

Observer
Anticiper
Adapter

Informer
Accompagner
Orienter

Créer
Développer
Innover



Quel avenir pour la démographie médicale
dans le Pays de la région mulhousienne?
Point de vue des médecins et pistes d'actions

Nos remerciements vont :

Aux 6 médecins généralistes libéraux ayant participé au Comité d'expertise et de relecture de l'étude : les Docteurs HOOG, MAGNUS, STOESSEL, VOGT, WEBER et WILLEMAIN,
Au Docteur SCHLEGEL qui, s'il n'a pas pu participer au Comité, a néanmoins pris le temps de nous donner ses commentaires et analyses lors d'un entretien téléphonique,
A l'URMLA-Interface-Réso et à sa chargée de mission, Mlle Cécile ROLLIN.

Nous tenons tout particulièrement à remercier le Docteur Patrick VOGT pour son aide quotidienne, notamment pour la diffusion du questionnaire aux médecins.

SOMMAIRE

Avant-propos	p.4
1. Introduction	p.7
Dans le bassin de Mulhouse, 55% des médecins généralistes ont aujourd'hui plus de 50 ans.....	p.7
2. Elements de contexte et données de cadrage	p.9
2.1. Une professions vieillissante et inégalement répartie sur le territoire	p.10
2.2. Dans le Haut-Rhin, le nombre de généralistes est stable mais l'effectif vieillit et l'activité moyenne augmente	p.11
2.3. Mulhouse concentre logiquement l'offre médicale	p.13
2.4. Décalage entre l'activité médicale et la consommation de soins	p.15
3. Exploitation du questionnaire	p.17
3.1. 30,7%, un taux de réponse très satisfaisant	p.19
3.2. Avertissements d'ordre méthodologique.....	p.20
3.3. Une couverture géographique relativement satisfaisante	p.23
3.4. Les perspectives démographiques pour 2015: une pénurie de médecins circonscrite à quelques communes et quartiers.....	p.25
3.5. Le paysage médical du Pays de la région mulhousienne dans 5 ans : les intentions de départ des médecins généralistes.....	p.27
3.6. La vente de la patientèle est de plus en plus difficile, signe d'un déficit d'attractivité de la région mulhousienne?	p.29
3.7. Habitudes de travail des médecins interrogés	p.31
3.8. Les solutions et pistes d'actions plébiscitées par les médecins interrogés.....	p.33
4. Pistes d'action et solutions innovantes	p.35
4.1. La densité et la démographie médicales, sujets d'actualité nationale.....	p.37
4.2. Exemples de traitement de la problématique de la densité médicale dans d'autres régions françaises et chez nos voisins européens.....	p.38
4.3. Le traitement de la désertification médicale dans les quartiers sensibles.....	p.39
4.4. Quelles aides pour les collectivités?	p.40
4.5. Mutualisation : les maisons pluridisciplinaires de santé	p.41
4.6. Attractivité des territoires : inciter et/ou contraindre l'installation de nouveaux médecins ?	p.44
5. En conclusion	p.45
L'Alsace ne compte aujourd'hui aucun territoire prioritaire au nom de la sous-médicalisation. Toutefois, cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés auxquelles le Pays de la région mulhousienne sera confronté dans les années à venir.	p.46
Tableau synthétique	p.47

Avant-propos

« Abondance de biens nuit parfois... »

« Plusieurs organismes sont producteurs de données statistiques sur la démographie des professions de santé. Toutefois les champs couverts, la définition des spécialités, et les méthodes d'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé varient d'un producteur à l'autre. Il est donc fortement recommandé de se reporter au descriptif de chacune des sources de données, et de ne pas procéder à des comparaisons directes entre les différentes sources. » (site internet Eco-Santé)

Les méthodes de recensement des médecins généralistes et de leurs activités sont très nombreuses et les chiffres diffèrent beaucoup d'un organisme à l'autre. Pour la présente étude, nous avons donc choisi de privilégier les données de l'URCAM Alsace, de l'IRDES et de l'extraction de la base de données ADELI que nous avons demandé à la DRASS Alsace¹.

L'URCAM Alsace

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Alsace exploite pour son site Internet cartographique (Cartosanté) le nombre de médecins généralistes libéraux actifs (c'est à dire ayant réalisé des actes Consultations ou Visites durant toute l'année) au 31 décembre 2006, hors cabinets secondaires. Concernant la consommation d'actes de soins, l'URCAM comptabilise aussi les actes effectués par des médecins libéraux hospitaliers à temps plein réalisant des consultations privées à l'hôpital. Par ailleurs, la consommation moyenne d'actes de soins est présentée en fonction du lieu de résidence du patient. En outre, la plupart des cartes exposées dans la première partie de l'étude sont issues du site Cartosanté de l'URCAM Alsace. Seule la carte présentée p.10 ne relève pas de cette source. Elle permet cependant de replacer la densité médicale du Haut-Rhin dans le contexte national.

L'IRDES

S'agissant de l'évolution comparée dans le temps du nombre de médecins et de leur activité, nous avons choisi d'utiliser la base de données « Eco-Santé » du site internet de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) qui nous paraissait plus précise que la base « Score- Santé » de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. En effet, L'IRDES utilise, comme l'URCAM, les chiffres que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) exploite dans le cadre du système d'informations SNIR (Système National InterRégimes) : ce dernier recense tous les praticiens (les libéraux et les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital) qui ont eu une activité libérale, aussi faible soit elle, donnant lieu à perception d'honoraires. Les médecins libéraux sont enregistrés au fichier GESPR (GESTion national du SNIR relatif à l'ensemble des PRaticiens) géré par les Caisses d'Assurance Maladie ; ils peuvent remplir des feuilles maladie pour leurs patients assurés sociaux. Les effectifs sont présentés au 31 décembre de l'année considérée (nous avons choisi la période 1997/2007), il s'agit du nombre de professionnels ayant exercé pendant l'année écoulée.

L'extraction de la base de données ADELI

Cette extraction nous permet d'avoir des données plus récentes que les bases précédentes (janvier 2008). Le répertoire ADELI du ministère (DREES) porte à la fois sur les libéraux et les salariés, incluant les remplaçants mais pas les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital ; il s'agit du nombre de professionnels inscrits au 01/01, c'est-à-dire prêts à exercer pour l'année à venir. Le champ est donc plus restreint que celui des effectifs de libéraux dénombrés par le SNIR, cette dernière incluant les médecins temps plein hospitalier avec secteur privé dans ses effectifs. En outre, nous avons procédé à un traitement de l'extraction en supprimant les médecins salariés.

Pour toutes les raisons évoquées ici, il semble raisonnable d'avertir le lecteur que cette étude n'a pas vocation à donner des chiffres comparables entre eux ; l'objectif étant bien de s'interroger sur la densité médicale et sur le vieillissement des médecins généralistes dans le Pays de la région mulhousienne, d'identifier les problèmes à court et moyen terme et de tenter d'apporter des pistes d'actions concrètes.

1 les définitions précises des méthodes de recensement de chaque source utilisée se trouvent en annexes du présent document.



1. Introduction



1. Introduction

Dans le bassin de Mulhouse, 55% des médecins généralistes ont aujourd'hui plus de 50 ans.

L'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie) Alsace recensait, au 31 décembre 2006, 719 médecins généralistes dans le Haut-Rhin ; la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants étant légèrement inférieure à la moyenne française. On comptait en effet environ 102 médecins généralistes en activité pour 100 000 habitants, contre 117 au niveau national.

Comme dans les autres départements, la profession fait face à la modification de la pyramide des âges des praticiens et à leur féminisation. Dans le bassin de Mulhouse, la moitié des médecins généralistes a aujourd'hui plus de 50 ans. Cet élément démographique aura des conséquences significatives sur la densité de médecins généralistes à moyen terme. Comment évaluer ces conséquences dans le Pays de la région mulhousienne ? Y aura-t-il des communes ou des quartiers sensibles plus durement touchés par une éventuelle désertification médicale ?

Alertée sur ce phénomène par plusieurs associations de médecins, la Maison de l'Emploi et de la Formation du Pays de la région mulhousienne a confié à l'Agence d'Urbanisme de la Région Mulhousienne le soin de mener une étude pour affiner la connaissance de la démographie médicale dans le Pays de la région mulhousienne et de proposer des pistes d'actions pour tenter d'atténuer les conséquences du vieillissement du corps médical. Le champ de l'étude concerne uniquement les médecins généralistes libéraux exerçant la médecine de premier recours. Pour alimenter l'étude, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes libéraux en activité sur le Pays de la région mulhousienne.

L'étude se déclinera en trois parties :

- la première donnera des éléments de cadrage et des données de contexte sur la densité et la démographie médicales en France, en Alsace, dans le Haut-Rhin et dans le Pays de la région mulhousienne ;
- la deuxième partie concernera plus particulièrement l'exploitation du questionnaire ;
- la dernière partie sera consacrée à la présentation de pistes d'actions et de solutions innovantes, pouvant être modélisées au local, mises en œuvre en France ou même dans d'autres pays européens.



2. Éléments de contexte et données de cadrage

2. Éléments de contexte et données de cadrage

2.1. Une profession vieillissante et inégalement répartie sur le territoire

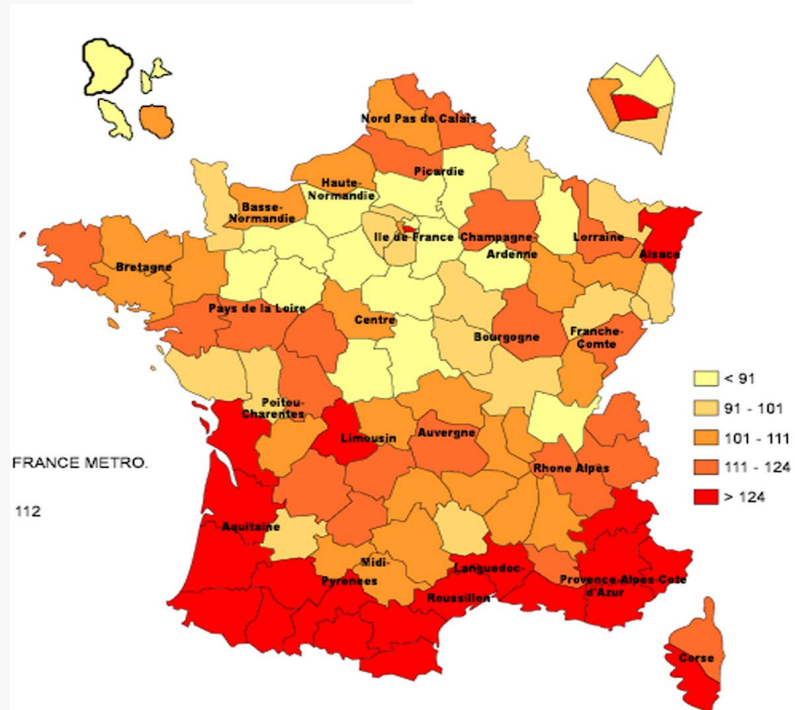
En France, l'offre médicale répond mal aux besoins.

La densité médicale en France est très inégale selon les régions. L'héliotropisme influence beaucoup les choix d'implantation des médecins. Ainsi, l'Hérault est le département comptant la densité médicale la plus élevée, soit 120 médecins pour 100 000 habitants. A l'opposé, la Seine Saint Denis compte 63 médecins pour 100 000 habitants.

Le Haut-Rhin se situe dans une position légèrement inférieure à la moyenne.

Comme dans les autres départements, la profession fait face à la modification de la pyramide des âges des praticiens. Dans le bassin de Mulhouse, 55% des médecins généralistes ont aujourd'hui plus de 50 ans. Cet élément démographique aura des conséquences significatives sur la densité de médecins généralistes à moyen terme. On prévoit en effet pour les 5 prochaines années un nombre de départs dix fois plus important que le nombre d'installations de généralistes sur le territoire.

Carte 1 : densité des médecins généralistes libéraux au 01/01/2006 pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADELI, extraits du CDrom STATISS 2007, les régions françaises

Tableau 1 : comparaison du nombre et de la part des médecins généralistes ayant plus de 55 ans au 01/01/2008 (ADELI / URCAM / INSEE)

	Pays de la région mulhousienne	Haut-Rhin	Alsace	France métropolitaine
Médecins généralistes	251	719	2067	68 411
Densité (pour 100 000 habitants)	100	102	119	117
Dont praticiens de 55 ans et plus	95	198	499	18 890
Part des praticiens de 55 ans et plus	37,8%	27,5%	24,1%	27,6%

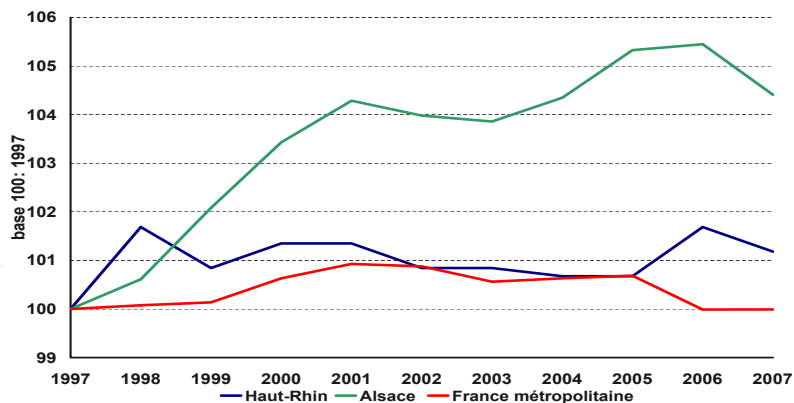
Le Pays de la région mulhousienne, un territoire de vie attractif pour les jeunes médecins généralistes ?

Le Pays de la région mulhousienne serait dans une situation moyenne par rapport au Haut-Rhin avec une densité d'à peu près 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Cependant, cette moyenne cache des disparités importantes suivant les communes et les quartiers.

En outre, plus de 37% des médecins généralistes installés dans le Pays ont plus de 55 ans. Là aussi, cette moyenne, déjà alarmante, cache de fortes disparités.

2. 2. Dans le Haut-Rhin, le nombre de médecins généralistes est stable mais l'effectif vieillit et l'activité moyenne augmente (URCAM)

Graphique 1 : évolution comparée du nombre de médecins généralistes libéraux (y compris praticiens hospitaliers)



Sources : SNIR, IRDES, CNAMTS

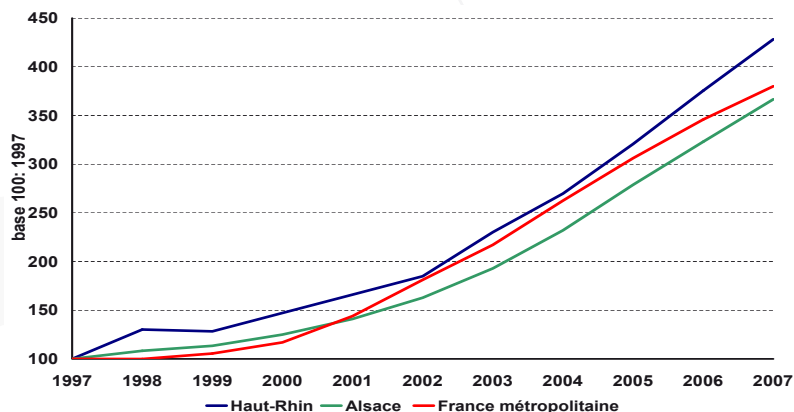
Le nombre de médecins généralistes stagne depuis 1997 dans le département.

Le nombre de médecins généralistes est resté très stable dans le département entre 1997 et 2007, sur le modèle français. On note en revanche un décrochage assez net par rapport à l'Alsace, qui a vu son nombre de médecins généralistes augmenter. Le Bas-Rhin, et notamment l'agglomération strasbourgeoise, sont les grands bénéficiaires de cette croissance. La présence de la Faculté de Médecine à Strasbourg explique sans doute en partie cette concentration.

Le Haut-Rhin est très fortement touché par le vieillissement de la profession.

Comme dans les autres départements, la profession fait face à la modification de la pyramide des âges des praticiens. Cependant, le département est plus fortement touché par ce phénomène que la France et l'Alsace.

Graphique 2 : évolution comparée du nombre de médecins généralistes libéraux ayant plus de 55 ans (y compris praticiens hospitaliers)

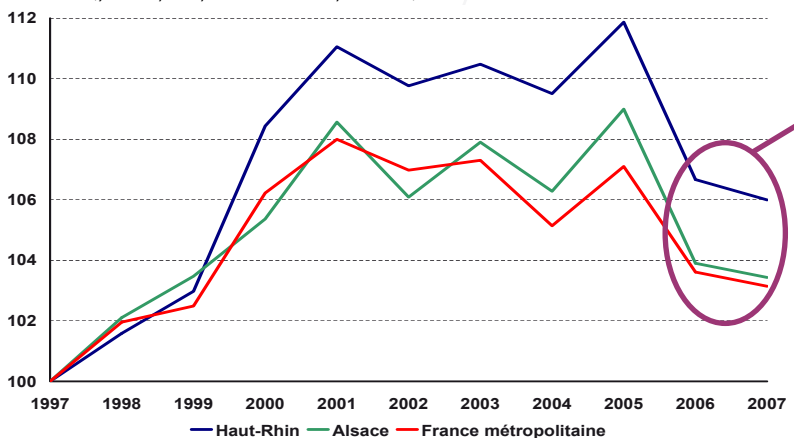


Sources : SNIR, IRDES, CNAMTS

L'activité moyenne des médecins généralistes augmente, conséquence de la stagnation du nombre de médecins et de la croissance de la population.

L'activité moyenne par médecin généraliste a augmenté de 6% environ entre 1997 et 2007. Cependant, cette croissance est très heurtée et est en net recul depuis 2005.

Graphique 3 : évolution comparée de l'activité des médecins généralistes libéraux (y compris praticiens hospitaliers)



Sources : SNIR, IRDES, CNAMTS

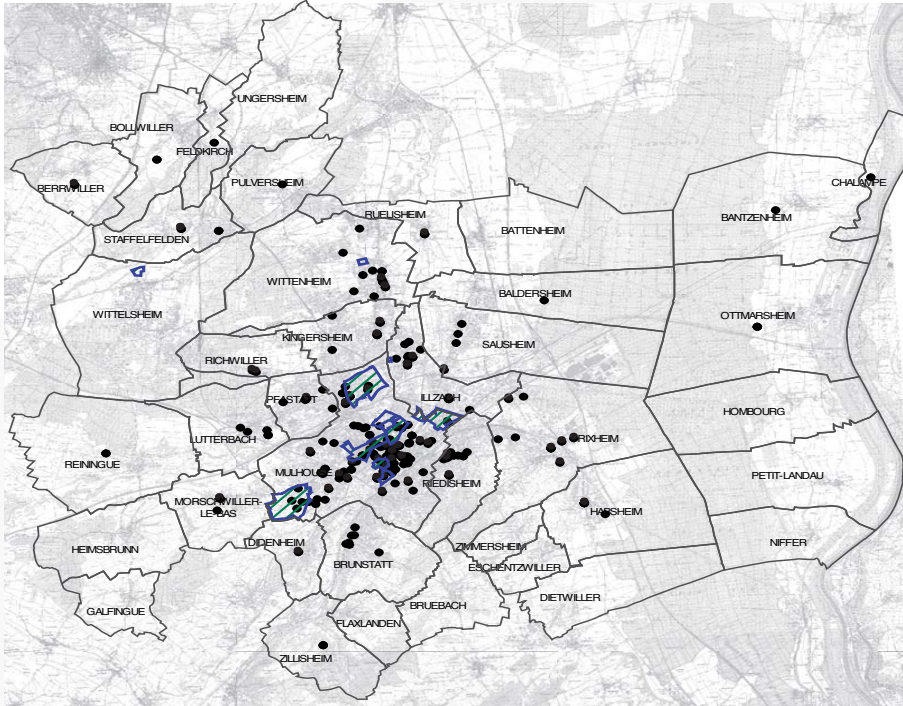
Paroles de médecins

Les médecins de la région mulhousienne ne ressentent pas de baisse de leur activité.

Pour expliquer ce recul de l'activité moyenne à l'échelle du département, ils avancent plusieurs pistes :

- la mise en place du parcours coordonné,
- la baisse du nombre de visites,
- l'impact des campagnes publicitaires (ex : « les antibiotiques, c'est pas automatique »)
- le déremboursement de certains médicaments.

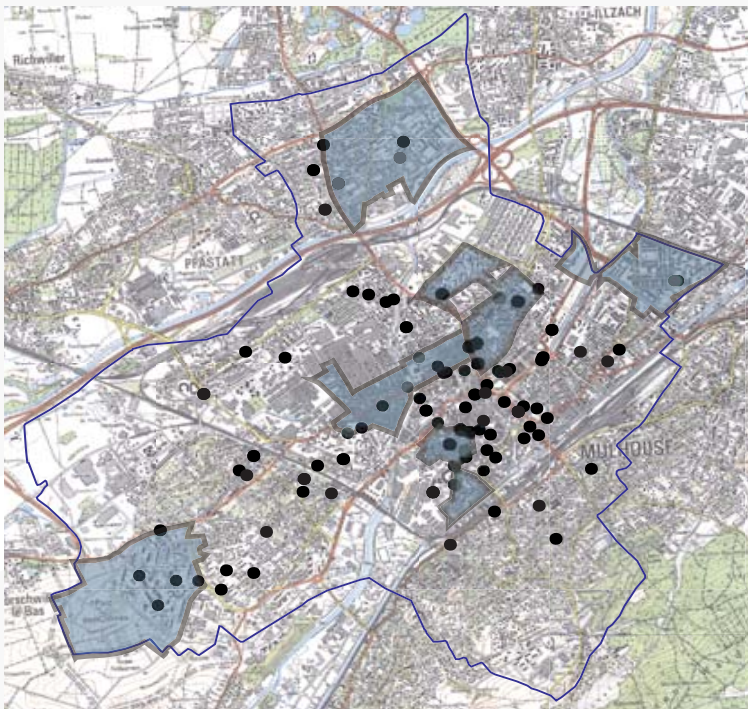
Carte 2 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux recensés au 01/01/2008



Sources : IGN, scan25, ADELI, AURM, NS, nov.2008

 périmètre de ZUS

Carte 3 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux recensés au 01/01/2008 - Zoom sur Mulhouse



Sources : IGN, scan25, ADELI, AURM, NS, nov.2008

2. 3. Mulhouse concentre logiquement l'offre médicale (ADELI)

Tableau 2 : nombre de médecins généralistes au 01/01/2008 (DRASS/ ADELI)

La CAMSA concentre 73% des médecins généralistes libéraux du Pays de la région mulhousienne.

On compte à Mulhouse 127 médecins généralistes libéraux en activité au 1^{er} janvier 2008 (base ADELI), ce qui représente plus de 52% des médecins généralistes recensés dans le Pays de la région mulhousienne. En comparaison, Mulhouse a concentré en 2007 près de 48% des actes consommés en 2007.

	Nombre de médecins recensés	% médecins
CAMSA	176	73%
<i>Dont Mulhouse</i>	127	52,7%
CCIN	21	8,7%
COCOCO	20	8,3%
CCPF	5	2,1%
Illzach	14	5,8%
Pfastatt	5	2,1%
Total Pays	241	100%

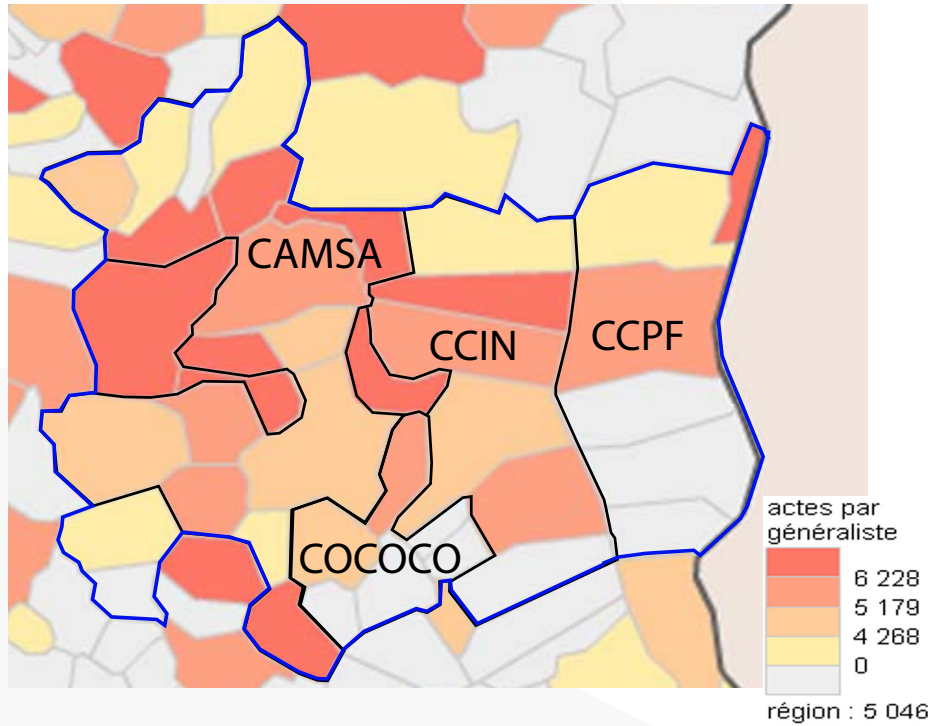
Tableau 3 : densité médicale (DRASS/ ADELI / INSEE)

Mais la densité médicale est très disparate suivant les collectivités qui composent le Pays de la région mulhousienne.

Logiquement, plus on s'éloigne de la ville-centre, plus la densité de médecins est faible. Cette logique fonctionne aussi pour les quartiers prioritaires de Mulhouse : ainsi, les ZUS Briand-Franklin et Porte du Miroir, qui sont situés à proximité immédiate du centre-ville, ont une densité médicale très élevée et même supérieure à la densité médicale de l'ensemble de Mulhouse.

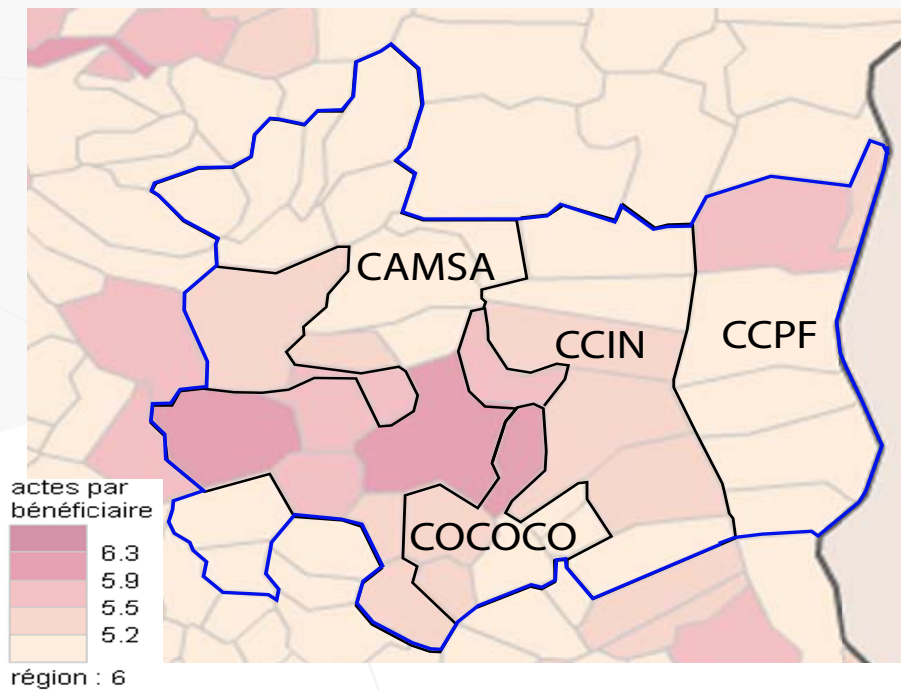
	Nombre de médecins recensés au 1/1/2008 (base ADELI)	Densité médicale pour 100 000 habitants (RGP 1999)
CAMSA	176	104
<i>Dont Mulhouse</i>	127	115
ZUS Brossolette	6	72
ZUS Briand-Franklin	12	135
ZUS les Coteaux	5	52
ZUS Drouot	2	54
ZUS Porte du Miroir	7	204
ZUS Wolf-Wagner-Vauban-Neppert	4	57
Ensemble des ZUS mulhousiennes	36	88
CCIN	21	78
COCOCO	20	90
CCPF	5	76
Illzach	14	94
Pfastatt	5	63
Pays de la région mulhousienne	241	96

Carte 4 : activité des médecins généralistes (consultations et visites) par commune en 2007



Sources : URCAM Alsace, INSEE, 2007

Carte 5 : consommation d'actes de soins (consultations et visites) par commune en 2007



Sources : URCAM Alsace, INSEE, 2007

2. 4. Décalage entre l'activité médicale et la consommation de soins (URCAM)

Tableau 4 : nombre moyen d'actes par médecin en 2007 (URCAM)

La majorité des médecins installés dans le Pays de la région mulhousienne a une activité professionnelle soutenue.

L'activité des médecins généralistes semble forte dans tout le Pays de la région mulhousienne. Cependant, on s'aperçoit que certaines communes se détachent par une activité médicale plus élevée : les communes du Sud du Bassin Potassique (Wittenheim, Ruelisheim, Staffelfelden et Pulversheim) semblent bien constituer une zone de forte activité médicale.

	Nombre de médecins recensés	Nombre total d'actes	Nombre moyen d'actes par médecin
CAMSA	182	767 997	4 2920
Dont Mulhouse	137	532 637	3 888
CCIN	22	112 414	5 110
COCOCO	21	93 048	4 431
CCPF	5	26 613	5 323
Illzach	14	69 944	4 996
Pfastatt	5	37 630	7 526
Total Pays	251	1 115 880	4 446

Tableau 5 : nombre moyen d'actes par consommateur en 2007 (URCAM)

Une consommation de soins plus forte dans l'ouest du Pays de la région mulhousienne.

La consommation de soins est sensiblement plus forte dans l'ouest du Pays de la région mulhousienne. L'âge de la population, le nombre de bénéficiaires de la CMU,... peuvent être autant de facteurs qui expliquent cette caractéristique.

	Nombre de consommateurs	Nombre total d'actes	Nombre moyen d'actes par consommateur
CAMSA	135 122	767 997	5,7
Dont Mulhouse	89 505	532 637	6
CCIN	20 829	112 414	5,4
COCOCO	16 073	93 046	5,8
CCPF	5 163	26 613	5,2
Illzach	12 127	69 944	5,8
Pfastatt	6 399	37 630	5,9
Total Pays	197 377	1 115 880	5,7



3. Exploitation du questionnaire

1/ Etat civil et professionnel :

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

C.P. :

Ville :

Date d'installation :

Exercez-vous la médecine de premier recours ?

oui

non

2/ Projets :

Avez-vous l'intention de quitter votre cabinet dans les 5 prochaines années ?

oui

non

Si oui, pour quelles raisons ?

retraite

changement de région

autres raisons

Comment envisagez-vous votre remplacement ?

vente simple de la patientèle

embauche d'un collaborateur appelé à vous remplacer

Avez-vous l'habitude de travailler avec des collaborateurs ?

oui

non

Si non, êtes-vous prêt à modifier votre organisation de travail ?

partage de gardes

autres

embauche d'un collaborateur

association

Avez-vous l'habitude de vous remplacer pour vos congés ?

oui

non

Avez-vous une collaboration avec vos confrères pour les gardes et les urgences ?

oui

non

Quels sont selon vous les facteurs pouvant contribuer à baisser votre charge de travail ?
(plusieurs réponses possibles)

embauche d'un collaborateur

soutien administratif

mise en commun du secrétariat

regroupement avec d'autres médecins

maisons médicales pluridisciplinaires

autres :

3. Exploitation du questionnaire

3.1. 30,7%, un taux de réponse très satisfaisant

La méthodologie : un questionnaire à destination des médecins généralistes libéraux exerçant la médecine de premier recours.

Un questionnaire a été envoyé aux 241 médecins généralistes libéraux que nous avons répertoriés grâce à la base de données ADELI.

Il s'agit d'identifier précisément :

- l'âge et le sexe des médecins généralistes,
- leur intention de départ (ou non) dans les 5 prochaines années et, en cas de départ, la manière dont ils envisagent leur remplacement,
- leur habitude à :
 - travailler seul ou avec des collaborateurs et leur éventuelle volonté de modifier leurs habitudes de travail,
 - se faire remplacer lors de leurs congés,
 - collaborer avec des confrères pour les gardes et les urgences,
 - les facteurs influençant leur charge de travail et leurs réflexions par rapport à la manière de diminuer cette dernière.

Un taux de réponse supérieur à 30%.

Le taux de réponse, supérieur à 30% (soit 74 questionnaires reçus) montre tout l'intérêt que portent les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays de la région mulhousienne à la question cruciale de la démographie médicale.

3. 2. Exploitation du questionnaire : avertissements d'ordre méthodologique

Tableau 5 : détail par rubrique du nombre de réponses au questionnaire par rubrique

	Nombre de réponses
Total	74
Répartition géographique :	
CAMSA	57
Dont Mulhouse	43
En ZUS	13
CCIN	8
COCOCO	5
CCPF	0
Illzach	3
Pfastatt	1
Age moyen des médecins ayant répondu	72
Date moyenne d'installation	73
Arrêt programmé dans les 5 prochaines années	71
Type de remplacement envisagé	74
Habitudes de travail avec des collaborateurs	74
Types de modifications de l'organisation de travail (plusieurs réponses possibles)	74
Remplacement pour les congés ?	73
Collaboration pour les gardes et les urgences ?	74
Facteurs contribuant à la baisse des charges ? (plusieurs réponses possibles)	74

Si le taux de réponse au questionnaire est satisfaisant, il peut cacher d'importantes disparités suivant les rubriques.

Au-delà des problèmes de couverture géographique, il est nécessaire d'avertir le lecteur sur les disparités des taux de réponse aux différentes rubriques du questionnaire.

Il reste néanmoins difficile de fixer un seuil de fiabilité statistique compte tenu du nombre de réponses. Dans cette optique, les analyses issues de l'exploitation du questionnaire nous permettent d'avoir un éclairage sur les problèmes que posent, ou poseront, la densité et la démographie médicales, mais ne donnent en aucun cas une vision scientifique, complète et exhaustive.

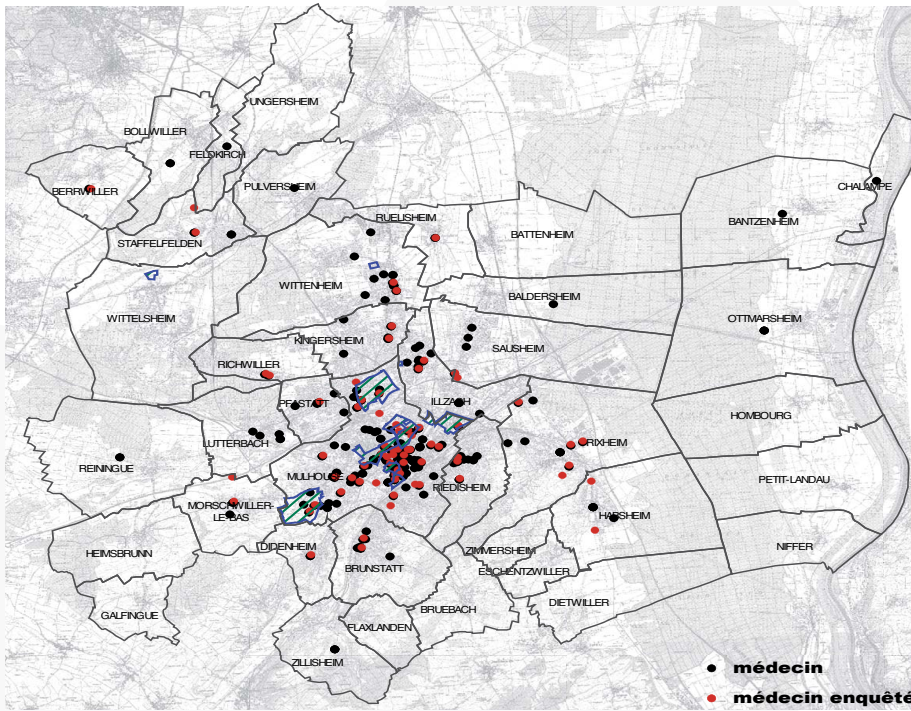
De plus, le questionnaire a été rempli par les médecins volontaires. Il semble donc logique que ce soient les professionnels plutôt âgés qui aient répondu, ce qui est normal compte tenu des objectifs de l'étude. Cette surreprésentation des médecins âgés doit toujours être prise en compte (43% pour le questionnaire ; 30% pour la base de données ADELI).

Enfin, le taux de médecins femmes ayant répondu au questionnaire correspond quasiment au taux de médecins femmes recensées par la base ADELI dans le Pays de la région mulhousienne (28,4% pour le questionnaire ; 28,2% pour la base de données ADELI).

Tableau 6 : comparaison de l'âge moyen des médecins ayant répondu au questionnaire et de l'ensemble des médecins recensés par ADELI

	Age moyen des médecins ayant répondu	répartition par âge des médecins (DRASS/ADELI)
< à 50 ans	26,39%	45,22%
[51-55 ans]	30,56%	24,55%
> à 55 ans	43,06%	30,23%

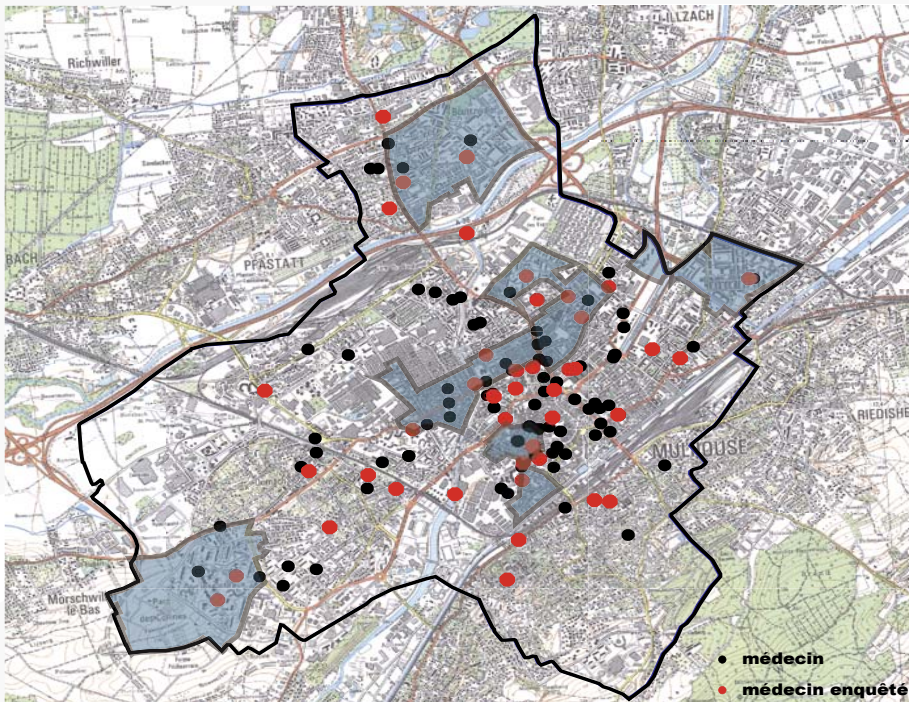
Carte 6 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux ayant répondu au questionnaire



Sources : IGN, Scan25, AURM, NS, nov.2008

périmètre de ZUS

Carte 7 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux ayant répondu au questionnaire - Zoom sur Mulhouse



Sources : IGN, Scan25, AURM, NS, nov.2008

3. 3. Exploitation du questionnaire : une couverture géographique relativement satisfaisante

Tableau 7 : taux de réponse au questionnaire par collectivité

La principale zone blanche est la bande rhénane.

Nous avons recensé 5 médecins dans la Communauté de Communes de la Porte de France-Rhin Sud, et aucun d'entre eux n'a répondu au questionnaire. Peut-être ne se sont-ils pas sentis concernés par l'objet de l'enquête. Cela vaut d'ailleurs pour l'ensemble de l'analyse : il est probable que, compte tenu de l'objet de l'étude, de nombreux jeunes médecins n'aient pas pris le temps de nous répondre, estimant ne pas être impliqués.

	Nombre de médecins recensés	Nombre de médecins ayant répondu	%
CAMSA	176	57	32,4%
Dont Mulhouse	127	43	33,9%
En ZUS	36	13	36,1%
CCIN	21	8	38,1%
COCOCO	20	5	25%
CCPF	5	0	0%
Illzach	14	3	21,4%
Pfastatt	5	1	20%
Pays de la région mulhousienne	241	74	30,7%

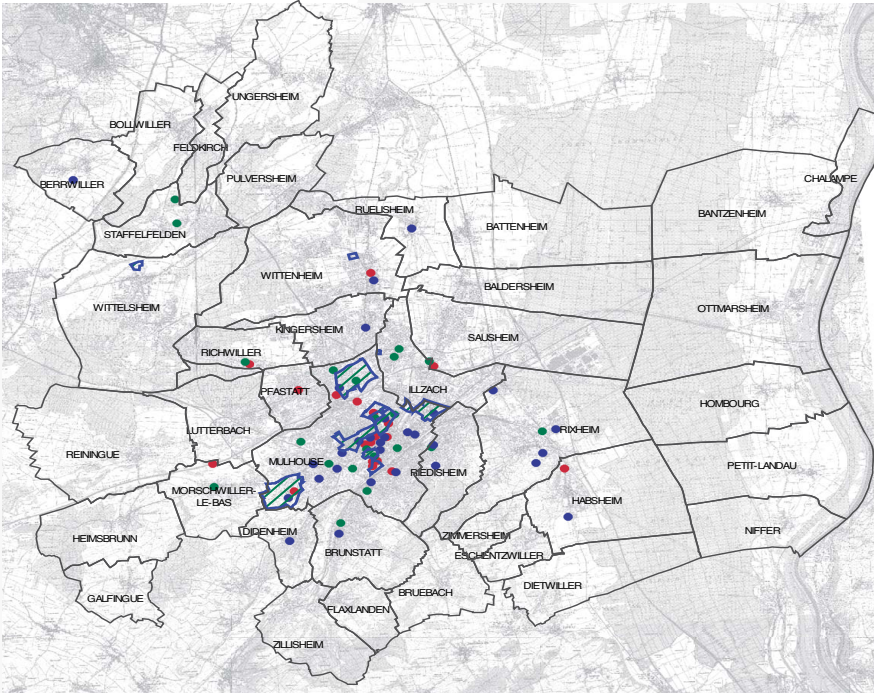
Tableau 8 : taux de réponse au questionnaire par ZUS à Mulhouse

La couverture géographique est très satisfaisante à l'échelle des quartiers prioritaires de Mulhouse.

A Mulhouse, le taux de couverture du questionnaire est très satisfaisant (33,3%). De plus, l'ensemble des ZUS est représenté : le taux de réponse y est d'ailleurs supérieur à celui de Mulhouse (36,1%).

	Nombre de médecins recensés	Nombre de médecins ayant répondu	%
Brossolette	6	2	33,3%
Briand-Franklin	12	3	25%
Les Coteaux	5	2	40%
Drouot	2	1	50%
Porte du Miroir	7	4	57,1%
Wolf-Wagner-Vauban-Neppert	4	1	25%
Mulhouse	127	43	33,9%

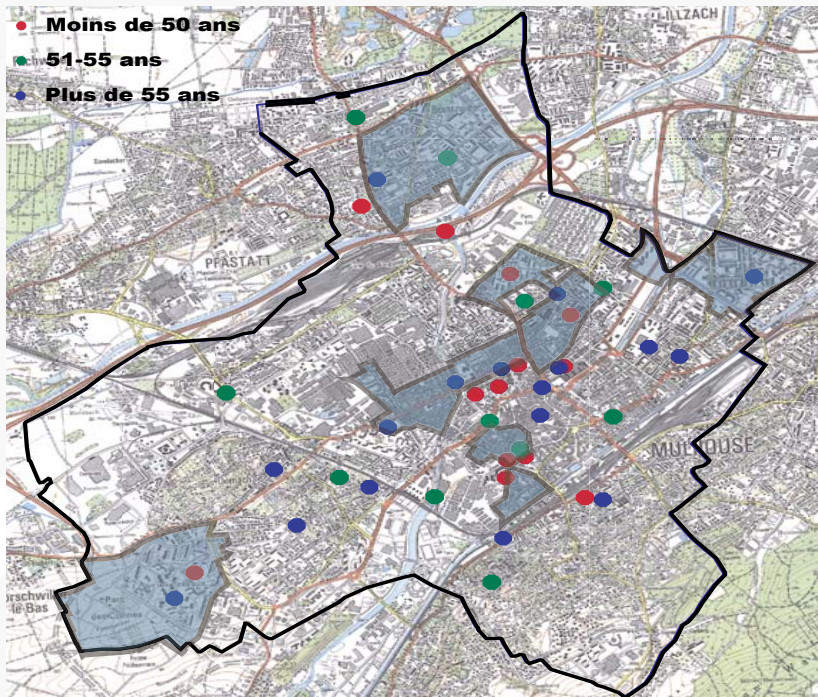
Carte 8 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux recensés au 01/01/2008 : détail sur leur âge.



Sources : IGN, scan25, AURM, NS, nov.2008

 périmètre de ZUS

Carte 9 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux recensés au 01/01/2008 : détail sur leur âge - Zoom sur Mulhouse



Sources : IGN, scan25, ADELI, AURM, NS, nov.2008

3. 4. Les perspectives démographiques pour 2015 : une pénurie de médecins généralistes circonscrite à quelques communes et quartiers

Tableau 9 : détail par collectivité de l'âge moyen des médecins ayant répondu au questionnaire

Selon les réponses au questionnaire, c'est la Communauté de Communes des Collines qui compte le plus de médecins âgés de plus de 55 ans.

D'après l'enquête, l'âge moyen des médecins généralistes exerçant dans la Communauté de Communes des Collines est de 57,3 ans soit 4 ans de plus que l'âge moyen des médecins du Pays de la région mulhousienne. Cette caractéristique est inquiétante mais l'attractivité et la richesse de ce territoire peut être un facteur positif pour la transmission de la patientèle.

	Nombre de médecins ayant répondu	Age moyen des médecins ayant répondu
CAMSA	49	52
Dont Mulhouse	35	53
En ZUS	13	55
CCIN	8	53
COCOCO	3	57
CCPF	0	-
Illzach	3	49
Pfastatt	1	-
Pays de la région mulhousienne	64	53

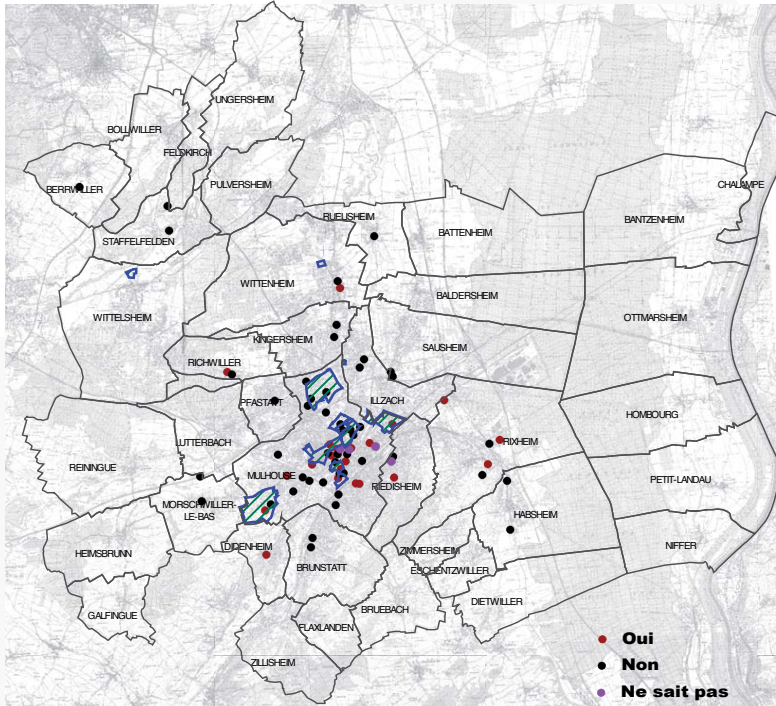
Tableau 10 : détail par ZUS de Mulhouse de l'âge moyen des médecins ayant répondu au questionnaire

A l'échelle des quartiers prioritaires de Mulhouse, c'est au Drouot que le problème se pose avec le plus d'acuité.

L'âge moyen des médecins ayant répondu au questionnaire à Mulhouse est légèrement supérieur à 53 ans. Les médecins âgés de plus de 55 ans se concentrent dans le grand centre-ville. En revanche, la situation est plus grave au Drouot, où l'un des 2 médecins présents dans le quartier a plus de 55 ans.

	Nombre de médecins ayant répondu	Age moyen des médecins ayant répondu
Brossolette	2	55,5
Briand-Franklin	2	55,5
Les Coteaux	2	50
Drouot	1	65
Porte du Miroir	4	53
Wolf-Wagner-Vauban-Neppert	1	57
Mulhouse	35	53

Carte 10 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux ayant répondu au questionnaire : les intentions de départ à 5 ans.

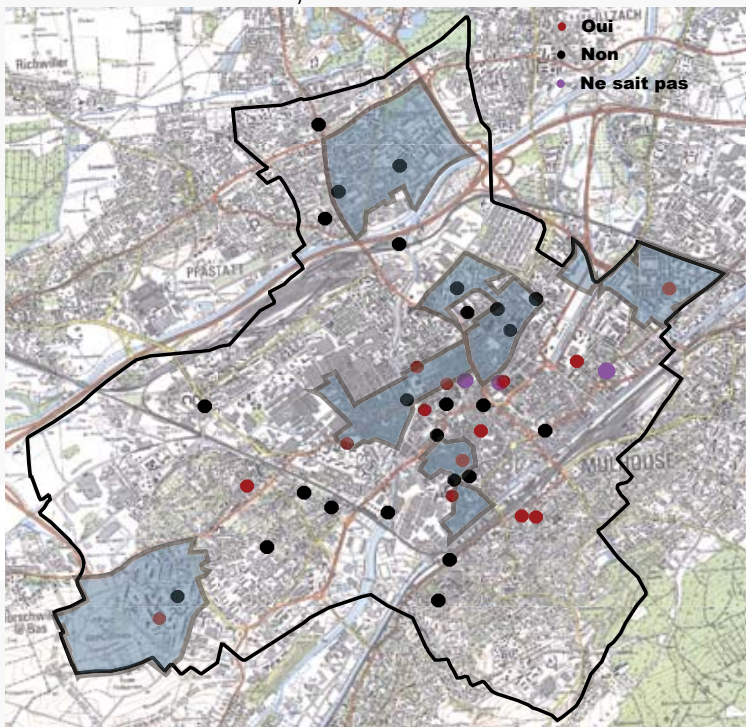


Sources : IGN, Scan25, AURM, NS, nov.2008



périmètre de ZUS

Carte 11 : géolocalisation des médecins généralistes libéraux ayant répondu au questionnaire : les intentions de départ à 5 ans - Zoom sur Mulhouse



Sources : IGN, Scan25, AURM, NS, nov.2008

3. 5. Le paysage médical du Pays de la région mulhousienne dans 5 ans : les intentions de départ des médecins généralistes

Tableau 11 : détail par collectivité des intentions de départ à 5 ans des médecins ayant répondu au questionnaire

Près d'un tiers des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire et installés dans le Pays de la région mulhousienne a l'intention d'arrêter d'exercer la médecine de ville dans les 5 ans.

21 médecins déclarent vouloir arrêter d'exercer la médecine de ville. Si la principale raison reste la retraite (dans 71% des cas), on sent aussi poindre un certain usure vis à vis des conditions d'exercice de la médecine généraliste libérale.

	Nombre de médecins ayant répondu	Nombre de médecins ayant des intentions de départ à 5 ans	%
CAMSA	55	19	34,5%
Dont Mulhouse	41	15	36,6%
CCIN	8	3	37,5%
COCOCO	4	1	25%
CCPF	0	-	nr
Illzach	3	0	0%
Pfastatt	0	-	nr
Pays de la région mulhousienne	71	23	32,4%

Tableau 12 : détail par ZUS de Mulhouse des intentions de départ à 5 ans des médecins ayant répondu au questionnaire

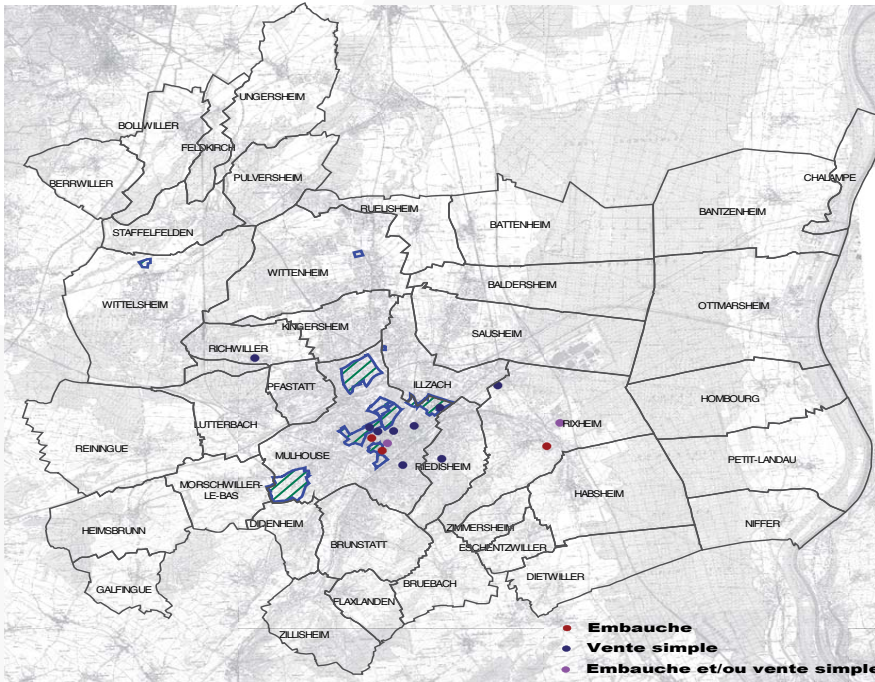
A l'échelle des quartiers prioritaires, il existe un risque potentiel de désertification médicale à Drouot.

	Nombre de médecins ayant répondu	Nombre de médecins ayant des intentions de départ à 5 ans	%
Brossolette	2	0	0%
Briand-Franklin	3	1	33,3%
Les Coteaux	2	1	50%
Drouot	1	1	100%
Porte du Miroir	4	2	50%
Wolf-Wagner-Vauban-Neppert	1	0	0%
Mulhouse	41	15	36,6%

Paroles de médecins

Au-delà du « spleen du médecin », il semble bien que la médecine « administrative » salariée ait un besoin de main d'oeuvre qualifiée de plus en plus fort (maisons de retraite, médecine du travail,...).

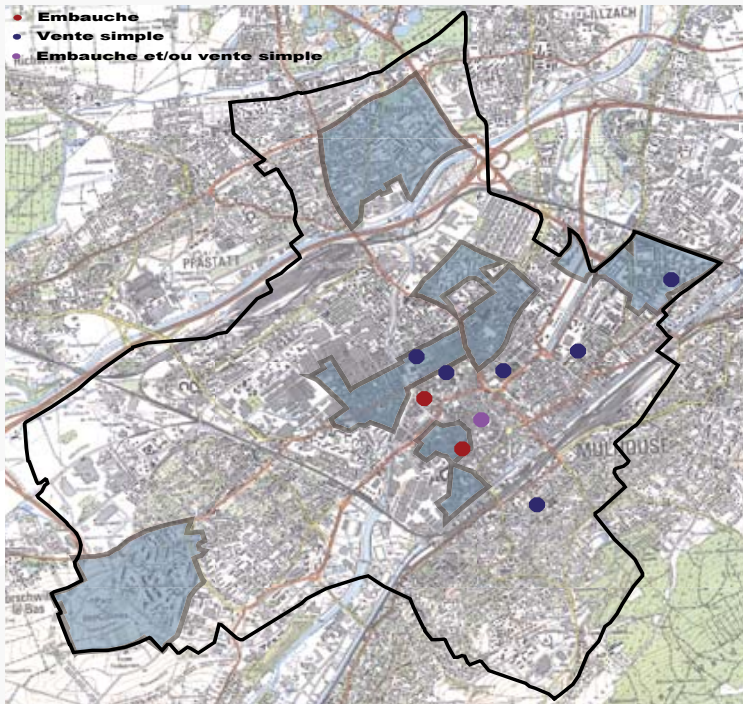
Carte 12 : exploitation du questionnaire : quelle(s) solution(s) pour la transmission de la patientèle ?



Sources : IGN, scan25, AURM, NS, nov.2008

 périmètre de ZUS

Carte 13 : exploitation du questionnaire : quelle(s) solution(s) pour la transmission de la patientèle ? - Zoom sur Mulhouse



Sources : IGN, scan25, ADELI, AURM, NS, nov.2008

3. 6. La vente de la patientèle est de plus en plus difficile, signe d'un déficit d'attractivité de la région mulhousienne ?

Dans le cadre du questionnaire, nous avons interrogé les médecins généralistes sur la manière dont ils envisageaient leur remplacement. Il semble bien que la vente de la « patientèle » soit devenue « illusoire » pour la plupart des professionnels, notamment dans les quartiers prioritaires. Il y a encore quelques années, on entendait ce genre de discours en milieu rural uniquement...

De nombreux médecins généralistes, qu'ils envisagent ou non de se séparer de leur patientèle, nous alertent sur les difficultés inhérentes à la transmission de leur cabinet. Ainsi, ils sont nombreux à être pessimistes. On remarque d'ailleurs que ce sont souvent les mêmes commentaires qui reviennent :

- « *cessation d'activité* »
- « *vente de la patientèle illusoire* »
- « *pas de candidats à la reprise* »
- « *fermeture du cabinet au moment de la retraite* »
- « *vente devenue impossible* »

La majorité des médecins qui nous livrent ce genre de commentaires sont installés à Mulhouse, en ZUS, ou dans le Bassin Potassique.

L'embauche d'un collaborateur appelé à prendre le relais est bien souvent considérée comme la solution idéale, autant pour le médecin que pour ses patients.

• Les 3 méthodes d'évaluation des cabinets libéraux

- 1ère méthode : les prix des actifs ou la valeur patrimoniale
- 2ème méthode : la valeur de rendement
- 3ème méthode : la « valeur du banquier » ou la capacité à rembourser son emprunt

• Les 5 points clés du diagnostic

- La qualité de la clientèle
- La qualité du personnel
- La qualité des équipements et des aménagements
- La qualité de l'organisation
- La qualité de l'environnement juridique

source : www.apce.com

PAROLES DE MEDECINS : LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

Genèse du concept de maison médicale de garde

Les maisons médicales de garde ont été instaurées dans le cadre du Plan Urgences 2003 par Jean-François MATTEI, alors Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Le principal objectif de ce plan était de désengorger les urgences hospitalières, notamment en réorganisant la permanence de soins. Pivot de ce remaniement, les maisons médicales de garde doivent « *contribuer à une meilleure organisation des urgences, par l'établissement de protocoles avec les services des urgences et le SAMU. Ouvertes plutôt dans les heures de fermeture des cabinets libéraux, elles stabilisent le nombre de passages aux urgences.* »

On comptait en 2006 environ 200 maisons médicales de garde en France métropolitaine, dont 5 en Alsace (4 en milieu urbain et une en milieu rural).

La maison médicale de garde de Mulhouse-Riedisheim

La Maison Médicale de Garde de Mulhouse a ouvert ses portes en mars 2003 au 16, boulevard de l'Europe, au cœur du centre-ville mulhousien et à proximité d'une grande station de tram. Portée par l'Association des Médecins Généralistes pour la Permanence des Soins de Mulhouse et Riedisheim (AMGPS), elle a pour but d'assurer la permanence de soins en dehors des heures ouvrables des cabinets de médecine générale, afin de garantir la continuité des soins. Ses horaires de permanences sont donc : le samedi de 13h à 22h et le dimanche (et jours fériés) de 8h à 22h. Son accès est libre et régulé par le Centre 15.

Les permanences de la Maison Médicale de Garde de Mulhouse sont assurées par 112 médecins, ce qui représente environ 63% des médecins recensés sur Mulhouse et Riedisheim). En 2006, ils ont ainsi assuré 3 254 consultations, soit 28,4 consultations par garde en moyenne. Les patients proviennent en majorité de l'agglomération mulhousienne et se montrent très satisfaits des services assurés par la Maison Médicale de Garde.



Crédit photo: évaluation de la MMG de Mulhouse, Kali Santé, 2006

Sources: évaluations de la MMG de Mulhouse, Kali Santé, 2004, 2005, 2006

3. 7. Habitudes de travail des médecins interrogés

L'avant-dernière partie du questionnaire porte sur les actions que certains médecins ont déjà mises en oeuvre pour améliorer leurs conditions de travail, répondre aux nouvelles exigences de leur métier ou faire face à l'augmentation du nombre de clients.

La majorité des médecins (55,4%) ayant répondu au questionnaire a déjà l'habitude de travailler avec un collaborateur, souvent dévolu aux tâches administratives (secrétariat,...). D'autre part, il semble bien que l'association avec d'autres médecins soit de plus en plus fréquente dans le Pays de la région mulhousienne.

Tableau 13 : taux détaillés issus du questionnaire

Habitudes de travail avec des collaborateurs		
Oui	41	55,4%
Non	33	44,6%

Tableau 14 : taux détaillés issus du questionnaire

Seuls 63% des médecins interrogés ont l'habitude de se faire remplacer pour leurs congés. Cela fait écho aux difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant, que ce soit pour les vacances ou pour la transmission du cabinet.

Remplacement pour les congés ?		
Oui	46	63%
Non	27	37%

Tableau 15 : taux détaillés issus du questionnaire

En revanche, la collaboration entre les médecins en ce qui concerne les gardes et les urgences semble très développée.

Collaboration pour les gardes et les urgences ?		
Oui	64	86,5%
Non	10	13,5%

PAROLES DE MEDECINS

Les médecins présents lors du comité d'expertise et de relecture de l'étude ont, lors de la réunion du Comité du 11 décembre, pointé plusieurs problèmes et mis en avant des solutions pour y répondre.

Les jeunes médecins ont tendance à privilégier la qualité de vie

Pour remplacer 2 « vieux » médecins aujourd'hui, il faut 3 jeunes médecins. En effet, les jeunes médecins manquent logiquement d'expérience professionnelle, ils sont moins « efficaces » (un jeune médecin prend environ 20 minutes par patient...contre environ 5 minutes pour un médecin très expérimenté). En outre, ils privilégient plus qu'avant la qualité de vie : par exemple, les gardes, qui étaient auparavant une opportunité pour gagner plus d'argent, sont aujourd'hui vues comme une contrainte. De plus, la féminisation croissante de la profession joue aussi un rôle dans cette modification structurelle ; les femmes médecins privilégiant davantage leur vie familiale.

Pour pallier ce déficit d'attractivité d'une profession très exigeante, les médecins préconisent le regroupement (associations,...) qui est aussi un bon moyen de transmission de l'expérience. En outre, il conviendrait de réhabiliter la profession de médecin libéral généraliste auprès des étudiants en médecine. En effet, si la médecine généraliste est devenue depuis 2004 une spécialité à part entière, elle est encore largement délaissée par les futurs internes au profit de spécialités plus rémunératrices.

Les médecins ne sont pas des chefs d'entreprise

Face à l'inflation administrative (complexification des démarches Assurance-Maladie, informatisation du dossier médical parfois vécue comme une contrainte, croissance du tiers-payant,...), la création d'un poste de secrétariat représente la solution idéale. Cependant, les médecins ne se considèrent pas du tout comme des chefs d'entreprise et ont donc du mal à réfléchir en terme d'embauche d'un salarié, d'autant plus que nombre d'entre eux exercent seuls et ne peuvent pas supporter le coût financier d'un tel poste. Pour contrer ce phénomène, il serait sans doute opportun de promouvoir des solutions innovantes comme les groupements d'employeurs ou les systèmes de portage salarial auprès de la profession.

Il est difficile de trouver des locaux professionnels adaptés

Les médecins dénoncent les difficultés à trouver un local professionnel adapté tant sur le plan de la surface que sur le plan financier. La mutualisation des locaux avec d'autres médecins, présente donc l'avantage de faciliter les recherches mais aussi de réaliser des économies d'échelle.

Si la maison pluridisciplinaire de santé (regroupement de médecins avec d'autres professions médicales ou paramédicales) est saluée comme une avancée notable par l'ensemble des médecins présents, elle ne représente cependant pas une solution parfaite. En effet, la mise en oeuvre d'un tel projet coûte cher, nécessite de trouver des partenaires très motivés et demande surtout de la part de l'ensemble des porteurs de projets une capacité à faire des compromis. Ce dernier point est parfois mal vécu par des médecins qui se définissent eux-mêmes comme des « individualistes » qui aiment être leur « propre patron », individualisme incompatible avec le principe même du regroupement et, a fortiori avec le concept la maison pluridisciplinaire de santé, dont le portage du projet nécessite un leadership fort.

Cependant, tous sont bien conscients que ces options représentent l'avenir de leur profession, notamment en milieu rural mais aussi dans les quartiers sensibles. Ces concepts présentent en effet l'avantage d'être attractifs pour les jeunes médecins.

3. 8. Les solutions et pistes d'actions plébiscitées par les médecins interrogés

La dernière partie du questionnaire porte sur les facteurs qui, selon les médecins interrogés, pourraient contribuer à faire baisser leur charge de travail.

Tableau 16 : taux détaillés issus du questionnaire

Le regroupement médical, qu'il concerne uniquement des médecins généralistes ou plusieurs professions médicales différentes, est plébiscité par une forte majorité des médecins interrogés. Cette solution présente l'avantage de mutualiser les besoins en immobilier, en secrétariat et donc de faire des économies d'échelle.

En outre, le concept de la maison médicale pluridisciplinaire présente aussi l'avantage de rendre plusieurs services médicaux, souvent complémentaires (kinésithérapeutes, cabinets d'infirmiers,...) aux patients des médecins généralistes.

L'autre grand facteur qui, selon les médecins généralistes, pourrait faire baisser la charge de travail est la mise en place d'un soutien administratif. A ce propos, on retrouve souvent les mêmes commentaires de la part des médecins interrogés :

- « arrêt des transmissions administratives »
- « moins de paperasses »
- « faire baisser toutes les charges administratives »
- « simplification administrative »

Le soutien administratif, a fortiori mutualisé, permettrait donc de faire baisser considérablement la charge de travail des médecins mais aussi de leur permettre de se consacrer au cœur de leur métier, à savoir le soin et la prévention.

Facteurs contribuant à la baisse des charges		
Embauche d'un collaborateur	30	40,5%
Soutien administratif	29	39,2%
Mise en commun du secrétariat	18	24%
Regroupement médecins	27	36,5%
Maisons médicales pluridisciplinaires	26	35,1%





4. Pistes d'actions et solutions innovantes

4. Pistes d'actions et solutions innovantes

Au-delà des débats portant sur l'augmentation du numerus clausus, existe-il d'autres voies qui permettraient d'améliorer la situation de la densité médicale dans le Pays de la région mulhousienne ? De fait, s'il n'existe aucune zone déficitaire en Alsace, il semble bien que la situation médicale de certaines communes ou quartiers sensibles du Pays de la région mulhousienne risque de devenir critique à court ou moyen terme.

4.1. La densité et la démographie médicales, sujets d'actualité nationale

Lors d'un déplacement dans une maison de santé à Bletterans (Jura), le président de la République a rappelé les 5 points prioritaires du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui doit être bientôt discuté au Parlement. Le point qui nous intéresse concerne l'offre de soins de premier recours.

« *L'objet du projet de loi hôpital, patients, santé et territoires (...) est d'engager les réformes qui s'imposent pour préparer l'avenir* », « *il favorisera une meilleure répartition de l'offre de soins* », a déclaré le chef de l'État.

Adapter le nombre de médecins aux besoins : Nicolas Sarkozy souhaite la mise en place d'un système de régulation où chaque région devra déterminer ses besoins de formation médicale par spécialité, en fonction de la démographie médicale.

Il est aussi question de mieux répartir les médecins géographiquement selon les besoins notamment avec la garantie d'un tarif différent pour un médecin exerçant dans « une zone rurale fragile ou une banlieue difficile ».

La question de la redéfinition de la coopération entre médecins et paramédicaux est aussi à l'ordre du jour.

Ainsi, le renforcement de la politique de proximité passera par les maisons de santé qui seront « *l'ossature du système de santé de demain* ». « *Les ressources de l'assurance maladie seront orientées prioritairement vers ces structures* », a déclaré le Président de la République.

Enfin, la question des honoraires médicaux a été abordée. Nicolas Sarkozy a demandé que les acteurs de santé définissent « *avant la fin de l'année les modalités d'un secteur optionnel pour les*

chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes du secteur 2¹ » pour mieux encadrer les tarifs. Une « forme de régulation adaptée » a également été abordée pour les honoraires des médecins de secteur 2 pour favoriser l'accès aux soins.

A l'échelle locale, le projet de loi prévoit que le pilotage du système de santé soit assuré par les agences régionales de santé (ARS). Elles deviendront la « *première pierre d'une recomposition plus large de notre système sanitaire* ». Les futures ARS (en place en 2009) devront coordonner les acteurs de la santé, et rationaliser la gestion des urgences médicales et la permanence des soins.

La question de l'accès aux soins est une composante de l'attractivité d'un territoire. A ce titre, la réponse aux problèmes de densité médicale doit être portée par les collectivités locales.

Ainsi, un nombre croissant d'entre elles s'organisent pour offrir un accès aux soins satisfaisant à la population, que ce soit en secteur rural ou en secteur urbain sensible. En effet, si les causes de la désertification médicale sont différentes suivant les territoires, les conséquences sont les mêmes.

Il paraît donc utile à ce stade de l'étude de s'intéresser à des collectivités territoriales qui se sont saisies de la question, mais aussi de regarder de l'autre côté du Rhin pour analyser la gestion de la densité médicale en Allemagne et en Suisse.

¹ Les tarifs pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, sont libres et fixés par le médecin, avec, selon les exigences de la caisse d'assurance maladie, tact et mesure.

Pour aller plus loin...

Le discours intégral du Président de la République prononcé le 18 septembre 2008 à Bletterans (Jura) est téléchargeable sur www.elysee.fr

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » ainsi que de nombreux rapports d'information parlementaire sont disponibles sur www.assemblee-nationale.fr.

Dans le Pays de la région mulhousienne, on ne peut pas encore parler de « désertification médicale ». Cependant, une analyse en profondeur de la démographie médicale nous a permis de recenser quelques secteurs présentant à moyen terme un risque de « désert médical ». Il s'agit par exemple du quartier Drouot.

Partant de ce constat, « opacifié » par la transition du cadre législatif, il nous semble important que l'action s'oriente autour de 2 axes :

Mutualisation : faciliter l'installation de nouveaux médecins en regroupant en un seul lieu de nombreux professionnels de santé.

Attractivité : développer des mécanismes d'incitation pour rendre tout le territoire attirant pour les médecins.

4. 2. Exemples de traitement de la problématique de la densité médicale dans d'autres régions françaises et chez nos voisins européens.

Certaines régions françaises se sont mobilisées pour contrer la désertification médicale qui les touchent. C'est le cas notamment de la Région Languedoc-Roussillon et de la Région Aquitaine.

Languedoc-Roussillon : sous-médicalisation dans les zones de causses, de piémont et de montagne.

« Dans le cadre de sa compétence en matière d'aménagement du territoire, la Région Languedoc-Roussillon s'engage pour l'implantation de maisons de santé de proximité. Aux côtés de ses partenaires – Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), elle souhaite concourir au maintien et au développement de la population en milieu rural notamment en préservant la continuité des soins.

Les principaux objectifs poursuivis dans le cadre de la stratégie régionale d'accès aux soins sont les suivants :

- concourir au maintien et au développement de l'offre de soins dans des secteurs définis comme déficitaires et/ou fragiles, par l'implantation de médecins généralistes,
- développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ».

Aquitaine : mise en oeuvre d'un outil d'aide à l'élaboration d'une politique territoriale de santé, le guide « Santé et Territoire en Aquitaine : Comment éviter la désertification médicale ? ».

« En juin 2004, les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins généralistes, alertaient le Conseil régional d'Aquitaine sur la conjonction de phénomènes de société largement préjudiciables au maintien de leur activité et à la satisfaction de leurs patients, dans les 20 prochaines années, sur l'ensemble du territoire aquitain. Préoccupé par un tel constat, le Conseil régional a rapidement lancé une réflexion sur les moyens à mettre en oeuvre pour prévenir et contrecarrer les évolutions néfastes en terme de démographie médicale. A l'issue de la réalisation d'un diagnostic, la Région a mis en oeuvre un guide diffusé en novembre 2006 est ainsi destiné aux acteurs territoriaux (Pays, Communautés de Communes). Il rappelle les moyens

pouvant être mis en oeuvre, à l'échelle des pays, pour optimiser les conditions d'exercice des professionnels de santé et éviter les risques de pénurie. Il s'inscrit en complémentarité avec les services et outils développés par les collectivités locales, l'Etat et l'Assurance Maladie, notamment le guide de la Mission régionale de Santé (MRS) destiné aux professionnels de santé ».

Le Sénat s'est aussi penché sur la problématique de la désertification médicale, en comparant la situation française, pour laquelle le principe de la liberté d'installation est préservé, à la situation de pays frontaliers, notamment l'Allemagne et la Suisse.

En Allemagne, la densité médicale est de 378 pour 100 000 habitants.

« Mais, comme en France, cette moyenne recouvre des disparités. Si les grandes villes sont surmédicalisées, le nombre de médecins apparaît en revanche insuffisant dans certaines régions, en particulier dans les zones rurales des Länder de l'ex-Allemagne de l'Est. Les mesures de régulation démographique de la profession visent surtout à améliorer la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire. Elles s'appliquent au moment de l'installation, qui n'est pas libre pour les médecins conventionnés depuis le début des années 90 : dans chaque Land, une commission paritaire composée de médecins désignés par l'association des médecins conventionnés et de représentants des caisses de sécurité sociale attribue aux médecins conventionnés les autorisations d'exercice en fonction des directives de la commission fédérale. Cette dernière définit les spécialités médicales -y compris la médecine générale- soumises à restriction d'installation pour chaque circonscription médicale qu'elle gère.

Cependant, les Länder limitent le nombre des étudiants en médecine non pas en fonction d'une évaluation des besoins futurs, mais des places que leurs universités offrent.

L'Allemagne a récemment réformé ce système, qui ne repose pas sur l'évaluation des besoins. En effet, il n'avait empêché ni la pénurie de médecins généralistes ni la persistance de la surmédicalisation des grandes villes ».

En Suisse, la densité médicale est de 380 pour 100 000 habitants.

« Là aussi, cette moyenne recouvre des disparités importantes entre les agglomérations (densité médicale de...870 médecins pour 100 000 habitants dans le canton de Bâle-ville) et les zones rurales. Depuis 1998, l'accès aux études en médecine est contingenté ; et depuis 2002, les restrictions à la liberté d'installation concernent les médecins conventionnés. Une ordonnance fixe pour une période de trois ans, pour chaque canton et chaque spécialité, le nombre maximal de prestataires. La désignation des professionnels de santé autorisés à exercer ne peut avoir lieu qu'après consultation des cantons et des fédérations de professionnels de santé, les cantons pouvant notamment adapter le nombre de professionnels prévus par l'ordonnance sous réserve de tenir compte de la couverture sanitaire des cantons voisins.

Dans un rapport de 2007, le Conseil suisse de la science et de la technologie préconisait d'augmenter de 20% le nombre de places dans les facultés de médecine suisses. Il suggérait également de revaloriser la fonction de « médecin de famille » par des mesures incitatives, notamment financières, pour attirer les jeunes médecins dans les zones sous-médicalisées, preuve que l'ordonnance de 2002 n'a pas résolu tous les problèmes ».

Pour aller plus loin...

Le document « les maisons de santé de proximité en Languedoc-Roussillon » est téléchargeable sur www.laregion.fr/162-sante-handicap.htm#par2055

Le rapport « Santé, Région et Territoire » ainsi que le guide méthodologique « Santé et Territoire en Aquitaine : comment éviter la désertification ? » sont téléchargeables sur le

www.aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/le-guide-sante-et-territoire.html

La note de synthèse sur la démographie médicale réalisée par le service des Etudes Juridiques du Sénat est téléchargeable sur

www.senat.fr (étude de législation comparée n°185 -mai 2008).

4.3. Le traitement de la désertification médicale dans les quartiers sensibles

Le plan « Espoir Banlieues », qui concerne 215 quartiers, se décline, notamment, au travers du programme d'action triennal du Ministère de la Santé.

« Dans le cadre de la politique d'amélioration de l'accès aux soins et de renforcement de l'offre de soins de premier recours menée par le Ministère de la Santé, une subvention de 50 000 euros est disponible pour 100 projets de développement ou de création de maisons de santé pluri-professionnelles. Cette subvention [...] est destinée à financer des dépenses d'investissement qui peuvent être, à titre d'exemple, une prestation de conseil pour la formalisation du projet, des travaux ou un équipement informatique. Parmi ces 100 projets, un minimum de 30 devra se situer dans les 215 quartiers concernés par le plan Espoir Banlieues ».

Désertification médicale : un tiers des maisons de santé implanté en banlieue.

CERGY (AFP) - La ministre de la Santé Roselyne Bachelot a annoncé jeudi qu'un tiers des maisons de santé que le gouvernement veut créer pour lutter contre la désertification médicale serait implanté dans les quartiers populaires dépendant de la politique de la ville, lors d'une visite à Cergy.

La ministre avait indiqué en mai que l'Etat apporterait une aide unitaire s'élevant jusqu'à 50.000 euros par projet aux cent maisons de santé qui doivent voir le jour en 2008. Dans ces maisons pluridisciplinaires, les patients peuvent consulter en un même lieu des médecins généralistes, des infirmières et des spécialistes comme des kinésithérapeutes ou des orthophonistes.

« Un tiers des maisons de santé pluridisciplinaires qui seront créées, seront implantées dans les quartiers populaires dont Fadela Amara a la responsabilité », a déclaré Mme Bachelot, en compagnie de la secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, lors d'une visite de la maison des adolescents de Cergy.

Dans le même temps, Mme Bachelot a réaffirmé sa volonté, annoncée lors d'un déplacement à la maison des adolescents de Bobigny en février, qu'il y ait d'ici 2010 une maison d'adolescents par département. S'adressant aux 14-25 ans, les maisons d'adolescents font partie des maisons de santé pluridisciplinaires dont la ministre entend favoriser la création.

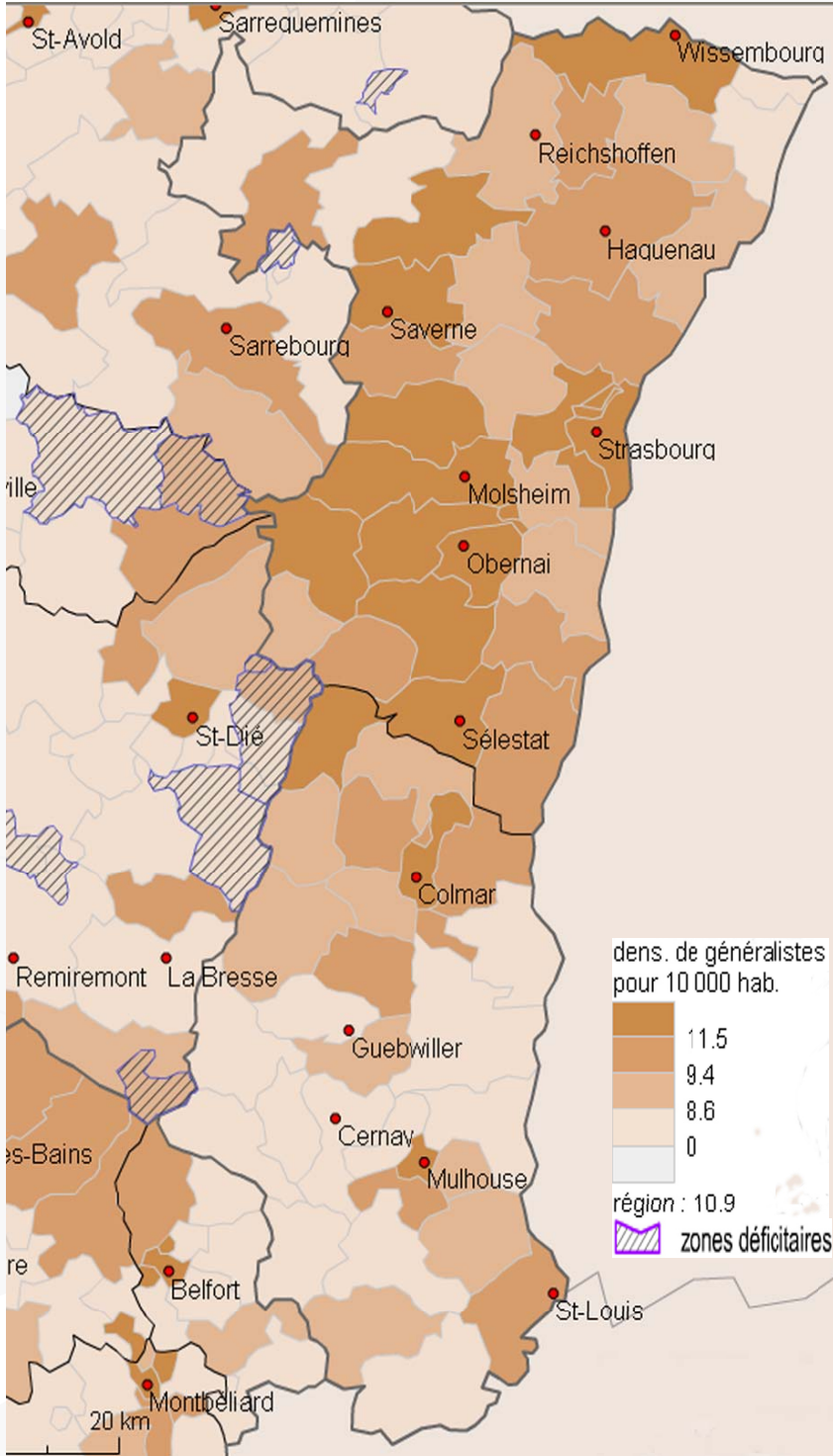
Créée en mai 2006 en partenariat avec l'hôpital de Pontoise, la maison des adolescents de Cergy a permis en 2007 à 570 patients de consulter librement et gratuitement infirmières, assistantes sociales, éducateurs, médecins généralistes, pédiatres, psychiatres, ou psychologues.

« Les déserts médicaux, ils sont ici en Ile-de-France », a déclaré Fadela Amara en marge de la visite. « Il faut que l'accès à la santé soit possible dans tous les quartiers. Les gamins d'ouvriers ne souffrent pas moins que les gamins de bourgeois (bourgeois, NDLR) », a-t-elle ajouté.

Source : www.avmaroc.com

4.4. Quelles aides pour les collectivités?

Carte 14 : densité médicale à l'échelle des cantons du Grand Est et zones « sous-médicalisées » définies par les Missions Régionales de Santé



Sources : URCAM Alsace, INSEE, 2007

Des aides de l'Assurance-Maladie et de l'Etat existent (appui à l'installation, exonérations fiscales). En complément, les collectivités territoriales peuvent mettre en place leurs propres dispositifs d'aide à l'installation dans les zones reconnues comme « sous-médicalisées » par les missions régionales de Santé créées par la Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance-Maladie.

En l'occurrence, il n'existe aucune zone « sous-médicalisée » en Alsace.

Les médecins qui s'installent dans les zones de redynamisation urbaine bénéficient d'une exonération de la taxe foncière. Ce dispositif est notamment insuffisant car, on l'a vu, les densités médicales sont les plus faibles dans les zones urbaines sensibles.

Critères de définition des zones sous-médicalisées :

Une zone est classée comme déficitaire si elle concentre au moins 3 des 4 critères suivants :

- densité de médecins généralistes inférieure à 3 médecins pour 5000 habitants,
- part des médecins ayant une activité dépassant 7500 actes (C et V) supérieure à 75%,
- une part de personnes âgées de 75 ans ou plus supérieure à 10 % de la population ou un classement de la zone en Zone de Revitalisation Rurale, en Zone Urbaine Sensible, en Zone Franche Urbaine ou en Zone de Redynamisation Urbaine ;
- un temps d'accès (aller/retour) au cabinet d'un généraliste supérieur à 40 minutes.

4.5. Mutualisation : les maisons pluridisciplinaires de santé

L'analyse du questionnaire nous a permis de mettre en avant la difficulté des conditions d'exercice de la profession médicale.

La formule des maisons pluridisciplinaires de santé permet au sein d'un même lieu une mutualisation entre professionnels des moyens matériels et humains. A ce titre, on compte de plus en plus de projets de maisons de santé en France, et des collectivités locales n'hésitent pas à financer leur création. Ainsi, la Région Rhône-Alpes subventionne la création de maisons pluridisciplinaires de santé à hauteur de 100 000 euros en zone rurale sous-médicalisée et à hauteur de 200 000 euros dans les territoires relevant de la politique de la Ville. Un rapport récent du Sénat (commission des affaires sociales, rapport d'information sur la démographie médicale, octobre 2007 www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0140.html) préconise d'ailleurs la mise en place d'une labellisation des maisons pluridisciplinaires de santé.

En Alsace, quelques projets ont émergé. Un pôle de santé très ambitieux et regroupant de nombreux professionnels de la santé et des services à la personne est en réflexion à Schirmeck (cf revue de presse page suivante).

A l'échelle du Pays de la région mulhousienne, il y a eu une réflexion à Wittenheim mais le coût financier de l'opération était trop lourd pour les professionnels qui s'étaient engagés dans cette réflexion.

La Maison de santé de la Communauté de Communes du canton de Pissos (40 -Landes)

• Contexte

Des conditions d'exercice difficiles pour les deux médecins du canton avec une surcharge de travail, des déplacements et distances à parcourir importants pour rendre visite aux patients, des problèmes de remplacement et de succession, des problèmes d'attractivité du territoire pour les médecins souhaitant s'installer, liés à l'isolement dans l'activité. Trois infirmières souhaitant s'associer à la coordination des services de soins.

• Projet

Créer une maison de santé expérimentale en partenariat avec l'ensemble des professionnels, médecins et paramédicaux :

- une salle de soins dédiée aux trois infirmières
- trois cabinets médicaux situés au rez-de-chaussée
- un logement équipé pour les remplaçants à l'étage

• Objectifs

- Maintenir une offre suffisante et de qualité en matière de santé est une condition à l'accueil de nouvelles populations et au maintien de la population existante.
- Maintenir et accueillir les professionnels de santé en rendant attractif le territoire et en améliorant les conditions d'exercice des médecins (améliorer la coordination des soins, rompre l'isolement...).
- Attirer de nouveaux professionnels de santé en mutualisant les moyens et en rendant les conditions de travail attractives.

• Facteurs de réussite

La maison de santé a ouvert ses portes en janvier 2006. Les enseignements que l'on peut tirer de cette expérience sont les suivants :

- Les pratiques des professionnels ont été améliorées par la proximité (mise en réseau, dossier médical partagé, rupture de l'isolement, organisation du temps de travail et du temps de garde...).
- Un troisième médecin [est venu] s'installer en janvier 2007, après quelques mois de recherche active.
- La clientèle est satisfaite : les horaires d'ouvertures de la maison médicale permettent de libérer les médecins sur certains créneaux horaires et d'avoir toujours une réponse pour la clientèle (au moins un des deux médecins présents).
- La volonté de mettre en commun pour préparer l'avenir, au-delà des préoccupations personnelles des professionnels de santé, a permis de faire avancer rapidement le projet.

Sources : Santé et territoires en Aquitaine, comment éviter la désertification médicale? Région Aquitaine, 2006

Les maisons de santé pluridisciplinaires attisent les convoitises

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN - N° 8446 - JEUDI 23 OCTOBRE 2008

Dire que les maisons de santé pluridisciplinaires sont dans l'air du temps est un euphémisme. Qu'elles se baptisent ainsi, ou bien pôle de santé, ou encore maison médicale ne change rien à l'affaire : le regroupement de plusieurs professionnels de santé sur un même site, après élaboration d'un projet médical, a le vent en poupe et les projets en cours sont légion. À telle enseigne que Roselyne Bachelot a inscrit dans sa future loi le principe d'une aide financière (pouvant aller jusqu'à 50 000 euros) pour une centaine de ces projets. Mais monter une telle structure peut s'avérer être un véritable parcours du combattant. Les professionnels de santé ne sont en effet ni des spécialistes de l'investissement foncier, ni des constructeurs, ni des gestionnaires, et la complexité du projet peut en rebuter plus d'un. C'est fort de ce constat que la société PS Concept propose depuis un an une assistance complète aux professionnels de santé tentés par l'aventure. Filiale du groupe de maisons de retraite SGMR, et installée dans le Doubs, cette entreprise a réalisé plusieurs projets de maisons de retraite avant d'entamer sa diversification vers les pôles de santé pluridisciplinaires. Leur vitrine est sans conteste la maison médicale des bords de Seille à Bletterans dans le Jura, récemment visitée par Nicolas Sarkozy, et régulièrement citée par les pouvoirs publics comme LE modèle à imiter. Si cette maison médicale n'a pas été conçue directement par PS Concept, elle l'a été par une société dirigée par Francis Piot, nommé depuis responsable de PS Concept.

Assistance juridique.

C'est d'ailleurs cette firme qui accompagne aujourd'hui la maison médicale de Bletterans dans plusieurs de ses projets de développement. « Nous avons actuellement six projets de maisons médicales finalisés ou en cours de finalisation », indique Francis Piot au « Quotidien ». Ces réalisations sont essentiellement situées en Alsace, en Bourgogne et en Franche-Comté. La société intervient dans la création d'une maison de santé « comme opérateur, et non comme propriétaire des murs, car il est important que les professionnels de santé s'approprient leur maison de santé », continue Francis Piot. Ainsi, quand PS Concept est sollicité par des professionnels de santé désireux de monter une telle structure, sa prestation se concentre sur des points précis : assistance juridique, solutions de financement, études architecturales et organisationnelles, suivi du chantier, mise au point de budgets prévisionnels, choix de solutions informatiques et téléphoniques, aide à la mise en place de procédures de gestion, formation et aide au démarrage de la structure, ainsi qu'une assistance durant la première année de fonctionnement. « Pour une maison de santé regroupant une douzaine de professionnels de santé, l'investissement d'un médecin généraliste tournera en moyenne autour de 100 à 150 000 euros. Tout dépend du prix du foncier, de la taille du parking, et de l'aide éventuelle des collectivités territoriales », ajoute Francis Piot. De plus, entre le premier contact avec les professionnels de santé et la remise des clés du pôle de santé, le délai n'excède pas 18 mois : « C'est un problème crucial, ajoute Francis Piot, car l'expérience nous prouve qu'une équipe de professionnels de santé ne reste motivée sur ce type de projet que sur un délai assez court. Nous allons vite pour ne pas les démotiver. » Mais il arrive « assez souvent » à l'entreprise de refuser un projet : « soit parce qu'il ne nous paraît pas suffisamment pluridisciplinaire, ou bien encore parce qu'il nous semble qu'il n'y a pas de vrai projet médical derrière le projet architectural », continue Francis Piot.

Réticences.

Mais cette initiative ne suscite pas l'enthousiasme partout. Pour le Dr Michel Serin, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), le danger serait en effet « de trop formater sur un modèle unique les maisons médicales. Pour notre part, nous préconisons plutôt de créer des projets adaptés à la réalité de chaque territoire et de chaque équipe de professionnels ». Une critique que balaie Francis Piot, qui affirme « apporter son expertise aux équipes de professionnels de santé, mais dans le souci de leur spécificité, et en tenant compte des réalités ou contraintes de terrain ». Pour le Dr Luc Duquesnel, responsable du dossier des pôles de santé à l'URML des Pays de la Loire, « si une société de ce type est réellement soucieuse de la réalité et de la qualité du projet médical qui sous-tend la réalisation d'une maison de santé, les prestations qu'elle offre peuvent présenter un intérêt ». Il regrette cependant que PS Concept ne s'adresse qu'à des professionnels de santé libéraux et pas à des collectivités locales ou territoriales : « ça veut dire qu'ils ne prendront pas en charge des projets situés dans des zones déficitaires en offre de soins, car, dans ces zones, les professionnels libéraux ne souhaitent pas devenir propriétaires des murs, de peur de perdre une partie de leur investissement au moment du départ à la retraite ». Luc Duquesnel espère également que le cahier des charges que se fixe l'entreprise pour l'élaboration des pôles de santé est identique à celui élaboré par la CNAM, sans trop y croire toutefois puisque ce cahier des charges prévoit notamment des installations prioritairement en zones sous-médicalisées.

Le projet de maison médicale du Bergopré à Schirmeck (synthèse d'un article paru dans les DNA le 29 février 2008).

Lors de sa dernière réunion, le Conseil Municipal de Schirmeck a examiné l'aménagement du parc de Bergopré. Il est prévu dans ce dernier l'édification d'une maison médicale. Selon son concepteur, Francis PIOT, « *c'est un espace ouvert au service des patients, il est bien intégré au site en présentant la capacité d'accueillir des services médicaux, paramédicaux, agrémentés par des locaux à usage médical.* » Pour le Maire de Schirmeck, Frédéric BIERRY, « *l'objectif est l'accueil de 4000 patients par semaine.* »

Le projet prévoit le regroupement de 7 médecins. La place est également prévue pour l'accueil d'un podologue, d'un dentiste, d'un kinésithérapeute ou d'une infirmière. Au final, la maison de santé sera calibrée pour accueillir une douzaine de professionnels.

Pour Francis PIOT, cette structure sera créatrice d'emplois : « *en plus des médecins, six personnes au moins seront embauchées à temps plein.* »



Credit photo : www.psconcept.com

4.6. Attractivité des territoires : inciter et/ou contraindre l'installation de nouveaux médecins?

Selon une étude de l'Ordre des Médecins, près de six étudiants en médecine sur dix accepteraient de s'installer en zone rurale ou en banlieue à condition que les pouvoirs publics les incitent à le faire...

Mais seulement 46% des jeunes médecins seraient prêts à le faire (Sondage BVA).

La société BVA a mené l'enquête de décembre 2006 à février 2007 auprès de 4 200 futurs médecins - étudiants en DCEM2 et troisième année d'internat - et jeunes médecins inscrits au tableau de l'Ordre depuis moins de cinq ans. Les réponses au questionnaire ont confirmé une tendance forte : la répartition territoriale des jeunes médecins se fait de plus en plus au profit des centres-villes (34 %) et des petites villes de province (27 %), les zones rurales n'attirant que 18 % d'entre eux, les banlieues pavillonnaires, 13 % et les cités populaires 8 %.

Les étudiants en médecine sont prêts à faire des efforts pour réduire les disparités en matière de démographie médicale. Près de six sur dix (58%) accepteraient de s'installer en banlieue ou en zone rurale à condition que les pouvoirs publics les incitent à le faire. Plus d'un tiers d'entre eux (36% et 37%) se disent même prêts à s'y installer sans condition préalable. Les jeunes médecins sont plus réticents à l'idée d'exercer dans une zone rurale ou un quartier populaire, même avec incitation à la clé : moins d'un sur deux (46%) se dit prêt à franchir le pas.

Si la grande majorité (88%) des étudiants en médecine et des jeunes médecins pensent que les pouvoirs publics ont raison de prendre des mesures incitatives à l'installation dans les secteurs sous-dotés en médecins, ils sont pessimistes sur les résultats. Seuls 34% à 37% d'entre eux pensent que les pouvoirs publics réussiront à réduire une partie des disparités en matière de démographie médicale par les mesures qu'ils proposent. L'argent n'est pas la mesure qui intéresse le plus les étudiants en médecine. Pour rendre efficace l'incitation à l'installation dans une cité populaire, les mesures visant à remédier à l'isolement sont plébiscitées. Ainsi, favoriser l'exercice en lieux multiples arrive en tête (21% des répondants), suivi de la majoration de 20% des actes médicaux et consultations pour les médecins installés en groupe (19%). Pour faciliter l'installation en zone rurale, les futurs médecins souhaitent d'abord l'aide à l'installation : la mise à disposition d'un local professionnel par la municipalité est citée par 26% des répondants.

Pour le Conseil de l'Ordre, cette enquête prouve que seul un ensemble de mesures incitatives poussera les jeunes médecins à s'installer dans les zones rurales et en banlieue. L'organisme plaide en faveur d'une meilleure communication de telles incitations. »

Sources : www.maire-info.com www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

La liberté d'installation des médecins est un principe qui fait débat aujourd'hui. En annonçant sa volonté de le remettre en cause dans le cadre du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », le Président de la République a provoqué une levée de boucliers chez les syndicats de médecins. Au-delà du débat politique, le rapport 2008 de l'Observatoire National des ZUS souligne que la densité médicale est en moyenne deux fois moins importante dans les ZUS que dans le reste du territoire. Cette caractéristique concerne d'ailleurs plus fortement les spécialistes.

A la lumière de ces constats, il semble donc nécessaire de développer des mécanismes d'incitation. En Alsace, l'absence de zones sous-médicalisées n'encourage pas les collectivités locales à se saisir de la question. En revanche, de nombreux exemples d'incitations financières ont été mis en place par des collectivités comptant des zones sous-médicalisées.

Quand les collectivités locales cherchent à attirer un médecin en ZUS : l'exemple de Magny les Hameaux (78).

« Alors qu'elle ne comptait plus que 3 généralistes pour 10 000 habitants, la commune a entrepris d'attirer un quatrième médecin dans un quartier situé en ZUS. Selon le DGS de la Commune, Emmanuel Cattiau, les difficultés sont nombreuses : médecins des alentours déjà surchargés, craintes des professionnels de santé quand aux conditions de vie et d'exercice dans les quartiers sensibles... L'aide à la mise à disposition de locaux, en jouant l'intermédiaire avec des bailleurs, pourrait être une mesure efficace, mais elle est difficile à mettre en oeuvre car la distorsion de concurrence est interdite [...] La collectivité doit donc s'investir fortement, sans garantie de résultat ».

Source : la lettre du cadre territorial



5. En conclusion...

5. En conclusion

L'Alsace ne compte aujourd'hui aucun territoire prioritaire au nom de la sous-médicalisation. Toutefois, cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés auxquelles le Pays de la région mulhousienne sera confronté dans les années à venir. Dans ce contexte, il est important de développer, aujourd'hui, des solutions innovantes permettant d'assurer un futur service médical de qualité sur tout le territoire. Tant les collectivités locales que les médecins doivent se saisir des enjeux posés par la démographie médicale.

Aujourd'hui, la question de la densité médicale dans le Pays de la région mulhousienne ne peut pas encore être considérée comme un sujet inquiétant. Cependant, elle risque de le devenir à court ou moyen terme pour certaines zones du territoire. De plus, le vieillissement structurel de la population du Pays de la région mulhousienne est un facteur supplémentaire à prendre en compte dans l'estimation de la charge de travail des médecins généralistes libéraux.

Le taux de réponse au questionnaire met en lumière l'importance de l'objet de l'étude pour les médecins. Cependant, nous pensons que la problématique de démographie médicale doit absolument être étendue à l'ensemble des médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Un suivi annuel de la dynamique d'installation des médecins à l'échelle du Pays de la région mulhousienne pourrait aussi être un outil de veille pertinent.

A l'heure où le débat parlementaire autour du projet de loi « portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », et notamment son article 15 (Régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité) a permis de porter sur la place publique la question de la répartition des professionnels de santé sur le territoire, il semble important que les collectivités locales se saisissent de ce qui risque de devenir un problème dans les 10 ans à venir.

En l'absence de zones sous-médicalisées clairement identifiées par la Mission Régionale de Santé, il apparaît en effet que les réponses aux problèmes posés par la démographie médicale et, au delà, par les questions d'offre et d'accès aux soins qui en découleront, appartiennent aux collectivités locales qui constituent le Pays de la région mulhousienne.

Si Mulhouse et la CAMSA semblent armées pour faire face au problème, notamment dans les Zones Urbaines Sensibles, grâce aux outils existants (Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Atelier Santé-Ville, Réseau Santé mulhousien), les autres Etablissements Publics de Coopération Intercommunale pourraient manquer de moyens et d'ingénierie pour faire face à une éventuelle pénurie de médecins généralistes. La prise en compte de l'enjeu soulevé par la démographie médicale appelle donc une stratégie concertée et équilibrée sur l'ensemble du territoire.

Tout, cependant, ne doit pas porter sur les épaules des collectivités locales. Pour intégrer les mutations structurelles de leur profession et de leur statut, et atteindre un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les médecins sont invités à modifier leurs habitudes de travail. Il s'agit pour eux de rechercher de nouvelles formes d'organisation du travail qui s'appuient notamment sur la mutualisation des moyens et la collaboration interprofessionnelle (maisons médicales de santé, maisons pluridisciplinaires,...) : les médecins doivent s'approprier ces nouveautés et devenir acteurs des projets.

Pour alléger leur charge de travail administratif, les médecins peuvent aujourd'hui devenir des employeurs. Souvent très indépendants, ce changement d'habitude ne doit pas être vécu comme une contrainte mais bien comme un atout. A ce titre, ils peuvent intégrer les opportunités offertes par les nouvelles formes d'emploi (groupements d'employeurs, portage,...) : les acteurs de l'emploi ont donc ici un rôle important à jouer.

C'est donc une réponse multiple et concertée qui devront apporter collectivités territoriales, médecins, et acteurs de l'emploi face à la diminution du corps médical dans le Pays de la région mulhousienne dans les prochaines années.

Cette réponse pourra intégrer une action ciblée en direction des étudiants en médecine. Cela permettrait peut-être de réhabiliter à leurs yeux la profession de médecin généraliste libéral, et d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour la faire correspondre à leurs exigences en termes de qualité de vie. Une communication accrue entre médecins en poste, étudiants et collectivités permettra de construire une véritable réponse territoriale à la baisse de la densité médicale dans le Pays de la région mulhousienne.

Constats	Problèmes identifiés	Solutions	Freins
Vieillessement des médecins généralistes dans le Pays de la région mulhousienne	Pas de renouvellement des générations de médecins.	Augmenter le numerus clausus.	Décision politique nationale.
	Le territoire n'est pas assez attractif pour les jeunes médecins.	Faciliter l'installation pérenne de plus de jeunes médecins.	Coût élevé des incitations car le territoire du Pays de la région mulhousienne n'est pas classé en zone sous-médicalisée.
	Une profession peu attirante pour les étudiants en médecine.	Promouvoir la médecine de ville à la Faculté de Médecine.	Décision politique nationale.
Densité médicale faible, notamment dans certains quartiers prioritaires	Le territoire n'est pas assez attractif pour les jeunes médecins.	Faciliter l'installation pérenne de plus de jeunes médecins.	Coût élevé des incitations car le territoire du Pays de la région mulhousienne n'est pas classé en zone sous-médicalisée.
	L'exercice individuel de la médecine de ville n'attire plus les jeunes praticiens.	Favoriser le travail en réseau (associations, regroupement de médecins, maisons pluridisciplinaires de santé).	Coût élevé de certaines de ces solutions pour les professionnels.
	La féminisation de la profession a comme conséquence une volonté de voir la charge de travail baisser au profit de l'épanouissement personnel.		L'éclosion de tels projets nécessite un leadership fort souvent incompatible avec l'individualisme des médecins généralistes libéraux.
	La charge de travail des médecins généralistes augmente sans cesse.	Développer le secrétariat médical sous toutes ses formes, notamment celle du portage salarial et du recours à des salariés en temps partagé.	Les médecins ne sont pas des chefs d'entreprises.
	Mauvaise image des quartiers prioritaires auprès des jeunes médecins.	Montrer aux futurs médecins que les quartiers prioritaires ont des atouts.	Nécessite un investissement lourd de la part des facultés de médecine (stage dans les quartiers prioritaires,...) et des collectivités locales.



**Maison de l'Emploi
et de la Formation**
du Pays de la Région Mulhousienne