



ACTES

Colloque offre de soins de proximité

9 JUIN 2005

Bibliothèque Nationale de France

UNION REGIONALE
DES MEDECINS
LIBERAUX
D'ILE DE FRANCE

2005

Comment garantir un accès aux soins de qualité en Ile-de-France ?

Les patients sont de plus en plus demandeurs de soins,
les médecins en exercice vieillissent,
les jeunes médecins en formation, majoritairement des femmes, ne souhaitent plus s'installer en Ile-de-France ou souhaitent travailler à mi-temps.

Face à ces constats comment garantir un accès aux soins de qualité en Ile-de-France ?

Anticiper ces changements pour mieux répondre aux besoins des populations est un enjeu majeur pour les élus locaux et leurs administrations.

C'est autour de cet enjeu que l'AMIF et l'URML ont construit ce colloque.

Public concerné:

- Maires d'Ile-de-France
- Maires-adjoints à la Santé et à l'Aménagement du territoire
- Directeurs de cabinet, Chefs de Cabinet
- Administrations sanitaires et sociales ...

<p>Secrétariat du Colloque : URML Ile-de-France 104 Bld du Montparnasse -75014 Paris Tel : 01.40.64.14.70 / Fax 01.43.21.80.34 Email : secretariat@urml-idf.org -Site Internet : www.urml-idf.org</p>

SOMMAIRE

Allocution d'ouverture :	4
Dr Bernard Huynh - Président de l'URML Ile de France	
M. Claude Pernes - Président de l'AMIF Ile de France	
Démographie médicale en Ile-de-France : le désert médical de tous ?	9
Mme Dominique Polton - Directrice IRDES	
Mr Michel Peltier – Directeur de la DRASS Ile-de-France	
Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé	
Qui s'installe en Ile-de-France et comment ?	16
Etude du laboratoire francilien de la démographie médicale	
A quoi rêvent les jeunes médecins : Enquête livre blanc	
Dr Olivier Mir –Président du Syndicat des Internes Parisiens (SIHP)	
Les recours aux soins des populations franciliennes.....	25
Mr Dominique Cherasse – Directeur de l'URCAM Ile-de-France	
Diagnostic local.	30
Cartographie locale et perspectives par l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France (IAURIF) – présenté par Mr Gérard Lacoste – Directeur	
Témoignage : Mr Jean-Pierre Fourcade – Maire de Boulogne Billancourt	
Mr Philippe Kaltenbach – Maire de Clamart	
Aménagement sanitaire du territoire : le regroupement une solution d'avenir	42
Mr Philippe Ritter – Directeur de l'ARH Ile-de-France	
Les avantages du regroupement des médecins	
Témoignage de médecins installés en Ile-de-France :	
Dr Bruno Silberman– Président de la Section Spécialistes de l'URML Ile-de-France	
Dr Jean-Philippe Grundeler – Vice-président de l'URML Ile-de-France	
Comment travailler ensemble au maillage de notre territoire.....	56
Mr Jean-Claude Boucherat - Président du Conseil Économique et Social Ile-de-France	
Mr Claude Pernes – Président de l'Association des Maires d'Ile-de-France	
Dr Bernard Huynh – Président de l'URML Ile-de-France	

Allocution d'ouverture :

Dr Bernard Huynh - Président de l'URML Ile de France
M. Claude Pernes - Président de l'AMIF Ile de France

Dr HUYNH, Président - Messieurs les présidents, mesdames et messieurs les directeurs, chers confrères, mesdames et messieurs, je vous remercie d'être ici. Il me semble que votre présence aujourd'hui est un signe d'une conscience aiguë d'un problème, conscience que peu de gens ont actuellement.

Parler aujourd'hui de démographie médicale reste encore quelque chose qui n'est pas fréquent. Nous sommes ici une sorte d'avant-garde qui n'est toutefois pas isolée puisque aujourd'hui, dans le midi, se tient également un congrès des médecins territoriaux qui s'interrogent sur le même sujet.

Cette interrogation, cette anxiété me semblent tout à fait justifiées parce que la démographie est l'une des rares sciences exactes. Il est probable que tous les enfants ou presque, qui ont aujourd'hui un an, auront vingt et un ans dans vingt ans. C'est une chose qui est assez facile à prévoir avec une marge d'erreur tout à fait contrôlée. On sait aussi que les médecins ayant la cinquantaine aujourd'hui, en moyenne, auront la soixantaine dans dix ans. Naturellement, à ce moment-là, leur aspiration sera moins de continuer leur activité professionnelle qui est relativement contraignante, fatigante avec de longues journées en libéral, avec des responsabilités importantes que chacun d'entre nous conçoit. On peut donc imaginer que la prédiction d'une diminution de 23 % des médecins libéraux et des médecins en général sera vérifiée.

On peut également dire que dans les années 2015/2020/2025, il y aura un creux de démographie important. On dit toujours que cela va remonter après, mais ce n'est pas toujours vrai. Certaines professions ou organisations sont bouleversées par une diminution drastique de la démographie.

En clair, certaines espèces ne se reproduisent pas quand il reste un seul individu. Le fait d'imaginer qu'une diminution va forcément se traduire par une augmentation ensuite n'est pas certain dans la mesure où l'attraction d'une profession est subordonnée aussi à un certain nombre de facteurs qui sont liés au stock de praticiens.

Actuellement, devant cette prédiction d'une diminution importante du nombre de médecins qui aboutira à des difficultés d'accès aux soins pour nos concitoyens, rien ne nous rassure.

Imaginons que l'on va transférer une partie des activités des médecins sur les infirmières qui, elles-mêmes, sont déjà peu nombreuses, et de ne pas être assez nombreuses, cela ne rassure pas.

Imaginons que l'on va transférer l'activité des hospitaliers sur les libéraux ou inversement, ce n'est pas non plus rassurant parce qu'il y a des deux côtés cette diminution du nombre de praticiens.

Si l'on se projette de façon pessimiste, la prédiction est la suivante : le nombre de gynécologues obstétriciens passera de 2 000 à 145. Quand j'aurai 65-70 ans, il y aura en

Ile-de-France moins de 200 accoucheurs, ce qui n'est pas beaucoup. Même si l'on réduit énormément notre champ d'activité, je pense que ce sera difficile pour les patientes.

D'autant plus qu'être jeune et s'engager avec l'idée de travailler pour dix praticiens est quelque chose d'inconcevable. Les internes, tous les jeunes médecins et tous ceux qui entrent dans ces études nous ont dit qu'ils ne comptent pas vivre en travaillant 90 heures par semaine pendant des années, comme les générations précédentes ont pu le faire.

En tant que président de l'Union régionale des médecins libéraux Ile-de-France et en tant qu'élu de mes 25 000 confrères libéraux, j'ai voulu, avec les autres élus, réfléchir à ce problème de la démographie des médecins, libéraux en particulier, puisque la fonction de l'URML est de s'occuper de tous les problèmes de santé publique qui concernent les médecins libéraux. Nous nous focalisons sur cette partie de la médecine.

Il est évident que cette médecine libérale ne peut se concevoir qu'en relation avec les autres professionnels de santé, y compris les médecins de toutes les autres catégories. C'est d'ailleurs l'une des fonctions, une des missions légales de l'Union, qui est de s'occuper de l'organisation des soins et de la coordination avec les autres professionnels de santé.

C'est aussi une des missions instituées par la loi et le décret qui nous ont installés que de s'occuper de l'accès aux soins. C'est pourquoi nous posons aujourd'hui la question de savoir comment résoudre le problème du creux démographique des années 2015-2025, et comment faire pour que ce creux ne soit pas irréversible et n'aboutisse pas à une diminution importante de l'accès aux soins. Cela aurait pour conséquence des soins de moins bonne qualité et serait dommageable pour ceux qui sont les plus vulnérables, qui en ont le plus besoin et qui ont le moins de moyens d'une façon générale.

Notre projet est donc d'aboutir à ce que ce creux de 23 % ne soit pas de 100 % pour la médecine libérale, pour faire en sorte que l'on puisse organiser l'accès des médecins plus jeunes à notre profession et qu'on leur propose bientôt, avec l'aide des municipalités et des pouvoirs locaux, un accès qui soit professionnellement et humainement supportable.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes rapprochés des maires d'Ile-de-France au travers de leur président, Claude PERNES, et parce qu'il nous semble que c'est au niveau local que les initiatives doivent être prises car c'est à ce niveau que les gens subiront les plus graves conséquences.

On ne peut pas imaginer qu'il y ait un médecin intercommunal pour dix communes en Ile-de-France. Or, il y a déjà des zones considérées comme fragiles alors même que nous sommes dans le ventre de la pyramide des âges. Aujourd'hui, dans notre région, plusieurs dizaines de zones sont considérées comme déficitaires.

Pour que ces zones ne s'étendent pas, pour que nos concitoyens en Ile-de-France continuent à avoir un accès aux soins de bonne qualité, dix ans ne sont pas trop pour se préparer. Je vous remercie.

(Applaudissements).

M. Claude PERNES, Président - Bonjour mesdames et messieurs.

Cher président, merci d'avoir favorisé la tenue de cette rencontre et merci, - je pense que cela doit être une découverte pour beaucoup d'entre nous - d'avoir choisi ce haut lieu de la pensée comme centre de nos réflexions ce matin.

Il n'est pas courant en effet, que les médecins et les élus, se rencontrent et bavardent. Chacun a ses préoccupations, et pourtant, à y bien réfléchir, on s'aperçoit que nous avons de très nombreux points communs, notamment le fait, vous et nous, d'être au service de nos concitoyens et de faire en sorte de leur apporter le bien-être et le mieux-vivre.

Cette matinée d'aujourd'hui sera consacrée à ces problèmes importants de démographie, et sera le lieu d'une réflexion peut-être plus approfondie sur le rôle des uns et des autres et sur ce que peuvent apporter dans leur domaine les élus locaux.

Vous avez commencé par évoquer la démographie. Il est vrai que comme science exacte, on ne fait pas mieux. Je m'aperçois que certains regardent les courbes avec appréhension - et vous semblez en faire partie - et d'autres avec délectation et bonheur, parfois. Je pense en particulier au Premier ministre dont nous avons entendu le discours de politique générale, hier. Je sais qu'il a les yeux rivés comme son prédécesseur sur les courbes démographiques françaises qui annoncent dans les faits qu'une grande partie de nos concitoyens vont passer de l'âge actif à celui de la retraite. On sent bien que tous les départs, même s'ils ne seront pas remplacés à cent pour cent, seront remplacés et que cela pèsera sur le chômage. C'est bien là la principale des difficultés aujourd'hui rencontrées par notre pays.

Les maires sont des élus généralistes. Quand on a un problème dans une ville, on ne frappe pas à la porte du conseiller général ou régional, encore moins du préfet ou du député, mais à celle du maire. C'est par le courrier ou dans sa salle d'attente que le maire est tenu au courant de la « bonne santé » de sa population, dans tous les sens du terme. Je vous avoue être très fier quand un visiteur me dit en partant : « *Au revoir docteur, vous m'avez fait un grand bien avec vos paroles.* » C'est vrai que nous avons souvent à mettre en place les mêmes écoutes à l'attention de nos concitoyens. Nous sommes un peu des généralistes du cadre de vie, et nous sommes intéressés par tous les problèmes touchants nos concitoyens, et donc celui de la santé.

Certains maires ont mis en place des centres municipaux de santé, en essayant d'avoir un équilibre harmonieux entre la médecine libérale et une médecine plus aidée. Nous sommes en contact avec les médecins sur le plan scolaire, sur le plan sportif. Certaines villes ont mis en place des médecins sportifs. Nous sommes également confrontés à une médecine un peu particulière, celle dont ont besoin les jeunes qui s'inscrivent dans nos missions locales. Beaucoup d'entre eux, déstructurés, frappent à la porte de nos missions locales et doivent y trouver tout à la fois de quoi régler leurs problèmes familiaux, sociaux et professionnels, mais également leurs problèmes de santé. En l'occurrence, nous avons là des rôles à jouer.

Nous sommes également aux premiers postes - on le voit bien souvent dans la presse - dès lors qu'il s'agit de sauver nos hôpitaux, nos cliniques. Quand on apprend la fermeture d'une maternité, les maires mettent leur écharpe bleu-blanc-rouge et vont défiler à la tête de leurs concitoyens. De même quand il s'agit de sauver une clinique. Je sais que le directeur régional de l'ARH, M. Ritter, va nous rejoindre. Il est certain que dans les plans

de réorganisation, de restructuration, les maires essaient de sauvegarder à chaque fois les équipements qu'ils peuvent avoir sur leur territoire, tout cela au nom de la proximité.

Nous nous sommes également intéressés au problème des urgences, et de leur mise en place, là où cela peut se faire, là où il y a des médecins volontaires. Nous essayons de permettre l'organisation des gardes en offrant des lieux et des moyens qui sont utiles pour éviter d'engorger les urgences.

Bref, en y réfléchissant bien, on s'est aperçu avec le docteur HUYNH que beaucoup de réflexions dans ce domaine pouvaient nous être communes.

Si l'on parle aujourd'hui de démographie sur le plan médical, les maires sont un peu spectateurs. On connaît les difficultés des médecins, la longueur des études, les problèmes aujourd'hui de responsabilités qui sont les vôtres. On comprend que des vocations risquent de ne pas voir le jour à cause de telle ou telle responsabilité nouvelle. Vos problèmes d'assurance nous sont également familiers.

Les pouvoirs publics avaient comme mission de réduire à chaque fois que c'était possible le trou de la Sécurité sociale en mettant en place un certain nombre de moyens. Je sais que vous êtes confrontés aujourd'hui aux problèmes du médecin non pas référent, mais du médecin traitant, et que la date du 1^{er} juillet annonce, avec ce changement de gouvernement, un peu d'incertitudes pour la mise en place d'une nouvelle réforme. Vous allez certainement être amenés à en dire quelques mots.

Pour conclure cette introduction, je me réjouis aujourd'hui d'être à vos côtés, et je souhaite qu'ensemble, médecins, professions médicales et élus locaux, nous nous penchions sur le problème et que nous essayions de voir ce que nous pouvons apporter dans le cadre de nos compétences respectives. C'est tout l'objet de cette matinée.

J'aurai le plaisir tout à l'heure d'accueillir deux de mes collègues maires, Jean-Pierre FOURCADE, maire de Boulogne-Billancourt et Philippe KALTENBACH, maire de Clamart, qui viendront également donner le point de vue des maires sur le sujet.

Pour ma part, je serai obligé de vous quitter à 10 heures 30, et je vous demanderai de bien vouloir m'excuser. Je suis le maire de Rosny-sous-Bois où il y a Bison futé. A chaque changement de gouvernement, le nouveau ministre de l'équipement vient à Rosny-sous-bois devant les caméras. Il sera à 11 heures 30 chez moi. Je me dois de l'accueillir.

Je vous remercie et je vous souhaite une bonne matinée.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur :

Après ces deux brillantes introductions de nos Présidents, je vais inviter les trois premiers intervenants à me rejoindre à la tribune, à savoir Mme Dominique POLTON, M. Michel PELTIER et M. Olivier MIR.

La matinée sera consacrée à un sujet majeur en termes d'aménagement du territoire et d'offres de soins, comme vous l'avez compris, avec un programme relativement lourd et une ambition de terminer à 12 heures 45, ce que nous essaierons de faire. Il me revient d'être le gardien du temps.

Mme Dominique POLTON, directrice de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui est sans doute l'institut le plus productif tant sur le qualitatif que quantitatif en matière d'économie de la santé en France. A ce titre vous

siégez en tant que personne qualifiée au sein de l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS), présidé par le professeur BERLAND*, Observatoire qui a reçu pour mission du ministère de la santé sous le Professeur MATTEI : « La coordination et la synthèse de l'ensemble des travaux en matière de démographie et d'offres de soins, et ce afin d'éclairer la prise de décisions politique dans ce domaine ».

Je laisse la parole à Mme POLTON qui, ce matin, a gentiment accepté de nous livrer un panorama national de l'évolution de la démographie des médecins.

Démographie médicale en Ile-de-France : le désert médical de tous ?

Mme Dominique POLTON - Avant de mettre le projecteur sur la situation francilienne, je vais vous donner quelques grandes tendances que l'on voit au niveau national et les perspectives qui vont structurer la situation de l'Ile-de-France. Ce contexte est en pleine évolution. Il est tout à fait clair qu'aujourd'hui, on est à un tournant par rapport aux années vécues jusqu'à présent.

Nous avons des évolutions de plusieurs ordres : démographique, avec des projections qui nous montrent une inflexion très forte des effectifs de médecins, mais aussi d'autres évolutions qui viennent s'ajouter, et notamment des évolutions plus sociologiques en termes d'évolution des modèles d'exercice professionnel, des aspirations et des attentes des jeunes générations de médecins, ceux-ci rencontrant une demande de soins qui est elle-même en évolution.

C'est donc bien au travers de la conjonction de ces trois types d'évolution que l'on est amené à ouvrir une réflexion, et sans doute à agir pour essayer de faire évoluer ces modèles professionnels ou ces modalités d'exercice, de façon à garder un accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire.

Le premier élément, ce sont les évolutions démographiques. Nous sommes à un tournant. Nous avons atteint un plateau en termes d'effectifs de médecins, et à partir d'aujourd'hui, les flux d'entrées dans la profession, en tout cas, ceux issus des études de médecine - il peut également y avoir des flux d'immigration qui ne sont pas comptabilisés -, ceux qui sortent des facultés de médecine ne seront pas suffisants pour compenser les départs en retraite avec pour hypothèses de monter le numerus clausus à 7 000 par an à partir de 2006 et de maintenir les départs en retraite à 64 ans. Ces hypothèses pourraient éventuellement évoluer. S'il est vrai que les prévisions démographiques sont précises, elles peuvent aussi s'appuyer sur des hypothèses fausses.

En conséquence, l'effectif de médecins diminuera de l'ordre de 10 % au niveau national entre aujourd'hui et 2025, donc en vingt ans. C'est donc 10 % en termes d'effectifs, mais c'est plus en termes de densité, qui évoluerait plutôt autour de - 16 % d'ici vingt ans, puisque la population continue à augmenter même si le rythme est ralenti par rapport à la période passée.

Voilà la projection globale.

S'agissant des soins de proximité, si l'on poursuit les tendances actuelles, la baisse pourrait être moins accentuée pour les généralistes que pour les spécialistes. Encore que, aujourd'hui, les résultats de l'examen national pourraient être problématiques en termes de formation des généralistes, puisque beaucoup de postes n'ont pas été pourvus l'année dernière. Nous verrons ce qui se passe cette année. Mais si les répartitions généralistes/spécialistes se poursuivent par rapport à la tendance passée, la baisse sera moins accentuée pour les généralistes.

Voilà pour l'effectif global.

Pour réfléchir à l'évolution des modalités d'exercice, il est également très important de considérer les évolutions de la structure démographique du corps médical.

L'âge moyen des professionnels augmente de façon assez significative, ce qui n'est pas sans conséquence en termes de pénibilité de certaines activités, des gardes, des contraintes horaires etc. Il est certain que ces éléments seront à prendre en compte.

Le deuxième aspect qui est souvent commenté, c'est la montée progressive des femmes au sein de l'effectif des médecins. On a tendance à dire que c'est un problème parce qu'elles travaillent moins que les hommes. On remplace donc des gens qui travaillaient par des gens qui travaillent beaucoup moins. C'est plus profond, et je pense que la profession médicale n'est pas la seule en cause. L'arrivée massive des femmes dans ce type de métier va de pair avec un changement des modèles d'exercice professionnel.

C'est la fin du modèle dans lequel la vie familiale était organisée autour d'un homme médecin, travaillant beaucoup, et d'une épouse qui soit l'assistait, soit était sans profession. Dans les couples, l'un et l'autre travaillent avec des professions de niveau supérieur ; la vie s'organise différemment, avec un partage temps de travail et une organisation familiale différents aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans ce scénario global de baisse de 16 % de la densité, si aucun paramètre ne changeait, la situation de la région francilienne serait plutôt accentuée par rapport à cette perte. Compte tenu de la structure d'âge de ses professionnels, des flux d'arrivées dans la région prolongeraient ceux d'aujourd'hui, et elle perdrait plus de 20 % de l'effectif de ses médecins, soit une baisse de densité de 25 % à 30 %. Cela étant, plus on va à la fine, plus il faut être prudent.

On peut s'interroger sur la situation des régions qui sont tout de même attractives. Les médecins qui quitteront ces régions, seront peut-être plus facilement remplacés que dans des régions plus attractives puisque la concurrence est moindre. Cela peut constituer un facteur d'évolution des comportements qui font que des flux plus importants se dirigeront vers ces régions qui, auparavant, étaient saturées. On peut en tout cas penser à cette hypothèse. Mais il est vrai que si l'on est resté dans la poursuite des tendances actuelles, la situation en Ile-de-France serait encore accentuée par rapport à cette baisse.

J'ai repris le titre « *désert médical pour tous ?* ». Heureusement qu'il y a un point d'interrogation.

Il y a un an, pour une intervention devant le CNOM, j'ai eu l'occasion de me plonger dans tout ce que l'on avait dit au cours des années '90 de la pléthore médicale, discours qui ne venait pas seulement des pouvoirs publics. C'était omniprésent. Il fallait à toute force reconverter immédiatement un maximum de médecins, les sortir de la profession, parce que cela allait avoir des conséquences extraordinaires sur le système. J'ai tout de même l'impression que l'on est en train de reproduire à l'inverse, c'est-à-dire en termes de pénurie, cette même angoisse qui dans toutes les années '90, a traversé le système en recherchant des solutions à une situation jugée impossible.

Il me semble, et les pays qui nous entourent le montrent, qu'une certaine flexibilité est possible en matière de la démographie médicale. Celle-ci dépendant de l'organisation dont on s'est doté, on peut aussi faire évoluer cette organisation. La baisse du nombre des médecins - sans dire qu'elle sera facile à absorber - sera peut-être aussi l'occasion de repenser les modes d'exercice.

Au travers des chiffres - qui doivent être pris avec prudence parce que les comparaisons internationales sont parfois trompeuses -, nous constatons qu'au fond, la démographie et la densité médicales sont tout de même extrêmement variables. Certains pays sont dans

des situations extrêmes et manquent un peu de médecins, mais on y est tout de même assez correctement soigné. Je pense au Canada, par exemple. Peut-être y a-t-il effectivement des tensions plus fortes sur l'offre de soins. Ils sont tout de même à deux médecins là où nous sommes à 3,3 !

On peut réfléchir à une organisation fonctionnant avec un peu moins de médecins.

La première conclusion de cela est tout à fait claire : assurer des soins de qualité avec moins de médecins suppose d'économiser cette ressource médicale qui deviendra plus rare, et que l'on n'a peut-être pas non plus cherché à économiser à une époque où les effectifs croissaient de manière très importante. Cela signifie optimiser les conditions d'exercice, mettre en œuvre des éléments comme des supports de secrétariat et des systèmes d'informations qui facilitent la vie des médecins. Même si ce n'est pas la panacée - mais les durées de formation sont tout de même beaucoup moins longues pour les paramédicaux que pour les médecins -, il faudra réfléchir éventuellement à réorganiser la répartition des tâches entre professionnels, et voir ce qui dans le temps du médecin est totalement irremplaçable et doit absolument être préservé.

Deuxième type d'évolution dont M. HUYNH a déjà parlé : on a beaucoup de médecins et on n'en a jamais eu autant qu'aujourd'hui. Nous sommes encore dans la situation de plateau. Pourtant, on voit d'ores et déjà que dans certaines zones, des difficultés existent pour remplacer des médecins qui partent à la retraite et pour, globalement, continuer à garantir le maillage de proximité actuel, notamment dans les zones rurales et certaines zones périurbaines. Nous avons là des zones non attractives pour les jeunes générations.

Cela traduit bien ce que l'on disait au début, à savoir une évolution des aspirations des médecins et une évolution des modèles professionnels qui sont à la fois dans les modalités de travail et les conditions d'exercice. Au sein de la commission démographie médicale, on a beaucoup parlé de la volonté de se former, de la possibilité de se faire remplacer pour cela, de la nécessité d'échange, montrant un refus relatif d'un exercice très isolé qui était tout de même le modèle dominant de la médecine libérale. On a beaucoup évoqué les déroulements de carrière avec la possibilité d'avoir plusieurs postes, avec l'éventualité de changements au cours de sa vie professionnelle. Les conditions d'exercice reprennent aussi les éléments de qualité de vie, que ce soient les horaires, les contraintes de gardes, les congés - là aussi, il s'agit de la capacité à se faire remplacer -, les niveaux d'équipements dans la zone d'installation, le fait que les modèles familiaux et professionnels sont forcément liés et que la question de l'emploi du conjoint se pose plus aujourd'hui etc.

Dans tout cela, le niveau de revenu escompté est un élément qui compte. Si c'était un élément déterminant, on verrait que les zones rurales où les médecins gagnent assez bien leur vie, ne seraient pas aujourd'hui en désaffection comme elles le sont. La question se pose beaucoup plus en termes de conditions d'exercice et de qualité de vie qu'en termes purs de revenus. C'est tout de même éloquent sur les incitations, et les types d'incitations auxquels cela renvoie.

Il faut abandonner l'idée que le médecin isolé qui travaillait dans un canton, sera remplacé à l'identique par un même médecin travaillant tout seul dans ce même canton. Toutes les régions sont différentes et la situation de la région francilienne peut se poser de manière différente. La région francilienne inclut des zones bien différentes. Mais globalement, il faut tout de même dépasser cette idée et raisonner sur des zones plus larges. Peut-être

faut-il concentrer des moyens sur des zones qui permettent d'atteindre toute la population, mais à partir d'un centre dans lequel on regroupe sous des formes différentes des médecins qui peuvent, en travaillant ensemble, permettre les remplacements, la formation, assurer la permanence des soins dans des conditions correctes etc.

De ce point de vue, il faut aussi réfléchir à une possibilité de palettes de modalités d'exercice. De plus en plus, des jeunes médecins hésitent à s'installer en libéral. Il faut peut-être leur proposer d'autres solutions. En tous les cas, il faut certainement être ouverts sur les façons de travailler et les modalités que l'on peut proposer.

Pour conclure, il me semble que ces deux évolutions sont très importantes. La première est devant nous ; la deuxième, on la touche du doigt dès aujourd'hui. Cette évolution va rencontrer une demande qui va évoluer. Il y a beaucoup d'éléments d'évolution de la demande de soins. Je veux en citer deux qui me paraissent aussi devoir être prises en compte pour structurer ce que sera la médecine de proximité de demain :

- d'une part, le vieillissement, non pas sous l'aspect de déferlante sur le système de l'assurance maladie. L'impact du vieillissement en tant que tel ne me semble pas si important, il met en jeu d'autres choses qui sont des effets de génération. Mais il est clair que cela crée des besoins de soins de proximité, d'autant que les plateaux techniques seront amenés à se concentrer et que le retour au domicile ou la capacité de garder cette fonction de soins de proximité sera d'autant plus importante.

- d'autre part, il semble que la France, malgré son système extrêmement performant, n'est pas encore totalement armée pour la meilleure prise en charge des pathologies chroniques. Je pense notamment à la mise en place pour le plus grand nombre du parcours de soins, c'est-à-dire la capacité à faire en sorte que les gens n'aient pas un contact avec le médecin, mais bien un ensemble d'éléments qui constituent un suivi organisé et protocolisé, y compris dans sa dimension préventive.

Dans ce domaine, l'enjeu est bien celui-là, même si c'est un peu caricatural de le présenter de la sorte parce que les médecins diront qu'ils suivent leurs patients. Aujourd'hui, quelle est la proportion de médecins qui peuvent sortir la liste de l'ensemble des gens atteints de diabète, ou de femmes pour lesquelles ils doivent vérifier les questions de calendrier de dépistage, et proposer ce suivi ou cet acte préventif ? Notre médecine, même avec la qualité individuelle, n'est pas organisée pour cela. Cela plaide pour le passage à une organisation collective non seulement pour permettre que les aspirations des médecins soient compatibles avec ce que l'on attend d'eux, c'est-à-dire qu'ils desservent l'ensemble de la population, mais aussi pour permettre de passer à une responsabilité sur une population vivant sur un territoire. Celle-ci disposera d'un ensemble de médecins de première ligne qui sont ses premiers interlocuteurs et qui peuvent assurer ce suivi et cette gestion des parcours de soins.

Cela plaide un peu pour des projets qui sont ancrés dans des territoires locaux, d'où l'importance de tout ce qui tourne autour de ces questions de territoires comme lieux dans lesquels on peut proposer un projet global aux jeunes générations.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur – Merci, Dominique POLTON, d'avoir présenté avec autant de clarté les évolutions à venir et d'avoir posé les enjeux du sujet qui nous intéresse aujourd'hui.

J'invite M. PELTIER, directeur de la DRASS d'Ile-de-France, à nous présenter la déclinaison régionale de la présentation de Mme POLTON. En tant que directeur du comité régional de l'Observatoire national des professionnels de santé, vous avez accepté de nous présenter une photographie de ce qu'est aujourd'hui la profession de santé, la population des professionnels de santé, à l'échelon francilien.

M. Michel PELTIER - Merci de votre invitation à ce colloque.

Je veux aussi faire remarquer que les chiffres que je vais vous présenter fournissent matière à réflexion au comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Je tiens à saluer la participation très active de l'URML Ile-de-France aux travaux de ce comité régional.

Il me revient de faire un zoom sur l'Ile-de-France et sur sa démographie médicale. Je parlerai également de l'environnement paramédical, et de sa démographie, puisque l'exercice des uns peut être lié à l'exercice des autres.

Concernant les médecins en Ile-de-France, les données sont très claires : la densité est très supérieure à la moyenne nationale, notamment pour les spécialistes. Il convient également de remarquer la part plus importante du salariat en Ile-de-France, en sachant néanmoins que l'on a du mal à y faire la part des activités qui relèvent directement de l'organisation du système de soins. Il semblerait qu'un salarié sur quatre exerce en dehors du système de soins. C'est aussi une précision à prendre en compte. Mais cette vision très générale ne rend pas compte de la réalité plus fine.

Quand on passe au niveau du département, on constate de très fortes disparités au sein de la région, que ce soit pour les généralistes et les spécialistes.

Si l'on affine la réflexion et que l'on passe au niveau cantonal, les disparités apparaissent encore plus grandes. Pour faire cette présentation, on s'est calé sur des repères donnés par l'Observatoire national et on a classé les densités cantonales en trois groupes. On remarque que près de la moitié des cantons d'Ile-de-France sont dans le niveau faible de la densité médicale, alors que globalement, elle est très forte. 122 cantons sont dans le groupe densité faible, et cela concerne 44 % de la population. Si l'on va encore plus loin, et que l'on regarde l'activité des médecins, notamment des généralistes libéraux, il semble y avoir une corrélation entre densité et activité. Nous avons seulement 12 cantons à activité forte. Cela veut dire que la densité forte renvoie peut-être à une activité relativement faible.

Quand on croise deux données, à savoir activité des médecins, consommation par habitant et densité faible de la démographie médicale, on zoome sur 8 cantons où les médecins ont une activité forte et où la consommation par habitant et la densité médicale sont faibles. On peut donc se poser des questions sur l'accès aux soins. Cela concerne près de 250 000 habitants dans la région.

Mme POLTON vous a présenté les projections nationales. Les projections à 2025 sont les suivantes : en région Ile-de-France, on constate une très forte diminution de la densité médicale, puisque l'on perd environ près de 20 % des médecins entre 2002 et 2025. Si

l'on voit de manière beaucoup plus précise, on a des spécialités où la chute est beaucoup plus importante. On perd environ 50 % des psychiatres et 50 % des ophtalmologues dans la région Ile-de-France, ce qui peut poser d'énormes questions.

Quels sont les flux d'entrées dans la profession ? Pour ce faire, on a regardé les données relatives à l'internat. On a aujourd'hui le produit des années de numerus clausus faible puisque nous avons environ 1 000 entrants par année en région Ile-de-France.

Quels sont ces entrants ? On voit l'importance des spécialistes en Ile-de-France, et notamment par rapport à la médecine générale. Ces données ont été évoquées tout à l'heure.

Si l'on « zoom » sur des spécialités un peu sanctuarisées, filiarisées, cela donne le graphique de droite.

Comment se situe la région Ile-de-France dans le numerus clausus ? On s'aperçoit que les évolutions que l'on connaît vont sans doute amener l'Ile-de-France à « souffrir » du rééquilibrage entre régions puisque les augmentations vont moins lui bénéficier qu'aux autres régions. C'est vrai également pour l'internat où l'on constate que les courbes remontent un peu plus sur la France entière que celles de l'Ile-de-France.

Entre 2002 et 2025, il y aura une assez forte évolution de la répartition entre spécialistes et généralistes. D'un côté du graphique figure la situation en France et de l'autre, celle de l'Ile-de-France. On devrait observer une inversion de la tendance : les généralistes devraient représenter plus de 50 % de la population médicale, ce qui est assez différent de la situation d'aujourd'hui.

Je vais dépasser la démographie médicale pour voir la situation des infirmières en Ile-de-France puisque ce sont deux activités qui peuvent être liées au moins pour la qualité du service offert à la population. En Ile-de-France, nous avons une densité infirmière très inférieure à la moyenne nationale, et une part beaucoup plus importante de salariés. Cette densité relativement faible se traduit par des vacances d'emplois dans les hôpitaux, que l'on a chiffrées, mais qui doivent être prises avec précaution. Ce qui est remarquable en Ile-de-France, c'est la faiblesse de la densité de l'exercice libéral des infirmiers, qui est très en dessous des chiffres nationaux.

Pour autant, on a fait des efforts très importants de rentrées dans les écoles d'infirmiers. Vous le constatez à travers ces chiffres. La réalité est parfois un peu plus difficile que la décision administrative. Il ne suffit pas d'augmenter les quotas pour que les infirmiers rentrent réellement dans les écoles, et il ne suffit pas qu'ils y rentrent pour réussir leur formation. On a sans doute un peu trop d'échecs dans les formations en Ile-de-France.

Je disais tout à l'heure qu'il y avait de fortes disparités cantonales pour les médecins. C'est encore plus vrai pour les infirmiers dans l'exercice libéral. Vous voyez une majorité de cantons à densité très faible. Cela peut également être inquiétant, notamment pour faire face à la prise en charge des personnes âgées dans la région. Il y a donc une densité faible dans de nombreux cantons et une activité forte dans une corrélation tout à fait normale des infirmiers en Ile-de-France.

Cette présentation démontre qu'il faut se garder de voir les chiffres uniquement au niveau régional. D'où l'importance d'un regard très territorialisé sur les densités médicales et paramédicales.

(Applaudissements)

Dr. Pierre Jacques IZEMBART - Je suis un peu étonné de ne voir depuis tout à l'heure que des choses virtuelles. Je souhaite lire ce que j'ai écrit à la fin du document.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Nous y reviendrons monsieur. Nous donnerons la parole à la salle tout à l'heure et nous viendrons à des questions beaucoup plus concrètes par bassin de vie.

Vous êtes sans doute très impliqué au niveau local, mais avant de construire l'échelon local, il fallait dresser un panorama général.

Je laisse la parole à Olivier MIR, président du syndicat des internes hospitaliers parisiens. Maintenant que les généralistes ont accédé au statut de spécialistes, ce syndicat représente l'ensemble des médecins en formation en Ile-de-France. Il a produit un travail intéressant, un peu plus prospectif, sur ce que souhaitent les jeunes médecins pour leur avenir professionnel, surtout quand ils font le choix de l'exercice libéral.

Qui s'installe en Ile-de-France et comment ?

M. Olivier MIR - Je tiens tout d'abord à vous remercier de votre invitation.

Je souhaite rappeler que le syndicat des internes des hôpitaux de Paris est une association qui a également un rôle syndical, unique représentant des internes d'Ile-de-France, membre de l'intersyndicale nationale des internes des hôpitaux, qui est la structure représentant les internes au niveau national auprès de nos autorités de tutelle. Elle a également un rôle associatif ; elle reçoit l'adhésion de 80 à 85 % des internes d'Ile-de-France avec une petite variabilité, un écart type de 5 %, d'une année sur l'autre.

Nous avons souhaité mener, et ce en collaboration avec l'URML Ile-de-France, une analyse croisée entre médecins spécialistes, notamment libéraux, et internes, de façon prospective pour évaluer quelle était cette population qui s'installera plus tard en Ile-de-France. Avant de dresser des plans qui sont peut-être parfois utopiques pour aménager la démographie médicale en Ile-de-France, il est intéressant de s'attacher d'une part à définir ce qu'elle est déjà - les deux interventions précédentes ont pu vous le décrire - et d'autre part, ce qu'elle pourrait devenir et quelles sont les aspirations des futurs professionnels de santé.

Nous avons donc distribué en mars 2003, lors du choix de stage des internes, près de 800 questionnaires, avec le soutien du Laboratoire francilien de la démographie médicale, questionnaire qui était composé de trois parties :

- la première partie concernait la formation pour déterminer un peu selon les internes quels étaient les critères de choix de leur spécialité, et comment s'organisaient leurs études médicales ;
- la deuxième partie concernait plutôt leur avenir professionnel, à savoir comment les internes envisagent l'exercice de la médecine, quels sont les déterminants de leur installation libérale ou déterminant leur exercice qui peut être hospitalier ou mixte ;
- la troisième partie concernait plus précisément la médecine libérale. Le but était de savoir quelle perception ils ont en cours d'internat ou en début de cette médecine libérale, et sous quelles conditions ils envisagent l'exercice libéral.

Les 800 questionnaires ont reçu réponse de 52 % de femmes et de 48 % d'hommes, avec une répartition par filière qui est à peu près homogène, sachant que l'on a eu un fort taux de réponses dans les filières chirurgicales et médicales.

Une analyse a été menée selon le genre, d'une part en raison des effets de la féminisation du corps médical dont Mme POLTON a pu vous parler précédemment, et d'autre part une analyse selon la promotion d'internat, pour essayer de gommer les effets générations ou les effets secondaires de la filiarisation, de la séparation de certaines spécialités médicales.

Enfin, nous avons fait une analyse selon le type d'exercice de la spécialité choisie, les perspectives n'étant pas les mêmes pour des spécialités qui ont un exercice exclusivement en consultation ou un exercice plutôt médico-technique comme peuvent l'avoir les praticiens en imagerie médicale, ou encore l'exercice en établissement de soins pour la chirurgie, l'anesthésie, la gynécologie obstétrique et les spécialités listées sur le document.

La première question posée concernait l'intérêt intellectuel qui guide le choix d'une spécialité. On leur a demandé quel était le critère ayant influencé le choix de la spécialité. Un tiers des internes ont répondu que c'était l'intérêt intellectuel ou pratique. La qualité de vie à terme était importante pour 15 % des répondants. Finalement, la rémunération n'était un critère déterminant que pour moins de 10 %, ce qui effectivement fait réfléchir sur d'éventuelles incitations financières et leur impact auprès de cette population.

Deuxièmement, il a été question de l'image que les futurs médecins pouvaient avoir de la médecine libérale. Les conditions d'exercices de la médecine libérale en France sont jugées favorables par 43 % des internes interrogés et défavorables par 57 %. Il y a deux façons de lire ce graphique : le verre est à moitié plein ou à moitié vide. Mais globalement, on peut en déduire que les praticiens en formation ont une image globalement plutôt négative de la médecine libérale, bien souvent par méconnaissance.

Pour ce qui est des conditions de la médecine libérale, il y a des spécialités où c'est relativement marquant, notamment pour les obstétriciens, les pédiatres, qui sont des spécialités à forte pénibilité, avec une responsabilité qui est non négligeable et des primes d'assurance qui grimpent d'année en année, et une inquiétude croissante au sein des jeunes spécialistes concernés par l'exercice de ces spécialités.

S'intéressant aux freins éventuels à la pratique libérale, le risque financier n'est évoqué que par un interne interrogé sur cinq. En revanche, les charges administratives semblent une préoccupation majeure pour plus d'un quart des personnes interrogées. On retrouve également dans les thèmes évoqués, le temps de travail hebdomadaire avec, comme on a pu vous le dire en introduction, une certaine inquiétude quant à la permanence des soins et les horaires de travail hebdomadaire et les conditions de travail et d'installation.

L'évolution de la relation médecin/patient est une préoccupation pour 12 % des personnes interrogées, avec surtout le thème récurrent d'un certain consumérisme qui pourrait se présenter chez nos patients avec peut-être des disparités d'un département à l'autre en Ile-de-France.

La faible diversité de la pratique et un avenir incertain sont des freins éventuels à la pratique libérale pour environ un interrogé sur six.

Sur les 800 internes interrogés, près de 60 % qu'ils soient en début ou en fin de cursus, envisagent un exercice mixte, à la fois libéral et hospitalier. Assez peu souhaitent se diriger vers l'exercice exclusivement libéral. Ce choix est plutôt masculin. On le rencontre essentiellement dans les spécialités médicales de consultations et dans les spécialités médico-techniques.

En revanche -c'est peut-être la conséquence de la féminisation de la profession-, on se retrouve vers une demande de plus de 60 % des internes de pouvoir exercer de façon mixte à l'hôpital et en libéral avec une répercussion sur la qualité de vie et l'organisation de leur temps de travail, qui est conséquente.

Promouvoir les échanges entre la ville et l'hôpital : les internes ont demandé de façon majoritaire, à savoir 71 %, qu'un système contractuel plus souple remplace le dispositif actuel des vacations en milieu hospitalier. L'obtention de ces vacations, que ce soit d'attaché ou d'un poste de praticien hospitalier contractuel, étant souvent soumise à des conditions qui leur paraissent rébarbatives, parfois incompréhensibles. C'est un système qui est en tout cas mal connu. Beaucoup envisagent mal, dans les conditions actuelles, de pouvoir accéder à ce genre de fonctions.

Enfin, il est important de noter que l'exercice solitaire du médecin de ville disparaît. En effet, parmi les gens qui souhaitent se diriger vers un exercice libéral, à temps partiel plutôt qu'à temps complet, l'exercice en cabinet de groupe ou en clinique est plébiscité par rapport à l'exercice solitaire qui devient marginal. C'est peut-être la peur de l'isolement, la volonté de pouvoir mieux aménager son temps de travail. 3,7 % des interrogés répondent vouloir s'installer en cabinet de façon solitaire.

Enfin, il est important de noter que la région Ile-de-France n'attire plus. Les cartes que l'on vous a montrées font l'état des lieux aujourd'hui, début du 21^{ème} siècle. On sait que dans les vingt ans à venir, pour les jeunes qui sont actuellement en formation, il y a un vrai désir de s'installer hors de l'Ile-de-France. 50 % des répondants souhaitent s'installer hors de l'Ile-de-France. Plus d'un interne francilien sur quatre, soit 27 %, sait déjà qu'il s'installera hors d'Ile-de-France, les autres souhaitant s'installer préférentiellement plutôt dans la petite couronne que dans la grande couronne ou le reste de l'Ile-de-France.

Parmi les critères considérés comme importants dans la détermination du lieu d'installation, ressortent l'origine familiale, la possibilité professionnelle du conjoint, l'opportunité de reprise de cabinet, la possibilité de s'installer en cabinet de groupe. Certains critères sont parfois plus inhérents à la qualité de vie du médecin qu'aux modalités précises de son exercice, notamment la proximité d'un établissement scolaire, de commerces, de structures culturelles. Il est important de souligner que les déterminants ne sont pas nécessairement liés à la pratique de la spécialité ou à l'exercice considéré, mais plutôt à ce qui va autour, à la possibilité d'avoir un cadre de vie autre.

Les mesures incitatives à l'installation telles que définies en 2003, faisant un peu abstraction de ce qui a été prévu par la loi du 13 août et les textes actuellement en gestation sur l'aménagement du territoire, ces mesures, telles qu'elles étaient perçues à l'époque, sachant qu'il y a tout de même une très mauvaise connaissance de la part des internes de celles-ci, étaient a priori accueillies favorablement par 62 % des interrogés. Toutefois, il y a 18 % d'absence de réponses, et une certaine méconnaissance de ces mesures qui sont souvent jugées un peu hâtivement dans la mesure où on ne leur fait pas une grande publicité.

Enfin, ce Livre blanc des internes, qui constitue une photographie en 2003 des desiderata des jeunes spécialistes devrait être un outil à utiliser pour essayer de guider les réformes à venir :

- sur un nouveau mode d'exercice a priori plutôt mixte que libéral, en groupe plutôt qu'en exercice solitaire ;
- sur la façon de rendre un territoire attractif ;
- sur la réforme de l'exercice hospitalier, notamment dans ces liens avec l'exercice libéral, sachant qu'une grande partie de nos futurs collègues exerceront en libéral, même si cet exercice est mixte et pas exclusivement libéral.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci aux trois premiers intervenants d'avoir brillamment fait ce diagnostic.

Nous allons passer aux questions de la salle.

En premier lieu, Monsieur PELTIER, vous nous présentez encore l'Ile-de-France comme l'une des régions avec pléthore de médecins. Pourtant, il s'avère qu'aussi bien au niveau

hospitalier que libéral, on rencontre de nombreuses difficultés de recrutement des médecins. L'hôpital francilien enregistre notamment des records en termes de postes vacants.

Au niveau des médecins libéraux - le Dr IZEMBART qui est intervenu dans la salle pourra peut-être apporter son témoignage -, il y a une vraie difficulté à trouver des remplaçants, voire des successeurs à son activité.

J'ai envie de demander aux trois intervenants si, finalement, tous ces médecins que l'on enregistre dans les chiffres franciliens sont vraiment acteurs de soins.

M. Michel PELTIER - Dans la part importante du salariat, une proportion non négligeable de médecins est dédiée à des activités qui ne sont pas tournées vers le système de soins. Ce sont peut-être des points qu'il faudrait davantage mesurer.

M. Olivier MIR – Quand on parle de carence dans la prise en charge de patients, il n'y a pas que la démographie médicale qui joue, il y a également une modification des comportements et de la consommation de soins.

Je sais que les médecins sont là, mais la demande de soins a augmenté, notamment en psychiatrie. On nous dit toujours que la densité de psychiatres en France est très supérieure à celle d'autres pays d'Europe, mais la demande de soins est conséquente avec un nombre de demandes d'hospitalisation en secteur a augmenté de façon assez impressionnante. C'est plus de 25 % sur ces deux dernières années. On en est à des chiffres qui n'ont jamais été connus auparavant.

C'est la même chose pour la pédiatrie, où en Ile-de-France la demande de soins est assez importante, avec un taux de natalité plus élevé que dans le reste de la France.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Y a-t-il une première question ou un témoignage ?

Dr. Pierre-Jacques IZEMBART - Je souhaite simplement livrer mon témoignage.

Je suis médecin généraliste depuis trente ans, dans un cabinet de groupe en Seine-et-Marne, où nous sommes huit médecins généralistes. Nous faisons 25 000 actes par an à huit. Deux de nos confrères sont partis : l'un est parti comme médecin hospitalier ; l'autre est décédé il y a deux mois. Depuis cette époque, je suis à la recherche d'un successeur et je ne trouve personne.

Je m'étonne que l'on ne puisse pas trouver un jeune confrère pour prendre le relais. Je pourrais vous répondre sur un certain nombre de questions que vous allez me poser, mais je suis dans la difficulté la plus totale. De huit confrères, nous sommes passés à six et nous avons 25 000 actes par an à assurer et nous sommes vieillissants. J'ai 58 ans, et mes confrères ont en moyenne 52 et 53 ans.

Nous travaillons en société civile de moyens dont les charges représentent environ 168 000 euros par an. Tout cela sera à répartir dorénavant sur six médecins. Nous nous retrouverons à la fois à travailler plus, c'est-à-dire plus de 60 heures par semaine, prendre en charge des patients dont nous n'avons pas envie ni besoin, avec des charges de prise en charge de nos cabinets médicaux plus importantes encore, et nous nous retrouvons avec moins d'argent.

Cette situation est catastrophique et les pouvoirs publics n'en ont pas conscience. C'est un témoignage de tous les jours. Je vous invite à venir au groupe Rabelais pour le constater.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci de ce témoignage qui illustre parfaitement la raison pour laquelle nous nous sommes réunis aujourd'hui.

Dr. Pierre Jacques IZEMBART - Mes propos sont résumés en dernière page du document qui vous a été distribué.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Effectivement.

Trouver de nouveaux modes d'exercice, séduire les jeunes médecins, peut-être également réussir à leur faire mieux connaître l'exercice libéral : il y a de réels enjeux à ce niveau-là.

Madame POLTON, monsieur Olivier MIR, avez-vous des débuts de solutions ?

Mme Dominique POLTON – Par ce témoignage, vous avez raison de souligner que la situation est d'ores et déjà grave dans un certain nombre d'endroits. C'est toujours la capacité de réaction suffisamment rapide qui est interpellée. Les pouvoirs publics, les élus etc. essayent de s'organiser pour trouver des solutions à un problème dont je dois dire qu'il n'est pas seulement national, mais que l'on voit à l'œuvre dans tous les pays. Cela correspond, à mon avis, à des changements assez profonds. Bien que l'on ne puisse pas comparer les régions québécoises et les régions françaises ou canadiennes d'une façon générale, les Canadiens qui ont des politiques très actives depuis longtemps, arrivent à faire des choses. Mais ce sont des problèmes dont les solutions ne sont pas du tout du type presse-bouton.

On peut certainement faire beaucoup mieux que ce qui a été fait jusqu'à présent, et notamment en termes de mobilisation, d'incitation, d'organisation, de proposition de formes différentes. Tout cela a été beaucoup débattu au sein d'une commission récente qui était chargée de faire des propositions sur cette question. Il faut le mettre en œuvre et voir si cela fonctionne.

Toute une série d'incitations ont plus ou moins été prévues dans les textes, mais elles sont assez peu mises en œuvre aujourd'hui. Une structure à mission régionale doit définir des zones, des politiques structurées pour attirer des jeunes sur place ou tout simplement de maintenir les gens sur place.

Je ne pense pas qu'une solution toute simple et toute faite à ces problématiques existe, parce qu'elles viennent de choses très profondes. C'est à la fois un travail sur le territoire lui-même, qui ne concerne pas que les médecins. Il y a là aussi beaucoup à réfléchir sur le fait qu'un certain nombre de ces évolutions affectent d'autres professions. Dans la situation francilienne, des soucis font qu'il y a des difficultés à maintenir un certain nombre de services.

Je n'ai pas vraiment de solutions. Mais vous avez raison de souligner qu'il y a une certaine urgence à se mobiliser pour essayer d'avancer sur un certain nombre de choses.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Monsieur PELTIER vous pouvez sans doute nous parler des outils qui permettront justement d'inciter ou de faire connaître cette demande des médecins en exercice auprès des jeunes médecins, et Olivier MIR conclura sur la diffusion de ce qu'est l'exercice libéral auprès de cette jeune profession, afin qu'elle ait sans doute moins peur d'aller vers ce mode d'exercice.

M. Michel PELTIER - Sur les nouveaux outils, et notamment ceux issus de la loi de cet été, M. RITTER et M. CHERASSE en parleront plus savamment que moi.

Nous avons une mission d'information sur les jeunes médecins que l'on ne remplit peut-être pas assez. Avec les représentants des internes, on peut peut-être se donner l'idée d'avoir une espèce de plan d'action avec l'URML pour l'information des jeunes médecins à l'accès aux dispositifs, qui sont censés les aider à s'installer et à s'orienter vers un exercice plus acceptable pour eux.

M. Olivier MIR - Je crois qu'il y a un vrai défaut d'informations des jeunes professionnels de santé. Cela a été souligné.

Les mesures incitatives déjà existantes ont peu de succès parce que peu de jeunes médecins savent qu'elles existent. D'autre part, il y a une vraie carence d'informations sur l'exercice libéral durant les études médicales, hormis le cursus de médecine générale où les internes auraient la possibilité d'aller exercer pendant six mois, dans un cabinet auprès d'un praticien qui est responsable de leur formation auprès de l'université. Les futurs médecins spécialistes ne sont pas formés à l'exercice de la médecine libérale. Ils n'ont absolument aucune idée de ce que c'est. L'installation est un véritable parcours du combattant -on le répète sans cesse- et ils n'y sont pas préparés non plus.

Enfin, on a assez peu de connaissances des perspectives de carrières offertes soit par certaines spécialités, soit par leur exercice libéral qui peut se faire hors les murs de l'hôpital. L'hôpital couveuse après douze ans d'études est forcément plus rassurant pour le jeune médecin en formation que la perspective d'aller s'installer sans aucune certitude sur les lendemains.

Par conséquent, il est effectivement important de s'atteler à bien informer les futurs professionnels de santé sur les perspectives qui sont offertes, et les faire s'intéresser à la pratique de la médecine libérale.

Il y a eu des expériences pilotes en anesthésie à Lyon. Les internes ont la possibilité pendant six mois de leur cursus de faire un stage dans une clinique libérale. D'une part, ils sont très contents parce qu'ils découvrent un monde d'exercice totalement différent, d'autre part, un certain nombre d'actes techniques sont enseignés et pratiqués en libéral qui ne le sont pas toujours de façon courante à l'hôpital.

Je crois qu'il y a un vrai gain en termes de qualité de formation. Ce n'est pas seulement une formation. Il y a un gain technique sur l'apprentissage des futurs professionnels.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Par ailleurs, au plan pratique, nous avons également l'intention de créer une bourse qui soit un lieu d'échange et d'information sur les offres en territoire francilien pour les jeunes médecins en fin de formation.

Il faudra, je crois, que l'ensemble des acteurs s'y penche sérieusement afin que la diffusion soit plus fluide.

Y a-t-il des élus locaux qui souhaite s'exprimer sur ces questions de démographie?

Mme Sophie REJOUT* - Je ne suis pas élue locale, mais une jeune médecin installée dans l'Essonne depuis quelques années. Je souhaite rebondir sur plusieurs points.

Je suis tout à fait d'accord avec l'analyse du SIHP sur la qualité de vie, sur le fait que c'est probablement un des critères d'installation.

Concernant le changement de statut, je fais partie du syndicat national des jeunes médecins généralistes. Nous avons beaucoup travaillé sur le contrat collaborateur, en particulier avec l'Ordre. Je pense que cela peut effectivement être un statut que l'on n'a pas en médecine, qui peut aider à trouver des collaborateurs et à passer la main ensuite en second plan. C'est un statut que l'on attend depuis longtemps, et on espère qu'il verra le jour en début d'année.

La question de la permanence de soins en médecine générale n'est pas résolue, malheureusement. Même en Ile-de-France ! Pour y être attachée, surtout dans l'Essonne, c'est encore le flou, globalement. Dans certaines régions, en particulier dans le sud de l'Essonne, il n'y a plus de garde. Il y a des systèmes du type SOS Médecins qui ne se déplacent pas. Je pense que cela peut être un frein à l'installation.

Je ne dis pas que tout régler traitera les freins à l'installation, mais le fait de ne pas régler la permanence de soins n'incite probablement pas les jeunes médecins, et en particulier les femmes, à s'installer.

Quant à la prime à l'installation, on l'attend depuis 2002. Elle n'arrive pas. Je ne sais pas quelles sont les régions d'Ile-de-France qui en bénéficieront, mais si on l'attend depuis autant de temps, il est dommage qu'elle n'ait pas vu le jour plus tôt.

Dr. FELOUP*, président de l'Ordre des médecins de Seine-Saint-Denis - Je prends la parole pour confirmer les propos de notre confrère de Chelles, au sujet des difficultés.

Nous, institution ordinale, tous les jours, nous avons l'écho des difficultés d'installation, de la difficulté de trouver un successeur, un associé. Cela confirme la situation.

En Seine-Saint-Denis, nous avons mis en place un partenariat avec le conseil général pour voir quels sont les moyens à mettre en œuvre pour inciter les médecins à s'installer dans notre département et à ne pas fuir le département au moment de leur installation, puisque nous avons une faculté de médecine à Bobigny.

Nous sommes arrivés à la même conclusion, à savoir que l'incitation financière est réelle et utile, mais qu'elle est loin d'être suffisante. Nous arrivons également à la conclusion qu'il faut agir sur l'environnement, c'est-à-dire le conjoint, les enfants, les facilitateurs par rapport à la clientèle.

Je suis heureux d'entendre le syndicat des jeunes médecins et ce questionnaire, qui répond un peu à nos interrogations. La question que nous nous posons est la suivante : comment faire en sorte, en dehors d'une action directe vers nos étudiants de Bobigny, pour toucher les médecins, pour leur proposer des mesures incitatives ? Nous avons rencontré le représentant de l'Etat et du conseil général, qui seraient d'accord pour agir localement. Comment rendre plus fluide cette information qui passe mal pour que nous soyons, nous, institutionnels ou « décideurs » en phase avec la demande des jeunes médecins ?

Je rejoins également les propos de notre jeune consœur de l'Essonne concernant le problème de la permanence des soins, problème qui effraie les médecins. Quand on a une difficulté, un certain déficit de professionnels dans le département, il est certain que l'élément de la permanence, l'attitude dans un sens coercitif ou souple des autorités, est un élément supplémentaire d'incitation ou non à l'installation.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Je crois que les intentions existent du côté des jeunes médecins. Olivier MIR va peut-être nous apporter des éléments de réponses.

M. Olivier MIR - Je crois simplement qu'il faut penser à centraliser l'information, que ce soit au niveau national ou, idéalement, au niveau régional.

Dans le cas de l'Île-de-France, je crois que ce serait déjà un énorme progrès de pouvoir centraliser ces informations sur les postes hospitaliers vacants, les perspectives offertes par l'exercice libéral dans tel ou tel département et en fonction des conditions d'installation urbaine ou périurbaine.

Je suis heureux d'entendre M. PELTIER et l'URML se joindre à nous pour exprimer ce qui, je l'espère, ne restera pas un vœu pieux.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Un dernier témoignage.

Dr Norbert NABET*, Directeur Médical URML - Je représente la Basse et la Haute Normandie, régions dans lesquelles les densités de médecins libéraux ne sont pas de 100, mais plus proches de 60 et de 80. Le problème est plus aigu. Comme la personne qui vient de s'exprimer dans la salle, on ne trouve pas de remplaçant ou de repreneur.

Ce problème est quotidien et existe depuis des années dans ces deux régions. Poussés par la nécessité, les médecins ne cherchent plus forcément des confrères médecins libéraux pour s'installer, mais des paramédicaux. Comme l'a dit Mme POLTON, on n'est plus tellement à l'heure de remplacer l'existant, mais d'essayer de trouver de nouvelles manières de collaborer. Plusieurs médecins sont associés maintenant avec des podologues, des kinésithérapeutes, des dentistes, ce qui permet de partager les charges et d'initier un mode de fonctionnement et d'exercice vraiment différent. De plus, cela s'avère être vertueux pour la qualité de vie, la pratique et le bien-être du malade.

Le remplacement et l'installation constituent une difficulté importante. Dans ces deux régions, se sont créées, à l'initiative de l'URML, des agences de remplacement et d'installation. Le principe est extrêmement simple : les médecins qui ont besoin de remplaçant ou de successeur se réunissent avec les étudiants qui ont besoin d'expertise et d'expérience. Beaucoup peuvent en témoigner : les médecins en formation ne connaissent pas la médecine libérale. L'idée est d'organiser des stages, une espèce de partenariat, ou au moins un échange. Les étudiants qui se posent la question de l'exercice libéral, aussi bien en médecine générale que spécialiste, peuvent communiquer, aller voir la manière dont cela se passe, pas forcément remplacer. Ce n'est pas aussi élaboré que le contrat imaginé avec le conseil de l'Ordre, mais cela assure une information et une prise contact.

C'est un élément de réponse facilitateur. Ce n'est pas encore un franc succès, mais c'est le début et les volontés sont là. On voit bien que d'une manière générale, les cloisons qui étaient cause de perte d'efficacité dans le système sont en train, par la nécessité, parce que les problèmes sont beaucoup plus aigus dans ces régions, de sauter pour le bien de tous.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci. Je crois que nous avons sans doute à apprendre des régions qui souffrent de la pénurie depuis plus longtemps que l'Île-de-France. Il faudra peut-être que les acteurs institutionnels, les jeunes médecins se réunissent pour discuter de ce type de propositions.

Concernant votre cas, monsieur IZEMBART, comme vous êtes également acteur économique, je vous propose d'en rediscuter après le colloque pour voir comment on peut vous apporter une réponse plus rapide.

Merci à tous les trois. Je vous invite à regagner la salle, en restant à proximité des micros parce que votre témoignage pourra sans doute illustrer la suite des propos.

J'invite Dominique CHERASSE à rejoindre le pupitre pour parler de la demande de soins puisque après avoir fait l'offre, nous allons essayer de mesurer la demande.

L'URCAM, l'union régionale des caisses d'assurance maladie, que dirige M. Dominique CHERASSE a produit depuis déjà un certain nombre d'années des travaux de qualité en matière de mesures, non pas de la demande, mais du recours aux soins, qui permettent déjà d'avoir une illustration des besoins de la population francilienne.

Nous avons voulu vous demander de nous apporter cet éclairage aujourd'hui, monsieur CHERASSE.

Les recours aux soins des populations franciliennes.

M. Dominique CHERASSE - Sur le champ de la santé, il y a trois canaux d'irrigation :

- les choix individuels ;
- les enjeux économiques ;
- les responsabilités collectives.

L'URCAM n'a pas vocation à donner des solutions, mais à participer par des études de l'assurance maladie à la compréhension des phénomènes. Nous voyons qu'aujourd'hui émerge un nouveau discours par rapport à la situation médicale, plus fouillé même s'il reste encore quelques situations à corriger.

L'idéal serait, pour satisfaire nos interrogations, de pouvoir dire si la réponse correspond aux besoins. Malheureusement, personne ne sait ce que sont des besoins en santé. D'abord parce que tous les besoins ne sont pas exprimés, ensuite parce que dans ce qui est exprimé, tout ne correspond pas réellement à un besoin, mais on ne le sait qu'après.

Nous préférons nous en tenir à un aspect de recours, qui permet de considérer plusieurs choses.

Tout d'abord un volume de recours, une volumétrie. Nous allons notamment parler des actes des professionnels. Nous pouvons par exemple cibler les consultations et les visites qui étaient au nombre de 72 millions en une année pour les professionnels libéraux de ville.

On peut également approcher la notion de recours par des aspects plus nuancés sur l'âge des bénéficiaires. Si les omnipraticiens sont consultés 4,6 fois par bénéficiaire dans une année, tout âge confondu, on s'aperçoit que cette consultation passe à 8,2 actes en moyenne pour les plus de 75 ans.

Autre approche que l'âge, c'est l'état de santé connu. Il s'agit d'identifier les patients, et notamment à travers la connaissance des affections de longue durée exonérantes du ticket modérateur. Nous savons que 10,5 % de la population francilienne est touchée. Cette population consomme beaucoup plus - c'est assez logique - de consultations et de visites.

On a aussi une autre approche des recours avec la saisonnalité. Il est évident que le comportement des patients n'est pas le même, surtout aux extrêmes de la vie, la petite enfance et les personnes très âgées. Les périodes épidémiques touchent les plus vulnérables. Par exemple, on connaît la bronchiolite à l'automne.

Enfin, il y a le problème de la répartition géographique. Là aussi, on ne peut pas parler de l'Île-de-France, pas plus que d'une autre région de manière aussi globale où l'on est capable de croiser un certain nombre de déterminants de santé sur le territoire.

La carte des affections de longue durée montre selon les gradients une distinction très nette entre l'est et l'ouest. Les couleurs bleues seraient relativement « moins défavorisées ».

La deuxième carte, produite par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, concerne la mortalité générale. Il n'y a pas de pente naturelle quand on a une

affection de longue durée à décéder de cette affection, mais il y a tout de même une corrélation assez forte, du moins exacte, entre ces deux tendances. Cela permet d'approcher le problème du recours par rapport à des situations de santé précises.

Concernant les densités, nous allons uniquement parler, contrairement au discours précédent, de celles des médecins qui ont exercé au cours de l'année, qui ont eu des actes. On s'aperçoit que la densité des omnipraticiens est plus faible de 10 % en Ile-de-France qu'au niveau national. Et encore, nous avons une particularité : c'est un nombre élevé de médecins à exercice particulier, c'est-à-dire qu'ils font de l'acupuncture, de l'homéopathie, de l'allergologie. Cela ne signifie pas qu'ils ne traitent pas de patients, mais qu'ils ont un mode d'exercice particulier. C'est d'autant plus vrai que dans Paris, et un peu dans la petite couronne, ces médecins n'exercent qu'en exercice particulier, contrairement à ce qui se fait dans le reste de la France et même dans le reste de l'Ile-de-France où ces médecins ont tout de même un exercice généraliste à côté. Les Parisiens et la petite couronne, c'est vraiment un exercice particulier.

Si on les enlève pour connaître le nombre de généralistes à disposition du public, on s'aperçoit que la démographie francilienne donne des densités tout à fait défavorables, puisque nous sommes à 17 % ou 18 % d'écart par rapport à la moyenne nationale. Imaginez les écarts dans les situations des différents cantons. Nous y viendrons.

En Ile-de-France, la population s'installe beaucoup plus tard que dans le reste de la France, elle est plus âgée en moyenne et plus féminisée. Je ne reviens pas sur ces éléments déjà largement développés précédemment.

Au vu de la carte de la répartition des omnipraticiens, nous sommes en dessous de la moyenne régionale. Cette dernière n'est atteinte que dans les zones à partir du jaune et le niveau national n'est atteint qu'à partir du jaune foncé. La situation est donc extrêmement déséquilibrée dans la répartition de la densité médicale. Quand on parle de densité, il faut donc nuancer beaucoup plus.

Concernant la densité des spécialistes, on constate une très forte concentration au niveau de Paris et de la petite couronne. Plus loin, on voit les zones où les spécialistes sont quasiment absents, ce qui n'est pas sans incidences sur le mode de recours des patients.

L'espace régional francilien est polymorphe. On ne peut pas considérer une entité Ile-de-France, et nous le savons tous d'expérience, mais quand on regarde les choses de manière plus précise, c'est très intéressant.

Il y a les pôles urbains et un autre découpage, fait par l'Insee à partir de 1996, qui nous permet de rentrer dans des zones beaucoup plus contrastées. Tout le monde connaît les zones urbaines et zones rurales.

Nous avons travaillé avec l'IRDES, l'équipe de Dominique POLTON pour la France entière, à la demande des caisses régionales et avec l'ORS pour l'Ile-de-France plus spécifiquement, sur une approche de ce que l'on omet très souvent de regarder, c'est-à-dire les zones périurbaines. On pourrait faire la même étude sur les zones urbaines, mais on va parler du périurbain qui est moins connu.

On distingue quatre types de zones périurbaines. Je précise que cela concerne tout de même 868 communes et 1 200 000 habitants, c'est-à-dire l'équivalent d'un département de l'Ile-de-France. Ce sont des zones importantes et qui nous posent sans doute des problèmes plus particuliers.

Quand on parle d'installation de médecins, il faut entrer dans ces détails fins pour comprendre comment on peut essayer de travailler des solutions.

Les zones périurbaines blanches correspondent à la première typologie, que l'on appelle « favorisée », -tout étant relatif, bien entendu- c'est-à-dire un bon niveau de vie, un bon niveau de logement en moyenne, une densité médicale assez faible, avec des consommations modérées et des revenus satisfaisants quand on compare pour les professionnels qui exercent.

La deuxième zone intéressante correspond aux zones de croissance, avec des flux migratoires positifs. Beaucoup de jeunes s'installent, le logement est une maison individuelle ou des ensembles assez convenables et une bonne dynamique. Là aussi, c'est intéressant. Les densités médicales sont un peu faibles pour faire face. C'est logique. Quand la densité s'accroît, qu'il y a de fortes migrations, le mouvement des installations n'est pas tout à fait le même. Les situations sanitaires sont un peu contrastées.

La troisième catégorie, qui est extrêmement intéressante, correspond au périurbain rural, c'est-à-dire que le mode de vie rural ancien, bien que cela concerne un petit nombre de la population de ce secteur, est tout de même dominant. L'habitat est très espacé, les densités médicales sont très faibles. Celle des spécialistes est catastrophique. Il y a un réel problème, surtout quand on voit l'étendue à couvrir.

La quatrième catégorie correspond à la zone périurbaine en crise. Elle inclut 25 communes. Sur 6 communes classées en zone urbaine sensible appartenant au paysage périurbain, 5 de ces communes sont dans cette quatrième catégorie du périurbain en crise. Là, tous les indicateurs socio-économiques sont au rouge. Il y a un fort taux de chômage, beaucoup de RMI, beaucoup de médecins, beaucoup de densités généralistes et spécialistes, et une très forte activité.

Voilà comment on doit aborder les problèmes quand on parle de régler les problèmes locaux. Il faut avoir tous ces éléments à l'esprit, qui ont une incidence extrêmement forte.

Dernier point : on est aussi capable de recouper un certain nombre de ces informations de consommations et de territoires pour tracer les flux, ce qui est très intéressant sur le comportement des patients et qui peut induire les solutions que l'on peut construire.

Les couleurs représentent le taux de recours aux professionnels. Une couleur simple signifie que le flux principal vient de la commune elle-même, et les flèches signifient que le flux principal d'activité des professionnels installés dans les communes vient de l'extérieur. Le trait part de la commune d'où viennent les patients pour atterrir à la commune où ils consultent. Nous sommes sur les omnipraticiens. On constate déjà une certaine répartition, sachant que la consommation d'actes chez l'omnipraticien ou le généraliste est une consommation de proximité. La carte le démontre. On va au plus près, c'est-à-dire en bas de l'immeuble, par exemple, si l'on a la chance d'y avoir des médecins, et à la commune la plus proche. L'épaisseur du trait donne évidemment l'intensité du nombre de patients qui viennent consulter dans le secteur.

Je tiens à remercier, MM. Julien GALLY* et Serge MORET, respectivement statisticien et géographe de la santé à l'URCAM, qui ont réalisé ce travail qui n'est pas très simple à élaborer, mais assez parlant quand on se penche sur nos problèmes.

Concernant l'accès aux gynécologues, quand on a sorti les bases pour dresser cette carte, il n'y a pas eu plus d'une personne ayant consulté. Mais on constate qu'il y a une

forte concentration des gynécologues sur un certain nombre de sites, et que la population s'y rend. Là aussi, on consulte au plus près.

S'il y a des zones en blanc, c'est-à-dire sans aucune consultation, cela peut vouloir dire plusieurs choses : soit la population féminine n'a pas consulté de gynécologue à l'époque, soit qu'elle est très âgée, soit qu'elle a recours à un généraliste puisqu'il n'y a pas de gynécologue à proximité. N'oublions pas que c'est très fréquemment le cas en province.

On voit d'où vient la population. On constate donc des phénomènes de structuration de l'espace qui se sont développés spontanément de par la situation de l'offre existante et de la réaction des professionnels.

Pour les psychiatres, on a fait une carte un peu « psychédélique ». Nous savons qu'ils sont tous très concentrés au centre de la région. Il est donc normal de voir des flux. Curieusement, contrairement aux idées que l'on pourrait avoir, on consulte un psychiatre dans sa commune s'il y en a un, ou dans la commune la plus proche, en tout cas, dans le département. S'il n'y en a pas, ou que cela devient difficile, on consulte sur Paris. Compte tenu de la très forte concentration des psychiatres sur Paris, c'est normal. A Epinay, il y a un grand établissement spécialisé en psychiatrie. A Paris, dans le seizième arrondissement, il y a 100 psychiatres.

Voilà les choses que nous pouvons savoir.

Que mettons-nous à disposition ? Ce n'est pas tout d'être un acteur de l'analyse, d'avoir des éléments pour réfléchir ; nous avons essayé, et toutes les URCAM ensemble, de proposer quelque chose pour aider.

Tout d'abord, nous avons bâti un outil qui s'appelle C@rto Santé que vous pouvez trouver sur Internet en tapant C@rtosanté, en sachant que chaque région a mis le sien. Vous cliquez donc sur celle qui correspond à votre région. Nos amis de Normandie connaissent certainement bien cet outil.

On est capable de voir à la fois des populations, des densités médicales, des flux de patients, ce qui permet déjà d'avoir une idée assez précise de ce qui se passe dans le secteur considéré.

Je veux également dire pour les professionnels qu'il existe dans tous les services de relations avec les professionnels de santé, de chaque caisse primaire d'assurance maladie, un outil plus détaillé encore qui s'appelle C@rto Santé Pro, qui est capable de faire une analyse de marché.

Si on souhaite s'installer, ou si l'on réfléchit à une association, on clique sur la commune ou sur le périmètre communal qui intéresse, on regarde ce qui se passe, et on a une série d'informations.

On peut sortir trois fiches :

- la première porte sur la population avec les catégories socioprofessionnelles, l'âge, le sexe, les consommations médicales ;

- la deuxième portera sur l'activité des professionnels eux-mêmes, le nombre d'actes à pratiquer, le niveau moyen de rémunération. Tout cela reste anonyme. Il ne s'agit pas d'identifier tel ou tel bénéficiaire ;

- la troisième porte sur les autres acteurs de la santé, à savoir les auxiliaires médicaux, les autres professionnels présents dans le secteur.

Voilà à la fois des éléments de réflexion que nous avons souhaité apporter à ce problème qui vous préoccupe aujourd'hui et qui nous rassemble, que connaît d'ailleurs l'URML puisque nous travaillons en collaboration depuis un certain nombre d'années sur ces sujets. Nous échangeons ces informations. Les outils qui ont été construits pour permettre d'approcher les situations, faire des hypothèses de travail et essayer de favoriser l'installation là où elle est souhaitable.

Ce seront sans doute des pistes pour les travaux de la Mission régionale de santé dirigée par Philippe RITTER. Sont identifiées les zones déficitaires et les zones d'installations souhaitables des professionnels pour que les pouvoirs publics puissent prendre des décisions. D'ailleurs, ils reconnaissent que l'Ile-de-France n'est pas un paradis médical, que des solutions nationales descendantes ne sont pas forcément ce qui est adapté ni aux souhaits des patients, qui est tout de même notre première préoccupation, ni à la volonté des professionnels de s'investir, ni au rapport le plus souhaitable entre un volume d'offres capable de prendre en charge un volume de demandes.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci, monsieur CHERASSE.

Nous allons laisser la parole à M. LACOSTE. Le temps qu'il s'installe, nous pouvons prendre des questions dans la salle pour M. CHERASSE.

On s'aperçoit que nous vieillissons tous, monsieur CHERASSE, et qu'il va falloir trouver les moyens de répondre à la demande de santé qui augmente dans un système qui offre des marges budgétaires relativement faibles. Les nouveaux modes d'organisation et d'innovation - vous soutenez largement cette démarche à l'URCAM - sont à explorer pour trouver à moyens constants les solutions d'offres qui répondent à cette évolution de la demande.

M. Dominique CHERASSE - C'est une question d'organisation et non pas de moyens supplémentaires. Les moyens sont déjà là et ils ne sont pas insignifiants. Il faut mieux les organiser. Faire cela prend un certain temps. Il faut prendre un certain nombre de précautions. On ne peut pas faire la révolution sur un sujet comme la santé.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - La parole est à M. LACOSTE, directeur général adjoint de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France à qui nous avons confié un sujet difficile. Nous avons essayé en temps très réduit de construire une analyse de l'offre de soins ambulatoires à l'échelon local, en partant de l'exemple de deux communes - on ne pourra pas nous taxer d'avoir voulu faire du sensationnel parce que l'on a pris deux communes qui, en termes d'offre de soins, sont tout de même sur-dotées : Boulogne-Billancourt - et nous avons eu la chance d'avoir le témoignage de Jean-Pierre FOURCADE - et Clamart, avec le témoignage de M. Philippe KALTENBACH.

Diagnostic local.

M. Gérard LACOSTE - Je vais vous brosser un rapide tableau de la situation de l'offre et de la demande de soins localisées pour pouvoir introduire la présentation de ces deux communes qui permettront de rentrer un peu plus dans le concret par rapport au lien entre activités médicales et l'attitude des collectivités locales.

Mon travail est facilité puisque MM. CHERASSE et PELTIER ont déjà commencé à aborder cette question et ont montré quelques cartes qui donnent une petite idée des différences sur le territoire régional.

Personnellement, je veux avoir recours à la démographie qui a été évoquée, mais surtout parler ce matin de celle des professions médicales. Je vais vous donner quelques éléments sur la démographie de la population francilienne et ce qu'elle peut induire en termes de demandes futures.

Mais auparavant, je vais aborder un autre déterminant de santé, qui a été illustré par M. CHERASSE précédemment, avec notamment l'aspect géographie sociale. Pour cela, je vais vous présenter un diagramme qui donne une idée du pourcentage des personnes ayant recours au moins une fois au cours d'un mois à un spécialiste, selon les catégories socioprofessionnelles.

On constate sans surprise que pour les gens aux statuts socioprofessionnels d'ouvriers, d'agriculteurs - il en existe en Ile-de-France, mais ils sont moins nombreux -, le taux de recours est en gros de 10 %. Pour les cadres, il est deux fois plus important, de l'ordre de 20 %.

Comme on a pu le voir sur quelques cartes, précédemment, et comme je vous l'indique à nouveau, la répartition de la population, et notamment celle des cadres et des ouvriers, sur le territoire francilien est tout, sauf homogène. On le voit sur la carte, avec à gauche les communes dans lesquelles on trouve une sur-représentation des cadres, avec Paris et le cadran sud-ouest de la région Ile-de-France, et à droite les communes dans lesquelles il y a, à l'inverse, une sur-représentation de la population ouvrière, avec la vallée de la Seine, la Seine-Saint-Denis, et une partie importante de la Seine-et-Marne.

L'autre façon de représenter les différences sociales au sein du territoire francilien, c'est le niveau de formation, mais aussi de revenu. Sur cette carte, on constate la façon dont se ventile le niveau de ressources des ménages en Ile-de-France, selon telle ou telle partie du territoire.

En rouge, sont représentées les communes dans lesquelles le revenu s'écarte de plus de 30 % de la moyenne régionale.

En vert, -et vous retrouvez le département de Seine-Saint-Denis, la banlieue nord de Paris, le sud du Val-d'Oise-, on trouve les communes qui, à l'inverse, connaissent une situation sociale plus précaire avec des revenus qui s'écartent de 30 % dans l'autre sens.

Cette situation sociale de l'Ile-de-France et sa diversité sur le territoire n'est pas sans lien d'une part avec la situation sanitaire, et d'autre part avec l'offre de soins, et notamment en médecine libérale.

Je vais vous présenter rapidement une carte qui renvoie à ce que M. CHERASSE évoquait avec d'autres diapositives tout à l'heure. Elle représente la mortalité prématurée, c'est-à-dire le nombre de décès pour 100 000 habitants par canton en Ile-de-France, au sein de la population de moins de 65 ans. Comme vous le savez, on assiste à un allongement de l'espérance de vie. Et moins de 65 ans, cela signifie un décès qui survient relativement jeune.

On retrouve sans surprise les territoires les plus socialement marqués.

Sans épiloguer, un travail collectif est en cours, qui associe à la fois la DRASS, l'URCAM et beaucoup d'autres partenaires comme l'observatoire régional de santé qui donnera lieu à l'automne à la publication d'un atlas de la santé que vous trouverez, je pense, intéressant à lire et dans lequel vous trouverez beaucoup d'informations.

Voilà pour l'état sanitaire et le lien entre situation sociale et état sanitaire.

Concernant l'offre médicale et comment on peut la lire par rapport à cette géographie sociale, on retrouve sur la carte une représentation des densités médicales pour les médecins spécialistes. La moyenne en Ile-de-France est de 115 médecins spécialistes installés en libéral pour 100 000 habitants.

Si l'on s'arrête sur les deux communes qui seront évoquées plus largement par MM. FOURCADE et KALTENBACH, on trouve à Boulogne-Billancourt un taux de spécialistes sensiblement plus important avec 198 médecins pour 100 000 habitants et à Clamart, 110 pour 100 000 habitants.

J'insiste un peu sur cette carte des spécialistes parce que la densité médicale des spécialistes est là plus expressive quant à l'ouverture du spectre. Si l'on regarde les échelles graphiques sur le document, il y a des écarts pour les communes les moins bien dotées, pouvant aller de 50 à 450 spécialistes pour 100 000 habitants. C'est donc une extrême diversité.

Mais ce point a déjà été évoqué. Il faut que vous l'ayez en tête. Par cette carte, on peut avoir la meilleure représentation des disparités sur le territoire de la région Ile-de-France, qui, comme le disait M. CHERASSE, ne peut pas être considéré comme un tout. C'est un ensemble de territoires qui ont chacun leur singularité.

Concernant les omnipraticiens, les écarts sont beaucoup moins marqués. La répartition est beaucoup plus homogène avec certes des différences, mais pour une moyenne régionale de 85 % praticiens pour 100 000 habitants, on trouve un taux de 90 à Boulogne-Billancourt, et de 78 à Clamart.

M. CHERASSE a évoqué précédemment le fait que parmi ces omnipraticiens, certains avaient des pratiques spécialisées, et qu'il fallait peut-être regarder cela de plus près. Néanmoins, à la comparaison de ces deux cartes, on est frappé par le fait que d'un côté, il y a un paysage très structuré, très différencié pour les spécialistes et quelque chose de plus homogène pour les généralistes.

Avant de parler de la situation des deux communes qui seront examinées de plus près, je souhaite venir à la deuxième partie de mon propos, et dire quelques mots de l'évolution de la population francilienne.

En 1968, nous avons 10 millions d'habitants en Ile-de-France. En trente ans, nous en avons gagné en gros un million. Pour l'essentiel, ce sont des personnes qui ont entre 20 ans et 60 ans, actuellement en âge d'être actifs. On le constate à gauche du document,

avec la pyramide des âges en 1968 et à droite, celle de 1999, à partir du dernier recensement exhaustif connu.

Concernant la structure par âge de cette population, on peut dire, en gros, que les personnes de moins de 20 ans représentent le quart de cette population, 60 % environ sont des gens en âge d'être actifs, et 17 % ont plus de 60 ans.

Projetons-nous dans l'avenir et voyons ce qui nous attend dans les 20 à 25 ans qui viennent : à l'écran apparaît la pyramide actuelle sur laquelle je superpose ce que les démographes nous disent de l'évolution de cette pyramide des âges.

Concernant la pyramide des âges de 2025, sous un certain nombre d'hypothèses qui peuvent éventuellement être discutées, néanmoins apparaissent des phénomènes qui ont une certaine durabilité :

En rouge, apparaissent toutes les classes d'âge dans lesquelles nous allons gagner des effectifs. Entre 1999 et 2025, l'Ile-de-France devrait gagner environ 1,5 million d'habitants qui, pour l'essentiel, seront des personnes de plus de 55 à 60 ans. Dans les trente ans qui viennent de s'écouler, le million d'habitants supplémentaire gagné sont essentiellement des actifs. Dans la période future, le million d'habitants supplémentaires que nous allons gagner seront avant tout des personnes de plus de 60 ans.

En bleu, apparaissent les tranches d'âges dans lesquelles nous allons perdre de la population, c'est-à-dire plutôt les actifs, et en rouge, les gains de population.

Je ne peux pas m'empêcher de mettre en relation cette pyramide des âges et ces évolutions avec la consommation de soins. Ce point a rapidement été évoqué tout à l'heure. La consommation de soins est plus importante aux deux extrêmes de la vie.

Si l'on a en mémoire le diagramme précédent, et l'augmentation des populations depuis 60 ans, et que l'on voit cette courbe avec notamment le nombre de visites pour 100 habitants, qui s'accroît à partir de 70 ans, on est en droit de s'interroger sur l'effet du vieillissement sur la consommation de soins. Les choses ne sont pas mécaniques et il faut regarder cela de plus près, mais je pense qu'il faut avoir ces indices en tête pour connaître leur impact sur le territoire de la région.

Je passe très rapidement sur la démographie médicale, qui a été évoquée à plusieurs reprises ce matin. En Ile-de-France, 70 % des médecins franciliens sont des hommes, 30 % des femmes, et l'âge moyen est de 49 ans. Je cite à nouveau ces chiffres pour que vous les ayez en tête quand nous verrons la situation des deux communes de Boulogne-Billancourt et de Clamart.

Sur le diagramme figure une sur-représentation des hommes dans les tranches d'âge des médecins de 50 ans et plus, et à l'inverse, une déformation de la pyramide avec une féminisation croissante qui va se prolonger dans les années à venir.

Concernant Boulogne-Billancourt, c'est actuellement une structure par âge avec 20 % de jeunes de moins de 20 ans - tout à l'heure, nous en avons 25 % -, autant d'actifs avec 60 %, et un peu plus, c'est-à-dire 20 %, de personnes âgées.

Je n'ai pas la possibilité de projeter ce que pourrait être la population d'ici 25 ans. Je veux tout de même souligner l'évolution qui a eu lieu et qui continue à se prolonger sur Boulogne-Billancourt, et qui apparaît sur le petit diagramme situé en bas à gauche.

Boulogne-Billancourt, comme beaucoup de communes de proche couronne, a connu un desserrement de la population et a enregistré une baisse de sa population entre les années '70 et la fin des années '80. Depuis cette période, Boulogne-Billancourt, comme un bon nombre de communes de proche couronne, connaît à nouveau un regain démographique avec un accroissement de la population.

Deux phénomènes sont à prendre en compte pour les communes de proche couronne :

- la structure par âge de la population ;
- une reprise de la démographie qui s'accompagne d'une évolution de la demande de soins.

C'est le même travail sur Clamart, où la structure par âge est beaucoup plus proche et représentative de la moyenne régionale ;

- 24 % pour les jeunes de moins de 20 ans ;
- 55 %, soit un peu moins, de personnes de 20 à 60 ans ;
- 21 % pour les plus de 60 ans, ce qui est proche de Boulogne-Billancourt.

Concernant les évolutions démographiques, on retrouve le même phénomène de baisse de la population liée à un desserrement de celle-ci, des logements exigus remplacés petit à petit par des plus grands, il y a donc moins d'entassements dans les logements, et depuis une dizaine d'années environ, une stabilisation de la population, voire une croissance démographique.

Nous aurons prochainement, le 4 juillet, les chiffres du recensement de 2004, et je pense que nous pourrions en dire un peu plus et connaître des tendances plus récentes sur ces phénomènes.

Pour terminer, je vais vous donner quelques informations que vous trouverez dans le dossier concernant la densité médicale, et les caractéristiques de l'offre médicale sur ces deux communes.

A Boulogne-Billancourt, il y a 288 médecins installés, soit globalement 270 pour 100 000 habitants, spécialistes et généralistes confondus. On est au-dessus des moyennes régionales.

A Clamart, le ratio est de 188 pour 100 000 habitants. La moyenne régionale est de 190 pour 100 000 habitants, spécialistes et généralistes additionnés.

Mais les structures des populations de médecins sont très différentes. A Boulogne-Billancourt, il y a une proportion de médecins sensiblement supérieure à l'Île-de-France puisque l'on est en gros à 70 % de spécialistes et 31 % de généralistes. Si l'on raisonne uniquement sur les omnipraticiens, on trouve un taux de 90 pour 100 000 habitants à Boulogne-Billancourt et de 78 pour 100 000 habitants à Clamart, alors que la moyenne régionale est de 85.

L'âge des médecins a été évoqué tout à l'heure. Ils sont plus âgés, notamment à Boulogne-Billancourt que la moyenne régionale, avec 58 % des médecins installés dans cette commune qui ont plus de 50 ans. La perspective de renouvellement de cette population est donc significative dans les années à venir. A Clamart, l'âge moyen est proche. Il est de 49 ans. Mais on a tout de même une proportion de médecins de plus de 50 ans qui n'est que de 47 %. Il y a donc une différence assez sensible entre ces deux

communes. Il faut avoir en tête que l'âge moyen de cessation d'activité dans ces deux communes est de 56 ans à Boulogne-Billancourt et de 59 ans à Clamart. Il faut rapprocher ces chiffres pour avoir une idée de ce qui se profile à l'horizon, dans les années à venir.

Concernant la féminisation de l'activité médicale, il y a là encore une différence entre les deux communes. Clamart est là aussi très proche des moyennes régionales avec 68 % des médecins qui sont des hommes, le chiffre régional étant de 70 %, alors qu'à Boulogne-Billancourt ce pourcentage est de 61 %, soit un taux de féminisation plus important.

N'étant pas un spécialiste de ces questions, je ne commenterai pas. J'imagine que le taux de féminisation est plus important dans certaines pratiques de spécialistes qui conduisent à ce chiffre, mais je laisse aux connaisseurs de ces questions le soin de commenter ces chiffres.

Pour terminer, je vais vous parler de la répartition dans les pratiques individuelles et les pratiques de groupe, point qui a été évoqué par plusieurs intervenants. On constate que l'intensité de la pratique de groupe est plus répandue à Boulogne-Billancourt, avec 57 % de nos médecins qui sont dans des cabinets de groupe. Il faut signaler qu'il existe dans cette commune, deux cabinets importants qui comptent respectivement 18 et 9 praticiens, qui forcent donc un peu ces chiffres. On trouve également un cabinet de groupe important à Clamart.

Je vais m'en tenir là et laisser le soin à MM. FOURCADE et KALTENBACH de vous donner les éléments beaucoup plus précis et concrets de la réalité de ces deux communes.

Je vous remercie de votre attention.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - J'invite donc MM. FOURCADE et KALTENBACH à nous rejoindre à la tribune pour commenter ces résultats.

Merci d'avoir produit ce travail qui est une première et qui pour un maire, est d'un grand intérêt car il donne une vision de ce qui se profile dans les quelques années à venir au sein de sa commune.

Comme je l'ai dit, le choix des communes ne prête pas à faire du sensationnel puisque l'on est sur deux communes relativement bien dotées en matière d'offres de soins. On observe toutefois des évolutions importantes en matière du vieillissement, non seulement de la population, mais également des médecins en exercice.

Nous allons inviter M. FOURCADE, sénateur-maire de Boulogne-Billancourt à nous donner son avis sur les chiffres qui viennent d'être présentés.

M. FOURCADE - Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de m'avoir invité pour parler de ce sujet. Je pensais que l'on insisterait sur le problème des soins de proximité, mais on en parlera dans le débat.

Sur l'analyse de M. LACOSTE, qui reprend en partie celle de M. CHERASSE, que j'ai trouvée très intéressante quant aux cartes et aux flux -c'est vraiment pour nous un outil de travail important-, j'ai trois observations.

Il n'a pas parlé d'une variable essentielle pour la densité médicale, qui est le nombre d'emplois implantés dans la commune. Dès lors qu'un nombre d'emplois très important vient de l'extérieur – or, à Boulogne-Billancourt, sur les 80 000 emplois implantés dans la

commune, 60 000 viennent de l'extérieur -, cela explique en partie la densité médicale. Et les deux grands cabinets médicaux de groupe qui existent à Boulogne-Billancourt travaillent à moitié avec des gens qui travaillent dans cette commune, mais qui habitent un peu partout, et avec des Boulonnais. Je crois que la dimension emploi est essentielle pour comprendre la densité médicale.

Sur l'évolution des perspectives démographiques, le recensement de 2004 montre que le rajeunissement de la population est en cours. Nous accueillons actuellement une série de jeunes ménages arrivant avec un ou deux enfants qui en font rapidement un deuxième ou un troisième. Le schéma de 1999 s'est inversé : le nombre de moins de 20 ans était légèrement inférieur d'un dixième au nombre de population de plus de 60 ; aujourd'hui, pour la première fois depuis très longtemps, le nombre de jeunes de moins de 20 ans a dépassé celui des personnes de plus de 60 ans. Cela va continuer parce que la natalité a bien repris.

Quand j'ai été élu en 1995, nous avions 1 500 naissances par an, et nous sommes aujourd'hui entre 1 750 en 2004 et sans doute 1 800 en 2005. Bien entendu, comme il n'y a pas de maternité, la natalité se fait dans les zones environnantes, à Sèvres, à Saint-Cloud, dans le seizième, le quinzième et à Foch, mais cette natalité qui repart, montre que nous allons vers un rajeunissement.

Clamart est beaucoup plus jeune que Boulogne-Billancourt, mais on est en train d'inverser le processus. Le taux d'augmentation, sur les cinq dernières années de 1999 à 2004 est de 0,35 % par an, et il est pratiquement doublé ou triplé pour les gens entre 25 et 40 ans, qui viennent s'installer à Boulogne-Billancourt, soit comme propriétaires occupants, soit comme locataires, avec un ou deux enfants. Cela veut dire que le besoin de crèches et d'écoles maternelles ne fait qu'augmenter. A l'heure actuelle, nous envisageons la fermeture de classes élémentaires ou de classes de collèges et nous sommes obligés d'ouvrir chaque année trois, quatre, cinq classes supplémentaires en maternelle, et la demande de crèche ne fait qu'augmenter malgré l'augmentation des investissements.

Un phénomène n'est pas pris en compte dans l'analyse : c'est l'existence des structures hospitalières publiques et privées. Dès lors que de telles structures font des consultations, notamment externes, et font des opérations chirurgicales relativement développées, avec un système d'urgence qui fonctionne à Ambroise Paré, cela modifie la répartition entre omnipraticiens et spécialistes. Nous avons deux systèmes d'urgences à Ambroise Paré qui fonctionnent et qui sont très lourdement utilisées, à savoir une urgence pédiatrique qui fonctionne avec 40 à 50 entrées par jour et qui est doublée pendant les week-ends, et une urgence classique avec 80 à 90 entrées par jour, nombre qui double les week-ends.

Il est évident que ce phénomène représente une consommation médicale très forte. Le problème pour nous, autorité principale, est donc de savoir s'il faut mettre en place un mécanisme de soins de proximité distinct des urgences hospitalières puisque aux urgences hospitalières d'Ambroise Paré, s'ajoutent les urgences pédiatrique et chirurgicales dans des cliniques privées qui fonctionnent parfaitement. Par conséquent, il faut regarder cela de très près, avec toutes les thèses actuelles.

Pour terminer, j'ai créé une commission extra municipale Prévention et santé dont le conseiller municipal, médecin, et le président sont ici présents. Je les salue d'ailleurs. Le président étant toujours une personnalité de la société civile et le rapporteur étant toujours un conseiller municipal, dans cette commission extra municipale, nous évoquons l'ensemble de ces questions avec tout le monde, à savoir les spécialistes, les

omnipraticiens, les libéraux, les publics, et ce que vous appelez la catégorie forte chez moi, les 18 % d'omnipraticiens un peu spécialisés, c'est-à-dire les MEP.

Par conséquent, la cohérence de l'ensemble et la mise en perspective dans des orientations entre l'ensemble de ces praticiens sont importantes.

En tant que maire, je déplore une insuffisance des gardes médicales, notamment le soir et le week-end. Nous devons donc répondre à ce problème de gardes. Quatre omnipraticiens pour une population de 108 000 habitants font des gardes. C'est très lourd pour ceux qui le font, et ennuyeux. C'est ce qui pousse vers les urgences toute une série de cas injustifiés.

D'autre part, je constate dans les tableaux de M. LACOSTE, et je l'en félicite, qu'il a bien distingué la pratique individuelle et les cabinets de groupe. Il est clair que ces derniers se développent. La question qui se pose à nous est de savoir s'il ne faut pas intégrer une perspective des cabinets de groupe dans le document de l'urbanisme et dans la programmation des nouveaux quartiers, parce que je crois que c'est un équipement collectif important, et qu'il faut envisager de pouvoir l'intégrer, l'imposer aux promoteurs et aux réalisateurs.

Il faudrait que dans les quartiers nouveaux -j'en ai beaucoup à Boulogne-Billancourt avec l'opération Renault-, on puisse envisager, en accord avec l'ARH, un développement des cabinets de groupe. Quant à savoir quelle est la bonne dimension, la bonne technologie etc., il faut que les spécialistes nous le disent. Mais ce serait un élément important de développement en liaison avec les structures hospitalières et les cliniques privées qui représentent un apport médical considérable.

Je ne sais pas si l'URCAM est capable de différencier ce qui est généré par les praticiens libéraux et par les établissements hospitaliers publics et privés, mais dans le total des chiffres donnés, il y a sûrement une ventilation relativement importante. C'est pourquoi je pense qu'il faut les mettre dans l'analyse.

Voilà ce que je voulais ajouter aux deux excellents exposés que j'ai entendus.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci pour ce témoignage. La conclusion est parfaite puisque l'objet du jour est de discuter des nouvelles formes d'organisation de la médecine de ville, et notamment les notions de regroupement au sein de cabinets qui puissent être pluridisciplinaires et apporter un mode plus satisfaisant et plus attirant pour les jeunes médecins, et en même temps produire une médecine qui permette de maintenir l'accès aux soins de qualité à une population francilienne.

Vous avez deux cabinets de groupe qui sont déjà relativement structurés à Boulogne-Billancourt. Cela fait de cette ville une exception.

Nous allons donner la parole au maire de Clamart, M. Philippe KALTENBACH, qui représente en matière d'offres de soins une ville qui se situe vraiment dans la moyenne de ce qu'est la ville francilienne, avec une population médicale qui aujourd'hui repose essentiellement sur des hommes, vieillissante, encore très peu structurée en matière de regroupement puisqu'il n'y a qu'un seul cabinet de groupe avec cinq médecins généralistes et aucun cabinet pluridisciplinaire.

Dans le cadre des réflexions que vous pouvez avoir en matière d'aménagements au plan local d'urbanisme et d'offres de soins, êtes-vous, vous, élu de Clamart, impliqué dans ces

questions de regroupement, facilitation au regroupement des médecins qui exercent dans votre commune ?

M. KALTENBACH, maire de Clamart - Je suis très heureux d'être ici avec vous pour discuter de ces questions qui concernent bien sûr les médecins, mais qui touchent aussi toute la population. C'est pourquoi il est indispensable que les élus soient à l'écoute des besoins qui s'expriment et en capacité d'apporter des réponses. Dans nos villes, nous sommes attentifs à toutes les activités, qu'elles soient artisanales, commerciales, mais la présence ou non de médecins est indispensable puisque la santé est plus que fondamentale. C'est la vie qui est en jeu.

Nos habitants sont extrêmement sensibilisés à ces questions, à travers la possibilité d'avoir accès à des soins de qualité, d'être accueillis le soir ou le week-end et d'être en général bien accueillis et bien soignés. Nous y sommes sensibilisés.

Je crois que l'URML a pris une bonne initiative en organisant ce colloque pour faire le point, et voir comment les choses pouvaient évoluer. Cela montre bien l'utilité de cette union régionale. Je le dis aussi en tant que conseiller régional. Plus nous aurons de lieux d'échanges entre professionnels et élus, mieux nous pourrions préparer l'avenir et anticiper les évolutions.

Avec ma casquette de maire, je féliciterai d'abord M. LACOSTE et l'IAURIF qui, sur tous les sujets, a fait un travail remarquable. Des cartes extrêmement explicites permettent aux élus et aux autres de voir l'évolution en région parisienne et de se comparer entre les villes. Quand on compare, il faut intégrer tous les éléments, mais on a cette vision avec ces cartes IAURIF, qui portent là sur les questions médicales. Grâce à cet institut, nous avons aussi un nombre de documents complets, qui nous permettent de nous comparer et de mieux sentir les évolutions.

Avant de répondre à la question, je vais donner quelques éléments sur la ville de Clamart, qui est peut-être moins connue que la ville de Boulogne-Billancourt.

C'est une ville de 50 000 habitants, située dans la banlieue sud-ouest, en deuxième couronne. On ne touche pas directement Paris. Sur cet aspect, et sur beaucoup d'autres, elle est assez représentative de l'Île-de-France. C'est une ville équilibrée avec 25 % de logements sociaux, des quartiers plus résidentiels, plus sociaux, des équilibres entre générations qui font que l'on est, en général, sur toutes les questions dans la moyenne de l'Île-de-France.

C'est une ville importante, qui a su privilégier un aspect « villageois ». Pour l'Île-de-France, c'est résidentiel. Le souhait de l'équipe municipale que j'anime est de limiter la densification. Nous ne sommes pas dans une logique, comme certaines autres villes, telles Boulogne-Billancourt ou d'autres, de constructions importantes, de nouveaux quartiers, d'augmentation importante de la population, mais plutôt dans une logique à travers nos documents d'urbanisme et nos projections, de stabilisation de nos populations à un peu plus de 50 000 habitants.

Nous souhaitons maintenir cette population stable. Cela se traduit dans la politique de construction de la ville, sachant - comme l'a bien expliqué M. LACOSTE - que pour maintenir une population stable dans une ville comme Clamart, il faut tout de même construire 250 logements par an puisque le phénomène de desserrement, les normes de confort souhaitées par la population continuent à augmenter ainsi que le nombre de foyers

d'une seule personne. Avec plus de logements et plus de surface, nous avons une population qui reste stable.

Face à ces évolutions, il faut que nous soyons attentifs à ce qu'attendent les médecins libéraux, puisque c'est un élément essentiel de l'offre de soins sur une commune. Nous sommes plutôt gâtés puisque nous avons l'hôpital Antoine Bécère qui joue un rôle important pour la ville de Clamart et toutes les communes environnantes, ainsi que l'hôpital Percy, hôpital militaire, qui a beaucoup fait parler de lui, il y a un peu moins d'un an, mais qui s'est ouvert - c'est une évolution intéressante - aux populations environnantes pour les accueillir sur les pathologies, et notamment sur les urgences.

Nous avons également une spécificité qui est la création d'une maison de garde intercommunale située à Clamart, ouverte il y a quelques mois, et qui regroupe les médecins de communes de Clamart, Châtillon, Malakoff, Meudon, -cela représente sept à huit communes qui est ouverte le soir et le week-end, et qui permet aux médecins d'assurer des gardes avec un système assez bien organisé. Cela grâce au soutien du conseil régional et de la ville.

Nous avons aussi pour spécificité à Clamart d'avoir quelques médecins très dynamiques qui sont des locomotives, notamment le Dr HAMON qui est à l'origine de la maison de garde et qui prend régulièrement la parole dans les médias pour défendre les médecins libéraux. Je pense que vous le connaissez.

Tout cela me laisse à penser que nous avons une ville équilibrée, que nous n'avons pas d'évolution importante en termes de population, et que nous avons des médecins assez dynamiques et à l'écoute.

Aujourd'hui, le système sur Clamart, l'équilibre entre les hôpitaux et la médecine de ville, l'implication des médecins font que l'on n'a pas vraiment de gros soucis dans l'offre de soins et que l'on est plutôt satisfait du fonctionnement actuel. Dans la commune, aucun habitant ne vient me dire qu'il ne trouve pas de généralistes, ou qu'il faut attendre longtemps, ou que telle spécialité n'est pas représentée. Nous n'avons pas ce type de souci.

Quand on fait de la politique, il faut essayer de prévoir. J'ai bien lu les documents et bien entendu les risques qui pesaient sur l'offre médicale en Ile-de-France, avec le risque de voir avec l'évolution démographique, et peut-être des aspirations nouvelles chez les jeunes, des médecins quitter l'Ile-de-France pour aller vers d'autres régions de France où la qualité de vie est perçue comme étant meilleure. Il faut anticiper cela parce que l'on ne pourra pas vivre sans médecins. Il faut vraiment créer les conditions d'accueil pour que les médecins restent dans nos communes.

Comment faire en sorte que les médecins se sentent bien en Ile-de-France et veuillent y rester ? Je crois que tout le monde est concerné par cette question. Il faut tenir compte des évolutions. On constate un renouvellement des générations, et il faut être à leur écoute parce que ce sont eux qui nous offriront les soins à l'avenir.

J'entends bien que le souhait de la qualité de vie est important. De manière générale, c'est à l'Ile-de-France de montrer qu'il y a beaucoup d'avantages à être francilien. Il y a aussi des pressions sur le coût du foncier. Les réponses doivent aussi être apportées au niveau régional pour faire en sorte qu'il n'y ait pas une distorsion trop importante entre l'Ile-de-France, où les loyers, les logements seraient à des sommets, et d'autres régions du pays où les choses seraient plus raisonnables, parce que l'on risque en effet, de voir des

personnes quitter la région. Il y a des équilibres à préserver entre la région et les grandes villes de province.

Il y a également - mais là, cela passe par l'organisation des médecins - des structures à mettre en place. La maison de garde créée à Clamart est un modèle pour permettre aux médecins d'assurer des gardes dans de bonnes conditions, avec une permanence assurée à tour de rôle, une indemnisation des médecins qui est correcte, selon le Dr HAMON. J'en conclus qu'elle est bonne et acceptable par les médecins. Le système fonctionne bien et il est bien perçu par les habitants. Je crois que c'est essentiel.

Sur l'aspect des cabinets de groupe, il faut aussi tenir compte des évolutions. Il y a vingt ou trente ans, les médecins préféraient être en cabinet individuel. Cette solution semble moins recueillir l'assentiment des jeunes générations, parce qu'il est vrai que quand on est regroupé, on mutualise les moyens, on peut plus se consacrer à l'activité principale et moins aux tâches annexes administratives et de gestion. On peut échanger, assurer également une permanence et pouvoir prendre des vacances ou avoir d'autres activités.

Si l'aspiration des médecins est celle-là, notre responsabilité est de tout mettre en œuvre pour y répondre. Cela passe bien sûr, dans le cadre des nouvelles opérations d'urbanisme, par la réservation de locaux. Mais je crois que sur ces questions, comme d'ailleurs sur les maisons de garde, pour que les choses fonctionnent bien, il faut que les élus locaux puissent trouver chez les médecins, dans leur commune ou le regroupement de communes, des interlocuteurs. Il faut pouvoir discuter avec des associations, des syndicats de médecins, qui soient porteurs d'aspiration des médecins du territoire pour que l'échange ait lieu.

J'ai noté la bonne initiative de Boulogne-Billancourt à travers une commission extra municipale pour regrouper les services et les élus municipaux et les médecins. Il faut aller dans ce sens pour anticiper les besoins et avoir des réponses adaptées, que ce soit en termes de locaux pour des cabinets de groupe, et en termes de locaux et d'implantation pour les maisons de garde, et que l'échange ait lieu en permanence. En définitif, sur ces questions, nous sommes sur le même bateau et il vaut mieux ramer dans le même sens plutôt que d'avoir des incompréhensions ou des conflits.

Notre intérêt commun est de permettre aux franciliens d'avoir la meilleure offre de soins possible. Je crois que, même si la population rajeunit, plus on ira, plus le besoin de soins sera accru.

On rouvre peut-être des classes de maternelle à Boulogne-Billancourt, à Clamart et ailleurs, mais comme l'espérance de vie augmente également, de plus en plus de personnes atteignent des âges plus que respectables. Il est vrai que j'ai de plus en plus de centenaires. C'est aussi un signe. Et nous savons que cette population est très demandeuse de soins.

A Clamart, nous avons des soucis d'engorgement dans les urgences des hôpitaux à cause des personnes âgées, qui n'ont pas suffisamment de lits de soins de suite, et cela bloque le système des urgences à l'hôpital Bécclère. Nous irons de plus en plus vers des difficultés à traiter ces populations de quatrième ou cinquième âge. Nous aurons de plus en plus besoin d'une offre de soins de qualité et de proximité adaptée.

C'est donc aux communes, avec tous les partenaires d'essayer de trouver les meilleures solutions.

Je félicite encore l'URML d'avoir pris cette initiative et d'avoir créé les conditions d'un échange entre les élus et les représentants des médecins pour que des solutions puissent être trouvées.

(applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci d'avoir perçu le problème avec autant d'attention.

Je laisse la parole au sénateur maire, et j'invite en même temps le Dr GRUNDELER à s'installer au pupitre.

Dr FOURCADE - Je souhaite simplement faire deux observations complémentaires.

Premièrement, lorsqu'il y a plusieurs années, j'avais envisagé de créer à Boulogne-Billancourt une maison de garde, puisque c'est une affaire dont nous débattons depuis plusieurs années, j'avais été l'objet d'une démarche de l'organisation nationale SOS Médecins qui m'avait demandé de quoi je me mêlais, puisqu'ils étaient sur le terrain et que cela fonctionnait bien. Je ne devais pas les embêter avec mes interventions municipales et je devais laisser les libéraux jouer leur jeu. Dans mon bureau, le président national avec son régional et son local sont venus m'expliquer que tout cela était idiot.

Je souhaite le dire parce que dans la profession médicale, il y a plusieurs courants et sensibilités.

Deuxièmement, en étudiant dans le cadre de la commission extra municipale l'ensemble de ces problèmes de coordination en matière de prévention et de santé, nous nous sommes rendu compte qu'une cible n'était pas du tout recherchée, celle des personnes se trouvant entre la sortie de l'obligation scolaire et l'entrée dans la vie professionnelle, ou au RMI, c'est-à-dire toute la cible 16-25 ans. Ces gens qui ne vont pas aux urgences sont peu habitués à aller dans les consultations externes des hôpitaux, à aller voir les médecins etc. C'est pourquoi sur proposition de la commission extra municipale, nous avons créé sur deniers municipaux un espace Santé jeunes, dans lequel il n'y a pas de médecin, mais des psychologues, et des gens compétents en matière de jeunes, qui écoutent, orientent vers tels ou tels spécialistes ou cabinets de groupe etc. C'est une opération très importante parce que nous nous sommes rendu compte que cette cible, que nous voyons par ailleurs avec la police, les gardes à vue, est très importante, notamment pour les maladies de type sida etc., pour les problèmes de déformation sur la résurgence de tuberculose etc.

Par conséquent, nous avons plutôt mis en priorité l'espace Santé jeunes avant la maison de garde. Nous ferons peut-être une maison de garde comme Clamart, si cela continue à bien fonctionner. Mais je pense que nous devons essayer dans le cadre de cette coopération avec l'ARH, la DRASS et l'ensemble des autorités, trouver les points sur lesquels nous avons à donner satisfaction à nos populations.

Je félicite également l'URML, mais je souhaite qu'entre le Conseil de l'Ordre, l'Union régionale, les syndicats de médecins, les médecins hospitaliers, les cliniques privées etc. on puisse de temps à autre arriver à certains consensus. C'est un vœu pieux que je lance, comme une bouteille à la mer, mais cette recherche de consensus ne serait pas inutile pour essayer de traiter nos sujets.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Nous vous avons entendu.

Ce matin, nous avons évoqué des difficultés à venir en matière d'aménagement ambulatoire du territoire francilien. Cependant, un certain nombre de solutions existent à travers le regroupement. Nous voulions illustrer ce propos avec le témoignage de Jean-Philippe GRUNDELER, médecin généraliste, installé au Chesnay et vice-président de l'URML Ile-de-France qui exerce au sein d'un groupe qui a une longue histoire, qui rassemble plus de 20 professionnels de santé libéraux.

Je lui laisse la parole.

Aménagement sanitaire du territoire : le regroupement une solution d'avenir

M. Jean-Philippe GRUNDELER - Je suis médecin généraliste depuis 27 ans. J'ai exercé la médecine en solitaire pendant sept années, avant de succomber à l'attrait de la médecine de groupe. J'ai intégré avec ma clientèle de l'époque, un cabinet médical d'avant-garde à 300 mètres de mon lieu d'exercice, en permanente évolution.

Je vais donc brièvement vous présenter ce cabinet.

Il s'agit du cabinet médical Nouvelle France au Chesnay, qui regroupe actuellement 27 professionnels de santé libéraux, exerçant en un seul groupe.

Nous sommes implantés sur une commune de 30 000 habitants, à 18 kilomètres à l'ouest de Paris. Elle accueille un hôpital régional, une clinique médico-chirurgicale, une quarantaine de médecins libéraux de ville, une vingtaine de chirurgiens dentistes, et plus de trente paramédicaux, parmi lesquels infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthoptistes, orthophonistes etc. pour y exercer leur activité libérale.

L'histoire de ce cabinet remonte à 1979. A l'époque, six jeunes médecins en quête d'installation, deux généralistes et deux spécialistes, ont décidé de travailler ensemble. Ils achètent pour ce faire le deuxième étage d'un immeuble situé sur le parvis de la nouvelle mairie, qui est transformé en cabinet médical. Un an plus tard, à la suite du succès de cette première expérience, une SCI nouvellement créée achète le premier étage des mêmes locaux et intègre de ce fait deux nouveaux spécialistes et deux chirurgiens-dentistes.

Entre 1985 et 1989, la location puis l'achat par une nouvelle SCI du troisième étage de l'immeuble, et le réaménagement intérieur des locaux permettent à deux généralistes dont un exerçait déjà à proximité, à cinq nouveaux spécialistes, à deux dentistes, un kinésithérapeute et un orthoptiste de faire partie du groupe.

Le cabinet est situé sur le parvis de la mairie de notre commune. Nous avons à proximité directe du cabinet une banque, un cabinet de radiologie indépendant, un CCAS, la caisse de sécurité sociale, les services fiscaux, les pompes funèbres avec lesquels nous avons tenté depuis une dizaine d'années de négocier une ristourne de plus de 10 % en faveur des clients fidèles du cabinet.

Concernant les intervenants, 27 praticiens exercent actuellement, tant médicaux que paramédicaux. Ce sont tous des praticiens de premiers recours.

Actuellement, 4 généralistes, 4 chirurgiens-dentistes, 2 angiologues phlébologues, 2 dermatologues, 2 oto-rhino-laryngologistes, 1 allergologue, 1 cardiologue, 1 gastro-entérologue, 1 gynécologue, 1 ophtalmologue, 1 pédiatre, 1 psychiatre, 1 rhumatologue, 1 kinésithérapeute et ses 3 associés, 1 pédicure et une infirmière, 1 diététicienne, et 1 orthoptiste arrivent à travailler ensemble.

Concernant la logistique du cabinet, l'accueil des patients est assuré tous les jours sur chacun des deux principaux niveaux par un pool de six secrétaires standardistes, qui renseignent et orientent plus de 3 500 patients par semaine. Ces mêmes secrétaires gèrent entre 500 et 700 appels téléphoniques par jour, et assurent le petit secrétariat.

Nous sommes équipés d'un réseau informatique. Deux serveurs hébergent plus de 60 000 dossiers médicaux consultables par tous les praticiens connectés, après accord des patients, et avec différents degrés de confidentialité. Toutes les prises de rendez-vous sont informatisées.

Le cabinet est en plus équipé d'une salle de stérilisation commune, d'un petit bureau de secrétariat, et une salle de repos et de détente ouvrant sur une grande terrasse située sur le toit de l'immeuble.

Concernant les structures juridiques et l'administration, une société civile de moyens à laquelle adhèrent obligatoirement tous les intervenants du cabinet est managée par deux de ses membres rétribués. Ces deux gérants assurent la gestion des charges communes, l'organisation du secrétariat, l'entretien et le suivi des travaux courants.

Trois sociétés civiles immobilières constituées au fur et à mesure de l'achat de locaux louent à chaque praticien un local de consultation et à la SCM, les parties communes, accueil, salles d'attente et locaux techniques.

Particularité de notre cabinet, une tontine basée sur le volontariat a été créée en 1985. Bien qu'elle soit facultative, elle intègre la totalité des membres du cabinet et permet en cas de maladie d'exprimer notre solidarité les uns envers les autres. Elle est basée sur le reversement d'un C par jour, déductible sous forme de reversement d'honoraires par chaque adhérent à partir du huitième jour de maladie et jusqu'à la prise en charge de la caisse complémentaire. La CARMF prend en charge la maladie au bout du troisième mois.

Les avantages d'une telle structure pour les patients sont les suivants :

- il y a la permanence des soins car les locaux sont ouverts du lundi au samedi inclus de 8 heures à 20 heures ;
- un des généralistes est en principe en permanence au cabinet ;
- la majorité des spécialités courantes sont regroupées au même endroit, ce qui nous vaut parfois des réflexions, comme le copinage. ;
- la limitation des déplacements pour les patients ;

Le dossier médical personnel commun à l'ensemble des praticiens de la structure favorise pour le patient l'étude de sa maladie.

Les avantages pour les professionnels sont les suivants :

- une optimisation de la gestion des emplois du temps des praticiens ;
- une mutualisation des moyens, sachant que la SCM coûte par mois, aux alentours de 950 euros à chaque praticien ;
- la libération des contraintes matérielles : standard, accueil, ménage, stérilisation, évacuation des déchets - nous pouvons entièrement nous consacrer à notre pratique médicale ;
- la convivialité - j'ai dit tout à l'heure que j'ai exercé en solitaire pendant sept années. La solitude est pesante à la longue pour les praticiens et le fait de pouvoir discuter avec des confrères quand ils le désirent est un gros avantage ;
- partage des connaissances par mini staffs spontanés à l'occasion de déjeuner ou une petite réunion.

L'impératif d'un tel groupe est la dynamique. En effet, le choix des orientations et les décisions importantes, tels que travaux et investissements sont souvent cause de conflit, exigent un consensus et l'absence de tensions est difficile à obtenir plus le groupe devient important.

L'intégration des jeunes : au total, il y a quatre généralistes au cabinet, dont deux remplaçants à temps partiel, toute l'année.

Les associations sont relativement courantes au cours de notre cabinet. Un jeune oto-rhino est récemment venu seconder un des fondateurs, et un ancien remplaçant a intégré la structure comme généraliste. Depuis l'origine, nous avons regroupé certains cabinets de ville isolés avec transfert de clientèle.

Enfin, il s'est avéré que les cessions de clientèle au moment de la retraite étaient extrêmement facilitées par le fait d'une activité importante et immédiate.

J'ai une remarque à faire. Un des instigateurs, à l'initiative de la création de ce cabinet, qui est un de nos confrères est actuellement maire de notre commune.

En conclusion, le groupe est pour moi la solution pour l'exercice libéral du futur. Comme le disaient les intervenants précédents, il semble souhaitable pour que les municipalités puissent accueillir un centre comme le nôtre, qu'elles réservent aux professionnels un emplacement stratégique comme celui que nous avons eu la chance de dénicher, il y a plus de vingt ans.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Voilà un exemple qui séduira beaucoup de maires, et qui montre que les médecins libéraux, les professionnels de santé libéraux sont capables de travailler ensemble et que l'aide d'un élu local, quand il est maire, peut apporter un grand soutien à ces structures.

Comme on l'a vu, il s'agit d'une expérience qui a tout de même mis 25 ans à se monter, progressivement. Si l'on souhaite mettre en place ce type de restructuration à l'échelon régional, certaines contraintes sont implicites.

Le Dr SILBERMAN, président de la section spécialistes de l'URML Ile-de-France va traiter des enjeux avantages et obstacles pour le regroupement de médecins libéraux.

J'invite par ailleurs M. RITTER à nous rejoindre en tribune.

Dr Bruno SILBERMAN - On m'a demandé de venir participer à cette discussion sur le regroupement.

Ce qui vient d'être décrit est tout à fait remarquable et assez exceptionnel. Si on regarde bien l'activité dans ce groupe qui a eu le temps de se fonder à des périodes peut-être plus propices, l'essentiel de l'activité est la consultation.

Quand on va se placer au plan des spécialistes, la question sera de savoir si ce regroupement doit aussi concerner les plateaux techniques et l'activité. Je remarque effectivement que pour le moment, tout ce qui est technique et notamment l'imagerie que je connais bien, est à côté.

La restructuration n'est pas un phénomène nouveau. On en parle pour la médecine ambulatoire, mais cela fait longtemps que c'est en route -dans notre région en tout cas- lorsqu'il s'agit des établissements privés. Les campagnes du SROS 1 et 2 l'ont bien montré. Cela a déjà eu lieu.

Au niveau des spécialistes, il y a déjà eu des réflexions de regroupement, mais par le biais des plateaux techniques. Cela a été le cas pour les gastro-entérologues, et Claude MAFFIOLI qui est encore un personnage important du milieu médical a été un des initiateurs du regroupement de gastro-entérologues dans sa région, il y a longtemps déjà.

Un autre exemple que je connais : on essaie d'organiser le regroupement des radiologues de ville avec à la clef un échange entre, théoriquement, un regroupement et accès ou autorisations d'accès à des moyens d'imagerie moderne. C'était une recommandation du comité de pilotage de l'imagerie de manière à avoir dans certaines villes comme Paris, des groupes organisés qui ont une offre de soins cohérente au lieu d'avoir 250 radiologues dont les trois quarts travaillent seul ou à deux.

Il faut également savoir que chez les spécialistes, beaucoup de choses ont modifié la donne pour l'avenir. Premièrement, il y a des progrès incessants à la technologie qui nécessitent des investissements réguliers et importants. Ensuite, concernant les pôles de compétences, on n'est plus spécialiste en quelque chose, mais au sein même d'une spécialité, on a des pôles de sous-spécialités qui font que de plus en plus, la pratique de la médecine est en train de changer, même chez les spécialistes.

Mais il y a un risque. On a déjà la dichotomie ou la séparation entre le public et le libéral ambulatoire et l'établissement, on risque d'avoir des séparations, pour le patient, qui va passer du spécialiste de la proctologie au spécialiste de la voie digestive haute qui passera à la pneumologie d'en haut et au cardiologue d'en bas. Ce ne sont donc pas des choses très cohérentes pour le parcours de soin du patient.

Vous connaissez tous le plan Hôpital 2007 qui est en fait une réorganisation des établissements privés et publics, centrale dans le système d'organisation de soins. Quelque part - mais ce n'est pas clairement défini -, il faut organiser la ville autour de l'hôpital, c'est-à-dire organiser une offre de soins coordonnée.

M. FOURCADE nous parlait des nombreux intervenants chez les médecins, mais quand on se place de leur côté, nous avons en face de nous de nombreux intervenants dont on a du mal à savoir s'ils se mettent d'accord ou s'ils sont coordonnés entre eux. Lorsque l'on

veut faire quelque chose, on a en face de nous l'agence qui a des responsabilités en matière d'établissements, mais qui pilote également les SROS qui concernent la ville et l'hôpital. Il y a l'Assurance Maladie avec la nouvelle convention, l'URCAM, les CPAM, et nous avons maintenant une nouvelle Mission régionale de santé, dont les missions sont difficiles à comprendre, mais qui a des missions, on a toutes les collectivités, à savoir régionales, départementales et celles qui sont ici, les locales.

L'avantage de se regrouper pour les spécialistes -je l'ai vécu dans ma spécialité et je l'ai vu autour de moi -, c'est une offre de soins adaptée et continue pour les patients en amont et en aval de l'hôpital, avec une mise en commun des compétences médicales et une équipe, une mise en commun des moyens. Il ne faut pas oublier à côté de cela l'intégration de l'offre paramédicale, voire une prise en charge sociale, qui me paraît très importante quand on veut faire un système de soins.

La mise en commun du savoir médical vient de ce que l'on ne sait plus tout, on n'est plus radiologue, pédiatre, gastro-entérologue de tout. On a de plus en plus des pôles de compétences. On travaille donc en équipe autour d'un patient. Il y a de nombreux exemples qui montrent que cela s'organise de la sorte. C'est le cas dans Paris où l'on voit apparaître des gens qui se regroupent par pôle de spécialités en pédiatrie, des cardiopédiatres, des pneumopédiatres, des psychopédiatres, des orthoptistes etc.

En imagerie, la mammographie est un très bon exemple. On n'en fait ou pas, c'est-à-dire que l'on ne travaille plus tout seul, on ne fait pas tout. L'imagerie cancérologique en est un autre.

Concernant la mise en commun des moyens, chez le spécialiste, c'est le petit outil qui ne pose pas de problème au véritable plateau technique pour toutes les spécialités, qui nécessite un investissement. Ce sont aussi les outils de l'information. Ce sujet a été abordé par le Dr GRUNDELER. C'est tout le dossier médical mais aussi les outils du savoir parce que cela signifie qu'en permanence, vous avez accès au savoir. Il n'y a pas que l'information pour le patient. Et cela a un coût et une assurance.

Il y a aussi tous les problèmes normaux : assurer la qualité et les processus d'assurance qualité, voire l'accréditation, toute chose qui implique du travail et des investissements.

Par ailleurs, si on est un médecin normal, même en secteur ambulatoire, on a envie d'évoluer avec les progrès de la technique, et on souhaite innover, même si cela n'est pas inclus dans la tarification ou l'allocation de ressources.

Il y a là une capacité d'innover ou d'investir qui, parfois, devance largement l'allocation de ressources. Quand on met en commun, on doit bien entendu avoir du personnel non médical pour la gestion et l'administration. C'est pourquoi pour les spécialistes, et même les généralistes, l'exemple qui vient d'être présenté par le Dr GRUNDELER est tout à fait cohérent avec ce que l'on a discuté aujourd'hui.

Autrement dit, la solution vraisemblable par rapport à l'établissement est de créer une véritable structure d'accueil des patients ambulatoires, sans lit, organisée autour de médecins généralistes avec des médecins spécialistes ou différemment, mais regroupant une équipe complète, ayant éventuellement et si possible des plateaux techniques ambulatoires qui permettent de traiter en ambulatoire ceux qui n'ont rien à faire en hôpital, une équipe qui participe à la continuité des soins, et qui prend en compte l'ensemble des offres paramédicales, et probablement un traitement social, c'est-à-dire une assistante sociale, une aide à un certain nombre de choses pour les patients.

C'est donc un véritable établissement de soins sans lit. Je crois que c'est la réponse.

Voilà les avantages, la vision, tel que le Dr GRUNDELER vous les a présentées, mais sur 25 ans de travail, avec probablement de nouveaux enjeux du fait des innovations, des investissements etc.

Comment peut-on faire en réalité ?

Le coût de la pratique traditionnelle, c'est-à-dire ancien, est connu. On sait ce que coûte la pratique quotidienne d'un spécialiste ou d'un généraliste aux sens honoraires du terme. Mais dès lors que l'on se regroupe, on se restructure, on a des problèmes intrinsèques à cette gestion, des problèmes de locaux.

A l'évidence, si demain il faut créer ce type d'établissement, où que ce soit, le problème du local est majeur. Il y a des problèmes d'investissements, de qualité et d'innovation qui ne sont nulle part dans ce que l'on connaît aujourd'hui de la nomenclature. Les outils de l'information bien entendu.

Un membre de l'ARH me rapportais que dans certains endroits, pour désengorger les hôpitaux, on a essayé d'aider ces structures en finançant, comme au Canada, un certain nombre de personnels comme des secrétaires ou des infirmières.

Il y a l'évidence politique qui s'impose aux professionnels et aux politiques, aux locaux, et aux gens qui s'occupent de la santé, qu'il faut regrouper l'offre ambulatoire autour de l'hôpital, de manière coordonnée. En même temps, un coût de structure supplémentaire s'impose du fait des progrès, de l'innovation, des investissements et d'organisation. Il est évident qu'en ce qui concerne la médecine libérale, l'allocation de ressources ne viendra pas exclusivement des seuls honoraires médicaux, compte tenu des enjeux que je viens de vous présenter. Même la nouvelle nomenclature n'est pas prise en compte. Il y a là un problème à résoudre qui est fondamental pour les spécialistes, parce que l'on n'exerce plus la médecine tout seul. Cette allocation de ressources devrait être échangée contre un service au patient, que nous avons tous bien identifié, c'est-à-dire une offre par rapport à l'hôpital.

Mais à qui s'adresse-t-on ? Est-ce l'Agence qui n'a pas vocation à s'occuper d'établissement sans lit ? Est-ce l'Assurance Maladie, qui n'a pas vocation à s'occuper d'autre chose que des honoraires médicaux ? Est-ce la future Mission régionale de santé dont je ne vois pas très bien en quoi elle est concernée ? On imagine les collectivités locales. La collectivité locale, on l'a vue pour les locaux. Les départementaux et les régionaux, c'est peut-être sur le traitement social. Je n'en sais rien.

Mais la véritable problématique que nous sommes en train de discuter, et que nous vivons aussi au niveau des spécialistes quand nous essayons de nous regrouper est de savoir qui va financer le coût de la structure, au-delà de l'honoraire médical. On sait financer des établissements, et c'est difficile.

Veut-on demain financer, comme on l'a fait pour la permanence de soins, de véritables établissements ambulatoires qui permettent de regrouper des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des plateaux techniques ? C'est une question qui reste ouverte et sur laquelle un certain nombre d'intervenants auront peut-être une réponse.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Je vous invite à laisser affichée la dernière diapositive qui avait l'avantage de montrer des points d'interrogation qui, ainsi, pourront être traités immédiatement par M. RITTER.

M. RITTER dirige l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France et la récente Mission Régionale de Santé.

En matière de regroupement des exercices libéraux en Ile-de-France, on enregistre un certain retard. Du côté de l'Agence et des autres institutions sanitaires que l'on interrogera par la suite, y a-t-il une volonté politique avant tout de favoriser ce type de regroupement ? Si tel est le cas, quels sont aujourd'hui les moyens disponibles pour le faire ?

M. Philippe RITTER - Tout d'abord, merci de m'avoir convié. Je veux rendre hommage à l'initiative que vous avez prise d'organiser cette rencontre entre médecins libéraux et représentants des collectivités locales, territoriales d'Ile-de-France, en plus de l'ARH et de l'URCAM qui, bien entendu, sont vos partenaires habituels.

Je vais rapidement revenir sur deux ou trois thèmes qui ont dominé cette matinée :

Concernant le thème démographique d'agences régionales, on le connaissait depuis quelques années, mais peut-être plus sous l'angle des infirmières et de certaines professions paramédicales, que des médecins. Or, maintenant, puisque l'URML participe aux travaux de préparation du nouveau schéma régional d'organisation sanitaire, le thème de la démographie médicale est au centre des réflexions pour la préparation du nouveau schéma.

Jusqu'ici et particulièrement en Ile-de-France, ce n'était pas un vrai sujet de préoccupation. C'est peut-être aussi une des raisons pour lesquelles les restructurations, notamment dans le secteur public, ont pris du retard par rapport à d'autres régions où les problèmes démographiques étaient plus perceptibles.

Aujourd'hui, très clairement, ce qui domine la préparation du nouveau schéma, c'est d'une part, la réforme du financement des établissements publics et privés, avec la tarification à l'activité, qui est un élément très nouveau, au moins pour les établissements qui étaient sous dotation globale puisque désormais, tous les établissements, quel que soit leur statut, doivent raisonner en termes d'activité et de parts de marché. C'est évidemment un changement considérable. D'autre part, l'autre élément très fort est celui des perspectives et des réalités démographiques.

Notre souci aujourd'hui est une entreprise plus compliquée que dans les années antérieures, c'est que l'organisation de l'offre de soins tienne compte de la nécessité de maintenir un maillage territorial satisfaisant, ce qui semblait évident, mais qui ne l'est plus aujourd'hui avec les effets conjugués de la réforme de la tarification et de la démographie.

Je pense que dans notre pays, personne n'est prêt à laisser le marché organiser tout seul l'offre de soins.

La planification a donc pour rôle d'inciter et d'orienter les établissements, tous les partenaires à l'offre de soins, de façon à ce que la population puisse toujours trouver une offre de soins autant que possible de proximité, mais également de qualité, graduée, et une offre de soins hospitaliers, harmonisée beaucoup plus que par le passé, avec l'amont, c'est-à-dire la médecine libérale, et l'aval, c'est-à-dire le médico-social.

Voilà nos principaux thèmes de réflexion.

Le SROS qui est en cours de préparation raisonne beaucoup plus dans le cadre territorial que le SROS précédent. Notre souci est d'arriver à une offre cohérente, territoire par territoire. Nous en avons défini 22 en Ile-de-France. C'est là que nous nous efforçons, compte tenu des contraintes, de répondre aux préoccupations qu'auront nos concitoyens dans les années qui viennent.

Ce n'est pas un exercice comparable à celui des SROS précédents, où nous avons plutôt la vision que l'Ile-de-France était bien lotie en MCO (médecine chirurgie obstétrique), qu'il y avait des objectifs plutôt de réductions de l'offre en MCO, des rééquilibrages et des mises à niveau nécessaires en matière de psychiatrie et de soins de suite. Nous étions donc plus dans le quantitatif.

On considère aujourd'hui qu'en MCO, il n'y a pas tellement de problèmes quantitatifs, globalement. Le problème est d'arriver à maintenir une bonne répartition de cette offre. Pour nous, celle-ci ne peut être maintenue à terme proche, que dans le cadre de regroupement d'efforts, à la fois au niveau des établissements hospitaliers, qui devront beaucoup plus s'habituer, quel que soit leur statut, public ou privé, d'établir des complémentarités entre établissements voisins, des coopérations, des mutualisations de moyens dans certains cas.

On raisonne beaucoup moins en termes de fermetures qu'en termes de maintien de structures, dans le cadre de coopération et de complémentarité avec d'autres. C'est important, et c'est l'un des enjeux très fort de ce SROS.

J'en viens plus directement aux questions posées.

La compétence de l'ARH, comme son nom l'indique, ne porte que dans le domaine de l'hospitalisation. Certes, nous avons l'habitude de longue date de travailler d'une part, avec l'URCAM, et d'autre part, avec l'URML. Alors avec la création de la Mission régionale de santé, -je ne dis pas que c'est la potion magique qui va régler tous les problèmes- là où nous avons l'habitude de travailler, -je peux le dire en présence de M. CHERASSE- sans cadre institutionnel, nous le faisons maintenant avec un cadre institutionnel. Celui-ci pouvant donner lieu à commentaire, puisqu'une direction qui change tous les ans n'est peut-être pas le meilleur gage d'efficacité, mais c'est un premier pas, une expérience. Nous verrons les résultats, et je ne doute pas que l'on en tirera à l'avenir les leçons.

L'autre arlésienne, ce sont les agences régionales de santé. On en parle depuis des années. Elles auraient une compétence plus générale que les ARH actuelles. C'est à nouveau un thème d'actualité. Je ne sais pas si nous y parviendrons, et notamment si les expériences dont on parle concerneront cette région.

Il me paraît important, qu'au-delà des structures, ceux qui sont en charge des problèmes, qu'ils s'agissent des problèmes d'hospitalisation ou de la médecine libérale, travaillent ensemble, -c'est ce que nous faisons-, tiennent compte des besoins de la population, ainsi que des aspirations des professionnels.

En ce qui concerne notre travail en liaison avec la médecine libérale, l'Agence a déjà une grande expérience. Je ne citerai que trois domaines. Par exemple, celui de l'imagerie libérale n'est pas en soi de la compétence de l'Agence, mais dans la mesure où il y a des autorisations d'équipements, cela le devient. Au cours des dernières années, le souhait de l'Agence s'est exprimé dans l'attribution de moyens modernes d'imagerie, en favorisant les regroupements de radiologues, voire de cabinets. De ce point de vue, je pense que nous avons eu une action restructurante et positive pour le paysage francilien.

Dans un autre domaine, celui des urgences dont nous avons déjà beaucoup parlé, il est évident que – déjà, les SROS précédents ont été préparés en tenant compte de la médecine libérale et de la permanence des soins libérale - aujourd'hui plus que jamais, il est indispensable d'améliorer l'articulation entre la médecine libérale et les services d'urgence hospitaliers. Je crois que plus personne, même M. PELLOUX, ne pense que les urgences hospitalières peuvent répondre à tout. Il importe de trouver les modalités de bonne répartition des patients.

Certaines expériences ont été engagées et évoquées. Nous devons être attentifs à toutes les expériences.

Pour ma part, je crois que certes l'URCAM et l'ARH dans le cadre de la Mission régionale, peuvent faciliter un certain nombre de choses, mais le rôle des municipalités me paraît tout à fait essentiel, également. Cela a été dit par les témoins à cette tribune, il y a quelques instants et ce n'est peut-être pas encore entré dans les réflexes de l'ensemble des élus concernés. De plus en plus, une organisation harmonieuse des soins ne peut pas se faire dans un seul organisme. Il faut la coopération de diverses autorités, même si cela complique un peu le paysage du point de vue des praticiens, en particulier. Notre souhait, dans le cadre de la Mission régionale, est d'être attentif et de favoriser les initiatives qui peuvent être prises dans ce domaine.

Un autre domaine où nous travaillons de façon étroite avec la médecine libérale, c'est tout le domaine des réseaux, qui est partagé depuis des années par l'ARH et l'URCAM. Les réseaux sont une des formes privilégiées du renforcement de la coopération entre la ville et l'hôpital, puisque très généralement, il s'agit de coordonner des praticiens libéraux et des équipes hospitalières pour assurer des filières de soins et un suivi des malades tout au long de leur parcours de soins. C'est un des domaines où nous avons encore beaucoup de progrès à faire, très certainement.

Les pistes de travail ont été exposées.

Concernant la Mission régionale de santé, elle n'a pas de moyens opérationnels nouveaux, ni de moyens financiers nouveaux. C'est donc l'institutionnalisation de la coopération entre l'ARH et l'URCAM.

Bien entendu, dans le cadre des priorités que nous nous sommes fixées, cette meilleure articulation et cette incitation à des formes plus coopératives d'exercice de la médecine sont tout à fait prioritaires pour nous.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci beaucoup.

Le deuxième point d'interrogation concerne l'URCAM. Nous allons sans doute donner la parole à M. CHERASSE pour reprendre le diaporama du Dr SILBERMAN, et l'entendre sur la notion de regroupement et la position que pourrait avoir l'URCAM dans ce travail.

M. Dominique CHERASSE - Sur les regroupements, je ne répéterai pas ce qu'a dit tout à fait excellemment M. RITTER. Nous travaillons exactement dans le même sens, même si la compétence de l'URCAM est de regrouper l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, régime agricole, régime des professions indépendantes et régime général.

Il est évident que nous travaillons dans le sens de favoriser les solutions que les professionnels eux-mêmes sont susceptibles de mettre en place pour répondre à la prise en charge des patients, dont l'assurance maladie assure la couverture.

Dans le cadre de la MRS, comme l'a dit M. RITTER, nous n'avons pas de moyens supplémentaires. Autrement dit, il s'agit déjà, dans un premier temps, de rapprocher des analyses qui nécessairement n'étaient pas réalisées dans la même optique, sur les mêmes bases, avec les mêmes contraintes de l'observation. C'est donc un travail extrêmement important pour faire progresser la compréhension, non pas de tout ce qui a été dit aujourd'hui - parce que heureusement, ceux qui travaillent sur le sujet depuis quelques années ont des idées plus claires sur la question -, mais de voir où sont les points de rupture entre la ville et l'hôpital, et où il faudrait créer du lien et faciliter sa création pour que ces coopérations existent.

Pour répondre plus précisément à la question de M. SILBERMAN, il est évident que sur les financements, - il l'a fort excellemment dit, et il en a la pratique ancienne - l'Assurance Maladie ne couvre que ce qui est couvert par le législateur. Il n'est pas envisageable de détourner les fonds publics de l'objet assigné. Il faut donc avoir recours à des enveloppes spécifiques. C'est le cas, comme l'évoquait M. RITTER sur les réseaux. J'aurais aimé pouvoir préciser à M. KALTENBACH, que si la maison médicale de garde de Clamart avait vu le jour, c'était à 90 % grâce au fonds de l'amélioration de la qualité des soins de ville, et pas tout à fait vraiment au financement des collectivités locales. Ce n'est pas une pierre dans le jardin, mais il faut attribuer ce qui est. Mais ce fond de l'amélioration de la qualité des soins de ville est temporaire, il a une affectation bien précise et ne peut pas servir à tout. S'il n'y a pas d'amélioration de la qualité, ou si elle est simplement incantatoire, ce fonds ne peut pas être mobilisé.

Dans le cadre de la coopération URCAM/ARH, maintenant transférée à la structure MRS, qui est virtuelle, puisque c'est nous qui l'anisons, la cinquième enveloppe va exclusivement sur les réseaux, qui ont déjà aujourd'hui une certaine reconnaissance. Cette enveloppe est limitée. Il n'est pas question de financer des opérations de regroupements physiques, puisqu'il n'y a pas là d'objet même du réseau, tel que le législateur l'a défini : coopération ville-hôpital. Nous n'avons pas la capacité aujourd'hui de mobiliser des fonds de l'Assurance Maladie pour répondre à cette dynamique.

Si vous permettez une parenthèse en tant que citoyen, c'est-à-dire un avis comme celui que chacun de nous ici peut avoir, je ne crois pas du tout que nous puissions accepter en tant que citoyen que les fonds de l'assurance maladie financent ces regroupements. Ils doivent financer ce qui, dans ces regroupements, est de l'activité médicale au profit des professionnels, et éventuellement mieux reconnaître le travail des professionnels - c'est tout à fait dans la logique de l'Assurance Maladie -, mais je ne crois pas que son objet doive être détourné.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas rechercher ailleurs et activement, et que l'Assurance Maladie puisse participer à ce travail de définition, de contour, de quantification, les moyens qui sont nécessaires pour mettre en œuvre ce que M. SILBERMAN a parfaitement dit.

Ne nous leurrions pas, cela coûtera de l'argent. Il faudra trouver des solutions. Mais elles ne sont pas dans les enveloppes hospitalières, et pas plus dans la rémunération de la médecine de ville.

D'ailleurs, je ne suis pas sûr que les libéraux, compte tenu de leur attachement viscéral au caractère libéral de leur exercice souhaitent à ce point être subventionnés. Je sais bien qu'en France, c'est spécial, on n'aime pas trop l'Etat, on aime l'Etat fort, pas trop présent, sauf toutes les fois que cela peut mettre de l'huile dans les rouages. C'est pourquoi je dis que le sujet est très délicat. Il faut trouver les solutions qui ne remettent pas en cause le caractère libéral de l'exercice, qui ne confondent pas tous les budgets entre eux, parce qu'ils n'ont pas toute la même vocation, pas la même source de financement. Il faut que les pouvoirs publics puissent répondre devant la population, les citoyens de l'affectation des fonds publics. C'est donc un travail délicat, et il n'est pas trop tard pour l'entreprendre. Je pense même qu'il faut aller vite si l'on veut trouver.

M. GRUNDELER nous a parlé d'une solution, et nous avons tous été attentifs à cette solution que nous connaissons et que nous apprécions, dont nous voyons l'efficacité. Mais cette opération a été menée il y a vingt ans, avec des opportunités qui ne se retrouvent pas aujourd'hui, compte tenu du coût du foncier aujourd'hui en Ile-de-France. Nous en sommes bien conscients. D'où la nécessité de réunir tout le monde pour faire réussir.

Quand vous parlez du social, l'Assurance Maladie ne peut pas financer la participation des acteurs sociaux, uniquement les médicaux, et encore reconnus aujourd'hui comme profession étant sous nomenclature ou classification commune des actes. Cela signifie que pour les diététiciens et les podologues, il faut chercher ailleurs. Mais cela ne veut pas dire que nous n'en ayons pas besoin. Quand on voit l'obésité qui menace la population française, et notamment les jeunes, et surtout en Ile-de-France, on aura sérieusement besoin des diététiciens. Il faudra trouver les modes de financement.

(Applaudissements)

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci.

La parole est à la salle et j'invite parallèlement M. BOUCHERAT et le Dr HUYNH à rejoindre la tribune pour la conclusion de ce colloque.

Dr Bruno SILBERMAN* - Je crois que tout le monde est convaincu qu'il faut organiser et restructurer. La question est que pour l'expérimental, il n'y a pas de pérennité. Et s'il n'y a pas de réponses, parce que l'on peut attendre très longtemps, il y a une urgence à réorganiser. Même si les médecins eux-mêmes, les acteurs de la vie et les collectifs n'ont pas tous conscience qu'il faut le faire, il y a urgence à mettre en route quelque chose.

Si la seule réponse est l'augmentation du volume ou la multiplication des actes pour arriver à se sortir d'une structure qui ne trouve pas son financement, parce qu'il y a un nombre d'actes obligatoires, l'accréditation, la qualité etc. tout cela existe, et les établissements savent qu'il y a des actes maintenant obligatoires qui pénalisent leur gestion.

Vous savez, monsieur le directeur, que les établissements privés ou publics n'ont pas l'allocation de ressources adaptées aux obligations d'un certain nombre de choses, dans certains cas.

Si c'est la multiplication des actes, ou pire, l'augmentation de l'espace de liberté du secteur II qui devait financer la réorganisation de l'offre libérale, on est peut-être en dehors « de la plaque », pour parler clair. On connaît le FAQSV. Quand on se lance dans une restructuration, on attend la pérennité. Si on veut que les jeunes n'aient plus peur de

s'installer, qu'ils y trouvent la certitude de pouvoir travailler dans un plateau technique cohérent avec une structure gérable, c'est-à-dire où les décisions sont prises et les investissements possibles, on ne peut pas jouer sur l'expérimentation.

Si on multiplie les actes, il n'y aura pas la qualité, et si on augmente les tarifs, cela ne va pas avec l'accès aux soins. Il y a quelque part, quelque chose à trouver. A l'évidence, il y a beaucoup d'acteurs en cause, mais la réponse n'est pas là.

Mme Dominique POLTON - En complément, et en allant dans le même sens, monsieur CHERASSE, vous nous dites qu'au fond, on est prisonnier des cadres qui aujourd'hui nous disent ce que l'on doit financer. J'ai envie de dire que dans ce cas-là, si l'on pense que nos cadres d'organisation, y compris financiers, sont obsolètes, je crois qu'il faut les changer.

Je suis vraiment frappée par le fait que dans d'autres pays, on dépasse d'une certaine manière. Il est vrai que nous avons aussi notre organisation, et il faut le faire avec ce que nous avons, mais on arrive tout de même à trouver des organisations, y compris de rémunération de financement des structures et on y met beaucoup d'argent. Il faut reconnaître que là où les pays ont essayé de favoriser ces organisations, ils ont mis beaucoup d'argent sur la table.

Je pense que nous avons peut-être une chance de pouvoir le faire, qui est liée au fait que nous avons moins de médecins. Il me semble que l'on pourrait passer un accord global, mais plus stratégique que ce que font les conventions aujourd'hui, avec la profession médicale, en disant que l'on aura peut-être moins besoin de rémunération globale puisqu'elle va moins augmenter parce que l'effectif va baisser, et qu'on le met plutôt dans des éléments de structure. On en ressent le besoin et on n'a pas le cadre pour le faire.

Je suis persuadé que c'est possible. Il faudrait peut-être des accords très stratégiques entre le corps médical et les institutions.

Dr. HUYNH - Les augmentations globales de rémunération, pour le moment, ne sont pas strictement évidentes.

L'accord que vous proposez n'est pas acceptable. On ne peut pas rentrer dans un tel débat, mais les praticiens, actuellement, ne sont pas des nantis qui ont des augmentations de rémunérations importantes. Ce n'est pas vrai. C'est votre opinion, mais ce n'est pas la nôtre.

M. Philippe RITTER - Je partage tout à fait l'opinion de Dominique POLTON.

Si maintenant, on constate - il faut le constater - que les cadres actuels ne permettent pas d'apporter les réponses à la hauteur des enjeux, je suis d'accord pour dire qu'il faut les changer, mais il faut le faire dans une négociation globale.

Je ne partage pas tout à fait le sentiment de M. HUYNH, mais je pourrais tout de même aller dans son sens en disant que je ne crois pas qu'aujourd'hui la vie conventionnelle, compte tenu de marges dont elle dispose, -et elle n'en a pas- ne peut pas régler le problème en l'état actuel. En revanche, lorsque vous dites que ce serait au niveau de conventions que l'on pourrait éventuellement aménager ces nouveaux dispositifs de financement, je suis assez d'accord.

Autrement dit, il faudrait qu'il y ait entre l'Etat, sous couvert de l'intervention du Parlement et l'Assurance Maladie, une définition d'engagements portant sur certains objectifs qui seraient les orientations de politique nationale de santé. Après tout, quand on décide de

faire du dépistage organisé du cancer, on s'est bien donné un certain nombre de moyens, sans doute peut-être pas assez dimensionnés, mais on est bien allé dans cette voie.

Il faudrait donc qu'il y ait ce cadre démocratiquement défini pour dire ensuite aux partenaires qu'il y a sur le champ de la négociation partenariale, un domaine à investir, auquel dans le budget national, il n'est pas stupide de consacrer un volume du budget à hauteur de. Ensuite, il reviendrait aux professionnels de santé de dire comment il peut être mobilisé efficacement. Je suis d'accord avec vous. Mais cela suppose une gradation de prises de position politique très fortes, pour laisser ensuite à des partenaires le soin de donner du contenu contractuel. Là aussi, il ne s'agit pas de se mettre simplement d'accord sur les répartitions d'enveloppes, mais de dire pourquoi faire, quand ou comment. Cela suppose, pour une fois, d'essayer de le gérer de manière décentralisée parce que les grandes idées s'arrêtent au niveau national et ne retombent pas généralement.

Je m'abstiendrai d'autres commentaires.

Dr. Pierre-Jacques IZEMBART - Je souhaite dire deux choses. Un cabinet de groupe, on oublie que c'est une petite entreprise.

J'ai l'expérience sur trente ans d'un cabinet médical qui n'est pas aussi important que l'exemple cité. Nous étions dans un cabinet de huit médecins et comme je l'ai dit, nous ne sommes malheureusement plus que six et nous n'avons plus de jeunes qui souhaitent s'installer. Je souhaite insister lourdement sur cette notion et nous ne pouvons pas sortir d'un tel colloque sans le dire.

S'il y en a un dans la salle qui souhaite le faire, qu'il lève le doigt. S'il y en a un parmi vous qui trouve un médecin qui veut s'installer au groupe Rabelais, je lui paie une caisse de champagne.

C'est un premier point. Si on ne tient pas compte de ce paramètre, tout le colloque ne sert à rien.

Deuxième point : ce cabinet de groupe fonctionne pour 7 médecins, fait 25 000 consultations par an, utilise deux secrétaires et une femme de ménage. On fait donc un effort de gestion fantastique pour le faire fonctionner. Quelle est la structure en parallèle qui pourrait faire la même chose ? Citez-la moi ? Je ne la connais pas. Nous avons 168 000 euros par an de frais de fonctionnement de la SCM, qui correspond à ce que nous mettons en commun pour pouvoir exercer la médecine, par un contrat de SCM. Or, là-dessus, nous payons des charges sur nos secrétaires, et à titre personnel, des taxes professionnelles.

On est en train actuellement de vouloir financer l'accès aux soins par l'intermédiaire de l'impôt alors qu'on laisse mourir des maisons médicales qui essaient de dépenser le moins d'argent possible pour l'intérêt des patients et de la collectivité locale. Je ne comprends donc plus.

Dr HUYNH, président - J'ai une réponse partielle. En voyant les chiffres, grosso modo, ce cabinet revient pratiquement au double du prix payé par les praticiens du cabinet du Dr GRUNDELER. Le modèle consistant à avoir une structure de six praticiens est sans doute un modèle trop petit.

Il faut donc analyser les conditions idéales du regroupement. Ce n'est pas une analyse personnelle. Si on regarde brutalement les chiffres, on constate que quand on parle de regroupement, il faut réfléchir à un modèle économiquement optimisé de façon à ce que

des jeunes s'engagent dans quelque chose qui va leur rapporter le plus possible pour un travail qui convient à leur mode de vie.

Je ne dis pas que c'est une solution pour le cabinet de Chelles, qui est probablement indispensable à la vie locale, mais il faut analyser la structure des coûts de ce cabinet et réfléchir de quelle manière la population de Chelles peut se mobiliser pour garder une structure qui lui est probablement indispensable.

Le but du colloque aujourd'hui est d'être un peu global, et de réfléchir d'une façon générale, à voir comment faire pour que les jeunes dans l'avenir aient envie de travailler avec nous avant que l'on soit parti.

Comment travailler ensemble au maillage de notre territoire.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Nous laissons la parole à Jean-Claude BOUCHERAT, président du Conseil économique et social régional, qui a eu la gentillesse de passer l'intégralité de la matinée avec nous et qui, avec une oreille neuve, a pu écouter ce constat. En tant que représentant de la société civile, il va pouvoir nous donner le rendu de l'ensemble des discussions. On sait que le Conseil économique et social, au travers des brillants rapports qu'il rédige, a souvent éclairé les acteurs régionaux sur le cadre et les complémentarités qui pouvaient exister entre les différentes institutions, collectivités, et les différents échelons au niveau de la région francilienne.

Monsieur BOUCHERAT, pensez-vous qu'il y ait un travail à entreprendre de ce point de vue ?

M. Jean-Claude BOUCHERAT - Monsieur le président, merci de m'avoir invité et de m'avoir permis de passer la quasi totalité de cette matinée à vos côtés. C'est une forme de réponse, mais je n'ai pas à répondre à quiconque, et je n'ai aucune espèce de compétences pour répondre à un des points de vue exprimés dans la salle.

Je vous salue franchement pour avoir organisé un colloque comme celui-ci, avec ce déroulé, cette logique, cette avancée progressive, permanente, pour arriver à une forme de conclusion.

Si j'avais à dire haut et fort ce que je pense à ce sujet, je dirais que ce colloque était indispensable, non pas pour les praticiens, pour les femmes et les hommes de l'art qui sont dans la salle, non pas pour vous, les médecins, même s'il est bon de temps en temps de se retrouver sur soi-même pour partager les analyses d'une situation difficile, vécue quotidiennement sur des terrains très différents.

Si je dis cela, c'est parce que, comme M. GRENIER vient de le dire, je suis assez éloigné de vous, sauf quand je suis votre patient. Mais en dehors de cela, je suis sur une espèce de planète, qui s'appelle Conseil économique et social régional et on peut penser que sur cette planète, je me situe assez loin du terrain. Or, un CES, dans toutes les régions de France, métropolitaines et outre-mer, c'est le regroupement voulu par notre république, il y a 42 ans pour l'Ile-de-France et une trentaine d'années pour les autres régions, de toutes ses composantes, de ses corps intermédiaires, de ses groupes sociaux, de ses groupes professionnels qui œuvrent tous les jours sur le terrain. Quand les 122 membres du CES Ile-de-France se réunissent, c'est l'image de notre société. Cela veut dire que vous êtes dedans. Et vous y êtes très directement, puisque votre collègue, Olivier AYNAUD, qui n'est pas là, représente votre organisation dans le groupe des professions libérales, vos sensibilités, vos problèmes.

Croyez-moi, Olivier le fait très bien et tellement bien qu'il y a deux ans, nous lui avons confié la rédaction d'un rapport, puisque le CESR produit des rapports à partir desquels il produit des avis, c'est-à-dire un document juridique adressé directement aux élus. J'y reviendrai. Je salue tout particulièrement Olivier AYNAUD qui, en 2003, a rédigé un rapport intitulé *Education pour la santé, une politique de prévention en Ile-de-France*.

Pour vous, c'est probablement assez banal, mais pour nous, au niveau de cette deuxième assemblée régionale, nous avons estimé que le mot prévention n'était pas tellement dans les têtes, dans les bouches et dans la culture. Nous avons donc décidé de porter le plus loin possible ce message de la prévention. Il y a le préventif, le curatif, le palliatif etc., mais on oublie souvent la prévention, notamment dans notre éducation. Nous nous étions tournés, dans ce rapport, vers notre jeunesse. Il faut qu'elle apprenne d'abord la prévention. Cela évitera peut-être un certain nombre de problèmes a posteriori. Je ne ferai pas de démonstration. Vous le savez mieux que moi.

Je veux également saluer dans la salle, Guy ATTELANT*, qui n'est pas de cette même famille, mais qui a oeuvré jusqu'à une époque récente dans de grands établissements hospitaliers, dont un de l'est parisien. Je te salue et te remercie de venir m'appuyer dans cette petite causerie de fin de matinée, devant les experts du monde médical et hospitalier dont tu fais partie. Je m'en réjouis.

Aujourd'hui, nous sommes presque « au milieu du gué ». Les problèmes évoqués dans la première partie de cette matinée sont une photographie faite par celles et ceux qui peuvent le faire légitimement, d'une profession que nous côtoyons tous les jours dans nos cités et nos communes, sans tout à fait nous rendre compte de sa place, de son importance, du réseau, du maillage dans lequel elle s'inscrit, cette population des médecins libéraux, en particulier, que vous êtes.

Il faut donc que nous puissions dire que les problèmes que vous portez ne sont pas simplement ceux d'un corps professionnel, d'un corps social, mais ceux de notre cité.

Ce qui nous intéresse dans un conseil économique et social comme le nôtre, mais c'est vrai au niveau de la nation, et au niveau du Conseil économique et social national, -c'est la même démarche-, c'est d'être fort de notre richesse. Ce que la société civile a fait en nous désignant, en nous choisissant, en nous élisant que ce soit au niveau national ou régional, c'est de nous permettre d'être les vecteurs, les relais, les oreilles. Ce matin, j'ai beaucoup écouté et appris et ce sera profitable dans ma fonction, mes responsabilités avec mes collègues. Je suis sûr qu'avec Guy, nous allons nous retrouver pour en parler dans quelques heures et quelques jours, et avec Olivier également. J'en parlerai peut-être en conclusion dans quelques instants.

Nous sommes donc des porteurs de messages. Nous n'inventons rien, nous sommes des gens du quotidien, du terrain. Nous prenons ce quotidien, ce terrain tel qu'il est, tel que vous l'avez exprimé ce matin. Nous ne cherchons pas à dissimuler des choses désagréables, des disparités régionales, le fait que l'Île-de-France ne soit pas comparable à d'autres régions, qu'elle ait des spécificités. Tout cela est une réalité.

Nous travaillons beaucoup avec M. LACOSTE à l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région parisienne. L'IAURIF est une mine d'informations, de renseignements, de ce qu'est notre terrain. C'est à partir de là qu'un CESR s'empare des problèmes, des dossiers.

Il me semble que la matinée que nous venons de passer n'est qu'une étape dans une démarche professionnelle que vous conduisez. J'ai le privilège de vous suivre depuis quelques années, monsieur le président, et je sais votre engagement, votre implication, et c'est pourquoi je disais tout à l'heure, maladroitement peut-être, qu'il fallait que ce colloque existe, pour nous, gens de la société civile, nous qui vous connaissons au travers d'un prisme un peu déformant quand nous allons dans vos cabinets pour nos problèmes. Nous

ne voyons peut-être pas tout à fait en repartant de vos cabinets les choses comme il faudrait.

Je peux souhaite à présente reprendre la dernière diapo du Dr SILBERMAN qui a été judicieusement maintenu à l'affiche, et après avoir entendu M. RITTER et connaissant le préfet qu'il est, ses responsabilités, connaissant un peu l'ARH, j'ai entendu M. CHERASSE pour l'URCAM, M. PELTIER. Je n'ai pas encore tout à fait bien saisi la MRS, mais j'ai tout de même entendu des choses qui ont été dites sur ce qu'elle fait, ce qu'elle pourrait faire et ce qu'elle ne devrait surtout pas faire. Et puis, nous arrivons à cette grande catégorie, où l'on peut mettre un « s » à collectivités parce que ce sont les collectivités et non la collectivité.

Et là, nous sommes effectivement au cœur du débat. Je salue l'absence de Claude PERNES. Je me réjouissais de le retrouver en conclusion et pas simplement en début de matinée parce que c'est un véritable partenaire. Nous avons la chance d'avoir un élu local, maire de Rosny-sous-Bois et il a dû partir pour rejoindre la ministre, parce que tous les ministres des transports et de l'aménagement viennent à Rosny-sous-Bois pour la photo, et ensuite ils repartent, mais lui, il ne reviendra malheureusement pas.

Mais vous avez enclenché aujourd'hui un mouvement non seulement avec le maire de Rosny-sous-Bois, mais aussi avec le président de l'Association des maires d'Ile-de-France. Quelqu'un a parlé tout à l'heure de l'attractivité de l'Ile-de-France : c'est 1 281 communes, dont une que l'on connaît très bien, à savoir Paris et 1 280 autres, qui sont de tailles très diverses. Aux marges de l'Ile-de-France, c'est-à-dire à 50 kilomètres de Paris, dans un hameau, dans un bourg, dans un village, il se passe quelque chose, il y a des problèmes spécifiques.

On a parlé du périurbain, qui porte bien son nom. J'ai vu les nuances que vous y mettiez. C'est quelque chose qui entoure la ville, c'est une définition. M. FOURCADE parlait tout à l'heure de « rurbain », mot qui a été inventé. Cela signifie qu'il y a des pôles urbains très forts. Paris est un exemple. La zone dense autour de Paris, c'est-à-dire l'ancienne Seine, est particulière. A l'autre bout, il y a des territoires particuliers dans lesquels on ne peut pas raisonner comme on le fait à Boulogne-Billancourt. Je connais un peu notre territoire.

Cela veut dire qu'il y a une grande dispersion et donc que vous ne pourrez pas trouver, tout seul, monsieur le président, instantanément une solution unique pour l'ensemble.

Aucun village ne peut régler ce type de problème tout seul. Paris règle à sa façon d'autres problèmes. Puis, il y a les échelons intermédiaires bien connus, les départements. Quelqu'un a dit tout à l'heure à juste raison que le côté social, c'est plutôt du côté des départements. Je ne sais pas si vous avez remarqué, mais avec les intentions plus ou moins concrétisées en matière de décentralisation, tout le social devait aller vers la région, et finalement beaucoup de choses iront vers les départements. Je suis sûr que dans quelques années, il faudra se tourner vers les départements, les conseils généraux pour leur demander de larges contributions, certains efforts qui seraient utiles pour répondre aux besoins que vous avez exprimés. Néanmoins, les départements existent, même si certains, un jour, ont pensé pouvoir les supprimer.

En Ile-de-France, on est moins sensible parce que nos huit départements n'ont grosso modo que 40 ans d'âge, mais dans notre pays, le département a une signification. A mon avis, il faut tout de même compter sur eux, mais sans se faire trop d'illusions.

Il est dommage que M. KALTENBACH n'ait pas pu rester. Il est aujourd'hui en commission permanente pour des décisions régionales mensuelles fort importantes. Nous aurions pu ensemble bavarder au niveau régional. On parle de la région comme si c'était quelque chose qui existait depuis toujours, qui avait fait des choses extraordinaires depuis longtemps. Je rappelle simplement que la collectivité territoriale qu'est la région est née il y a deux ans dans notre constitution. Le Parlement s'est réuni à Versailles, et aux côtés des communes et des départements, on a créé la région. Cela démarre.

Vous savez que parfois cela cahote, quand on met en place des institutions de cette envergure, en particulier en Ile-de-France, un an après les élections de mars 2004. Je ne porte pas de jugement sur le résultat politique, je dis simplement que c'est une grosse affaire. La région Ile-de-France est un investissement permanent de 3 Milliard d'Euros. C'est une grosse mécanique.

Depuis le 1^{er} janvier, la mise en route de la région, c'est l'ouverture en matière de formation des personnels médicaux, paramédicaux, des bourses d'étudiants. Le 1^{er} juillet, il y aura une autre étape. Demain, la région prendra nécessairement son envol. La décentralisation va d'une façon ou d'une autre, avancer dans les prochaines années, quoi qu'il se passe. On va plutôt vers une territorialisation en quittant le sommet. Je crois que dans le cadre d'une telle territorialisation, il y a de la place pour la prise en compte de vos problèmes avec l'institution régionale.

A ce niveau, un CES est plus que jamais un relais. Ce que nous constatons sur le terrain, comme je l'ai fait aujourd'hui, nous le réfléchissons, nous le mettons en forme, nous nous appuyons sur celles et ceux qui savent, qui peuvent vraiment éclairer notre lanterne, et à partir de là, nous donnons notre avis, nous préconisons, nous suggérons, nous recommandons à l'autorité régionale lorsqu'elle a à décider.

Quand il s'agit de décider en commun avec l'Etat, par exemple, c'est quelquefois un peu plus compliqué. Cela dépend des périodes. Mais il y a des outils juridiques pour le faire, il y a un contrat de plan qui régit un grand nombre de sujets.

Demain, il y aura l'écriture de l'Ile-de-France à l'horizon 2020-2025. C'est ce que l'on appelle la révision du schéma directeur d'Ile-de-France qui nous régit depuis 1994. C'est un peu le vécu dans toutes nos composantes sur le terrain, tous les jours. Je pense, monsieur le président, mesdames et messieurs, qu'il ne faut pas rater cette occasion historique parce que l'on ne va pas refaire un schéma directeur avant longtemps. On l'a fait il y a dix ans, et là on anticipe un peu parce qu'il y a eu une accélération qui justifiait que l'on n'attende pas 2015. Dans ce contexte, il faut poser vos problèmes en direct, mais également les faire passer par un CESR.

Après votre audition devant le CESR, si vous le souhaitez et si vous le pouvez, sous une forme ou une autre, je suis prêt à proposer une réflexion de notre côté pour être le lieu d'analyse objectif et de propositions éventuelles qui permettraient de faire avancer votre dispositif.

Pour terminer, les élus locaux, les maires étaient là, et j'ai dit quelques mots du département et de la région, parce que je crois beaucoup à cette collective régionale, mais elle ne bâtira rien sans repartir du terrain. C'est pyramidal. Ce qui se passe dans nos 1 281 communes, dans nos huit départements, c'est important, avant que ce soit pris en compte au niveau central, c'est-à-dire de la région. Mais il y a aujourd'hui, un phénomène très important.

J'ai entendu tout ce qui a été dit tout à l'heure sur les maisons de garde, les cabinets de groupe, les structures de soins sans lit etc. Ce sont des ouvertures « naturelles » vers des solutions que vous cherchez et que vous souhaitez mettre en oeuvre.

Une commune toute seule aujourd'hui, c'est un maire qui est un homme harcelé par tous les problèmes qui ont un coût. Quand il y a un coût local, cela veut dire que c'est le contribuable qui paye. Il n'y a pas de surprise.

Je crois qu'un certain nombre de choses peuvent trouver aujourd'hui l'amorce de solution.

Certains cabinets ont été mis en place, il y a vingt ans. Aujourd'hui et demain, l'intercommunalité est balbutiante, presque à son démarrage. Il a fallu attendre des lois de 1999, pour voir, prendre corps. En Ile-de-France, alors que nous sommes en général, parce que « parisiens », toujours un peu en avance en matière d'intercommunalité, nous sommes encore en retard, même si nous le rattrapons à grands pas. Cela veut dire qu'il y a des formules.

Je vis un peu dans l'est parisien, entre la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. Il y a une formule associative entre une vingtaine de communes, des deux côtés de cette frontière. Ils ont créé une association qui s'appelle l'ACTEP*. Ce n'est pas encore une véritable intercommunalité au sens de la loi, mais dans ce cadre, les élus se parlent, vivent ensemble, amorcent des décisions. Ils décident forcément de choses très fortes à faire tout de suite, ils ont d'autres possibilités facultatives de faire des choses, voire des choses optionnelles.

Je ne serais pas étonné qu'il y ait dans notre région des précurseurs dans le cadre d'intercommunalité naissante ou née maintenant, la possibilité de mettre en commun. Comme disait Paul VALERY : « *Mettons en commun ce que nous avons de meilleur et enrichissons-nous de nos mutuelles différences* ». Je crois que ce mot d'ordre sous la plume de Paul VALERY peut nous convenir.

Quand une dizaine de communes sont capables ensemble de constituer un groupe et de se donner les moyens financiers -elles peuvent à ce moment-là se les donner-, on peut avancer probablement dans le sens que vous avez montré, c'est-à-dire celui du regroupement, et avec celui-ci, mailler un territoire comme celui de l'Ile-de-France.

Merci monsieur le président.

(Applaudissements)

Dr. HUYNH - Merci de ces encouragements, de cette satisfaction affichée, merci de nous donner votre appui, parce que c'est un peu ce que l'on espérait aujourd'hui en faisant ce premier pas, qui est celui d'une avant-garde de gens qui savent.

Je crois que nous avons beaucoup appris, aujourd'hui. J'ai beaucoup appris de ceux qui ne sont pas tous les jours avec nous, comme Mme POLTON ou M. LACOSTE, M. FOURCADE, M. KALTENBACH ou vous-même.

J'ai beaucoup appris de nos institutionnels habituels que sont les institutions régionales, représentées par M. PELTIER, M. CHERASSE et M. RITTER.

J'ai également beaucoup appris de tous ceux qui sont intervenus, des élus qui ont participé à ce travail, et qui ont aidé à mettre en forme des idées qui sont dans l'air.

Maintenant, la grande difficulté de ce sujet est de mobiliser les ressources institutionnelles et la volonté politique autour de ce genre de projet. Il s'agira également de proposer aux médecins, aux jeunes qui, pour le moment, choisissent des solutions plus faciles, des chemins plus sûrs, avec moins de responsabilités que l'installation libérale, d'arriver aussi à impliquer des médecins, comme on l'a dit et vu.

Le médecin que l'on veut impliquer aujourd'hui a 50 ans, il a un cabinet qui fonctionne bien, qui fait ses frais. Il n'a pas beaucoup de temps, mais gagne tout de même sa vie. On va lui dire que dans les dernières années de son exercice, on va complètement modifier son existence et lui faire prendre des risques dont il n'a strictement pas besoin, et on va faire en sorte que peut-être, il perde tout avant sa retraite.

Si vous voulez, la grosse difficulté vient de notre responsabilité d'organisation professionnelle. L'URML d'Ile-de-France a une responsabilité dans l'accès aux soins, vis-à-vis de la population, et c'est notre travail de faire cette chose, de nous rapprocher de la société civile et des institutions pour faire en sorte que quand demain, on prendra notre retraite, la moitié des médecins ne disparaisse pas de la carte et ne soit pas remplacée.

Pour la population, ce serait effectivement une catastrophe parce qu'en même temps qu'ils disparaîtront du monde libéral, ils disparaîtront du monde hospitalier, de la médecine territoriale. C'est un problème d'accès aux soins qui va réellement se poser de façon importante si les gens diplômés pour soigner ne soignent plus.

On peut dans le monde actuel devenir expert à l'OMS. Un diplôme de médecin peut s'utiliser en Afrique, dans un autre pays d'Europe, pour soigner, et cela peut s'utiliser pour faire autre chose que du soin.

Il nous importe aujourd'hui de commencer cette espèce de long trajet qui va probablement durer une dizaine d'années, pour faire en sorte qu'il y ait des médecins dans dix ans qui soignent des gens, soient contents de le faire et d'exercer le métier qu'ils ont choisi au départ.

Il y a un travail institutionnel qui est de notre responsabilité, mais il ne faut pas se leurrer, c'est un travail que nous allons faire contre nos mandants. Il faudra les impliquer dans quelque chose où ils ne sont pas naturellement, leur montrer le bel aspect des choses et leurs responsabilités de praticiens pour les malades qu'ils quitteront au moment de leur retraite.

C'est quelque chose qui fonctionne. Je suis sûr que mes confrères ont ce sens des responsabilités, mais il faudra aussi leur proposer un chemin qui ne sera pas trop difficile à gravir, parce que ces gens ont déjà beaucoup exercé, soigné beaucoup de gens, donné beaucoup de leur temps et d'énergie. Il faut donc leur proposer des choses accessibles.

Nous avons fait aujourd'hui, une partie de la réflexion qui nous permet de partir, institutionnels régionaux, société civile, experts, et beaucoup d'autres personnes, non pas tous avec la même idée, parce qu'il faut évidemment affiner les projets, comme vous le disiez très bien, expérimenter les solutions, mais il est évident que nous avons aujourd'hui

commencé à bouger sur quelque chose qui pour le moment était dans l'air, c'est-à-dire des espèces de petites poussières qui n'ont aucun poids.

Cela commence à faire aujourd'hui un petit poids que tout le monde a vu et reconnu.

Je vous remercie tous aujourd'hui d'être venus et d'avoir participé à ce colloque.

Merci à tous.

M. Alexandre GRENIER, modérateur - Merci beaucoup à l'équipe de l'URML et de l'AMIF pour l'organisation de ce colloque.

Organisation

URML Ile-de-France

Alexandre GRENIER – Directeur des Etudes

alexandre.grenier@urml-idf.org

AMIF

Thierry STARON – Directeur

tstaron@amif.asso.fr