

L'exercice médical : déséquilibres et inégalités

LE MONDE | 12.07.07 | 15h26

C'est un curieux paradoxe. La France n'a jamais compté autant de médecins - pas loin de 213 000 praticiens en exercice, généralistes ou spécialistes, libéraux et salariés. Soit 90 % de plus qu'il y a trente ans. Et pourtant, il lui faut recruter des médecins originaires d'Afrique noire, du Maghreb et d'Europe de l'Est pour assurer les gardes et le fonctionnement de certains services dans les hôpitaux éloignés.

La densité de praticiens, notamment généralistes, de l'ordre de 340 pour 100 000 habitants, est une des plus élevées d'Europe. Mais les communes rurales multiplient les aides pour attirer des jeunes généralistes et tenter de préserver l'accès aux soins de leurs populations fragiles ou vieillissantes.

L'*Atlas de la démographie médicale* du conseil de l'Ordre national des médecins, réactualisé avec les données 2007 de chacune des 49 spécialités reconnues, dresse un constat alarmant des profondes inégalités de la répartition dans le pays. Le risque de "déserts médicaux" menace, en premier lieu, les zones géographiques du Nord et de l'Est. Avec un couloir qui, de la Haute et la Basse-Normandie, affecte - pour la quasi-totalité des spécialités - le Centre, le Limousin et l'Auvergne.

A l'inverse, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur bénéficient d'une densité médicale supérieure à la moyenne nationale. Les Alpes-Maritimes comptent trois fois plus de médecins que le Pas-de-Calais. Le contraste est d'autant plus flagrant que les régions sous-médicalisées, qui cumulent des facteurs sociaux, environnementaux et nutritionnels aggravés, enregistrent des taux de mortalité anticipée très élevés.

Les campagnes ont été les premières à tirer le signal d'alarme. Mais la pénurie de médecins commence à menacer les banlieues, où les départs anticipés de praticiens âgés peinent à être remplacés. Selon une enquête de l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie, certaines villes de Seine-Saint-Denis - dont Bobigny, la préfecture - sont dépourvues de pédiatres libéraux ou de gynécologues, spécialités dites "de premier recours". Ce département a mis en place un réseau très efficace de protection maternelle et infantile, mais sur les franges de l'Ile-de-France, région pourtant parmi les mieux équipées, des dizaines de postes restent vacants, dans des hôpitaux de périphérie, faute de titulaires.

Aux disparités géographiques s'ajoutent les déséquilibres de la pyramide des âges dans certaines spécialités. Une situation qui pourrait aboutir à des ruptures, voire à des pénuries de professionnels d'ici à 2025. La chirurgie en est un exemple manifeste, masculine à 92 % avec une moyenne d'âge proche de 55 ans. Le renouvellement n'est pas non plus assuré chez les ophtalmologues, qui se concentrent en majorité dans le Sud. La pédiatrie, en revanche, est pratiquée essentiellement par des femmes, plus jeunes.

Bien que reconnue comme spécialité à part entière depuis deux ans, la médecine générale (40 % de femmes) reste sous-valorisée auprès des jeunes. Lors de la répartition des affectations du concours classant de fin d'études, 2 000 postes dans cette spécialité sont restés vacants. *"Dans le Nord - Pas-de-Calais, seuls 10 % des jeunes nouvellement inscrits à l'Ordre choisissent l'exercice libéral"*, relève Irène Kahn-Bensaude, présidente de la section santé publique et démographie au conseil national. Et *"aucun d'entre eux n'a opté pour des zones proposant des aides à l'installation"*, précise-t-elle.

Qu'elles soient d'ordre géographique ou liées aux spécialités techniques, les disparités risquent de s'accroître avec les départs massifs à la retraite. Selon les projections du ministère de la santé, le nombre de médecins, qui a atteint un pic en 2005, devrait se réduire à 186 000 d'ici à 2025, soit à un niveau identique à celui du milieu des années 1980. Après une chute brutale au milieu des années 1990, le *numerus clausus* qui fixe le nombre de places au concours d'entrée

en seconde année des facultés de médecine a doublé pour atteindre 7 100 postes en 2007. Mais, malgré les correctifs apportés selon les besoins des régions, cette décision n'engage ni le choix des étudiants ni leur affectation dans les spécialités dites déficitaires.

Depuis 2002, l'Observatoire national des professions de santé analyse cette évolution et ses conséquences sur l'offre de soins. A la suite des premiers constats, des mesures incitatives ont été adoptées. Des communes rurales multiplient les aides et les initiatives pour encourager l'installation de jeunes médecins. Des régions - la Bourgogne - et des départements, comme la Manche, financent les études de futurs médecins en contrepartie d'une installation. De son côté, Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, a proposé en 2006 une majoration de 20 % du tarif des consultations pour les médecins pratiquant en groupes, dans les zones déficitaires.

"Il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ces mesures, souligne le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire des professions de santé. D'autant que personne n'a effectué un recensement exhaustif des initiatives prises par les collectivités locales et l'Etat." A l'Observatoire, on estime toutefois que "la multiplication des structures et des aides ne favorise pas la lisibilité ni l'efficacité des politiques".

Dans une étude publiée en mai, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) relève lui aussi l'absence d'évaluation de toutes ces dispositions et note seulement qu' *"au niveau national, l'Etat et l'assurance-maladie privilégient les aides financières à l'installation. A l'échelle régionale, les mesures portent principalement sur la formation et soutiennent les initiatives des professionnels de santé visant à s'organiser autrement"*. Selon cette étude, dix régions *"sujettes à des problèmes de déséquilibre de l'offre de soins concentrent 98 % des mesures recensées"*.

En fait, les responsables de la santé semblent unanimes à considérer que les aides financières ne suffiront pas à corriger les disparités et, surtout, ne règlent en rien les attentes des médecins. Les plus anciens, proches de la retraite, rechignent à assurer les gardes et la permanence des soins de nuit ou de week-end. Les jeunes veulent, eux, partager les contraintes, confronter leurs pratiques, se former, sans négliger pour autant leur vie de famille et leurs loisirs.

"La productivité des médecins va chuter, au sens où, travaillant moins, ils produiront moins d'actes", note Arnaud de la Saglière, médecin conseil à la Mutualité sociale agricole. Les nouveaux praticiens préféreraient "exercer autrement" plutôt que "gagner plus" ? La Mutuelle, qui encourage la création d'une vingtaine de projets de maisons médicales ou de structures de regroupement, préconise des aides au fonctionnement administratif et à la création d'emplois plutôt que des hausses continues et incontrôlées des tarifs de soins.

En fait, la crise démographique pourrait accélérer la réorganisation du système de soins. Dans son rapport annuel qui devait être publié jeudi 12 juillet, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie n'hésite pas à lever deux tabous : la liberté d'installation et le paiement à l'acte, qui demeurent les piliers fondamentaux de l'exercice libéral. Et, autre sujet de controverse avec les syndicats et organisations professionnels de médecins, cette structure présidée par Bertrand Fragonard y ajoute le transfert et la délégation de certains actes de soins et de prescriptions aux autres professions de santé : infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes et autres opticiens.

Déjà expérimentée dans d'autres pays, au Royaume-Uni, au Canada et en Suède, cette nouvelle répartition des tâches devrait permettre de mieux prendre en charge les pathologies lourdes ou liées au vieillissement. Il s'agirait aussi de favoriser des pratiques alternatives, par exemple d'hospitalisation à domicile ou de chirurgie ambulatoire. D'ici à la fin de l'année, la Haute Autorité de santé devrait publier ses recommandations concernant *"les nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé"*.

Le conseil national de l'Ordre des médecins n'exclut plus une certaine remise en cause de la liberté d'installation. A condition toutefois, précise M^{me} Kahn-Bensaude, que *"les nouvelles règles d'exercice de la profession soient connues dès l'entrée dans les études"*. Si la menace de déconventionnement reste un épouvantail pour les syndicats de médecins, le Haut Conseil suggère *"des mécanismes de "désincitation" à s'installer dans les zones en surdensité"*.

Une brèche a été ouverte depuis la signature, au mois de juin, d'un protocole entre l'assurance-maladie et les syndicats d'infirmiers libéraux. Bien qu'encore très prudent dans ses conditions, il prévoit une limitation du conventionnement, donc du remboursement des patients, dans les zones surreprésentées, c'est-à-dire essentiellement le sud de la France.

Pour laborieuse qu'elle soit, la mise en place de réseaux de soins, géographiques, par type de pathologies (cancers, Alzheimer), ou par unités de santé entre la ville et l'hôpital commence à émerger. Dans la majorité des cas, il s'agit d'initiatives locales encouragées par les autorités politiques ou sanitaires, dans des conditions que le Haut Conseil juge *"disparates"* et *"aléatoires"*.

La restructuration laborieuse de la carte hospitalière, avec la répartition des spécialités, des blocs techniques et des équipements, devrait aussi influencer l'offre de soins. Avec la réforme du financement de la protection sociale, menacée par la persistance des déficits, c'est une des préoccupations majeures que le gouvernement ne pourra pas éluder.

Michel Delberghe

Article paru dans l'édition du 13.07.07