

Discours
de ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN
ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

Première synthèse nationale des
Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
Paris, le vendredi 8 février 2008

Sous réserve du prononcé

Ce jour est une première. Jamais jusqu'alors, un débat aussi large, ouvrant une réflexion aussi précise, sur notre système de soins n'avait eu dans notre pays l'occasion de se tenir.

Aujourd'hui, une première synthèse des états généraux sur l'organisation de la santé vous a été présentée. Inutile de vous dire la fierté que j'éprouve d'être avec vous, en cette circonstance exceptionnelle. Inutile de préciser l'importance toute particulière que j'accorde à cette synthèse qui est le fruit d'un travail remarquable, et qui fait suite aux deux journées d'échange, à Rennes et à Châlons-en-Champagne.

Je voudrais avant toute chose remercier Annie Podeur et Yvon Berland, et à travers eux l'ensemble des membres du groupe de concertation permanent, qui n'ont pas ménagé leur peine depuis le mois de novembre pour que puisse enfin voir le jour cette première synthèse.

Ce grand mouvement de réflexion collectif procède d'une prise de conscience partagée, née d'un constat : nos concitoyens ont de plus en plus de mal à trouver un médecin, généraliste ou spécialiste, près de chez eux, alors qu'il n'y en a jamais eu autant en France. Cette situation est de nature à remettre en cause le droit à la santé, principe ancré dans notre Constitution.

Si nous ne réagissons pas collectivement sans tarder, alors la puissance publique risque bien de n'être plus en mesure de garantir l'égalité de l'accès aux soins. Derrière des statistiques nationales rassurantes et des ratios de médecins pour 100.000 habitants plutôt conformes aux moyennes constatées dans les pays développés, se profile une réalité plus

alarmante : près de 2,6 millions de personnes connaissent de sérieuses difficultés pour trouver un médecin. Ce constat doit nous interroger dans la mesure où nous sommes à un pic historique en termes de démographie médicale.

La situation, si nous ne faisons rien, ira en s'empirant, et de véritables déserts médicaux risquent de s'installer dans les zones rurales et périurbaines les moins favorisées. Les mesures prises ces dernières années pour augmenter le *numerus clausus* ne produiront leurs effets que dans 10 ans, compte tenu de la durée de formation des médecins.

J'ai souhaité, dès le mois d'octobre, proposer des mesures concrètes pour inverser la tendance, dans le cadre du débat devant la représentation nationale à l'occasion du PLFSS. Ces propositions ont suscité des inquiétudes, en particulier parmi les futurs médecins. A l'occasion de nos discussions, j'ai perçu un décalage entre la perception de la situation que pouvaient avoir les jeunes médecins et l'urgence de réformer le système, mise si souvent exprimée par les parlementaires.

J'ai donc souhaité ouvrir un débat permettant la libre confrontation de tous les points de vue, débat mené sous la conduite d'Annie Podeur et d'Yvon Berland. Nous devons ainsi pouvoir nous accorder sur le diagnostic et proposer des solutions concertées au problème de la répartition des médecins sur le territoire.

*

Ainsi que le groupe de concertation l'a souligné, les attentes de médecins ont changé.

Des journées régionales, je retiens la volonté des professionnels de travailler ensemble. Nul ne conçoit plus aujourd'hui d'exercer ces fonctions de manière isolée. J'ai noté aussi la volonté de faire évoluer les pratiques professionnelles. Ces profondes mutations culturelles doivent être prises en compte dans l'organisation future de notre offre de soins de premier recours.

Enfin, j'ai noté votre volonté de bénéficier d'un accès facilité à l'hôpital et à son plateau technique. La médecine ambulatoire ne peut s'exercer entre les seuls professionnels de ville.

La loi de modernisation de l'organisation de la santé, dont je porterai le projet devant la représentation nationale, devra permettre d'engager l'ensemble de ces changements. Cette première synthèse constitue une contribution essentielle. Cependant, les travaux concernant les autres professionnels de santé, notamment les spécialistes et les professionnels de santé paramédicaux, a vocation à se poursuivre dès la semaine prochaine, pour s'achever par une séance de restitution générale à la fin du mois de mars. L'organisation de l'offre de soins et la répartition des professionnels sur le territoire y sera bien évidemment abordée. Je souhaite, dans cette deuxième phase, qu'une réflexion approfondie soit menée sur la question cruciale du partage de compétences entre les professionnels. Plus généralement, je serai très attentive à ce que la dynamique initiée depuis novembre se poursuive.

*

Comment donc concilier les attentes légitimes des médecins, avec une offre de premier recours cohérente, tout en assurant l'égal accès aux soins ? C'est à cette délicate question que vous avez répondu, en proposant des pistes de réforme selon les trois axes qui ont structuré cette journée. Je tiens à reprendre devant vous les éléments qui me paraissent fondamentaux dans vos débats.

L'enjeu est ici de définir une offre de soins ambulatoire de premier recours organisée efficiente et accessible sans remettre en cause les principes fondamentaux de la médecine libérale qui ont forgé notre système.

Je souhaite revenir sur les 3 axes que vous avez développés :

Il faut en premier lieu **adapter le dispositif de formation pour améliorer l'attractivité du métier de médecin généraliste de premier recours.**

Le choix du métier de médecin généraliste ne saurait être un choix par défaut. Si c'est encore trop souvent le cas, c'est bien en raison d'une certaine méconnaissance du rôle et des missions du généraliste de premiers recours.

Comme vous le proposez, je souhaite que nous puissions mieux définir ce que nous attendons du médecin généraliste de premier recours dans notre société. Afin de s'assurer de la cohérence des missions, il me paraît essentiel que la définition soit inscrite dans le Code de la santé publique. A mon sens ; le médecin généraliste de premier recours doit notamment :

- Assurer la prise en charge médicale de premier recours, organisée sur ce territoire, y compris dans les hôpitaux locaux et dans les structures d'hospitalisation à domicile.
- Il doit également orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés en fonction de son besoin de soins, faire de la prévention et participer à la permanence des soins du territoire de santé.

Pour attirer les plus jeunes vers la médecine générale, il conviendra d'assurer une meilleure formation initiale, une formation plus en rapport avec des missions clairement identifiées, et ce dès la première année.

J'appelle de mes vœux l'instauration effective d'une véritable filière de médecine générale renforcée. Beaucoup a déjà été fait, mais il est nécessaire d'aller plus loin, en améliorant la connaissance de cette filière et en revalorisant le diplôme d'études spécialisées.

Parallèlement, je souhaite promouvoir un recrutement plus interrégional, mieux adapté aux besoins de santé de nos concitoyens, des médecins. Chacun sait, en effet, qu'on s'installe souvent à proximité du lieu où l'on a été formé. Le *numerus clausus* devra donc être modulé en fonction des besoins des régions et de la démographie médicale, ainsi que je l'ai mis en place pour la première fois cette année. La modulation devra être associée à une stratégie pluriannuelle concernant les médecins admis en 2^e année au niveau national.

Je crois ensuite nécessaire **d'ACCOMPAGNER la rénovation de l'offre de soins de premier recours.**

Tel est le deuxième axe de notre politique.

Le changement d'approche par rapport à l'offre de premier recours impose de favoriser le regroupement des professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge globale de la population dans un bassin de vie. Ce regroupement doit être assorti des aménagements juridiques et déontologiques nécessaires, de manière à faciliter l'exercice regroupé, à assurer le respect du secret médical, à clarifier les responsabilités civiles et professionnelles. Je souhaite que soient également explicités les statuts de collaborateur libéral et collaborateur salarié.

Enfin, la rénovation de l'offre doit se traduire, comme vous l'avez si souvent souligné, par **la création de maisons de santé pluridisciplinaires** ou de toutes autres formes d'exercice regroupé, dans la mesure où celles-ci répondent à un cahier des charges minimum, agréé par les pouvoirs publics.

Nous l'avons vu, en la matière, les réalisations professionnelles sont déjà nombreuses et pertinentes. Nul doute que nous saurons accompagner le mouvement en cours.

Il convient aussi de développer une ingénierie au sein des missions régionales de santé, en partenariat avec les collectivités territoriales désireuses de s'engager, afin d'aider les promoteurs à monter leurs projets locaux de santé. Cette ingénierie pourrait s'accompagner d'un guichet unique régional d'information et d'aide à l'installation des professionnels de santé, guichet placé auprès des futures agences régionales de santé. Ce guichet pourra s'inspirer de l'accompagnement des professionnels de santé déjà mis en œuvre par l'assurance maladie.

Au-delà de la création de structures nouvelles, **il m'apparaît nécessaire de mieux faire fonctionner ce qui existe déjà.** Ainsi, le travail des professionnels de santé de premier recours, au sein ou autour des maisons de santé pluridisciplinaires, gagnerait à être mieux coordonné. De même, le lien avec les médecins spécialistes pourrait être renforcé. Ce sujet devra être traité par le groupe permanent de concertation des autres

professionnels de santé dont le travail doit démarrer dans les jours qui viennent.

*

Enfin, ainsi que je l'ai rappelé à maintes reprises, il est indispensable de proposer des mesures d'orientation de l'offre de soins sur le territoire. De telles mesures ont vocation à être discutées dans le cadre conventionnel avec l'assurance maladie, afin d'améliorer la répartition des professionnels sur le territoire.

Je tiens donc à vous livrer **l'état de ma réflexion sur ce sujet**, à la lecture de vos travaux et après avoir entendu tous les témoignages, ceux des élus, des associations de patients, mais aussi et surtout des acteurs de terrain, soignants ou non.

A mon sens, ces mesures doivent avoir pour objet principal d'inciter les professionnels, qu'ils soient jeunes ou déjà installés, à exercer leur métier sur l'ensemble du territoire, et en priorité dans les zones où les besoins de santé sont imparfaitement couverts.

Ainsi, je souhaite que nous puissions disposer d'outils incitatifs forts, pour les zones médicalement les plus défavorisées.

D'autres incitations en zones sous-dotées, ou très sous-dotées devront être étudiées avec la plus grande attention.

Il s'agirait pour les médecins :

- De disposer de la prise en charge de fonctions supports au sein des maisons de santé pluridisciplinaires,
- De bénéficier de contrats d'engagement entre les étudiants en médecine et les collectivités territoriales, notamment,
- De proposer un contrat territorial d'installation signé entre le professionnel de santé, l'assurance maladie et les collectivités territoriales récapitulant les aides financières, le soutien matériel à l'installation et des accompagnements,

- De faciliter et inciter à l'exercice en cabinet secondaires ou l'exercice à temps partiel le cas échéant en complément d'un temps partiel hospitalier.

Enfin, je crois que vos débats nous conduisent à ne pas exclure d'envisager, de manière ciblée, et dans des cas très spécifiques, des mesures de régulation respectueuses de la solidarité intergénérationnelle dans les zones très surdotées.

Notre volonté est de faire évoluer les pratiques des professionnels et de les valoriser.

Cette **vision équilibrée** permet à la fois de **soutenir des mesures incitatives fortes valorisant l'organisation de l'offre de soins de premier recours, applicables et réalistes, et des mesures de régulation respectant la liberté d'installation. Celles-ci garantissent la qualité du service rendu à la population et favorisent** une meilleure répartition des professionnels de premier recours sur le territoire. Il nous faut des mesures opérationnelles, comme le Président de la République nous y convie.

Pour atteindre ce but, je crois également à la nécessité d'établir **une stratégie d'aménagement sur le territoire de l'offre de soins de premier recours qui soit plus cohérente avec l'ensemble des services rendus à la population.**

A l'image des schémas d'organisation qui existent pour les structures hospitalières, pourquoi ne pas imaginer un jour, sous l'égide de l'ARS et en collaboration avec les professionnels, les élus et les patients, la définition d'un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins de premier recours sur le territoire ? Etabli sur la base d'un zonage national, il tiendrait compte des équilibres régionaux, des flux de population et des besoins de santé. Il pourrait être établi sur la base de projets locaux de santé réalisés par les professionnels de santé et les élus au niveau des bassins de vie ou des pays.

*

Nos débats l'ont montré, la réforme de notre système de santé a de grandes chances de modifier les pratiques professionnelles de chacun.

Compte tenu de la portée de ce projet, je souhaite que le travail de concertation se poursuive et je renouvelle ma confiance à Annie Podeur et Yvon Berland pour avancer dans le dialogue, avec les professionnels, les élus et les patients, sur la rénovation de l'offre de soins de premier recours.

La partie sera gagnée quand nous aurons réussi, tout simplement, à redonner envie aux jeunes étudiants et internes de devenir médecin généraliste.

Mais ces projets ne doivent pas nous détourner de notre objectif immédiat qui, conformément à la LFSS 2008 est de conduire des négociations conventionnelles pour améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

La synthèse générale des EGOS aura lieu le 2 avril à 2008 à Paris.

Cette journée est la toute première étape d'un travail de longue haleine. La réflexion doit désormais porter sur les autres professions de santé : les spécialistes, les professions paramédicales. La concertation et la dynamique engagées pour les médecins doivent se poursuivre. Il en va de notre avenir commun.

*

Fidèles à nos valeurs, attachés à nos principes, aux trois grands principes de liberté d'installation, de solidarité et de responsabilité consubstantiellement liés, soucieux de défendre un patrimoine commun, de transmettre aux générations futures un système de soins de qualité, nous devons aujourd'hui regarder loin devant.

Rien n'est jamais acquis. Les Français le savent, et ce savoir constitue leur histoire : le progrès est toujours le fruit d'une conquête. Ils savent que la solidarité ne saurait rester une pure clause de style sans qu'ils finissent par en souffrir au quotidien.

Ils savent qu'elle n'est pas de toute éternité établie par la seule grâce de l'incantation. Nous savons qu'il faut se battre pour la préserver, lui donner corps, la faire vivre.

C'est ce combat qu'il nous faut aujourd'hui mener, tous ensemble. Ces états généraux, engagés dans un esprit résolument prospectif, manifestation exemplaire d'une démocratie vivante, devraient permettre la mise en œuvre des réformes nécessaires, des réformes attendues.

Le changement ne se décrète pas. Les réformes subies, préfabriquées, imposées de l'extérieur, ne sont jamais de bonnes réformes.

Aussi, j'ai bon espoir que la démarche innovante qui régit ces états généraux puisse nous permettre d'engager enfin dans notre pays une politique de santé ambitieuse et efficace.

Ainsi, le projet de loi sur la modernisation de l'organisation de la santé que je porterai cet été, nourri de vos débats et de tant de réflexions croisées, devrait constituer une des plus importantes réformes de notre système de santé depuis la loi de 1958.

Je vous remercie.

États généraux de l'organisation de la santé

EGOS : diagnostic partagé et méthode retenue

Annie Podeur, Pr Yvon Berland

EGOS : un constat

Le constat

- *une forte densité médicale mais une inégalité d'accès aux soins, résultant d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire*
- *une diminution du temps médical*
- *une réduction des effectifs à prévoir, malgré l'augmentation du numerus clausus*

> La nécessité de faire évoluer les conditions d'exercice et d'installation des médecins

EGOS : un contexte

La préparation du PLFSS 2008

La mobilisation des internes et le protocole d'accord
d'octobre 2007

EGOS : des objectifs

Tracer les lignes de force de la politique d'organisation de la santé sur le territoire

- *établir un diagnostic partagé sur l'organisation territoriale de l'offre de soins de premier recours et la répartition des professionnels de santé*
- *faire des propositions concrètes pour structurer et dynamiser l'offre de soins de premier recours*
- *préparer un cadre de réflexion pour les négociations conventionnelles conduites par l'UNCAM*
- *traduire les propositions concrètes issues des états généraux dans le projet de loi sur la modernisation de l'accès aux soins (été 2008)*

EGOS : des enjeux

Assurer un égal accès aux soins pour tous

Améliorer l'organisation de l'offre de soins de premier recours sur le territoire

Apporter une réponse opérationnelle aux attentes des citoyens, des élus, des étudiants, internes, chefs de clinique, jeunes médecins, médecins en activité

EGOS : le périmètre d'action

L'offre de soins médicale de premier recours, avec un focus sur la médecine générale

Une articulation et une complémentarité avec les travaux des 3 missions, *respectivement conduites par :*

- *le sénateur Larcher sur l'hôpital*
- *le député Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*
- *le préfet honoraire Ritter sur les agences régionales de santé (ARS)*

EGOS : une méthode

Un groupe permanent de concertation (GPC)

- *les syndicats des étudiants, des internes, des chefs de clinique, des jeunes médecins généralistes*
- *des représentants des usagers, des citoyens, des élus et des assurés sociaux*
- *des représentants des médecins en activité : organisations syndicales des médecins libéraux, conseil national de l'ordre des médecins*
- *les directions techniques concernées du ministère*
- *un rapporteur*

EGOS : une méthode

Des conférences de concertation

- *début des travaux du GPC : 30 novembre 2007*
- *auditions nombreuses en décembre et en janvier : parlementaires, élus locaux, associations d'usagers, expérimentations locales, etc*

Une grille d'entretien portant sur :

- *le diagnostic*
- *les causes*
- *les leviers de la régulation de l'offre de soins*

EGOS : une étape majeure dans la réflexion sur l'organisation du système de santé

Pour la mise en débat:

Deux réunions régionales

- *Bretagne (Rennes) : 25 janvier 2008*
- *Champagne Ardennes (Chalons-en-Champagne): 1^{er} février 2008*

Deux réunions nationales

- *1ère session centrée sur le médecin généraliste de premier recours : 8 février 2008*
- *2ème session de synthèse des travaux des deux groupes permanents de concertation : fin mars 2008*

EGOS : les principaux éléments de constat

4 grands facteurs d'évolution

- *l'évolution des effectifs médicaux*
- *l'évolution des besoins médicaux de la population*
- *les évolutions de la société*
- *les évolutions liées à la formation, la pratique médicale et aux pathologies*

De nouvelles attentes dont il faut tenir compte

- *les attentes des patients*
- *les attentes particulières des jeunes médecins*
- *les attentes des acteurs locaux sur les territoires*

EGOS : les propositions issues des travaux du premier groupe permanent de concertation (GPC)

Une organisation des soins de premier recours plus attractive
pour un service plus efficient

1. *Définir les missions et les principes fondateurs*
2. *Adapter le dispositif de formation : 1ère table ronde*
3. *Accompagner l'installation des médecins généralistes
de premier recours et veiller à maintenir une offre équilibrée
sur tout le territoire : 2ème table ronde*
4. *Améliorer les conditions d'exercice du métier et des missions :
3ème table ronde*

EGOS : des missions et des principes fondateurs

Une définition claire des activités relatives aux soins de premier recours dans le code de la santé publique et en complément de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie

- *préciser les missions du médecin généraliste de premier recours*

Un pacte social de santé pour inscrire les changements à promouvoir

- *attentes et contraintes*
- *droits et engagement des acteurs*

Une structuration de l'offre de soins de premier recours : des outils et des règles

- *SROS de premier recours*
- *cadre au niveau national, déclinaison régionale*

Une veille et une évaluation de la qualité de la réponse aux besoins de prise en charge sanitaire sur le territoire



Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Dossier de presse

Les états généraux de l'organisation de la santé

1^{ère} journée nationale de restitution des travaux,
consacrée à la médecine générale
de premier recours

8 février 2008, Paris



Contact presse

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Stéphane Grossier

Tél. 01 40 56 73 96 / 06 81 15 43 74

stephane.grossier@sante.gouv.fr

Sommaire

Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens	3
Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours	4
La méthode : une concertation élargie de l'ensemble des acteurs	4
Les annexes documentaires	5



Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens



La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et la discussion des mesures visant à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ont mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français.

Les échanges avec les futurs professionnels et les médecins en exercice ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'exercice et d'installation à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer, sur un mode concerté, des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé sur le territoire.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a confié à Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et au professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé la conduite de ces états généraux de l'organisation de la santé.

Les travaux préparatoires ont débuté fin novembre 2007 avec pour objectif de rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Deux séances régionales visant à restituer les premiers travaux et à enrichir la réflexion à partir d'expériences locales pertinentes ont eu lieu le 25 janvier à Rennes et le 1^{er} février à Châlons-en-Champagne.

Les conclusions des états généraux de l'organisation de la santé doivent contribuer à proposer un cadre aux négociations conventionnelles qui se tiendront au premier semestre 2008 sous la responsabilité de l'UNCAM. Cette négociation associera les jeunes professionnels aux organisations syndicales représentatives de médecins libéraux.

Au-delà des négociations conventionnelles, les conclusions des états généraux contribueront, avec celles de la commission conduite par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, de la mission parlementaire menée par André Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire et celles de la mission ARS dirigée par Philippe Ritter, à la préparation du projet de loi sur la modernisation de l'accès aux soins.

Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours



Les états généraux de l'organisation de la santé sont l'occasion pour les patients, les élus et les professionnels de santé d'entendre une pluralité de points de vue, de confronter leurs avis, de partager un diagnostic et de proposer des mesures susceptibles d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

L'atteinte de cet objectif implique :

- la définition du premier recours et de ses acteurs,
- l'évolution des formations professionnelles initiales,
- la rénovation de son organisation et des conditions de travail des professionnels,
- l'organisation de cette offre de soins de premier recours sur le territoire.

La méthode : une concertation élargie de l'ensemble des acteurs



Le président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pilotent un groupe permanent de concertation qui se décompose en deux sous-groupes : le premier constitué autour des médecins généralistes et le second autour des autres professionnels de santé - infirmiers, chirurgiens dentistes, sage-femme, kinésithérapeutes, pharmaciens et tous les professionnels paramédicaux sous l'égide de l'union nationale des professionnels de santé, ainsi les autres médecins spécialistes impliqués dans le premier recours.

Les deux groupes poursuivent les mêmes objectifs. Leurs travaux sont complémentaires et leurs méthodes identiques. Des auditions sont organisées dans chacun des groupes lors de conférence de concertation. Les personnes invitées interviennent sur la base d'une grille d'analyse qui leur est adressée.

Les deux groupes permanents de concertation ont une partie de leurs membres en commun et une partie spécifique, aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé.

Les travaux du premier groupe qui associe des représentants des étudiants, des usagers, des élus et des médecins en activité ont débuté le 30 novembre. Près de 100 personnes ont été auditionnées parmi lesquelles des parlementaires, élus, associations d'usagers, syndicats, hospitaliers et médecins.

Les annexes documentaires



- Intervention de Annie Podeur et du Professeur Yvon Berland : « EGOS : diagnostic partagé et méthode retenue »
- Présentation des trois tables rondes de la journée
- Bibliographie

Etats généraux de l'organisation de la santé

1^{ERE} PARTIE : CONTEXTE, OBJECTIFS ET PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONSTAT

I- Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens

La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et la discussion des mesures visant à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ont mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français.

Les échanges avec les futurs professionnels et les médecins en exercice ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'exercice et d'installation à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer, sur un mode concerté, des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé sur le territoire.

La ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports a confié à Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et au Professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé la conduite de ces Etats généraux de l'organisation de la santé.

Les travaux préparatoires ont débuté fin novembre 2007 avec pour objectif de rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Deux séances régionales visant à restituer les premiers travaux et à enrichir la réflexion à partir d'expériences locales pertinentes ont eu lieu le 25 janvier à Rennes et le 1^{er} février à Châlons-en-Champagne.

Les conclusions des Etats généraux de l'organisation de la Santé doivent contribuer à proposer un cadre aux négociations conventionnelles qui se tiendront au premier semestre 2008 sous la responsabilité de l'UNCAM. Cette négociation associera les jeunes professionnels aux organisations syndicales représentatives de médecins libéraux.

Au-delà des négociations conventionnelles, les conclusions des Etats généraux contribueront, avec celles de la commission conduite par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, de la mission parlementaire menée par André Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire et celles de la mission ARS dirigée par Philippe Ritter, à la préparation du projet de loi sur la modernisation de l'accès aux soins annoncé par le Premier ministre pour l'été 2008.

II- Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours

Les Etats généraux de l'organisation de la santé sont l'occasion pour les patients, les élus et les professionnels de santé d'entendre une pluralité de points de vue, de confronter leurs avis, de partager un diagnostic et de proposer des mesures susceptibles d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

L'atteinte de cet objectif implique :

- La définition du premier recours et de ses acteurs,
- L'évolution des formations professionnelles initiales,
- La rénovation de son organisation et des conditions de travail des professionnels,
- L'organisation de cette offre de soins de premier recours sur le territoire.

III- La méthode : une concertation élargie de l'ensemble des acteurs

Le Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pilotent un groupe permanent de concertation qui se décompose en deux sous-groupes : le premier constitué autour des médecins généralistes et le second autour des autres professionnels de santé : infirmiers, chirurgiens dentistes, sage-femme, kinésithérapeutes, pharmaciens et tous les professionnels paramédicaux sous l'égide de l'Union nationale des professionnels de santé, et les autres médecins spécialistes impliqués dans le premier recours.

Les deux groupes poursuivent les mêmes objectifs. Leurs travaux sont complémentaires et leurs méthodes identiques. Des auditions sont organisées dans chacun des groupes lors de conférence de concertation. Les personnes invitées interviennent sur la base d'une grille d'analyse qui leur est adressée.

Les deux groupes permanents de concertation ont une partie de leurs membres en commun et une partie spécifique, aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé.

Les travaux du premier groupe qui associe des représentants des étudiants, des usagers, des élus et des médecins en activité ont débuté le 30 novembre. Près de 100 personnes ont été auditionnées parmi lesquelles des parlementaires, élus, associations d'usagers, syndicats, hospitaliers et médecins.

IV- Les principaux éléments de constat

1/ Les composantes d'une crise sanitaire insidieuse

Sans être exhaustif les principaux constats partagés sont :

- *L'évolution des effectifs médicaux*
 - o Des départs très importants à la retraite qui ne seront pas compensés par les flux entrants des jeunes médecins formés, du fait de la réduction du numerus clausus intervenue dans les années 90.
 - o Une augmentation du numerus clausus qui a été justifiée par la diminution prévisible du nombre de médecins.

- o Une durée d'exercice qui tend à diminuer du fait notamment de l'installation beaucoup plus tardive des jeunes médecins en libéral (en moyenne dix ans après l'obtention du diplôme), et de la féminisation des effectifs médicaux.
- *L'évolution des besoins médicaux*
 - o L'augmentation et le vieillissement de la population.
 - o La part grandissante des pathologies chroniques.
 - o La diminution de la durée des séjours hospitaliers qui accentue les besoins de prise en charge des patients par le secteur ambulatoire.
 - o Les exigences légitimes accrues des patients et de leur famille d'appropriation de leur prise en charge.
 - o La complexification des parcours de soins qui requiert une « ingénierie » de leur organisation pour coordonner une multiplicité d'intervenants.
- *Les évolutions de la société*
 - o La concentration urbaine et la désertification rurale relative posant le problème de l'aménagement du territoire.
 - o L'augmentation des dépenses de santé qui pose le problème de leur solvabilisation.
 - o La montée de l'insécurité dans les grands ensembles urbains, le caractère non attractif de certaines zones rurales ou périurbaines du fait de l'absence ou de la disparition des services publics.
- *Les évolutions liées à la formation, à la pratique médicale et aux pathologies*
 - o Le développement et la multiplication des spécialités médicales.
 - o Le défaut de définition du contenu et de la formation spécifique à la médecine générale.
 - o La découverte trop tardive du « métier » de médecin généraliste de premier recours dans le cursus de formation des médecins et la formation dominante en milieu hospitalo-universitaire inapproprié.

2/ Les attentes des usagers, des médecins et des élus en matière d'offre de soins de premiers recours

Un dispositif opérationnel suppose de concilier les attentes des différents acteurs.

- *Les attentes des patients*
 - o Un dispositif de prise en charge de premier recours lisible, connu et pérenne.
 - o Une réponse à la diversité de leurs attentes selon leur implantation géographique, leur niveau culturel et leurs attentes personnelles.
 - o Une réponse coordonnée et non segmentée.
- *Les attentes des jeunes médecins*
 - o Des temps respectifs de vie professionnelle, de vie familiale et de vie sociale plus équilibrés.
 - o Une carrière professionnelle diversifiée, associant un exercice libéral et d'autres formes d'exercice professionnel, notamment salariés, soit simultanément soit successivement.

- o Des formes d'exercice professionnel moins solitaires, plus mutualisées, favorisant un exercice partagé communautaire de nature tant à améliorer les conditions de la pratique médicale que les conditions de vie.
 - o Une carrière professionnelle diversifiée prenant en compte le rythme de la vie personnelle, notamment pour les femmes (maternité, rythmes de travail compatibles avec l'éducation des enfants, etc...).
 - o Un mode de rémunération qui ne soit plus univoque, exclusivement à l'acte.
- *Les attentes des élus, ou plus largement des acteurs locaux*
 - o Un pilotage au niveau pertinent, c'est-à-dire régional, la cohérence nationale étant garantie par l'Etat.
 - o Une définition du territoire qui soit populationnelle et non strictement territoriale sur le niveau le plus fin légitime : "le bassin de vie" ou le canton au sein des agglomérations.
 - o Un projet de « service de santé » à la personne, inclus dans un ensemble plus vaste de services à la personne et reposant sur un « projet » élaboré par les professionnels concernés.
 - o Une implication forte, organisée et coordonnée de l'ensemble des structures administratives et para publiques concernées.
 - o Une implication plus forte pour les communes dans l'organisation du dispositif mais qui ne soit pas financièrement pénalisante pour les plus démunies.

2^{EME} PARTIE : UNE ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS PLUS ATTRACTIVE POUR UN SERVICE PLUS EFFICIENT ET MIEUX REPARTI SUR LE TERRITOIRE

Le groupe permanent de concertation réuni en décembre 2007 et janvier 2008 s'est fondé sur les éléments de constats disponibles au travers de nombreux rapports et publications pour parvenir, au terme de multiples auditions, et à partir des contributions écrites adressées, à un ensemble de propositions, esquissées ci-après.

Ces propositions sont à ce jour centrées sur les attentes des médecins généralistes, acteurs de premiers recours et sur celles des usagers à leur endroit ; elles s'enrichiront des travaux à conduire avec le deuxième groupe de concertation permanent réunissant les autres professions médicales et paramédicales pour être intégrées dans un rapport final.

I - DEFINIR LES MISSIONS ET LES PRINCIPES FONDATEURS

L'objectif de garantir sur l'ensemble du territoire, aujourd'hui comme à l'avenir, l'accessibilité et la continuité des soins nécessaires à la préservation de la santé des usagers apparaît fondamental. Son affirmation nécessite d'instaurer de nouvelles règles du jeu. L'enjeu est ici de définir une offre de soins ambulatoire de premier recours organisée efficiente et accessible. Quelques actions clé sont proposées pour faciliter leur adoption, leur donner corps et vérifier régulièrement leur efficience.

1/ Dans le code de la santé publique, notamment, et en complément de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, définir clairement les activités relatives aux soins de premier recours.

Compte tenu du périmètre des soins et du rôle que jouent les autres professionnels de santé libéraux, cette définition des soins de premier recours reste à formuler.

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont les suivantes:

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire sur un territoire donné, en assurant la prise en charge médicale de premier recours, y compris dans les hôpitaux locaux et dans les structures d'hospitalisation à domicile.
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés en fonction de son besoin de soins.
- Assurer ou organiser le dépistage et la prévention des risques évitables, l'accompagnement et l'éducation des patients dont il est le médecin traitant et contribuer au développement des actions de prévention et dépistage sur le territoire.
- Veiller à l'application des protocoles des soins de longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres intervenants participant à la prise en charge du patient.
- Assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition.
- Participer à la permanence des soins du territoire de santé.

2/ Inscrire les changements à promouvoir dans un pacte social de santé

- Prendre acte des nouvelles attentes et des contraintes en présence,
- Redéfinir en conséquence les droits et les engagements des différents acteurs (patients, professionnels, pouvoirs publics).

3/ Promouvoir des outils et des règles pour assurer la structuration d'une offre de soins de premier recours avec le concours de l'ensemble des acteurs de terrain

- Définir et mettre en œuvre un **schéma régional d'organisation des soins de premier recours**, permettant d'assurer en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, des réponses diversifiées aux besoins de prise en charge des différents territoires de santé (maisons de santé pluridisciplinaire, réseaux de soins coordonnés, structures uni professionnelles, centres de santé, hôpitaux locaux...).
- Définir au niveau national, les principes et critères homogènes pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de ces schémas, tout en laissant la possibilité d'une déclinaison adaptée dans chaque région.

4/ Définir les voies et moyens qui permettront aux pouvoirs publics d'assurer une veille et une évaluation de la qualité de la réponse aux besoins de prise en charge sanitaire sur le territoire

- Confier à une instance indépendante la mission de suivi et d'évaluation de l'effectivité et de la qualité de l'action des pouvoirs publics concernant la satisfaction des besoins de prise en charge sanitaire. Cette instance serait chargée au niveau national et régional d'assurer la cohérence, la disponibilité et le partage des données.

II- ADAPTER LE DISPOSITIF DE FORMATION DU MEDECIN GENERALISTE DE PREMIER RECOURS

L'objectif est de faire connaître à tous les étudiants inscrits dans le cursus des études médicales la médecine générale de premier recours, d'organiser une véritable filière de formation de 3^{ème} cycle spécifique du métier et d'inciter les étudiants à un exercice regroupé, notamment au profit des zones sous-dotées.

1/ Adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires

A court terme,

- Impulser une forte mobilisation des capacités formatrices (doyens, Départements de Médecine Générale, enseignants de médecine générale et maîtres de stage, terrains de stage) pour aboutir à la mise en place des mesures permettant l'amélioration de l'attractivité de la médecine générale.
- Définir de manière pluriannuelle la répartition par filières des postes ouverts à l'internat afin de stabiliser la mise en place de l'organisation régionale de la formation.
- Promouvoir auprès des médecins généralistes en activité, y compris auprès des plus âgés d'entre eux, l'importance et l'intérêt de la fonction de maître de stage.
- Mettre en place les conditions permettant à tous les étudiants de connaître l'exercice de la médecine générale de premier recours :
 - S'assurer que toutes les facultés mettent en place le stage dans une structure ambulatoire de médecine générale pour tous les étudiants de 4^{ème} ou 5^{ème} année.
 - Instaurer d'une part les conditions matérielles (logement, indemnités d'éloignement notamment) favorisant ces stages dans des structures ambulatoires regroupant plusieurs professionnels de santé, tels que les maisons de santé pluridisciplinaires et les hôpitaux locaux et d'autre part les conditions pédagogiques (organisation pendant la période du stage de l'enseignement théorique).

A moyen terme,

Une réflexion pourrait être engagée sur l'intérêt de transformer les ECN en épreuves classantes interregionales, après une évaluation des effets des ECN sur la démographie médicale.

2/ Promouvoir la formation au métier de médecin généraliste de premier recours

- Organiser une véritable **spécialité de médecine générale de premier recours adaptée à ses missions**, dans le cadre de la filière universitaire de médecine générale.
- Améliorer **la lisibilité du métier** de médecin généraliste de premier recours, par la création d'une formation spécifique de 4 ans comme c'est le cas pour les autres spécialités au travers d'un DES ou d'un DESC.

- Favoriser la **connaissance de la médecine générale de premier recours** tôt dans le cursus des études médicales, afin de favoriser son attrait auprès des étudiants.

3/ Organiser un post-internat à cette filière de médecine générale de premier recours et proposer notamment au profit des zones sous dotées et sous réserve d'exercice dans une maison de santé pluri disciplinaire répondant à un cahier des charges prédéfini, (cf. infra) un contrat de 3 ans salarié sur la base de l'assistantat hospitalier.

4/ Diversifier le recrutement géographique et social en proposant après sélection dans des lycées des zones géographiques rurales ou urbaines sous-dotées, un accompagnement personnalisé permettant d'optimiser les chances des étudiants concernés de passer le cap du PCEM1.

III- ACCOMPAGNER L'INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES DE PREMIER RECOURS ET VEILLER A MAINTENIR UNE OFFRE DE SOINS EQUILIBREE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE.

Les mesures proposées doivent permettre de favoriser l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-dotées ou fragiles et de conforter l'offre de soins existante dans celles-ci.

1/ Mettre en place un guichet unique d'aide à l'installation des professionnels de santé

- Créer dans chaque région un **guichet unique d'installation** des professionnels de santé aisément identifiable. Ce guichet unique réunirait le réseau de l'assurance maladie, y compris les ordres, les URML, l'URSSAF, les actuels services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales.

Ce guichet pourrait être déporté sur des antennes locales en fonction de la taille de la région. Il aurait pour mission :

- a. l'information sur l'ensemble des aides publiques existantes venant de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales),
 - b. l'aide à la décision des professionnels de santé sur leur lieu d'installation, en mutualisant les informations disponibles sur l'environnement et en particulier les facteurs d'attractivité du bassin de vie,
 - c. l'accompagnement des professionnels de santé et notamment des médecins dans les premiers mois d'exercice.
- Faire de ce guichet unique un espace de partenariat au service des professionnels de santé pour leur installation.
 - a. Lien permanent entre le guichet unique et les facultés, les associations d'étudiants en médecine ou d'autres cursus médicaux ou paramédicaux, les syndicats de médecins remplaçants notamment
 - b. Recrutement de personnels formés et mise à disposition d'outils efficaces : Guide d'installation, offres de services pour l'installation et suivi des premiers mois de l'exercice.

2/ Garantir un environnement favorable à l'installation au sens de l'aménagement du territoire

Dans le cadre d'un projet global de service au public et en promouvant un dispositif d'accueil personnalisé dans les zones sous-dotées ou fragiles à l'instar de l'accompagnement offert aux personnels et cadres d'entreprises en cours d'implantation :

- confier au guichet unique, une mise en contact avec le maire de la commune d'implantation ou le président de la communauté de communes ;
- encourager la mise à disposition de locaux d'exercice à loyer préférentiel par les collectivités territoriales dans les zones sous-dotées ou fragiles, qu'elles soient rurales ou urbaines ; les investissements éventuellement inscrits dans les contrats de projets Etat /collectivités territoriales doivent garantir l'indépendance, la sécurité et la qualité de l'exercice des professionnels de santé ;
- proposer un dispositif de recherche de logement, d'emploi pour le conjoint et de lieux de scolarisation pour les enfants.

3/ Concevoir et faire connaître les mesures financières d'aide à l'installation

- **Favoriser l'installation rapide des jeunes diplômés en médecine générale :**
 - Proposer dans un cadre conventionnel une garantie de ressources ou un complément de ressources sur une durée de 3 à 5 ans, variable en fonction de la zone d'installation.
 - Faire connaître le dispositif de « moratoire médecin traitant » exonérant les patients ayant recours aux jeunes médecins des règles du parcours de soins.
- **Favoriser l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées ou fragiles :**
 - Inciter à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (ou en structure autre répondant à un cahier des charges) en prenant en charge sur fonds d'assurance maladie éventuellement complétés par des aides des collectivités territoriales, en tout ou partie, les fonctions supports (secrétariat, logistique informatique).
 - Encourager la signature de contrats d'engagement entre les étudiants en médecine (de préférence en 3^{ème} cycle) et les collectivités territoriales en engageant les assemblées représentatives à une coordination afin d'éviter les surenchères.
 - Proposer un contrat territorial d'installation signé entre le professionnel de santé, l'assurance maladie et les collectivités territoriales récapitulant les aides financières, le soutien matériel à l'installation et les accompagnements autres (scolarisation et garde d'enfants, emploi du conjoint...).
 - Proposer dans le cadre du post-internat, un salariat pour une période de 3 ans aux jeunes médecins généralistes exerçant en maison pluridisciplinaire.
 - Promouvoir l'installation sous forme de cabinets secondaires ou l'exercice à temps partiel le cas échéant en complément d'un temps partiel hospitalier.

IV- FAIRE EVOLUER LES MODALITES D'EXERCICE ET DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'objectif est de favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge globale de la population dans un bassin de vie ou en immédiate proximité. Le regroupement des professionnels ne saurait toutefois répondre à un modèle unique.

1/ Accompagner l'évolution de l'offre de soins de premier recours

- Répondre aux aspirations des professionnels, tout particulièrement, des plus jeunes en incitant au travers d'une politique conventionnelle un mode d'exercice mettant un terme à l'isolement et favorisant les approches pluridisciplinaires.
- Identifier l'exercice pluridisciplinaire au travers de cabinets de groupe, de maisons de santé pluridisciplinaires, de pôles de santé libéraux, de centres de santé mono ou pluridisciplinaires associant des professionnels de premier recours mais également des spécialistes d'organes et des professionnels médicaux ou paramédicaux également spécialisés - quels qu'en soient les gestionnaires. L'objectif étant d'offrir une prise en charge globale à l'utilisateur en se gardant toutefois de toute dérive inflationniste via des filières captives.
- Veiller à lever les difficultés juridiques et déontologiques relatives aux regroupements des professionnels.

2/ Favoriser le développement des maisons de santé pluridisciplinaires prioritairement dans les zones sous-dotées ou dans les zones dites « fragiles » en faisant prévaloir l'initiative libérale, soit autonome, soit adossée à un hôpital local

- **Définir un cahier des charges** applicable aux maisons de santé pluridisciplinaires et conditionnant l'accompagnement financier du projet ; ce cahier des charges devra notamment intégrer :
 - l'existence d'un projet de soins et de santé publique au-delà du projet architectural
 - la participation à la permanence des soins sur le territoire de proximité
 - une priorité pour l'accueil des stagiaires
 - et la définition d'une organisation minimale (plusieurs généralistes, des infirmières auxquels pourront se joindre d'autres professionnels de santé. Les professionnels réunis au sein de la maison de santé devront s'engager à travailler en collaboration avec ceux qui, sur le bassin de vie ou le territoire de proximité continueront d'exercer de manière isolée.
- **Identifier, les localisations justifiant la création de maisons de santé de manière prioritaire.** Cette identification est à conduire par les MRS puis les ARS en concertation avec l'Etat, les collectivités locales et surtout les professionnels de santé.
- **Parvenir à un financement stabilisé des maisons de santé pluridisciplinaires,** ce qui suppose de mobiliser l'ensemble des financeurs

potentiels (collectivités territoriales, Etat et assurance maladie obligatoire et complémentaire) et de distinguer :

- le financement des investissements ou la mise à disposition de locaux à loyer préférentiel (Assurance maladie et collectivités territoriales),
 - les moyens de fonctionnement et notamment les fonctions de secrétariat et de support (FIQCS voire dans l'avenir, financement au forfait).
- **Mettre à disposition une ingénierie** au sein des MRS et en partenariat avec les collectivités territoriales désireuses de s'engager, afin d'aider les promoteurs à monter le projet et à les orienter vers l'ensemble des personnes ressources et administrations compétentes.
 - **Communiquer sur les projets d'expérimentation de maisons de santé pluridisciplinaires** auprès des étudiants et des remplaçants et proposer le financement d'un post-internat salarié.

3/ Demander un effort de solidarité dans les zones sur-dotées

Des parlementaires, des élus locaux, des partenaires sociaux, des représentants des patients ont envisagé **des mesures de régulation applicables aux zones sur-dotées**.

De l'avis majoritaire du groupe, il n'est pas établi que ces mesures produisent l'effet escompté, certaines pourraient même s'avérer contre-productives. Quoi qu'il en soit, elles devraient respecter la solidarité intergénérationnelle.

Dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, le groupe préconise d'engager l'ensemble des médecins des zones sur-dotées à répondre aux besoins de santé non couverts.

3.1. Il privilégie les dispositifs suivants :

- **Identifier à l'échelon régional les zones sur-dotées¹** en ayant recours au maillage le plus fin disponible à ce jour (le canton dans les zones agglomérées ou le bassin de vie dans les zones rurales), après concertation avec les professionnels de santé.
- **Négocier un contrat individuel avec chaque médecin généraliste de premier recours concerné portant engagement de répondre à des besoins de santé non couverts notamment :**
 - la participation à la permanence des soins en qualité d'effecteur ou de régulateur,
 - l'activité à temps partiel dans une structure hospitalière ou médico-sociale et/ou dans un secteur géographique sous-doté proche (cabinets secondaires, consultations déportées),
 - la participation à un ou plusieurs réseaux de santé.

¹ Source DREES

3.2. Tout en privilégiant l'ensemble des mesures incitatives d'organisation et d'accompagnement, **accepter la perspective de mesures de régulation respectant la solidarité intergénérationnelle** et applicables à tous les médecins en zone sur-dotée selon des modalités qui restent à définir en concertation avec les professionnels de santé.

4/ Garantir l'effectivité de la permanence des soins

- **unifier au niveau régional le pilotage du dispositif dans le cadre des ARS.**
- **développer la régulation des appels de permanence des soins.**
- **revoir les modalités de financement pour valoriser l'engagement des médecins** : sortir du dispositif conventionnel classique pour mettre en œuvre d'autres modalités telles que le paiement forfaitaire à l'échelle du territoire de santé.
- **améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes de premier recours** :
 - favoriser l'exercice, par les internes, de la permanence des soins en médecine ambulatoire pour les internes de médecine générale en supervision directe par le maître de stage ;
 - développer la formation continue notamment à la régulation téléphonique.
- **développer une organisation lisible sur un territoire donné**, en tenant compte des réponses existantes libérales et hospitalières :
 - recentrer l'activité de la PDS libérale sur la tranche horaire 20h-24h ;
 - au-delà de 24h,
 1. assurer une meilleure complémentarité entre les lieux d'accueil de PDS (en particulier les MMG, maisons pluridisciplinaires, hôpitaux locaux etc...) et les structures des urgences des établissements de santé, selon les configurations et spécificités locales.
 2. maintenir une effectif à domicile dans un cadre territorial large, sur régulation, pour toute visite indispensable et actes nécessitant un médecin (garde à vue, hospitalisation en psychiatrie, certificats de décès) ;
 3. professionnaliser cette activité avec de réels moyens (voiture accompagnant etc...).

5/ Expérimenter de nouveaux modes de rémunération

- **Mettre en œuvre les expérimentations prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** relatives à de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financements des centres de santé et des maisons de santé.

- Ces nouveaux modes de rémunération ont vocation à compléter le paiement à l'acte voire à s'y substituer sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de l'activité réalisée.

Ces expérimentations concernent les soins de premier recours dans le cadre de l'organisation actuelle de notre système de soins et visent prioritairement les médecins généralistes, quelques spécialistes et les personnels paramédicaux.

- Elles devraient se présenter comme des combinaisons de diverses modalités dont :
 - la capitation, le forfait par pathologie,
 - le paiement à l'acte, le paiement horaire
 - les incitations à l'atteinte d'objectifs de santé publique,
 - la collaboration salariée,
 - Etc.
- **Mieux faire connaître la possibilité offerte par le statut de collaborateur libéral** et désormais de **collaborateur salarié** et veiller à sa traduction sur le plan conventionnel afin de valoriser un exercice souple, sécurisant et adaptable, le cas échéant, dans plusieurs cabinets.

6/ Organiser la coopération des soins entre professionnels de santé

Propositions à définir dans la phase 2 des Etats Généraux de l'organisation de la santé en concertation avec les autres professions médicales et représentants des professions paramédicales.

7/ Encourager le développement des fonctions supports d'exercice de la médecine de premier recours

- Développer la présence de secrétariat ou le recours à des plates-formes de services pour prendre en charge certaines tâches actuellement assumées par les médecins (téléphone, gestion du dossier patient, remplissage des formulaires, documentation....).
- Favoriser en lien avec les collectivités territoriales compétentes, la présence d'assistantes sociales ou l'interface avec les assistantes sociales de secteur pour mieux articuler la prise en charge sanitaire et sociale des patients, tout particulièrement les malades atteints de pathologies chroniques.
- Soutenir le déploiement de l'informatisation au sein des structures d'exercice et le partage de l'information entre professionnels libéraux et avec les établissements de santé via des plates-formes de télésanté ou échanges sécurisés.
- Simplifier les démarches et les formulaires à remplir par les médecins en s'appuyant sur des groupes utilisateurs professionnels-usagers chargés de valider la conception et de tester l'utilisation.
- Favoriser le regroupement des professionnels de santé qui permet de mutualiser le financement et d'externaliser certaines fonctions supports.

États généraux de l'organisation de la santé

Paris - 8 Février 2008



Bibliographie des états généraux de l'organisation de la santé

[1.] Plan démographie médicale, janvier 2006

1. Rapports de l'ONDPS

[2.] Pré rapport 2006-2007 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, Tome 1 « La médecine générale », version provisoire (*à paraître en mars 2008*)

[3.] Rapport 2005 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, février 2006

[4.] Rapport 2004 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, ONDPS, 2004

2. Démographie médicale

[5.] Les médecins. Estimations au 1er janvier 2007, DREES, document de travail, Série Statistiques n° 115, août-septembre 2007

[6.] L'atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2007, CNOM étude n° 40

[7.] Démographie médicale française, les spécialités en crise, situation au 1er janvier 2006, CNOM, étude n°39-2, 2007

[8.] Démographie et activité des professions de santé données de cadrage, IRDES, juillet 2007

[9.] Commission "Démographie médicale hospitalière", rapport présenté par le professeur Berland septembre 2006

[10.] Commission « Démographie médicale », rapport présenté par le professeur BERLAND, mai 2005

[11.] Les évolutions démographiques des professionnels de santé – Données sociales : la société française, éditions 2006

[12.] Mission « démographie des professions de santé », rapport BERLAND, décembre 2002

3. Prospective

- [13.]Les professions de santé et leurs pratiques, DREES, Dossiers Solidarité et Santé, n° 1, janvier - mars 2006
- [14.]Prospective des métiers de la santé, Journée d'étude du 18 novembre 2004, Commissariat général du plan, mai 2005
- [15.]La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, DREES, Etudes et Résultats, n° 354, novembre 2004
- [16.]Les médecins aujourd'hui en France, HSCP, dossier actualité et dossier en santé publique n° 32, septembre 2000

4. Coopération et regroupement

- [17.]Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, rapport HAS du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007
- [18.]Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?, IRDES, questions d'économie de la santé n° 127, novembre 2007
- [19.]Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, rapport d'étape, HAS, janvier 2007
- [20.]Rapport « 5 expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Y.Berland, Y.Bourgueil, ONDPS, juin 2006
- [21.]La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada, DREES, Etudes et Résultats, n° 406, juin 2005
- [22.]Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de Compétences », rapport d'étape présenté par le professeur Y. Berland, octobre 2003

5. Mesures favorisant une meilleure répartition des professionnels de santé

- [23.]Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information de M. Jean-Marc JUILHARD, fait au nom de la commission des affaires sociales° 14 (2007-2008) - 4 octobre 2007
- [24.]Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France, IRDES, questions d'économie de la santé n° 122, mai 2007
- [25.]Comment corriger l'inégalité en médecine générale sur le territoire national ; rapport au nom d'un groupe de travail ; Pierre Ambroise-Thomas Académie nationale de médecine avril 2007
- [26.]Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature, IRDES, questions d'économie de la santé n° 116, décembre 2006
- [27.]Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, rapport N°1635 de l'IRDES, juin 2006 + Annexe 3 : les réponses des CR ONDPS par région

Extraits de la bibliographie de ce rapport pages 53 à 56

- [28.]La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) 44(3) 271-348 Bui D H D (2004)
- [29.]Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées actes du colloque : les ressources humaines du système de santé : perspectives locales et régionales situations et expériences à l'étranger 43(3) 485-504 Bilodeau H et Leduc N (2003)

- [30.] Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées : actes du colloque les ressources humaines du système de santé perspectives locales et régionales situation et expériences à l'étranger 43(3) 505-527 Bilodeau H et Leduc N (2003)
- [31.] L'installation des médecins les déterminants du choix géographique (1974-1999) 42(4) 337-358 Bui D H D (2002)
- [32.] Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Charles DESCOURS 2003
- [33.] L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats -Unis, Pays -Bas, IGAS, Rapport présenté par Bas Théron F, Chevrier-Fatome C, Duhamel G, rapport N° 2002 081 mai 2002

6. Analyses et problématique

6.1. Les internes et les jeunes médecins

- [34.] Rapport de la Commission jeunes médecins, CNOM, Juin 2007
- [35.] Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007, DREES, Etudes et Résultats n° 616, décembre 2007
- [36.] Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006, DREES, Etudes et Résultats n° 571, avril 2007
- [37.] Livre Blanc des Internes : "A quoi rêvent les jeunes spécialistes?" - Enquête auprès des internes – synthèse-, SIPH, 2003

6.2. Médecine générale

- [38.] L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises, DREES, Études et Résultats n°610, novembre 2007
- [39.] Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, DREES, Études et Résultats n°607, novembre 2007
- [40.] La dispersion des honoraires des omnipraticiens, DREES, Etudes et résultats n°482, avril 2006.
- [41.] La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien - Revue Française des Affaires Sociales n°1, Janvier –Mars 2005
- [42.] Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », IRDES, questions d'économie de la santé n° 81, Avril 2004
- [43.] Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001, IRDES, questions d'économie de la santé n° 61. Décembre 2002, en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins
- [44.] La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, WONCA Europe 2002

6.3. La carrière libérale

- [45.] Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres, DREES, Études et Résultats n°578, juin 2007
- [46.] Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005, DREES, Études et Résultats n°562, mars 2007
- [47.] Analyse des carrières des médecins libéraux à partir de données de panels, DREES, Document de travail, Série Statistique n° 96, mai 2006

- [48.]Les cessations d'activité des médecins, DREES, Études et Résultats n°484, avril 2006
- [49.]Les recours aux médecins urgentistes de ville, DREES, Études et Résultats n°480, avril 2006
- [50.]La situation professionnelle des conjoints de médecins, DREES, Etudes et Résultats, n° 430, septembre 2005
- [51.]L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003, DREES, Études et Résultats n°412, juillet 2005
- [52.]Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés, DREES, Document de travail, Série Etudes n° 51, juin 2005
- [53.]L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 ; DREES, Etudes et Résultats n° 157, février 2002

6.4. La permanence des soins

- [54.]Rapport sur la mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins (rapport du docteur Jean Yves GRALL), août 2007
- [55.]Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la prise en charge des urgences médicales, février 2007
- [56.]Rapport 2006 de l'observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) délégation interministérielle à la ville (DIV), février 2007
- [57.]Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles, questions d'économie de la santé n°117, janvier 2007.
- [58.]Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, IGAS, IGA, Avril 2006
- [59.]Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins, L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales, questions d'économie de la santé n°104, décembre 2005
- [60.]L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Ile-de-France), IRDES, questions d'économie de la santé n° 86, Novembre 2004
- [61.]Les soins de proximité : une exception française, IRDES, questions d'économie de la santé n°39, juillet 2001

6.5. Caractéristiques sociodémographiques des professionnels

- [62.]L'origine sociale des professionnels de santé; DREES, Etudes et Résultats n° 496, juin 2006
- [63.]Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champs de la santé », DREES, Revue Française des affaires sociales N°1-2005
- [64.]Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? , DREES, Revue Française des affaires sociales N°1-2005

6.6. Territoires

- [65.]Les villes moyennes et la santé, Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas, Caisse des dépôts et consignations (CDC)/Fédération des maires des villes moyennes, La documentation Française, *(à paraître en février 2008)*

[66.]Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement, APFP, La Documentation Française, Août 2007

[67.]Territoires et accès aux soins 2003, rapport du groupe de travail, CREDES, janvier 2003

6.7. Historique, rapports anciens

[68.]Perspectives de la démographie médicale synthèse du rapport de la DGS, juin 2001

[69.]Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale juin 2001

[70.]L'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, psychiatrie et radiologie rapport au secrétaire d'état à la santé Michèle Duret et Guy Nicolas, HSCP, 1998

[71.]L'avenir de la médecine de ville rapport remis à Mme Aubry ministre de l'emploi et de la solidarité et M Bernard Kouchner Secrétaire d'état à la santé François Stasse 1998

[72.]Rapport d'ensemble sur la démographie médicale décembre 1997

6.8. Rapport cour des comptes

[73.]Rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale, Chapitre 8 les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins, septembre 2007



L'adaptation du dispositif de formation

1ère table ronde, présidée par le Dr Pierre Loulergue

Les constats

Les diplômés de médecine générale ne s'orientent pas vers l'exercice de premier recours.

- *une stagnation des effectifs des médecins généralistes libéraux sur la période 1995 - 2005, alors que les effectifs des médecins généralistes ont augmenté de près de 7% et l'ensemble des médecins de plus de 10%*

> Un manque d'attractivité de l'exercice libéral pour les diplômés de médecine général due à une connaissance et un apprentissage insuffisants du métier

L'adaptation du dispositif de formation

1ère table ronde, présidée par le Dr Pierre Loulergue

Les objectifs

- **> Promouvoir la formation au métier de MGPR**
faire connaître, la médecine générale de premier recours (MGPR), le plus tôt possible dans le cursus des études médicales
- **organiser une véritable spécialité de MG de premiers recours (MGPR) adaptée à ses missions, dans le cadre d'une filière universitaire, à travers un DES ou un DESC**

L'adaptation du dispositif de formation

1ère table ronde, présidée par le Dr Pierre Loulergue

> Adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires

A court terme

- *impulser une forte mobilisation des capacités formatrices*
- *définir de manière pluriannuelle la répartition par filières des postes ouverts à l'internat*
- *promouvoir la fonction de maître de stage*
- *permettre à tous les étudiants de connaître l'exercice de la MGPR*

A moyen terme

- *engager une réflexion quant à l'intérêt de transformer les épreuves classantes nationales (ECN) en épreuves classantes interrégionales*

L'adaptation du dispositif de formation

1ère table ronde, présidée par le Dr Pierre Loulergue

> Organiser un post internat à la filière de MGPR

- *prévoir un contrat salarié de 3 ans sur la base du statut d'assistant hospitalier, dans les zones sous dotées et sous réserve d'exercice dans une maison de santé pluridisciplinaire*

> Diversifier le recrutement géographique et social

- *aider au recrutement dans les lycées des zones géographiques ou urbaines sous-dotées et accompagner de manière personnelle les étudiants en P1*

L'accompagnement à l'installation des médecins

2ème table ronde, présidée par Christian Saout

Les obstacles à l'installation des jeunes médecins

- ***des craintes exprimées sur un exercice professionnel isolé***
- ***une dévalorisation « ressentie » de la médecine générale et le sentiment d'une contrainte (voire d'une pression) à être la dernière manifestation du service public dans certains territoires***
- ***une aspiration des jeunes médecins à vivre dans des territoires offrant des potentialités personnelles, familiales et culturelles par rapport à des territoires perçus comme « délaissés »***

L'accompagnement à l'installation des médecins

2ème table ronde, présidée par Christian Saout

Le cadre des contraintes sur la médecine générale de premier recours

- *un principe constitutionnel de garantie d'accès aux soins pour tous*
- *une « dette contractuelle » tenant dans la socialisation de la dépense par les cotisations salariales ou par l'impôt, qui exige la manifestation d'une réponse de terrain « en proximité »*
- *une croissante constante des prises en charge des maladies chroniques, lourdes, invalidantes, qui ne cessera pas et nécessite de nouvelles formes d'exercice plus « concertées » entre tous les acteurs de la prise en charge, voire de nouvelles compétences*
- **la recherche de l'efficience dans un contexte financier tendu**
- *la persistance de fracture entre des mondes qui devraient se parler : **ville/hôpital** d'une part, **soin/social** d'autre part*

L'accompagnement à l'installation des médecins

2ème table ronde, présidée par Christian Saout

Les perspectives recensées dans les EGOS à « mi-parcours »

- *conforter l'offre de soins existante tout en **favorisant l'installation** dans les zones sous-dotées ou fragiles*
- *rechercher d'autres formes d'exercice regroupé*
- *décider d'**un guichet unique « facilitateur » de l'installation**, au niveau régional, avec des déclinaisons locales. Faire de ce guichet unique un espace de partenariat au service des professionnels de santé*
- *appréhender **un niveau populationnel de référence** pour apprécier les installations utiles susceptibles d'être soutenues par toutes les parties prenantes*

L'accompagnement à l'installation des médecins

2ème table ronde, présidée par Christian Saout

Garantir un environnement favorable à l'installation

- *définir un projet global de service au public en relation avec les élus*
- *encourager la mise à disposition de locaux et veiller à la réalisation des investissements nécessaires*
- *porter la plus grande attention aux conditions de vie (logement, scolarisation, etc)*

L'accompagnement à l'installation des médecins

2ème table ronde, présidée par Christian Saout

Concevoir et faire connaître les mesures incitatives à l'installation

Accélérer l'installation des jeunes diplômés en médecine générale

- *un cadre conventionnel assurant un soutien, variable en fonction de la zone d'installation*
- *une information sur le dispositif de « **moratoire médecin traitant** »*

Favoriser l'installation en zones sous-dotées ou fragiles

- *un exercice en **maison pluridisciplinaire**, un développement et une coordination **des contrats d'engagement entre les étudiants en médecine et les collectivités territoriales** évitant les surenchères, une possibilité de salariat de 3 ans dans le cadre du post internat, **une promotion des cabinets secondaires et de l'exercice à temps partiel***

Les modes et les conditions d'exercice des médecins

3ème table ronde, présidée par le Dr Michel Legmann

Objectifs

- ***favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé***
- ***faire évoluer les modalités de rémunération***

Les modes d'exercice des médecins

3ème table ronde, présidée par le Dr Michel Legmann

Accompagner l'évolution de l'offre de soins de premier recours

Favoriser le développement des maisons pluridisciplinaires, prioritairement dans les zones sous dotées ou « fragiles », par :

- ***un cahier des charges*** conditionnant l'accompagnement financier
- *une identification **des localisations prioritaires** pour la création de maisons de santé pluridisciplinaires*
- *un financement stabilisé*
- ***une ingénierie mise à disposition***
- *un déblocage des difficultés juridiques et déontologiques au regroupement*
- *une communication sur les projets d'expérimentation*
- ***la proposition du financement d'un post internat salarié***

Les modes d'exercice des médecins

3ème table ronde, présidée par le Dr Michel Legmann

Expérimenter des nouveaux modes de rémunération

- *mettre en œuvre les expérimentations prévues dans la LFSS pour 2008*
- *rénover et faire connaître le statut collaborateur libéral et salarié*
- *poursuivre la réflexion sur l'accès aux médecins spécialistes dans le cadre de la coordination des soins*

Organiser la coopération des soins entre professionnels de santé

Encourager le développement des fonctions supports d'exercice de la médecine de premier recours

Les modes d'exercice des médecins

3ème table ronde, présidée par le Dr Michel Legmann

Concevoir **un effort de solidarité** dans les zones sur-dotées

- *identifier à l'échelon régional **les zones sur-dotées***
- *négoier **un contrat individuel avec chaque médecin généraliste de premier recours concerné**, portant engagement de répondre à des besoins de santé non couverts*
- *tout en privilégiant les mesures incitatives d'organisation et d'accompagnement, accepter la perspective de mesures de régulation, à définir en concertation avec les professionnels de santé et en respectant la solidarité intergénérationnelle*



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Dossier de presse

Les états généraux de l'organisation de la santé

2^{ème} journée nationale
consacrée aux médecins spécialistes
et aux professionnels non médicaux

Restitution générale des travaux
des 2 journées nationales

9 avril 2008, Paris



Contact presse

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Tél. 01 40 56 73 96

Sommaire

Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens	3
Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours	4
La méthode : une concertation élargie de l'ensemble des acteurs	4
Les annexes documentaires	5



Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens



La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et la discussion des mesures visant à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ont mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français.

Les échanges avec les futurs professionnels et les médecins en exercice ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'exercice et d'installation à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer, sur un mode concerté, des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé sur le territoire.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a confié à Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et au professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) la conduite d'états généraux de l'organisation de la santé (EGOS).

Les travaux préparatoires ont débuté fin novembre 2007 avec pour objectif de rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Deux séances régionales visant à restituer les premiers travaux et à enrichir la réflexion à partir d'expériences locales pertinentes ont eu lieu le 25 janvier à Rennes et le 1^{er} février à Châlons-en-Champagne.

Les conclusions des EGOS doivent contribuer à proposer un cadre aux négociations conventionnelles qui se tiendront au premier semestre 2008 sous la responsabilité de l'UNCAM. Cette négociation associera les jeunes professionnels aux organisations syndicales représentatives de médecins libéraux.

Au-delà des négociations conventionnelles, les conclusions des états généraux contribueront, avec celles de la commission conduite par le sénateur Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, de la mission parlementaire menée par André Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire et celles de la mission ARS dirigée par Philippe Ritter, à la préparation du projet de loi sur la modernisation de l'accès aux soins annoncé par le Premier ministre pour l'automne 2008.

Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours



Les états généraux de l'organisation de la santé sont l'occasion pour les patients, les élus et les professionnels de santé d'entendre une pluralité de points de vue, de confronter leurs avis, de partager un diagnostic et de proposer des mesures susceptibles d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

L'atteinte de cet objectif implique :

- la définition du premier recours et de ses acteurs,
- l'évolution des formations professionnelles initiales,
- la coopération entre les professionnels de santé,
- la rénovation et l'organisation de l'offre de soins de premier recours sur le territoire, ainsi que l'amélioration des conditions de travail des professionnels qui y concourent.

La méthode : une concertation élargie de l'ensemble des acteurs



La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le président de l'ONDPS ont piloté 2 groupes permanents de concertation (GPC) : le premier constitué autour des médecins généralistes, le second autour des autres professionnels de santé – chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, directeurs de laboratoire, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, audioprothésistes, orthoptistes et transporteurs sanitaires, sous l'égide de l'union nationale des professionnels de santé (UNPS), ainsi que les autres médecins spécialistes impliqués dans le premier recours.

Les 2 groupes ont poursuivi les mêmes objectifs. Leurs travaux sont complémentaires et leurs méthodes identiques. Des auditions ont été organisées dans chacun des groupes lors de conférences de concertation. Les personnes invitées interviennent sur la base d'une grille d'analyse qui leur est adressée.

Les 2 groupes permanents de concertation ont une partie de leurs membres en commun et une partie spécifique aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé d'autre part.

Les travaux des EGOS se sont déroulés en 2 phases.

La première, portant sur la médecine générale de premier recours, a débuté le 30 novembre 2007 et permis l'audition de près de 100 personnes.

La seconde, rassemblant les autres professionnels de santé et les médecins spécialistes impliqués dans le premier recours, a débuté le 21 février 2008 et permis l'audition de 30 personnes.

Les concertations ont associé des représentants des étudiants, des usagers, des élus et des professionnels de santé en exercice.

La clôture de l'ensemble des travaux est intervenue le 29 mars 2008.

Les annexes documentaires



- Interventions de Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et du pr Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé
- Eléments bibliographiques