveaux personnels devrait évidemment être réfléchie. Les gros cabinets futurs pourraient prévoir, outre le médecin et ses associés, une équipe technique en plus d'une équipe administrative. Cela interroge les médecins sur leur spécificité.

André DESEUR

Il faut distinguer les disciplines techniques, comme l'imagerie médicale, des disciplines cliniques comme la pédiatrie. Les champs diffèrent effectivement selon les spécialités mais il faut absolument préserver la part d'échange et d'humain.

Claude LE PEN

L'augmentation des besoins amène à réfléchir à ce temps médical rare. Ces formations devront être réfléchies puis mises en place. Un exemple de nouveau métier est celui de *care manager* qui suit de manière quasi-quotidienne la personne, fait des prestations sociales et administratives. D'autres métiers s'orienteront autour de la prévention, des bilans, du mode de vie... avec des formations de nutritionniste ou à la santé publique. Les tâches des professions médicales s'enrichissent : les infirmières vont ainsi pouvoir faire les rappels des vaccinations et le libre accès aux médicaments d'automédication devrait amener le pharmacien à un rôle un peu différent. Les professions essaient de trouver de nouveaux équilibres. Les médecins doivent considérer ces personnes comme des facilitateurs qui leur permettent de se concentrer sur leur cœur de métier. Il est possible de répartir les rôles en médecine, sous la houlette du médecin.

André DESEUR

Pour la médecine clinique, le projet Sofia expérimente de nouveaux modes de prise en charge des diabétiques ; il est développé par l'assurance maladie et permet l'intervention organisée, à l'initiative de la Caisse, de partenaires du médecin. L'intervention du médecin se réduit à quatre fois par an : il rédige les ordonnances et vérifie que les différents actes ont été réalisés. Le médecin n'a alors pas le temps de voir le patient mais remplit simplement des papiers : les cliniciens ne font alors plus de médecine.

Claude LE PEN

Dans certains pays, les médecins délèguent. Ce programme français de *disease management* repose sur l'idée que la Caisse prend en charge la médecine et éduque les patients. Sur l'organisation des tâches et la prise en charge des patients, les médecins sont concurrencés par les payeurs. Les médecins doivent trouver leur place dans ce système. Il existe un risque de dérive et les médecins résistent car il faut éviter de tomber dans un modèle de prise en charge administrative. Cette première expérience sera évaluée. Au moment où les ARS voyaient le jour, il fallait acter que les Caisses étaient les organismes premiers de la prise en charge et de la gestion de risque.

André DESEUR

Annie Podeur nous a dit que nous n'avions pas à craindre une étatisation de la médecine ; j'ai des doutes. Nous pourrions passer à une médecine de Caisse : une médecine de payeurs.

L'accès aux soins ne revient pas nécessairement à installer un médecin dans chaque commune. Quel financement est prévu pour des structures regroupées ? Il faut également prévoir le transport des personnes vers ces structures, transport qui n'est actuellement pris en charge ni par l'assurance maladie ni par la collectivité.

Claude LE PEN

Le regroupement médical éloignera le patient du cabinet. La médecine sera de plus en plus organisée en réseaux. Le regroupement médical et l'absence d'un médecin dans le village conduira à un changement de culture qui angoisse un peu les populations actuellement. Ce changement est pourtant nécessaire.

Les hôpitaux ont des zones d'attractivité qui peuvent relever de plusieurs ARS. La division administrative n'est pas forcément adéquate et pensée en fonction des zones d'attractivité.

André DESEUR

Une ébauche de découpage tient compte de la notion de distance en termes de temps. Sur les territoires où la population de soignants est limitée, il est possible d'utiliser les structures de la permanence de soins. Des difficultés se posent toutefois telles que le financement des locaux ou des personnels, moyens qui ne peuvent être assumés par les médecins.

Franck GINTRAND

Quelles sont les pistes les plus porteuses pour permettre au médecin d'optimiser le temps consacré aux patients ?

André DESEUR

Il s'agit des structures communautaires avec un point de soins et une permanence médicale assurée par plusieurs médecins qui occupent par ailleurs d'autres fonctions. Pour permettre à ce point central de fonctionner, il faut prévoir le financement de la structure par l'assurance maladie, les assurances complémentaires, les collectivités territoriales et l'Etat. Enfin, le médecin doit être dégagé du temps consacré à la gestion administrative de la structure et des relations avec ses interlocuteurs.

Claude LE PEN

Selon moi, il s'agit du regroupement, de la délégation de tâches - mais pas simplement administratives - et de la réconciliation du médecin libéral et du médecin hospitalier en prévoyant des passerelles entre l'exercice libéral et l'hôpital, à travers le retour du médecin libéral à l'hôpital notamment. Une logistique doit être mise en place pour que le patient ait l'impression d'être pris en charge dans le cadre de la coopération entre plusieurs praticiens.

Franck GINTRAND

Je remercie tous les participants pour cet intéressant débat.