

# FORUM DEMOGRAPHIE MEDICALE

## Conférence débat

Chasseneuil du Poitou, Novotel, 11 avril 2006, 18 h

## « Installation, quelles solutions ? »

Introduction : Mademoiselle Julie BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF)

Conclusions des ateliers : Madame GORSE et Monsieur FLAMENT, URCAM

Les attentes des professionnels : témoignage d'un médecin généraliste exerçant en milieu rural

- Docteur LANDROT, Médecin Généraliste dans la Vienne

Médecins et autres professionnels de santé, quelles collaborations, quelles complémentarités ?

- Docteur BRECHOIRE, Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres
- Docteur LANNAUD, Médecin Généraliste dans les Deux-Sèvres

Quels dispositifs régionaux et locaux mis en place pour lutter contre la désertification médicale ?

- Madame DABAN, Conseillère Régionale au Conseil Régional de Poitou-Charentes
- Monsieur FAVREAU, Président du Pays de Gâtine
- Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM

Débat avec les participants

Conclusion : Monsieur HINERANG, Président de l'URCAM

## **Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM**

Pourquoi ce forum aujourd'hui ?

Dans dix huit zones de la région, la population connaît un problème d'accès aux soins faute d'un nombre suffisant de médecins généralistes.

Au niveau de la Mission Régionale de Santé, les investigations ont été, dans un premier temps, limitées aux médecins généralistes. Demain suivront les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Les élus sont sollicités. La population, constatant le départ de professionnels de santé, alerte les élus locaux, mais ce n'est pas de leur responsabilité.

L'Etat et l'Assurance Maladie sont également sollicités.

En face de nous, on a des futurs installés (internes, infirmiers, masseurs...) qui s'interrogent sur la façon dont ils vont pouvoir valoriser leurs études et comment ils vont régler leur problème d'installation.

D'où l'idée de ce forum. Nous l'avons fait à la base dans l'intérêt des futurs professionnels.

Je serai secondé dans mon rôle d'animateur par Mademoiselle Julie BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF).

Aujourd'hui, et en particulier dans les quatre ateliers, nous avons voulu répondre aux questions et être le plus concrets possible.

Nous avons également voulu permettre la rencontre avec les élus car, sur le terrain, dans les zones fragiles, tout passera dans le rapport entre les futurs professionnels et les élus qui sont susceptibles de les accueillir.

Ce soir, nous passons à une autre étape : nous allons avoir des témoignages de médecins qui ont vécu l'installation, qui ont vécu une cohabitation.

## **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

Bonsoir. Pour introduire cette conférence, je vais vous présenter certains travaux des étudiants en médecine.

L'an dernier, nous avons beaucoup travaillé avec le Professeur Yvon BERLAND, qui était Président de l'Observatoire National des Professions de Santé et qui est maintenant à la Commission de Démographie Médicale. Nous avons été conviés lors de ces réunions et nous avons également souhaité donner notre avis pour les mesures qui ne concernaient pas notre cursus.

Il y a deux ans, les propositions se sont opposées à toute mesure coercitive et ont soutenu les mesures incitatives.

Les exemples que l'on retrouve, dans le rapport du Professeur BERLAND, sont le développement des maisons de santé, le développement de la télé-médecine, la mise en place d'aides administratives et l'augmentation de l'exercice salarié.

Les mesures les plus importantes sont celles qui vont concerner notre cursus avec, par exemple, la mise en place du stage suivi en périphérie. Ces stages pourraient avoir lieu dans des centres hospitaliers qui ne sont pas des CHU ou chez des médecins libéraux qui ne sont pas forcément des médecins généralistes, mais des spécialistes libéraux. L'objectif est que les étudiants soient sensibilisés à l'exercice en libéral et qu'ils se confrontent à la réalité de terrain, hors du contexte habituel constitué par le CHU.

La deuxième revendication concernant nos études, ce sont les aides financières données aux étudiants qui acceptent de s'installer pendant un certain nombre d'années dans une zone défavorisée. Elles vont se développer de plus en plus.

Le dernier point est la mise en place du stage chez le médecin généraliste. On a beaucoup travaillé là-dessus et on a eu un retour puisque, l'an dernier, la moitié des facultés de France l'avait mis en place.

Par la suite, on a fait un questionnaire. Il en ressort que 30 % seulement des étudiants envisagent d'exercer la médecine générale dans le futur et, quand c'est le cas, ce n'est pas forcément leur premier choix.

On a également fait un questionnaire pour savoir quel avait pu être l'effet de ce stage court qui ne compte que trois à quatre matinées.

348 étudiants ont répondu. Il en ressort que 28 % des étudiants souhaitent faire de la médecine générale et, chez 44 % des étudiants, cela a créé l'envie de s'orienter vers la médecine générale.

Au début de l'année, le Ministre a annoncé une libération de fonds pour la mise en place de ces stages. Mais une rumeur circule comme quoi le décret ne sortira pas cette année. On va donc devoir attendre avant que le stage soit mis en place de manière correcte, c'est à dire à la hauteur d'un stage d'externat actuel.

Autre point important : il y aura une plaquette regroupant toutes les aides à l'installation qui peuvent exister et qui résumera les problèmes auxquels les étudiants seront confrontés. 30000 plaquettes seront ainsi diffusées.

On va passer aux conclusions des ateliers. Pour cela, je vais passer la parole à Madame GORSE et à Monsieur FLAMENT de l'URCAM.

## **Madame GORSE, URCAM**

Les thèmes qui ont été traités dans les ateliers et les questions qui ont été posées par les étudiants et les internes nous permettent ce soir de faire un double constat.

D'abord ces futurs professionnels de santé ont de nouvelles aspirations quant à l'exercice de leur profession.

Elles nous sont clairement apparues lors des ateliers et nous pouvons les résumer en deux points :

- Ils ne veulent plus exercer seuls, comme leurs aînés ont pu le faire, que ce soit en ville ou a fortiori en milieu rural. Ils veulent exercer en groupe pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'ils veulent mettre à profit les nouveaux modes de collaboration entre professionnels de santé.
- Ils veulent préserver pour eux et pour leur entourage, une qualité de vie personnelle.

L'autre constat des ateliers est la méconnaissance qu'ils ont de leur futur environnement professionnel. Les étudiants sont préparés techniquement à exercer leur profession mais ils ne sont pas suffisamment préparés à s'installer en exercice libéral et à gérer l'entreprise qu'est le cabinet médical.

Dans chaque atelier les échanges ont été très riches. Des définitions, des explications et des réponses ont pu être apportées à certaines de leurs interrogations.

## **Monsieur FLAMENT, URCAM**

Lors de l'atelier concernant la préparation à l'installation, deux points essentiels ont été abordés : les aspects juridiques liés à l'installation et le choix du lieu d'installation.

Sur le premier point, l'atelier a révélé que les professionnels de santé ne prêtaient pas assez attention aux aspects juridiques de leur installation et de leur pratique libérale.

Par exemple, il faut savoir anticiper la préparation des contrats que le mode de travail soit seul, à plusieurs ou en société.

Il faut donc penser au contrat de travail collaboratif, au contrat pour la création de société, au contrat de remplacement, au contrat de collaborateur libéral.

Mais il faut penser aussi aux contrats personnels, comme le contrat matrimonial, qui a un impact important.

Le meilleur moyen de se prémunir des difficultés à venir est d'anticiper, en rencontrant un avocat spécialisé, notamment après avoir contacté les Ordres ou des représentants des professionnels de santé.

Le deuxième point abordé lors de l'atelier a permis de se rendre compte, qu'aujourd'hui les professionnels de santé peuvent et doivent anticiper le choix de leur lieu d'installation.

Nous savons tous maintenant que le confort de vie, le travail du conjoint, l'accessibilité aux services de la vie quotidienne, mais aussi le travail en groupe, sont les principales motivations des jeunes professionnels.

Néanmoins, de nouveaux outils existent. On a maintenant différents modes d'exercice (les maisons de santé, l'exercice à distance du lieu de résidence...). Il y a aussi les nouvelles aides financières pour l'accompagnement à l'installation.

Il s'agit donc pour les jeunes professionnels de prendre contact avec les institutions et avec les différents partenaires dès l'internat et, surtout, avant la fin de la scolarité.

Une idée intéressante qui a émergée se rapporte à l'implication concrète des institutions et des partenaires dans le cursus universitaire afin de mieux préparer les étudiants à l'exercice libéral.

Une première exploration des aides et de l'accompagnement est disponible sur le site Internet des URCAM avec le service [inst@L'Santé](mailto:inst@L'Santé). C'est aussi avec ce site que les jeunes professionnels pourront initier leurs démarches à l'installation.

## **Madame GORSE, URCAM**

Dans l'atelier qui se déroulait en même temps, les différents modes d'exercices possibles d'une profession médicale ou paramédicale ont été abordés.

Ce qui en est ressorti est, qu'à travers tous les thèmes traités dans les ateliers, l'intérêt s'est surtout porté sur les aspects du travail à plusieurs entre médicaux, mais aussi entre médicaux et paramédicaux.

Le premier point abordé a été l'exercice regroupé, c'est-à-dire les possibilités de s'installer ensemble, entre médecins mais aussi avec d'autres professions de santé dans un même lieu, cabinet ou pôle médical.

Le deuxième point a concerné la présentation des expérimentations en cours en Poitou-Charentes de projets de maisons de santé de proximité.

Le troisième point a apporté des précisions juridiques et des éclairages quant à la philosophie du nouveau statut de collaborateur libéral. Ce statut doit permettre aux jeunes professionnels une installation en douceur en terme de contraintes liées à la gestion d'une entreprise. Il permet aussi de se constituer sa propre clientèle pendant le temps d'activité qui est dédié à cette collaboration libérale.

Le quatrième point a porté sur le Code de Déontologie qui a récemment créé une nouvelle possibilité pour exercer ailleurs qu'en cabinet principal. Désormais le médecin pourra consulter dans un site distinct de son lieu d'exercice habituel. Cette possibilité devrait permettre au médecin d'associer de façon attrayante un exercice en ville et un exercice dans une zone plus fragile.

Le cinquième point a mis en avant l'intérêt que génère, auprès des futurs professionnels de santé, le travail au sein des réseaux. L'intérêt et la richesse du travail en réseau ont été pressentis par tous. On a pu le voir à travers les témoignages apportés. L'atelier a permis de préciser les notions de réseaux de santé et de savoir concrètement comment on y participe.

Le sixième point a concerné la permanence des soins, un dispositif qui intéresse chaque futur médecin en exercice libéral mais dont ils ne connaissent pas l'organisation. Ils la voient plus comme une contrainte qui pourrait les dissuader de s'installer en zone rurale. Avec les organisations mises en place en 2005, la permanence des soins ne devrait plus être un facteur de non-installation en zone rurale.

Pour terminer, les contours des nouvelles notions, que sont la délégation de tâches ou le transfert de compétences, ont été dessinés. Ce mode de collaboration est encore au stade expérimental mais il était important de définir toutes les conditions à réunir pour un fonctionnement satisfaisant pour tous, pour les professionnels comme pour les patients.

A ce sujet, le Docteur BOUGES a pu témoigner de l'expérience ASALEE pilotée par l'URML.

En conclusion, je retiendrais de cet atelier qu'il s'agit de travailler mieux autour d'un objectif : le patient et la qualité des soins.

## **Monsieur FLAMENT, URCAM**

Il y a eu un troisième atelier qui avait pour thème l'exercice au quotidien.

Trois axes ont été essentiellement abordés :

- Les remplacements,
- Les relations avec les patients,
- Les relations avec les professionnels, que ce soit l'industrie pharmaceutique, les confrères ou l'Assurance Maladie.

Les discussions ont permis de mettre en avant trois principes fondamentaux :

- Préparer sa pratique,
- Faire de la prévention et de l'éducation thérapeutique,
- Evoluer dans sa pratique.

Sur le principe de « préparer sa pratique », il faut retenir qu'il faut appréhender le dialogue avec le patient, savoir s'appuyer sur ses collègues du cabinet de groupe ou connaître des référents, savoir s'appuyer sur des référentiels, un dossier médical, voire même un dossier médical partagé. Pour ces aspects, le mieux est de savoir profiter de l'expérience de ses pairs, que ce soit auprès de l'Ordre ou de l'URML, mais surtout auprès de ses maîtres de stage qui peuvent apporter beaucoup d'enseignements sur ces aspects.

Il a été indiqué qu'un travail en tant que collaborateur libéral semble être une piste intéressante pour cet apprentissage.

Le deuxième principe s'attache à l'importance « d'inclure la prévention et l'éducation thérapeutique dans sa pratique ». On gagne ainsi en observance du traitement par le patient. Le travail en réseau et un dossier médical aident beaucoup dans cette démarche.

Enfin, il faut faire « évoluer sa pratique ». Cela passe, par exemple, par l'étude des informations apportées par les visiteurs médicaux qu'il faut savoir critiquer, grâce aux autres sources d'information disponibles. La formation continue et l'évaluation permettent également de faire évoluer sa pratique.

## **Madame GORSE, URCAM**

Dans le quatrième atelier, qui concernait les compétences médicales, les intervenants ont répondu aux interrogations sur la formation médicale continue et la formation médicale conventionnelle.

Ils ont aussi apporté des réponses aux questions sur cette nouvelle obligation qu'ils ont d'évaluer régulièrement leurs pratiques professionnelles et sur l'articulation et la complémentarité entre ces deux dispositifs.

La période de stage a été abordée sous l'angle de la personne du maître de stage, ses compétences, ses responsabilités. L'intérêt et la richesse du stage ont été mis en avant, tant pour celui qui transmet ses connaissances que pour celui qui reçoit, y compris pour le patient.

Pour terminer, nous avons eu le témoignage d'une élève infirmière qui a pris conscience, pendant ce stage, des tâches administratives, qui sont vécues comme du temps perdu. Elle a également pris conscience de l'obstacle financier lié au coût de l'installation.

### **Monsieur FLAMENT, URCAM**

Deux enseignements majeurs sont ressortis de toutes les discussions engagées lors de l'atelier « préparer votre installation » pour bien démarrer son avenir professionnel : anticiper en s'informant et s'organiser entre professionnels de santé.

Pour anticiper et s'informer, il a plusieurs pistes.

Cela peut se faire de façon individuelle, grâce aux contacts pris auprès des partenaires, des enseignants et des maîtres de stage. Mais cela peut également se faire de façon collective, avec ce forum, en sollicitant l'accompagnement proposé par les institutions, comme l'Assurance Maladie, l'URML, les Ordres, l'Etat. Cela peut aussi passer par des outils comme inst@L'Santé ou C@rto'Santé et en mettant en œuvre une implication plus forte des institutions et des partenaires pendant les études, notamment pour informer sur l'exercice libéral et l'installation.

Il faut aussi s'organiser entre professionnels de santé grâce aux nouveaux dispositifs d'accompagnement, grâce à des nouveaux modes d'organisation, grâce aux aides financières des collectivités territoriales.

Ce n'est plus aujourd'hui un obstacle de s'installer en zone rurale et fragile si le projet est bien préparé.

Merci de votre attention et de votre participation active aux ateliers.

### **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

A présent, je vais donner la parole au Docteur LANDROT qui va nous parler des attentes des professionnels de santé.

### **Docteur LANDROT, Médecin Généraliste dans la Vienne**

Je suis ici en tant que médecin généraliste qui a une triple expérience : l'expérience de quelqu'un qui a cherché et qui cherche à nouveau un associé, l'expérience d'un médecin généraliste de campagne depuis 1978 qui adore ce qu'il fait, et l'expérience d'un médecin qui exerce dans le sud de la Vienne qui fait partie des zones sinistrées.

Dans le sud de la Vienne, sachant que je suis installé à Charroux, dans les dix années qui viennent, sur les quinze médecins qui sont sur place, sept vont partir en retraite.

Si les choses continuent en l'état, ils ne seront pas remplacés et nous avons tous une grosse activité.

Je cherche un associé depuis plusieurs mois car le mien part en retraite en septembre. J'ai régulièrement envoyé des annonces mais actuellement je recrute en Belgique, car depuis plusieurs mois, je n'ai eu aucun appel depuis la France. Nous téléphonons nous même aux remplaçants qui sont sur les listes du Conseil de l'Ordre. Le dernier, par exemple, m'a dit qu'il ne pouvait pas venir car il n'y avait pas de crèche à Charroux.

On sent une peur de s'installer. Il faut rassurer nos jeunes confrères en leur disant qu'on s'installe en prenant des précautions, que le Conseil de l'Ordre est là pour vous guider dans vos contrats ; quand on visse sa plaque, ça vient tout seul.

Vous allez vite avoir les moyens de vous offrir les services d'un comptable qui va s'occuper de la gestion.

J'ai du mal à comprendre pourquoi les jeunes n'ont pas envie de faire médecin généraliste à la campagne parce que c'est une médecine très intéressante, passionnante et valorisante. A la campagne, on a un rapport médecin/malade très différent de celui de la ville. On reste le médecin de famille, les malades ne nous quittent pas.

Lors des consultations, on fait de tout : de la gynécologie, de la pédiatrie, de la gériatrie, de la petite chirurgie, aucune journée ne ressemble à l'autre.

La partie consacrée aux visites est merveilleuse, il n'y a pas de feu rouge, pas de file d'attente, on gare notre voiture devant chez le malade sans fermer la voiture à clés.

Mes enfants n'ont pas souffert de l'éloignement, ils ont un bon niveau d'études ; à la campagne, on n'est pas plus bête qu'ailleurs.

Quant aux sorties sur Poitiers, la route est vite faite.

Il faut expliquer aux jeunes que la médecine de campagne est merveilleuse car on ne fait pas que des arrêts de travail, on ne monte pas les étages, etc.

Des mesures devront être prises car le désert médical va exister.

Il faut que nos jeunes confrères comprennent qu'un jour la liberté d'installation va être supprimée.

Il ne faut pas croire que faire des remplacements peut devenir un métier. A mon avis, cela ne devrait pas durer plus de deux ans. Le remplaçant devrait être rémunéré par exemple à 50 % et non à 80, 90 voire 100 % comme certains l'exigent.

Quand les médecins partent en vacances, il faut qu'à leur retour ils puissent payer leurs charges (le secrétariat, l'infrastructure), charges dont bénéficient les remplaçants. Ils bénéficient aussi de la clientèle, que l'on tient à bout de bras depuis longtemps, pour apprendre leur métier.

Le remplacement doit être considéré comme une expérience. Le remplaçant doit remercier le médecin remplacé de lui avoir confié sa clientèle.

Il doit s'installer à son tour et faire ce pour quoi il a fait des études.

L'isolement en campagne n'existe plus : on peut habiter à 30 km du village où l'on exerce. L'isolement géographique aussi bien que médical n'existent plus. Les gardes de jour et de nuit n'existent plus non plus.

## **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

Merci. Poursuivons avec le thème « Médecins et autres professionnels de santé, quelles collaborations, quelles complémentarités ? » avec le Docteur BRECHOIRE et le Docteur LANNAUD.

## **Docteur BRECHOIRE, Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres**

Je voulais rappeler que depuis longtemps, la collaboration avec les paramédicaux existe. Elle va peut être se faire maintenant sous des angles différents car, jusqu'à présent, les professions étaient très cloisonnées, très hiérarchisées.

Depuis quelques années, l'évolution de la médecine a permis une collaboration plus importante, les médecins ayant besoin d'aide pour des actes techniques.

Tout cela a amené médecins et infirmiers à travailler ensemble. Ils ont donc appris à mieux se connaître et ils ont fait évoluer les mentalités de chacun. C'est grâce à cela que la collaboration et la délégation de tâches sont de plus en plus utilisées aujourd'hui.

La collaboration entre professionnels devra être de plus en plus importante à cause de l'évolution de la démographie médicale, de l'augmentation de la demande de soins avec le vieillissement de la population, de l'accent mis de plus en plus sur la prévention, de la participation des médecins aux réseaux de soins et des contraintes administratives.

Tous ces problèmes ont amené les ministres à demander des rapports : comme par exemple le rapport du Professeur BERLAND qui aborde le transfert de tâches.

Certaines expériences sont mises en place en Poitou-Charentes, comme ASALEE, qui est une collaboration d'infirmières au sein de cabinets médicaux de médecins généralistes.

Ces expériences méritent d'être étendues à l'ensemble du territoire. Elles ont déjà été faites dans les pays anglo-saxons.

Il faut prévoir auprès des administrations le financement de ces nouveaux métiers.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins, au niveau national, a déjà réfléchi à ce transfert de tâches. Selon lui, le terme de paramédicaux ne devraient pas exister et il faudrait parler de professionnels de santé.

De ces réflexions, il est ressorti qu'on pouvait difficilement parler de transfert de compétences car s'il y a compétences, il y a responsabilités, et la responsabilité des médecins peut difficilement être transférée. Il vaut donc mieux parler de transfert de tâches, qui s'effectue sous la responsabilité des médecins.

Ce qui est important dans la collaboration entre professionnels de santé, c'est de travailler en équipe, pour une meilleure répartition des tâches.

En milieu libéral, nous ne pouvons pas écarter les pharmaciens de la collaboration, car c'est un passage obligé pour les patients qui leur posent des questions sur nos prescriptions. Il est important d'avoir une relation étroite avec eux de façon à ce que la réponse apportée aille dans le même sens.

Pour l'avenir, les médecins ont intérêt à travailler en groupe en s'associant avec des confrères de mêmes compétences, ou avec d'autres spécialistes dans des maisons de santé. Car il va y avoir une pénurie de médecins généralistes, mais également de spécialistes, en particulier en milieu rural.

Il faut travailler ensemble avec les autres professionnels, mais dans le respect de chacun, avec les compétences que chacun a acquises. Cela doit permettre d'attirer les futurs médecins vers l'exercice de la médecine générale en milieu rural et en ville. En ville, il y a aussi des problèmes d'installation pour nos confrères généralistes dans certains quartiers difficiles de banlieues.

Ce travail en commun doit faire diminuer ce sentiment de solitude.

## **Docteur LANNAUD, Médecin Généraliste dans les Deux-Sèvres**

Bonsoir. Je vous apporte mon témoignage de médecin généraliste installé dans un cabinet pluridisciplinaire.

J'ai été installé pendant treize ans dans une maison d'habitation chez un confrère généraliste. Nous étions trois. Pendant plusieurs années, j'ai dit à mon confrère propriétaire du cabinet qu'il faudrait qu'on se déplace dans le chef lieu de canton du village pour construire un cabinet et réfléchir à l'avenir. Il a refusé de participer à ce projet car il était très content qu'on habite dans son cabinet et qu'on lui paie un loyer.

Un jour, j'ai proposé à mon autre confrère de partir, d'aller dans le chef lieu de canton à côté et de créer un cabinet ensemble. Mais cela me semblait juste à deux médecins. On a donc réfléchi pour trouver d'autres médecins.

Dans ce chef lieu de canton, une consœur était installée depuis deux ans. Nous sommes allés la voir pour lui dire qu'on voulait créer un cabinet ensemble et lui demander si elle était d'accord pour en faire partie. On a beaucoup discuté et, au bout de quelques mois, on a trouvé un terrain d'entente.

Je connaissais également depuis plusieurs années un podologue qui aurait été intéressé pour venir travailler avec nous. On lui a fait part du projet.

Il y a deux ans, nous avons acheté 1500 m<sup>2</sup> de terrain et construit un cabinet.

Il y a eu très rapidement un afflux de patients très difficile à gérer. On s'est donc dit que l'idéal serait de prendre un quatrième confrère et on a trouvé un jeune médecin très intéressé. Il nous a d'abord remplacé puis on lui a proposé de s'associer avec nous, mais il a préféré réfléchir. Nous avons actuellement un collaborateur libéral depuis le mois de janvier qui va devenir notre associé en juin.

Nous sommes actuellement quatre médecins au cabinet, plus le podologue, à qui on adresse tous les problèmes de santé du pied, ainsi que les problèmes de statique, afin de pouvoir fabriquer aux patients des semelles orthopédiques.

J'ai dit à mes confrères qu'il fallait évoluer en accueillant d'autres professionnels de santé. Un problème qui me donnait du souci était la prise en charge des patients psychologiquement difficiles. J'ai pensé qu'il fallait donc trouver un psychologue. J'en ai rencontré un qui est maintenant installé avec nous. On lui envoie nos patients anxieux, phobiques. Il est installé avec nous depuis 6 mois et son carnet de rendez-vous est rempli.

J'ai soumis un autre problème à mes confrères en leur disant que la prise en charge de la diététique des patients me prenait du temps. Il serait donc bien d'avoir un diététicien.

Depuis quatre mois, on a une diététicienne qui reçoit beaucoup de patients.

Il faut maintenant agrandir notre cabinet de 100 m<sup>2</sup> car il est trop petit pour continuer à progresser. Notre jeune médecin collaborateur est très intéressé par le projet.

Dès que le cabinet va s'agrandir, on va rechercher un orthophoniste et pourquoi pas, également une sage femme en libéral.

On va avoir également dans quelques semaines une infirmière ASALEE.

Il y a quand même un élément négatif dans la construction d'un cabinet pluridisciplinaire : c'est l'investissement financier. Cela a posé des problèmes pour certains d'entre nous car on a disposé d'aucune aide extérieure. Ce projet a été financé par des apports personnels ou des prêts.

Il faut également gérer le cabinet au niveau relationnel. Plus le cabinet s'agrandit, plus il y a d'intervenants, plus il y a des risques de conflits. J'ai donc fait un stage de management en entreprise pour gérer le cabinet.

Dans ce type de cabinet, il faudrait presque un manager qui gère le cabinet car gérer le cabinet en plus de recevoir 35 à 40 patients, c'est beaucoup d'occupation.

### **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

Nous allons maintenant évoquer la question des dispositifs régionaux et locaux mis en place pour lutter contre la désertification médicale avec, pour débiter, Madame DABAN, Conseillère Régionale.

### **Madame DABAN, Conseil Régional de Poitou-Charentes**

Bonjour, je suis Conseillère Régionale et également médecin salariée à l'hôpital Henri Laborit. Je vais vous parler de la politique régionale en matière de santé.

Depuis 2004, nous avons choisi d'intégrer la santé dans les compétences régionales.

Le budget de la Région Poitou-Charentes est de 500 millions d'euros, dont la moitié est consacrée à la formation, l'éducation, l'université et la recherche. Les autres priorités régionales sont l'agriculture et les cultures marines, l'environnement, l'emploi et l'économie, les infrastructures, le « vivre ensemble », c'est-à-dire tout ce qui touche au lien social, à la culture, la santé qui est la dernière priorité régionale, mais pas la moins importante.

L'objectif régional est de garantir à tous l'accès aux soins et à la prévention.

La Région a deux compétences traditionnelles pour s'occuper de cela : l'aménagement du territoire et la formation professionnelle.

La formation professionnelle se trouve augmentée par le biais de la décentralisation des professions de santé et paramédicales.

La Présidente de Région souhaite regrouper tous les métiers du lien social sur « un campus des métiers du lien social » regroupant infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, sages-femmes, éducateurs, assistants sociaux etc.

Un budget de 2 millions d'euros a été dédié aux actions de santé.

Les actions prioritaires sont la lutte contre la désertification médicale sur l'ensemble du territoire régional et principalement sur le territoire rural.

Certains territoires ruraux sont fragiles car ils n'ont plus de professionnels de santé, ou n'en auront plus dans les dix ans à venir.

La deuxième action prioritaire est l'action de prévention à l'égard des jeunes. Notre cible : les lycées et les apprentis. Les deux actions les plus marquées ces derniers mois ont été une campagne d'information sur la contraception dans les lycées et une campagne de prévention du suicide des jeunes.

Une action concrète de la Région a été la création de maisons de santé de proximité. Nous nous sommes donnés pour objectif de créer quatre maisons de santé de proximité en milieu rural, une dans chaque département.

Actuellement, une a été créée à AULNAY, une est en réflexion dans le Confolentais. Il restera à créer celles de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Nous avons quatre objectifs :

- Rompre l'isolement des professionnels. Ce ne sont pas des incitations financières que souhaitent les étudiants ou les jeunes médecins, ils souhaitent d'abord travailler ensemble.
- Améliorer les conditions de travail en donnant la possibilité d'accéder aux nouvelles techniques de communication.
- Une démarche de santé plutôt que de soins, c'est à dire incluant des démarches de prévention.
- Une facilitation pour l'installation des jeunes.

Pour rompre l'isolement des professionnels de santé, on tente de mettre en place des réseaux territoriaux de santé et de louer des locaux professionnels dans les maisons de santé. Les maisons de santé sont des lieux pluridisciplinaires où peuvent se regrouper des acteurs de santé.

Dans ces maisons de santé, on a pensé qu'il était important que les médecins soient aidés par un assistant de santé qui coordonne, active, informe et participe au travail de prévention et de prise en charge globale du patient.

La Région souhaite privilégier les démarches de réseaux : la maison de santé d'AULNAY est plus centrée sur le retour à domicile des patients sortant de l'hôpital, celle du Confolentais autour du maintien à domicile des personnes dépendantes.

La Région veut faciliter l'installation des jeunes : possibilité pour les jeunes de louer des locaux et possibilité d'avoir dans les maisons de santé un studio pour accueillir des stagiaires.

Par ailleurs, la Région peut soutenir le regroupement des professionnels de santé. Il existe des contrats régionaux de territoires qui permettent de mobiliser de l'argent sur des projets concernant la santé. Des projets sont en cours dans le Sud Charente à BROSSAC, dans le Haut-Poitou à MIREBEAU, dans le bocage Bressuirais à CHICHE et en Gâtine à L'ABSIE.

Qui finance ces maisons de santé ? L'ARH et l'URCAM pour le réseau, la Région et les collectivités locales pour le projet immobilier, la Région pour l'aide aux stagiaires.

Autre action régionale pour susciter des vocations : on a proposé aux étudiants des stages de médecine générale en milieu rural. L'aide régionale comporte une indemnité de transport et une indemnité forfaitaire de logement.

Les bénéficiaires sont les étudiants en médecine générale en troisième cycle qui effectuent un stage dans une commune rurale. Actuellement, une vingtaine d'entre eux est répartie sur tout le territoire. Nous espérons que sur ces vingt étudiants, 30 % seront séduits par la médecine de campagne.

Un de nos prochains objectifs est d'augmenter le nombre de médecins généralistes qui accueilleront des stagiaires puisque actuellement, ils ne sont que 50% à pouvoir le faire.

Ces actions régionales en faveur de l'installation des jeunes en milieu rural semblent modestes mais nous paraissent pouvoir inciter les jeunes à redécouvrir un métier qu'ils ignorent peut être.

### **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

Monsieur FAVREAU, Président du Pays de Gâtine, va maintenant intervenir et apporter également son éclairage sur cette question.

### **Monsieur FAVREAU, Président du Pays de Gâtine**

Je suis le seul des intervenants qui ne soit pas professionnel de santé, je viens en qualité d'élu. Je suis Conseiller Général et Président du Pays de Gâtine.

Quand Monsieur ROBELET m'a demandé de participer à cette conférence, je n'ai pas compris tout de suite pourquoi. J'ai regardé les cartes qu'il m'a envoyées et je me suis aperçu que le Pays de Gâtine (au centre des Deux-Sèvres, 2000 km<sup>2</sup>, le tiers de la superficie du département, 75679 habitants, où la population a augmenté de 3 % et la densité est de 39 habitants/km<sup>2</sup>, 10 cantons, 11 communautés de communes, la ville centre est Parthenay : ville de 18500 habitants) comporte 4 zones fragiles sur 17 dans la région.

J'ai été surpris par ces cartes. Je me suis demandé quels avaient été les critères retenus pour dire que ces zones étaient plus défavorisées que les autres.

En plus, je n'avais pas eu de retour de la population sur un déficit marqué en médecins généralistes.

Les élus du pays de Gâtine ont pris conscience de certaines faiblesses de leur démographie médicale quand ils ont vu les cartes de l'URCAM.

Les zones d'Airvault et de Moncoutant sont considérées comme fragiles. Pourtant, elles sont peuplées et elles correspondent à deux bassins d'emplois importants.

Je n'ai jamais entendu des élus de ces zones évoquer des difficultés de démographie médicale. Mais les chiffres sont là, cette difficulté existe.

Le problème de l'Hôpital Nord Deux-Sèvres préoccupe plus les habitants que la démographie médicale des généralistes.

Il y a également un problème de démographie médicale des spécialistes, les ophtalmologistes par exemple. Le dernier de Parthenay va bientôt partir.

Le Conseil Général a territorialisé ses politiques d'aménagement du territoire autour de 6 territoires, 5 pays et la communauté d'agglomération de Niort.

Dans chacun de ces pays, pour être au plus près des patients, il a organisé trois niveaux d'intervention :

- Le niveau 1, Parthenay : le niveau central où se trouve le service d'action sociale territorialisé.
- Le niveau 2 : assurance de permanences physiques dans 4 endroits du pays de Gâtine (Moncoutant, Coulonges, Mazières et St Loup Lamairé).
- Le niveau 3 : permanences non fixes sur le terrain.

Sur le pays de Gâtine, un réseau gérontologique a été mis en place sur 3 cantons du pays. Sur un territoire où plus de 30 % de la population a plus de 60 ans, nous avons une organisation pour favoriser le maintien à domicile qui fonctionne bien.

A propos du regroupement des généralistes, sur Saint-Loup-Lamairé, une réflexion a été faite sur l'accueil et l'exercice de la profession sur un lieu commun.

Le Pays reste un outil d'aménagement du territoire mais pas une collectivité à fiscalité propre. Il ne peut intervenir qu'à travers des financements qui pourraient lui être apportés par un de ses partenaires institutionnels (Conseil Général ou Conseil Régional).

Pour cette réflexion sur la démographie médicale, il faudrait aller vers plus de coordination avec d'autres services de l'état, car cette démarche est un travail dont se sont emparées de nombreuses personnes. L'URCAM doit chapeauter ce travail car si chaque collectivité réfléchit elle-même sur ce qu'il faut faire, sur son petit territoire, en terme de démographie médicale, les résultats ne seront pas à la hauteur de vos espérances.

### **Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM**

Nous souhaitons garantir un accès aux soins pour tous mais aussi une qualité des soins.

Il ne faut pas mettre des professionnels de santé partout sans répondre à un critère de qualité.

Nous disposons d'une liste régionale des zones fragiles. Cela ne saute pas aux yeux sur le terrain car les professionnels de santé ne se plaignent pas. Par exemple, 3 médecins qui sont dans une zone avec une activité de 7000 actes alors que la moyenne est de 5000 actes par an peuvent trouver cela normal.

Le problème pour nous est que si un médecin défaille, il n'y aura personne pour effectuer les 7000 actes dont il se charge.

Les jeunes professionnels de santé obéissent à une certaine logique quant à leur motivation à l'installation. Ils ne viennent pas dans ces zones fragiles simplement parce qu'on leur donne de l'argent. Leur critère de motivation est le non-isolement professionnel.

Un des autres critères de motivation est l'environnement personnel, la famille.

Nous ne pouvons pas créer ce contexte local. C'est pour cela que des élus sont présents aujourd'hui.

On a aussi une contrainte nationale avec l'examen classant national. Quand une personne réussit son examen, elle choisit son affection ou sa faculté de médecine alors que ce n'est pas forcément sa région d'origine et elle n'a pas forcément l'intention d'y rester.

Ceci est en train d'évoluer. On a obtenu du ministère qu'il y ait un examen classant interrégional. On espère que les reçus resteront dans cette zone.

En plus, on peut les fidéliser grâce à un stage dans la région auprès d'un professionnel expérimenté.

On peut aussi mettre des services à disposition des étudiants. S'ils veulent s'installer dans un endroit précis, il faut qu'ils sachent s'il y a d'autres professionnels, si la population a des caractéristiques particulières (pathologies ou âge), s'il y a des médecins formateurs.

Il faut aussi qu'ils sachent quelles aides sont possibles, comment se mettre en relation avec les élus et les professionnels de santé.

Il faut un partenariat. L'URCAM peut apporter un financement grâce au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. C'est comme cela qu'on a rémunéré les infirmières de l'expérience ASALEE. On peut aussi financer les maisons médicales.

Mais contrairement à ce que peuvent faire les élus ou les collectivités locales, on ne peut pas, par exemple, prêter des locaux.

Pour implanter un médecin quelque part, il faut le faire en concertation avec les élus afin que cela réponde aux besoins de la population et pour ne pas avoir pluralité de projets.

Il y a autant de solutions que d'individus qui veulent s'installer et de collectivités locales qui veulent bien les accueillir. Certains voudront une aide financière, d'autres un local, d'autres voudront être intégrés avec d'autres professionnels de santé.

Les aides peuvent être distinguées en 2 catégories : celles qui concernent le parcours de l'étudiant avec le projet d'installation (bourses d'études, aides pour le stagiaire) et les aides pour l'installation (aides financières, prêt de locaux, aides à la constitution de maisons de santé, etc.)

L'efficacité passe par la concentration des aides dans des zones qui en ont le plus besoin. Il faut concentrer ensemble des moyens importants sur un lieu précis. C'est comme cela que la création de la maison de santé d'AULNAY a été possible, par un partenariat Conseil Régional/ARH/URCAM.

Tout cela passe par un travail de terrain : la concertation avec le terrain est importante. Les pays, communautés de communes, communes sont des interlocuteurs intéressants.

Les pays sont l'intermédiaire avec le niveau régional qui est une bonne base d'analyse et d'observation. Le pays est très localisé, ce qui permet un travail de concertation avec les élus.

Le Conseil Régional et les pays signent des conventions incluant une possibilité de financement. C'est pour cela qu'on s'est attaché à être les partenaires de ces circonscriptions. Toute aide a une contrepartie, au moins dans la durée mais aussi dans la qualité.

## **Mademoiselle BOULAY, Vice-présidente chargée de la démographie médicale à l'ANEMF**

On va passer au débat. C'est le moment de poser vos questions.

## **Monsieur Léon, Directeur de la MSA de la Vienne**

J'ai beaucoup entendu de choses intéressantes au cours de la journée.

J'ai trouvé qu'un modèle de forme économique était en train de se construire.

On a les attentes des patients, l'offre est en train de se constituer de façon précise, on interroge les futurs professionnels sur leurs attentes, mais j'ai une inquiétude quant à la variable extérieure dans le modèle. Quelle sera l'attitude de nos partenaires européens et des pays de l'est qui vont entrer dans notre marché, y compris dans celui-ci ?

Par rapport à nos préoccupations d'aménagement du territoire, d'offre de soins à nos populations, et à celles qui vont venir, y compris des pays de l'est, il faudrait avoir un regard sur la manière d'accueillir ces professionnels de santé compétents.

## **Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM**

A l'Observatoire National du Professeur BERLAND, dont je fais partie, cette question a été évoquée à plusieurs reprises. Le constat, après étude, est que cela représente peu de personnes aujourd'hui.

## **Elen GOASDOUE, interne en médecine générale**

Bonjour, je suis interne en médecine générale et je fais partie des 20 personnes qui ont bénéficié de la subvention du Conseil Régional pour aller en stage de médecine générale en milieu rural. Je suis actuellement en stage chez un médecin généraliste. Je suis fière d'être médecin généraliste.

Le problème est plus important : campagne/ville ? C'est sûr que c'est la médecine de campagne en pâtit mais la médecine de ville en pâtit aussi car la moitié des médecins qui vont partir à la retraite ne vont pas être remplacés, parce qu'il n'y a pas assez d'internes en médecine générale. Il faut peut être inciter les internes à choisir la médecine générale, les postes ne sont pas pourvus à l'examen classant car il est encore national.

Peut être qu'il y a une politique sur ce problème là. Il n'y a pas assez de médecins généralistes en cours de formation. En plus la médecine se féminise, il faut donc prendre en compte ce phénomène là.

Il faut inciter les jeunes médecins à choisir la médecine générale, tous les postes de spécialité sont pourvus, pas ceux de médecine générale.

## **Docteur BOUGES, Directeur de l'URML**

On ne vous incitera pas à faire médecine générale tant que vous apprendrez votre métier tel que vous l'apprenez actuellement.

Vous apprenez à être des médecins spécialistes, des médecins hospitaliers, des médecins salariés dans des établissements mais en aucun cas, à être des médecins libéraux.

Vous ne pouvez donc pas aimer ce que vous ne connaissez pas et ce dont vous avez forcément à un moment donné eu peur.

Quand on regarde ce qui vous intéresse, avant même d'être impliqué dans vos études, avant même de savoir ce qu'il vous attend, on voit bien quel est votre modèle social de vie. Cela n'a rien à voir avec la médecine générale.

On se rend compte également qu'il y a encore des jeunes femmes médecins qui s'installent en campagne, y compris seules. Elles ont appris ce qu'était la médecine et elles ont compris que c'était un travail magnifique.

Pour l'instant, on ne sait pas faire se rencontrer vos aspirations sociales et les conditions de travail que l'on vous offre.

Quand on a étudié le burn-out (épuisement professionnel) chez les médecins en Poitou-Charentes, on nous a dit qu'il fallait que les médecins installés acceptent les nouvelles revendications. Mais on ne peut pas non plus balayer ce que les médecins installés depuis longtemps vivent. Ils ont des conditions de vie que vous pouvez juger épouvantables mais en même temps, on ne peut pas tout entendre des étudiants qui ne connaissent pas encore la réalité du terrain. Il faut quand même que chacun fasse un pas vers l'autre et on arrivera peut être à travailler ensemble.

Pour l'instant, vos aspirations, parfois légitimes, car vous nous montrez la voie de ce qu'il ne faut plus faire ; parfois illégitimes, car ce métier n'est pas un sacerdoce mais un métier de contact et de service à la population, s'affrontent avec les volontés de perdurer ce que connaissent les médecins installés depuis longtemps. Ils aimeraient bien voir reproduire ce qu'ils ont vécu. Mais ça n'est pas non plus une règle à édicter.

## **Docteur LANDROT, Médecin Généraliste dans la Vienne**

Je pense que les choses vont s'améliorer lorsque l'on va considérer que la médecine générale est une spécialité à part entière. Le fait qu'il y ait maintenant des internes en médecine générale est bien.

Auparavant, les médecins généralistes étaient considérés comme des gens qui avaient raté la spécialisation ou qui n'avaient pas réussi l'internat.

Je pense que c'est la spécialité la plus difficile : on demande à un spécialiste de tout savoir sur peu de choses et à un médecin généraliste le maximum de choses sur tout.

J'ai l'impression qu'on demande à un médecin généraliste de campagne de savoir énormément de choses sur tout.

Les choses s'amélioreront pour la médecine générale lorsqu'elle sera considérée comme une spécialité à part entière.

Il faudrait presque un certificat supplémentaire pour le médecin de campagne car il faut presque être urgentiste.

Vous avez perdu l'habitude, en sortant de l'hôpital, de faire un diagnostic avec vos yeux, vos mains, vos oreilles. Il faut réapprendre la sémiologie, la médecine pour moi la plus intéressante.

Il faudrait aussi que le spécialiste à qui vous demandez un avis, confirme votre diagnostic.

## **Docteur BRECHOIRE, Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres**

Je suis d'accord avec mon confrère.

On ne peut pas empêcher l'évolution des techniques modernes et la façon dont la médecine va s'exercer dans les années à venir, mais il ne faut pas que la profession médicale ait peur de faire des expériences d'installations différentes de ce qui a existé jusqu'à présent. Il va falloir accepter la cohabitation de certaines formes d'exercice de la médecine qu'on a connues et des formes qui sont à inventer.

Il faut laisser les jeunes confrères s'investir, dire ce qu'ils veulent et qu'ils montent leur projet. Il faudra que les institutions que nous représentons sachent les respecter et les faire vivre.

Il faut que cela évolue pour que les jeunes générations viennent travailler à la campagne. Ils auront besoin, par exemple, de scanners à la campagne.

Il est inquiétant pour ces jeunes médecins quand ils viennent dans les campagnes de voir que pour avoir un scanner en médecine libérale, il y a parfois deux mois de délais. A l'hôpital, ils ont le scanner dans les cinq minutes. Il y a bien un décalage.

## **Un Médecin Spécialiste**

Bonjour. Pour répondre à la question de Monsieur Léon, je ne pense pas que les pays de l'est puissent être une source importante d'apports et un moyen de combler cette démographie médicale, car il y a la barrière de la langue.

Or, le français est de moins en moins pratiqué dans les pays de l'est.

Si dans les hôpitaux, on a très souvent recours à des médecins étrangers pour des gestes techniques, la médecine générale est une médecine avant tout relationnelle, il faut donc une maîtrise importante de la langue.

On a beaucoup parlé des aides financières mises en place au moment de l'installation mais il faudrait voir le problème plus en amont, au moment des études médicales. Le département de la Manche a mis en place pour les étudiants des systèmes de bourses versées pendant la durée des études médicales mais avec, en contrepartie, l'engagement d'exercer la médecine générale en milieu rural pendant un certain nombre d'années.

Je parle aux élus : est-ce qu'une telle mesure pourrait être envisagée au niveau d'un département de la région Poitou-Charentes ?

Les étudiants en médecine seraient-ils prêts, en contrepartie d'une aide pendant leurs études médicales, à aller dans une région rurale déshéritée ?

### **Monsieur FAVREAU, Président du Pays de Gâtine**

Il est clair que l'expérience menée par le département de la Manche que vous évoquez, est intéressante. Le fait d'aider au financement des études peut être, de la part d'un département qui veut soigner sa démographie médicale, une initiative plus payante à terme que des aides directes données plus tard.

Je me méfie de l'aide directe donnée comme un complément de financement ordinaire à quelqu'un qui s'installe.

Je serais plutôt partisan d'aider l'installation de structures qui permettent l'accueil de plusieurs professionnels de santé en groupe.

### **Madame TRANCHEE-VERGE, Présidente du Comité des Résidents Poitevins**

L'idée des bourses pendant les études ne fonctionne pas.

Vous aurez beau augmenter les salaires des gens, s'ils n'ont pas la volonté d'un projet personnel, familial et professionnel de s'installer en zone défavorisée, ils n'iront pas plus facilement à la campagne.

Un autre phénomène à prendre en compte est la féminisation des professions médicales.

J'ai été choquée de l'intervention du Docteur LANDROT, à propos des remplacements. Vous dites que le remplacement n'est pas un métier, mais il permet une certaine qualité de vie quand on est une femme.

Aujourd'hui, il y a 63 % de femmes internes en médecine générale en Poitou-Charentes.

A la campagne, les modes de garde sont très difficiles.

### **Docteur LANDROT, Médecin Généraliste dans la Vienne**

A propos du remplaçant que j'ai évoqué tout à l'heure, la première et la dernière question qu'il m'a posée est « Y a-t-il une crèche à CHARROUX ? ». Quand je lui ai dit non, il m'a dit qu'il ne pouvait pas venir. Je lui ai dit qu'il y avait des assistantes maternelles...

Pour les femmes qui doivent suivre leur mari qui a une profession nécessitant de nombreux déménagements, je leur conseille de faire une spécialité qui permet de dévisser sa plaque tous les 4 ou 5 ans.

Des confrères médecins généralistes me disent que leur profession et la vie familiale sont assez incompatibles.

### **Un participant de l'atelier**

Bonjour, je suis étudiant en cinquième année à Strasbourg.

Monsieur ROBELET, je ne pense pas qu'interrégionaliser ou régionaliser un examen règle les disparités de démographie médicale à l'intérieur de la région, c'est-à-dire au niveau intrarégional. Par exemple à Poitiers, les problèmes de démographie médicale ne se posent pas dans les mêmes termes qu'à 50 km de là.

Monsieur LANDROT, quand vous parlez de la coercition, il faudrait que les modalités évoluent pour que les étudiants en médecine acceptent cela, car on fait médecine pour être médecin et pas tellement pour avoir un statut militaire.

Vous disiez que les médecins généralistes sont à présent des spécialistes et ont un diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Cela me paraît inquiétant dans le sens où maintenant, les diplômes d'études spécialisées complémentaires leur sont ouverts, ils vont donc pouvoir fuir vers la médecine d'urgence ou vers la gériatrie.

Au fond, le DES de médecine générale ne représente plus grand chose car, au final, il faut une spécialité de médecin traitant.  
Il faut promouvoir la médecine générale en milieu rural.

Il est aussi important pour un médecin qui s'installe à la campagne de savoir comment il va partir en vacances, comment il va trouver un remplaçant, plein de questions se posent.

Une action importante a été faite en Poitou-Charentes. C'est l'aide financière pour le stage en milieu rural en troisième cycle. Ce stage doit être fait avant pour que les étudiants connaissent le milieu.

Je voulais vous préciser que je me destine à être médecin de campagne.

### **Monsieur JOSSE, Réseau RELANSE**

Je souhaitais intervenir par rapport au réseau de santé du canton d'Aulnay.  
C'est un réseau géographique pluridisciplinaire, ouvert à tous les âges de la vie, quelque soit la pathologie. Ce n'est donc pas un réseau gérontologique.

Les adhérents au réseau sont des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des pédicures. Il est compris dans le financement du réseau de faire intervenir des diététiciens, psychologues qui feront des permanences à la maison de santé et qui pourront se déplacer, gratuitement, à domicile pour les usagers.

Pour ces professionnels, il va être construit, d'ici juillet 2007, une maison de santé qui hébergera le réseau, la PMI, les assistantes sociales et un cabinet de deux médecins. Mais il y a un bureau vacant pour un troisième médecin. La médecine du travail va également se déplacer dans cette maison de santé, ainsi qu'un éducateur de prévention.

Un logement de type T2 est prévu afin d'accueillir des étudiants infirmiers, kinésithérapeutes ou en médecine qui peuvent venir en stage sur Aulnay ou sur le canton.

L'hébergement sera pris en charge par le réseau. Cette maison de santé est financée par la Région, donc l'hébergement aussi.

Une extension de bâtiment est prévue pour accueillir des infirmiers mais aussi des kinésithérapeutes ou pédicures et tous les professionnels volontaires.

Nous allons également offrir la télémédecine à ces professionnels.

## **Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM**

Une rectification : c'est la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (URCAM/ARH) qui a financé le réseau à hauteur de 110 000 €.

## **Docteur LANNAUD, Médecin Généraliste dans les Deux-Sèvres**

J'aimerais aborder un élément par rapport aux professionnels de santé non médecins de notre cabinet : c'est le remboursement des actes. Ni le podologue, ni le psychologue, ni la diététicienne ne sont remboursés par l'Assurance Maladie. Or pour nous, médecins, ce sont de vrais partenaires professionnels. Les patients consultent pour 40 €, non remboursés. Ceci est un véritable frein pour le patient.

## **Monsieur ROBELET, Directeur de l'URCAM**

Avant de terminer, je voudrais remercier les intervenants de cette conférence et des ateliers, ainsi que l'ensemble de nos partenaires et surtout nos partenaires financiers : le Conseil Régional, le Conseil Général des Deux-Sèvres, le Conseil Général de la Vienne, le Conseil Général de la Charente, l'URML, la Mutualité Française, l'Assurance Maladie, l'ARCMSA et la Caisse Mutuelle Régionale. Je voudrais également remercier mon équipe.

Je cède la parole à Monsieur HINERANG, Président de l'URCAM, pour conclure ce débat définitivement.

## **Monsieur HINERANG, Président de l'URCAM**

De cette journée, pour conclure, je retiendrais trois mots plus un.

Le premier mot est contrainte : toute profession a des contraintes. J'ai vu des gens qui étaient prêts à en assumer. Aujourd'hui il semble donc simple de choisir quelles sont les contraintes que l'on accepte et celles que l'on refuse.

Le temps de travail est une contrainte, tout professionnel de santé peut choisir son temps de travail.

Les protocoles sont aussi des contraintes : un protocole de soins est une contrainte que souvent on assume.

Il y a aussi des contraintes financières.

Il y a deux grandes catégories de contraintes dans lesquelles on va être obligé de s'inscrire : les contraintes subies qui devraient être au minimum et les contraintes choisies, car chacun d'entre nous choisit certaines contraintes quand il choisit une profession.

Le deuxième mot est collectif : tout le monde a parlé du collectif aujourd'hui.

Si les médecins peuvent réfléchir à leur installation partout dans le territoire, c'est dans un premier temps parce que les français se sont collectivement prémunis contre la maladie. Ils ont organisé un collectif qui a permis de les solvabiliser tous et donc de permettre aux professionnels de santé d'être rémunérés, quel que soit le point du territoire et quelle que soit la catégorie sociale de la personne qui va venir les trouver.

Le collectif, ce sont les assurés.

Si les collectifs de médecins vont prendre de l'importance, les collectifs de patients également. Ce collectif est très important.

Il y aussi les réseaux, mais le collectif va au delà. Cela peut aussi toucher les transports qui ont une relation directe avec la santé.

Le troisième mot est service public : aujourd'hui, la santé doit-elle répondre à un service public ? La santé doit-elle être laissée au marché ? .

Y a t-il deux niveaux de santé ? Une santé de service public et une santé de service privé ?

Qu'est ce qui détermine cette notion de service public et celle de santé globale ?

Est-ce un mode d'exercice ou une profession ou une mission ?

Le quatrième mot sera pour vous remercier de votre attention.