

Compte-rendu du Conseil Citoyen sur la désertification médicale et les effets de la pénurie de médecins

Samedi 20 novembre 2021

I/ Présentation par Cécile UNTERMAIER, députée de Saône-et-Loire, d'un constat chiffré et des mesures visant à limiter la désertification médicale

Voir la présentation jointe projetée à l'occasion de la réunion

II/ Présentation par Pierre PRIBILE, directeur régional de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, des outils pour lutter contre la désertification médicale

1- Trois causes

- **Pyramide des âges** : Vague de départs en retraite. Malgré une augmentation de médecins en formation, les effets ne seront perceptibles que dans 10 ans.
- **Effet sociétal générationnel** : Le modèle du médecin de famille entièrement dédié à son exercice arrive en bout de course. Les générations nouvelles cherchent un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Il s'agit d'un phénomène définitif, un retour au modèle précédemment connu est peu probable.
- **Augmentation de la demande de soin** : Augmentation de l'espérance de vie et donc vieillissement de la population. On connaît un essor de maladies chroniques.

2- Axes d'action

- Cette érosion durera plusieurs années (au moins 10 ans) → Il faut d'abord tenir, donc **limiter cette érosion** pour ne pas tomber dans une logique d'effondrement (risque épuisement des médecins).
- **Adapter notre système de santé** : les médecins doivent pouvoir s'appuyer sur tous les professionnels de santé : pharmaciens, kinés, infirmiers : on ne tire pas assez partie de la présence de tous ces professionnels sur le territoire. Par exemple, un suivi gynécologique peut être réalisé au quotidien par une sage-femme qui en a les compétences et passe le relais au médecin dès lors qu'elle identifie une pathologie.
- **Renforcer l'attractivité des territoires par différents leviers** :
 - Exercice coordonné entre professionnels : Mise en commun des compétences pour prendre en charge une patientèle commune. Le médecin peut s'appuyer sur des infirmiers et mobiliser son temps pour d'autres patients.

- Communauté professionnelle territoriale de santé : Permettre à tous les malades d'avoir un médecin traitant. Prendre en considération tous les médecins d'un territoire donné et leur demander d'absorber la demande de soins des patients les plus touchés par des maladies.
 - Faire en sorte que les futurs médecins, les étudiants, passent sur le territoire : des maîtres de stage présents sur le territoire susceptible d'accueillir des étudiants. En milieu rural, la solidarité entre les professionnels de santé est plus importante qu'en ville. Se pose aussi la question des logements étudiants, hypothèse pensée dans les maisons de santé.
 - Développer les compétences des professionnels qui ne sont pas des médecins : Les pharmaciens peuvent vacciner contre la grippe, nécessité de développer la formation d'infirmiers en pratique avancée (IPA).
 - Arrêtés de zonage définis par l'ARS : Si une zone n'est pas cataloguée comme zone d'intervention prioritaire (ZIP), elle n'est pas pour autant délaissée. La définition d'un territoire en ZIP assure le versement d'aide financière de l'Assurance maladie (50 000 euros) pour les territoires en difficulté.
- ⇒ **Tous ces dispositifs sont incitatifs et non coercitifs.** On ne nomme pas les médecins, ils ne sont pas fonctionnaires (sauf les médecins hospitaliers mais qui choisissent leur poste).
- ⇒ **Nécessite une alliance force entre l'ARS, l'Assurance maladie, les collectivités locales et les praticiens.**

III/ Intervention du Dr. Dassonville : exemple du tournugeois

- **Prise de conscience du problème de démographie médicale depuis 1998.**

- A Tournus, **ouverture de la maison de santé pluriprofessionnelle en 2012** : 4 médecins à l'ouverture et aujourd'hui la MSP compte 7 médecins.

Quand on ouvre une structure dynamisée par des professionnels, les jeunes sont attirés. 4 des 7 professionnels sont maîtres de stage, chaque semestre un interne est accueilli.

Un des médecins était un ancien interne passé par cette maison de santé. Ce passage permet à l'interne de voir concrètement ce qu'est la médecine générale. Une infirmière en PA est également présente et travaille en lien avec le médecin traitant + une infirmière Asalée (Action de santé libérale en équipe)

- **Problème des études médicales** : La concurrence forte et l'esprit de compétition n'incite pas ces futurs professionnels à travailler en pluridisciplinarité.

- La **désertification médicale n'est pas une fatalité** : Il faut travailler en amont de la disparition des médecins, car les jeunes professionnels craindront de s'installer seul à raison du risque de surtension.

- **Chute de la démographie médicale jusqu'en 2026**

- **Difficulté d'accès aux médecins traitants** : Sans médecin traitant déclaré, le remboursement ne se fait pas à hauteur de 70% mais seulement à 30%. Il faut faire sauter ce levier, le remboursement doit être le même pour la personne qui a un médecin traitant et pour celle qui n'en a pas.

D'après l'Assurance maladie, 90% de patients ont un médecin traitant : ce chiffre est tronqué puisque les médecins retraités sont toujours enregistrés en tant que médecins traitants pratiquants.

Pour que les patients puissent avoir accès à un médecin référent, les consultations durent moins longtemps, les téléconsultations sont privilégiées, les patients doivent être acteurs de leur propre santé.

Cette offre de soin dégradée provoque un renoncement aux soins, et l'on constate de plus en plus de maladies avancées à traiter.

IV / Temps d'échanges

-Intervention de Madame le Maire de Cuisery :

→ **Attente pour les renouvellements d'ordonnance, nécessité de faire des kilomètres pour les faire renouveler**

→ La visite à domicile est une importante perte de temps pour le professionnel, mais elle s'impose dans certaines situations et le personnel infirmier n'est pas toujours en nombre suffisant. Il doit avoir par ailleurs, la possibilité de faire des actes ou renouvellement d'ordonnances plus étendus.

→ Il faudrait dégager du temps pour les soins non-programmés, grâce à la télémédecine. La télémédecine n'est pas la solution à tout, mais elle peut permettre de dégager du temps pour les consultations « programmées » (exemple : renouvellement d'ordonnance à la pharmacie par exemple)

→ Comment peut-on procéder pour qu'un médecin qui a son attache à Tournus par exemple puisse avoir un cabinet secondaire dans les communes alentours un jour par semaine. Cela repose sur l'envie ou non du médecin de se déplacer dans un cabinet secondaire. Les médecins sont garantis dans leur mode de vie, quel médecin voudra adopter un comportement solidaire ?

- Intervention de Madame le Maire de Frangy-en-Bresse :

→ **Création d'un centre de santé à Frangy en août 2021** avec des infirmières, psychologues, etc.... mais **le médecin généraliste attendu n'est finalement pas venu**. Les jeunes médecins

préfèrent intégrer les gros centres de santé pour travailler en commun. (ex : Bletterans ou Montmorot).

La Bresse est classée en zone de revitalisation rurale (ZRR) jusqu'en 2023 : une réflexion partagée entre ZRR et zones d'intervention prioritaire pourrait être intéressante.

-Intervention de René Varin, conseiller municipal de Tournus, délégué au numérique

→ **Comment trouver un médecin référent ?**

-Intervention de Monsieur le Maire de Digna (Jura).

→ **Avant de construire des structures, il faut s'assurer qu'elles reçoivent des médecins. Il arrive au contraire que des maisons de santé soient très attractives, attirent de nombreux médecins et vident certains territoires de leurs praticiens.**

→ Absence de politique locale, départementale et régionale sur la répartition des maisons de santé.

→ **Question de la prise en charge du secrétariat** qui doit relever du national et non des collectivités

→ Question de **l'accès aux soins non programmés** (pour le renouvellement d'une ordonnance par exemple, il est possible d'appeler le 15, l'appel sera orienté vers un service dédié)

- Intervention d'Alain Gaudray, médecin anesthésiste au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

→ Valoriser la **profession d'assistant médical** : permet de dégager du temps pour les médecins

→ **Effet de ciseaux** : différence générationnelle entre les anciens et les jeunes médecins, dont le temps de travail n'est plus le même.

→ **Attractivité par le bien-être du territoire** d'une région, ne plus raisonner en termes de communes mais en termes de territoires. Être innovant, faciliter les expérimentations, lâcher les contraintes administratives

50% des médecins en âge de partir en retraite ne le font pas car ils sont dans l'attente de l'arrivée de leur remplaçant. Mais on ne peut se reposer sur cette exemplarité.

Autres observations qui seront également transmises au ministre de la Santé

→ Le **numerus clausus**, désormais supprimé, a été demandé par la profession, pour mettre un terme à une concurrence qui était trop forte et limitait drastiquement les revenus.

Le **numerus apertus** qui permet désormais aux universités de majorer le nombre d'étudiants en médecine, fonctionne mal et laisse finalement à la profession la capacité de déterminer le nombre des futurs médecins, ce qui n'est pas satisfaisant.

→ Il existe des zones denses et des zones en tension faute de médecins. Il est possible d'identifier un zonage qui répond à une logique de densité et de fluidité de l'accès aux soins. Ces secteurs ainsi différenciés posent donc la question **de la répartition** des médecins généralistes ou spécialistes sur le territoire.

→ Malgré l'opposition des syndicats de médecins, nous considérons **qu'un conventionnement sélectif est une politique nationale utile de santé publique**. Le médecin s'installe où il veut (nous ne touchons pas au système libéral), en revanche, s'il choisit une zone dense, sans remplacer un médecin de ladite zone, alors il n'est pas conventionné. **L'assurance maladie n'est pas là pour admettre le conventionnement de médecins en surnombre mais pour garantir l'égal accès de tous aux soins.**

→ **Le non-conventionnement des médecins dans les zones sur-denses doit être vu comme une solution transitoire.**

→ Développer la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) et revoir la question de la mobilité et la prise en charge des transports doit être revue.

→ **La Cour des comptes** dénonce les aides ponctuelles et importantes apportées par les pouvoirs publics pour favoriser l'installation d'un professionnel de santé. Elles sont coûteuses et pas efficaces. **La surenchère depuis peu constatée n'est pas acceptable**. Elle traduit un malaise et un manque de cohérence des politiques publiques en matière de santé (implantation, système de garde, prévention des urgences dans les hôpitaux...).

Les collectivités aidées par l'Etat doivent poursuivre ce travail d'attractivité engagé depuis des années par la mise en place de structures d'accueil permettant un travail collectif voulu par les professionnels. Il reste néanmoins **de la responsabilité de l'Etat** et non du maire, de garantir l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national.

→ Enfin, le médecin référent ne peut plus être « le sésame » du remboursement des soins, dès lors que les patients ne sont pas tous en capacité de pouvoir en bénéficier. Il faut supprimer cette référence discriminante.