

DÉFINITION D'UN NOUVEAU MODÈLE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

Mission confiée au Docteur Michel LEGMANN

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Avril 2010

Sommaire

DEFINITION D'UN NOUVEAU MODELE DE LA MEDECINE LIBERALE	1
MISSION CONFIEE AU DOCTEUR MICHEL LEGMANN	4
1. L'ETAT DES LIEUX.....	4
1.1. <i>La démographie médicale : le constat.....</i>	4
1.1.1. Un effectif médical à un niveau historique élevé	5
1.1.2. Une répartition inégale des effectifs	6
1.1.3. Un vieillissement des médecins en exercice.....	6
1.1.4. Une féminisation qui s'accroît.....	6
1.1.5. Un intérêt grandissant pour le choix d'un exercice professionnel non libéral.....	6
1.1.6. Une baisse inéluctable des effectifs médicaux dans les dix prochaines années	7
1.1.7. Des évolutions contrastées selon les spécialités	8
1.1.8. Des effectifs de médecins qui évolueront différemment selon les territoires.....	8
1.1.9. Un secteur libéral en chute et une activité médicale concentrée dans les pôles urbains avec CHU	9
1.2. <i>Une crise de l'attractivité de la médecine libérale.....</i>	10
1.2.1. Les principes fondamentaux de la médecine libérale	10
1.2.2. Une crise de l'attractivité aux dimensions multiples.....	10
1.2.3. Une attraction vers le statut de salarié	10
2. LES PROPOSITIONS	12
2.1. <i>La formation des médecins</i>	13
2.1.1. La formation initiale	13
2.1.2. La formation tout au long du cursus médical	14
2.2. <i>L'installation.....</i>	14
2.2.1. Mettre en place un guichet unique.....	15
2.2.2. Redonner une capacité d'initiative aux médecins	15
2.2.3. Disposer de l'enveloppe MIGAC pour la structuration des soins sur les territoires ..	15
2.2.4. Supprimer le contrat Solidarité Santé	16
2.3. <i>Les conditions d'exercice.....</i>	16
2.3.1. Les regroupements.....	16
2.3.2. L'intégration dans une organisation territoriale	16
2.3.3. De nouvelles fonctions : «assistant de santé» et «coordonnateur d'appui».....	17
2.3.4. La modernisation des systèmes d'information	18
2.3.5. Le développement de la télémédecine.....	18
2.3.6. L'amélioration de la protection sociale	18
2.3.7. La diversification des rémunérations de l'activité libérale.....	19
2.3.8. La diversification des activités	19
CONCLUSION.....	19

LISTE DES ANNEXES	21
ANNEXE 1 : REPARTITION DES MEDECINS PAR SECTEUR ET EVOLUTION 1995-2009	22
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES DENSITES REGIONALES DES MEDECINS INSCRITS A L'ORDRE AU 1-01-2009	23
ANNEXE 3 : LE VIEILLISSEMENT DES MEDECINS EN EXERCICE : PART DES 55 ANS ET PLUS CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET LES SPECIALISTES EN ACTIVITE REGULIERE	24
ANNEXE 4 : VARIATION DES EFFECTIFS DE MEDECINS REMPLAÇANTS ENTRE 1988 ET 2008 ET PROPORTION DE FEMMES AU 1^{ER} JANVIER 2009.....	25
ANNEXE 5 : REPARTITION DES PREMIERES INSCRIPTIONS A L'ORDRE DES MEDECINS PAR MODE D'EXERCICE AU 1ER JANVIER 2009.....	26
ANNEXE 6 : EVOLUTIONS RESPECTIVES DES ACTIVITES LIBERALE ET SALARIEE DE 1986 A 2007.....	27
ANNEXE 7 : SYNTHESE DES GRAPHIQUES MODE D'ACTIVITE PAR REGION	28
ANNEXE 8 : LA PART DES LIBERAUX EN ACTIVITE REGULIERE PAR SPECIALITE	41
ANNEXE 9 : CESSATION D'ACTIVITE LIBERALE SANS REPRISE DE CABINET EN 2008 ET 2009.....	42
ANNEXE 10 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES PAR LA MISSION.....	44
ANNEXE 11 : 20 PROPOSITIONS DE LA MISSION DU DOCTEUR MICHEL LEGMANN	45

Par lettre en date du 1^{er} février 2010, Monsieur le Président de la République a demandé au Docteur Michel LEGMANN de mener une réflexion concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population.

Pour mener à bien cette tâche, le docteur Michel LEGMANN a présidé un groupe de travail constitué d'élus, de médecins libéraux, de personnalités et d'experts qualifiés. La mission, ainsi constituée, a procédé dans un premier temps à de multiples auditions de représentants des professions médicales libérales, des jeunes générations de médecins et d'internes en cours de formation. Ces auditions ont été complétées par des exposés de personnalités qualifiées et de responsables de grandes institutions.

En outre, des travaux de synthèse ont été réalisés à partir des données statistiques disponibles et, en particulier, de celles de la section santé publique et démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

Cette mission s'est donnée comme perspective de réaliser un travail de fond dans la continuité des Etats Généraux de l'offre de soins organisés en 2008. Son objectif n'a pas été d'aboutir à un rapport supplémentaire sur l'organisation de la santé mais à des propositions concrètes pour refonder la médecine libérale.

Dans un premier temps la mission a procédé à un état des lieux de l'exercice de la médecine en France qui a confirmé la crise profonde que connaît la médecine libérale.

Or, les valeurs et le dynamisme de l'exercice libéral sont indispensables au fonctionnement de notre système de santé. Ces valeurs sont aujourd'hui en crise et aboutissent à des modifications profondes du comportement des médecins qui se détournent de ce mode d'exercice professionnel.

La mission a estimé qu'il était temps de profondément moderniser la médecine libérale et a, dans cette perspective, proposé un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de trois axes : la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice.

1. L'ETAT DES LIEUX

1.1. La démographie médicale : le constat

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France (216 017 médecins en activité étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2009, parmi lesquels 94 909 généralistes et 101 199 spécialistes) et pourtant les disparités de leur répartition entre régions ne permettent plus d'assurer un égal accès de toutes les populations à des soins.

1.1.1. Un effectif médical à un niveau historique élevé

L'augmentation de 12,70% du nombre d'omnipraticiens enregistrée pendant la période 1995-2009 recouvre des évolutions d'effectifs beaucoup plus favorables au secteur salarié (respectivement 24,50% pour le secteur hospitalier et 23,30% pour le secteur salarié non hospitalier) qu'au secteur libéral et mixte (5,80%) (cf. annexe 1).

Des travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹ et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)², il ressort que la France comptait environ 50 000 médecins en exercice au début des années soixante, 140 000 au début des années quatre-vingt et près de 214 000 en 2009.

Jusqu'à la période actuelle, les entrées en activité ont toujours été largement supérieures aux sorties.

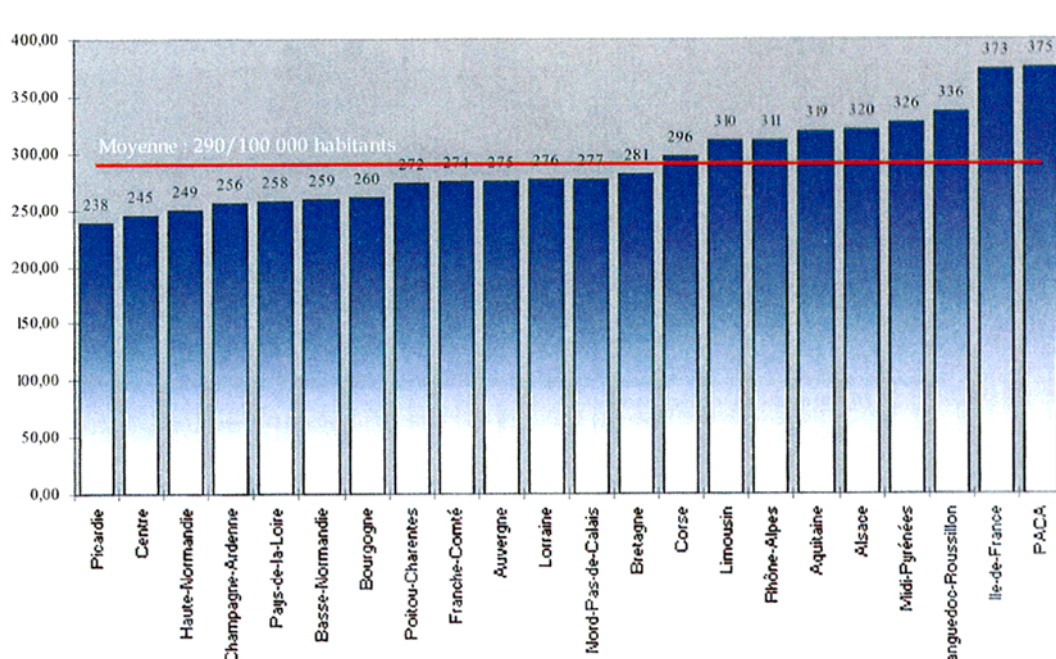
1.1.2. Une répartition inégale des effectifs

Cette année, pour la première fois, le nombre de médecins en activité régulière a baissé de 2% et la densité médicale a commencé à baisser entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009 (290,3 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants contre 300,2³).

D'autre part, le nombre de généralistes libéraux n'a augmenté que d'0,60% entre 1995 et 2009. Or, pendant la même période, le nombre des médecins spécialistes libéraux a connu une progression de 13,20%.

Les médecins omnipraticiens sont très inégalement répartis sur le territoire entre régions sous dotées et régions sur dotées. D'une manière générale, ils sont plus nombreux dans le Sud de la France.⁴ (cf. annexe 2). C'est en Picardie que la densité médicale est la plus faible avec 237,9 médecins en activité régulière⁵ pour 100 000 habitants et en PACA qu'elle est la plus forte avec 375 médecins pour 100 000 habitants, avec une moyenne nationale de 290 médecins en activité régulière pour 100 000.

Graphique 1 : Densité médicale en activité régulière en métropole au 1^{er} janvier 2009



Source : Atlas de la démographie médicale en France Conseil National de l'Ordre des Médecins

¹ DREES Etudes et résultats n°679 février 2009 « la démographie médicale à l'horizon 2030 »

² Rapport 2008-2009 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

³ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2009, Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁴ Rapport 2006-2007 de l'ONDPS

⁵ L'« activité régulière » est l'activité régulièrement exercée dans un même lieu, l'activité totale se composant des médecins temporairement sans activité, des remplaçants et des médecins en activité régulière

Toutefois le déséquilibre n'est pas uniquement explicable par le facteur Nord /Sud ou la situation urbaine ou rurale. Les densités les plus faibles se trouvent dans le centre de la France et certains territoires de l'Ile de France.

Certaines spécialités ne comptent plus ou peu d'inscriptions nouvelles : Gynécologie-obstétrique, Psychiatrie, Ophtalmologie, Dermatologie, Radiodiagnostic et radiothérapie, radiodiagnostic et imagerie médicale, avec de grandes disparités selon les régions.

1.1.3. Un vieillissement des médecins en exercice

Les médecins en exercice vieillissent et leur renouvellement est loin de s'opérer. La tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%. L'âge moyen des médecins en activité totale est de 51 ans (respectivement 48 ans pour les femmes et 52 ans pour les hommes).

Un départ en retraite massif est prévisible dans les 5 prochaines années. En effet, le taux de médecins généralistes exclusivement libéraux, âgés de 55 ans et plus est de 42% en moyenne pour la métropole, 10 régions ayant un taux égal ou supérieur. Celui des médecins spécialistes en activité régulière est de 40%, 14 régions ayant un taux égal ou supérieur (cf. annexe 3)

Nombre de cabinets médicaux ferment ainsi au départ en retraite du médecin en exercice.

1.1.4. Une féminisation qui s'accroît

La médecine continue à se féminiser. Les femmes représentent 39% des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2009 en activité régulière. En moyenne, pour la métropole, la proportion des femmes parmi les médecins généralistes libéraux est de 29%, la proportion des femmes parmi les spécialistes en activité régulière étant de 40%. Or, en moyenne, les femmes produisent 30% de soins de moins que les hommes, vraisemblablement en raison de leurs contraintes familiales⁶.

Les femmes représentent 52% des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre en 2008.

Plus d'une femme sur deux exerce en activité salariée tandis que, sur ce critère, on ne recense qu'un homme sur trois. La tendance s'inverse pour l'activité libérale : un homme sur deux et une femme sur trois.

1.1.5. Un intérêt grandissant pour le choix d'un exercice professionnel non libéral

L'activité libérale n'est plus attractive, pour les femmes comme pour les hommes.

1.1.5.1. L'augmentation du nombre de médecins remplaçants est le reflet d'une tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral

En 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523%. Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009 la hausse a été de 5,5%. En 2008 le cap de 10 000 remplaçants a été atteint. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de franchir le pas de l'installation mais d'autres de manière pérenne. Les femmes représentent une proportion de médecins remplaçants qui varie de 42% en Corse à 61% en Alsace. Leur nombre a beaucoup plus rapidement progressé que celui des hommes (cf. annexe 4).

⁶ Audition du professeur Yvon Berland, président de l'ONDPS par la commission des affaires sociales du Sénat octobre 2007

1.1.5.2. Le mode d'exercice lors des premières inscriptions à l'Ordre : une préférence accordée au salariat

Au 1^{er} janvier 2009 seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66% le statut de salarié. 25% avaient opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85,4% de généralistes. Les femmes représentaient 52% des effectifs.

Ce constat s'applique à l'ensemble des régions (cf. annexe 5).

Tableau 1 : Les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits

Au 1er janvier 2009	Hommes ⁷	Femmes ⁸
libéral	5%	4%
salarié	30%	35%
remplaçant	10%	14%

Source : *Atlas de la démographie médicale CNOM*

En 20 ans, dans la plupart des régions, les effectifs de médecins libéraux ont régulièrement décru pendant que ceux des salariés augmentaient. Les courbes se sont croisées en 1997 avec une progression massive du salariat corrélée à une baisse de l'exercice libéral (cf. annexe 6).

Les politiques publiques, pour répondre aux besoins de la population, ont contribué à cette évolution vers une activité salariée. Le développement du secteur médico-social, la création des médecins coordonnateurs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la mise en place de nouvelles prestations personnalisées ont conduit les conseils généraux à recruter des médecins territoriaux et les établissements à rémunérer de nombreux médecins.

1.1.6. Une baisse inéluctable des effectifs médicaux dans les dix prochaines années

La population médicale va inéluctablement diminuer dans les années qui viennent. Parallèlement, la population française devrait croître d'environ 10% entre 2006 et 2030 de même que ses besoins de soins, du fait de son vieillissement.

Compte tenu de l'évolution à la baisse du *numerus clausus* de 1972 à 1999, le nombre de médecins qui cessent leur activité est supérieur au nombre de médecins qui entrent dans la profession.

Pour les années qui viennent différentes hypothèses de projections ont été retenues: Dans un scénario tendanciel qui sert de référence⁹ (*numerus clausus* maintenu à 8000 jusqu'en 2020, comportements des médecins constants et politiques identiques), les effectifs médicaux devraient baisser de près de 10% d'ici à 2019 avant de revenir à leur niveau actuel en 2030.

D'après ce scénario tendanciel, le nombre de diplômés de médecine générale, quasiment égal au nombre des autres spécialistes en 2006, devrait diminuer entre 2008 et 2019 à un rythme de plus en plus rapide jusqu'en 2012. Il serait au plus bas en 2019 et augmenterait ensuite de plus en plus fortement pour retrouver son niveau de 2006 en 2030.

⁷ Première inscription pour les hommes : 37 ans

⁸ Première inscription pour les femmes : 35 ans

⁹ DREES n°679 février 2009 « la démographie médicale à l'horizon 2030 » et rapport 2008-2009 de l'Observatoire National de la démographie des professions de santé

Le nombre des autres spécialistes évoluerait selon la même tendance, diminuant dès 2007 et ne repartant à la hausse qu'en 2021. En 2030 il remonterait à 101 000, soit un chiffre inférieur de 2,7% à celui de 2006.¹⁰

Ce sont principalement les sorties de la vie active, proportionnellement un peu plus fréquentes pour les spécialistes jusqu'en 2023, qui pourraient expliquer une baisse plus marquée de leurs effectifs.

1.1.7. Des évolutions contrastées selon les spécialités

Les évolutions des effectifs seraient, par ailleurs, très contrastées pour les spécialités autres que la médecine générale. L'évolution des effectifs de spécialistes est pratiquement déjà déterminée jusqu'en 2015, puisque même une répartition différente des postes offerts aux épreuves classantes nationales (ECN) n'aurait que peu d'effet avant cette date. Les baisses les plus fortes d'ici 2015 se produiront en médecine du travail (-35,9%), rééducation et réadaptation fonctionnelle (-23,3%), ophtalmologie (-19,2%), médecine interne (-18,1%) et psychiatrie (-16,9%).

Sur la base du scénario tendanciel, en neurologie, santé publique, chirurgie et endocrinologie, la croissance des effectifs serait forte et quasi continue entre 2006 et 2030. Au contraire les effectifs diminueraient fortement pour la médecine du travail, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, la dermatologie-vénérologie et la rhumatologie.

La baisse du nombre d'ophtalmologues se poursuivrait jusqu'en 2025 avant de repartir légèrement à la hausse. Le nombre de pneumologues, d'ORL, d'anatomo-cytopathologistes et de gastro-entérologues diminuerait sensiblement jusqu'en 2020 puis se stabiliserait.

Le nombre de pédiatres repartirait précocement et fortement à la hausse, augmentant de 20% sur la période 2006-2030, celui des gynécologues-obstétriciens augmentant de 13%, les spécialistes de médecine interne et de psychiatrie baissant respectivement de 12% et de 8%.

Le point bas serait atteint selon les spécialités entre 2017 et 2021. Toutefois, les Pouvoirs Publics ajustant chaque année les postes ouverts dans les disciplines il n'est pas réaliste d'envisager des projections au-delà de 2015. Un pilotage fin, différencié et prospectif de la démographie de chaque spécialité est donc nécessaire.

1.1.8. Des effectifs de médecins qui évolueront différemment selon les territoires

La répartition inégale des effectifs décrite au 1.1.2 correspond à la situation actuelle et ne préjuge pas de la situation qui prévaudra dans les décennies futures.

Selon les hypothèses du scénario tendanciel, relatives à la répartition régionale du *numerus clausus* et des postes ouverts aux ECN ainsi qu'à la mobilité, les évolutions des densités médicales régionales seraient très diversifiées.

Ainsi la densité médicale chuterait fortement d'ici 2030 dans des régions aujourd'hui bien dotées, en Corse (-35%), en Languedoc Roussillon (-30%), en Ile de France (-26%), en PACA (-26%) et en Midi-Pyrénées (-22%).

Au contraire elle croîtrait de 10 à 16% en Poitou Charente, en Franche-Comté, en Basse Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine.

¹⁰ Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse d'une répartition des postes ouverts aux épreuves classantes nationales (ESN) favorable à la médecine générale avec 55% des postes ouverts proposés chaque année à cette discipline. Toutefois, si les postes vacants à l'issue de la procédure d'affectation en première année de 3ème cycle restent ceux d'internes en médecine générale, les étudiants conservant le même comportement qu'aujourd'hui, le nombre des nouveaux internes affectés en médecine générale serait très proche de ceux affectés dans les autres spécialités.

L'évolution de la population dans certaines régions aura également un impact sur la densité médicale. Ainsi en Languedoc Roussillon, le nombre de médecins devrait baisser de 8% alors que la population devrait augmenter de 30%.

La population de la région Nord Pas de Calais devrait rester stable. La répartition régionale du *numerus clausus* et des postes ouverts aux ECN est assez favorable. En revanche cette région attire moins les jeunes médecins diplômés dans une autre région et retient un peu moins ses médecins mais les médecins qui y exercent sont plus jeunes (43,5% ont plus de 50 ans contre 50,4% au niveau national). Le solde entrées et sorties est ainsi positif tout au long de la période de projection.

Il y aurait donc un réel danger à se focaliser uniquement sur l'actuelle répartition des médecins sur le territoire national. Des mesures brutales de régulation, fondées sur le seul critère des écarts constatés actuellement, risqueraient d'inverser les inégalités à moyen terme.

1.1.9. Un secteur libéral en chute et une activité médicale concentrée dans les pôles urbains avec CHU

Selon le scénario tendanciel, en 2030, à comportement inchangé, les médecins exclusivement libéraux seraient moins nombreux qu'en 2006. La proportion des médecins salariés hospitaliers augmenterait fortement.

L'activité médicale se concentrerait dans les pôles urbains dotés d'un Centre Hospitalier Universitaire. En 2006, 54,3% des médecins exerçaient dans un pôle urbain avec un CHU, 31% dans un pôle urbain dépourvu d'un CHU, 7% en couronne périurbaine ou multipolarisée et 7,7% dans un espace à dominante rurale.

A l'horizon 2030 le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1%, le nombre de médecins exerçant en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée de 10,5% et dans un pôle urbain sans CHU de 6,2%. En revanche le nombre de médecins exerçant dans les pôles urbains avec CHU augmenterait de 5,5%.

A partir de 2025 la population médicale serait majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans après les départs massifs à la retraite des médecins les plus âgés.

En 2030 les femmes seraient majoritaires (53,8% de la profession).¹¹

Pour tirer des conclusions de ces projections des enseignements quant à l'offre de soins future il faut impérativement tenir compte non seulement de l'hétérogénéité des situations des territoires, de l'évolution des besoins de la population, du vieillissement, des variations de prévalence des pathologies, de l'évolution des techniques médicales, des objectifs de la politique de santé mais aussi des évolutions des caractéristiques et du comportement du corps médical.

Une régulation de la démographie médicale effectuée sur des bases purement arithmétiques sans prendre en compte les attentes des jeunes professionnels et la féminisation du corps médical conduirait à une situation tout aussi déséquilibrée à moyen terme.

¹¹ DREES études et résultats n°679 déjà cité

1.2. Une crise de l'attractivité de la médecine libérale

1.2.1. Les principes fondamentaux de la médecine libérale

La médecine libérale est basée sur les principes fondamentaux qu'il convient de rappeler car ils figurent dans la charte de 1927. Celle-ci, adoptée par la fédération nationale des syndicats de France, a défini les principes « qui régissent l'exercice de la médecine ».

Ces principes fondamentaux ont constitué longtemps le seul socle d'exercice du métier :

- liberté thérapeutique et de prescription,
- respect du secret professionnel,
- droit à des honoraires fixés par « entente directe » entre le médecin à son patient et paiement de ceux ci directement par le malade au médecin,
- liberté d'installation,
- contrôle des médecins exclusivement par leurs pairs.

Ces principes ont été repris dans le premier code de déontologie. Ils ont établi la base d'une conception forte de l'indépendance professionnelle à laquelle les médecins français restent attachés mais le contexte de l'exercice de la médecine a évolué. Il faut rappeler qu'en 1927 l'exercice de la médecine hospitalière à temps plein n'existait pas.

De surcroît, la réforme Debré de 1958, indissociable de la création des Centres Hospitaliers Universitaires, a déplacé le centre de gravité de la profession médicale vers le secteur hospitalier devenu lieu de formation des futurs médecins et lieu d'exercice de la médecine de pointe par un corps médical au statut de salarié.

En outre, l'extension de la protection sociale des différentes catégories socio professionnelles a considérablement modifié les modalités d'exercice de certains principes comme celui de la liberté de prescription ou celui de l'entente directe pour la fixation des honoraires.

Ainsi, aujourd'hui, les médecins libéraux tentent d'asseoir leur identité sur deux modes de fonctionnement, en apparence contradictoires, basés sur un exercice très encadré par des institutions publiques (Haute Autorité de Santé, organismes de protection sociale...) et la préservation d'un caractère individuel libéral dans leur relation avec leurs patients.

1.2.2. Une crise de l'attractivité aux dimensions multiples

Les facteurs de désaffection (hors ceux qui sont en lien avec les problèmes de rémunération et de politique conventionnelle qui n'ont pas vocation à être abordés par la mission) sont, pour une part, la conséquence d'évolutions générales de la société française et, pour une autre part, la conséquence de problématiques spécifiques à la profession médicale.

1.2.3. Une attraction vers le statut de salarié

Le phénomène touche toute la société y compris les secteurs d'activité traditionnellement organisés sur un mode libéral (avocats, architectes, experts comptables).

Le salariat confère des avantages sur le plan de la protection sociale, des avantages sociaux et de la responsabilité limitée. Il garantit un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle conforme aux vœux des jeunes générations pour lesquelles la durée du temps de travail hebdomadaire constitue un élément important de la qualité de la vie.

La « judicialisation » de la pratique médicale depuis deux décennies incite les professionnels de santé à rechercher le statut le plus protecteur en la matière et il ne fait aucun doute que le statut

de salarié, qui transfère vers l'employeur la responsabilité civile des aléas thérapeutiques, évite aux praticiens les mises en cause personnelles.

Ainsi, les inconvénients de la subordination à un employeur, qui restent au demeurant relatifs dans le cas des médecins salariés dont l'indépendance technique reste protégée, ont tendance à être nettement compensés par les avantages du salariat.

1.2.3.1. Une féminisation rapide de la profession

L'essentiel des arguments qui incitent les jeunes générations à s'orienter vers le salariat se trouve démultiplié dans ses effets par la féminisation de la profession.

Cette féminisation s'accommode assez mal du niveau médiocre de protection sociale dont bénéficient les professions libérales (notamment en cas de congés de maternité).

Les contraintes en terme d'horaires de travail et de prises de congés pèsent encore plus lourd sur les femmes en charge de jeunes enfants.

La vie de couple bi actifs sur le plan professionnel semble moins adaptée aux aléas d'une activité libérale.

1.2.3.2. Un sentiment de « bureaucratisation » du métier

Les médecins libéraux entendus par la mission ont insisté sur cet aspect de l'exercice libéral.

Ce vocable de « bureaucratisation » est, en fait, l'expression de la perception de deux phénomènes qui ne sont pas directement liés :

D'une part, celui d'un contrôle par les organismes de protection sociale des pratiques (et de leur conformité aux recommandations des sociétés savantes) vécu comme de plus en plus tatillon et rapproché. Il s'agit donc d'une activité qui n'est pas de nature administrative même si elle s'exerce par le biais d'échanges d'informations entre les professionnels qui exercent des activités de soins et d'autres qui agissent pour le compte des caisses de sécurité sociale. En outre, il faut noter que les médecins salariés, y compris les praticiens hospitaliers, sont de plus en plus soumis également à ce type de contraintes.

Le désagrément est ressenti avec d'autant plus d'acuité qu'il est interprété comme la manifestation d'un soupçon permanent des institutions publiques envers la profession médicale.

Le deuxième phénomène qui alimente l'impression de « bureaucratisation » de l'activité libérale » résulte de la subordination d'un grand nombre d'activités ou d'avantages sociaux à des conditions médicales qui nécessitent d'être certifiées par un docteur en médecine. Ainsi, le médecin généraliste se trouve confronté en permanence à des demandes de rédaction de certificats médicaux exigés pour la constitution de dossiers divers allant de la pratique d'une activité sportive à celui d'une admission en établissement médico social.

Enfin, les deux phénomènes se conjuguent quand les organismes d'aide ou de protection sociale demandent aux médecins de remplir des grilles relativement complexes concernant l'état de leur patient dans le cadre des procédures d'admission puis de renouvellement des attributions d'avantages sociaux (affections de longue durée, allocations aux personnes handicapées, allocation personnalisée d'autonomie...)

1.2.3.3. Une formation qui n'oriente pas vers un exercice libéral de la médecine

La formation à l'exercice de la profession médicale est dispensée au sein des établissements hospitaliers publics universitaires ou généraux par un corps professoral salarié.

Les futurs médecins sont donc formés à la pratique médicale au contact de malades dont l'état ne relève pas d'une prise en charge ambulatoire par des praticiens salariés dans le cadre de modes de prise en charge hospitalières.

Cette formation ne permet pas à ces futurs professionnels d'élargir leur connaissance au secteur libéral et ne les prépare pas à la réalité d'un exercice moins collectif, voire isolé, de la profession.

Pour tenter d'atténuer les effets de cette insatisfaisante situation, des stages en médecine générale ont été imposés à partir de 1997 dans les cursus de formation mais, pour des raisons prosaïques d'organisation et de recrutement de maîtres de stages, la mesure n'a connu jusqu'à présent, qu'un minimum de concrétisation.

2. LES PROPOSITIONS

Notre système de santé repose sur une offre de soins publique et libérale complémentaires. Son objectif est de garantir à nos concitoyens des soins de qualité, accessibles et organisés, de manière à en optimiser l'efficacité.

L'équilibre et la complémentarité entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'entre le secteur public et l'offre de soins libérale, sont des éléments centraux de l'accessibilité, de la qualité, de l'efficacité et de la pérennité de notre système de santé.

Au-delà de l'équilibre démographique historique entre les hospitaliers et les libéraux, le maintien et la modernisation d'une offre de soins libérale est centrale pour l'accès aux soins de proximité et pour l'efficacité du système de santé

Les valeurs et le dynamisme de l'exercice libéral sont indispensables au fonctionnement de notre système de santé. Ces valeurs sont aujourd'hui en crise et aboutissent à des modifications profondes du comportement des médecins qui se détournent de ce mode d'exercice professionnel.

La mission considère que la crise profonde que connaît la médecine libérale en France appelle des réformes importantes. Les différentes aides incitatives(essentiellement financières) mises en place depuis 2004, (majoration de 20% de la rémunération dans les zones déficitaires, aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les territoires ruraux, dispositifs d'exonération fiscale en zones déficitaires, en zone franche urbaine ou de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale...), constituent des mesures souvent mal appliquées ou méconnues, et qui ne répondent pas aux déterminants du choix du mode et du lieu d'exercice.

La mission estime qu'il est temps de profondément moderniser la médecine libérale et, dans cette perspective, propose un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de trois axes :

- la formation, initiale et continue,
- l'installation,
- les conditions d'exercice.

2.1. La formation des médecins

2.1.1. La formation initiale

Les études médicales sont parmi les plus longues des études supérieures. La formation des médecins est à la fois longue, sélective et hospitalière. La formation pratique est effectuée quasi exclusivement dans des services hospitaliers universitaires de spécialités, voire d'hyperspécialisation.

La sélection en fin de première année est un gâchis humain, qui ne peut être accepté (50 000 inscriptions en première année dont 85% d'étudiants seront éliminés). La mission souhaite qu'une meilleure adéquation entre le profil des étudiants et la nature du métier médical soit recherchée par le biais d'un contact personnalisé entre les enseignants et les candidats avant l'inscription.

Elle propose également une modification de la formation des étudiants. Un stage d'initiation à la médecine générale, théoriquement prévu au cours du 2ème cycle des études médicales (DCEM) depuis 1997, n'a pas encore été mis en place dans la plupart des facultés. L'enseignement de la médecine générale, devenue une spécialité à part entière en 2004, est infime au regard de la durée totale des études. Ce n'est qu'au cours du troisième cycle (soit après 6 ans d'études) que les étudiants ayant choisi cette spécialité effectuent un semestre en médecine générale ambulatoire. Un second stage est facultatif au cours du DES de médecine générale. Il n'est réalisé actuellement que par 30% seulement des internes de médecine générale. Les futurs médecins généralistes ne sont donc formés que 6 mois (un an pour les plus chanceux) sur le terrain de leur spécialité, en ambulatoire. Les choix d'exercice qui en découlent ne sont donc que peu surprenants.

La mission propose de rendre obligatoire dès la fin du premier cycle, en PCEM 2, un stage de découverte de la médecine libérale, en dehors des structures hospitalières, de 2 mois.

Elle préconise ensuite d'intégrer, dans le deuxième cycle, l'enseignement de la médecine générale, avec une alternance de formations théoriques, axées en priorité sur les maladies prévalentes et les grands processus pathologiques plutôt que sur des contenus pointus, et de stages de formation obligatoires en ambulatoire (cabinets, maisons de santé, centres de santé et réseaux). Les médecins libéraux devraient participer aux enseignements théoriques dispensés.

Au cours du troisième cycle, 2 semestres de stage de spécialisation seraient obligatoires pour tous les internes de médecine générale.

Cela suppose que des terrains de stage en milieu ambulatoire soient agréés en nombre suffisant, correspondants aux besoins de formation des étudiants. En outre, cela nécessite que des mesures soient prises concernant les médecins libéraux qui vont encadrer ces étudiants : définition du tutorat et du compagnonnage, valorisation du rôle des maîtres de stage, sélection, formation, statut et rémunération.

Après avoir validé 3 semestres de leur internat de médecine générale (dont un stage en médecine générale), les jeunes médecins devraient pouvoir assurer les fonctions de « remplaçants assistants » c'est-à-dire avoir non seulement la possibilité de remplacer un praticien titulaire mais également de pouvoir bénéficier de son compagnonnage en travaillant à ses côtés. D'autre part, il convient que la fonction de remplaçant, qui correspond à un choix opéré par certains médecins, fasse l'objet d'une reconnaissance effective, et donc la mission préconise que ces médecins utilisent des feuilles de soins personnalisées, avec leur adresse personnelle.

Aujourd'hui, l'enseignement de médecine générale souffre encore d'un manque de reconnaissance : les enseignants titulaires et la filière universitaire n'existant que depuis 2006 ; le statut des enseignants reste précaire. Leur rémunération a été revalorisée une fois en 10 ans

(+12,5% au 1^{er} janvier 2008). A partir de la rentrée universitaire 2007, la nomination de chefs de cliniques de médecine générale a constitué une étape majeure. Le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) doit être conforté et amplifié, conformément aux effectifs fixés par la loi HPST.

A la fin du 3^{ème} cycle devra être proposé un module de formation aux matières juridiques et à la gestion pour les étudiants désireux de s'installer en exercice libéral, module qui concernerait aussi bien la spécialité de médecine générale que les autres spécialités.

La mission propose, par ailleurs, d'adapter les épreuves classantes nationales (ECN) en ajoutant à des critères de pure technicité, correspondant à des connaissances en rapport avec la médecine hospitalière, d'autres épreuves plus en rapport avec les pathologies de la médecine ambulatoire.

Enfin, la mission estime que les jeunes médecins devraient être incités à effectuer leur post internat dans la région où ils ont effectué leur internat.

2.1.2. La formation tout au long du cursus médical

Tout professionnel éprouve le besoin d'élargir ou de changer d'activité au cours de sa carrière et peut aspirer à un parcours promotionnel. Le médecin libéral installé n'a actuellement pas de perspectives de cette nature. Il convient donc d'envisager un « profil de carrière ».

La réforme de 1982 avait supprimé les passerelles entre spécialistes et généralistes. L'arrêté du 19 mars 2004 a aggravé la situation en supprimant les compétences. La mission propose donc de mettre en place un système plus souple pour permettre les changements d'activité. Pour cela un partenariat doit être instauré entre l'Université, l'Ordre des médecins et les Agences Régionales de Santé pour ouvrir aux médecins l'accès à des diplômes de formation médicale spécialisée par le biais de la validation, en tout ou en partie, des acquis de l'expérience professionnelle (VAE)¹² et du développement professionnel continu (DPC).

Ainsi, à titre d'exemple, la restauration de la notion de compétences pourra permettre aux médecins généralistes de compléter leur activité par des actes relevant de la médecine du sport, de la gériatrie ou de la médecine du travail. Les autres spécialistes devront pouvoir bénéficier du même dispositif et rien ne doit s'opposer à ce qu'un chirurgien viscéral puisse acquérir des compétences en oncologie pour en faire bénéficier ses patients.

Les médecins doivent pouvoir également suivre des formations complémentaires pour diversifier leurs activités (formation à la gestion, formation à l'animation de projet de santé sur un territoire, formation de maître de stages etc..).

2.2. L'installation

Les mesures énoncées au 2.1 auront donné aux jeunes médecins au cours de leur formation une meilleure connaissance du secteur de soins ambulatoire. Pour autant, le moment de « l'installation » reste un moment difficile pour les jeunes et, face à la concurrence d'autres modes d'exercice, il est essentiel de faciliter cette étape. Dans cette perspective un certain nombre de mesures simples sont de nature à leur faciliter l'entrée dans la carrière libérale.

¹² Cf. à l'article 43 de la loi HPST du 22 juillet 2009

2.2.1. Mettre en place un guichet unique

La mission propose de mettre en place, sous la responsabilité de l'Ordre, en partenariat avec l'ARS et l'Université, un guichet unique où une information personnalisée serait délivrée au candidat à l'installation. Un portail internet complèterait ce dispositif.

Ce guichet unique, actualisé dans chaque région, sous la responsabilité du Conseil Régional de l'Ordre des médecins, permettrait de disposer de renseignements sur l'organisation du système de soins, le rôle des ARS, les éléments de diagnostic infra territorial sur les besoins de santé de la population, sur la densité médicale et para médicale, les réseaux de santé et les services médico-sociaux, les projets de regroupement pluri professionnels en cours.

Il expliquerait ce qu'est la continuité des soins et la permanence des soins. Il décrirait de manière simple les démarches à accomplir dans le cadre de l'installation et permettrait leur centralisation (véritable aide à leur réalisation). Il préciserait les charges fiscales et sociales qui incombent à un médecin libéral. Une information claire sur la protection sociale (maternité, maladie, retraite) des médecins libéraux y serait également disponible.

2.2.2. Redonner une capacité d'initiative aux médecins

A partir d'une analyse des besoins de santé de la population d'un territoire et de l'offre de soins disponible, les médecins ont la capacité de proposer aux ARS une organisation territoriale pour mener à bien un projet de santé et celle d'élaborer dans cette perspective des protocoles de partenariat entre tous les acteurs. Certains sont même aptes à être désignés comme chefs de projets. Cela sous tend bien sûr qu'une information soit diffusée aux professionnels (état des lieux, enjeux,...).

Redonner aux médecins libéraux une capacité d'initiative peut réactiver leurs motivations. Il faut leur donner la possibilité d'assumer la santé de la population et de ne pas la laisser s'échapper par briques successives. De ce point de vue, il paraît essentiel de permettre aux médecins traitants de se réappropriier les domaines de la prévention et des dépistages dont certains thèmes sont actuellement pilotés intégralement par les pouvoirs publics. Il ne s'agit pas d'opposer en la matière l'action des médecins libéraux et celle des pouvoirs publics mais d'organiser une complémentarité entre eux pour que le médecin traitant soit un acteur du dispositif de santé publique (dépistage organisé des cancers, mesures de prévention en cas d'épidémie.)

Sur un autre plan, la mission propose que les médecins assument collectivement leurs responsabilités dans le domaine de la continuité des soins. L'obligation de déclaration des congés des médecins libéraux à l'administration est vécue comme une mesure vexatoire. Elle est également démotivante. La mission propose la suppression de cette procédure.

Les médecins étant responsables de leur patientèle, ils doivent assumer la responsabilité de l'organisation de la continuité des soins sur leur territoire et n'informer le Conseil départemental de l'Ordre qu'en cas de difficultés. C'est à lui qu'il appartient alors de mener à terme les médiations nécessaires et d'en référer à l'ARS dans les situations non résolues pour permettre aux pouvoirs publics d'arrêter les décisions adéquates.

2.2.3. Disposer de l'enveloppe MIGAC pour la structuration des soins sur les territoires

Compte tenu des missions des ARS, qui englobent désormais la médecine ambulatoire, il est proposé de reconnaître à la médecine libérale le rôle qu'elle assume dans le cadre de l'intérêt général.

Ainsi, le secteur de la médecine ambulatoire doit pouvoir bénéficier de l'accès à l'enveloppe hospitalière destinée aux missions d'intérêt général (MIGAC), en complément de celles existant

déjà pour l'activité ambulatoire dont le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

2.2.4. Supprimer le contrat Solidarité Santé

La mission préconise également de supprimer le contrat solidarité Santé prévu par la loi HPST en raison de son caractère résolument coercitif qui le rend peu opérationnel. La couverture des soins en zones déficitaires, rurales comme urbaines, sera mieux assurée par des mesures incitatives fortes.

En contrepartie d'un engagement volontaire pris par des praticiens d'exercer leur activité au moins 10 ans dans ces zones, ils devraient se voir reconnaître des avantages financiers significatifs (prime d'installation reconductible, financement de l'installation de personnels d'appui à l'exercice médical, exonérations fiscales,...).

2.3. Les conditions d'exercice

L'exercice actuel de la médecine libérale n'est plus adapté aux aspirations des jeunes médecins et les médecins installés dénoncent eux aussi leurs conditions de travail. Plusieurs mesures sont envisageables pour moderniser l'exercice libéral.

2.3.1. Les regroupements

Les médecins ne souhaitent plus exercer isolément. D'une part, ils souhaitent pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur les situations les plus complexes et s'inscrire collectivement dans une démarche permanente d'évaluation des pratiques professionnelles. D'autre part, ils souhaitent partager les contraintes de la continuité et de la permanence des soins. Enfin, ils souhaitent mutualiser les coûts de leur installation.

Il s'agit donc de favoriser le regroupement des médecins sous diverses formes, dont certaines ont déjà fait leurs preuves, (SEL, SCP, associations, SCM, maisons de santé, maison médicale de garde,...) tout en respectant le choix de ceux qui veulent poursuivre seuls une activité dans leur cabinet. Les jeunes s'installeront plus volontiers s'ils ont l'impression d'être accueillis dans une dynamique collective, avec une organisation qui simplifie leurs problèmes matériels et administratifs.

L'incitation au regroupement des médecins libéraux impose de modifier le dispositif pour passer du principe d'un patient avec son médecin traitant au patient avec sa structure traitante incluant les autres médecins de cette structure dans le parcours de soins.

Le travail dans une structure collective libérale nécessite, pour les autres professionnels de santé, le partage des informations médicales individuelles.

Les médecins libéraux dont la spécialité nécessite l'accès à un plateau technique doivent, eux aussi, être incités à se regrouper pour disposer des infrastructures nécessaires. A cet égard, les possibilités ouvertes par la loi HPST permettant le travail sur un même plateau technique de médecins libéraux ou hospitaliers doivent être exploitées.

2.3.2. L'intégration dans une organisation territoriale

Après avoir défini la taille de zones géographiques pertinentes en matière de santé, il faut inciter les différents acteurs médicaux et auxiliaires médicaux à se coordonner entre structures de ces territoires. Il est devenu nécessaire qu'au sein d'une ou de plusieurs des structures de santé de la zone soient créées des plateformes de services mutualisant des moyens et des ressources humaines en lien avec l'ensemble des structures ambulatoires libérales.

Ces plateformes qui pourraient être implantées sur des sites divers en fonction des situations locales (maisons de santé, établissement de santé privé, hôpital local) permettraient aux professionnels libéraux de disposer de services variés tels que des équipements de télé médecine, des consultations avancées pluridisciplinaires qui ne nécessitent pas de plateau technique, des locaux de réunion pour des actions de coordination et de formation. Ces plateformes constitueraient ainsi des lieux d'interface entre les établissements de soins publics et privés et les médecins libéraux de toutes spécialités. En outre, l'Université aurait vocation à être présente dans certaines d'entre elles.

En effet, cette organisation coordonnée doit s'accompagner d'une démarche de développement de « l'universitarisation » de la médecine générale, avec des relais de formation universitaire au sein d'une structure bien identifiée, comme le préconisait déjà le rapport sur les pôles et maisons de santé en janvier 2010¹³. Cette intégration de l'Université dans les pôles de santé serait de nature à apporter un dynamisme scientifique tant au niveau des progrès techniques que de celui de la recherche en médecine ambulatoire.

L'intérêt de cette démarche est multiple car elle permet aussi de mieux former les futurs médecins libéraux à la pratique ambulatoire et de les inciter à s'installer. Elle permet d'ouvrir un profil de carrière aux médecins libéraux en valorisant les fonctions d'encadrement des étudiants. Elle répond ainsi à la légitime demande des médecins libéraux en leur ouvrant des débouchés de maîtres de stages, chargés d'enseignements et professeurs associés ou titulaires.

2.3.3. De nouvelles fonctions : «assistant de santé» et «coordonnateur d'appui»

L'époque du médecin exerçant seul, sans secrétariat, multipliant les actes est désormais révolue. Le modèle qui est aujourd'hui à la base de la médecine générale, nécessite des compétences qui vont au-delà des aspects techniques de soins. C'est pourquoi certains étudiants préfèrent choisir des disciplines purement techniques aux champs plus restreints que la médecine générale.

Pour permettre aux médecins de se recentrer sur leur métier de base, alors qu'ils doivent assumer de nombreuses tâches non médicales, il y a place pour de nouvelles professions dont les missions sont plus larges que celles de secrétaires.

La gestion d'un cabinet médical s'apparente à celle d'une petite entreprise. Il faut pouvoir dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient. Il y a de nombreuses tâches qui peuvent être déléguées à un «assistant de santé» telles que des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement,...) et des tâches médico-sociales ou para médicales (questionnaires, éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico-social et sanitaire...)

Certains réseaux, auditionnés par la mission, ont déjà expérimenté le recrutement de nouveaux professionnels dont la dénomination varie. Ils sont chargés de faire le lien entre les différents professionnels médicaux et sociaux, ceux de la ville et de l'hôpital. Ils permettent aux médecins traitants de se recentrer sur la coordination des soins de leurs patients.

Des aides financières devraient être envisagées pour permettre leur développement, d'autant qu'il existe un recours moins important aux hospitalisations par les médecins traitants qui bénéficient de cette assistance et que certaines hospitalisations peuvent être écourtées du fait d'une amélioration des conditions de retour à domicile des patients.

¹³ (rapport Juilhard/Crochemore/Touba/Vallencien).

2.3.4. La modernisation des systèmes d'information

Il est indispensable de moderniser les systèmes d'information : les systèmes doivent avoir la capacité de produire des documents de synthèse de l'équipe de soins, d'extraire des données sur les patients, d'agréger les statistiques sanitaires d'un territoire.

L'informatisation de l'exercice de la médecine doit être favorisée. Il s'agit de permettre des coopérations interprofessionnelles et des relations entre médecine ambulatoire et établissements de santé par un échange d'informations médicales sécurisées.

La mission estime qu'une aide de l'Etat pour faire évoluer les systèmes d'information serait utile.

2.3.5. Le développement de la télémedecine

Cette pratique est désormais reconnue dans la loi HPST¹⁴. Elle constitue une réponse pour l'avenir de la médecine libérale, notamment en milieu rural. Il est indispensable de la développer.

Elle permet aux différents professionnels médicaux et para médicaux d'avoir accès à des informations nécessaires à la prise en charge d'un patient. Elle permet de mieux prendre en charge les patients, d'améliorer leur suivi, en supprimant les délais d'attente pour une consultation spécialisée.

Elle fournit une formation médicale continue aux différents professionnels de santé et peut aussi être utilisée dans le cadre de la formation à distance.

Elle participe à l'efficacité du système de santé tout en contribuant à diminuer les coûts puisqu'elle évite des coûts de consultation et de transport.

La mission considère qu'il s'agit d'un acte médical qui devra faire l'objet d'une rémunération. Cet acte engage la responsabilité des praticiens dans des conditions qui devront être précisées.

2.3.6. L'amélioration de la protection sociale

Le régime maladie des médecins libéraux est peu protecteur puisque le délai de carence avant le versement d'indemnités journalières par la Caisse d'assurance maladie est de 90 jours. Il convient d'y remédier car la connaissance de cette disposition contribue à dissuader les jeunes médecins de s'orienter vers une activité libérale.

La mission note, par ailleurs, que, pour une profession où les femmes seront bientôt majoritaires, l'attractivité de l'exercice libéral sera fortement impactée par le régime maternité qui leur sera applicable. Ainsi, ce régime maternité, s'il a nettement été amélioré en 2006 puis en 2008, reste moins attractif que celui des salariés. Le cumul des indemnités journalières dont le montant est forfaitaire et de l'allocation forfaitaire de repos maternel couvre à peine les charges du médecin libéral qui continuent à courir pendant la période d'arrêt pré et post natal. Une réflexion pourrait être menée par l'administration pour étudier l'hypothèse d'une majoration de l'allocation forfaitaire de repos maternel, au moins pour les médecins installés depuis moins de 3 ans.

Enfin, la mission attire l'attention sur le fait que la longueur des études médicales, qui ne peuvent être inférieure à neuf années, place les médecins dans une situation pénalisante sur le plan des annuités correspondant à leur carrière au moment de leur départ en retraite. Par ailleurs, la progression actuelle de la proportion de médecins salariés par rapport aux médecins libéraux est

¹⁴ ARTICLE 78 de la loi HPST du 22 juillet 2009

susceptible de déséquilibrer l'équilibre financier du régime de retraite de ces derniers. Des réflexions doivent donc être menées compte tenu de la spécificité des médecins libéraux en matière de régime de retraite.

2.3.7. La diversification des rémunérations de l'activité libérale

Bien que la question de la rémunération ne fasse pas strictement partie du périmètre de la mission, cette dernière constate qu'il existe un consensus au sein de la profession, et particulièrement chez les jeunes, pour considérer que le paiement à l'acte exclusif, qui a longtemps été identifié à la médecine libérale, n'est plus adapté à l'évolution de la médecine libérale.

Un mode de rémunération reposant sur 3 éléments doit être développé :

- le paiement à l'acte, en graduant le montant des actes selon une hiérarchisation des actes cliniques. Ce montant doit être constant quelle que soit la spécialité du professionnel qui a réalisé l'acte,
- le paiement au forfait pour certaines activités ou certaines pathologies,
- une rémunération pour encourager la recherche permanente de l'adéquation des soins aux bonnes pratiques et pour promouvoir la transparence sur la qualité des soins prodigués.

2.3.8. La diversification des activités

La réforme Debré de 1958 a eu pour effet de délimiter deux secteurs séparés par une frontière relativement étanche : le secteur hospitalier et le secteur libéral. L'évolution a été orientée au cours des deux dernières décennies vers un salariat à temps plein dans les hôpitaux au détriment du salariat à temps partiel qui permettait à certains médecins libéraux de cumuler un exercice libéral et un exercice hospitalier.

La mission préconise que cette dichotomie entre médecins libéraux et hospitaliers soit progressivement réduite. Dans cet objectif, il serait souhaitable d'augmenter le nombre de praticiens hospitaliers à temps partiel et de valoriser le statut des médecins attachés pour le rendre réellement attractif pour les médecins libéraux.

L'extension de la possibilité d'exercice mixte présenterait l'avantage d'améliorer la coopération entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire. Elle permettrait également d'offrir aux médecins libéraux une activité salariée complémentaire.

Conclusion

Le désenchantement actuel de tous les médecins libéraux, et l'image négative trop souvent véhiculée par les médias sèment le doute dans l'opinion publique et inquiètent les jeunes, candidats et étudiants. L'inquiétude des élus locaux, préoccupés par les déserts médicaux qui s'annoncent, les conduit à rechercher des solutions parfois inadaptées et inefficaces à un problème qui est réel. Le vieillissement de la population, joint à la baisse des effectifs médicaux dans les 10 prochaines années, ne peut qu'accentuer les tensions.

Ces différentes raisons justifient la mise en place de réformes audacieuses, auxquelles tous les acteurs de la politique de santé doivent contribuer, qu'il s'agisse des médecins eux mêmes, de leur représentation ordinale, des organismes d'assurance maladie, de l'Etat et de ses opérateurs en régions, les agences régionales de santé (Annexe 11)

Redonner l'envie de l'exercice libéral aux jeunes générations est un défi qu'ensemble, avec des solutions modernes, nous pouvons relever.

Membres de la commission présidée par le Docteur Michel LEGMANN

Dr Michel LEGMANN	Médecin radiologue libéral en activité, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins
Monsieur Jean-Marc AUBERT	Directeur délégué à la CNAMTS
Docteur Paul BLANC	Médecin libéral retraité, Sénateur
Docteur Gérard BOURREL	Médecin généraliste enseignant en activité
Docteur Yves BUR	Chirurgien dentiste, Député
Docteur Béragère CROCHEMORE	Médecin remplaçante libérale en activité
Docteur Claude DILAIN	Pédiatre libéral en activité, Maire de Clichy sous Bois
Monsieur Christophe JACQUINET	Directeur de l'ARS de Picardie
Professeur Claude LE PEN	Professeur d'économie de la Santé (Paris Dauphine)
Docteur Hubert LEHETET	Anesthésiste libéral en activité
Monsieur Norbert NABET	Adjoint au directeur ARS PACA
Docteur Dominique ORLIAC	Ophtalmologue libéral en activité, Députée
Monsieur Christian SAOUT	Président du CISS
Docteur Walter VORHAUER	Médecin libéral en activité (anatomopathologiste, médecin légiste), Secrétaire Général du CNOM
Docteur Patrick VUATTOUX	Médecin généraliste libéral en activité

Liste des annexes

- Annexe 1 : Répartition des médecins par secteur d'exercice et évolution 1995-2009 (Source : DREES répertoire ADELI)
- Annexe 2 : Cartographie des densités régionales des médecins inscrits à l'Ordre au 1-01-2009 (Source : atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM)
- Annexe 3 : Le vieillissement des médecins en exercice : part des 55 ans et plus au 1^{er} janvier 2009 (Source : atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- Annexe 4 : Variation des effectifs de médecins remplaçants entre 1988 et 2008 et proportion des femmes parmi les remplaçants au 1-01-2009 (Source : atlas régionaux de la démographie médicale CNOM)
- Annexe 5 : Répartition des premières inscriptions à l'Ordre des médecins par mode d'exercice au 1-01-2009 (Source : atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- Annexe 6 : Evolutions respectives des activités libérale et salariée de 1986 à 2007 (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- Annexe 7 : Synthèse des graphiques mode d'activité par région
- Annexe 8 : La part des libéraux en activité régulière par spécialité
- Annexe 9 : Cessation d'activité libérale sans reprise de cabinet en 2008 et 2009
- Annexe 10 : Liste des personnes auditionnées par la mission.
- Annexe 11 : 20 propositions de la mission du Docteur Michel LEGMANN

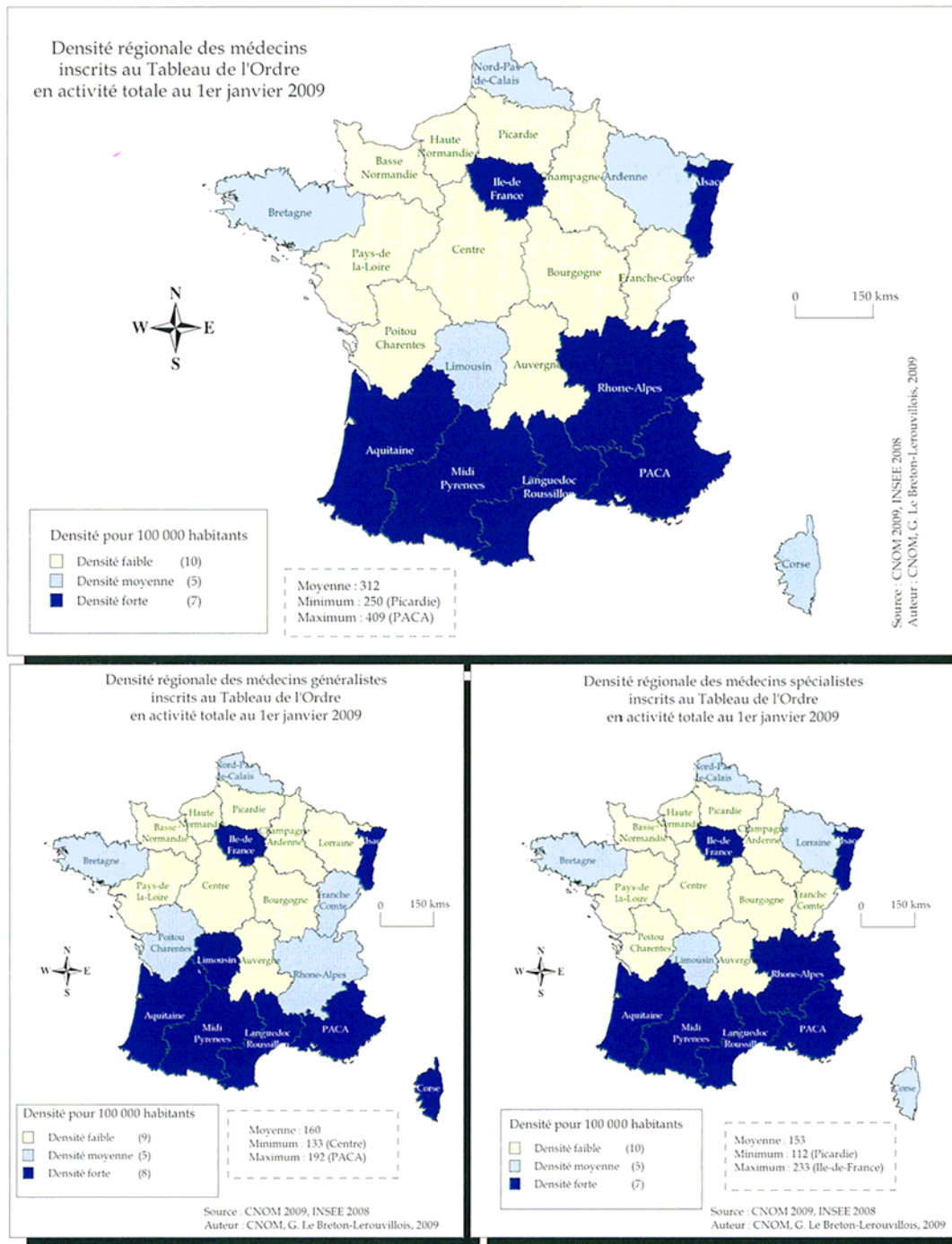
Annexe 1 : Répartition des médecins par secteur et évolution 1995-2009

	1995	2005	2009 ¹⁵	Taux de croissance 1995-2009
Généralistes	96 351	103 020	104 225	8,20%
libéral et mixte	69 608	69 703	70 014	0,60%
salarié hospitalier	14 113	18 209	19 637	39,10%
salarié non hospitalier	12 631	15 109	14 573	15,40%
Spécialistes	93 399	107 183	109 596	17,30%
libéral et mixte	48 705	53 767	55 113	13,20%
salarié hospitalier	38 258	43 945	45 551	19,10%
salarié non hospitalier	6 435	9 470	8 933	38,80%
Ensemble médecins	189 750	210 203	213 821	12,70%
libéral et mixte	118 313	123 470	125 127	5,80%
salarié hospitalier	52 371	62 154	65 188	24,50%
salarié non hospitalier	19 066	24 579	23 506	23,30%

Source : DREES – Répertoire ADELI

¹⁵ Chiffre non consolidé

Annexe 2 : Cartographie des densités régionales des médecins inscrits à l'Ordre au 1-01-2009



Source : Atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM

Annexe 3 : Le vieillissement des médecins en exercice : Part des 55 ans et plus chez les médecins généralistes libéraux et les spécialistes en activité régulière

Régions	Généralistes libéraux	Spécialistes en activité régulière
Alsace	39%	38%
Aquitaine	44%	41%
Auvergne	43%	40%
Basse Normandie	43%	40%
Bourgogne	41%	41%
Bretagne	41%	38%
Centre	45%	44%
Champagne Ardenne	42%	42%
Corse	41%	48%
Franche Comté	40%	41%
Haute Normandie	41%	40%
Ile de France	46%	44%
Languedoc Roussillon	41%	39%
Limousin	41%	40%
Lorraine	38%	41%
Midi Pyrénées	45%	43%
Nord Pas de Calais	37%	33%
Pays de la Loire	40%	36%
Picardie	42%	40
Poitou Charentes	44%	41
PACA	44%	42
Rhône-Alpes	40%	37%
DOM-TOM	37%	35%
Métropole	42%	40%

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM

Annexe 4 : Variation des effectifs de médecins remplaçants entre 1988 et 2008 et proportion de femmes au 1^{er} janvier 2009

Régions	Progression entre 1988 et 2008	Proportion de femmes parmi les remplaçants au 1 ^{er} 01 2009
Alsace	362%	61%
Aquitaine	276%	54%
Auvergne	297%	54%
Basse Normandie	385%	57%
Bourgogne	272%	48%
Bretagne	266%	53%
Centre	247%	54%
Champagne Ardenne	456%	51%
Corse	273%	42%
Franche Comté	544%	50%
Haute Normandie	309%	54%
Ile de France	258%	60%
Languedoc Roussillon	259%	52%
Limousin	376%	48%
Lorraine	582%	48%
Midi Pyrénées	229%	48, 5%
Nord Pas de Calais	364%	45%
Pays de la Loire	339%	48,5%
Picardie	721%	55%
Poitou Charentes	250%	53%
PACA	170%	51%
Rhône-Alpes	297%	57%
DOM-TOM	204%	45%

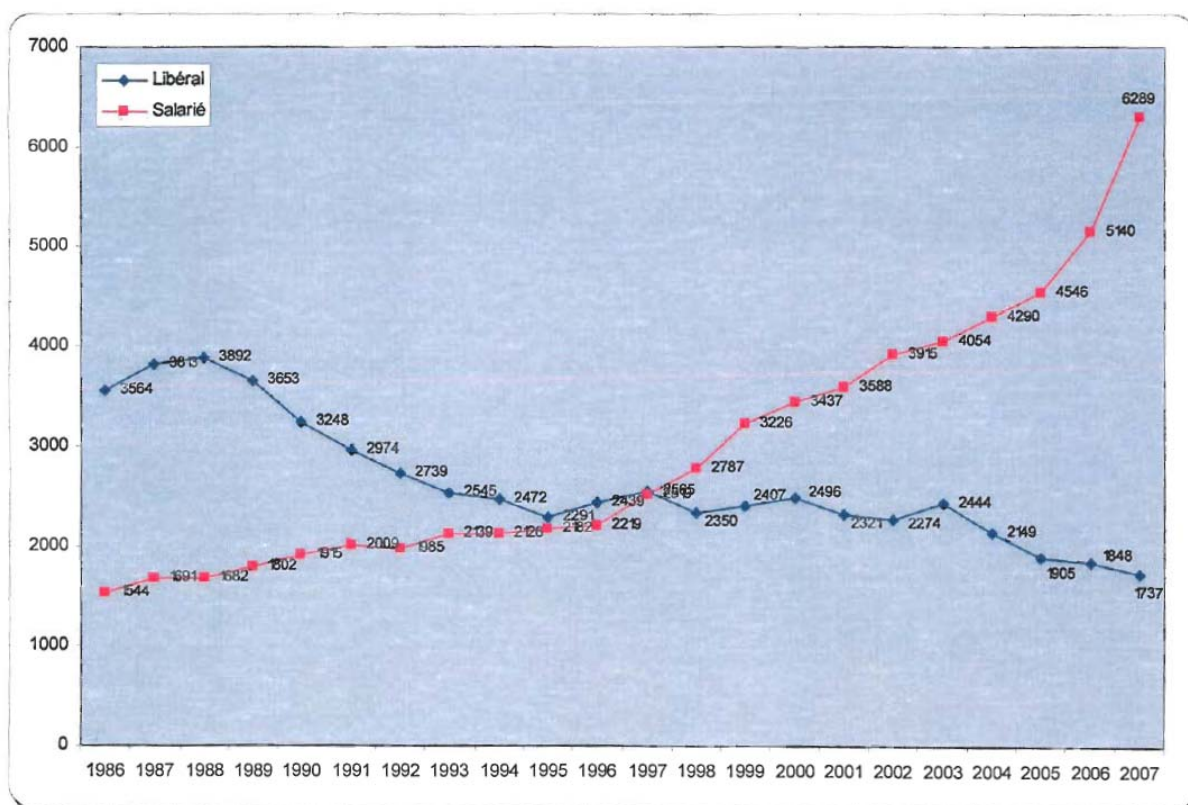
Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM

Annexe 5 : Répartition des premières inscriptions à l'Ordre des médecins par mode d'exercice au 1er janvier 2009

Régions	Exercice libéral	Exercice salarié
Alsace	20	128
Aquitaine	31	140
Auvergne	15	65
Basse Normandie	14	79
Bourgogne	17	70
Bretagne	19	161
Centre	20	88
Champagne Ardenne	9	63
Corse	5	3
Franche Comté	6	66
Haute Normandie	15	70
Ile de France	66	848
Languedoc Roussillon	25	112
Limousin	6	48
Lorraine	16	41
Midi Pyrénées	23	105
Nord Pas de Calais	29	246
Pays de la Loire	25	165
Picardie	6	91
Poitou Charentes	12	66
PACA	58	261
Rhône-Alpes	59	319
DOM-TOM	9	120

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM

Annexe 6 : Evolutions respectives des activités libérale et salariée de 1986 à 2007

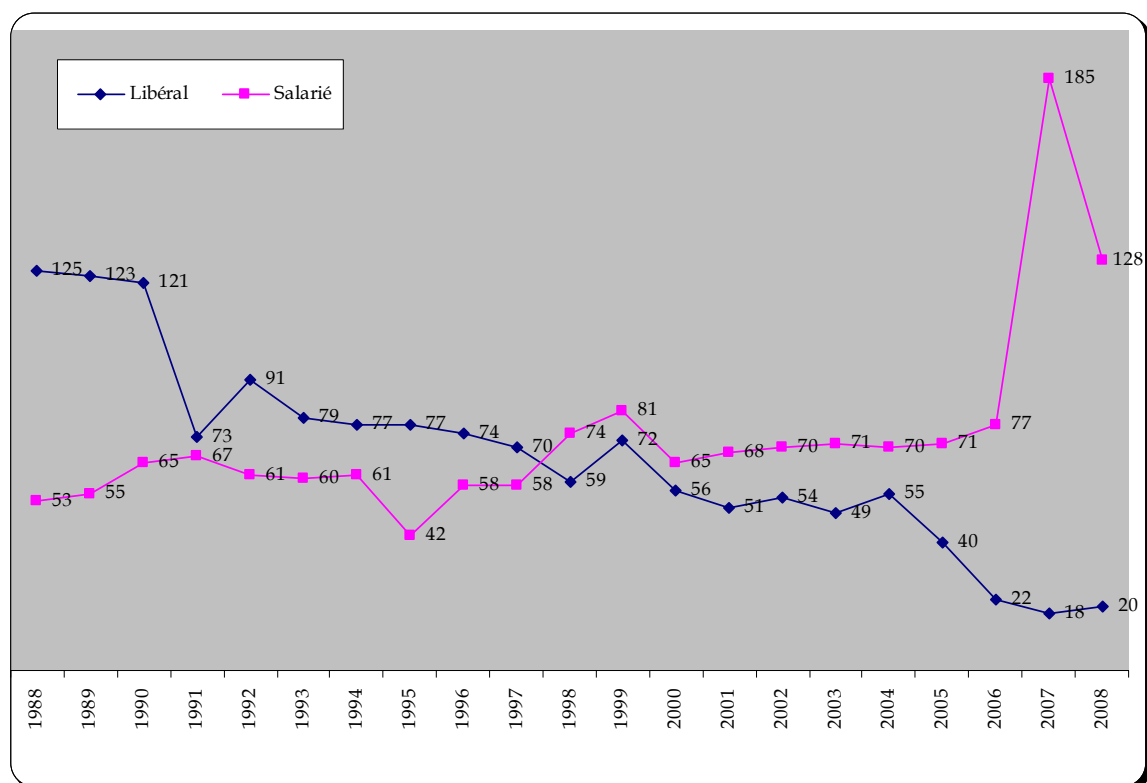


Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

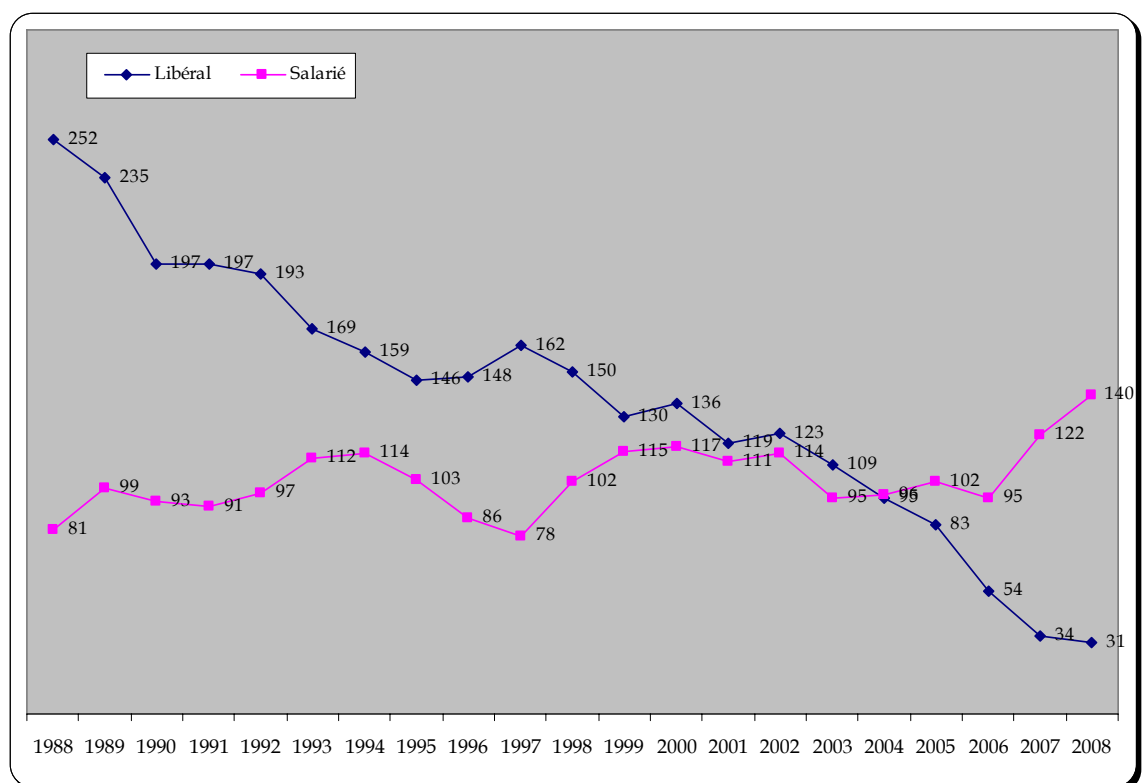
Annexe 7 : Synthèse des graphiques mode d'activité par région

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

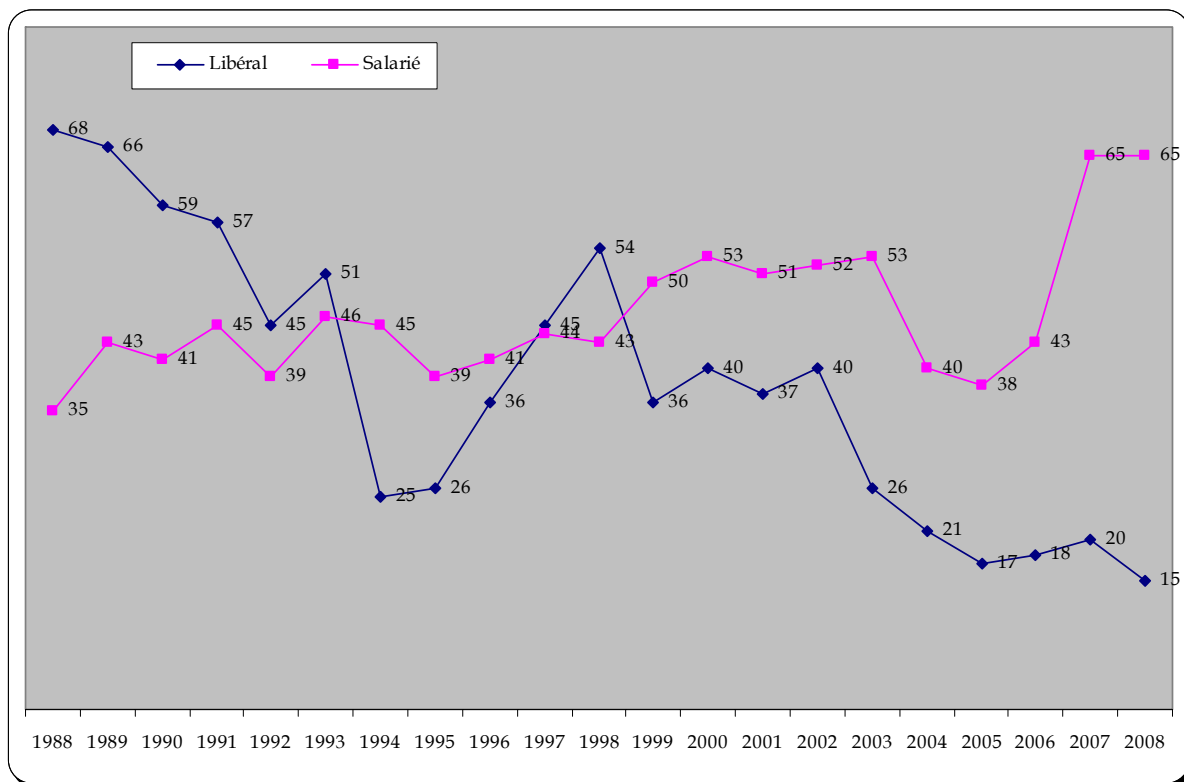
- **Alsace** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Aquitaine** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Auvergne** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Basse-Normandie** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Bourgogne** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



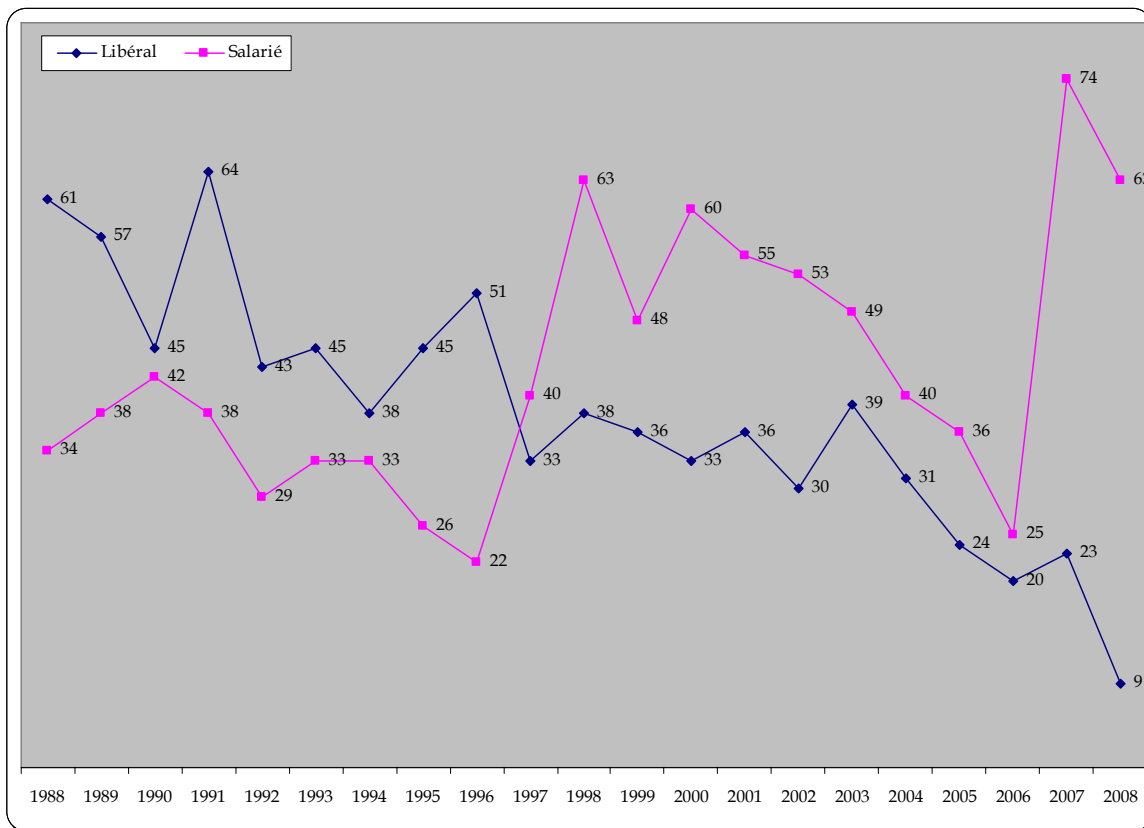
- **Bretagne** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



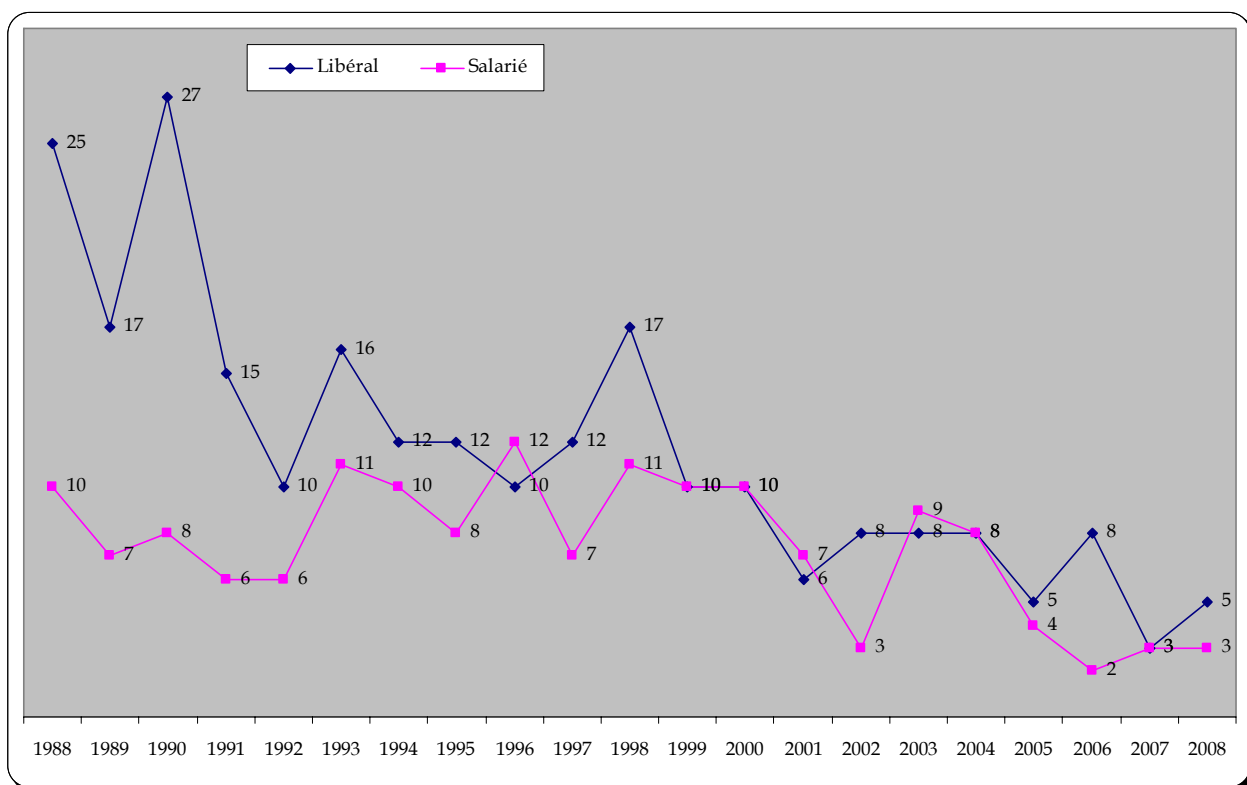
- **Centre** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



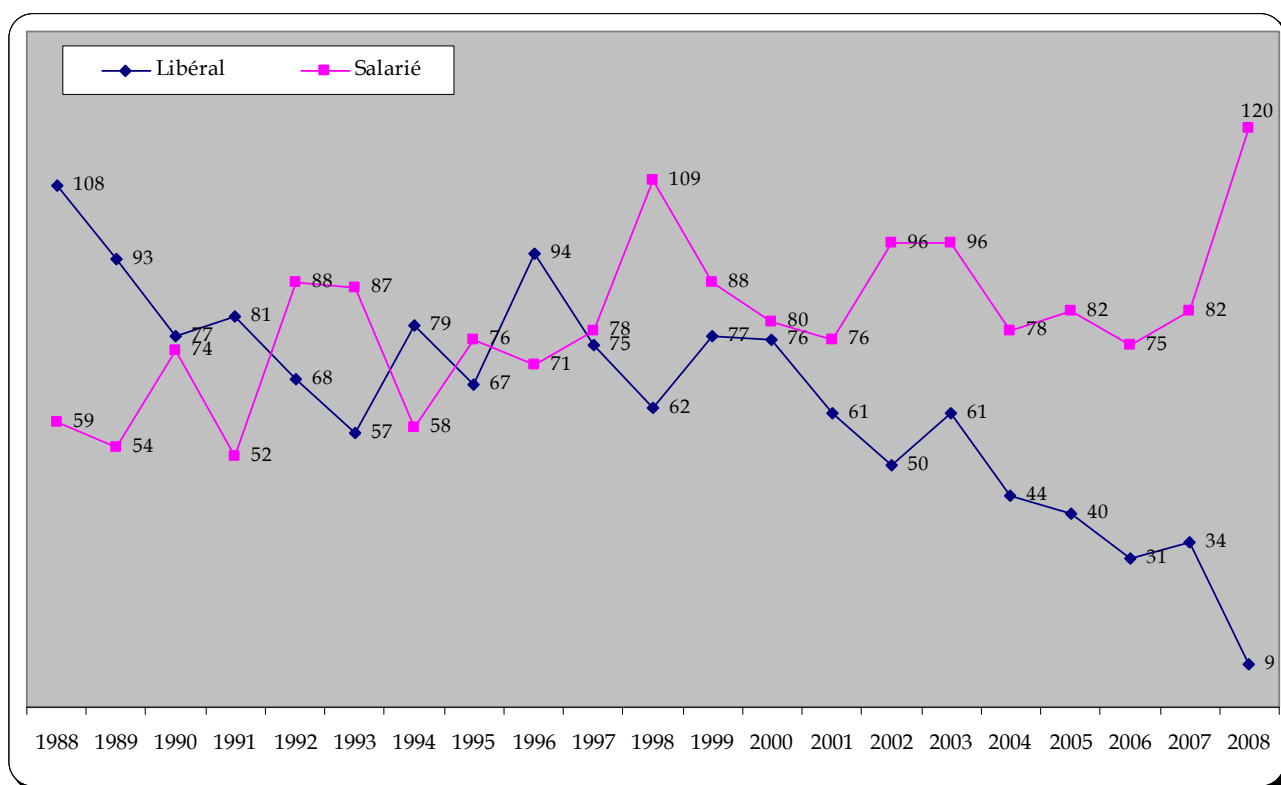
- **Champagne-Ardenne** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



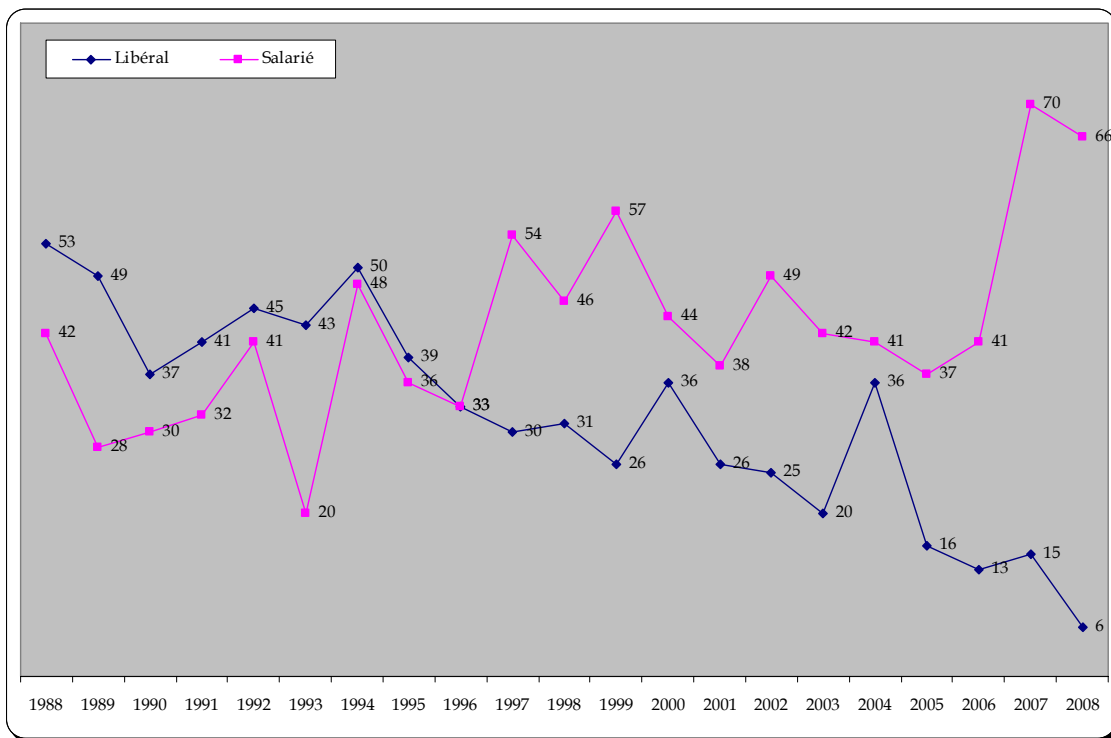
- **Corse** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **DOM-TOM** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



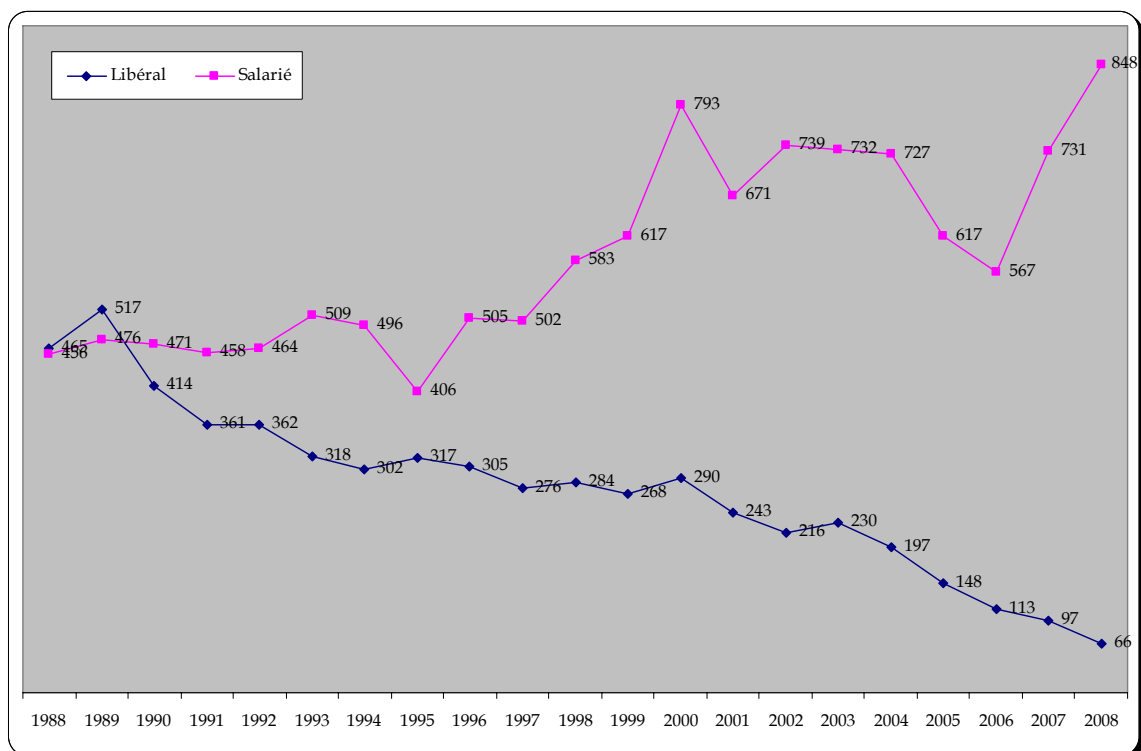
- **Franche-Comté** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



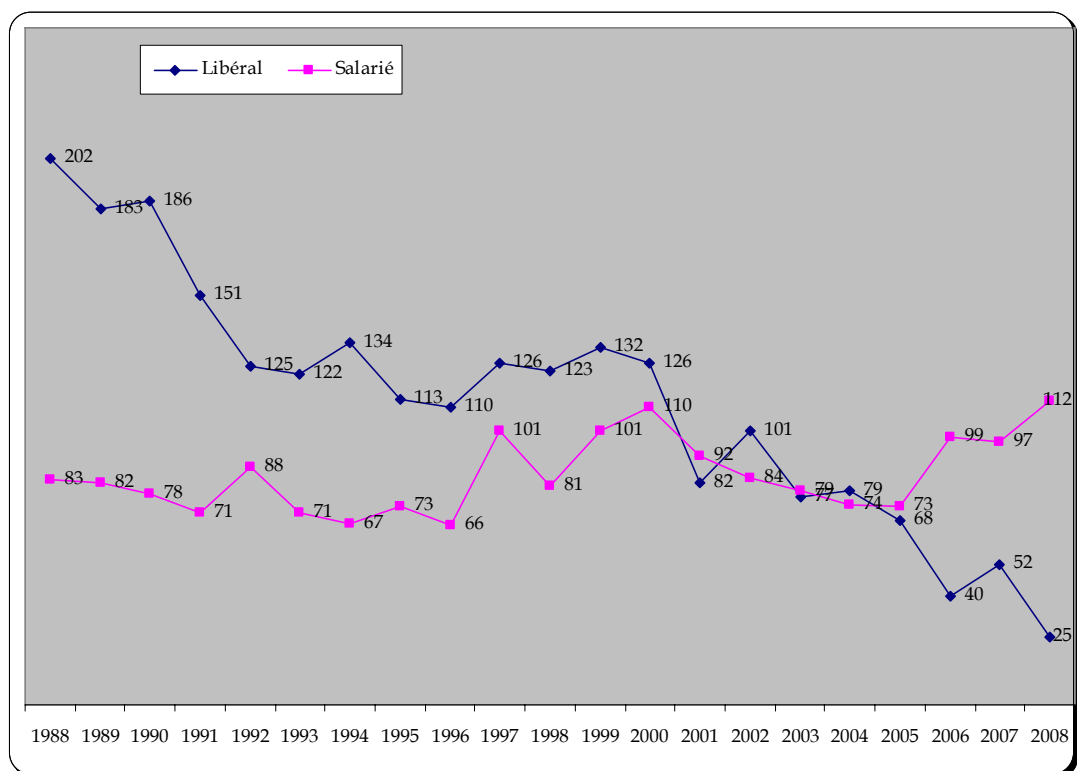
- **Haute-Normandie** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



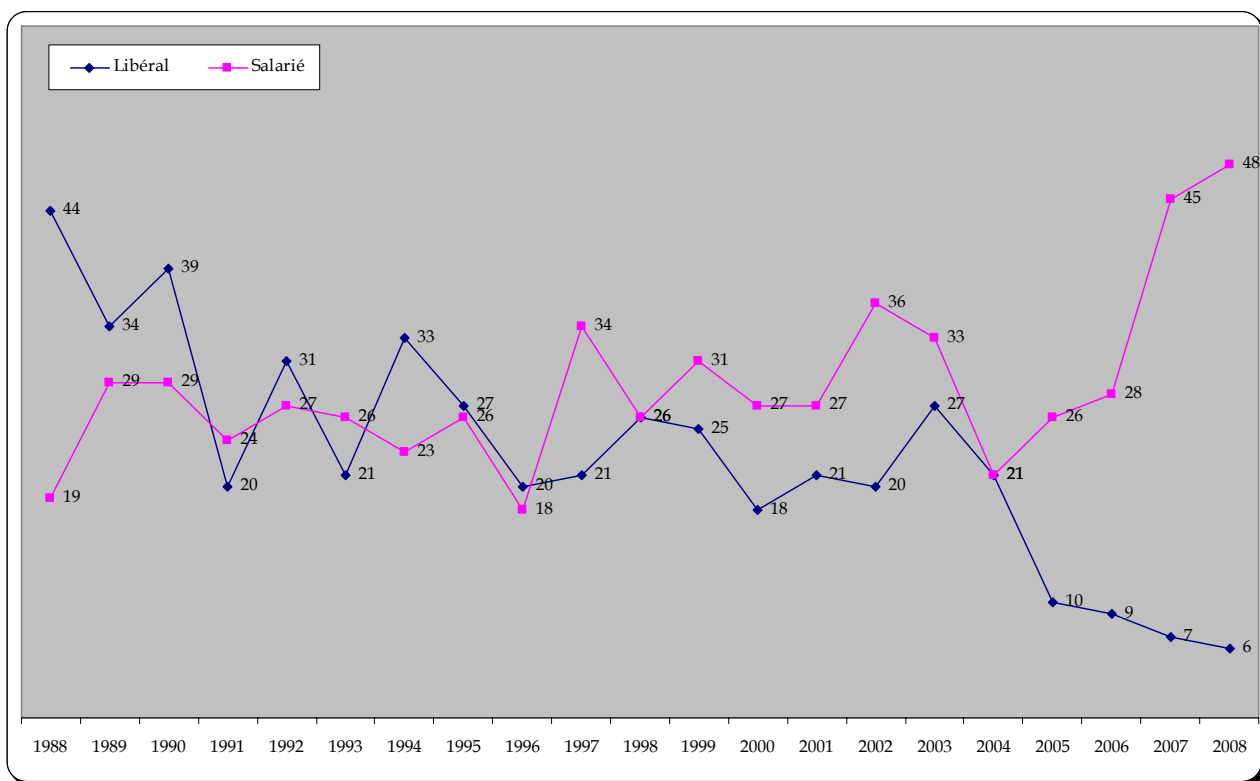
- **Ile-de-France** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



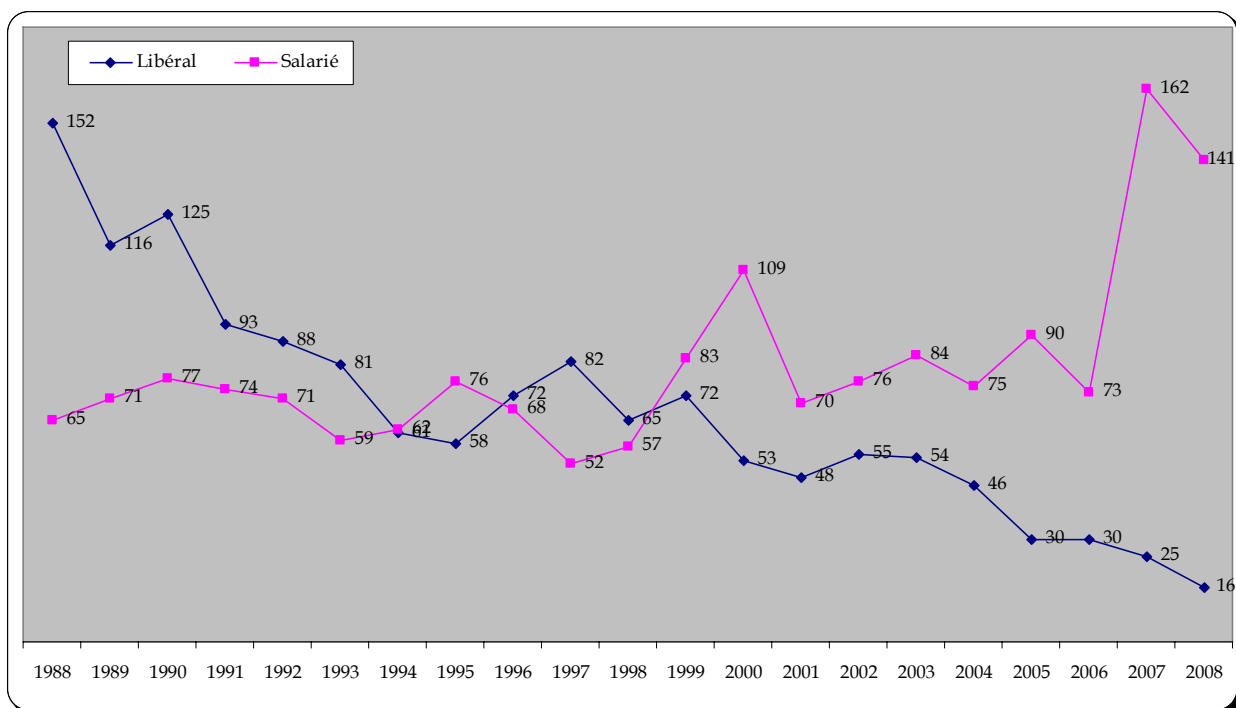
- **Languedoc-Roussillon** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



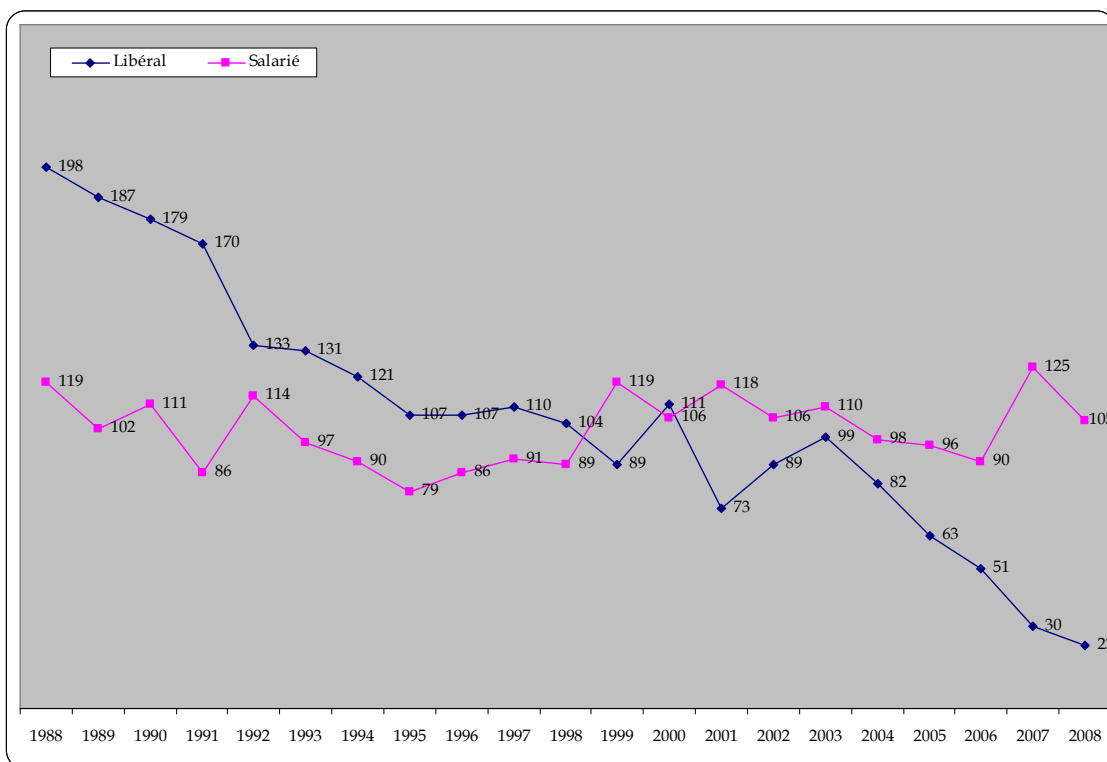
- **Limousin** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



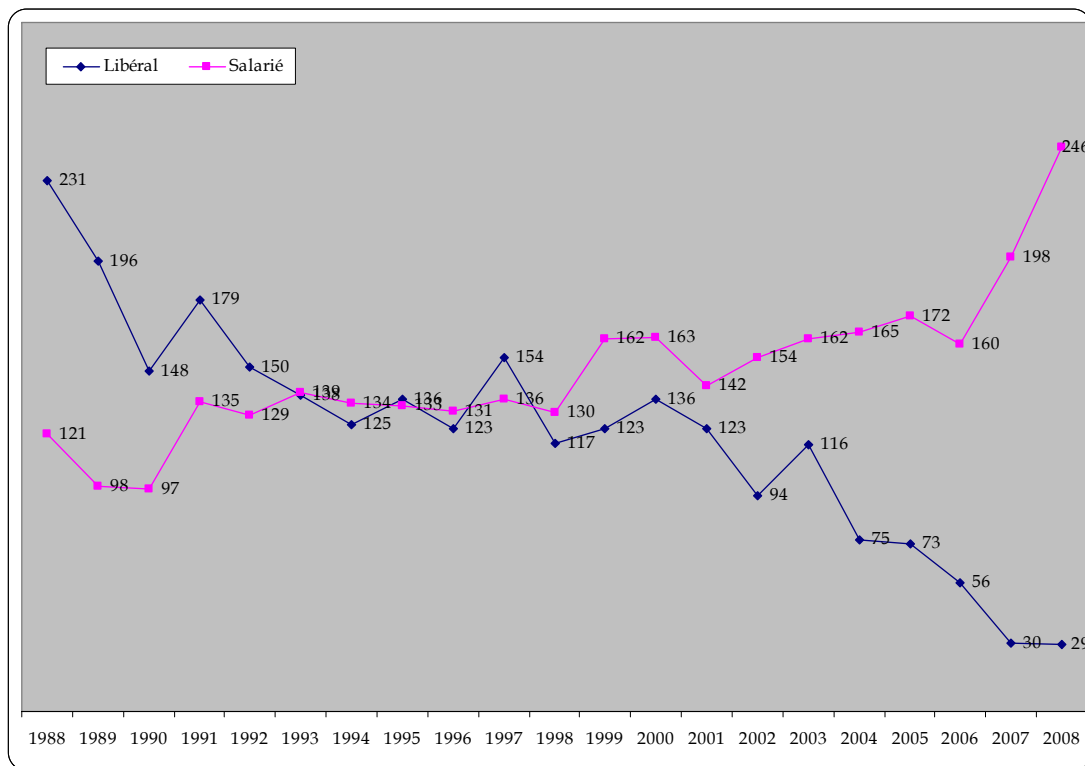
- **Lorraine** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Midi-Pyrénées** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Nord-Pas-de-Calais** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



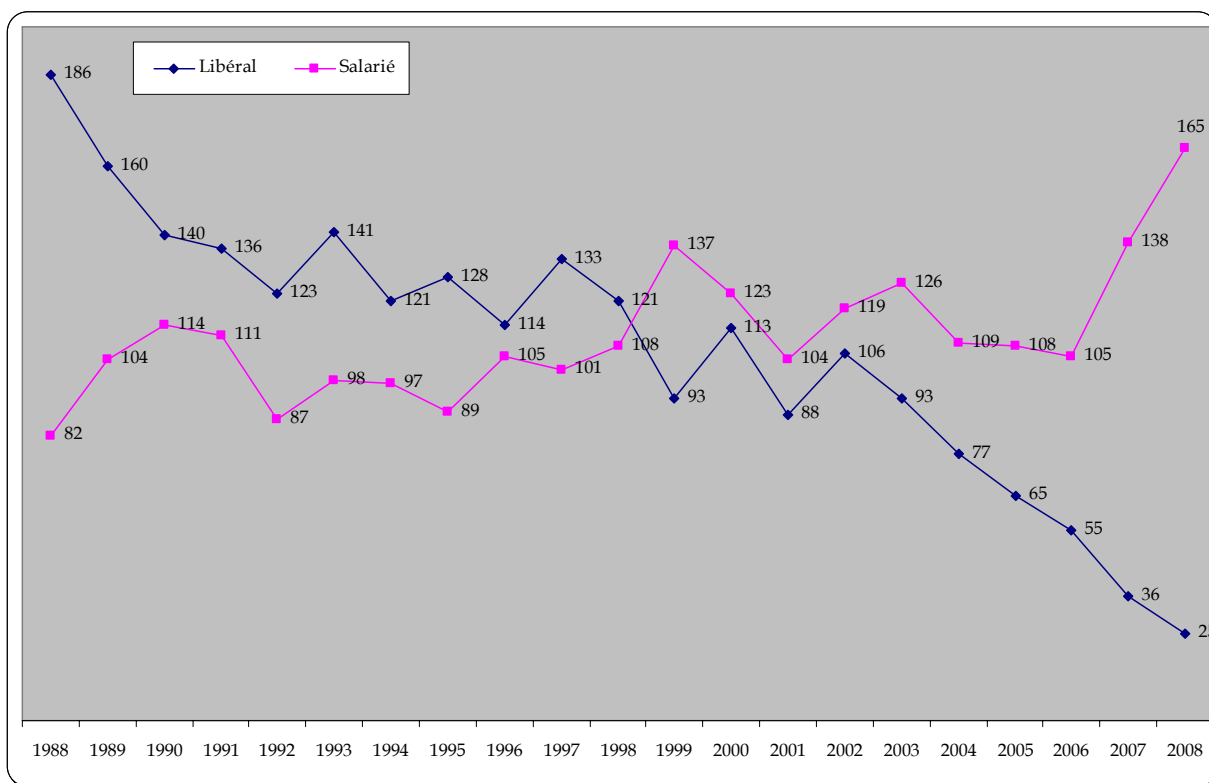
- **PACA** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



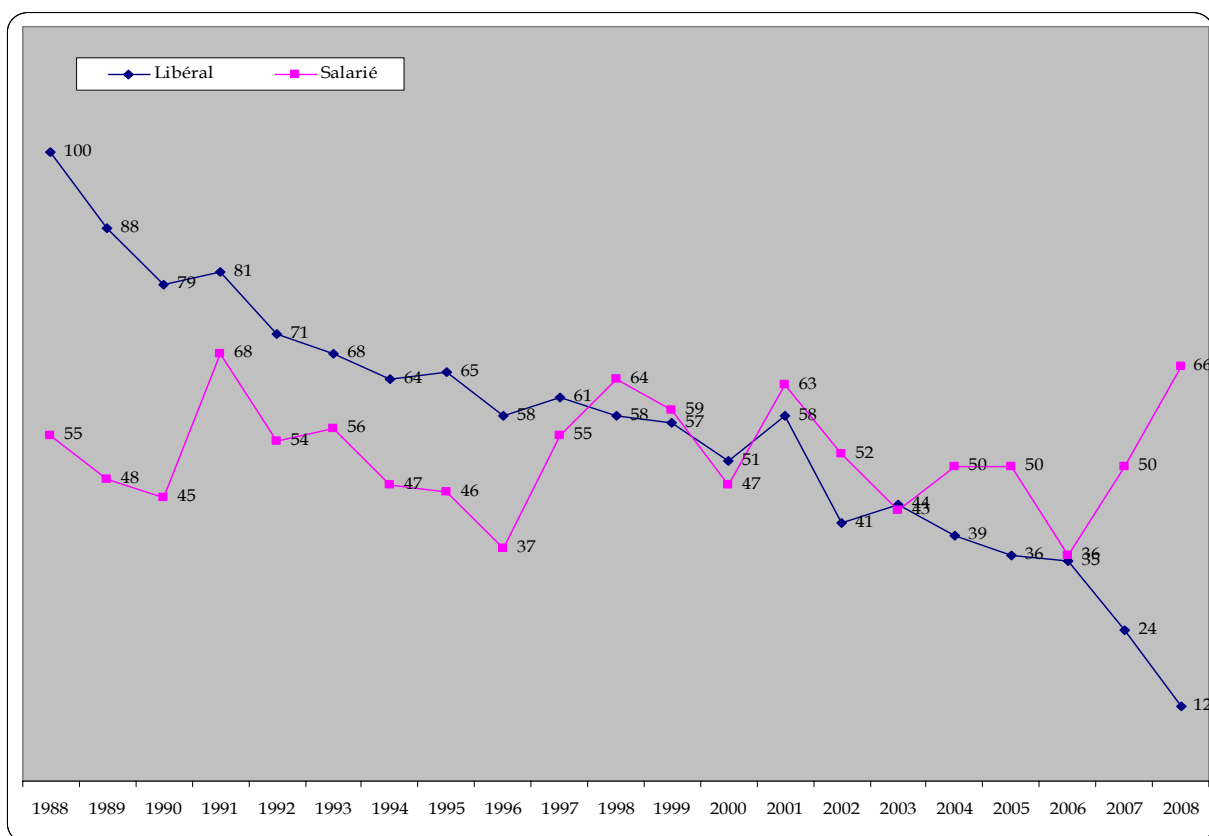
- **Pays-de-la-Loire** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



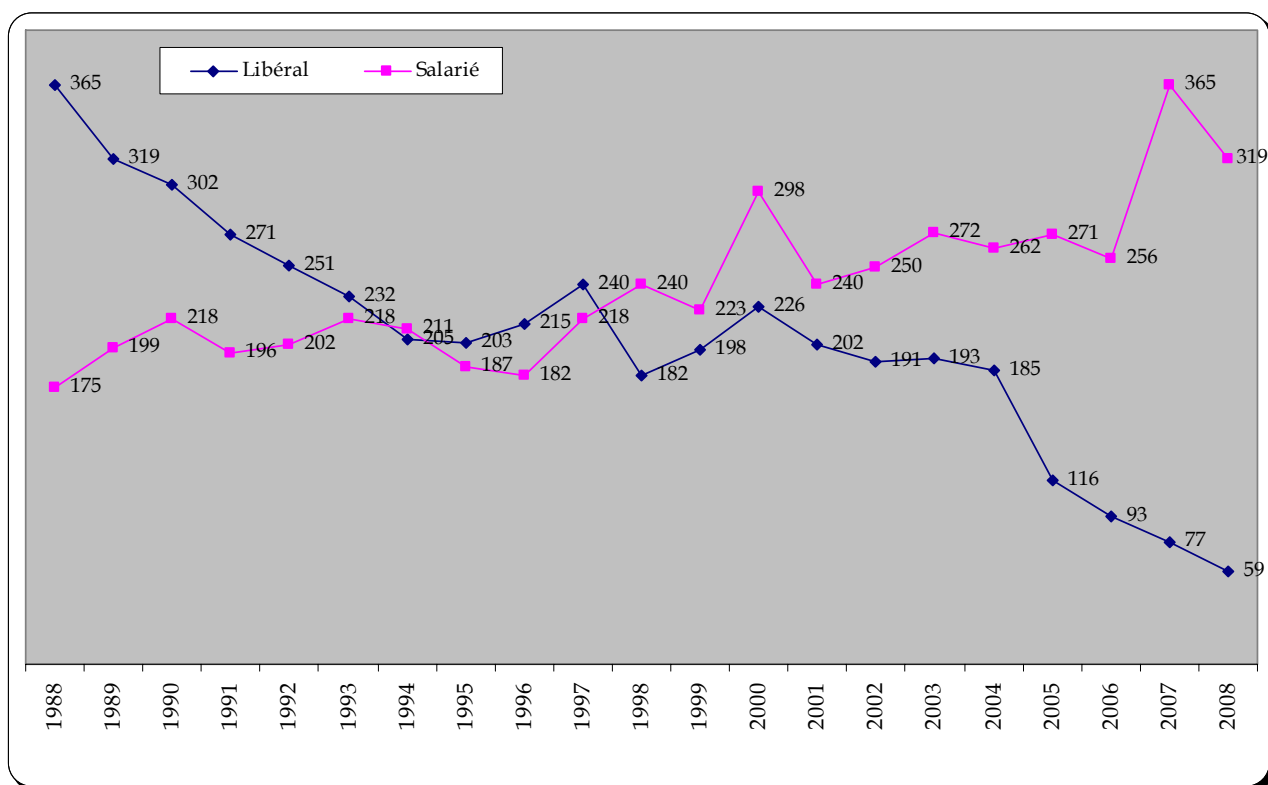
- **Picardie** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Poitou-Charentes** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



- **Rhône-Alpes** : Effectifs des premières inscriptions entre 1988 et 2008 par mode d'exercice



Annexe 8 : La part des libéraux en activité régulière par spécialité

Libellé qualifications	%_lib_act_regul	%_lib_nouveaux_entrants
Anatomie et cytologie-pathologiques	39,2%	4,5%
Anesthésie-réanimation	30,7%	3,9%
Biologie médicale	39,3%	15,4%
Cardiologie et maladies vasculaires	42,1%	5,5%
Chirurgie de la face et du cou	20,0%	Pas de nouveaux inscrits
Chirurgie générale	26,0%	3,0%
Chirurgie infantile	10,4%	0,0%
Chirurgie maxillo-faciale	55,3%	100,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	46,0%	11,8%
CPRE	60,4%	20,0%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	28,2%	0,0%
Chirurgie urologique	53,0%	27,3%
Chirurgie vasculaire	49,1%	0,0%
Chirurgie viscérale et digestive	37,6%	40,0%
Dermatologie et vénéréologie	63,9%	6,7%
Endocrinologie et métabolisme	31,1%	0,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	38,4%	2,8%
Génétique médicale	2,0%	0,0%
Gériatrie	4,4%	3,7%
Gynécologie médicale	64,0%	0,0%
Gynécologie médicale et obstétrique	52,1%	0,0%
Gynécologie-obstétrique	33,2%	3,8%
Hématologie	3,2%	0,0%
Médecine du travail	0,5%	1,8%
Médecine générale	58,7%	27,6%
Médecine interne	7,6%	3,6%
Médecine nucléaire	28,2%	4,3%
Médecine physique et de réadaptation	21,4%	0,0%
Néphrologie	17,2%	0,0%
Neuro-psychiatrie	41,1%	Pas de nouveaux inscrits
Neurochirurgie	20,0%	6,3%
Neurologie	22,3%	1,4%
Onco-hématologie	23,5%	0,0%
Oncologie médicale	17,5%	0,0%
Ophtalmologie	60,7%	14,0%
ORL	46,6%	5,9%
Pédiatrie	26,6%	3,0%
Pneumologie	25,2%	0,0%
Psychiatrie	28,6%	2,6%
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	28,2%	20,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	54,1%	3,7%
Radiodiagnostic et radiothérapie	70,5%	Pas de nouveaux inscrits
Radiothérapie et onco-radiothérapie	30,0%	3,1%
Réanimation médicale	3,1%	Pas de nouveaux inscrits
Recherche médicale	0,0%	Pas de nouveaux inscrits
Rhumatologie	47,4%	5,6%
Santé publique et médecine sociale	1,1%	0,0%
Stomatologie	57,7%	0,0%

Annexe 9 : Cessation d'activité libérale sans reprise de cabinet en 2008 et 2009

Code_dep	Nom département	GEN	SPE	Effectifs
01	Ain	10	3	13
02	Aisne			11
03	Allier			14
04	Alpes-de-Haute-Provence			3
05	Hautes-Alpes	6	6	12
06	Alpes-Maritimes			Impossible
07	Ardèche			NR
08	Ardennes			NR
09	Ariège	18	4	22
10	Aube			NR
11	Aude			Impossible
12	Aveyron	7	6	13
13	Bouches-du-Rhône			Impossible
14	Calvados			NR
15	Cantal			6
16	Charente			12
17	Charente-Maritime			NR
18	Cher			12
19	Corrèze	9	8	17
21	Côte-d'Or			31
22	Côtes-d'Armor			NR
23	Creuse			6
24	Dordogne	5	0	5
25	Doubs			10
26	Drôme			NR
27	Eure	12	7	19
28	Eure-et-Loir			NR
29	Finistère	19	20	39
2A	Corse du Sud			4
2B	Haute-Corse	1	2	3
30	Gard			31
31	Haute-Garonne			NR
32	Gers	6	7	13
33	Gironde			NR
34	Hérault			NR
35	Ille-et-Vilaine			NR
36	Indre			NR
37	Indre-et-Loire			NR
38	Isère			NR
39	Jura	13	6	19
40	Landes	6	4	10
41	Loir-et-Cher	11	6	17
42	Loire	17	11	28
43	Haute-Loire	3	1	4
44	Loire-Atlantique			10
45	Loiret			21
46	Lot			Aucun
47	Lot-et-Garonne	9	8	17
48	Lozère			6
49	Maine-et-Loire			NR

Code_dep	Nom département	GEN	SPE	Effectifs
50	Manche	7	6	13
51	Marne	8	13	21
52	Haute-Marne			NR
53	Mayenne	6	4	10
54	Meurthe-et-Moselle	8	18	26
55	Meuse			8
56	Morbihan	9	6	15
57	Moselle			Impossible
58	Nièvre			10
59	Nord			NR
60	Oise			21
61	Orne	8	5	13
62	Pas-de-Calais			NR
63	Puy-de-Dôme			NR
64	Pyrénées-Atlantiques			Impossible
65	Hautes-Pyrénées			NR
66	Pyrénées-Orientales			NR
67	Bas-Rhin			NR
68	Haut-Rhin			NR
69	Rhône			NR
70	Haute-Saône	3	1	4
71	Saône-et-Loire	17	11	28
72	Sarthe			NR
73	Savoie			Aucun
74	Haute-Savoie			NR
75	Paris			Impossible
76	Seine-Maritime			Impossible
77	Seine-et-Marne			Impossible
78	Yvelines			Impossible
79	Deux-Sèvres	6	5	11
80	Somme	5	10	15
81	Tarn	6	8	14
82	Tarn-et-Garonne			NR
83	Var			Impossible
84	Vaucluse			NR
85	Vendée	13	6	19
86	Vienne			NR
87	Haute-Vienne	14	3	17
88	Vosges			10
89	Yonne	13	4	17
90	Territoire de Belfort			NR
91	Essonne			NR
92	Hauts-de-Seine			Impossible
93	Seine-Saint-Denis			Impossible
94	Val-de-Marne			NR
95	Val-d'Oise			Impossible

Nouvelle-Calédonie : Chaque cabinet libéral fermé n'ayant pas été racheté se retrouve automatiquement au 1^{er} de la liste d'attente de conventionnement. Par conséquent aucun cabinet sans reprise.

Guyane = 0

Annexe 10 : Liste des personnes auditionnées par la mission

Dr Claude LEICHER - Président – Dr François WILTHIEN Vice-président (MG France)
 Dr Félix BENOUAICH – Président, Dr David TARAC - Vice-président (ALLIANCE)
 Dr Georges MOUYSET – Représentant Association des anesthésiologistes libéraux
 Pr François DANIELLOU, Ecole Nationale Supérieure de Cognitique de Bordeaux
 Dr Jean Claude REGI – Président, Dr Olivier SCHMITT, Dr Claude BRONNER,
 Dr Jean-Paul HAMON (FMF)
 Dr Philippe CUQ - Président (UCDF)
 Monsieur François -Xavier SCHWEYER (EHESP Rennes)
 Monsieur Grégory MURCIER et Monsieur Louis GRAS (ISNIH)
 Dr Elisabeth HUBERT- Présidente, Monsieur François BERARD Délégué national (FNEHAD)
 Madame Chloé LOYEZ - Présidente (ANEMF)
 Monsieur Bastien BALOUET - Président, Charlotte PERRENOT, Stéphane MUNCK (ISNAR-
 IMG)
 Drs Alexandre HUSSON, Marine GUILLUY, Maurice GUERAN, Procope PANAGOULIAS
 (SNJMG)
 Dr Dominique RINGARD – Président, Dr Patrick SIMONELLI (SOS médecins de France)
 Dr Pierre de HAAS – Président FFMPs
 Prs Claude ATTALI et Stéphane OUSTRIC (enseignants médecine générale)
 Doyen Daniel ROUGE (Faculté de médecine Toulouse)
 Dr Jean Michel PERROT (ARESPA Franche Comté)
 Dr Francis TOBOLSKI, médecin radiologue
 Madame Annie PODEUR - Directrice Générale de l'offre de soins
 Dr Alain CHARISSOU - Président (REAGIR)
 Drs André DESEUR, Michel FILLOL, Francis SIMON, Conseillers Nationaux de l'Ordre des
 médecins,
 Messieurs Frédéric ROSTAND et Dominique COUDREAU (Général de Santé)

En outre, la mission a reçu, spontanément ou à sa demande, de nombreuses contributions écrites de médecins libéraux qui ont fait l'objet d'un examen attentif par le Dr Michel LEGMANN et les deux rapporteurs. La teneur de ces contributions a été prise en compte dans la rédaction du rapport.

Annexe 11 : 20 propositions de la mission du Docteur Michel LEGMANN

I - LA FORMATION	
La formation initiale	Rendre obligatoire un stage de découverte de la médecine libérale en PCEM2
	Rendre obligatoires des stages de formation à la médecine générale au cours du 2 ^e cycle
	Exiger 2 semestres de stage de spécialisation en médecine générale en ambulatoire
	Créer la fonction de « remplaçant assistant » en médecine générale, avec compagnonnage
La formation durant le cursus	Créer un parcours promotionnel pour les médecins libéraux : restauration de la notion de compétences et des passerelles entre spécialités au moyen de la VAE et du DPC
II - L'INSTALLATION	
	Mettre en place un guichet unique
	Redonner une capacité d'initiative aux médecins dans l'organisation de la santé sur leur territoire
	Donner accès à l'enveloppe MIGAC pour l'activité ambulatoire
	Supprimer le contrat solidarité santé

III - LES CONDITIONS D'EXERCICE

	Favoriser les regroupements
	Passer de la notion de médecin traitant à celle de structure traitante
	Mettre en œuvre les possibilités offertes par la loi HPST pour l'exploitation partagée des plateaux techniques par les médecins libéraux et hospitaliers
	Favoriser l'intégration des médecins dans une organisation territoriale : 1 - Création de plates formes de services 2- Implantation de l'Université dans les pôles de santé
	Laisser assumer la continuité des soins par les médecins responsables de leur patientèle qui n'informent le Conseil départemental de l'Ordre qu'en cas de difficultés.
	Créer les fonctions d'assistant de santé et de coordonnateur d'appui
	Moderniser les systèmes d'information
	Développer la télémédecine
	Améliorer la protection sociale (maladie, maternité, retraite)
	Diversifier le mode de rémunération de l'activité libérale : paiement à l'acte, forfait et contractualisation
	Diversifier les activités en favorisant l'exercice mixte : hôpital et activité libérale