

RAPPORT

*Au nom d'un Groupe de travail**

Le corps médical à l'horizon 2015

Guy NICOLAS**

RÉSUMÉ

La médecine française est entrée dans une période de mutation dont les effets devraient être maximum en 2015, notamment par l'effet de la décroissance de la démographie médicale alors que la technicité et les coûts ne cessent de progresser. Cette situation doit être saisie comme une opportunité pour refondre en profondeur l'ensemble du système à partir d'objectifs prioritaires tenant compte des besoins de la population sur l'ensemble du territoire. L'organisation des soins primaires est la priorité à court terme en regroupant les professionnels de santé afin de faciliter l'accès aux malades et d'établir une permanence des soins. De la même façon il faut établir un maillage hospitalier de premier niveau permettant d'assurer les urgences dans un délai de 3 heures. Cette mutation passe également par une profonde réforme des études médicales. Le mode de sélection actuel est inadapté. La formation des généralistes ne correspond pas au métier exercé, et celle des spécialistes manque de souplesse. Enfin il faut engager une réflexion sur les revenus des médecins afin de réduire les inégalités.

L'année 2015 n'a pas été choisie au hasard ; elle correspond à une époque où la médecine française se situera au centre d'une période de profonde mutation commencée en 2005, qui devrait durer une vingtaine d'années. Dans une première partie, ce rapport cherche à identifier les grandes évolutions décelées dès maintenant et dont les effets devraient modifier la médecine à l'échéance 2015. Il s'efforce ensuite de décrire les refontes et restructurations qui paraissent inéluctables.

Les grandes évolutions

En premier lieu, la démographie médicale qui rompt avec les 3 décennies passées au cours desquelles les effectifs ont été globalement multipliés par 2,5 et tout particulièrement en ce qui concerne les spécialistes. **On va maintenant et, jusqu'en 2015, assister à une baisse progressive du nombre des médecins, de l'ordre de 15%, avec de grandes disparités selon les spécialités et les lieux d'exercice. Cette évolution est inexorable puisque le nombre des départs des médecins entrés dans la profession avant le numerus clausus est très supérieur au nombre de leurs remplaçants appartenant à la génération la plus affectée par le numerus clausus.** Le manque de médecins est en partie comblé essentiellement dans les hôpitaux par le recrutement de médecins étrangers. Les problèmes de l'évaluation de leurs compétences professionnelles et de leur avenir dans le système hospitalier restent à régler. Il sera indispensable qu'à l'avenir le chiffre du numerus clausus fixé chaque année anticipe les besoins à 10 ans sans attendre un constat de pénurie ou de pléthore pour agir. Il conviendra également d'établir une politique à long terme concernant la formation des étudiants étrangers. Parallèlement à ce mouvement d'ordre quantitatif, on assistera au cours de la même période à des transformations qualitatives comme l'homogénéisation de la formation des spécialistes après disparition des promotions issues des CES et à la féminisation massive de la profession médicale, atteignant 65%, voire plus.

En contraste avec la baisse du nombre des médecins, le vieillissement de la population française se poursuivra entraînant inévitablement une augmentation de

la demande de soins, notamment en ce qui concerne les soins primaires et les maladies chroniques.

Depuis 30 ans, la technicité occupe une place sans cesse croissante en médecine tant au niveau de l'élaboration du diagnostic que de la prise en charge thérapeutique. Les examens se multiplient, s'accumulent, dans un ordre qui n'est pas toujours rationnel, le malade passe de main en main, la relation médecin/malade devient de plus en plus précaire. La course à la recherche du bilan exhaustif dans un temps limité est entrée dans les habitudes et, à l'issue de ce parcours souvent pénible pour le malade, on croit le rassurer en quelques minutes en lui indiquant que son cas entre dans le cadre d'un protocole. Pour plus d'explications on lui conseille d'aller revoir son médecin traitant, oubliant que celui-ci n'a jamais été préparé à jouer ce rôle et qu'il est souvent informé des résultats avec beaucoup de retard.

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter malgré l'effort des différents plans de stabilisation ; on prévoit même que dans un avenir proche elles pourraient atteindre 12%, voire 15% du PIB. On peut comprendre cette progression, car la demande augmente et les technologies se développent à une cadence de plus en plus rapide. On est moins sûr que cette progression soit le reflet d'une réelle amélioration de l'état de santé de la population en terme d'efficacité et il reste à en évaluer les effets.

Face aux bouleversements que va connaître notre système de soins dans un proche avenir, on ne peut pas compter sur le mode d'organisation actuel figé depuis 50 ans pour s'adapter rapidement. Il manque de souplesse, de réactivité et se contente de répondre aux problèmes ponctuels, au jour le jour, par des solutions d'opportunité qui manquent souvent de cohérence. Le décideur, malgré beaucoup d'efforts et de bonne volonté, se heurte à un ensemble de blocages construits au fil du temps par un corporatisme quasi institutionnel.

On peut encore une fois essayer de corriger la situation par des ajustements de moyens, mais une telle politique est nécessairement inflationniste, car elle ne permet aucune substitution et conduit à un empilement de moyens dont l'utilisation devient vite incontrôlable – on peut certes réaliser des actes d'une grande qualité ; encore faut-il être certain qu'ils soient nécessaires et justifiés pour chaque cas particulier. Ce n'est pas en colmatant les brèches que l'on transforme un système à la dérive.

Si l'on veut sortir de l'impasse dans laquelle se trouve actuellement le système de santé en France, il faut arrêter de distribuer des moyens dans le seul but de satisfaire des demandes qui ne sont pas toujours la bonne réponse à des besoins réels et bien identifiés. Il faut au contraire définir des objectifs correspondant à des besoins précis, clairement exprimés sur la base d'études épidémiologiques qui sont nécessaires pour définir et évaluer une politique de santé publique. Il faut ensuite choisir le ou les acteurs capables de répondre au cahier des charges et établir avec eux un contrat incluant un programme précis et des échéances. Une telle méthode n'a rien d'original ; elle est communément utilisée dans le monde économique et elle est également à la base des grands programmes de santé publique, mais elle ne correspond pas au mode de fonctionnement actuel du système de soin.

Les refontes prévisibles

Ce rapport n'a d'autre ambition que de souligner combien il est urgent de refondre en profondeur l'ensemble du système à partir d'objectifs prioritaires.

La formation professionnelle des médecins

L'exercice de la médecine est multiforme : certains médecins ont pour mission d'assurer les soins primaires, et d'autres, à l'opposé, d'être à la pointe de la recherche et/ou de constituer le recours dans un domaine très sophistiqué. Actuellement, la formation est monolithique et, au terme d'un cursus de 8 à 10 années, ni les uns ni les autres n'ont reçu l'essentiel de ce qui leur est nécessaire pour remplir le rôle que l'on attend d'eux. On demande aux premiers de se lancer dans la grande aventure de la médecine générale et d'apprendre leur vrai métier au contact des malades ; d'où leurs hésitations. On demande aux seconds d'entrer, au terme du cursus, dans la partie scientifique et technologique de la médecine de haut niveau. Quant aux années qui conduisent au doctorat, elles ont souvent fabriqué un professionnel hybride inadapté à exercer correctement une fonction quelconque et qui compense cette carence en retardant son installation. Ce jeune médecin n'est pas immédiatement apte à exercer la médecine au quotidien ; il ne l'est pas non plus à s'engager dans une carrière médicale de haute technologie.

Si l'on veut réfléchir en termes d'objectifs, on pourrait envisager un tronc commun de 3 années pour acquérir les bases des connaissances essentielles que tout médecin doit acquérir pour identifier les grands syndromes en même temps qu'on lui apprend les notions essentielles d'humanisme pour que, quel que soit son exercice futur, il soit capable d'aborder le malade en tant que personne et non comme un cas. Au terme de cette première étape, l'étudiant recevra la formation complémentaire en fonction de sa future activité.

Envisager les études médicales sur un mode différencié et non plus unitaire pose immédiatement la question de la sélection à l'issue de la première année. Actuellement, les critères sont avant tout scientifiques ; ils progressent en difficulté et la sélection est équivalente à celle des grandes écoles. **Après leurs 7 ans d'études, la moitié des étudiants en médecine est destinée à exercer la médecine générale qui réclame autant de qualités humaines que de connaissances scientifiques.** Ne l'oublions pas, si la sélection actuelle se poursuit sur le même modèle, on trouvera peu de candidats vraiment motivés pour exercer la médecine générale à l'issue du second cycle. Les étudiants utiliseront toutes les formations parallèles pour éviter cette voie et devenir des néo-spécialistes. Le système est déjà en place et, à partir de 2010, on constatera un déficit croissant en véritables généralistes alors qu'on en aura le plus grand besoin. **Sélectionner autrement, c'est d'abord ouvrir à côté de la formation actuelle une voie moins fondamentale pour permettre l'admission d'étudiants ayant un profil moins axé sur les sciences exactes ;** c'est ensuite mieux informer les candidats sur le vrai métier de médecin dont on attend qu'il participe à la prise en charge du mal-être dont souffre notre société. Ainsi, malgré la réticence qu'il suscite sous prétexte qu'il mettrait en cause l'égalité des chances, un entretien avec un jury pluridisciplinaire est une mesure qui doit être mise en pratique. Elle permettrait au moins d'éviter des erreurs d'orientation pénalisantes et difficiles à assumer par le candidat exclu mais aussi par celui qui réalise son erreur après 4 ou 5 ans d'études perdues.

La médecine générale, nouvelle spécialité :

On ne peut se satisfaire de la définition selon laquelle le médecin généraliste représente le médecin de premier recours devant répondre à tout appel, traiter les cas simples et orienter les autres vers l'hôpital ou le spécialiste compétent.

Présenter ses missions comme telles est méconnaître le rôle de pilier du système de santé qui a été le sien pendant les 2/3 du 20^{ème} siècle et qui s'est effrité progressivement au fur et à mesure que le nombre des spécialistes augmentait. Il doit certes répondre à toutes les demandes, mais aussi assurer le suivi des maladies chroniques, être au contact de l'entourage des malades et s'intégrer souvent à la vie communautaire. Bien qu'on ne lui demande pas de connaître toute la médecine, son rôle consiste aussi à pouvoir répondre aux questions des malades pris en charge

à l'extérieur, pour expliquer, calmer l'angoisse, rassurer, enfin s'assurer de l'observance des traitements prescrits.

Au sein de son secteur d'exercice, quartier, commune, canton, le généraliste a également en charge la prévention à la fois individuelle et collective dans la communauté concernée. Ces deux missions, médicale et médico-sociale, voire d'organisation au sein d'une maison de santé, sont indissociables au quotidien.

La formation initiale du généraliste doit prendre en compte tous ces aspects, faire un partage équitable entre l'apprentissage médical et une bonne imprégnation de la culture des sciences sociales, enfin diriger ses premiers pas au sein d'un compagnonnage bien structuré. **Il faut arrêter de considérer la médecine générale comme une situation d'échec pour l'étudiant, comme le dernier choix, par défaut, pour ceux qui n'ont pu prendre la voie royale de leurs ambitions, c'est à dire l'accès à une spécialité.**

C'est dire l'importance qu'il faut donner à l'information des étudiants qui se dirigent vers la filière médicale. Ils doivent avoir connaissance de l'étendue de la panoplie des métiers, savoir d'emblée que la moitié d'entre eux seront appelés à exercer la médecine générale, être enfin informés sur les conditions dans lesquelles ils seront amenés à pratiquer leur métier de médecin.

L'image du généraliste isolé et omniprésent dans une petite commune rurale pendant toute sa carrière a vécu, et la génération en formation n'a plus l'intention d'exercer de cette façon. L'avenir à court terme est au regroupement sous la forme de maisons de santé où se trouveront réunis médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides soignants...c'est à dire l'ensemble des professionnels de santé capables d'accueillir en un seul lieu les malades aigus ou chroniques quelle que soit la cause de leur maladie et de participer également au suivi médico-social de la population vieillissante. De cette façon, le professionnel de santé n'est plus isolé ; il peut organiser son mode de vie et la permanence des soins est convenablement assurée.

Une organisation des soins primaires selon ce modèle s'adapte aussi bien au milieu rural que suburbain, c'est à dire dans les zones où le manque de généralistes va rapidement devenir problématique. C'est sur ce maillage à travers le territoire, établi à partir des données obtenues auprès des observatoires régionaux de la santé (ORS), que les pouvoirs publics et notamment les collectivités locales et territoriales, doivent porter leur attention plutôt que sur des aides ponctuelles et isolées beaucoup plus fragiles et moins attractives.

Voilà l'exemple d'un objectif prioritaire qui part de l'information du jeune étudiant pour lui montrer que, même généraliste, il peut mener une vie confortable en exerçant un métier passionnant.

Les spécialistes

La formation des spécialistes étant désormais uniforme, il faut pour les étudiants obtenir un DES, complété ou non par un DESC pour certaines spécialités (quel est l'intérêt des DESC si le champ des DES est suffisamment large ? Est-il nécessaire d'ajouter des diplômes alors que chacun sait qu'il n'y a jamais de refusé et qu'une évaluation régulière de la formation permet de réorienter l'étudiant si ses aptitudes se révèlent différentes de ses souhaits initiaux ? On pourrait se contenter de stages validant une formation complémentaire, quelle que soit d'ailleurs l'ancienneté du candidat, en utilisant la même méthodologie que celle adoptée pour l'évaluation des pratiques professionnelles envisagées plus loin).

L'objectif est d'obtenir une qualification théorique et pratique après un cursus de 4 ou 5 ans. Ce cursus correspond à l'ancien internat qui comportait 8 à 10 stages de 6 mois dans un service agréé. Il est important de soulever un problème préalable, celui de savoir si l'interne au cours de son stage est d'abord un médecin en formation ou avant tout un membre actif du service, car l'ambiguïté persiste et cette question concerne directement la régulation du nombre des internes.

La réponse est simple : pendant les 2/3 du cursus, l'interne est un étudiant qui doit consacrer du temps à sa formation théorique, aspect beaucoup trop négligé actuellement, et acquérir progressivement la pratique par compagnonnage et entraînement aux techniques, sous surveillance. Pendant la fin de son cursus, l'interne est intégré dans l'équipe et peut se voir confier des tâches plus importantes, notamment participer au service de garde ou d'astreinte dans la spécialité sous la responsabilité du chef de service. La sécurité des malades est à ce prix et beaucoup trop de DES ou DESC sont délivrés sans avoir au préalable l'assurance que le candidat est réellement en mesure d'exercer pleinement la spécialité.

Dans les 30 dernières années, les spécialités se sont considérablement développées en même temps qu'elles se transformaient, alors que leur répartition dans le domaine de la formation est restée figée.

Les trois grandes disciplines d'internat : biologie, médecine, chirurgie ne correspondent plus à la réalité de l'exercice de ces professions. La chirurgie générale a disparu, les spécialités chirurgicales sont devenues plus nombreuses et plus étanches et certaines spécialités sont devenues médico-chirurgicales ou médico-biologiques. C'est ainsi que l'endoscopie interventionnelle des gastro-entérologues rejoint certains actes de chirurgie viscérale, que les cardiologues et les neuroradiologues partagent le secteur de la cardiologie interventionnelle avec les chirurgiens cardiaques ou vasculaires et que les frontières entre ces différentes activités restent mouvantes, à la merci des progrès technologiques. Une autre évidence est l'évolution chirurgicale de l'ophtalmologie avec même une hyper spécialisation selon les segments oculaires, alors que la réfraction et la surveillance de la vision revient aux orthoptistes, ce qui libère beaucoup de temps médical. Du « temps médical » doit pouvoir ainsi être libéré, du moins dans certaines spécialités. Il en est de même pour l'hématologie ou la génétique qui exigent des connaissances approfondies en biologie moléculaire. Il est urgent de prendre en compte toutes ces mutations, de prévoir les passerelles qui permettent de changer d'orientation en cours d'activité et de former les spécialistes de demain afin qu'ils puissent en toute sécurité prendre en charge les malades qui leur seront confiés.

Former des spécialistes de qualité est une nécessité mais la priorité en terme d'organisation des soins est aussi et avant tout de répondre aux besoins des populations en fixant à échéance de 5 ans le nombre de médecins nécessaires dans telle ou telle spécialité et par territoire d'exercice. L'observatoire de la démographie médicale devrait pouvoir fournir des précisions utiles sur ce point essentiel, et devenir un véritable pilote de régulation du flux des médecins.

Enfin, l'exercice des spécialités médicales ou chirurgicales est en perpétuel mouvement sous l'impulsion du développement technologique, et il n'est plus raisonnable d'envisager la carrière d'un spécialiste de façon linéaire comme cela était encore la règle il y a 20 ans. Suivant une périodicité à définir, variable d'une spécialité à l'autre, il faudra pouvoir vérifier l'aptitude du praticien à utiliser en toute sécurité la technique nouvellement apparue ou les nouvelles modalités de prise en charge d'une affection donnée. L'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) passe par cette exigence et les collègues de spécialistes ont un rôle important à jouer dans cette démarche.

L'Hôpital

On pouvait définir l'hôpital comme un établissement public ou privé dont la mission était d'accueillir des malades ne pouvant recevoir des soins appropriés en ambulatoire ; il faut revoir cette définition.

La France se caractérise par la présence d'un nombre important d'établissements, trop dispersés

et de trop petite taille pour répondre efficacement et en toute sécurité aux besoins de la population, et une réorganisation est devenue inévitable. **Il faut tout d'abord établir un maillage hospitalier de premier niveau capable de prendre en charge les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales**, c'est à dire possédant outre un service d'urgence suffisamment équipé, des moyens d'imagerie diagnostique (scanner, IRM) un laboratoire, des moyens de télémédecine et de transports sanitaires, y compris aériens. Le plateau technique doit également comprendre des unités de soins intensifs (USI), notamment cardiologiques et d'accueil des prématurés, et un noyau chirurgical immuable : chirurgie digestive, osseuse, vasculaire, urologique et gynécologiques, c'est à dire le regroupement des compétences pouvant répondre aux urgences chirurgicales. Certaines d'entre elles, hautement spécialisées comme la neuro-chirurgie ou la chirurgie cardiaque, seront concentrées dans quelques grands centres répartis sur le territoire.

L'implantation des hôpitaux sur le territoire doit tenir compte en priorité du temps d'accès de la population, celui-ci devant être idéalement inférieur à 3 h en utilisant le mode de transport le plus rapide. Cette exigence horaire est capitale pour les urgences chirurgicales, traumatologiques en particulier, mais également pour les urgences médicales (infarctus du myocarde, AVC...). Le deuxième niveau correspond à l'accès aux services hautement spécialisés de recours ou de référence, dans des établissements plus importants qui, en règle générale, comportent les deux niveaux, proximité et recours.

Les hôpitaux universitaires ont une responsabilité particulière en matière d'enseignement et de recherche ; celle-ci doit être reconnue, mais l'ensemble des hôpitaux, publics et privés, doit pouvoir être utilisé comme terrain de stage pour la formation pratique des étudiants en ayant le souci d'adapter le niveau du service à l'activité future choisie par le candidat et de veiller à la présence d'un encadrement effectif, validé et régulièrement évalué. La recherche, notamment clinique, est indispensable en milieu hospitalier mais elle doit être bien identifiée, à partir de projets ayant fait l'objet d'un contrat entre l'hôpital, l'université, les organismes de recherche, l'industrie, les entreprises travaillant dans le domaine de la santé...et non plus laissés à des initiatives individuelles non contrôlées. Le nouveau mode de financement des hôpitaux, dont le socle repose sur l'activité, oblige désormais à beaucoup de rigueur sur l'utilisation des moyens et la transparence des budgets. Sa mise en route se fait par paliers et une évaluation sera nécessaire en 2012.

A l'intérieur du maillage ainsi établi pour répondre dans les meilleurs délais et en toute sécurité aux situations les plus aiguës, on trouve un grand nombre d'établissements dont l'activité est moins importante mais qui sont indispensables à l'équilibre du système de soins. Beaucoup d'entre eux avaient ou ont encore une unité chirurgicale assurée par des chirurgiens polyvalents ; mais ce type de praticiens n'existe plus et l'activité de l'hôpital n'est pas assez importante pour le noyau des 4 chirurgiens actuellement indispensables pour répondre à l'ensemble des urgences.

Ces établissements sont en revanche irremplaçables pour la médecine générale, la réadaptation, les soins de suite, extrêmement utiles également comme recours pour les centres de soins primaires, d'autant qu'ils peuvent être reliés par télémédecine aux hôpitaux de proximité et être utilisés comme une plateforme de consultations avancées pour certaines spécialités avec un plateau technique permettant d'effectuer cette surveillance ambulatoire. Il faut donc les conserver et les aider à évoluer vers de nouvelles tâches essentielles et toutes aussi valorisantes que les précédentes.

Nécessité d'une politique de revenus du monde médical

Ce sujet est généralement abordé de façon ponctuelle dans un climat d'urgence pour répondre à une revendication catégorielle et non pas dans sa globalité. Or, les choix d'orientation dans

les carrières médicales sont loin d'être déconnectés des notions de revenus potentiels. Il n'est donc pas possible d'envisager une politique de Santé sans avoir le courage d'aborder de face la composante rémunératrice, et par ricochet, les contraintes catégorielles.

Dans le débat actuel concernant l'orientation des étudiants en médecine vers tel ou tel mode d'exercice, le mot attractivité revient constamment, qu'il s'agisse du choix de la spécialité ou du lieu d'installation. En règle générale, le sujet est écarté en proposant des avantages d'ordre matériel dont on connaît pourtant les limites et la faible efficacité, ce qui évite de se confronter au vrai problème, celui des différences très importantes qui existent dans le mode de vie des médecins en fonction de leur mode d'exercice. Le généraliste a un métier difficile, il doit connaître des panoramas étendus de la médecine, faire un diagnostic en quelques minutes et prendre une décision thérapeutique ; il peine à maîtriser son emploi du temps ; en milieu rural il est isolé et en milieu suburbain, sa sécurité est fragile. Les spécialistes ont un mode de vie beaucoup plus confortable ; même si certaines spécialités ont de réelles contraintes (elles sont d'ailleurs délaissées dans les choix), les malades traités sont homogènes et l'unité de lieu d'exercice est la règle.

On comprend aisément à partir de ces quelques considérations qu'au terme de l'examen classant, la médecine générale occupe une place défavorable.

A ces difficultés en terme de conditions de vie, il faut ajouter le fait que le revenu des médecins connaît également de grands écarts, toujours au détriment des généralistes et de certaines spécialités qui sont dépourvues d'actes techniques ; cet aspect ne doit pas être éludé. Plutôt que de distribuer sous la pression au jour le jour un euro par ci, deux euros par là, il serait plus légitime de prendre en compte la nature de l'acte intellectuel dispensé par chaque médecin et de s'apercevoir que le généraliste est soumis de par la variété des cas rencontrés à, au moins autant de difficultés qu'un spécialiste dont l'activité est beaucoup plus homogène et plus confortable. Par ailleurs, rémunérer à l'acte l'aspect technique est nécessairement inflationniste et le sera de plus en plus avec le développement accéléré de la technologie qui rend caduque un appareil en moins de 5 ans.

Il est donc urgent de s'orienter vers une politique équilibrée des revenus du monde médical quels que soient la spécialité ou le mode d'exercice et ne pas considérer que l'activité d'un médecin est linéaire tout au long de sa carrière. En éliminant ce type d'inégalité, en tenant compte de la vraie pénibilité de l'exercice pendant certaines périodes de la vie professionnelle, on rendra le choix des étudiants plus objectif et plus conforme à leur souhait initial.

Une réflexion du même type devrait être engagée à l'hôpital pour créer plus de souplesse dans la gestion des carrières. Engager un jeune praticien hospitalier de 35 ans dans un statut rigide pendant 30 ans alors que la médecine est en mutation permanente est une hérésie qui décourage la performance et l'esprit d'initiative. La médecine moderne favorise l'hyper spécialisation et la technologie accélère le processus ce qui conduit à un apprentissage permanent pour le médecin et nécessite de sa part une faculté d'adaptation et une remise en cause constante. C'est un bel enjeu pour le jeune qui s'engage dans cette voie, mais il est impossible de tenir cette cadence pendant 30 ans. Il faut donc pouvoir changer d'orientation, prendre de la hauteur, s'éloigner de la technique trop prégnante, pouvoir prendre d'autres responsabilités et s'y préparer en acquérant d'autres connaissances. Là encore, la réflexion par objectifs, l'établissement de projets précis et le suivi périodique des résultats permettront l'évolution harmonieuse d'une carrière et éviteront de se trouver après 10, 15 ou 20 ans figé dans une situation que l'on ne peut ou ne veut plus assumer.

CONCLUSION

Nous sommes conscients que le contenu de ce rapport dérange, que beaucoup des idées ont déjà

été évoquées mais toujours évacuées car elles conduisaient à des changements dans des domaines sensibles voire intouchables comme la liberté d'installation ou le paiement à l'acte. Nous pensons qu'aujourd'hui un débat sans préjugé doit être ouvert, que des décisions doivent être prises et les problèmes résolus pour que la situation actuelle soit débloquée dans les cinq prochaines années.

La bibliographie sur ce sujet et le problème des médecins étrangers feront l'objet d'un autre travail.

La bibliographie fera l'objet d'une autre communication.

*

* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 20 février 2007, a adopté le texte de ce rapport moins une voix contre et dix abstentions.

Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis BINET

14/03/2007