

# Déserts médicaux : organiser un service de remplacement

Comment retrouver du sens dans l'exercice, limiter la pression, et donner envie de venir exercer la médecine générale dans les déserts médicaux ? Président de l'association Soins coordonnés et médecin généraliste en Haute-Saône, le Dr **Martial Olivier-Koehret** critique les propositions issues de la négociation conventionnelle et présente ses solutions, qu'il viendra préciser à l'occasion de la publication, cet automne, d'un ouvrage sur la désertification médicale.

## Gaëlle Desgrées du Lou

### Quel diagnostic posez-vous aujourd'hui sur la question de la désertification médicale ?

Sur un tiers du territoire, il devient difficile, pour la population, d'accéder à un médecin généraliste. L'inquiétude, relayée par les élus locaux, est extrêmement forte. En février dernier, l'association des petites villes de France évoquait le problème dans les zones rurales et semi-rurales mais aussi dans toutes les zones périphériques des grandes

et des gardes, dans les zones rurales, semi-rurales et périurbaines. En revanche, le nombre de généralistes en centre-ville augmente ; il se trouve qu'il s'agit en particulier de médecins à exercice particulier. Pour comprendre, il faut se rappeler que la moitié des médecins formés en France ne font pas de soins et choisissent une autre voie (salarial, Ehpad, etc.). Et parmi ceux qui suivent le cursus de médecins généralistes, 9 sur 10 ne s'installent pas comme médecins généralistes. La désaffection pour la médecine générale est extrêmement forte et constante. Tous les médecins généralistes reçoivent des propositions d'emploi salarié régulières, plus intéressantes sur le plan financier et social que l'exercice de la médecine générale de plein exercice et avec moins de charge horaire. Il y a des milliers de postes disponibles dans les hôpitaux, dans les agences, dans les collectivités territoriales par exemple. Dans ce contexte, la coercition ne peut qu'être un coup d'épée dans l'eau : on ne peut donc pas nous obliger à nous installer quelque part.

### Quelle dynamique de fond permettrait de résoudre le problème ?

70 ou 80 % de notre activité en soins primaires est consacré aux

prises en charge de malades chroniques ou personnes âgées. Plus on travaille ensemble entre médecins généralistes, infirmières et pharmaciens – qui sont le cœur de la coopération interprofessionnelle – plus on peut prendre en charge de manière efficiente les malades chroniques ou les personnes âgées à domicile, limiter les hospitalisations et améliorer les résultats sanitaires. La révolution de demain ne sera pas seulement technologique, elle sera d'abord et avant tout humaine : travailler ensemble entre ces différents acteurs sera la condition pour sauver notre système de santé. C'est une des clés pour répondre à la désertification progressive de l'ensemble du territoire. Exercer dans des équipes de soins coordonnés redonne du sens à l'activité, permet de mieux soigner les patients et consolide nos activités au quotidien. On dit classiquement que la moitié des médecins généralistes est en situation de *burn out*. C'est certes lié à la quantité de travail mais aussi au manque de visibilité de ce travail. Enchaîner les consultations les unes après les autres sans avoir une vision d'ensemble sur la prise en charge globale d'un malade et sur les résultats sanitaires obtenus aboutit à une perte de sens et à des situations d'épuisement ou de désintérêt professionnel.

## La révolution de demain sera d'abord et avant tout humaine

villes. Le dernier constat établi en juin 2016 par l'Ordre des médecins fait état de la diminution de 20 % du nombre de médecins généralistes sur le terrain d'ici 2020. L'Atlas de la démographie relève que cette baisse concerne surtout ce que nous désignons comme « *les médecins généralistes de plein exercice* », c'est-à-dire ceux qui soignent toute la population, des enfants aux personnes âgées, et font encore des visites à domicile

### Les négociations conventionnelles ont-elles abouti à des solutions satisfaisantes ?

La discussion de la convention médicale a abouti à donner un peu plus d'argent aux médecins généralistes un peu partout, y compris dans les centres-villes, beaucoup plus d'argent aux médecins spécialistes et à la possibilité, pour tous, d'avoir accès aux modes de rémunération forfaitaires. Tout le monde est arrosé ! Il y a donc une très forte dilution du sens, et aucune proposition, ni des syndicats médicaux, ni de l'Assurance maladie, pour repeupler les déserts médicaux. La proposition de verser 50 000 euros aux médecins décidés à s'installer dans une zone sous-dotée va de pair avec la suppression de l'option démographie mise en place il y a trois ans. Cela créera simplement des effets d'aubaine.

### Que proposez-vous donc, au sein de Soins coordonnés ?

La clé réside dans l'agilité. Elle se décline de multiples façons, mais on peut avant tout parler de l'exercice pluriprofessionnel coordonné. Développer le travail coopératif dans un canton, un quartier ou une commune avec les professionnels qui ont choisi d'être là et d'y rester. Cela suppose de mettre en place des dispositifs de coopération simples et accessibles rapidement, de façon à inventer secteur par secteur de nouveaux modes de coopération. Les professionnels pourront se mettre d'accord par exemple sur les conditions de renouvellement d'ordonnances par les pharmaciens ou sur des interventions plus importantes des infirmières, en ce qui concerne le suivi des patients à domicile. Deuxième élément : les collègues dans les zones difficiles

ont besoin de souffler de temps en temps. Nous pourrions par exemple organiser un service de remplacement (comme celui qui est mis en place pour les agriculteurs) avec les 14 000 remplaçants actuels, qui consacreront quinze jours ou un mois par an aux zones difficiles. Troisième élément : permettre que la moitié des stages aient lieu dans ces zones, afin de faire venir des médecins comme successeurs. Quatrième élément : permettre la mobilité et les évolutions de carrière. Pour tout cela, il faut développer des mesures tarifaires spécifiques à destination des médecins de ces zones, et uniquement de ces zones. On doit pouvoir mettre en place une politique de revenu, afin de favoriser ceux qui en ont le plus besoin. Vu l'importance du problème, un secrétaire d'État pour les déserts médicaux ne serait pas de trop. •



Martial  
Olivier-Koehret

« Un secrétaire d'État pour les déserts médicaux ne serait pas de trop »

## Un unique réseau pour la santé et le social dans la Loire

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Réseau de santé Caps2 (coordination et appui aux professionnels de la santé et du social) naîtra de la fusion du Réseau de santé du Roannais, du réseau gériatrique Amadis et du réseau de diabétologie Dedicass.**

Intervenir dans les prises en charge complexes pour coordonner les différents acteurs du secteur de la santé et du monde médico-social : l'ambition du futur réseau Caps 2 correspond au cahier des charges de l'agence régionale de santé, qui pousse à la mutualisation des réseaux de santé. Amené à réunir une vingtaine de salariés à temps plein, Caps2 aura deux antennes, l'une à Roanne, l'autre à Saint-Étienne. « En tant que médecin généraliste libéral, je travaille

beaucoup avec le réseau de santé du Roannais pour les situations familiales et sociales difficiles, que ce soit pour faire l'interface avec le conseil général pour une demande d'APA, pour un besoin d'hospitalisation ou pour une demande de place en maison de retraite, explique le Dr Denis Perrot. Ma crainte est que le budget total soit inférieur à la somme du budget des trois réseaux d'origine. » « Le réseau de santé sur le Roannais était parti d'une

initiative des professionnels de santé. Avec une fusion sur un territoire aussi large, comment pourrions-nous faire remonter les besoins localement ? C'est d'autant plus important qu'il y ait des équipes de soins primaires pour s'adapter aux réalités du terrain », estime de son côté le Dr Lisa Otton, qui porte depuis plusieurs années un projet de maison de santé pluridisciplinaire à Roanne, dont l'ouverture est prévue courant 2017. •

G.D.L