

La liberté d'installation des médecins

Propositions

du Conseil national de l'Ordre des médecins,
des syndicats d'étudiants en médecine,
d'internes et de médecins

CNOM – 7 février 2008 -



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Le sujet de la liberté d'installation a été au cœur des débats sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale à la rentrée.

Conscient des problèmes rencontrés au quotidien, le Conseil national de l'Ordre s'est emparé du sujet pour chercher des solutions. **L'enjeu crucial est la conciliation de la liberté d'installation avec une offre de soins mieux répartie sur le territoire.**

Le 29 novembre dernier, le Conseil national a réuni l'ensemble des syndicats de médecins, pour travailler ensemble à des propositions de l'ensemble de la profession sur le sujet crucial de la liberté d'installation.

De cette réunion inédite, plusieurs points de consensus fort ont émergé entre les syndicats professionnels, les syndicats d'étudiants et les syndicats d'internes sur la question de la liberté d'installation.

L'ensemble des participants à cette réunion de travail ont bien évidemment exprimé leur attachement à **l'égard de l'accessibilité des soins pour tous** : l'offre de soin doit être considérée dans son ensemble et la médecine de ville ne doit pas être considérée comme la seule variable d'ajustement.

Parallèlement, pour l'ensemble de la profession, **la liberté d'installation est et doit rester un principe indiscutable**. Les mesures coercitives ne constituent pas une solution efficace. C'est dans une démarche de construction et de propositions que le Conseil national et les syndicats ont travaillé.

1. Sur la formation des jeunes médecins
2. Sur le soutien à l'installation
3. Sur les conditions de l'exercice du médecin
4. Sur la territorialisation

1. Sur la formation des jeunes médecins

La vision de la profession

Les étudiants en médecine sont très sensibles au sujet de la liberté d'installation et se sont exprimés à maintes reprises sur le sujet. Ils restent attachés à la possibilité d'exercer le métier de médecin généraliste dans les meilleures conditions.

L'exercice libéral apparaît aujourd'hui sous-étudié à la faculté. Ainsi, un étudiant en second cycle n'a aujourd'hui aucune formation en médecine générale ou en exercice libéral. Or les étudiants ne choisissent pas une option qu'ils ne connaissent pas. Ce constat vaut pour la spécialité médicale comme pour le lieu d'exercice. Il semble par conséquent nécessaire de faire profiter les étudiants d'une meilleure approche des métiers de la médecine libérale

Les propositions

- mettre en place une véritable pédagogie au sein de la faculté pour intéresser les étudiants aux défis de la médecine de demain ; un enseignement dirigé vers ces pratiques médicales devrait rendre les étudiants plus ouverts.
- améliorer la cohérence de la formation sur le mode libéral au long du cursus de médecine et revaloriser l'exercice de médecine générale, notamment en permettant de choisir son stage en fonction de son projet pédagogique.
- proposer la possibilité de faire des stages en médecine générale, de préférence au cours du deuxième cycle de médecine générale.
- former à la médecine mais aussi à la pratique de cette dernière et délivrer une meilleure formation, en particulier à la médecine générale libérale en milieu rural.
- développer un enseignement hors CHU ; la solution de la formation « interne sac à dos », qui consiste à détacher le budget de la formation de celui des hôpitaux, reste tout à fait méconnue ; les hôpitaux périphériques pourraient pourtant assurer une partie de la formation.
- augmenter le nombre d'enseignants en médecine générale.
- aider au choix d'orientation des étudiants, par l'organisation de manifestations spéciales telles que des forums de médecine au sein des universités.
- créer de véritables filières « médecine de ville » et « médecine hospitalière ».

Bien évidemment, si les règles de l'installation devaient changer, les étudiants devraient en être prévenus dès le début de leur cursus.

Le point de discussion : l'augmentation / la régionalisation du numerus clausus

Il apparaît nécessaire de repenser l'organisation du système, en respectant le principe de réalité. Ce dernier suppose d'évaluer le besoin en santé et de tenir compte du déclin programmé du nombre de médecins dans un certain nombre de régions. Cette évaluation des besoins doit se faire de manière indépendante. Il s'avère problématique que le numerus clausus soit fixé en fonction des besoins et non en fonction des capacités de formation. A l'heure où les flux d'étudiants s'accroissent considérablement dans les universités, la question des moyens de formation doit être étudiée.

S'agissant des ECN, la répartition des postes d'internes est d'ores et déjà régionale : un certain nombre de postes sont affectés dans les zones correspondant aux différentes facultés et un concours régional n'apporterait sans doute rien de plus au dispositif existant.

2. Sur le soutien à l'installation

La vision de la profession

La liberté d'installation constitue un principe fondamental du système de soin, et les étudiants en médecine et futurs praticiens y sont fortement attachés. Pour autant, cette liberté ne va pas de soi. Elle est aujourd'hui *de facto* restreinte. En effet, seuls les jeunes médecins particulièrement motivés s'installent en zone déficitaire. De plus, un grand nombre de médecins, en particulier généralistes, ne « s'installent » pas mais effectuent des remplacements. L'installation est donc le premier problème qui se pose, avant même celui de la liberté. De plus, si les zones surmédicalisées ou saturées sont souvent évoquées, la situation tend également à s'aggraver dans les grandes villes, dans certaines spécialités comme en médecine générale.

Les propositions

- mettre en place une politique d'accompagnement des jeunes et des étudiants dans le choix de leur installation, en rendant les conditions d'exercice attractives ;
- favoriser les contrats formation-installation ;
- mettre en place des organismes chargés de gérer les aides à l'installation et les aides à l'exercice afin qu'elles soient lisibles, en identifiant les besoins sanitaires, notamment grâce aux ARS ;
- définir le rôle de chacun dans le système de santé ;
- adapter le mode de rémunération pour permettre à un jeune médecin de travailler davantage et à un médecin plus âgé de « lever le pied » ;
- appliquer l'avenant n°20 et rendre le bonus définitif.
- **Redéfinir les zones déficitaires et fragiles ouvrant droit à certaines aides**
- **Créer un statut pour les remplaçants**

3. Sur les conditions de l'exercice du médecin

La vision de la profession

La question de la liberté d'installation a également des résonances plus globales avec les conditions d'exercice des médecins. **L'enjeu central consiste à maintenir les médecins dans un exercice médical.**

La problématique actuelle tient notamment au fait que la pénibilité, la rémunération et la charge de travail ne sont souvent plus adaptées aux aspirations de la profession. Si les déserts médicaux sont, certes, d'ordre géographique, ils sont également liés aux spécialités et aux modes d'exercice.

Parmi les enjeux, celui de dégager du temps médecin apparaît comme essentiel. La triple mission prévue par les Ordonnances Debré – recherche, soins, enseignement – n'a jamais été véritablement mise en œuvre. Depuis, une quatrième tâche doit être accomplie par les médecins : la tâche administrative. Il y a urgence à dégager du temps médical ; d'autant que la féminisation de la profession pose problème dans le cadre de la permanence des soins, et que les hommes médecins sont également demandeurs de temps libre.

Les propositions

- valoriser la pénibilité du travail et la sinistralité de la pratique ;
- rompre les barrières entre la ville et l'hôpital, afin de favoriser les évolutions de carrière et faciliter les passerelles d'une spécialité à l'autre ;
- favoriser la création de groupes pluridisciplinaires ;
- encourager la poursuite de l'activité au-delà de 65 ans ;
- éduquer les patients, notamment à la question du coût du soin (*via*, par exemple, l'entretien avec le médecin) ;
- rémunérer à sa juste valeur le travail du médecin ; le paiement à l'acte et le tarif de la consultation ne permettent pas de mettre en place un secrétariat conséquent ; par ailleurs, l'investissement n'est maximal que lorsque le travail est rémunéré, or nombre de tâches connexes ne le sont pas dans le système actuel ;
- créer un statut d'assistant médecin ;
- redéfinir le rôle de chacun des acteurs de soin, notamment par la délégation de tâches ;
- s'inspirer d'expériences étrangères prévoyant la prise en charge partielle par l'Etat de la rémunération des secrétaires médicales.
- permettre un véritable exercice mixte, par exemple en début de cursus, via notamment un temps partiel revalorisé

Point de discussion : le statut du médecin

Le statut du médecin apparaît comme un point à affiner. Le statut d'hospitalo-universitaire est important, même si le statut de PUPH pose certains problèmes. En effet, cette spécificité a protégé les facultés de médecine des dérives observées à l'université. L'Ordre a fermement soutenu ce statut que certains souhaitaient voir remis en cause.

Par ailleurs, le sujet de la rémunération est celui qui prête le plus à discussion. La loi de santé publique de 2004 prévoit que la prévention soit rémunérée ; le mode de rémunération est capital. Sur ce point, l'introduction d'une part de capitation permettrait de favoriser les passerelles entre la ville et l'hôpital et de refuser parfois les demandes du patient, lorsqu'elles ne sont pas justifiées.

Les modalités de rémunération doivent en effet évoluer. Le rapport Grall va jusqu'à proposer une forfaitisation totale. Le mode de rémunération risque en tout cas de faire l'objet de divergences. La définition des modes d'exercice et des coûts supplémentaires liés à chacun permet d'aborder la question différemment. Une solution proposée consiste à diversifier les modes de rémunération. La rémunération par capitation aboutirait à une course au patient, de la même façon que le paiement à l'acte pousse à la course à l'acte.

4. Sur la territorialisation

La vision de la profession

Le contexte actuel se caractérise à la fois par : un nombre de médecins élevé mais une demande médicale en croissance, un problème de répartition de l'offre sur le territoire.

Par ailleurs, la médecine de premier recours est celle qui pose un problème de territoire. Or les élus territoriaux souhaitent que la profession couvre la permanence des soins, l'aide médicale urgente, la continuité des soins et la santé publique. Plusieurs études doivent être menées pour aboutir à l'élaboration d'un cahier des charges adressant ces quatre piliers de l'offre (mutualisation des ressources humaines, aides à la gestion des cabinets, aide à la convention et au contrat).

L'étude de l'existant doit être régionalisée, pour correspondre au plus près à la réalité. Les praticiens de terrain semblent les mieux placés pour identifier leurs besoins, même s'ils ont besoin d'experts pour structurer leur réflexion.

A l'issue de l'installation, il convient de veiller à éviter les départs en garantissant une pratique en réseau. Les jeunes aspirent effectivement à exercer la médecine en collaboration avec d'autres professionnels de santé pour une meilleure prise en charge du patient. La question doit être abordée en tenant compte du fait qu'un médecin ne fera sans doute pas toute sa carrière au même endroit, pour des raisons personnelles, professionnelles et familiales.

Les propositions

- mettre en place des mesures incitatives, autour de l'aménagement du territoire et des modes d'exercice qui peuvent être proposés aux jeunes médecins ;
- créer des centres de consultation avancés ou /et des maisons pluridisciplinaires dans lesquelles certains médecins pourraient faire des vacations et pas seulement s'y installer / ou encore création de pôles de santé libéraux dans lesquels un médecin de cabinet pourrait également venir exercer ;
- favoriser la politique de création des maisons de santé de proximité ;
- créer un comité départemental de la démographie médicale ;
- valider le travail de structures régionales coordonnées par une instance nationale chargées d'évaluer les besoins, indépendamment des instances décisionnelles ;
- doter les agences régionales de santé des moyens nécessaires pour mettre en place des mesures incitatives adaptées ;
- impliquer les collectivités territoriales dans l'aménagement de zones sous-médicalisées, afin d'attirer des professionnels ;
- autoriser la médecine « foraine », pour permettre à des médecins généralistes de devenir multi-sites.

Conclusion

La liberté d'installation doit être défendue tout en assurant l'accès aux soins de l'ensemble de la population, ce qui nécessite une meilleure connaissance des besoins et des demandes de la population et implique une meilleure connaissance de l'activité médicale effective et pas seulement de la démographie. L'éducation de la population doit par ailleurs être collective (Etat, Caisses d'assurance maladie, Conseil de l'Ordre).

Les solutions résident dans trois domaines : la formation, l'organisation de l'installation et l'organisation de l'exercice et de sa possible évolution. L'Etat constitue notre interlocuteur mais se défait de ses responsabilités sur la CNAM.

Mettant ses structures régionales au service de tous, l'Ordre réclame l'engagement de l'Etat.