

Vers la désertification de la Médecine Générale rurale ?

Dr Olivier de POYFERRE
poyferre@noos.fr

SOMMAIRE

1	Les chiffres	2
2	Les causes	7
2.1	le numerus clausus:.....	7
2.2	L'évolution des mentalités:.....	7
2.3	Le confort de vie	8
2.4	Les gardes	8
2.5	Le manque de considération de la part des patients	9
2.6	Exemple 1	9
2.7	Exemple 2	10
3	les évolutions prévues ou prévisibles...ce qui est inéluctable	12
4	les points sur lesquels on peut influer:	12
5	les solutions possibles.....	13
6	questions – réponses	13
7	Références	14
8	Annexe.....	15

1 Les chiffres

« Les années que nous vivons constituent des années charnières. Nous allons ainsi passer dans un laps de temps relativement réduit (entre 2002 et 2010) d'un régime de sureffectif médical global à un régime de pénurie ; au moins dans certaines régions ou pour certaines spécialités. »

(Jean-Michel Chabot – Démographie médicale : les occasions manquées)

Cette rupture va être consécutive au départ à la retraite des nombreux médecins qui ont débuté leur carrière professionnelle entre 1970 et 1980.

- ils sont très nombreux : près de 8 000 par promotion annuelle
- et au total la moitié du corps médical

leur départ massif ne sera pas compensé par les entrées dans la profession dont on sait qu'elles sont actuellement stabilisées à un peu plus de 3 000/an.

La lenteur avec laquelle les décisions prises en matière de régulation démographique se traduisent dans la réalité et explique ce passage inéluctable du sureffectif à la pénurie.

En effet, les paramètres qui permettent de réguler la démographie médicale ont une efficacité différée, à plus de 10 ans pour le *numerus clausus* et à plus de 5 ans pour les ajustements qui peuvent intervenir au moment du passage vers le 3ème cycle (internat).

Seule la cessation d'activité des médecins libéraux, prévue dans le cadre du mécanisme de cessation d'activité (MICA) , puis à partir de 97 dans celui de l'allocation de départ à la retraite (A.D.R.) a eu des effets immédiats sur l'effectif des médecins ; ces effets ont déjà été évoqués dans ces colonnes [Rev. Prat. 2000 ; 50 : 181-182].

Et dans l'hypothèse où les pénuries qui seront sensibles à partir de 2005 deviendraient insupportables, une des seules solutions envisageables pour un effet rapide consisterait en une importation significative de médecins formés dans d'autres pays, à l'image de ce qui vient de se passer en Norvège ; dans ce cas, l'équivalence des diplômes instituée par la législation européenne depuis 1993 prendrait toute son importance.

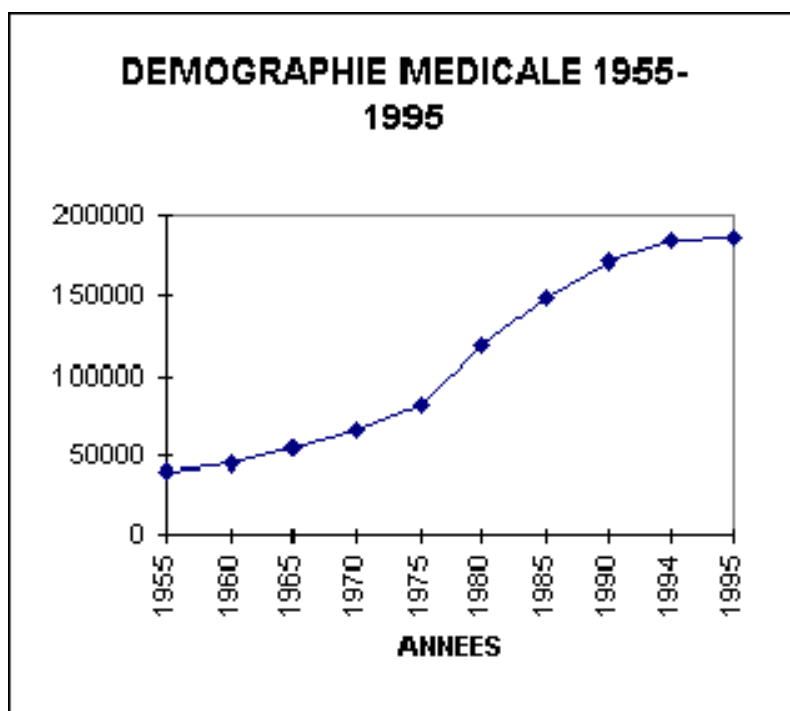
Pourtant, tout au long des années 90, le sureffectif médical avait été diversement observé puis dénoncé jusqu'à ce que J. CHOUSSAT, dans son rapport 1 de 1996, le chiffre à près de 20 000 médecins, effectif excédentaire qui n'a plus guère été contesté depuis lors.

Cette période de difficultés liées à l'excès de l'offre de médecins [assez bien documentée grâce notamment à plusieurs études réalisées par le CREDES] aurait pu se traduire par la mise en œuvre de toute une série de réformes et de mécanismes permettant de mieux ajuster la démographie professionnelle aux besoins perçus.

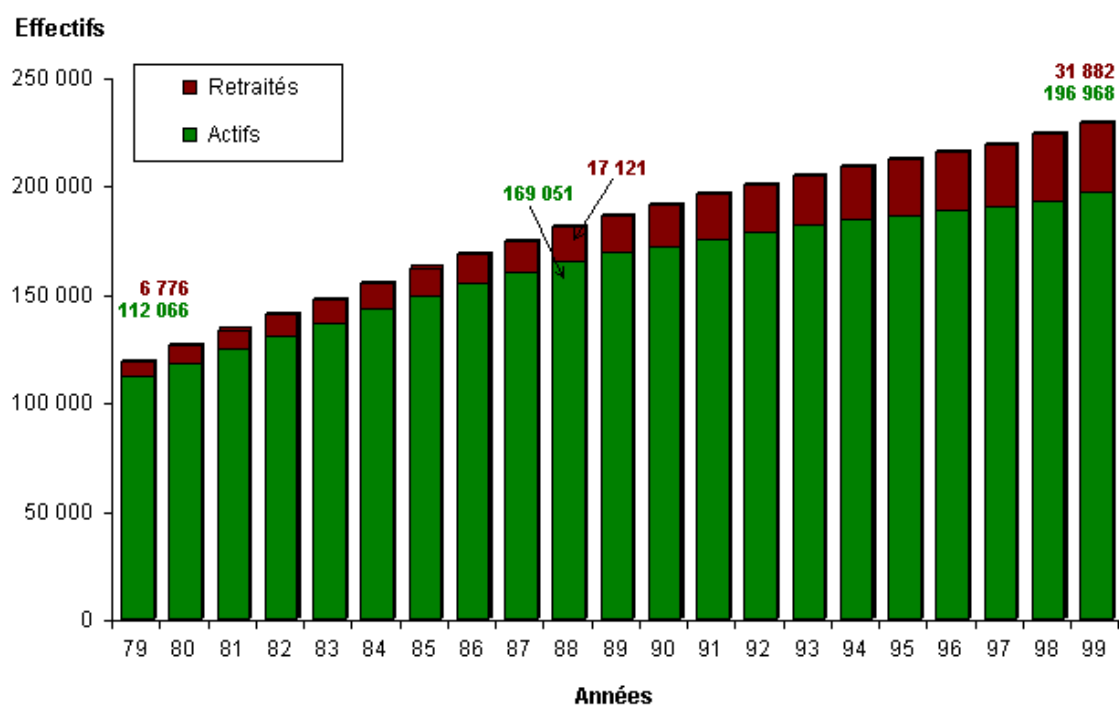
Et aujourd'hui, quelques années plus tard, alors que les pénuries se profilent, au moins dans certaines disciplines et dans certaines régions, ces mêmes mécanismes auraient pu être « inversés », de manière à pallier les insuffisances qui menacent.

Malheureusement, ces réformes et mécanismes, qui auraient permis une régulation plus efficace de la démographie médicale n'ont été que très partiellement développés et encore moins mis en œuvre.

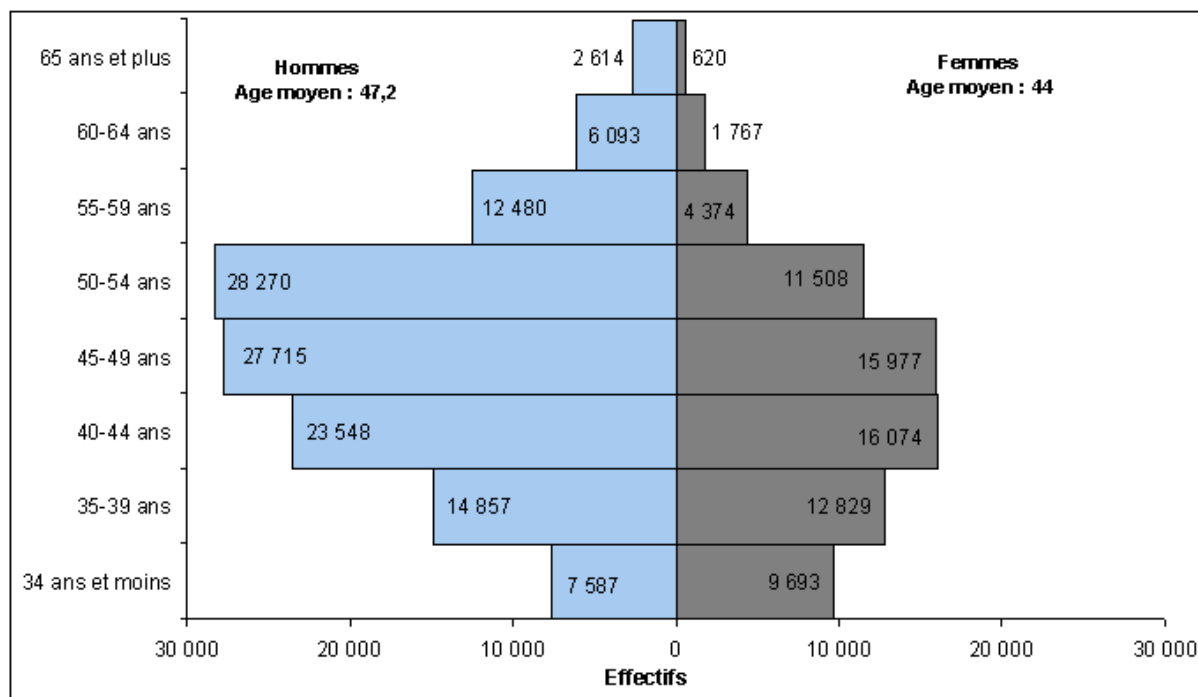
Démographie médicale de 1955 à 1995 Graphique



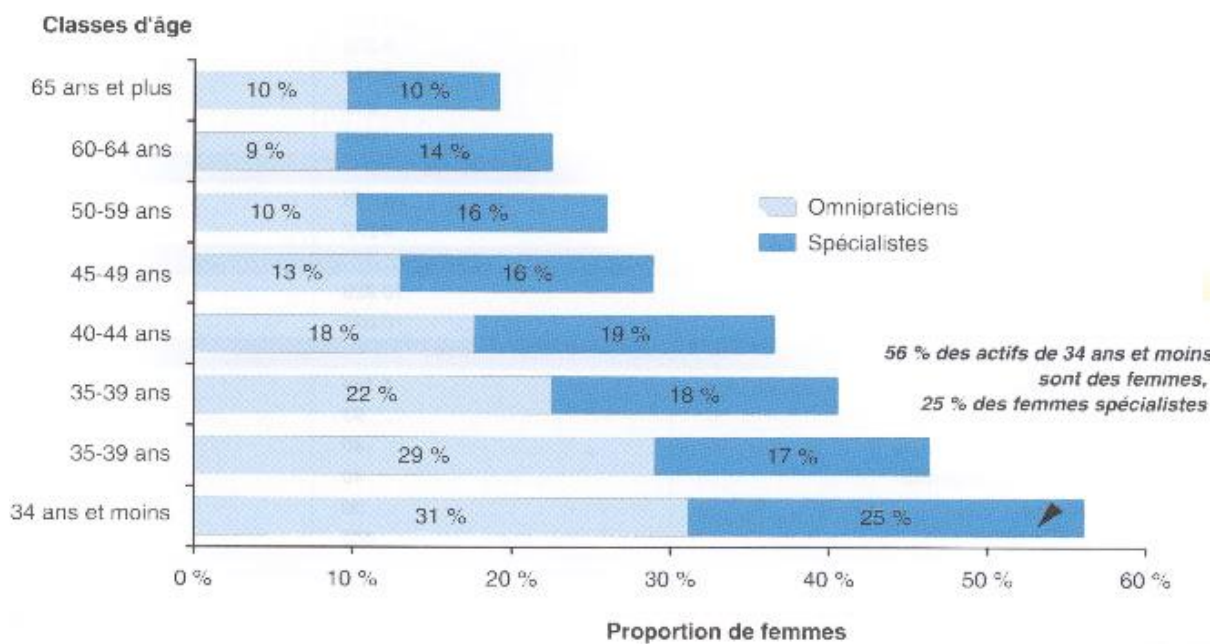
Evolution du nombre de médecins de 1979 à 1999 Graphique



Pyramide des âges des médecins en activité (métropole) Graphique (Chiffres au 01/01/2001)

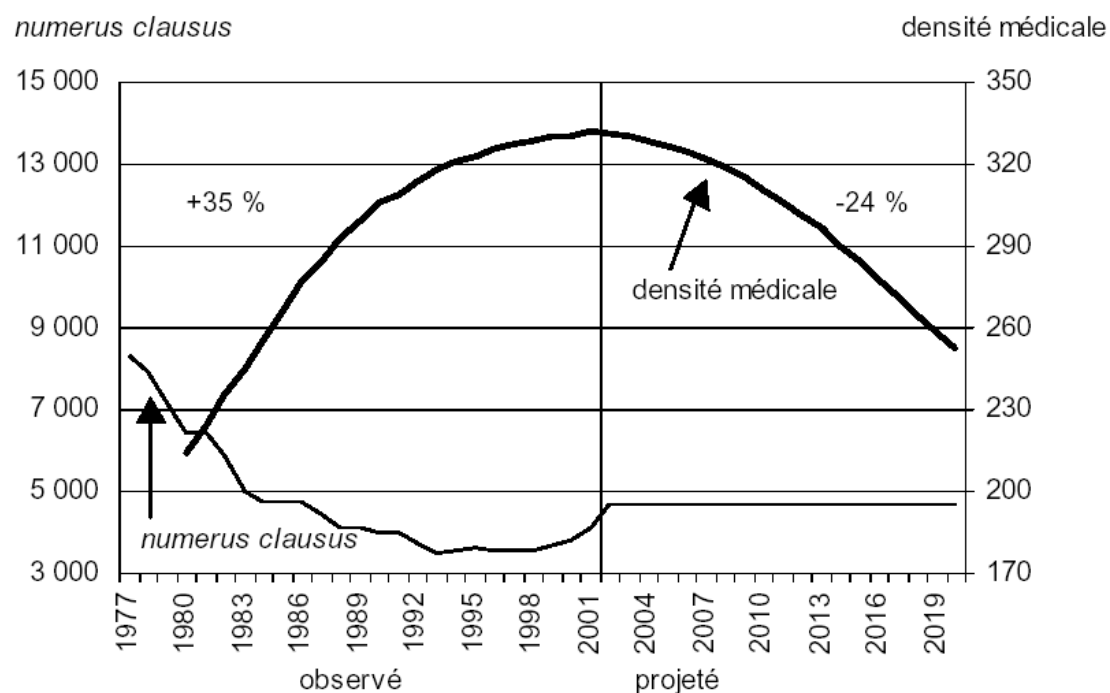


Proportion de femmes selon l'âge, répartition généralistes-spécialistes – Graphique (Chiffres au 01/01/2001)



G
01

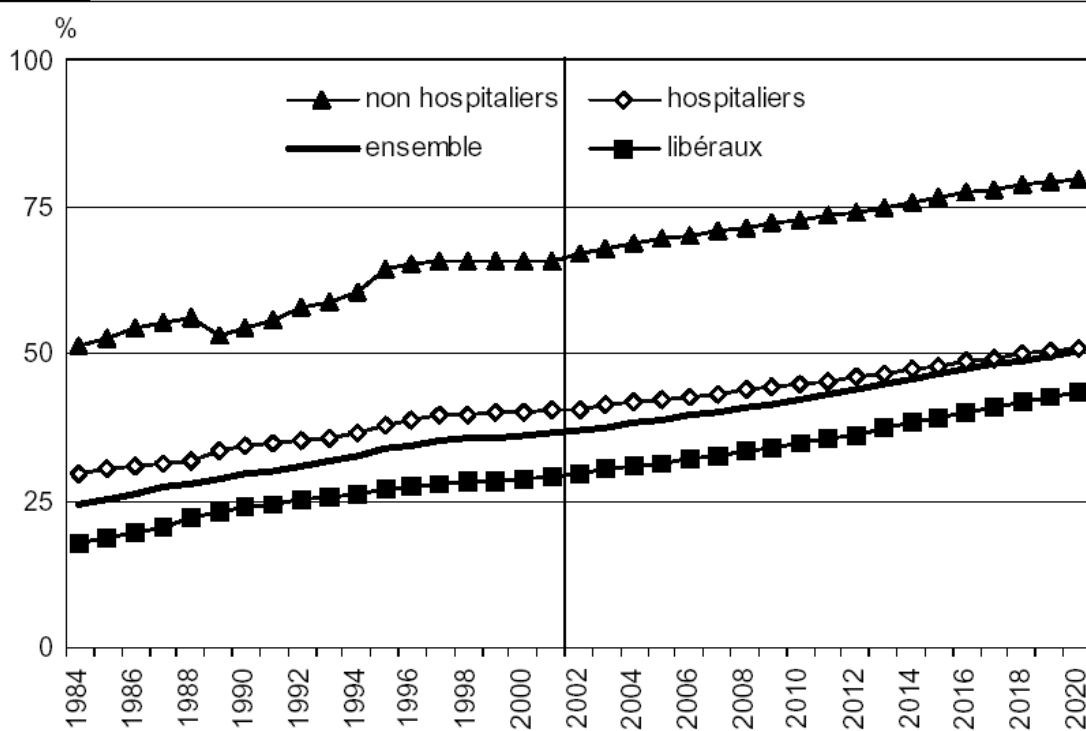
évolution et projection du nombre de médecins pour 100 000 habitants – France métropolitaine



Source : DREES.

G
02

part des femmes parmi les médecins en exercice – France métropolitaine



Source : DREES.

2 Les causes

les causes (évolution de mentalités, numerus clausus, quelques cas symboliques, schéma type du MG de campagne)

2.1 le numerus clausus:

dans les 20 ans a venir on va passer de 360 med/100 000 habitants a 240 ou 260

il faut en plus tenir compte de la forte féminisation (les femmes ne s'installent que rarement comme MG en zone rurale (enfants, horaires, gardes) et sortent donc du système des prescripteurs.

ainsi donc :
sur 100 étudiants:

- 50 font une spé
- 25 sont des femmes dont une minorité s'installent
- 25 s'installent.

ça fait donc un renouvellement de 800 a 1000 Mg par an a comparer avec les départs en retraite et les décès.

2.2 L'évolution des mentalités:

les médecins travaillent trop, pour une rémunération ridicule par rapport a d'autre diplômés du même niveau pour un temps équivalent : las de croiser des patients qui travaillent 35h/semaine, ils revendiquent un repos correct:...ou une rémunération conséquente.

Il y a peu de temps le revenu moyen d'un MG était de 17 000 par mois, mais pour 60 heures par semaine : les chiffres montrent que les médecins travaillent de plus en plus, et pas l'inverse (+4h hebdo en peu de temps).

Un Mg fait du travail non directement rémunéré pendant près de 40% de son temps.

Les 20/30 euros ne résoudront pas le problème :
il y a déjà 5 ans, pour obtenir un confort de vie équivalent a un médecin de Secu, (secrétaire, formation, femme de ménage, vacances) le C aurait du être a 270 F et le V a 360.....on en est très loin.

Depuis, les charges ont augmenté, en particulier dans des domaines non médicaux, (informatique, administratif, fiscal).

Mais surtout, plutôt que d'assister à une stabilisation, ou une amélioration, la dégradation se poursuit dans ce qui est perçu comme un climat d'indifférence général.

2.3 Le confort de vie

Le confort de vie, l'espérance de vie, sont devenus des éléments essentiels et prioritaires des nouvelles générations.

Les rares jeunes remplaçants que l'on rencontre encore nous le confirment à chaque fois

2.4 Les gardes

Les gardes sont devenues l'abcès de fixation de tout ces problèmes en général.

C'est une semaine de boulot,

- chargée (64 h)
- plus les appels de nuits,
- l'impossibilité de bouger pour une simple course ou une formation de par l'astreinte,
- un WE éreintant (jusqu'à 60 actes sur 1.5 jour)
- et de nouveau une semaine chargée.

c'est au delà de la capacité humaine :

- beaucoup de MG « burnent-out »,
- picolent ,
- carburent aux anti-dépresseurs, anxio-lytiques
- ...ou renoncent.

Un certain nombre l'accepteraient s'il y avait un repos compensateur (certains gyneco-obstétricien ne travaillent que deux mois sur 3) mais , avec 14 C de charges par jour, il faudrait que les CA moyens soient de 90 000 F mois pour le permettre soit au moins 150 F de l'acte en moyenne, non compris les éléments de confort (secrétaire, femme de ménage)

2.5 Le manque de considération de la part des patients

Pire que tout,

par manque de considération de la part des patients (nomadisme)

et des pouvoirs publics, les médecins "ont fini par ne plus y croire ", ils ont perdu la foi !

pour une a deux générations au moins c'est foutu, définitif.

la relative quiétude des hospitaliers même quand ceux ci hurlent a la mort (et dieu sait qu'ils hurlent souvent et pour rien), ne fait que renforcer un profond sentiment d'injustice.

2.6 Exemple 1

- surcharge de travail
- perte de sa "place" dans la société
- être accusé pendant une décennie par les pouvoirs en place d'être la cause des déficits, des retards de prise en charge des obèses, des suicides, des ci et des ça..., ça démotive...
- entendre pendant une décennie que l'on doit se former à ci et à ça (sous entendu "vous êtes nuls"), ça démotive...
- absence de revalorisations
- disparition du respect
- concurrence entre médecins/spécialistes/consultations hospitalières
- désir de profiter au même titre que les autres professions des loisirs et de s'épanouir autrement
- conflits avec les CPAM
- crainte du procès (par erreur) ou crainte d'accusation affabulatoire (jeune fille=attouchement)
- pesanteur de la solitude dans son travail, ses décisions
- l'absence d'évolution de carrière**, de changements programmés (contrairement à nos études qui nous habituent à changer de services tous les 6 mois, on s'installe ensuite pour 35 ans!)
- informatisation chronophage qui ne fait que multiplier la paperasse
- lassitude de faire de la "boblogie" alors que nos études nous apprennent à maîtriser des techniques de pointes et des gestes hautement salvateurs

-difficulté de gérer les vacances par l'absence de remplaçants

-peur de mettre en péril son entreprise au moindre accident (je n'ai pas fait de ski pour cette unique raison pendant 10 ans!)

-temps passé à la gestion de son entreprise (comptabilité, achats, gestion des médicaments etc..) et non pris en compte

-temps passé à la gestion des patients (coups de téléphone, paperasse etc..) et non pris en compte

-en rural, c'est l'absence d'autres centres d'intérêt (culturels, sportifs ..) à moins de 50 bornes

-raison rarement évoquée mais souvent confirmée par les confrères : difficulté de s'insérer dans la vie sociale du village, il reste une barrière (créée par le médecin ou les individus???) délicate à franchir : exemple, difficile pour un médecin d'inviter son voisin à venir boire l'apéro ou manger des merguez

il en existe encore d'autres...

la difficulté pour sauter le pas: c'est l'absence de passerelles et de possibilités (CPAM, industrie pharmaceutique, médecine du travail, etc..). Le choix n'est pas si vaste c'est la peur de recommencer de zéro un nouveau projet professionnel (on sait ce que l'on quitte sans savoir où l'on va..)

dans les Vosges: en moins d'un an, 6-7 médecins ont dévissé pour saisir une opportunité.

comment freiner cette hémorragie??

je ne pense pas qu'il y ait de solution sans une refonte totale de notre système de santé (maison médicale avec secrétariat, forme de salariat etc..)

2.7 Exemple 2

Plusieurs problèmes.

1) Très fatigué par la pratique d'une médecine "lente" entre 20 mn et 1/2 heure à l'écoute des patients avec des journées de travail de 12 à 15 heures, samedis et Dimanches compris

2) Conseiller Ordinal, Président d'une association de FMC, Membre du bureau du Syndicat National des médecins de groupe et Président de Coordination Santé XX... Ca prend du temps !

3) Découragé par les conneries politiques. Ci jointe ci-dessous une lettre ouverte qui résume quelques problèmes (voir annexe)

4) 38 000 Médecins vont cesser leur activité dans les 10 ans. Ca va faire plaisir aux énarques...

Moi, il est hors de question que je continue 24 h sur 24, 365 jours par an après plus de 10 ans d'études, pour en plus me faire bafouer par des Directeurs de caisses ou des politiciens qui veulent me "responsabiliser" si je "dépense trop"

En ce moment je rame toujours pour trouver un successeur ! les jeunes ne veulent plus bosser 75 heures quand les autres français sont en RTT ou en vacances, ils ne veulent plus bosser la nuit quand ils ont déjà bossé toute la journée, pas non plus les week end...

Bref c'est le syndrome des 35 heures ! Et je les comprends !

Si je ne trouve pas de successeur, je ne laisserai pas tomber mes patients et je reprendrai à temps complet, mais je pense sortir de la convention.

3 les évolutions prévues ou prévisibles...ce qui est inéluctable

La médecine humaine et de proximité, avec sa disponibilité va disparaître; il est trop tard déjà pour faire marche AR : de plus, une minorité de patients sont désormais demandeurs de cette démarche.

La technicité et la notion d'équipe sont devenus des éléments sécurisants pour tout le monde car ils servent de lunettes de soleil pour tous les partenaires, patients, médecins, pouvoirs publics, et entraînent une diminution des responsabilités, ou plutôt une dissolution, et de fait une dilution de l'investissement psychoaffectif nécessaire à l'accomplissement de ce qui n'est de toute manière plus une vocation que dans une minorité de cas.

Inéluctable :

- Les services des urgences vont ouvrir des services de porte,
- les MG vont se regrouper en maisons médicales,
- les urgentistes y participer pour exercer leur art.

4 les points sur lesquels on peut influencer:

très peu, et sans espoir !

- augmenter fortement le numerus
- changer l'organisation des gardes
- concevoir le mode de rémunération pour que le revenu moyen net pour un 35h/équivalent soit de 20 à 22000 F /mois
- simplifier la gestion administrative à l'extrême et la rémunérer
- faire de la MG une spécialité reconnue comme telle
- mettre en place des MG « gate keeper »
- interposer des officiers de santé entre les patients et le MG
- modifier la gestion des urgences et des gardes (ex: sous emploi de la VMU)
- séparer la notion d'actes et de remboursement, dans les faits mais aussi dans les têtes

changer les règles du jeu pour le patient, le responsabiliser

5 les solutions possibles

Je n'en ai pas trouvé !

- se faire a une évolution des mœurs et des métiers !
- les bras de levier pour faire bouger les choses ne reçoivent pas l'appui des décisionnels, et ont une inertie (effet balourd) trop importante pour que les choses changent avant que les habitudes ne se soient installées

6 questions – réponses

7 Références

- Le point sur la démographie médicale (site du ministère de la santé)
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/demographie/>

- Les chiffres de la démographie médicale par le CNOM
http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/ExoPro.nsf/V_DM?OpenView

- Rapport de la DREES - Mars 2002 La démographie médicale à l'horizon 2020 Une réactualisation des projections à partir de 2002
http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/ind_demo.htm

<http://membres.lycos.fr/resident/demographie.html>

L'étude du CREDES
<http://www.credes.fr/Credes/Progrecherche/Prog2001/Fiches/demomed.htm>

- Démographie médicale Basse Normandie (document PDF de 82 pages sur le site <http://www.l-ami.org>)
<http://minilien.com/?QuZRoaBQZI>

http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_271200.htm

<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/observatoire/>

<http://www.isnih.org/content/avenir/demographie/>

<http://www.urcamif.fr/Fobservatoire.html>

- 200 jours Ce que la grève a déjà changé (www.33docpro.com)
<http://minilien.com/?Fgo4rGU6x0>

8 Annexe

Lettre ouverte :

Monsieur Chirac, Président de la République
Monsieur Raffarin, Premier Ministre
Monsieur Fillon, Ministre des Affaires Sociales
Monsieur Mattei, Ministre de la Santé

Monsieur le Président,
Monsieur le Premier Ministre,
Monsieur le Ministre,
Monsieur le Ministre et Cher Confrère,

J'attire par la présente votre attention sur le harcèlement subi par des Médecins, certains par des Médecins Conseils plus scrupuleux d'engager des mesures de rétorsion que d'aider les Professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients, d'autres par des Directeurs de CPAM.

En l'occurrence, le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne, Monsieur Gautron, a l'intention de suspendre la participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins qui ne télé transmettent pas via le système Sésam-Vitale.

Lourde sanction financière de l'ordre de 60 000 Frs par an et largement disproportionnée compte-tenu de la petitesse de "l'infraction" ! (Je vous joins copie du courrier recommandé de M. Gautron)

Certes, l'obligation de télétransmission est inscrite dans la convention, mais la "jurisprudence Papon" nous a indiqué que, lorsque la loi était mauvaise, il ne fallait pas l'appliquer. C'est le cas des ordonnances d'avril 1996 (dites "loi Juppé") qui fait reposer sur le dos des Médecins la responsabilité de télé transmettre des feuilles de soins électroniques, ce faisant, générant du chômage au niveau des "petites mains de la sécu" et un travail supplémentaire pour des personnes hautement qualifiées qui ont d'autres chats à fouetter.

Par ailleurs, nous savons tous que le but ultime est la transmission des pathologies des français, et je ne suis pas persuadé qu'ils aient été mis au courant du but réel de ce flicage que Staline n'aurait sans doute pas renié, d'autant que les URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) qui devaient être destinataires de ces données médicales n'ont toujours pas vu venir le décret d'application de la loi leur permettant ce recueil.

Je n'oublie pas que cette fameuse "loi Juppé" permet aux Médecins non télé transmetteurs de participer financièrement à la gestion des feuilles de soins papiers qu'ils génèrent. A combien les députés ont-ils fixé cette participation ? 60 000 Frs par an ??

Une réponse rapide et évidemment pré-électorale sur ce premier point serait la bienvenue.

D'autre part, la question des honoraires n'est qu'un aspect parmi d'autres et un rapide tour des problèmes que nous rencontrons quotidiennement vous permettra de vous faire une idée concrète des améliorations à apporter à notre pratique.

- Prescriptions hors AMM

La prescription de médicaments en dehors des indications officielles, courante à l'hôpital, est aussi fréquente en médecine de ville, mais pose de graves problèmes aux praticiens.

Permettez moi de vous raconter une anecdote qui vous résumera en quelques lignes les risques encourus par les Médecins de famille lorsqu'ils prescrivent "hors AMM". J'ai été amené à consulter un de mes petits patients de 6 ans pour une "dermato-myosite", pour laquelle, après avis des spécialistes de Reims puis de Necker, il a été traité par Cortisone et Cyclosporine.

Ce lourd traitement est extrêmement immunodépresseur et mon bout de chou a attrapé un zona, dont le vecteur est un virus de la famille HERPES.

Chez un immunodéprimé, le risque est grand d'encéphalite ou de méningite et j'ai été amené, en accord avec l'équipe soignante hospitalière, à le traiter par ZOVIRAX à fortes doses.

Mais le Zovirax a pour indications officielles "le zona ophtalmique ou le zona chez la personne immuno-compétente de plus de 50 ans", bien que nous, médecins, sachions parfaitement qu'il est efficace à tous les âges.

Or mon bout de chou a 6 ans ! Si donc j'applique la loi "Juppé" relookée "Aubry", je devrais normalement marquer "NR" (Non Remboursable) sur mon ordonnance puisqu'elle est en dehors des indications réelles du produit !

A plus de 700 FF la boîte, 1400 Francs le traitement ... et la maman qui gagne le SMIC, que faire ?

Je n'ai pas inscrit "NR" sur mon ordonnance et la maman a été remboursée.

Mais que se serait-il passé si la Caisse d'assurance maladie avait repéré ma prescription ?

On m'aurait gentiment demandé de rembourser les 1400 FF de ma poche.

Devant mon refus, 2 possibilités :

- Ou la caisse aurait utilisé la loi sur l'opposition au tiers détenteur et serait venue se servir directement sur mon compte (eh oui, pour les français "normaux" il faut un jugement pour prélever de l'argent sur un compte, mais pour les "sous-français" que nous sommes, pas besoin !)

- Ou la caisse m'aurait traduit devant le CMR (Comité Médical Régional), tribunal d'exception comportant 5 médecins (3 médecins administratifs et 2 médecins libéraux qui, minoritaires, ne se dérangent même plus...)

J'aurais donc été jugé par MES ACCUSATEURS !

Pour parachever, l'appel n'est pas suspensif et le recours n'aboutira pas avant plusieurs années. Entre temps le CMR aurait tout loisir de m'infliger des peines allant jusqu'au déconventionnement...

- Les échantillons médicaux

Utilisés par les laboratoires pour leur promotion, ces échantillons permettaient aux médecins de se faire une idée des produits, de les utiliser pour eux-mêmes ou leur famille (autant de bénéfice pour la sécu), de les distribuer aux personnes défavorisées ou de les donner aux associations caritatives.

Ils sont maintenant contingentés ! Redoutiez-vous que nous en fassions commerce ?

PIRE !! Certains médicaments nous sont désormais interdits car contenant des substances horribles, comme par exemple la codéine. C'est ainsi qu'alors que le Co-

Doliprane et le Néo-Codion sont en vente libre, faisant la joie des drogués qui n'ont pas eu leur dose, nous, Médecins, sans doute considérés comme des super-délinquants par la classe politique, n'avons plus le droit d'en avoir quelques boîtes pour notre usage.

- Poids et mesures

En application de différents décrets de 1988, 1991 et 1996 relatifs à l'utilisation de balances, des inspecteurs du service des mines sont venus dans des cabinets médicaux dresser des procès-verbaux avec amendes à la clé pour l'utilisation de pèse-personnes non vérifiés annuellement et ne portant donc pas l'estampille réglementaire !

Est-il besoin de vous rappeler que nous ne faisons pas payer les patients en fonction de leur poids et que le pesage ne revêt pour nous que le caractère indicatif dont nous avons besoin pour une prise en charge de l'individu. En aucun cas nous n'avons besoin d'un poids "exact". A noter que 99% des balances utilisés à l'hôpital sont "non réglementaires".

- Les mois de 28 jours (application arbitraire élargie de l'article L 148 bis du CSP).

Les députés ont dit qu'un mois, ce serait dorénavant 28 jours. Qui, parmi les Médecins, n'a pas vu arriver à sa consultation des patients à qui il manquait des médicaments depuis plusieurs jours, parce que, pour toute personne sensée, un mois c'est 30 jours, et ils ont été pris de court. Quand c'est un médicament contre le cholestérol, ce n'est pas grave. Quand c'est un médicament à visée cardio-vasculaire, ça peut être mortel !

Et pas moyen de rajouter 1 boîte sur l'ordonnance : Nous sommes obligés de faire de fausses ordonnances avec des posologies bidons pour que nos patients soient observant. Un règlement qui oblige à ce genre d'artifice est mauvais. Il faut le changer !

- L'emmerdement maximum

Monsieur le Directeur de la CPAM de Reims, poursuivant sa guéguerre et ne s'en cachant pas, oblige les Médecins à venir chercher dorénavant leurs feuilles de soins à la CPAM à Reims, aux heures d'ouvertures de la CPAM, au détriment de la permanence des soins et des patients. Les feuilles ne sont délivrées que par lots de 250, obligeant ainsi les Confrères à se déplacer toutes les semaines. Bel exemple de ce que doit être le Partenariat !

En conclusion, je me permets d'insister sur l'atmosphère invivable que nous respirons depuis 1996 et sur les conséquences non évaluées des décisions gouvernementales de droite comme de gauche préjudiciables à notre mission de soins. Je dis non évaluées car M. Juppé, par exemple, ne sait pas qu'un pharmacien n'a pas le droit de délivrer un médicament " hors AMM " ni quelle TVA appliquer sur des médicaments devenus non remboursables .

Quant aux dépenses de santé, pour citer un Ministre, je dirai RESPONSABLES, mais pas COUPABLES !

Souhaitant des réponses rapides à toutes ces questions, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Monsieur le Premier Ministre, Monsieur le Ministre, Monsieur le Ministre et Cher Confrère, l'expression de ma haute considération.

Dr J-Y S

Médecin de famille, Médecin de campagne :

75 heures par semaine plus 1 à 2 gardes de nuit par semaine et gardes de Week-end

48 000 Frs par mois de Chiffre d'affaire et 35 000 Frs de charges mensuelles (capital emprunté pour l'installation non déductible pour les médecins !)

(je vous laisse calculer le revenu net horaire d'un "nanti")