

Peut-on
amener des
jeunes
médecins à
s'installer
hors de
l'hôpital?

Aout 2012

Dr Emmanuel BRANTHOMME

Constats principaux

- Le problème existe dans de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord.
- De nombreuses solutions ont été essayées sans beaucoup de résultats.
- Le problème de la fidélité ou de l'engagement auprès d'une patientèle n'est plus un critère et est moins réciproque
- Il est nécessaire de faciliter un emploi pour un conjoint actif.

En France maintenant pour l'installation il faut:

- Accepter que le temps de travail puisse être limité,
- Le temps administratif de fonctionnement de la structure doit être mis hors du champ médical.
- La permanence des soins se doit d'être organisée.
- La féminisation de la profession doit permettre des horaires plus souples.

Les solutions préconisées

- Augmenter le numéris clausus ne semble pas être une solution possible à court terme
- L'installation obligatoire dans des lieux désertiques ne peut pas permettre de changer les données actuelles car bientôt ce sera toutes les villes non universitaires qui seront atteintes.
- Les modifications des territoires dans les zones désertiques et les aides possibles ne sont pas suffisamment incitatives et surtout très en retard et inégalitaires.

D'autres solutions

- Comme le conventionnement à l'exercice peut sans doute être intéressant. Il est réalisé en Italie, mais les zones rurales restent cependant peu fréquentées.
- Suivre et aider les postulants à l'installation est sans doute nécessaire afin d'éviter l'isolement: formation continue, syndicalisme, ordre doivent pouvoir aider à améliorer la convivialité.

L'aide à l'installation

- Financière oui mais insuffisante seule et source d'inégalité
- Organiser une aide pratique sur place est importante: local, habitat etc...
- La présence universitaire dans des maisons pluridisciplinaires est un plus pour certaines zones: internes et SASPAS notamment pour les généralistes et les spécialistes.
- Le contrat de collaboration, les associations temporaires sont importants.

La création de maisons pluridisciplinaires permet:

- une coopération entre professionnels de santé avec des tâches déterminées pour chacun mais aussi la possibilité de partager les tâches entre les différents intervenants et peut-être également une amélioration du partage du dossier médical.
- le partage des frais.
- de retrouver une structure plus proche de l'organisation hospitalière
- La sécurité y est plus grande

Les inconvénients:

- Des problèmes d'entente entre les différents intervenants plus nombreux et de statuts différents
- L'organisation est d'autant plus ardue que le nombre de personnes est élevé. Une personne sera dédiée à cette tâche et une rémunération sera nécessaire.
- Les problèmes de comptabilité et de recouvrement des dettes sont parfois difficiles.

De plus

- Le temps d'organisation et de gestion n'est pas compté dans le financement à l'acte.
- Les gestions de dossiers, les gestions du temps et des surfaces sont nettement augmentées
- Les divergences entre les titres de propriété ou de location sont souvent des casses têtes entre les intervenants. Ainsi les successions sont difficiles.

Si le principe
est simple:
mutualisation des
tâches

La réalisation en est plus
difficile et la pérennité
également

Les changements nécessaires

- Changer notre système de santé avec modification du paiement à l'acte et évolution vers un paiement à la fonction: Soit par un listing comme en Angleterre avec paiement par liste et par pathologie incluant les paramédicaux, soit par un salariat.
- Avec un temps de travail déterminé à l'avance par contrat sur des sites déterminés. Le tout permettant de limiter les jours ouvrés.

Le risque du salariat étant:

- le nomadisme car on n'est plus lié à une clientèle;
- Le nombre de personnes vues par jour peut être diminué pour la même rémunération.
- En sachant que actuellement une activité partielle en libéral ne permet pas de vivre avec une rémunération décente.

L'aide à l'installation

- Peut venir d'une personne ressource permettant de gérer et de coordonner les actions sur un département.
- Cette personne doit être neutre non salariée d'une structure médicale de proximité.
- Et elle peut agir vers les spécialistes ou les généralistes qui le demandent.

La fonction de l'aidant

- Permettre de trouver si possible un successeur.
- Rechercher un professionnel de santé si nécessaire
- Être l'interlocuteur des maires et des conseillers ou des tutelles
- Coordonner les maisons pluridisciplinaires
- Être Médiateur et /ou co-gestionnaire selon les demandes.

De plus il peut être une sorte de syndic.

- En permettant de faire les bulletins de salaires, la gestion des locaux et des charges, la gestion du personnel également.
- Pouvant être mis à disposition des professionnels installés ou en recherche d'installation.
- Il aurait une mission départementale avec cependant une coordination régionale afin de mieux répartir les offres et les demandes dans les différents départements, évitant que seuls les départements universitaires soient nantis

Son financement pourrait être réparti entre

- les unions professionnelles
- Les ARS
- Les Conseils généraux départementaux
- Et pourquoi pas l'Ordre

Par ailleurs les ADOPS pourraient:

- Servir de vivier permettant de faire connaître l'organisation de la permanence des soins sur le département
- Aider à mieux connaître ce département
- Faciliter l'inscription de jeunes confrères sur ce département
- Et inciter par là-même à une éventuelle installation.

conclusion

- Une seule mesure ne suffira pas à renverser la tendance, surtout si elle est coercitive.
- Des modifications profondes de notre système de soin sont nécessaires dont certaines sont nationales et dépendantes d'une vraie politique de santé;
- Pour faciliter l'installation tous les acteurs concernés doivent intervenir comme on vient de le voir.