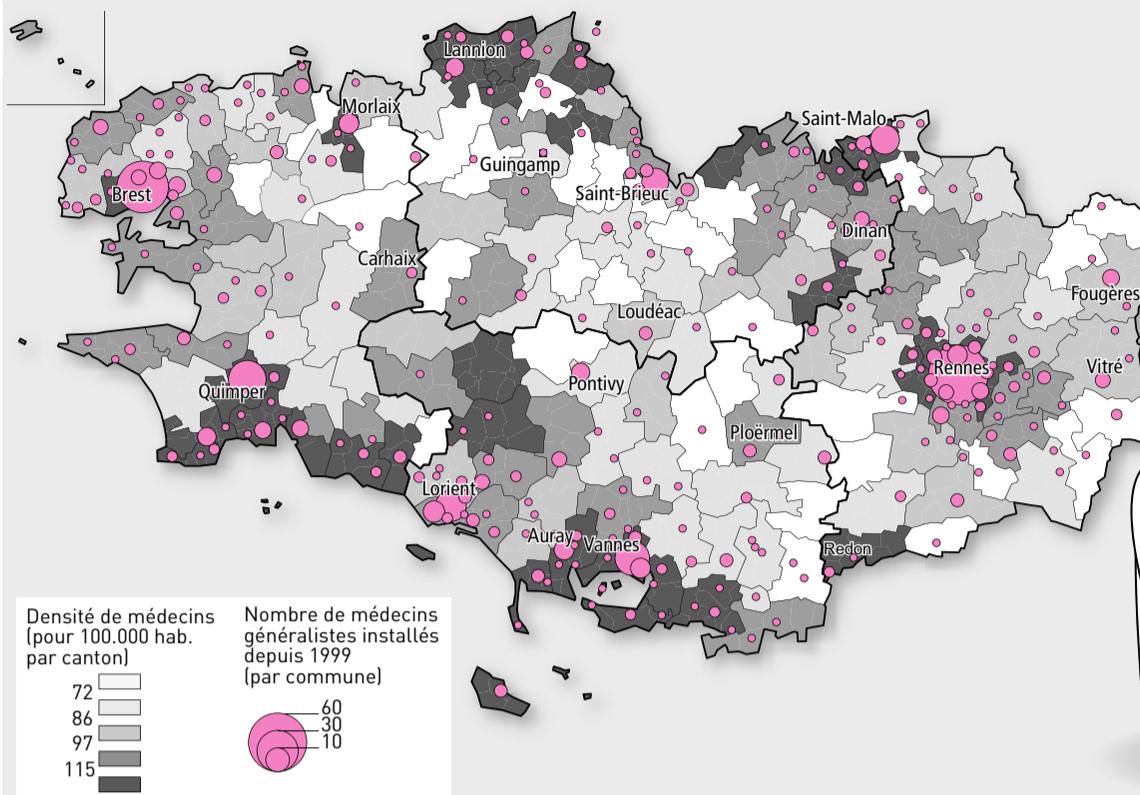


Médecins. Malaise dans les campagnes

Des médecins qui ne trouvent pas de successeurs à l'heure de la retraite : une situation de plus en plus fréquente, notamment dans les zones rurales. Comment attirer les jeunes médecins à la campagne ? Faut-il revenir sur la liberté d'installation ou du moins l'aménager ? Ou sinon, quelles incitations ?

➤ Les médecins s'installent principalement là où le besoin est le moins important



➤ Les médecins bretons commencent à 35 ans

Début d'activité	Age moyen à l'installation	% femmes	Age moyen
<1980	29 ans	8 %	60
1980-1989	31	21 %	54
1990-1999	34	36 %	47
2000-2009	35	50 %	40
Total	32 ans	27 %	51 ans

• L'âge moyen des médecins généralistes bretons en 2008 est de 51 ans.

• 27% sont des femmes.

• Les médecins en exercice actuellement, et qui ont débuté leur activité libérale après 2000, avaient 35 ans en moyenne lors de leur première installation.



Avec une moyenne de dix médecins généralistes pour 10.000 habitants, la Bretagne n'est pas la région la plus mal lotie. Elle se situe dans la moyenne française, même très légèrement au-dessus. Mais le problème, ce n'est pas tant le nombre de médecins - pas encore, en tout cas - que leur répartition sur le territoire. Là, les écarts sont grands. À Saint-Malo ou à Carnac (56), la densité de médecins est trois fois supérieure à ce qu'elle atteint dans certaines zones rurales où l'on ne dépasse guère cinq médecins pour 10.000 habitants.

L'efficacité relative des aides

À Guingamp (22), qui n'est

pour pas la plus petite des villes, trois médecins généralistes viennent de lancer un cri d'alarme. Ils ne trouvent pas de successeurs. « Si on continue comme ça, disent-ils, on va droit à la fin d'un système de santé auquel les gens sont très attachés ». Guingamp n'est pas une exception. En Bretagne, 22 cantons déficitaires ont été recensés (lire la carte ci-dessus). Comment attirer des médecins dans ces zones ? Des aides ont été mises en place depuis le début de l'année. Elles permettent une augmentation de 20% des honoraires. Sur la centaine de médecins qui exercent sur ces cantons, 41 en bénéficient. Mais leur efficacité est toute relative. Un seul médecin,

pour l'instant, s'est installé dans un de ces cantons. « Ces aides ont surtout vocation à maintenir l'existant. Il faut les voir comme un appoint », souligne Claude Humbert, le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam).

Ouvrir le robinet ne résout pas tout

Alors que faire ? Revenir sur la liberté d'installation ou, au moins, l'aménager ? Une solution parfois évoquée mais qui, à chaque fois, soulève un tollé. Il s'agirait non pas tant d'obliger un médecin à s'installer dans une zone déficitaire mais de limiter le conventionnement des médecins dans les territoires où l'offre est suffisante. C'est ce que demande

la Fédération hospitalière de France ou l'Association des maires de France.

Jusqu'à présent, la principale réponse des pouvoirs publics a été d'augmenter le numerus clausus (*). Mais pour le doyen de la faculté de Brest, Marc de Brackeleer, « ce n'est pas suffisant parce que cela arrive trop tard ». Ouvrir le robinet ne résout pas, de toute façon, le problème de la répartition des praticiens sur le territoire.

Jugeant irréaliste de remettre en cause la liberté d'installation, le doyen de la faculté de Brest estime qu'il faut, avant tout, accompagner les jeunes. Aujourd'hui, l'âge moyen de la première installation en médecine générale est de 35 ans alors qu'il était de 29 ans en

1980. Ils préfèrent à l'évidence commencer leur carrière par des remplacements.

« Un jeune médecin qui s'installe à la campagne a l'impression d'être très isolé, d'être livré à lui-même. En faisant des remplacements, il a une sécurité qu'il craint de ne pas avoir s'il s'installait », explique Marc de Brackeleer.

Revoir le mode de sélection

Pour le directeur de l'Urcam, la clé se trouve aussi dans l'organisation des soins. C'est même pour lui le problème principal. « Les deux tiers des nouveaux médecins sont des femmes. Elles ne veulent plus travailler 70 heures par semaine. Mais si on veut des médecins dans les zones rurales, il faut

attirer des femmes ». Ce qui passe par la mise en place de maisons de santé.

En Bretagne, quatre projets ont été retenus pour une aide maximale. « Le modèle d'un médecin par commune n'est plus forcément le bon modèle », observe Claude Humbert. Enfin, ne faut-il pas revoir le mode de sélection des étudiants et leur formation ? « Il faut qu'une partie des étudiants soit d'origine rurale », souligne le président de l'Urcam. Ceux-là sont évidemment beaucoup plus enclins à s'installer à la campagne.

Yvon Corre

* À la faculté de Brest, le numerus clausus est passé, en dix ans, de 68 à 152 étudiants.

Microspécialisation. Un moyen d'échapper à la médecine générale

Sur les 300 étudiants actuellement en troisième cycle de médecine générale à la faculté de Rennes, combien deviendront vraiment des médecins généralistes ?

Au bout du compte, ils ne seront pas plus de 150. La moitié de cette promotion, qui a pourtant choisi comme spécialité la médecine générale, ne fera pas de médecine générale. Curieux mais c'est ainsi.

Concilier vie familiale et vie professionnelle

Ces étudiants préféreront, au prix d'une année supplémentaire d'études, faire une microspécialisation genre acupuncture, sexologie, médecine esthétique, échographie... Autant de médecins qui n'iront pas là où il en manque, c'est-à-dire à la campagne.

« C'est pour eux un moyen d'échapper à la médecine générale et de sélectionner leur clientèle », explique Gwenola Levasseur, professeur de médecine générale à Rennes.

« Aujourd'hui, les étudiants savent que de toute façon, ils

auront du travail. Ils sont dans le régime de la préférence. Ils préfèrent avoir de bonnes conditions de travail plutôt que de gagner beaucoup d'argent. C'est nouveau. Ils cherchent à concilier vie professionnelle et vie familiale », confie Gwenola Levasseur.

Les hommes comme les femmes

Ce changement est-il dû à la féminisation du métier ? Sans doute en partie mais pour Gwenola Levasseur, « les hommes se comportent exactement comme les femmes. Le modèle féminin s'impose. Le rapport au travail a changé ».

Dans ces conditions, la liberté totale d'installation pourra-t-elle être maintenue ? Pour Gwenola Levasseur, « les politiques publiques ne pourront pas faire, tôt ou tard, l'économie d'un aménagement de la liberté d'installation. À un moment ou à un autre, il n'y aura pas le choix parce que sinon, ce sont les populations qui protesteront ».

Y.C.

« La liberté non contrôlée ne peut plus persister »

Le Dr Jacques Rouillier est secrétaire de la section généraliste de l'Union régionale des médecins libéraux. Pour lui, l'installation pose la question du contrat entre les médecins et la société.



Photo Y.C. Pour améliorer la situation, le Dr Jacques Rouillier estime qu'il faut réaménager le statut du médecin.

Comment expliquez-vous la réticence des jeunes médecins à s'installer en zone rurale ?

Le problème en milieu rural, c'est la garde. Ce que redoutent les jeunes médecins, c'est l'exercice solitaire. Il y a, en plus, beaucoup d'autres éléments qui jouent contre la médecine générale : la rémunération à l'acte la plus faible de toutes les spécialités, et les tracasseries administratives les plus nombreuses. Ce n'est

pas par hasard si seulement 10 à 20 % d'une promotion s'installe.

Quelle est votre position par rapport à la liberté d'installation ?

La liberté d'installation non contrôlée ne peut plus persister. Dans une optique d'aménagement du territoire, ce n'est plus possible. Nous la reconnaissons mais, en même temps, nous sommes opposés à ce que ce soit l'assurance-maladie qui s'occupe de

cette question. Elle a fait la preuve de son incompétence. La question principale reste de savoir quels sont les moyens pour organiser les soins de premiers recours sur un territoire et ainsi organiser l'installation.

Comment voyez-vous précisément les choses ?

Cela doit passer par un aménagement du statut du médecin. Il ne s'agit pas de supprimer le paiement à l'acte mais de prendre en

compte à la fois un travail et un statut. Notre travail n'est pas un travail à l'acte. Arrêtons de nous payer comme on paie un désosseur au kilo. Le système anglais est, sur ce point, intéressant : un budget fonctionnement est octroyé à un cabinet médical et en contrepartie, les médecins ont des objectifs non pas financiers mais sanitaires.

Les incitations financières ne vont-elles pas dans ce sens ?

Elles sont ridicules. Un cabinet médical a besoin d'un budget de fonctionnement. Il ne suffit pas de nous fournir un local repeint. Les médecins qui ont fait cette expérience restent un an et repartent. Aider les médecins à s'installer, cela veut aussi dire qu'il faut que la règle soit claire d'emblée. C'est, par exemple, dire aux étudiants : vous avez un service minimum à faire en contrepartie du financement de vos études. C'est là un point de vue qui m'est personnel. Et cela pose effectivement la question du « contrat » entre les médecins et la société.

Propos recueillis par Y.C.