

Médecine de ville : le pari de la jeunesse

Synthèse

Willy Jager*
Spécialiste des
politiques de santé

* pseudonyme

8 janvier 2018

Bientôt majoritaires dans le corps médical, les jeunes médecins ne bénéficient pas aujourd'hui d'une véritable représentation dans les lieux de négociation et de décision sur la politique de santé.

En effet, le processus électoral qui définit les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics tend à les exclure de la représentation collective. Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont *de facto* écartés des négociations conventionnelles car leurs débuts de carrière ne ressemblent pas à ceux de leurs aînés. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention, qui s'appliquera à leur activité, sans que les nouveaux arrivants aient pu se prononcer à son sujet. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils en sont écartés, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants.

Or ce sont bien les jeunes que l'on mobilise dès qu'il s'agit d'instituer un rapport de force avec les pouvoirs publics ; eux à qui l'on pense lorsque sont imaginées des solutions pour apaiser les maux de notre système de santé (déserts médicaux notamment).

La présente note ouvre des perspectives pour donner aux nouvelles générations de médecins les moyens d'agir. C'est indispensable si l'on tient à enrayer la baisse du temps médical disponible dans un contexte où les besoins de santé ne cessent d'augmenter.

Pouvoirs publics, acteurs privés, il est grand temps de garantir aux nouvelles générations de professionnels de santé le cadre de travail auquel ils aspirent, le bon accompagnement : exercice regroupé, concentration sur la pratique médicale grâce à une autre répartition des tâches entre les professionnels de santé, travail avec les pairs, développement des maisons de santé pluri-professionnelles et aménagement des formes sociétares.

En favorisant un exercice de la médecine plus conforme aux aspirations des jeunes générations, on peut reconnaître la diversité des modèles de carrière pour relever les défis de notre système de santé et mieux répondre aux besoins des patients.

SOMMAIRE

1. Une déconnexion croissante entre offre et demande de santé	7
1.1. Baisse tendancielle de l'exercice libéral et du temps médical disponible	7
1.2. Le changement des premières années d'exercice	14
1.3. Démographie médicale : un rajeunissement en cours	18
2. Faire le pari de la jeunesse pour libérer du temps médical et mieux répondre aux besoins	20
2.1. Agir sur la représentation collective	20
2.2. Agir sur la formation et sur les conditions d'installation	26
2.3. Multiplier les solutions expérimentales sur les territoires	34
Conclusion	37

Convaincre plus que contraindre. Les pouvoirs publics français ont toujours privilégié la négociation dans leurs rapports avec les professionnels de santé installés en ville, à savoir en dehors de l'hôpital¹.

Ce choix se traduit dans les outils d'organisation et de régulation du système de santé. L'offre de soins de ville s'inscrit dans le cadre de politiques conventionnelles, négociées et cogérées par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM)² et les professionnels libéraux, où l'État intervient en second, voire dernier ressort³. Ces relations partenariales peuvent donner lieu à accord ou convention.

- **L'accord-cadre interprofessionnel** (ACIP), qui fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions.
- **L'accord conventionnel interprofessionnel** (ACI), qui vise une meilleure coordination des soins en conviant plusieurs professions à la table des négociations.
- **La convention nationale**, qui, si elle concerne plusieurs professions de santé, est élaborée et négociée profession par profession.

Ces dispositifs ont connu un succès inégal⁴, seul ce dernier mécanisme ayant été pleinement exploité par les partenaires conventionnels. La convention médicale du 26 août 2016 résulte par exemple du dixième cycle de négociations entre assurance-maladie et médecins depuis la nationalisation du dispositif en 1971.

¹ Les soins de ville (ou soins ambulatoires) comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales. Dans la suite du document, les expressions « soins de ville » et « soins ambulatoires » seront donc indistinctement utilisées.

² L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) réunit les directeurs généraux de la CNAMTS, de la caisse nationale du RSI et de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole.

³ Officiellement, par la loi, pour que les partenaires conventionnels agissent dans un sens déterminé ; officieusement, au niveau du ministre chargé de la santé et de son cabinet, pour cadrer les débats.

⁴ Dans un rapport daté de 2014 (« Les relations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professions libérales de santé »), la Cour des comptes observait que seule la convention nationale avait été pleinement exploitée. Ses remarques demeurent d'actualité : « pauvre dans son contenu » et « resté subsidiaire » le seul ACIP signé en 2012 ne constitue pas le socle des conventions particulières ; aucun projet d'ACI n'a fait l'objet de négociations, depuis sa création en 2004. Depuis a été conclu un accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles le 20 avril 2017 (approuvé par arrêté du 24 juillet 2017).

Quarante-six ans plus tard, ce processus au long cours a été largement pérennisé. Il n'en demeure pas moins contesté de l'intérieur, en particulier par les organisations représentatives des futurs et jeunes médecins⁵.

Évoquant la convention médicale de 2016⁶, ces dernières regrettent le « fossé de plus en plus béant entre des médecins bientôt retraités et une nouvelle génération qui ne se reconnaît plus dans ces modes d'exercices dépassés ».

« Conçue pour ne jamais donner la parole aux jeunes », eux-mêmes « ignorés par leurs aînés », elle participerait « un peu plus à la déroute de la médecine ambulatoire française, faute d'attirer de nouveaux installés ». Ce qui les amène à dénoncer « un accord négocié par des anciens qui, pour certains, seront arrivés à l'âge de la retraite avant même son échéance, alors que près de 8 000 jeunes médecins sont chaque année diplômés et directement concernés ».

En quoi la convention médicale de 2016 relèverait-elle du « vieux monde » ?

Selon ces mêmes organisations, les rares et timides avancées de cette convention – équité tarifaire entre généralistes et spécialistes (la fameuse consultation à 25 €), insertion de la reconnaissance de la maîtrise de stage et du forfait structure⁷ – ne permettraient pas de contrebalancer « un modèle d'exercice médical obsolète et qui ne séduit plus, basé sur le paiement à l'acte, l'exercice solitaire, l'absence de pluri-professionnalité et l'absence de coordination ville-hôpital ». La focalisation des négociations sur le tarif des consultations a entravé toute avancée vers une diversification assumée des modes de rémunération. Quand elles existent, les dotations forfaitaires sont en effet jugées anecdotiques et sans impact sur les désirs d'installation au sein de la jeune génération. La création de véritables dotations pérennes liées à la structure, à la coopération entre professionnels, à la pluri-professionnalité⁸ et à l'emploi de salariés sont toujours attendues.

⁵ Seront visés sous cette expression les étudiants en médecine, les internes et chefs de clinique, ainsi que les médecins dans leurs premières années d'exercice.

⁶ Les citations qui suivent sont reprises d'un communiqué de presse daté du 26 août 2016, commun à six organisations (ANEMF pour les étudiants en médecine, ISNAR-IMG et ISNI pour les internes, ISNSCCA pour les chefs de clinique, ReAGJIR et SNJMG pour les jeunes médecins).

⁷ Rémunération d'un montant maximal de 4 000 € visant : a) à investir dans des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients ; b) à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

⁸ L'exercice en ville organisé sous forme pluri-professionnelle regroupe les centres de santé, structures anciennes composées de personnels majoritairement salariés et des formes nouvelles de création plus récente, pôles et maisons de santé pluri-professionnels qui connaissent une rapide expansion. Concernant ces derniers, l'usage distingue les maisons de santé – structures regroupant géographiquement des professionnels – et les pôles, si le regroupement ne s'effectue pas au sein des mêmes murs.

Les délégations de tâches, les partages de compétences et les pratiques avancées⁹ ont elles aussi été oubliées.

La convention n'intègre pas non plus d'approche globale visant à lutter contre les déserts médicaux. Tout juste prolonge-t-elle les logiques existantes, les mêmes qui, concentrées sur le seul octroi d'une rémunération forfaitaire complémentaire, ont récemment été qualifiées d'inefficaces par l'Ordre des médecins¹⁰.

Elle est également jugée insuffisante sur les enjeux liés aux soins de proximité et à la qualité et la pertinence des soins ; deux thématiques complètement absentes des débats, alors même qu'Agnès Buzyn a encore récemment jugé à 30 % les dépenses de l'assurance-maladie non pertinentes.

Autant de raisons qui avaient déjà fait dire en 2014 à la Cour des comptes que le modèle conventionnel s'était essoufflé : « Les politiques conventionnelles n'ont pas apporté de réelle réponse aux problèmes posés par les dépassements de tarifs et ne contribuent que faiblement à la résorption des inégalités de répartition géographique des professions de santé. [...] S'il a connu au cours de la décennie écoulée des succès tactiques, il n'a pas été suffisamment mis au service d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de santé dans un contexte de développement des pathologies chroniques et à la nécessité de gains d'efficience structurels pour l'assurance maladie¹¹. »

On pourrait ne pas tenir compte de ces critiques. Mais ce serait se couper de femmes et d'hommes déjà force de propositions face aux lourds défis qui pèsent sur notre système de santé, qu'ils aimeraient plus « équitable, efficient et humain¹² ». Ce serait aussi insulter l'avenir, alors même qu'ils pourraient représenter le futur de l'exercice libéral ou devenir la solution à certains territoires isolés et fragilisés¹³. Pire, ce serait fermer les yeux sur les

⁹ De l'anglais « *Advanced Nursing Practice* » (ANP), les pratiques avancées regroupent les professionnels paramédicaux ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décision en situation complexe et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique. Au Royaume-Uni, les ANP peuvent effectuer des diagnostics, établir des programmes de soins mais aussi intervenir dans des domaines complexes comme la chirurgie. Il s'agit de permettre à un plus grand nombre d'usagers d'accéder à une réponse à leur demande de soins et au médecin de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise. Les pratiques avancées favorisent aussi le développement de nouvelles prises en charge (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutiques, etc.) grâce à l'intégration d'autres professionnels de santé dans le parcours du patient.

¹⁰ CNOM, *Atlas de la démographie médicale*, octobre 2017.

¹¹ Cour des comptes, « Les relations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professions libérales de santé », 2014. Critiques réitérées dans le rapport intitulé « L'avenir de l'assurance-maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs », publié en novembre 2017.

¹² Pour porter leurs revendications durant la campagne présidentielle, plusieurs organisations représentant les internes de médecine générale, les étudiants en médecine, les jeunes généralistes, les assistants des hôpitaux et les chefs de clinique (l'ISNAR-IMG, l'ANEMF, ReAGJIR, le SNJMG et l'ISNCCA) ont élaboré une plateforme commune de propositions, intitulée « Convention nationale pour un meilleur accès aux soins dans les territoires », autour de cinq axes : améliorer l'accueil des étudiants en stage et le nombre de terrains de stage pour faire découvrir les territoires ; faciliter l'installation avec la mise en place d'un guichet unique à l'installation, avec une personne référente accompagnant le médecin dans son projet d'installation ; rendre l'activité libérale plus attractive ; libérer du temps médical (par opposition au temps administratif) ; améliorer l'attractivité de l'hôpital.

¹³ Dans la perspective des annonces relatives à la lutte contre les déserts médicaux, trois syndicats avaient présenté leurs pistes, orientées vers les néo-installés, composés en grande majorité de jeunes médecins. Ils proposent tous de rendre obligatoires les stages dans les cabinets libéraux. Le SML a recommandé « la mise en œuvre d'un

transformations en cours de la médecine de ville et oublier que les jeunes générations ont vocation à devenir majoritaires dans les prochaines années (1.).

Garantir la représentativité des jeunes générations, dès leurs premières années de formation, apparaît donc comme le meilleur moyen de favoriser l'émergence d'un exercice médical renouvelé, grâce à la nouvelle place qui leur serait accordée dans les négociations conventionnelles. Ce serait alors pour eux l'occasion d'agir pour la préservation du temps médical disponible et l'adaptation de leurs conditions de travail à leurs aspirations qui, parfois, diffèrent de leurs aînés. En libérant leurs capacités d'expérimentation, les futurs et jeunes médecins seraient également en mesure de porter des propositions alternatives pour une amélioration du système de santé (2.).

1. UNE DÉCONNEXION CROISSANTE ENTRE OFFRE ET DEMANDE DE SANTÉ

L'exercice médical est en plein bouleversement. Il est de moins en moins libéral et de plus en plus tourné vers le salariat, à temps complet ou partiel (1.1.). Les jeunes générations participent de cette transformation (1.2.). Or elles ont vocation à devenir majoritaires dans les prochaines années (1.3.). De telles tendances doivent nous interroger dès lors qu'elles se repercutent sur l'offre de soins, qui va en se réduisant.

1.1. BAISSÉ TENDANCIELLE DE L'EXERCICE LIBÉRAL ET DU TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE

Sur les dix dernières années, l'exercice libéral a connu une baisse de 10,5 points de pourcentage et l'exercice salarié une hausse de 10,7.

Selon un scénario tendanciel produit par la Drees¹⁴, la part de médecins libéraux exclusifs (y compris remplaçants) reculerait fortement, pour atteindre 38 % en 2040 tandis que les

compagnonnage dès la 3^e année d'étude ». Pour la CSMF, la mise à contribution des collectivités pour faciliter l'installation de la famille du médecin ainsi que le développement de l'exercice mixte et du salariat entre médecins sont privilégiés. De son côté, la FMF avance la mise à disposition d'un local au médecin et une couverture sociale calquée sur celle des salariés pour les cinq premières années d'installation.

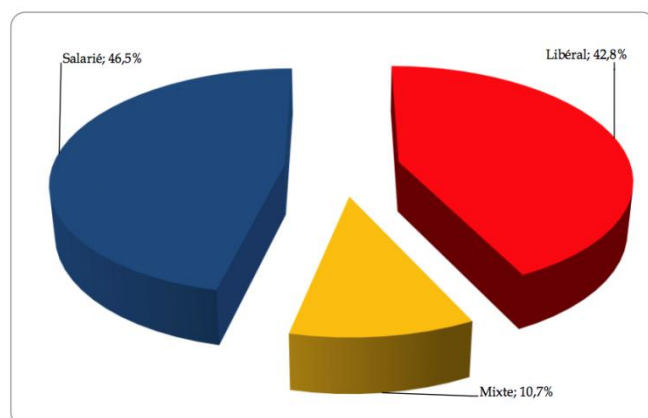
¹⁴ Drees, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », mai 2017. Bien que ces projections méritent d'être utilisées avec la plus grande prudence, de précédents scénarios n'ayant pas permis de « prédire » la situation que l'on connaît aujourd'hui, celles-ci pointent une tendance générale largement partagée. La question aujourd'hui n'est plus de savoir s'il y aura ou non baisse du temps médical disponible, donc de l'offre de soins, mais dans quelle mesure cette diminution aura lieu. Tandis que l'immigration

proportions de médecins mixtes et salariés augmenteraient (respectivement de 11 % à 15 % et de 42 % à 46 %).

Exercice libéral, exercice salarié, exercice mixte

Parmi les 197 859 médecins en activité régulière, on recense : 84 738 médecins libéraux exclusifs ; 91 851 médecins salariés, dont 2/3 d'hospitaliers ; 21 123 médecins en exercice mixte, dont 2/3 de libéraux-hospitaliers.

Graphique n°31 : Les modes d'exercice en activité régulière



Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale, octobre 2017

Sont dits salariés les médecins qui exercent en tant que salariés du secteur privé (au sein d'un centre de santé mutualiste par exemple), mais aussi en tant qu'hospitaliers.

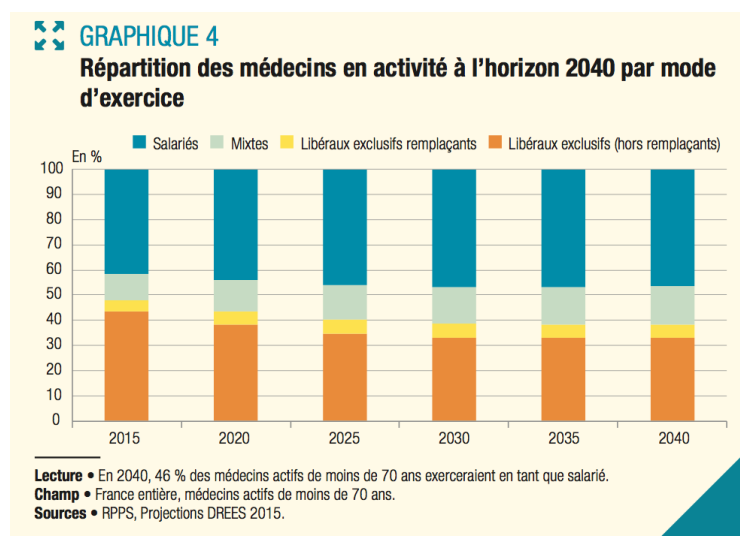
Tableau n°7 : Répartition des médecins en activité selon les modes d'exercice

Modes d'exercice	Effectifs 2017		Pourcentage
Libéral		84 738	42,8%
<i>Libéral-Salarié</i>	5 645	21 123	10,7%
<i>Libéral-Hospitalier</i>	14 485		
<i>Libéral-Salarié-Hospitalier</i>	993		
Salarié		91 851	46,5%
<i>Salarié</i>	28 011		
<i>Hospitalier</i>	60 934		
<i>Salarié-Hospitalier</i>	2 906		
Divers		139	
Sans exercice déclaré		8	
Total France entière		197 859	100%

Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale, octobre 2017

intra et hors UE peut jouer favorablement sur la démographie médicale, le phénomène d'hyperspécialisation du corps médical actuellement en cours est susceptible de priver certains territoires d'activités pourtant demandées. Ces éléments sont néanmoins très difficiles à apprécier, encore plus à extrapoler dans le temps.

Cette baisse des effectifs libéraux serait marquée et durable. Les effectifs de médecins libéraux devraient ainsi diminuer jusqu'en 2027. À cette date, les libéraux exclusifs (hors remplaçants) seraient 24 % de moins qu'en 2012 et les libéraux ou mixtes (hors remplaçants) 8 % de moins. En parallèle, les effectifs de médecins salariés devraient poursuivre leur croissance dans les prochaines années sans connaître de baisse.



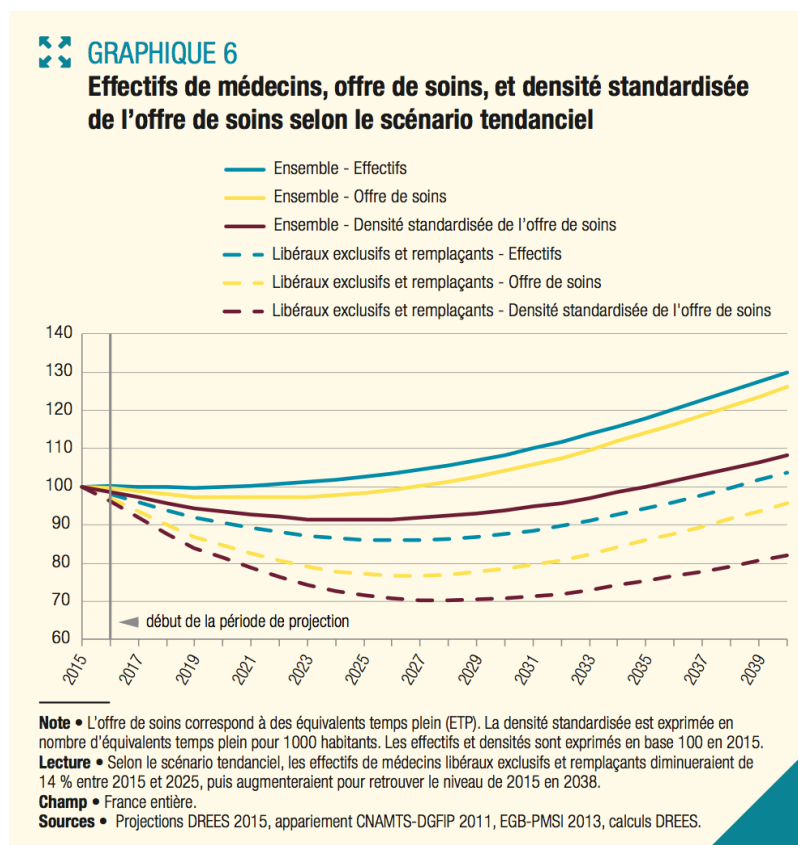
Si les comportements, à âge et sexe donnés, restent ceux que l'on observe aujourd'hui, cette évolution de la composition de la population des médecins libéraux devrait conduire à une baisse de l'offre de soins (c'est-à-dire du nombre de médecins en ETP) d'une ampleur plus importante que celle des effectifs d'ici 2027 : alors que le nombre de médecins ne va reculer que de 14%, l'offre de soin diminuera de 23 %¹⁵.

Au total, on aura moins de médecins et des médecins qui voudront travailler moins !

Si l'on prend également en compte l'évolution de la demande de soins liée à la transition démographique (augmentation et vieillissement de la population) et épidémiologique

¹⁵ Deux facteurs déterminent l'évolution de l'offre de soins globale : la baisse de l'offre libérale compensée en partie par la hausse du nombre de médecins salariés ou mixtes. L'offre de soins fournie par l'ensemble des médecins connaîtrait donc des évolutions moins marquées, avec une baisse de l'offre de soins de 3 % (entre 2016 et 2019) et une baisse de la densité standardisée de 9 % (entre 2016 et 2023). Cette dernière retrouverait son niveau actuel vers 2035.

(chronicité¹⁶, poly-pathologies, situations de perte d'autonomie), le tableau se complique encore un peu plus. L'offre libérale rapportée à la demande (à savoir à la densité standardisée de l'offre de soins¹⁷) baisserait de 30 % entre 2016 et 2027. Et ce, de façon durable : en 2040, rapportée à la demande, l'offre de soins en médecine libérale serait toujours inférieure de 18 % à celle observée en 2015.



Sur longue période, cette évolution de la composition de la population des médecins libéraux résulte de plusieurs facteurs identifiés en 2010 par le Dr. Michel Legmann, ancien président du Conseil national de l'Ordre des médecins, dans un rapport intitulé « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale ».

¹⁶ La part des personnes en affections de longue durée passerait ainsi de 15,4 % de la population en 2011 à 19,7 % en 2025.

¹⁷ Pour déterminer cette densité standardisée de l'offre de soins, le calcul est le suivant : le nombre de professionnels est rapporté à une population dans laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par la part qu'elle représente dans les dépenses en médecins de ville. La densité standardisée ainsi calculée permet de mesurer à chaque date l'adéquation entre le nombre de médecins et les besoins de soins de la population, sous l'hypothèse que ces derniers sont essentiellement liés à l'âge des individus et sont stables dans le temps.

Elle est, pour une part, la conséquence d'évolutions générales de la société française et, pour une autre part, la conséquence de tendances spécifiques à la profession médicale.

- **Une attraction vers le salariat** : le salariat confère des avantages sur le plan de la durée du travail, de la protection sociale, des avantages sociaux et de la responsabilité limitée. Par exemple, alors que le délai de carence avant le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie est de 3 jours pour les salariés, il est de 90 jours pour les médecins libéraux. S'exerce alors une concurrence entre l'autonomie procurée par l'exercice libéral et la maîtrise du temps de travail que procureraient l'hôpital et les autres structures d'exercice salarié. Le salariat présente par ailleurs un certain intérêt pour les jeunes générations, globalement favorables à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Les nouveaux entrants dans la carrière refusent de plus en plus les situations de surtravail qu'ont connues et que connaissent encore souvent leurs aînés. Ils veulent aussi profiter d'une possibilité de mobilité conférée par le salariat, l'installation étant vue comme un engagement tant financier que moral envers une population et un territoire, engagement qui est mieux accepté après quelques années d'exercice. La « judiciarisation » de la pratique médicale depuis deux décennies incite aussi les professionnels de santé à rechercher le statut le plus protecteur en la matière et il ne fait aucun doute que le salariat, qui transfère vers l'employeur la responsabilité civile des aléas thérapeutiques, évite aux praticiens les mises en cause personnelles.
- **Une attention plus forte à la qualité de vie** : face à un emploi du temps qui apparaît chargé, 42 % des généralistes interrogés en 2011 considéraient « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y avait personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence ». 15 % retenaient la proposition « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne le pouvaient pas pour des raisons financières ». Seuls 1 % des médecins « auraient souhaité travailler davantage ». Et moins de la moitié (42 %) répondaient « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait »¹⁸. Or la qualité de vie joue de plus en plus un rôle déterminant dans les choix d'installation et de mode d'exercice du médecin. Cet environnement conditionne l'accès à un emploi

¹⁸ Drees, URPS, ORS, « Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville », (janvier-mars 2011).

pour le conjoint, la proximité des établissements scolaires et universitaires pour les enfants, l'accès aux réseaux (notamment numériques), la disponibilité d'infrastructures culturelles ou de transports, la sécurité dans certaines zones périurbaines, le prix du foncier dans certains centres-villes, etc. Ces attentes ne sont pas différentes de celles exprimées par d'autres professionnels aux revenus comparables : la question de l'attractivité du territoire et de ses entreprises pour les ingénieurs ou les cadres se pose dans des termes voisins. Les avantages financiers seraient moins considérés comme critères de choix dominants. Au contraire, ils seraient prêts à gagner moins pour travailler mieux.

- **La transition démographique** : la féminisation¹⁹ et le rajeunissement du corps médical conduisent à une évolution des revendications personnelles et professionnelles. Ces tendances s'accommodent assez mal du niveau médiocre de protection sociale dont bénéficient les professions libérales (notamment en situation de maternité). Les contraintes en termes d'horaires de travail et de prises de congés sont aujourd'hui partagées par l'ensemble des jeunes générations.
- **Le sentiment de bureaucratisation du métier** :
 - d'une part, en raison de contrôles vécus comme de plus en plus tatillonnés et rapprochés, même s'il s'agit d'améliorer la pertinence des prises en charge²⁰ ;
 - d'autre part, du fait de la mobilisation de compétences médicales pour une multiplicité d'actes administratifs (pratique d'une activité sportive, admission en établissement médico-social, etc.) ;
 - enfin, les deux phénomènes se conjuguent lorsqu'il est demandé aux médecins de remplir des grilles cadrant mal avec la pratique médicale pour attester de l'état de leur patient (affections de longue durée, allocations versées aux personnes en situation de handicap, allocation personnalisée d'autonomie, etc.).
- **Une formation qui n'oriente que trop peu vers l'exercice libéral** : la formation à l'exercice médical est principalement dispensée au sein d'établissements

¹⁹ Les femmes représentent 47 % des médecins en activité régulière contre 38 % en 2007. Parmi les classes d'âge les plus jeunes, les femmes représentent même 61 % des médecins. Elles devraient donc être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034.

²⁰ Récemment, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a évalué à 30 % les dépenses d'assurance-maladie liées à la prescription d'actes inutiles ou redondants.

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 mais hospitalière. Cela rejaillit fortement sur les aspirations professionnelles des étudiants en médecine, à qui l'on renvoie encore trop souvent l'image d'un exercice libéral isolé, jamais susceptible d'atteindre l'excellence hospitalière²¹. 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. Concrètement, en 2013, 90 % des jeunes médecins n'avaient jamais fait de stage en médecine de ville, alors même que 70 % auraient apprécié en avoir l'opportunité²². Si la mise en place des stages en médecine générale s'est depuis accélérée, seule une minorité de facultés peuvent prétendre en proposer à 100 % de leurs étudiants. Par ailleurs, le problème perdure quant à l'orientation et à la préparation à l'exercice libéral. Aucune place n'est ainsi faite à l'exercice libéral en tant que tel, y compris dans ses aspects les plus pratiques : création d'un projet médical de territoire, gestion d'un cabinet, d'une équipe ou d'une comptabilité...

- **Des politiques publiques générant des besoins en matière d'exercice professionnel non-libéral** : le développement des secteurs sociaux et médico-sociaux, la création des médecins coordonnateurs en Ehpad, l'ouverture de postes en protection maternelle et infantile, ainsi que la mise en place de nouvelles prestations personnalisées ont conduit les conseils départementaux à recruter des médecins territoriaux et les établissements à rémunérer de nombreux médecins pour une pratique salariée. Le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) et plus largement de l'hospitalisation à domicile conduisent aux mêmes effets. Cette tendance devrait d'ailleurs se poursuivre avec l'apparition de métiers non-cliniques appelant une formation médicale (médecin coordinateur de parcours de soins, médecin ingénieur qui accompagne le développement de la télémédecine, etc.).

²¹ Une enquête de 2013 de l'ISNAR-IMG montrait que plus de la moitié des étudiants en médecine en 2^e année désiraient s'orienter vers de la médecine générale tandis que, selon la Drees, moins de la moitié des choix de poste en médecine générale seraient volontaires. Si la découverte de nouvelles spécialités et d'autres modes d'exercice peuvent expliquer cette différence, la vision de la médecine générale et de l'exercice ambulatoire diffusée par un certain nombre de professeurs d'université-praticiens hospitaliers joue également.

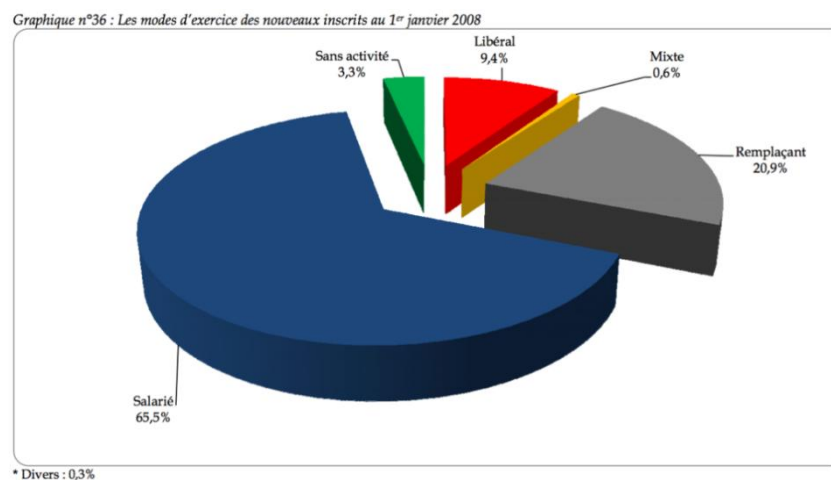
²² TNS Sofres pour le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP), juin 2013.

Observée pour l'ensemble du corps médical, cette baisse tendancielle de l'exercice libéral se retrouve avec d'autant plus de force parmi les jeunes générations.

1.2. LE CHANGEMENT DES PREMIÈRES ANNÉES D'EXERCICE

Pour la médecine générale, au cours de l'année 2015, 4 nouveaux inscrits sur 10 ont décidé d'être remplaçants, 3 sont devenus salariés, tandis que seulement 2 ont fait le choix d'exercer leur activité en exercice libéral. La proportion est plus défavorable encore si l'on transpose ce raisonnement à l'ensemble du corps médical. Lors de la première inscription au tableau de l'Ordre, 6 médecins sur 10 privilégient l'exercice salarié et 2 sur 10, l'exercice comme remplaçant. Seulement 1 médecin sur 10 fait le choix d'exercer d'emblée en secteur libéral/mixte²³.

Ce constat est observable sur longue période. Ici, les modes d'exercice des nouveaux inscrits à l'Ordre en 2008 :



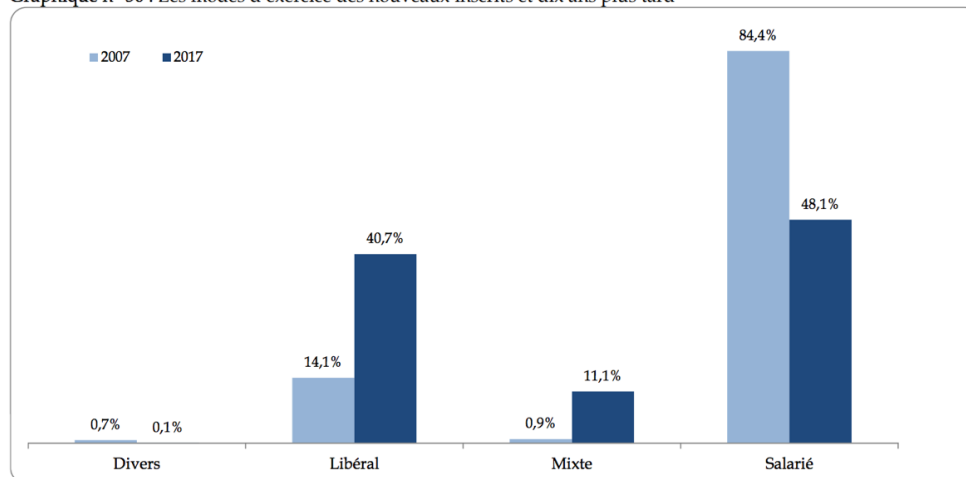
Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale, octobre 2016

Bien que les jeunes générations n'exercent pas en tant que libéral durant les premières années qui suivent leur première inscription au tableau, la tendance s'inverse par la suite. Quatre ans plus tard, la représentation de l'exercice libéral/mixte toutes spécialités

²³ Un chiffre qui monte à 2 médecins sur 10 chez les généralistes.

confondues est en moyenne quatre fois plus importante. Cette tendance est aussi observable dans l'évolution des modes d'exercice appréciée sur dix ans.

Graphique n° 50 : Les modes d'exercice des nouveaux inscrits et dix ans plus tard



Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale, octobre 2017

Si en 2007, parmi les nouveaux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, 14 % avaient choisi l'exercice libéral et mixte, ils étaient 40,7 % à exercer leur spécialité en secteur libéral et mixte dix ans plus tard. Par comparaison, au 1^{er} janvier 2017, 53,5 % des médecins toutes générations confondues privilégient l'exercice libéral et mixte, soit 13 points de plus que les jeunes professionnels de santé après dix années d'exercice.

Cette forte augmentation chez les nouveaux inscrits s'est faite aux dépens de l'exercice salarié (qui passe alors de 84,4 % à 48,1 %) et de l'exercice comme remplaçant (qui passe d'une cohorte de 1 108 à 180 personnes).

En considérant que la moyenne d'âge de première inscription au tableau de l'Ordre est de 32 ans pour les femmes et 34 ans pour les hommes, ce serait donc respectivement à 42 ans et 44 ans que les modes d'exercice des jeunes générations commenceraient à se rapprocher de celui de leurs aînés, sans toutefois leur correspondre parfaitement. Des chiffres à mettre en regard avec l'âge d'installation des médecins (hors collaboration et remplacement) : 35 ans pour les médecins généralistes et 39 ans toutes spécialités confondues.

Pour expliquer le fait que les médecins libéraux sont de plus en plus nombreux après plusieurs années d'exercice, on peut faire l'hypothèse que c'est moins la réalité de l'exercice libéral que son image qui pose problème aux primo-inscrits.

Les critères d'ordre professionnel motivant l'installation en libéral décrits dans la littérature sont l'indépendance professionnelle, l'intérêt du travail, le contact privilégié avec les patients et la gestion du temps. La sécurité de l'emploi aurait, elle, peu d'importance. Quant aux freins à l'installation, ils seraient liés à la charge de travail générée par les tâches administratives et à la gestion du cabinet au quotidien. Ces contraintes feraient l'objet d'une grande appréhension de la part des internes et des remplaçants, qui ne se sentiraient pas toujours en capacité de les affronter. Cela se doublerait d'un sentiment plus rassurant associé au travail en équipe en début de carrière ou au remplacement pour ne pas être en position de seul responsable de la prise en charge. Sur ce dernier point, la judiciarisation, la multiplication et l'accélération des études et nouvelles données produites, le manque d'accompagnement et les faibles expériences de la pratique libérale sur le temps de la formation initiale contribuent au sentiment des jeunes professionnels de ne pas être prêts pour l'inscription²⁴.

Faut-il comprendre que les professionnels seraient prêts, après plusieurs années, à supporter des contraintes et un emploi du temps qui ne leur convenaient pas au début de leur carrière ? Un tel mouvement s'expliquerait-il par la recherche d'un niveau de rémunération supérieur en tant que libéral ? Ces réticences seraient-elles dues à une mauvaise perception de l'exercice libéral elle-même liée à un manque d'expérience et d'informations ?

En réalité, le comportement des jeunes médecins se rapproche de celui du reste de la population générale du même âge. Tous désirent exercer une activité de soins diversifiée, dans de bonnes conditions et, pour y parvenir, la plupart se dirige vers un mode d'exercice conforme à leurs préférences, leurs représentations, leur histoire personnelle et leurs expériences. La formation à l'exercice libéral pourrait alors devenir un moyen efficace pour rassurer les professionnels sur la gestion du cabinet, la tenue de sa comptabilité, etc. Mais

24 Si la réforme en cours du troisième cycle laisse augurer de bons espoirs d'amélioration de la formation médicale à cet égard, son impact sur l'installation reste encore à démontrer.

l'intérêt professionnel et les conditions d'exercice ne sont pas les seuls facteurs influençant leur choix. La conciliation avec la vie personnelle, sociale et surtout familiale revêt également son importance. Facteurs auxquels les nombreuses aides incitatives à l'installation déjà mises en place par les pouvoirs publics, au niveau national comme local, ne répondent que partiellement. C'est sans doute pourquoi celles-ci n'ont jamais permis de modifier de manière notable le comportement des jeunes médecins, qui continuent à délaisser le secteur libéral (en tout cas pour celles mises en place avant 2016 et pour lesquelles nous disposons d'un retour d'expérience, même maigre).

C'est sur cela qu'il faut agir. Les leviers sont nombreux : amélioration de la protection sociale, évolution de la formation, réduction des tâches de gestion et de secrétariat²⁵, partage de compétences et délégation de tâches, facilités offertes pour les investissements initiaux, l'achat de matériel, l'informatisation du cabinet, etc.

Si des médecins se détournent d'un exercice libéral jugé trop contraignant, c'est que notre système fait naître des frustrations et qu'il ne propose pas les accompagnements nécessaires. Cela signifie qu'on se prive de professionnels ayant l'ambition d'exercer en tant que libéraux, avec un temps de travail généralement plus étendu : tandis qu'en ville, un médecin salarié se verra appliquer la durée légale de travail, les libéraux déclarent travailler 50 heures ou plus dans leur immense majorité²⁶. Pourtant, habitués à beaucoup travailler depuis longtemps, les jeunes professionnels n'hésiteraient pas à se tourner vers une activité à l'amplitude horaire plus étendue, sous réserve de l'avoir choisi, de s'y épanouir, d'y trouver un cadre rassurant, conforme à la représentation qu'ils se font du rôle de médecin dans notre société.

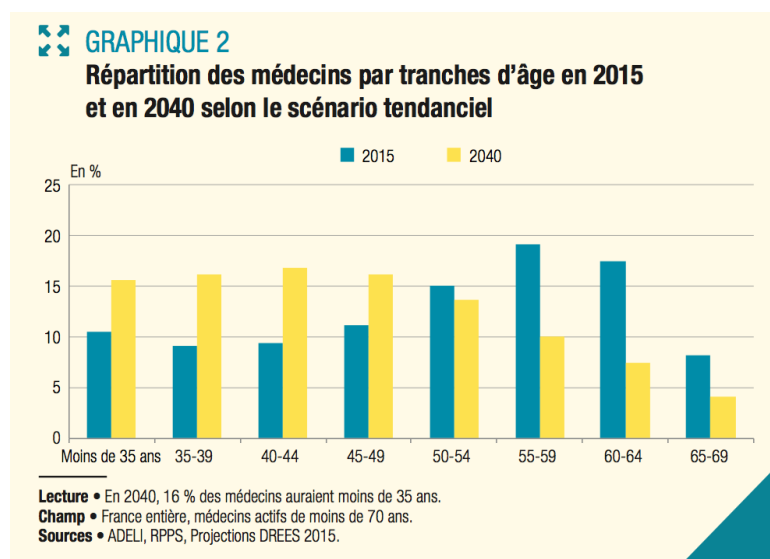
²⁵ Les tâches de gestion et de secrétariat représenteraient 4 heures en moyenne par semaine et seraient souvent peu planifiées. Assurer soi-même les tâches d'accueil et de prise de rendez-vous concerne ainsi 2/3 des professionnels exerçant seuls. Près d'1/4 s'occupent eux-mêmes de leur comptabilité. 1 médecin sur 7 déclare effectuer lui-même l'entretien des sols des locaux (environ 80 minutes par semaine). Cf. Drees, « L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail », mai 2010.

²⁶ Avec des effets « genre » et « génération » plus ou moins marqués sur la durée de travail des libéraux. Selon la Drees, la durée d'activité hebdomadaire est estimée à 53 heures pour les médecins femmes, contre 59 heures pour les hommes. Elles consultent notamment moins systématiquement le samedi matin (32 % travaillent tous les samedis, contre 48 % des hommes). La moitié des femmes déclarent participer aux gardes, une proportion cependant moindre que celle que l'on observe chez les hommes (64 %). Elles sont également moins nombreuses à déclarer exercer une activité de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure à leur cabinet (24 % contre 33 % pour les hommes). Les femmes déclarent également un nombre de consultations et visites moindre (de l'ordre de 24 % de consultations et visites en moins). Une situation qui s'explique en partie par une durée de consultation des femmes supérieure à celle des hommes.

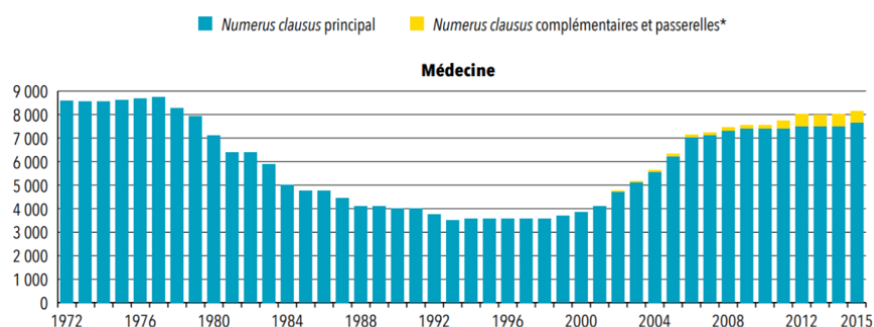
Ces carences doivent être comblées avant que les jeunes générations ne deviennent majoritaires dans la profession.

1.3. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : UN RAJEUNISSEMENT EN COURS

La répartition par âge des médecins en activité se déformera au cours du temps : selon la Drees, la proportion de médecins de moins de 44 ans atteindrait la moitié du corps médical en 2040, contre un petit tiers en 2015, une évolution liée en particulier à l'augmentation du *numerus clausus* médical depuis le début des années 2000.

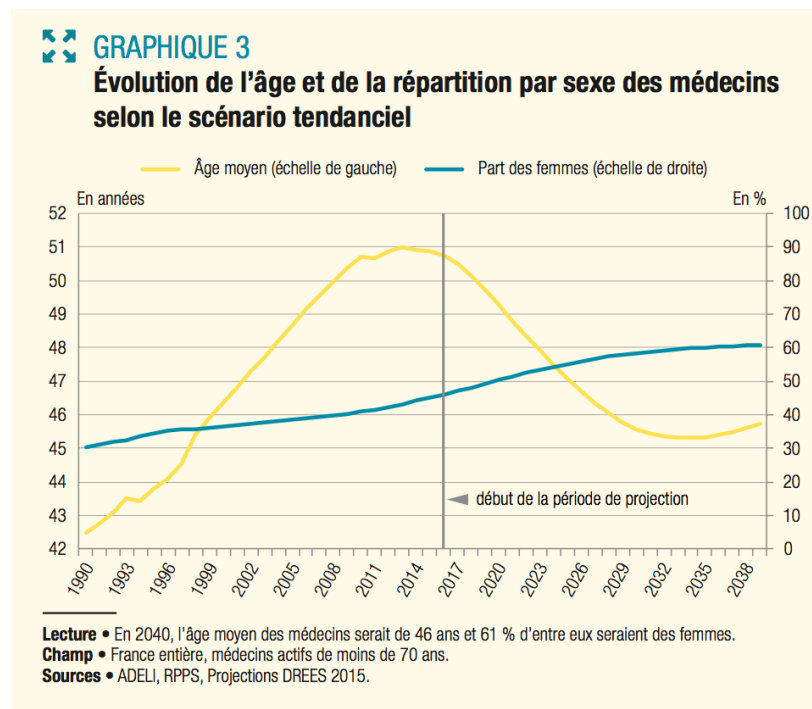


Évolution du *numerus clausus* médical



Source : Drees, *Portrait des professionnels de santé*, 2016.

Pour les mêmes raisons, l'âge moyen des médecins devrait diminuer de façon significative dans le même temps : de 51 ans à 45 ans (contre 42 ans en 1990...) ²⁷.



Dès lors que les jeunes générations ont vocation à représenter une part de plus en plus importante du corps médical, jusqu'à devenir majoritaires, il est impossible de ne pas tenir compte de leurs attentes.

Leur accorder de l'importance ne signifie pas promouvoir une forme de « jeunisme ». Prendre en compte les préoccupations et revendications des jeunes professionnels, sans déconsidérer celles de leurs aînés, c'est accorder du crédit au corps médical des prochaines décennies. C'est aussi les inciter à apporter leur pierre à l'élaboration du système de santé de demain. Un système de santé dans lequel ils voudront croire et pour lequel ils voudront œuvrer, parce qu'ils en seront pleinement partie prenante.

²⁷ Ces évolutions reflètent les variations passées du *numerus clausus* : forte hausse sur 2000-2006, croissance plus modérée sur 2007-2015. À partir de 2025, les départs seront moins nombreux car ils concerneront des générations à *numerus clausus* moins élevé. Le nombre d'entrants dans la vie active devrait se stabiliser – en supposant que le *numerus clausus* reste inchangé. Les effectifs augmenteraient en conséquence à un rythme relativement soutenu. C'est sans compter avec les installations de médecins diplômés à l'étranger, qui devraient représenter rapidement une part importante des effectifs : en 2024, 6 % de l'ensemble des médecins installés en 2016 ou après, et 9 % en 2030.

Pour avancer, faisons donc le pari de la jeunesse. Une jeunesse qui croit à un autre système de santé, où les frontières entre exercice libéral et exercice salarié, entre ville et hôpital ne seraient pas exclusives, où les modes de financement, les parcours de soins, les modes d'exercice pourraient être repensés.

2. FAIRE LE PARI DE LA JEUNESSE POUR LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL ET MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS

Faire le pari de la jeunesse revient à agir sur trois principaux leviers : l'intégration des futurs et jeunes médecins dans le processus de négociations conventionnelles (2.1.) ; l'institution d'un véritable parcours de formation et d'installation, pour garantir des conditions de travail plus souples, une meilleure distribution de la charge de travail, et faciliter le travail en équipe ainsi que les coopérations entre professionnels (2.2.) ; la reconnaissance d'un droit à l'expérimentation, pour libérer les possibilités d'imaginer et de conduire des solutions innovantes, de, par et pour les jeunes médecins (2.3.). Le premier levier conditionne donc les deux autres : c'est en donnant aux futurs et jeunes professionnels les moyens de porter leur propre voix au niveau institutionnel qu'ils deviendront capables de faire valoir leurs intérêts et de porter leurs revendications.

2.1. AGIR SUR LA REPRÉSENTATION COLLECTIVE

Le premier point qui appelle une évolution est que les futurs et jeunes médecins sont aujourd'hui dans l'impossibilité d'agir sur le contenu des négociations conventionnelles. L'habilitation à participer à ces négociations est déterminée d'après quatre critères cumulatifs : l'indépendance (notamment financière), les effectifs d'adhérents, une ancienneté minimale de deux ans, et l'audience, établie en fonction des résultats aux dernières élections aux Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience, lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

Unions régionales des professionnels de santé (URPS) : de quoi parle-t-on ?

Les professions libérales de santé étaient auparavant représentées par des structures diverses, telles les Unions régionales de médecins libéraux (URML). Désormais, elles s'organisent au sein d'une seule et même structure, sous forme associative, les URPS.

Dans chaque région, une URPS rassemble pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Cette représentation s'exerce par voie d'élection pour les médecins.

Trois collèges composent leurs URPS : médecins généralistes ; chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens ; autres médecins spécialistes. Ces unions assument des missions de terrain, dont celles qui leur sont confiées par les conventions nationales. Elles contribuent notamment à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Elles peuvent conclure des contrats avec les ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

L'audience constitue le critère déterminant de la représentativité syndicale. Il exige des organisations syndicales qu'elles aient recueilli au moins 10 % des suffrages exprimés au niveau national, lors des dernières élections URPS, pour participer aux négociations et donc être en mesure de signer la convention. Tous les médecins exerçant à titre libéral, en cabinet médical, en clinique privée ou à l'hôpital public (au titre du secteur privé) sont susceptibles d'être couverts par la convention signée²⁸.

Suite aux dernières élections, seuls le CSMF, la FMF, le SML, Le Bloc et MG France ont eu droit de participer à la convention de 2016.

Résultats nationaux : élections URPS 2015

Syndicat	Collège Médecine générale	Collège Autres spécialités	Collège Chir., anesth., gynéco.	Total
CSMF	20,25 %	40,65 %	12,37 %	25,40 %
FMF	27,62 %	21,77 %	5,74 %	22,90 %
FML	0,57 %	0,96 %	0,61 %	0,70 %
Le Bloc		4,41 %	66,79 %	10,92 %
MG France	31,29 %			17,19 %
SML	16,49 %	28,94 %	12,95 %	19,82 %
UC	3,78 %	3,27 %	1,54 %	3,30 %

Pourtant, les structures représentatives des futurs et jeunes médecins n'ont pas présenté de liste. Certaines d'entre elles, comme ReAGJIR, ont même appelé au boycott des élections URPS 2015.

²⁸ Spécificité propre aux relations conventionnelles, le professionnel dispose d'une double liberté à l'égard des conventions médicales, celle d'adhérer et celle de se retirer. La signature des syndicats représentatifs n'engage jamais le médecin libéral, y compris s'il est membre de l'un des syndicats signataires. La différence avec le droit des conventions collectives de travail apparaît grande.

Les conditions à réunir pour obtenir la qualité d'électeur explique cette passe d'armes. Pour rappel, sont électeurs, pour chaque union régionale, les professionnels de santé qui, dans la région, exercent à *titre principal* leur profession *libérale* dans le *régime conventionnel*.

Par conséquent, ne sont pas électeurs, les professionnels :

- n'exerçant aucune activité libérale, ayant cessé de l'exercer ou ne l'exerçant pas à titre principal ;
- ayant refusé explicitement de se placer sous le régime d'une convention ;
- sous le coup d'une interdiction temporaire ou permanente d'exercer leur profession ou de dispenser des soins ;
- ne disposant pas d'un lieu d'exercice permanent et n'exerçant qu'à titre de remplaçant (c'est le cas notamment des internes qui exercent comme remplaçants avant la validation de leur thèse ou de leur diplôme d'études spécialisées) ;
- ne disposant que d'un cabinet secondaire dans la région.

QUELLES CONCLUSIONS EN TIRER ?

a) La négociation conventionnelle exclut les futurs et jeunes professionnels

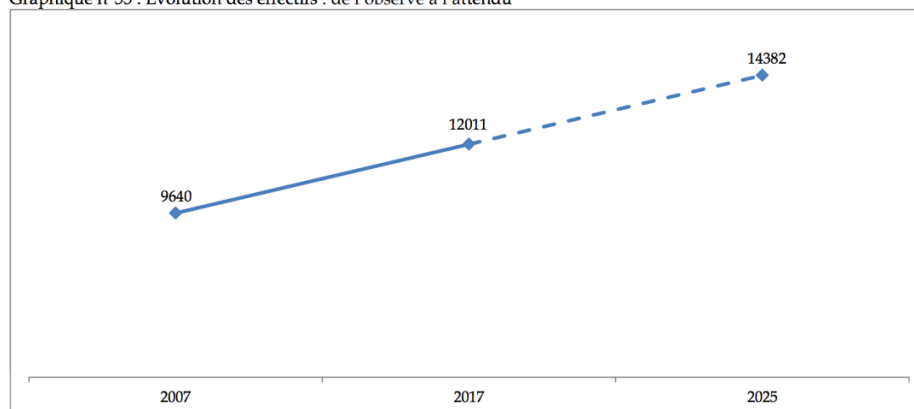
Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont *de facto* écartés de la négociation conventionnelle, faute pour eux d'être installés et d'exercer leur activité en tant que professionnels. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils sont écartés *in fine* de la négociation conventionnelle, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants.

b) La négociation conventionnelle exclut certains libéraux

Une classe entière de professionnels se retrouve exclue de toute représentation, du simple fait de son absence de domiciliation effective dans la région d'élection : les remplaçants. Au total, 12 000 médecins sont aujourd'hui concernés, dont plus de la moitié est dans ses premières années d'exercice, car âgée de moins de 44 ans. Sur les dix dernières années, les effectifs de médecins remplaçants ont augmenté de 24,6 %.

Nombre de médecins remplaçants au 31 décembre 2016

Graphique n°55 : Evolution des effectifs : de l'observé à l'attendu



Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale, octobre 2017

Bien que cette hausse intègre les cas de cumul emploi-retraite et qu'elle ne concerne pas les généralistes mais les autres spécialités, elle doit retenir l'attention. D'abord parce que certains n'hésitent pas à analyser cette augmentation comme une tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral de plein exercice. Ensuite parce que les médecins remplaçants, même s'ils ne bénéficient pas du droit de voter, ni d'être représentés au sein des URPS, participent *de facto* au financement de ces unions. En effet, les Urssaf, chargées de prélever les cotisations aux URPS, ne parviennent pas à distinguer précisément les médecins remplaçants des médecins installés. Par conséquent, tous sont en principe assujettis au paiement de ces cotisations, sauf à réaliser une démarche personnelle de réclamation auprès de l'Urssaf. Or, en dépit des campagnes de communication réalisées par les représentants des jeunes médecins, on peut affirmer avec certitude que les URPS sont en partie financées par des professionnels auxquels ils refusent toute forme de représentation.

En somme, pour faire valoir leurs intérêts lors de la négociation conventionnelle, les futurs et jeunes médecins doivent généralement compter sur des organisations syndicales qui n'ont aucun intérêt, autre que politique, à les défendre. Les nouveaux inscrits à l'Ordre sont en effet trop peu nombreux dans le corps électoral pour porter des revendications de façon autonome et indépendante, ou pour peser sur les revendications portées par leurs aînés. Et même quand une voix consultative est reconnue aux futurs et jeunes médecins, il s'agit d'affaires très réservées. Tel est le cas s'agissant de la démographie médicale, en particulier des aides à l'installation dans les zones sous-dotées. De tels dispositifs ne

peuvent être intégrés à la convention médicale qu'après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés²⁹.

Marisol Touraine s'était engagée à aller plus loin, en annonçant à plusieurs reprises vouloir accorder aux jeunes et futurs médecins le droit d'assister aux négociations conventionnelles, en tant qu'observateurs. La disposition réglementaire censée l'entériner est toujours attendue.

Réduits au rôle d'invités possibles à la table des négociations, sans jamais appartenir à l'équipe signataire, les futurs et jeunes médecins ne bénéficient pas de tous les droits et responsabilités de leurs aînés. On ne les considère comme des « adultes » dans le processus de négociation qu'une fois l'exercice libéral choisi et leurs premières années d'installation passées. Avant cela, ils ont tout au plus le droit d'observer « comment font les grands » avec, au mieux, voix consultative. Pire, certains professionnels refusent de reconnaître des avantages complémentaires aux jeunes générations, de peur qu'une concurrence déloyale s'institue avec les autres médecins, mais au détriment de l'intérêt général et d'une amélioration de notre système de santé.

Par conséquent, et même s'ils bénéficient de structures syndicales ou associatives propres qui portent des revendications spécifiques pour le système de santé, les futurs et jeunes médecins n'ont aucun moyen d'influer directement ou indirectement sur le cours des négociations conventionnelles. C'est pourquoi il nous paraît pertinent d'écouter et d'intégrer dans la négociation l'ensemble des futurs et jeunes professionnels.

Pour y parvenir, il n'est pas question de remettre en cause les URPS, dont le rôle auprès des professionnels est reconnu, ni de développer une instance de représentation spécifique pour les futurs et jeunes médecins. Si cette dernière solution a le mérite de reconnaître la place qu'ils occupent dans le système de santé, elle risquerait en revanche d'accroître la fracture intergénérationnelle déjà existante et manquerait son objectif.

²⁹ Code de la sécurité sociale, art. L. 162-5.

Par ailleurs, il ne s'agit pas de contester les politiques conventionnelles qui permettent de concilier un exercice libéral des professions concernées avec un accès aux soins le plus efficace et le plus égalitaire possible, dans le cadre d'une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Cela reste la meilleure façon de respecter les intérêts réciproques des partenaires conventionnels. Encore une fois, il vaut mieux convaincre que contraindre, le système de santé ne pouvant être transformé sans négociation avec les professionnels de santé concernés ou contre leur gré.

Une évolution doit néanmoins être admise : quelle que soit l'option retenue, l'intégration des futurs et jeunes professionnels doit se faire indépendamment de leur statut et de leur mode d'exercice. Toute volonté de séparer les nouveaux inscrits au tableau selon qu'ils exercent en tant que libéral ou salarié apparaîtrait artificielle, du fait du mécanisme de vases communicants observable entre les modes d'exercice dans les dix premières années d'activité. De même, si l'ambition est d'aider et d'accompagner les futurs et jeunes professionnels dans leur appréhension de l'exercice libéral, il va de soi que leur permettre de participer aux négociations autour des conventions médicales trouverait son utilité.

En ce sens, plusieurs réformes apparaissent possibles.

- **Étendre le droit de participation aux élections aux remplaçants ainsi qu'aux professionnels dans leurs dix premières années d'exercice** : les droits à être éligibles et électeurs seraient reconnus à l'ensemble des jeunes médecins, sans distinction. Les médecins remplaçants bénéficieraient des mêmes droits. Sans doute, une telle évolution pourrait être envisagée plus globalement, avec la remise en cause de l'exercice libéral majoritaire comme critère de participation aux URPS. Dans cette seconde hypothèse, l'ensemble du corps médical serait alors concerné, et non plus seulement les jeunes professionnels. Il pourrait s'agir d'élargir les droits à être éligibles et électeurs aux professionnels qui exercent au moins 30 % de leur activité comme libéral, afin de tenir compte du développement de l'exercice mixte sur la période récente et dans les prochaines années. Ainsi, avant dix ans d'exercice, tous les professionnels verraient ouverts leurs droits à être éligibles. Après dix ans d'exercice, tous les professionnels atteignant un exercice libéral plancher, fixé à 30 % de leur activité, bénéficieraient d'un droit de vote et de candidature aux élections URPS.

- **Créer un collège spécifique « futurs et jeunes médecins » au sein des URPS :** par rapport à la précédente option, cette solution permettrait d'intégrer non seulement les professionnels dès leurs premières années d'exercice mais aussi les médecins en formation (étudiants, internes). De la sorte, on garantirait une représentation inclusive de l'ensemble du corps médical, actuel et à venir, exerçant à titre libéral ou étant susceptible d'y venir ultérieurement. Cette alternative constituerait d'ailleurs une étape dans l'élaboration d'un véritable parcours de formation et d'installation pour les futurs et jeunes professionnels et renforcerait l'attachement de ceux-ci à un territoire.

2.2. AGIR SUR LA FORMATION ET SUR LES CONDITIONS D'INSTALLATION

Comme on l'a vu, pour les jeunes praticiens, la crainte de l'installation en libéral, en raison des formalités et des charges qui s'y attachent, est l'un des freins qui les empêchent de s'installer spontanément dans cette forme d'exercice dès la fin de leurs études.

Pour les nouveaux installés, la recherche quasi systématique de l'exercice salarié ou du remplacement en début de carrière est le résultat de deux phénomènes cumulatifs.

- **Le manque d'attractivité de l'exercice libéral :** il s'agit alors d'un choix par défaut, et non d'une conviction.
- **Le choix d'une plus grande flexibilité :** le remplacement, les vacations et certaines formes de salariat (hors le cas de la nomination en tant que fonctionnaire par exemple) sont considérés comme plus attractifs, car ils permettent de garder une mobilité géographique et professionnelle, que n'accorde pas l'installation.

Dans ces conditions, renforcer l'attractivité de la médecine ambulatoire, d'une part, et de l'exercice libéral, d'autre part, exige d'imaginer un parcours global de formation et d'installation du praticien ambulatoire, dont les conventions médicales pourraient proposer les principes directeurs et les modalités de financement. Pour ce faire, plusieurs pistes :

- **Introduire une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville, notamment en cabinet :** il peut s'agir de favoriser l'internat et le clinicat ambulatoires, en améliorant l'accueil des étudiants en stage et le nombre de terrains de stage pour faire découvrir les territoires mais aussi en proposant des formations orientées vers l'exercice ambulatoire dès le second cycle (comptabilité,

types de regroupements). L'augmentation du nombre de maîtres de stage en ambulatoire, grâce à une campagne massive et nationale de recrutement, et le développement de maisons de santé universitaires, qui permettent l'accueil des étudiants et le développement de projets de recherche en soins primaires, apparaissent déterminants. Il est aussi indispensable que l'université prépare à l'exercice de la médecine, et pas uniquement à la pratique médicale. Il lui faut s'intéresser aussi aux connaissances sur les modes d'exercice, elle seule pouvant relayer des informations et proposer des formations à ses étudiants en fin de parcours. Cette dynamique doit être initiée pour l'ensemble des spécialités. Ce constat doit être mis en regard avec le fait que, de plus en plus, les nouvelles générations ont plusieurs carrières dans leur vie professionnelle. Une vraie demande s'affirme donc en faveur du développement de temps de formation universitaire portant sur la gestion du cabinet médical et l'installation libérale.

- **Développer une logique de *task force*, sous la forme d'un guichet unique visant à informer, à orienter et à accompagner les jeunes professionnels de santé s'installant ou envisageant de le faire** : appui dans l'ensemble des démarches administratives liées à l'installation et au projet de vie, information sur les aides de toutes natures, y compris celles des collectivités territoriales et les mesures fiscales, mise en relation entre professionnels et aides au regroupement, etc. La création de conférences de financeurs de l'installation des professionnels de santé pour identifier et coordonner les ressources mobilisables sur un territoire, en complément des prestations légales et réglementaires, nous paraît devoir être instruite. De nombreux acteurs pourraient y être impliqués : Conseil de l'ordre, URPS, agences régionales de santé (ARS) à travers les fonds d'intervention régionale, préfectures, collectivités territoriales, universités, assurance-maladie, organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), établissements, associations d'usagers, entrepreneurs sociaux ou non, startupper, etc. Leur coordination est indispensable pour éviter les redondances, les concurrences entre territoires, et maximiser l'efficacité des actions engagées. Partager des objectifs d'accès aux soins, avoir une vision consolidée des moyens mobilisés et développer un cadre de confiance entre les professionnels, les élus et les autres acteurs sont autant d'occasions de valoriser les complémentarités et de garantir une prise en charge globale, de qualité, partout, pour tous. Il est dans tous les cas indispensable

que cette logique de guichet unique dépasse la stricte logique financière.

Puisqu'une première installation ne se pose pas qu'en simples termes pécuniaires, celle-ci doit nécessairement être envisagée sous l'angle du bien-être personnel, notamment de l'intégration du conjoint et des enfants dans le nouveau territoire d'attache, pour ne pas faire craindre un éventuel phénomène de déracinement. L'approche la plus personnalisée possible mérite donc d'être développée. Afin d'héberger cette *task force*, le choix d'une structure avec laquelle les futurs et jeunes professionnels ont déjà créé, ou, si tel n'est pas le cas, sont susceptibles de créer, un fort lien de confiance apparaîtrait pertinent. Les instances où ils seraient nouvellement représentées peuvent ici devenir une solution intéressante.

- **Outils et accompagner les futurs praticiens dans la conduite de projet** telle que la création d'une maison ou d'un centre de santé, la structuration de réseaux ou de toute initiative offrant des réponses plus adaptées aux besoins de certains territoires (permanence dans des cabinets distincts, exercice multi-sites, etc.). Des équipes opérationnelles dédiées à l'ingénierie de projets mériteraient à ce titre d'être développées au sein des URPS ;
- **Soutenir les *living labs*³⁰ dédiés à la santé des citoyens et à l'autonomie des personnes handicapées.** Ces nouveaux lieux d'innovation coïncident avec les évolutions du secteur de la santé à travers trois de leurs piliers : l'implication de l'utilisateur, l'utilisation d'un espace dédié de travail et d'accueil des usagers, et la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires (médecins, ingénieurs, psychologues, startupper, industriels, designers, etc.). Une trentaine ont déjà été mis en place depuis cinq ans au sein d'hôpitaux, de collectivités locales ou d'universités.

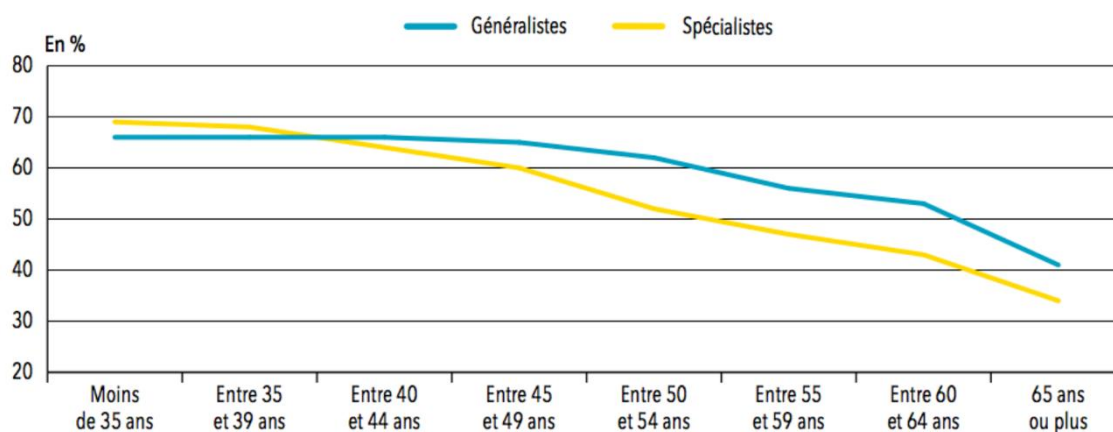
Le développement d'un parcours global de formation et d'installation du praticien ambulatoire exige en outre d'accompagner les futurs et jeunes professionnels, en tenant compte de la diversité de leurs trajectoires personnelles et professionnelles. Cela signifie que les avantages qui leur sont destinés doivent pouvoir s'appliquer à différents cas de figure, que le projet d'installation soit à ses débuts ou qu'il s'agisse du développement d'une

³⁰ Littéralement, il s'agit de laboratoires « où l'on vit ». Autrement dit, ils permettent des rencontres entre des acteurs publics, privés et des citoyens. Il s'y crée des produits et des services testés en conditions « réelles » par de véritables usagers. Un tel espace permet à la fois la coordination de ces compétences multiples et des rencontres imprévues qui peuvent donner lieu à davantage de créativité. Plus largement : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cge/Actualites/Synthese-1_web.pdf

nouvelle activité jusqu'à l'accueil d'un nouveau praticien. Le droit à ce type d'aide doit également pouvoir s'appliquer en situation de remplacement, de collaboration libérale ou d'exercice mixte, que l'activité libérale soit réalisée ou non en situation de cumul avec une autre activité. Cette approche globale est indispensable. D'une part, en raison du fait qu'elle est parfois pérenne : ainsi, un quart des remplaçants de 2006 continue d'exercer en tant que remplaçants, selon l'*Atlas de la démographie médicale* 2017. D'autre part, parce que les professionnels doivent pouvoir se reconnaître dans l'intégralité des statuts permettant un exercice libéral. Ces statuts doivent par conséquent se montrer protecteurs pour éviter que les médecins, et les plus jeunes en particulier, ne s'en détournent, parfois avant même d'avoir tenté l'expérience libérale.

Plus largement, l'intérêt majeur accordé par les futurs et jeunes professionnels à l'exercice collectif et coordonné pourrait conduire à une transformation plus profonde. Ainsi, deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent en groupe, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus.

Graphique 3 Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges



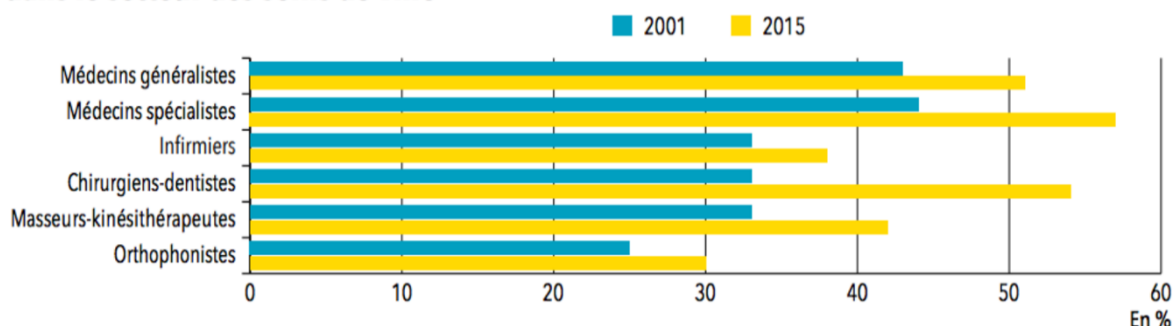
Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans les sources.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, RPPS 2015.

Les structures pluri-professionnelles et les formes d'exercice en réseaux sont généralement perçues comme un cadre de travail plus attractif, et même de plus en plus attractif avec le temps.

Graphique 2 Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville



Cet attachement résulte de deux principaux facteurs :

- les médecins, en particulier les jeunes générations, 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 ;
- ils souhaitent partager les contraintes de la continuité et de la permanence des soins.

Or ces modes d'exercice permettent une mise en commun des moyens et la mutualisation de certains services (administration, secrétariat...). Ils offrent des conditions de travail plus souples et une meilleure distribution de la charge de travail. Ils facilitent le travail en équipe et les coopérations entre professionnels.

En 2015, l'Irdes a aussi mis en évidence une meilleure productivité et de moindres dépenses générées en ambulatoire pour ces modes d'exercice regroupé relativement aux cabinets isolés, ainsi qu'une meilleure qualité des pratiques³¹.

³¹ J. Mousquès, « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité des dépenses », Irdes, juin 2015 ; « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », juillet-août 2015.

Plébiscitées par les jeunes générations, les structures pluri-professionnelles et les formes d'exercice en réseaux constituent même un excellent moyen d'encourager la recherche permanente de l'adéquation des soins aux bonnes pratiques et de promouvoir la transparence sur la qualité des soins prodigués. Tout comme elles sont particulièrement adaptées à la mise en œuvre d'initiatives pour optimiser le temps médical, en permettant aux médecins de se recentrer sur leur métier de base et les besoins des patients, à travers les délégations de tâches, les partages de compétences et les pratiques avancées.

Il n'empêche que cette volonté des jeunes professionnels d'exercer de manière regroupée n'est pas complètement accompagnée par la politique de revenu des médecins, que l'on retrouve inscrite dans la convention médicale de 2016.

Les revenus des médecins sont historiquement fondés sur une rémunération à l'acte, complétée par des forfaits et par la rémunération à la performance. La diversification des modes de rémunération permet de prendre en compte un objectif de productivité (les actes) mais aussi de rémunérer des réponses à des besoins particuliers (forfaits liés aux caractéristiques de la patientèle ou modalités de coordination avec les autres professionnels de santé) ainsi que l'efficacité (rémunération sur des objectifs de santé publique). Ainsi, la part de la rémunération hors acte qui était quasi nulle en 2000 atteint 6 % en 2006 et 13% pour les médecins généralistes en 2014.

La rémunération forfaitaire valorise le suivi au long cours et la prise en charge coordonnée des patients. Les dispositifs initiés par la convention de 2011 ont été simplifiés par la convention médicale 2016 qui crée deux forfaits :

- le forfait patientèle médecin traitant, forme de rémunération à la capitation qui tient compte des effectifs et des caractéristiques de la patientèle (âge du patient, existence ou non d'une ALD et précarité de la patientèle) ;
- le forfait « structure » qui valorise des objectifs de structuration du cabinet. Il s'organise autour d'un axe « organisation du cabinet » et d'un autre axe sur la valorisation des démarches d'appui au patient dans le cadre du parcours de soins.

Troisième pilier, la rémunération sur objectif de santé publique à la performance (Rosp) vise à faire évoluer les pratiques en référence à des objectifs de santé publique et

d'amélioration de l'efficacité des soins en modulant la rémunération en fonction d'indicateurs. Introduite dans la convention médicale de 2011, elle comporte désormais trois volets : suivi des maladies chroniques, prévention et plans de santé publique et efficacité des prescriptions.

Parallèlement, des incitations financières et des compléments de rémunération ont été mis en œuvre en vue de soutenir l'attractivité de l'exercice médical en zones fragiles.

- La convention de 2016 a fait évoluer les « aides démographiques conventionnelles » en ciblant les nouvelles installations (aide forfaitaire de 50 000 €), l'accompagnement de la transmission des cabinets (soutien des médecins installés en cessation d'activité par une aide à l'activité de 20 000 € maximum) et le renforcement de l'activité occasionnelle en zone sous-dense (forfait de 5 000 €).
- Hors convention, plusieurs contrats ont été instaurés pour assurer une sécurisation des rémunérations des professionnels en zones fragiles :
 - le contrat d'aide à l'installation (CAIM) pour faire face à des frais d'investissement en début d'activité (locaux, équipements, charges diverses) ;
 - le contrat de transition pour les médecins (Cotram) destiné aux médecins qui exercent dans les zones fragiles et préparent leur cessation d'activité en accueillant et en accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet ;
 - le contrat de stabilisation et de coordination (Coscom) réduit le niveau de l'aide attribuée aux médecins déjà installés en zones sous-denses ;
 - le contrat de solidarité territoriale (CSTM) pour les interventions ponctuelles dans les zones fragiles.

Limitée à des versements en argent, la politique de revenu des médecins, inscrite dans la convention médicale de 2016, continue de faire reposer l'organisation et le financement de la structure d'exercice sur les professionnels. Pour des effets que l'on sait limités : tandis que de nombreux acteurs publics et privés agissent déjà en partenariat avec des professionnels de santé pour favoriser leur installation, la multiplication des aides

financières n'est pas suffisante pour résoudre la problématique des déserts médicaux par exemple.

Dès lors, ne faudrait-il pas dessiner une vraie aide à l'installation alternative, où l'ensemble des coûts d'installation et d'exercice seraient supportés par d'autres acteurs, les modes de rémunération susmentionnés (à l'acte, forfaitaire et à la performance) se concentrant sur le financement du diagnostic, de l'expertise et de la relation soignant-soigné ?

Cela pourrait passer par la mise à disposition des futurs et jeunes médecins d'un cabinet totalement organisé, si possible regroupé. Une telle mesure, qui pourrait être défendue lors de prochaines négociations conventionnelles, aurait au moins le mérite d'agir sur les barrières financières mais aussi psychologiques à l'installation de certains d'entre eux. Pour les pouvoirs publics, il s'agirait d'envisager l'installation du professionnel de façon globale, c'est-à-dire à travers ses impacts en matière de santé, mais aussi d'aménagement du territoire et de cohésion sociale. L'exemple du réseau d'ophtalmologues « Point Vision » est sur ce point intéressant à analyser, en vue de possibles déclinaisons³².

En tout état de cause, l'ouverture d'un tel droit à une structure d'exercice ne pourrait jamais être imposée aux futurs et jeunes professionnels. Pour ces derniers, il en résulterait un dédoublement de la politique de revenu, à travers l'ouverture d'un droit d'option entre :

- **la politique de revenu actuelle**, où tout passe par des versements en argent, charge ensuite aux professionnels de mobiliser les fonds comme bon leur semble, en tant que seuls responsables de leur utilisation ;
- **une politique de revenu alternative**, où les versements en argent seraient maintenus pour tout ce qui concerne la rémunération de la prise en charge médicale, mais où les professionnels bénéficieraient parallèlement d'apports en

³² Derrière des cloisons de verre, des orthoptistes manipulent de coûteux appareils, notamment des rétinographes, qui peuvent réaliser un fond d'œil sans qu'il soit nécessaire de dilater la pupille, et donc sans délai. Le bilan complet de la vue du patient est télétransmis à l'un des quatre ophtalmologistes, à l'étage. C'est lui qui regarde les antécédents sur le dossier médical et établit la prescription. « On passe en moyenne 40 minutes ici, dont 10 minutes avec l'orthoptiste et 10 minutes avec le médecin », souligne François Pelen, cofondateur de Point Vision, un ophtalmologiste qui a travaillé au marketing chez Pfizer. Cette rationalisation des tâches, ainsi que la mutualisation d'un plateau technique fort coûteux (500 000 euros par centre) permettent de facturer la consultation au tarif de base de la Sécurité sociale, sans dépassement. Il faut de 18 à 24 mois pour que chaque centre parvienne à l'équilibre financier – avec des marges « modérées », assure Patrice Pouts. https://www.lesechos.fr/07/11/2014/LesEchos/21810-087-ECH_point-vision--le-nouvel-ophtalmo-qui-travaille-a-la-chaine.htm

nature grâce à une action coordonnée de l'État, de l'assurance-maladie, des collectivités territoriales et des mutuelles pour les coûts liés à l'installation et aux conditions d'exercice. Il s'agirait ainsi de les débarrasser de certaines démarches ou contraintes liées à leur exercice.

Puisque dans les deux cas, les principaux modes de rémunération seraient maintenus, de tels changements seraient invisibles pour les patients.

2.3. MULTIPLIER LES SOLUTIONS EXPÉRIMENTALES SUR LES TERRITOIRES

Comment faire émerger des stratégies issues du terrain, adaptées à chaque territoire et à chaque patient ? À l'instar de ce que propose un récent rapport du Sénat³³, il s'agit de faire des territoires un « laboratoire » d'innovations pour répondre au mieux aux besoins des patients et accompagner les mutations nécessaires de l'offre de soins.

Sur ce plan, le pragmatisme du plan « Déserts médicaux » présenté le 13 octobre par Agnès Buzyn mérite d'être rappelé. Il contient un important fil rouge : jusqu'à présent, les médecins étaient responsables de leur patientèle. Désormais, ils doivent prêter attention à l'organisation des soins, au parcours des patients, et ne peuvent plus se voir comme de simples prestataires de services. Cela peut passer par endosser une responsabilité au niveau du territoire. C'est pourquoi il faut les y aider, en libérant leurs initiatives, en levant tous les verrous réglementaires qui les entravent. La création d'un comité ministériel, chargé d'organiser localement les concertations par bassin de vie est un autre point positif. L'État, seul, ne peut pas tout. Il doit se porter garant du résultat mais laisser les acteurs de terrain choisir eux-mêmes les solutions à leurs problèmes.

Le cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 va dans le bon sens.

Concrètement, la mesure proposée introduit un cadre juridique général permettant le déploiement de deux types d'expérimentations qui peuvent être portées par des acteurs locaux ou nationaux. Elles sont mises en œuvre pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

³³ J.-N. Cardoux et Y. Daudigny, « Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées », juillet 2017.

Ces expérimentations visent :

- d'une part, à déployer des innovations organisationnelles visant, dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, à améliorer la prise en charge et le parcours des patients, l'efficience du système de santé et l'accès aux soins ;
- d'autre part, à promouvoir la qualité et la pertinence de la prise en charge et de la prescription des médicaments et autres produits de santé.

Pour mettre en œuvre ces expérimentations, la mesure prévoit la possibilité de déroger, sous certaines conditions, aux règles de financement de droit commun ainsi qu'à certaines règles d'organisation de l'offre de soins.

Cette proposition fait écho à une autre solution déjà portée par Terra Nova. Dans de précédents travaux³⁴, nous avons envisagé de laisser libre cours à l'entrepreneuriat et à l'innovation des acteurs publics et privés dans des zones géographiques caractérisées par leur faible densité ou des inégalités de santé massives. L'ambition était alors de pouvoir expérimenter de nouvelles solutions en levant certaines restrictions réglementaires. Expérimenter sans tabou, avec pour seul objectif l'accès aux soins pour tous, est une démarche à laquelle nous ne pouvons que souscrire.

Dans la continuité, il serait important de reconnaître un droit effectif à l'expérimentation pour tous les primo-installés, y compris les médecins qui étaient jusqu'alors remplaçants ou collaborateurs libéraux³⁵. Afin de favoriser la multiplication des initiatives et éviter que ce dispositif ne reste lettre morte, il serait important qu'un écosystème entrepreneurial soit promu lors de prochaines négociations conventionnelles pour incuber et accélérer ce type de solutions expérimentales.

³⁴ L. Pierron, « Complémentaires santé : sortir de l'incurie », Terra Nova, juin 2016.

³⁵ Cette précision a son importance : aujourd'hui, les médecins exerçant déjà une activité libérale, en tant que remplaçants ou collaborateurs libéraux, ne peuvent pas bénéficier des avantages récemment créés en faveur des primo-installés (le contrat d'aide à l'installation – CAIM – déjà cité par exemple). Ceux-ci se trouvent alors dans une situation intermédiaire où se cumulent les inconvénients : ils sont jugés trop installés pour avoir droit à la moindre aide et sont pourtant considérés comme l'étant insuffisamment pour avoir le droit de voter et d'être représentés.

Cette nécessité d'expérimenter reste une réponse prioritaire aux défis auxquels notre système de santé est confronté :

- Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de poly-pathologies. La part des 75 ans et plus dans la population continuera en effet de croître à l'horizon 2060. Elle atteindra 12 % en 2030 et 16 % de la population en 2060, contre 7,2 % en 2000. La part des personnes en affection de longue durée passerait quant à elle de 15,4 % de la population en 2011 à 19,7 % en 2025.
- Le décloisonnement de l'offre entre ville, hôpital, secteur social et médico-social reste à amorcer. La lente montée en puissance du dossier médical personnel en témoigne. De même, des marges de progrès existent dans le suivi de la prise en charge des soins entre la ville et l'hôpital, comme en atteste la faible proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant et répondant aux critères de qualité requis (35 % en 2016).
- Des modèles de financement en silos principalement basés sur l'activité produite et n'incitant pas à la coordination des prises en charge. Cela conduit à de réelles pertes d'efficience : en 2015, 27 % des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées, notamment dues à la structure de l'offre de soins sur le territoire environnant (manque de structures vers lesquelles orienter) et aux caractéristiques des patients.
- Des dépenses de santé particulièrement élevées avec des marges de progrès importantes. Pour permettre à chacun d'accéder à des soins de qualité, au juste soin, voire à l'innovation médicale, il faut en permanence s'assurer que l'euro dépensé est un euro utile. Force est de constater que ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les dépenses de santé non pertinentes sont évaluées à environ 30 % par la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn. La mauvaise observance des traitements constitue aussi un enjeu majeur.
- Un contexte budgétaire contraint avec une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) inférieure à l'évolution de la dépense réelle qui ne permettrait pas de couvrir les besoins de santé à horizon 2030, avec un niveau de qualité équivalent.

CONCLUSION

Même si les jeunes professionnels n'ont pas aujourd'hui toutes les réponses aux difficultés de notre système de soin, les choix qu'ils feront en s'installant dessineront les contraintes de nos décisions collectives. Or, les conditions d'installation et d'exercice des jeunes médecins ne sont aujourd'hui prises en compte que de manière partielle. Cependant, le temps qu'ils consacreront aux patients, la pertinence de leurs prescriptions, leur ouverture au territoire, aux coopérations professionnelles et à l'expérimentation conditionneront les évolutions possibles de l'exercice médical. Au moment où ils finissent leurs études, la plupart des jeunes médecins ne choisissent pas tout de suite le mode d'exercice libéral. Le sujet est alors trop souvent résumé par l'idée d'une crise de la "vocation" alors que les médecins, après quelques années d'exercice, choisissent de s'installer à leur compte.

Ce constat semble indiquer que le réel problème vient d'un manque d'attractivité de l'exercice libéral, et d'un manque d'accompagnement. Plusieurs pistes ont été envisagées pour créer les conditions d'un exercice médical renouvelé, correspondant à la fois aux besoins de la population et aux aspirations des jeunes professionnels, davantage attentifs à leur qualité de vie. Premièrement, ces derniers doivent être mieux intégrés dans le processus de négociations conventionnelles, qui les écarte aujourd'hui de facto en raison de critères de participation trop restrictifs. Leur voix est en effet indispensable à l'élaboration du système de santé de demain. Deuxièmement, un véritable parcours de formation et d'installation doit être institué pour mieux former les étudiants à la profession libérale et pour mieux les accompagner lorsqu'ils auront franchi le pas. En ce sens, leur volonté d'exercer de manière regroupée doit être prise en compte, et l'on pourrait également imaginer une politique alternative de revenu afin de leur apporter un soutien financier les premières années d'exercice. Troisièmement, un droit effectif d'expérimentation doit être conféré à tous les primo-arrivants afin de faire des territoires français le lieu des innovations médicales. Finalement, c'est tout un écosystème entrepreneurial qui doit être promu lors des prochaines négociations conventionnelles, ce qui nécessite de faire le pari de la jeunesse. Il est grand temps de leur garantir un cadre de travail qui leur correspond davantage, de les accompagner dans l'exercice regroupé, et de repenser la répartition des tâches entre professionnels de santé, travail avec les pairs et développement des maisons de santé pluri-professionnelles.