

LES MAISONS DE SANTÉ

Quelles solutions pour pallier la baisse du nombre des médecins en Franche-Comté ?

Didier CAREL, Danièle SEKRI, François BAUDIER, URCAM* de Franche-Comté

Les questions relatives aux problèmes de démographie des professionnels de santé ont été très présentes dans l'actualité récente. Une pénurie de professionnels entraînerait un risque de dégradation de leur répartition géographique sur le territoire. La ministre de la santé vient d'engager une réflexion importante sur ce sujet, notamment dans le cadre des États généraux de l'organisation de la santé. Les inquiétudes sont-elles fondées ? Quelle est la situation en Franche-Comté et quelles solutions peuvent être envisagées ? Sur quels acteurs peut-on s'appuyer ?

* URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

En France, les filières de formation des professionnels de santé accueillent un effectif d'étudiants limité par *numerus clausus* (pour les études en médecine et pharmacie) ou par quotas (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers). Le nombre de professionnels de santé entrant chaque année en exercice est donc déterminé, plusieurs années auparavant, par la quantité d'étudiants admis à l'entrée en formation.

L'utilisation de ces *numerus clausus* et quotas comme outil de régulation

pose donc un problème : les décisions prises produisent leurs effets avec un retard d'autant plus important que les études sont longues. Or, un étudiant réussissant le concours d'entrée en deuxième année de médecine attendra encore cinq ans avant l'internat, et donc l'exercice en établissement, puis cinq ans supplémentaires seront indispensables pour achever cet internat et pouvoir, enfin, s'installer en libéral ou exercer en tant que praticien hospitalier. Pour d'autres professions, celles d'infirmier ou de masseur kinésithérapeute, le cursus est plus court, mais peut être allongé par des spécialisations et il n'est pas toujours possible de s'installer en libéral à l'obtention du diplôme : un infirmier, par exemple, doit travailler trois années en établissement avant d'y être autorisé.

Ceci posé, l'étude de la figure 1, qui retrace l'évolution du *numerus clausus* de médecine en France depuis un peu plus de 30 ans, fait craindre une pénurie de praticiens : durant les années 1980 et 1990, le nombre d'étudiants admis en formation a été maintenu à un niveau très bas. Ce rationnement a concerné d'autres professions et présentait, croyait-on, certains

Figure 1 : l'évolution du *numerus clausus* de médecins entre 1971 et 2007

Numerus clausus



avantages, tant du point de vue institutionnel, que de celui des professionnels de santé : certains financeurs pensaient limiter les dépenses de santé en restreignant l'offre, tandis que les professionnels, eux, étaient plutôt séduits par la perspective d'une concurrence réduite.

Évidemment, la perception de la situation est toute autre aujourd'hui : le nombre d'étudiants diplômés ne suffit plus à renouveler l'offre de professionnels de santé exerçant en libéral, qui stagne et menace de décroître. Cette amorce de pénurie est d'autant plus inquiétante qu'elle intervient au moment où la population vieillit (le besoin de soins augmente avec l'âge), et où l'exercice des professions de santé se transforme : féminisation et réduction du temps de travail. Des difficultés d'accès aux soins sont donc à craindre qui pourraient toucher très inégalement le territoire : les zones les moins dotées (rurales notamment) sont les plus exposées, les professionnels libéraux conservant aujourd'hui une totale liberté d'installation.

Baisse d'effectif des médecins

Globalement, la Franche-Comté a perdu, en cinq ans, seulement trois médecins : la région comptait 1 139 omnipraticiens en 2003 et 1 136 fin 2007. Pour les zones déficitaires, le solde est négatif de deux médecins généralistes, mais les évolutions sont contrastées (figure 2).

Quelles solutions ?

Puisque trop peu de professionnels de santé ont été formés il y a quelques années, la première des décisions à prendre pour relever le nombre des praticiens paraissait évidente : l'État, depuis le début des années 2000, augmente progressivement les quotas et *numerus clausus* dans plusieurs filières. Mais, on l'a vu, ce remède ne produira pleinement ses effets que dans quelques années, pas avant l'aube des années 2010. D'ici là, il faudra gérer la pénurie. Pour cela, de nouvelles modalités d'exercice de la médecine sont à rechercher : elles devront permettre une pratique des professions de santé plus efficace et garantir le maintien d'une certaine uniformité de l'accès géographique à l'offre de soins. La promotion de l'exercice en maisons de santé pluridisciplinaires est une des pistes privilégiées par les institutions de santé. Ces maisons regroupent, en un même lieu, plusieurs professionnels et plusieurs professions.

Un des obstacles à l'installation en milieu rural de professionnels libéraux est l'isolement : les maisons de santé permettent d'atteindre une taille critique qui rassure les futurs médecins sur la demande de soins à laquelle il faudra répondre et sur l'organisation de leur délivrance (réponse aux urgences et à la demande de soins non programmée, les nuits, week-ends et jours fériés). Par ailleurs, en rapprochant prescripteurs (médecins) et professionnels de santé qui effectuent les soins (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), les maisons de santé améliorent la coordination, notamment autour des patients âgés ou chroniques exigeant l'attention la plus soutenue. Enfin, plus nombreux, les professionnels en maisons de santé peuvent se relayer et s'autoriser plus facilement des périodes d'absences pour formation, ou tout simplement de congés.

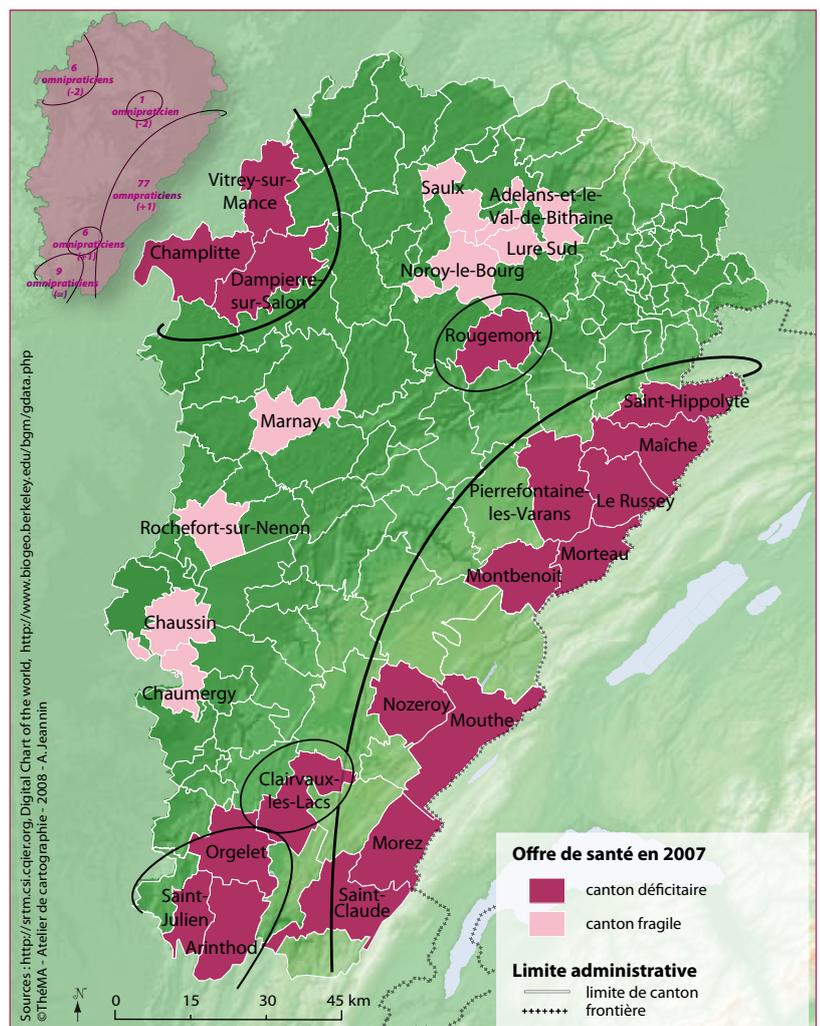


Figure 2 : les zones déficitaires en Franche-Comté



Photos 1 et 2 : la maison de santé de Pagney

Qui peut mettre en œuvre des propositions innovantes ?

Les acteurs mobilisés depuis quelques années autour des questions de démographie des professions de santé sont nombreux : l'Assurance maladie (régime général mais aussi la Mutualité sociale agricole) et l'État proposent des éléments de diagnostic, dans le cadre de la mission régionale de santé réunissant unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ils travaillent en lien avec la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Des zones déficitaires ont ainsi été définies : ce sont celles pour lesquelles on craint le plus les effets de la pénurie. Ces zones sont susceptibles de recevoir un certain nombre d'aides à l'installation ou à l'exercice. Le contour de ces zones pourra évoluer pour s'adapter au terrain. L'Assurance maladie et l'État disposent, en outre, de fonds qui leur permettent

de soutenir les promoteurs de projets locaux ou régionaux visant à améliorer la coordination des soins ou à étudier la faisabilité de la mise en place d'une maison pluridisciplinaire : le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), en est un exemple. Les interventions régionales sont encadrées par un cahier des charges national issu de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et du ministère de la santé qui définit des préconisations générales pour l'organisation et le fonctionnement des maisons de santé pluridisciplinaires. La Mission régionale de santé a également proposé un redécoupage des secteurs de garde concernant la permanence des soins.

La Mission régionale de santé de Franche-Comté travaille sur ces questions en partenariat avec le Conseil régional : ce dernier a compétence dans les domaines de l'aménagement du territoire et de la formation, c'est donc, de toute évidence, un acteur clé dans le domaine de la démographie des professions de santé. Chaque projet de maison pluridisciplinaire nécessite également de mobiliser les collectivités locales, communes et communautés de communes en particulier, les promoteurs de ces projets étant en général des associations de professionnels de santé. Dans ce contexte, la Fédération régionale des maisons de santé comtoise joue un rôle moteur très important.

L'état des lieux en 2008

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont désormais une réalité dans la région : plusieurs projets ont abouti, de nombreux autres sont en gestation.

La figure 3 présente les différents programmes. Certaines des maisons soutenues actuellement sont anciennes :

- la maison médicale du quartier Saint-Claude, à Besançon, a été créée en 1968 et compte à ce jour neuf médecins généralistes, trois infirmiers, une sage-femme et un masseur-kinésithérapeute ;
- la maison de Pagney a été ouverte en 1983. Y exercent désormais : quatre médecins généralistes, deux infirmiers, deux dentistes, un orthophoniste, un psychologue, un pédicure (deux fois par mois) ;
- la maison de santé de Bletterans est en activité depuis 2001, avec, aujourd'hui, sept médecins généralistes, cinq infirmiers, quatre

masseurs-kinésithérapeutes, deux orthophonistes, deux pédicures et une diététicienne.

D'autres maisons ont été ouvertes récemment et constituent une réponse nouvelle aux problèmes d'offre :

- la maison de Baume-les-Dames regroupe, depuis 2005, quatre médecins généralistes, trois infirmiers, deux kinésithérapeutes, deux pédicures, une diététicienne, un psychologue, un rhumatologue, un orthophoniste, un cardiologue ;
- la maison de Gilley, créée en 2007 propose deux médecins généralistes, trois infirmiers, un dentiste, un kinésithérapeute, une pharmacie, un bureau d'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) et un bureau d'Hospitalisation à domicile (HAD) ;
- la maison de Villersexel fonctionne depuis 2007 avec deux médecins généralistes, trois infirmiers, deux kinésithérapeutes, un pédicure, une diététicienne.

Si le problème démographique et les inquiétudes sont réels, on voit aussi que la mobilisation est forte dans notre région et ceci depuis plusieurs années. L'exemple de la Vallée du Doubs central est instructif à cet égard. Malgré la perte de deux médecins depuis 2003, cette région est encadrée par deux maisons de santé nouvelles (au nord, celle de Villersexel, au sud, celle de Baume-les-Dames), ce qui contribue à relativiser le déficit d'offre médicale.

Une composante importante de la stratégie développée concerne les futurs professionnels et plus particulièrement les internes en médecine : une cellule d'accueil et de suivi des étudiants du 3^{ème} cycle a été mise en place à l'initiative de la DRASS, des modules de sensibilisation ont été déployés par l'Assurance

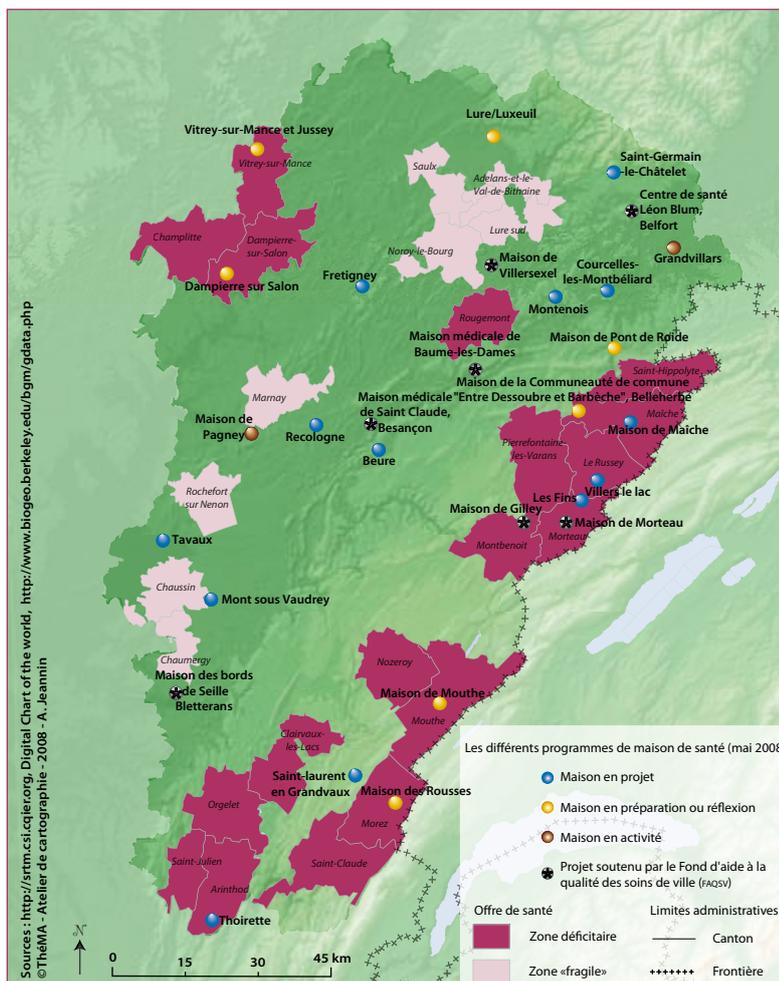


Figure 3 : les maisons de santé en Franche-Comté en mai 2008

maladie, des stages sont proposés chez les généralistes dans des zones éloignées avec des indemnités de déplacement et d'hébergement, des réseaux de santé territoriaux sont mis en place, des hôpitaux locaux redynamisés... Comme on le voit, la solution n'est pas unique. La mobilisation et l'imagination de tous est donc encore nécessaire afin que demain l'offre de santé soit plus équitable sur l'ensemble des territoires de Franche-Comté : départements, cantons, pays, communes... ■

Pour en savoir plus :

- <http://www.urcam.org/Seminaire-national-sur-les-mai.58824.0.html>
- <http://www.urcam.org/Maisons-de-sante-pluridiscipli.58129.0.html>

Photo 3 : la maison de santé de Baume-les-Dames

