**-Perspectives, solutions au manque de généralistes en Seine-Saint-Denis**

Au vu de tout ce qui a été dit, il apparaît indispensable de trouver rapidement des solutions pour améliorer le problème de la démographie médicale en Seine-Saint-Denis.

De nombreuses propositions ont été faites par différents acteurs de la politique de santé en France (ministère de la santé, rapport Berland (34), loi HPST, CPAM, URLM, syndicats.) Il existe des solutions s’articulant sur plusieurs axes pour améliorer l’état de la médecine générale.

- inciter les étudiants à s’orienter vers le DES de Médecine Générale

- faire en sorte que les internes exercent effectivement la Médecine Générale

- favoriser l’installation des médecins généralistes dans les zones déficitaires

- cas particulier de la Seine-Saint-Denis

Le préalable à toutes ces mesures est de définir précisément les besoins de santé, en termes d’accessibilité aux soins, sur l’ensemble du territoire.

Ces besoins de santé doivent être issus d’une étude précise de l’état de santé d’une population (en prenant en compte les contextes démographiques, socio-économiques, géographiques …) ainsi que de l’élaboration d’objectifs de santé.

La prise de conscience relativement récente des problèmes de démographie médicale en France a mis en évidence que les outils de pilotage de la démographie médicale ont été très longtemps négligés. Il apparait désormais primordial d’anticiper les évolutions et les déséquilibres futurs de la démographie médicale en mettant en place des structures coordonnées  pour

- identifier et rassembler des données permettant de nuancer les données démographiques, (information sur le temps de travail, activité …)

- organiser un dispositif d’observation de la démographie des professions de santé au niveau régional, autour d’un observatoire national.

-partager les produits de l’observation démographique

- mettre en place un dispositif capable d’évaluer l’influence des mesures proposées.

La création des ARS par la loi HPST de juillet 2009 (35) portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires va dans ce sens. Les ARS ont été créées afin d’assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d’accroître l’efficacité du système. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé.

Elle concentre les pouvoirs dévolus à sept services de l’état et de l’assurance maladie (DDASS, DRASS, URCAM, le service maladie de la CRAM, une partie du DRSM, MRS, GRSP, ARH) (36)



**1-Améliorer la formation initiale**

Pour remédier au manque de médecins généralistes en particulier libéraux, il apparait indispensable de prendre des mesures au niveau de l’organisation des études de médecine.

Tout d’abord, **mettre en place une augmentation progressive et raisonnée du numérus clausus,** défini selon des plans pluriannuels afin d’éviter les effets « yoyo » habituels.

On pourrait également envisager de **diversifier les profils de recrutement des étudiants en médecine** en orientant la première année de médecine de manière à éviter un mode de sélection basé sur des épreuves n’ayant aucun rapport avec la médecine.

En ce qui concerne l’ENC, la répartition des postes doit être corrélée aux besoins géographiques régionaux. Il faudrait obtenir une adéquation la plus stricte possible entre le nombre de postes proposés et le nombre d’étudiants participant aux choix.

Il faut surtout **s’appliquer dès le début du cursus médical à faire connaitre la médecine générale aux étudiants en médecine.**

Actuellement, l’ensemble de la formation médicale, que ce soit les cours théoriques ou les stages pratiques est axé autour de la médecine hospitalière. En revalorisant la médecine générale, en l’intégrant pleinement à la formation théorique, celle-ci provoquerait probablement plus d’engouement.

Il faudrait dès le deuxième cycle éclairer les étudiants sur les grands champs disciplinaires et les différents modes d’exercice, les sensibiliser à la démographie médicale, tant pour leur donner des projets que pour leur donner les outils qui leur permettront de raisonner sur une future installation.

Il faudrait également introduire **des cours d’initiation au domaine comptable** et juridique de manière à dédramatiser le problème de l’entreprise libérale.

Ces enseignements se mettent en place en troisième cycle depuis quelques années grâce au dynamisme des départements de médecine générale et sont un grand progrès.

Il faut surtout continuer à **mettre en place le stage de médecine en deuxième cycle et ceci pour tous les étudiants**. En effet, bien que reconnu indispensable par tous les acteurs du monde de la santé, son application est encore très restreinte, en partie en raison du manque de moyen et de lieux de stage.

Il faudrait pour cela, de même que pour les stages de troisième cycle pour les internes, **promouvoir et** **revaloriser le statut de maitre de stage** d’une part, et trouver de nouveaux terrains de stage d’autre part.

Il apparait par exemple très intéressant de **développer des structures ambulatoires** **de formation** pouvant accueillir des étudiants de deuxième et troisième cycle avec un encadrement étroitement lié à la filière universitaire de médecine générale . Ces structures type SUMGA(Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoires ) ou désormais maisons de santé pluridisciplinaires ( MSP ) pourraient accueillir les étudiants en zones déficitaires pour leur faire connaitre l’exercice de la médecine en zones difficiles ou rurales, en organisant l’enseignement en fonction de leur emploi du temps ( par exemple grâce à la visioconférence ) et en prenant en charge leurs frais de déplacement et éventuellement de logement .

En ce qui concerne les stages d’internes, il faudrait **privilégier les stages au sein des** **hôpitaux périphériques ou locaux** , en y mettant les moyens nécessaires pour leur permettre d’obtenir l’agrément de terrain de stage, s’assurer que ces stages soient validant pour la maquette de médecine générale et les rendre attractifs pour les étudiants (réouverture des internats, logements de fonction, indemnités de déplacements) .

Il a été également proposé de développer le financement des postes d’internes indépendamment des budgets des hôpitaux en développant le concept d’ « interne escargot » ou « interne sac-à-dos » (budget alloué à un interne pour le financement de son cursus, indépendamment des stages effectués).

Enfin, il est très important de **poursuivre la mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale** .Créée en janvier 2008, celle-ci grandit peu à peu sur le terrain. Elle est le fruit d’une lutte permanente menée tant au niveau national qu’au niveau local. Des postes de Professeurs Universitaires de Médecine Générale, de Maitres de Conférence de Médecine Générale et de chefs de clinique de Médecine Générale se créent progressivement. Il est important également de développer la recherche en médecine Générale.

Cela permettra un meilleur enseignement, une meilleure crédibilité et une meilleure attractivité de la médecine générale.

**2- Favoriser les installations**

Il faut ensuite s’intéresser aux mesures pouvant favoriser l’installation des jeunes médecins en médecine générale libérale.

Pour favoriser l’installation des médecins en zones sous médicalisées, des mesures coercitives ont été envisagées.

Les mesures de l’avenant 20 signé en 2005 ouvraient la voie à des mesures coercitives de déconventionnement sélectif dans certaines zones surmédicalisées.

Les réactions à cette mise en péril de la liberté d’installation ont été très fortes de la part des médecins. Ceux ci ne croient pas à l’efficacité des mesures contraignantes à l’installation. Les exemples dans d’autres pays tels que l’Allemagne ou le Québec montrent les effets inefficaces de ce type de mesure.

Pour l’instant, les mesures coercitives ont été écartées au profit des **mesures incitatives**.

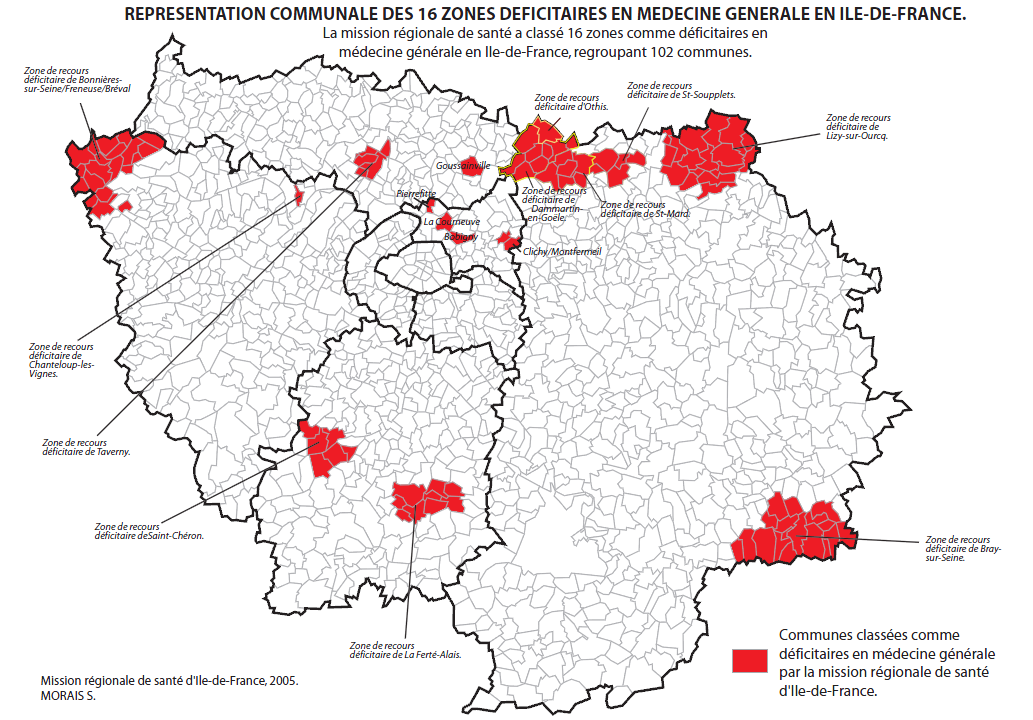
Il existe de nombreuses mesures incitatives à l’installation en zones sous-médicalisées. (37)

Des zones déficitaires ont été définies par les MRS par plusieurs critères :  
- Le territoire de référence (communes, communautés de communes, bassins de vie ou cantons) ne doit pas être inférieur à 1 500 habitants. - La densité médicale doit être inférieure de 30% à la moyenne nationale, soit environ  moins de 0,7 médecin généraliste pour 1 000 habitants. - L’activité médicale des médecins de la zone doit être supérieure de 30 à 50 % par rapport à la moyenne nationale. Ces critères peuvent être élargis, et prendre en compte :

- La part de la population de plus de 75 ans, supérieure d’au moins de 10% par rapport à la  moyenne régionale.

- Le délai d’accès au médecin généraliste supérieur à 20 minutes.

- Des fragilités territoriales spécifiques : zones de revitalisation rurale, zones urbaines sensibles…



**En Seine Saint Denis, il y a 4 zones déficitaires : Bobigny, La Courneuve, Pierrefite et Clichy-sous-Bois/Montfermeil.**

Des dispositifs de soutien à l’installation ou au maintien en zones déficitaires en offre de soins sont mis en place.

Ces dispositifs trouvent leurs fondements dans la Loi relative à l’Assurance Maladie (2004), la Convention signée en 2005 entre l’Assurance Maladie et les Médecins Libéraux et les Lois de Financement de la Sécurité Sociale. Les modalités de mise en œuvre des dispositifs d’aides à l’installation prévus sont précisées par décret d’application ou par avenants à la Convention après négociations entre les partenaires conventionnels.

La première mesure de soutien à l’installation des médecins en zone déficitaire a été mise en place en janvier 2006 (décret 02/01/06) dans le cadre du dispositif du médecin traitant.

Sont exonérées des pénalités qui s’appliquent au patient hors parcours de soins, pendant 5 ans, les consultations assurées ou prescrites par un généraliste :   
• qui s’installe dans une zone désignée comme déficitaire.  
• qui exerce dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone désignée comme déficitaire.  
• ou qui s'installe pour la première fois en exercice libéral.   
    
Les pénalités évitées au patient concernent la majoration de 10% du ticket modérateur et les dépassements appliqués quand il est « hors parcours de soins ».  
Durant la période d’application de ce dispositif, les patients sont donc dispensés de consulter au préalable leur médecin traitant pour consulter un médecin dans cette situation.

Cette mesure allège les conditions d'installation en secteur libéral des jeunes médecins et des généralistes qui font le choix de s'installer dans une zone où l'offre de soins est déficitaire. Elle doit leur permettre de se constituer progressivement une patientèle alors même que celle-ci, conformément à la législation en vigueur, a déjà choisi son médecin traitant. Sont concernés les médecins installés ou s’installant dans ces zones et qui exercent  la médecine générale en groupe.

La seconde mesure de soutien à l’installation ou au maintien des médecins en zone déficitaire est mise en œuvre par la signature de l’avenant n° 20 à la Convention avec les Médecins Libéraux. Il s’agit d’une option conventionnelle à laquelle le médecin généraliste qui exerce sous Convention peut adhérer, sous réserve de répondre aux conditions posées par le texte.   Cette option est destinée à favoriser l’installation et le maintien des médecins généralistes libéraux conventionnés dans les zones déficitaires, en les incitant à :

 - s’installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires.   
L’exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;

- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires, ce qui permet d’alléger la charge de travail et également de s’absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue.

Le médecin qui adhère à l’option bénéficie d’un accompagnement personnalisé par un correspondant identifié au sein de la CPAM. L’aide est aussi financière et prend la forme d’un forfait annuel représentant 20 % de l’activité du professionnel dans la zone concernée.

 Par son adhésion à l’option conventionnelle, il prend les engagements de : - rester en exercice dans la zone éligible à l’option pendant 3 ans - participer à la Permanence des Soins - favoriser les collaborations libérales   
- recourir à des remplaçants pour assurer la continuité des soins  
- permettre des vacations de médecins spécialistes ou auxiliaires médicaux  
- participer avec l’Assurance Maladie au projet d’évolution de la  démographie de la zone.

Des aides financières ont également été mises en place pour aider au remplacement certains médecins de zones rurales ou de zones franches urbaines.

Il existe également des aides sous forme d’exonérations fiscales :

- L’exonération de la taxe professionnelle est possible par délibération des collectivités territoriales en zone de revitalisation rurale et dans les communes de moins de 2000 habitants.

- L’exonération de l’impôt sur les revenus pour toute nouvelle installation en zone de revitalisation rurale et zone franche urbaine.

- L’exonération de l’impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an sur la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone déficitaire.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également attribuer des aides destinées à favoriser l’installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires. A cette fin des conventions sont passées entre les collectivités et groupements, les organismes de sécurité sociale et les professionnels concernés.

Elles peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales de  garde.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu’ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires.  
  
Une indemnité d’étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités territoriales et leurs groupements à tout étudiant en médecine à partir de la première année du troisième cycle s’il s’engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années dans les zones déficitaires.

L’ensemble de ces aides est regroupé dans des tableaux que l’on retrouve sur le portail *instalsanté* de l’URCAM. (Annexe 6)

L’URCAM a mis en place des outils pour aider à l’installation des jeunes médecins. Avec *cartosanté* et *instalsanté*, ceux-ci peuvent avoir des informations précises sur la démographie médicale du lieu où ils souhaitent s’installer et des aides mises à leur disposition.

Mais malheureusement l’ensemble de ces mesures est extrêmement mal connu .Il y a un très fort manque d’information et de communication en particulier envers les jeunes médecins.

Il **faudrait renforcer la formation des internes de troisième cycle et même des étudiants en deuxième cycle sur les modalités d’installation avec multiplications des supports d’information** (sessions de cours, internet, supports papiers …) et en particulier sur tous les avantages que l’on peut avoir en s’installant en zones déficitaires.

L’URLM d’Ile-de-France a créé dans ce sens un portail d’aide à l’installation des médecins : le site internet « soigner en Ile-de-France » qui rassemble toutes les informations pouvant faciliter l’installation des médecins en libéral (conseils, cartographie, témoignages). (38)

Il faudrait **aboutir à un guichet régional unique pour l’installation** (orientation du professionnel entre tous ses interlocuteurs : URCAM, CPAM, Ordres, URML, ARS et coordination des informations et des aides) avec coordination nationale.

D’autre part, ces mesures apparaissent pour beaucoup insuffisantes. Les principales propositions évoquées sont :

-Redéfinition des zones déficitaires sur des critères différents (structures démographiques des populations et des professionnels de santé, équipements sanitaires, paramètres socio économiques...) et élargir aux zones fragilisées en terme d’offre de soins les mesures d’incitations prévues aux zones sous médicalisées.

-Mise en place d'aides ponctuelles lors de l'installation et des premières années de celle-ci (primes, prêts à taux réduit pour les frais d’installation, diminution de charges, création d’un « forfait installation », lissage des prélèvements URSSAF et CARMF,...) mais aussi et surtout la mise en place de mesures pérennes tout au long de la carrière du médecin (ex : création de rémunérations forfaitaires complémentaires à moduler selon le lieu d'installation, prêts à taux réduit pour les frais d'exercice, révision de la taxe professionnelle, réévaluation des actes techniques coûteux en temps et en matériel, création de zones franches avec abaissement de charges fiscales et sociales, d’amortissement accru des véhicules, accompagnement individualisé du conjoint ou de la conjointe, notamment pour l’aider à trouver un emploi en adéquation avec sa qualification…).

- Il convient parallèlement de mener une politique d’aménagement du territoire forte et volontaire afin de permettre le développement de certaines régions et les rendre attractives : maintien des services publics et des commerces, garantir le développement de techniques modernes de communication (internet haut débit) …

**-Application pleine et efficiente du "moratoire jeune installé"** et information adéquate auprès des usagers. En effet, le moratoire à l’installation permet à un patient de consulter un médecin généraliste différent de son médecin traitant, installé depuis moins de cinq ans, et ceci sans pénalité financière. Cette mesure existe théoriquement depuis le 02/01/2006 mais ne sera réellement efficace qu’après une campagne d’information active de l’Assurance Maladie auprès de ses assurés.

**- Ecarter** **définitivement toute menace de conventionnement sélectif à l’installation** et/ou de conventionnement individuel.

- Application des lois votées depuis plusieurs années :

Par exemple, la loi relative au développement rural prévoit des indemnités de logement et de déplacement pour les internes de médecine générale, lorsqu’ils effectuent leurs stages en zone déficitaire. Le décret du 30/12/2005 doit être mis en pratique dans les plus brefs délais afin de promouvoir les terrains de stage ambulatoires dans ces zones difficiles (stages chez le praticien, 6ème semestre en SUMGA, terme remplacé par maison de santé pluridisciplinaires depuis la loi HSPT de 2009)

Appliquer davantage et élargir aux zones non déficitaires la loi sur les indemnités d’étude et de projet professionnel pour les internes s’engageant à exercer au moins 5 ans dans une zone déficitaire.

Par exemple des bourses à l’installation de 1000 euros par mois sur trois ans, financées par le conseil général de Seine-et-Marne, ont été créées en échange d’un engagement à exercer cinq ans dans une zone fragile du département. De même certains départements comme la Sarthe qui mène une politique d’attractivité très active mettent en place des mesures de ce type.

**3-Meilleures conditions d’exercice**

Les conditions d’exercice actuelles sont un frein à l’installation en médecine générale. Les jeunes médecins d’aujourd’hui aspirent à une meilleure qualité de vie et à une moindre charge de travail que leurs aînés.

Cette envie de sortir du caractère sacerdotal de l’exercice de la Médecine Générale passe par plusieurs aspects.

Tout d’abord, il convient d’**organiser la permanence de soins** avec notamment la confirmation du volontariat et le développement des maisons médicales de garde. Il faut réorganiser les territoires de gardes afin qu’un médecin ne soit pas de garde plus d’un soir par semaine et plus d’un week-end par mois, généraliser les permanences de soins téléphoniques par un médecin n’étant pas forcément un médecin régulateur du SAMU mais pouvant être un médecin généraliste formé pour cela.

Pour diminuer les nombres de visites à domicile qui prennent beaucoup de temps, il faut d’abord éduquer la population et privilégier celles-ci seulement pour les personnes à mobilité réduit. Pour une partie de ces personnes, on peut même envisager d’organiser des transports vers les lieux de consultations.

L’accès aux FMC doit être favorisé et organisé pendant le temps de travail et non pas en sus.

Il faudrait **améliorer les conditions de protection sociale des médecins libéraux,** en particulier pour des longues maladies ou de la maternité car si depuis 2006 les femmes installées en libéral bénéficient d’un congé maternité aligné sur celui des femmes salariées, la prise en charge est encore insuffisante, en cas de grossesse pathologique par exemple il n’y a pas de prise en charge avant le 90 ème jour.

Il faudrait **rendre plus** **facile pour les médecins l’accès aux remplacements** :

-En donnant aux remplaçants un véritable statut et en assouplissant les conditions de remplacement.

-En centralisant toutes les demandes de remplacements région par région et en les diffusant dans les facultés de médecine (au sein des Observatoires Régionaux ou via un site Internet de l’URCAM par exemple).

-En créant une prime au remplacement dans les zones sous médicalisées, incitant les jeunes médecins remplaçants à découvrir ces régions et exercices (limite de temps à prévoir pour ne pas pérenniser le remplacement au détriment de l’installation) et une fiscalité spécifique allégée pour les remplacements en zones défavorisées. En plus de l’indemnité de remplacement versée au praticien dans le cadre des CBP (Contrats de Bonnes Pratiques), le FORMMEL (Fonds de Réorganisation et de Modernisation de la Médecine Libérale) par exemple pourrait financer des primes de remplacement versées directement aux remplaçants. De manière globale, ces mesures financières ne sauraient s’envisager de manière isolée, comme c’est le cas pour les mesures d’aide au remplacement en zone déficitaire prévues dans le Plan Démographie Médicale 2006, qui ne répondent ni aux attentes ni aux besoins des futurs généralistes.

- En supprimant la clause de non installation dans la zone du médecin remplacé plus de 3 mois pour les zones déficitaires.

La plupart des médecins interrogés déplorent le temps passé à des tâches annexes telles qu’administratives ou sociales. Un médecin devrait pouvoir se concentrer sur le soin, or une grande partie de son temps est autre.

Il faudrait pouvoir organiser une **délégation des tâches** en optimisant les compétences de chacun.

Du point de vue administratif**,** il faudrait améliorer de nombreux points avec la CPAM (difficultés de remboursements, développer la réalisation des arrêts de travail ou protocoles de soins en ligne) et décharger les professionnels de santé des tâches logistiques.

On pourrait imaginer la mise en place de secrétariats téléphoniques sur place ou délocalisés soulageant et coordonnant l’activité des médecins exerçant en cabinet isolés dans une zone géographique définie, en les déchargeant en partie ou en totalité de leur coût.

Il faudrait pouvoir déléguer davantage la gestion des problèmes sociaux et de maintien au domicile aux professionnels qualifiés (assistantes sociales, ergothérapeutes …), développer les organismes d’aides au maintien à domicile gérant le passage des différents intervenants.

On parle actuellement de déléguer certaines tâches médicales à d’autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens) par exemple certains suivis et renouvellements d’ordonnances de maladies chroniques (hypertension, diabète) ou certains actes au cabinet (prise de tension, pesée des bébés.).

Annoncée par le rapport Berland en 2002, cette délégation de tâches par des infirmières par exemple est le sujet d’expérimentations de plus en plus nombreuses depuis 2003 et son développement au sein des pôles de santé est prévu par la loi HSPT de 2009.

Actuellement, il apparaît comme opportun d’adapter les modes d’exercice, de construire des nouvelles formes d’organisation libérale de la profession.

Beaucoup s’accordent sur l’intérêt de **favoriser le regroupement des professionnels de santé :** dans des cabinets de groupe ou des maisons de santé regroupant des médecins et autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, dentistes …) , ou en regroupant ou mutualisant des cabinets isolés.

La loi HPST 2009 prévoit la réorganisation de la santé primaire dans ce sens avec le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des pôles de santé pluridisciplinaires (PSP), dont les principes sont :

-exercice pluridisciplinaire de premier recours

-dossier médical partagé et système d’information fiable et sécurisé

-activité globale en soins primaires : prévention, éducation thérapeutique

-accueil de professionnels de santé en formation

-pratique des tarifs opposables

-participation à la permanence des soins organisée

-protocolisation et harmonisation des pratiques

-délégation des tâches entre médicaux et paramédicaux

-articulation avec les établissements de santé et les réseaux de santé

En France, plus d’une centaine de maisons de santé ont été créees, plusieurs projets sont en cours de création ou d’expérimentation et il semble possible que l’avenir de la médecine libérale se situe dans ce système. (39) (40)

Il faudrait pour encourager ces installations diminuer l’investissement financier en proposant un système locatif attractif, les collectivités locales ou régionales pourraient par exemple mettre des locaux à disposition ainsi que prendre en charge les services de secrétariat, entretien, informatisation, logistique…

Des subventions des villes et des collectivités locales sont déjà mises en place pour des maisons de santé en cours de création .Cela reste à clarifier et à développer.

Les différentes structures juridiques régissant l'installation en groupe doivent être clarifiées.

Les nouveaux outils informatiques doivent servir au développement de la télémédecine et permettre de relier les cabinets isolés entre eux et avec les maisons médicales, de gérer conjointement les dossiers médicaux en temps réel, en utilisant par exemple le Dossier Médical Partagé, et de créer un réseau avec l’hôpital.

Il faut **promouvoir et élargir le statut de collaborateur libéral**. Il faut développer l’information sur ce statut mal connu qui permet une installation ou une intégration dans un groupe. Ce système doit se voir élargi en relation avec le conseil de l’ordre afin d’obtenir un système plus souple, évolutif et ne menant pas nécessairement à l’intégration dans un groupe.

Il faut **favoriser de nouvelles formes d’exercice** plus souples et plus adaptées aux aspirations actuelles :

-permettre l’exercice en cabinet secondaire.

-créer la possibilité d’exercice en cabinet multisites pour venir au plus près des populations éloignées.

-envisager l’aide au développement d’équipes mobiles dans certaines zones.

-favoriser l’exercice mixte : permettre aux médecins généralistes d’accéder à des postes hospitaliers à temps partiel ou un accès à l’exercice salarié dans les maisons médicales et revaloriser les postes à temps partiel et les vacations.

Enfin, pour attirer les médecins généralistes, il faut revaloriser la médecine générale ce qui passe d’abord par **une revalorisation conventionnelle.**

La reconnaissance de la spécialité Médecine Générale pourtant dans les lois depuis la réforme de l’ENC a dû faire l’objet de longues revendications et actions pour obtenir la promesse de l’alignement du C sur le Cs qui devrait avoir lieu en janvier 2011.

Plus globalement, nous ne pourrons faire l’économie d’une large réflexion sur le mode de rémunération des médecins généralistes. Il paraît en effet évident que la seule rémunération à l’acte n’est plus adaptée aux missions du médecin (prévention, éducation, synthèse, coordination) .On pourrait envisager de diversifier cette rémunération en offrant, en plus ou à la place du paiement à l’acte, le choix de rémunération complémentaires ou alternatives (forfaits, rémunération à la performance).

**4- le cas particulier de la Seine-Saint-Denis**

Comme nous l’avons vu, la pénurie de médecins généralistes est nationale, sur tout le territoire français, mais il est majeur en Seine-Saint-Denis .Il n’y a pas de solutions miracles pour résoudre ce problème mais en plus des propositions vues précédemment, on peut développer certains points particuliers pour ce département.

Le préambule est tout d’abord la prise de conscience des pouvoirs publics qui commence à se faire doucement comme le montre l’intervention d’ouverture de la Conférence régionale de santé du 16/12/09 de Pascal Popelin, vice-président du Conseil général Premier adjoint au maire de Livry-Gargan (41).

Tout d’abord, il **faudrait favoriser les études de médecine chez les étudiants de Seine- Saint- Denis.**

Les études ( en particulier celle de la DRESS en 2006 ) montrent que les médecins sont d’abord enfants de cadres supérieurs (45 % des cas – 51 % chez les seuls spécialistes libéraux), puis de professions intermédiaires (17 %), d’artisans-commerçants (15 %), d’employés (11 %), d’ouvriers (8 %) et enfin d’agriculteurs (4 %). La DREES a aussi mis en avant une spécificité de la carrière médicale : la reproduction sociale, écrivant que « la forte proportion de médecins issus de familles de cadres et professions intellectuelles supérieures est sans doute due en partie à la forte propension des enfants de médecins à embrasser eux-mêmes la profession ». (42)

Compte tenu des caractéristiques socio-économiques de ce département, il y a une proportion plus faible d’étudiants en médecine venant de Seine-Saint-Denis.

Or nous avons vu que les médecins ont tendance à s’installer près de leur lieu d’habitation, d’études ou de stages.

Il faudrait donc d’abord promouvoir les études de médecine dans ce département en donnant des informations précises aux lycéens, en attribuant des bourses, des prises en charges matérielles (logement …) et financières pour la toute la durée des études, mais aussi en ayant une politique de soutien scolaire et d’éducation plus adaptée dès le début du cursus scolaire.

Ensuite il faudrait développer au cours des études en particulier au cours du troisième cycle, les stages dans ce département que ce soit ambulatoires ou hospitaliers pour faire connaître et apprécier cet environnement aux internes et qu’ils s’y implantent plus naturellement ensuite et pour cela :

* Développer et rendre validant les stages en périphérie.
* Démystifier les stages en CHU comme étant les seuls stages nobles voire rendre obligatoire un stage en périphérie.
* Multiplier le nombre de sites d’accueil entre autre en promouvant le statut de maitre de stage et en le rendant plus attractif.
* Proposer des indemnités de transport et de logement aux étudiants et aménager les emplois du temps pour rendre compatibles les stages et les cours théoriques.

Il faudrait également intégrer lors de la formation théorique les spécificités de la médecine générale en Seine-Saint-Denis (prise en charge multiculturelle, précarité, etc.)

Il faut s’appliquer à rendre plus attractives les installations grâce aux mesures citées précédemment en particulier élargir la définition des zones déficitaires bénéficiant des aides et exonérations à l’ensemble du département.

Il faudrait réfléchir à l’harmonisation de l’offre de soins et en partenariat avec les élus locaux à l’intégration des professionnels de santé dans les plans d’urbanisme.

La Seine-Saint-Denis est un des départements français où le taux d’agression est le plus élevé. L’étude de l’URLM (26) montre que les problèmes d’insécurité sont une source de réticence importante (44 % des médecins du 93 interrogés).

Pour aider les médecins généralistes, le conseil départemental de l’ordre des médecins a mis à leur disposition un livret de sécurité (43).

Celui -ci réalisé en partenariat avec la direction territoriale de la sécurité de proximité de la Seine-Saint-Denis apporte des informations complètes sur les mesures de protection telle que la télésurveillance, la conduite à tenir en cas d’agression avec en particulier une ligne téléphonique dédiée pour les professionnels de santé, les coordonnées des commissariats et des conseillers ordinaux référents pour chaque commune.

En outre, il informe sur la mise en place dans chaque commissariat de Sécurité de Proximité de Seine-Saint-Denis :

-d’un policier Prévention Communication qui est notamment chargé d’organiser la prise d’un rendez-vous pour déposer plainte ou une main courante, d’orienter et conseiller dans les démarches et de renseigner en matière de prévention situationnelle ;

-d’un policier référent Aide aux victimes notamment chargé d’orienter vers les structures de prise en charge des victimes (psychologues de la Police Nationale, association d’aide aux victimes, intervenants sociaux…)

- d’un policier référent sureté. Il s’agit de policiers spécifiquement formés à la prévention situationnelle. Affectés au sein de l’Unité de Prévention et de Sécurité Urbaine, ces policiers sont en mesure de réaliser un diagnostic de sécurité ou de rédiger des recommandations pour améliorer la sécurité des médecins.

Les coordonnées de ces policiers sont données pour chaque commune.

Pour lutter contre l’insécurité, on pourrait également envisager d’accompagner les médecins en visite en particulier la nuit par un vigile.

Enfin, comme dans les autres départements français, les médecins généralistes sont touchés par le burn out .Selon l’étude de l’URLM de Bourgogne de 2003, les taux d’épuisement émotionnel sont élevés chez 43% des médecins, une dépersonnalisation des patients chez 40% d’entre eux et un accomplissement faible dans 30% des cas. Le taux de suicide s’élèverait à 8% pour la profession médicale contre 5% pour la population générale. (44)

En Seine-Saint-Denis, le conseil départemental de l’ordre a mis en place depuis avril 2008 des réunions trimestrielles pour les médecins généralistes.

Une première phase de concertation a eu lieu, avec des questionnaires et des réunions pour voir le ressenti et les principaux problèmes rencontrés par les médecins.

Ensuite des réunions ont lieu régulièrement sur différents thèmes (relations avec la caisse d’assurance maladie, insécurité, PMI) dans le but d’une part de permettre aux médecins de s’exprimer et d’être soutenus et d’autre part de mettre en relations les différents acteurs de santé. (45)

Au niveau régional, l’AAPML (Association d’Aide Professionnelle aux médecins libéraux), tente depuis 2005 d’apporter un soutien aux professionnels de santé avec la création d’une structure d’écoute avec en particulier la mise en place d’une plate forme téléphonique. (46)

D’après une enquête réalisée en 2009,80% des libéraux ont plébiscité la mise en place d’une médecine préventive totalement indépendante de l’ordre ou de l’hôpital. A l’instar d’autres départements, la Seine-Saint-Denis pourrait mettre en place des structures dédiées au soin des médecins dans le respect de l’anonymat.