

Démographie médicale et offre de soins en Nièvre

Compte rendu de la table ronde du
12 février 2009
au Visiocenter de Magny-Cours



CONSEIL GÉNÉRAL DE LA NIÈVRE

Démographie médicale et offre de soins en Nièvre

Table ronde du jeudi 12 février 2009 Visiocenter de Magny-Cours

*(La table ronde est ouverte à 19 heures 45 par le Dr Alain LASSUS,
Conseiller général du canton de Decize.)*

Dr Alain LASSUS, Conseiller général du canton de Decize. – Mesdames, messieurs les élus, mesdames, messieurs les professionnels de santé, mesdames, messieurs, dans un premier temps, je tiens à excuser M. Marcel Charmant qui, malheureusement souffrant, devait inaugurer cette table ronde. Je vais donc assurer l'animation de cette soirée, en vous priant de me pardonner si elle est imparfaite.

Votre présence, nombreuse ce soir, ce dont je vous remercie très sincèrement, montre combien le sujet qui nous réunit est important.

Notre table ronde organisée ce soir pour savoir comment lutter contre les ravages de la sous-médicalisation des territoires ruraux marque avant tout l'échec de la désintégration progressive de notre système de santé. Voilà encore une quinzaine d'années, nous étions fiers d'avoir l'un des meilleurs systèmes de santé du monde – sinon le meilleur – fondé à la fois sur la solidarité, la sécurité sociale et une offre de soins généreuse.

Depuis quelques années, le service public de la santé explose et devient, comme d'autres services publics, source d'inégalités : inégalités d'accès financier dues à des modifications à la baisse des taux de remboursement et inégalités territoriales dues aux troubles de la démographie.

La carence de l'Etat, incapable de prendre en compte et de résoudre ces problèmes, nous conduit, nous, élus locaux et professionnels, à nous poser la question de savoir comment rendre moins pénible pour nos concitoyens ce qui constitue une régression de notre système de soins : la diminution du nombre de médecins et des autres professionnels dans les territoires ruraux, l'obligation de mettre en place des maisons des gardes, de réduire le nombre de secteurs de garde et de fermer des services hospitaliers, la saturation de nos services d'urgence, les difficultés à obtenir des rendez-vous rapidement et à trouver des remplaçants, etc.

Soyons très clairs, notre réunion de ce soir est rendue nécessaire par l'échec de notre système de santé. Si le présent n'est pas brillant, l'avenir sera encore plus sombre. En effet, pour synthétiser le travail que nous avons réalisé, tous les ans la Nièvre perdra 5 % de médecins sur les dix années à venir.

Le Conseil général n'a pas en soi la compétence « santé », même s'il joue un rôle important en termes de prévention – citons la PMI, les dépistages et les réseaux –, mais l'aménagement du territoire est sa préoccupation de tous les jours. Nous percevons tous, plus ou moins confusément, que demain de vastes territoires de notre département seront privés de professionnels de santé et qu'il va falloir mettre en place des mécanismes pour lutter contre les conséquences de la baisse démographique. C'est pourquoi mes collègues du Conseil général m'ont missionné pour faire le point de la situation et présenter des propositions en leur nom.

Avec l'aide des services du Conseil général que je tiens à remercier et des Ordres professionnels dont je suis heureux de saluer la présence, il a été possible d'élaborer un document qui permettra de connaître en temps réel l'état démographique de nos professions dans la Nièvre.

Les réponses des professionnels de santé à notre questionnaire, et ce en très grand nombre puisque plus de 400 professionnels y ont répondu, ont permis d'affiner le document, surtout en ce qui concerne l'âge des départs à la retraite. A la suite de mon intervention, M. Capelle, Responsable du Service informatique du Département, vous présentera donc, en quelques diapositives, un résumé de cette étude.

Ce document était la première partie du travail qui m'a été confié. La seconde partie de ma mission consiste à formuler des propositions au nom du Conseil général.

Inspiré par ce qui commence à s'installer dans certains départements, je vous propose de créer, sous l'égide du Conseil général, une commission de la démographie des professions médicales et paramédicales.

Cette commission pourrait réunir des représentants des professions médicales et paramédicales, des usagers, des élus des différentes collectivités territoriales – Conseil général, Union amicale des Maires et Pays – des représentants de l'Etat, le Préfet, et des services de l'Etat, la DDASS, de l'ARH et de la CPAM, voire de l'URCAM.

Nous pourrions, si vous en êtes d'accord, lui confier un certain nombre de missions.

La première viserait à se faire le porte-parole d'une adresse à M^{me} la Ministre de la Santé au nom de tous les Nivernais. Cette adresse listerait toutes les décisions que nous souhaiterions que cette dernière prenne au niveau national pour améliorer ou, tout du moins, empêcher l'aggravation des problèmes de démographie médicale. Je cite pêle-mêle, mais la liste, loin d'être exhaustive, devra être travaillée, la réforme des études médicales et des études des autres professions de santé pour les adapter aux besoins ; la mise en place de mécanismes fortement incitatifs pour permettre une homogénéité de l'offre médicale et paramédicale sur tout le territoire ; un moratoire et des discussions sur les règles à respecter pour inciter financièrement des installations sur les territoires défavorisés et l'installation de médecins étrangers ; l'aide à la mise en place de réseaux de santé ; enfin, un maintien strict de l'architecture hospitalière dans les départements défavorisés car les hôpitaux sont des lieux « ressources » en termes de personnel médical et paramédical et ils sont fondamentaux pour résister à l'érosion de l'offre médicale.

Dans un autre temps, cette commission, dont je considère que ce sera le travail essentiel, devra délimiter des territoires pertinents sur lesquels les élus, les usagers et les

professionnels de santé décideront tous ensemble ce qu'il faut y mettre en place. Ce pourrait être une maison médicale, une maison des gardes ou un collectif de personnels de santé.

La Nièvre n'a pas les moyens d'avoir des maisons médicales tous les cinq kilomètres ou des maisons médicales vides dans quelques années. Des exemples récents montrent qu'il est urgent que cette collaboration entre élus et professionnels de santé se mette en place. J'ose affirmer que les professionnels de santé doivent occuper une place essentielle dans la définition de ces territoires et dans les propositions à formuler pour les aménager, le rôle des élus étant d'essayer de regrouper les moyens pour les aider.

Le troisième rôle de cette commission sera d'élaborer une charte éthique pour éviter des conflits d'intérêt entre professionnels de santé exerçant en maison médicale ou collectif et médecins exerçant seuls, en libéral. Les maisons médicales ne doivent pas être pour les professionnels un moyen de se dédouaner de leurs responsabilités financières de praticiens libéraux.

La quatrième mission de la commission sera de donner un avis consultatif sur les réseaux, leurs éventuelles extensions ou améliorations.

Telles sont, ainsi synthétisées en quelques mots, les propositions sur lesquelles nous pouvons discuter, en cas d'accord de principe entre nous sur la mise en place de cette commission.

« Une commission supplémentaire », me direz-vous ! En fait, je souhaite que cette commission soit souple, adaptée aux territoires et surtout travaillant en collaboration étroite avec ce qui existe déjà localement. J'ai, non pas la prétention de régler le problème, mais plutôt l'intention de proposer d'étendre à l'ensemble de la Nièvre une méthode qui a déjà réussi dans un certain nombre de nos régions.

Vous trouverez sans doute mes propositions très modestes par rapport à l'ampleur du problème, mais je crois qu'elles doivent être avant tout le signe d'une prise en charge par l'ensemble des intervenants d'un territoire. Si, dans quelques mois, nous sommes capables de mettre en place un schéma directeur sur les réponses à apporter territoire par territoire aux problèmes de démographie médicale et paramédicale, nous aurons fait du bon travail.

En conclusion, permettez-moi de vous remercier tous pour l'aide que vous m'avez apportée et pour l'attention que vous m'avez accordée.

Avant de donner la parole à chacune des professions de santé représentées ici, je laisse le soin à M. Capelle de présenter le document qu'il a élaboré grâce aux données fournies par les Ordres professionnels et le Conseil général. A la suite de ces interventions, je propose d'engager un débat avec l'assistance car je ne doute pas que les échanges seront enrichissants et fructueux.

Merci à tous !

M. Philippe CAPELLE, Adjoint au Chef du Service Informatique du Conseil général, Responsable du Pôle « Applications et Intégration ». – Mesdames, messieurs, je vous invite à prendre connaissance, au travers de quelques diapositives, des éléments qui

restituent les informations collectées dans le cadre des questionnaires qui nous ont été retransmis. Ces éléments permettent de donner une photographie de l'existant et de dégager un certain nombre d'informations pertinentes sur les évolutions en matière de démographie médicale. Par ailleurs, des éléments d'analyse statistique que je vous présenterai en dernier lieu sont intéressants en termes de projection de la situation dans les années à venir.

(M. Capelle illustre cette présentation par la projection d'un PowerPoint.)

S'agissant des bases de l'étude, voici la répartition des effectifs par Ordre sur un total de 1 235 personnels de santé : 21,13 % de médecins généralistes, 20 % de médecins spécialistes, 18,95 % de pharmaciens, 14,74 % d'infirmiers, 10,45 % de kinésithérapeutes, 9,07 % de dentistes et 4,86 % de sages-femmes. Je précise que la mention sur ce tableau de « médecin- ? », qui représente 0,81 %, correspond à des erreurs de saisie à la marge dans les questionnaires, si bien que lesdits médecins n'ont pas été qualifiés en tant que généralistes ou spécialistes.

En termes de bilan, sur les 1 235 questionnaires adressés aux professionnels, nous avons obtenu 432 réponses, soit un taux de réponse global de 35 %, ainsi réparti : 52,7 % des dentistes, 18,1 % des infirmiers, 24 % des kinésithérapeutes, 36,4 % des médecins généralistes, 45,3 % des médecins spécialistes, 38,5 % des pharmaciens et 20 % des sages-femmes.

Quant aux statistiques afférentes à la participation à la table ronde, nous avons reçu 19,93 % d'intentions positives et 15,33 % d'intentions négatives, sachant que 64,74 % des professionnels interrogés n'ont pas répondu à cette question. Les réponses en termes d'intentions positives sont ainsi réparties : 13,33 % pour les sages-femmes, 20,51 % pour les pharmaciens, 19,43 % pour les médecins spécialistes, 20,31 % pour les médecins généralistes, 19,59 % pour les kinésithérapeutes, 14,97 % pour les infirmiers et 30,56 % pour les dentistes.

En termes d'analyse statistique, il a été établi un ratio du Département pour chacun des Ordres professionnels, lequel est de 5,484 personnels de santé pour 1 000 habitants, soit en nombre pour 1 000 habitants : 0,497 pour les dentistes, 0,808 pour les infirmiers, 0,573 pour les kinésithérapeutes, 1,159 pour les médecins généralistes, 1,097 pour les médecins spécialistes, 1,039 pour les pharmaciens et 0,266 pour les sages-femmes.

Cette diapositive illustre la pyramide des âges de la Nièvre, tous Ordres confondus. Sa forme caractéristique et assez symétrique entre les professionnels féminins et masculins permet d'identifier clairement une tranche d'âge entre 40 et 60 ans représentant l'essentiel des effectifs.

Voici la typologie des pyramides des âges par Ordre, laquelle est différente précisément selon les Ordres. Si certaines typologies sont dans la tendance de la pyramide des âges de la Nièvre, tous Ordres confondus, des variantes sont à observer, notamment en ce qui concerne les sages-femmes et les kinésithérapeutes.

Ce graphique illustre les prévisions des départs à la retraite dans les années à venir. Il est intéressant de constater que ce graphique met en évidence un flux de départs à la retraite relativement important entre 2012 et 2037. La répartition entre professionnels féminins et masculins est homogène : la parité est respectée !

Cette diapositive retrace l'évolution des effectifs à échéance 2060, compte non tenu des arrivées, c'est-à-dire que nous avons pris en considération la photographie des effectifs aujourd'hui et nous avons calculé la tendance de l'évolution de ces effectifs dans les années à venir. Ainsi, à l'horizon 2020, environ 50 % des médecins et 25 % des autres professionnels de santé aujourd'hui actifs auront cessé leurs activités. A l'horizon 2030, environ 80 % des médecins et 50 % des autres professionnels de santé aujourd'hui actifs auront cessé leurs activités. Il serait intéressant de moduler cette courbe avec les chiffres tenant compte des arrivées, mais la tendance de la courbe afférente aux médecins, avec 20 départs annuels permanents jusqu'en 2030, est assez révélatrice.

En vous remerciant de votre attention, je reste à votre disposition pour répondre éventuellement à toute question.

Dr Alain Lassus. – Merci, monsieur Capelle, de cette présentation.

La parole est à M. Badoux, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins.

M. Maurice BADOUX, Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. – Mesdames, messieurs, après tout ce qui vient d'être dit, je n'ai pas grand-chose à ajouter, sinon pour entériner cet état de fait : nous sommes vraiment dans une situation proche de la catastrophe. En effet, sans parler de ce qu'il en sera dans les années à venir, les médecins commencent à partir en retraite et très peu nombreux sont les nouveaux arrivants. Les quelques médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins de la Nièvre sont étrangers, en particulier roumains. Alors que cinq ou six Roumains et un ou deux Hollandais ont été inscrits en deux ans, il n'est à observer qu'un, voire deux médecins de nos facultés françaises.

Je n'avais pas spécialement prévu d'intervenir sur ce sujet de la démographie puisque M. Lassus m'avait demandé de parler plus particulièrement de la permanence des soins qui, bien entendu, pose des problèmes compte tenu du manque de médecins. Lorsque des secteurs de garde comptent seulement un ou deux, voire trois médecins, il est difficile d'assurer la permanence des soins avec des tours de garde très fréquents.

J'avais prévu de vous faire part des différents décrets qui régulent cette permanence des soins, mais je vous en fais grâce, préférant aborder l'une des solutions que nous pouvons proposer à travers la création des maisons médicales de garde.

Actuellement, il existe sur le département de la Nièvre trois maisons médicales de garde.

La première a été créée à Decize par le Dr Lassus voilà quatre ou cinq ans et, depuis, j'avoue n'avoir jamais reçu, en tant que Président du Conseil de l'Ordre, de plainte émanant de personnes relevant de cette maison médicale de garde.

Une deuxième a été créée récemment à Saint-Saulge, regroupant trois secteurs - Saint-Saulge, Châtillon-en-Bazois et Prémery - et ayant pour particularité de ne fonctionner que les week-ends.

Une troisième qui a ouvert le 2 février dernier à Nevers donne satisfaction dans ces dix premières journées puisqu'elle enregistre quatre ou cinq passages les soirs de semaine et le dernier week-end, qui était le premier depuis son ouverture, elle a enregistré vingt-sept passages. C'est un chiffre assez considérable et bien plus important que celui enregistré dans le cadre des gardes, telles qu'elles se pratiquaient auparavant.

La sectorisation qui nous est imposée depuis février dernier par un décret de M^{me} Bachelot, visant à réduire le nombre de secteurs de garde dans la Nièvre de 19 à 10, pose d'importants problèmes car notre département a un vice congénital, si j'ose dire : la position très excentrée de Nevers par rapport au Département. C'est ainsi que toute une partie de la Nièvre, dans le Morvan se trouve à plus de trente minutes d'un SMUR. Bien entendu, dans ces secteurs, il valait mieux éviter un infarctus du myocarde, un accident de la route, un coma, bref toute pathologie vitale. Il a donc été créé entre le SDIS, le SAMU et les médecins libéraux l'AMLUV, l'Association des médecins libéraux pour les urgences vitales, qui travaille en accord avec le SAMU et les pompiers. Lorsqu'un patient appelle le « 15 » ou le « 18 », le médecin d'astreinte pour l'AMLUV est prévenu. Un VSAB, équipé d'un défibrillateur semi-automatique, d'un pousse seringue électrique et de tout le matériel voulu et nécessaire, est dépêché sur le lieu. Les premiers soins sont donnés et le transport du malade est effectué en jonction avec le SMUR, qu'il soit de Nevers, de Decize, d'Autun ou de Chalon.

Ce problème concerne donc sur cinq secteurs : Lormes, Montsauche-les-Settons, Château-Chinon, Moulins-Engilbert et Châtillon-en-Bazois associé à Saint-Saulge. En l'état actuel, ces cinq secteurs sont intouchables tant que des SMUR ne seront pas installés à Château-Chinon et – pourquoi pas ? – à Saint-Saulge puisque c'est le centre du Département.

Il reste donc cinq secteurs à organiser dans le Département, ce qui représente tout de même un certain nombre d'habitants, de kilomètres carrés et donc des distances assez considérables. La solution consistera certainement à créer d'autres maisons médicales de garde. C'est ainsi que des créations sont envisagées sur Cosne et Clamecy. Sans doute parviendrons-nous ainsi à respecter les désirs du Ministère quant au nombre de secteurs.

Ces problèmes de sectorisation, de permanence des soins et d'urgence vitale sont posés du fait de la démographie médicale.

Je vous remercie de votre attention.

Dr Alain Lassus. – Merci de ces informations, Docteur Badoux.

Je donne la parole à M. Delgutte, Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.

M. Alain DELGUTTE, Président du Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens de Bourgogne. – Je vais vous présenter la répartition des pharmaciens et nos modalités d'organisation, sachant qu'à la différence des autres professionnels de santé, les pharmaciens sont soumis à des quorums d'installation.

(M. Delgutte illustre sa présentation par la projection d'un PowerPoint.)

La profession est soumise à des règles d'installation : la licence est accordée par le Préfet ; la loi, légèrement modifiée en 2007, prévoit une officine pour 2 500 habitants dans la commune et, pour la seconde et les ouvertures suivantes dans la commune, 3 500 habitants supplémentaires, soit une officine pour 2 500 habitants, deux officines pour 6 000 habitants, trois officines pour 9 500 habitants et ainsi de suite.

Ces règles, certes contraignantes, présentent des avantages et des inconvénients que j'évoquerai brièvement dans un instant.

Pour faire suite aux propos du Dr Badoux, en pharmacie il existe 10 ou 11 secteurs de garde sur toute la Nièvre et toutes les pharmacies sont obligées d'assurer des tours de garde.

Sur cette carte, tous les points illustrés en vert représentent les communes dans lesquelles sont installées des pharmacies, avec une densité plus importante sur Nevers, Decize et Cosne, c'est-à-dire sur tout l'axe de population. En revanche, il est à constater que les pharmacies sont très bien réparties sur tout le territoire, que ce soit dans le Morvan, sur Clamecy, Corbigny, etc. Tel est l'un des avantages de ce système de régulation.

Cette diapositive décrit la variation des officines par canton entre le 1^{er} octobre 2008 et le 1^{er} janvier 2009, mais il en est ainsi depuis longtemps : la situation est inchangée et étale. Nous n'enregistrons pas globalement de perte d'officines dans la Nièvre, même si deux pharmacies ont disparu dernièrement : l'une a fermé à Clamecy suite à une faillite et, à Lormes, deux pharmacies se sont regroupées en une seule structure, à l'instar de médecins libéraux qui exercent au sein d'une maison médicale.

Cette carte illustre les titulaires par tranche d'âge. Vous avez d'ailleurs pu constater tout à l'heure, lors de la projection par M. Capelle de la typologie des pyramides des âges par Ordre, que la pyramide des âges pour les pharmaciens n'avait pas du tout la même configuration que celle afférente aux médecins dont une proportion importante est âgée de plus de 45 ans. La pyramide des âges pour les pharmaciens a une forme relativement droite : nous ne sommes pas une population vieillissante.

Cette diapositive décrit l'évolution du nombre d'officines sur un an en France métropolitaine. La Nièvre, avec un nombre de 95, est caractérisée par la stabilité. Le Département n'en a ni perdu ni gagné, ce qui justifie par le fait que la Nièvre ne gagne pas non plus de population et que si elle en perd, elle ne perd toutefois pas d'officines. L'âge moyen des titulaires est de 47,5 ans dans la Nièvre et de 48,5 ans en moyenne nationale. Par ailleurs, les titulaires de moins de 40 ans représentent 24,6 % dans la Nièvre, contre 18,8 % en moyenne nationale.

Si vous êtes intéressés, je vous signale que toutes ces cartes sont accessibles sur le site Internet du Conseil de l'Ordre des pharmaciens.

En conclusion, il convient d'observer une bonne répartition sur l'ensemble du territoire, à la fois cohérente et logique, y compris s'agissant des gardes.

A la suite de cette présentation, je souhaite transmettre un message, notamment à l'attention des représentants des maires et des élus, nombreux dans l'assistance.

Il est largement question actuellement de la mise en place de maisons médicales dans des communes, pour permettre aux médecins de travailler ensemble, ce qui est tout à fait concevable et compréhensible, en particulier pour des raisons de confort. Tel est l'exemple que je citais tout à l'heure de ces deux pharmacies qui, à Lormes, se sont regroupées en une seule structure. Mais, s'il vous plaît, pensez surtout à inclure dans le champ de vos réflexions, outre les médecins et les infirmiers, les pharmaciens !

En cas de projet d'une maison médicale dans une commune, déshabiller Paul pour habiller Jacques n'est jamais une bonne solution. Notamment, la loi a prévu la possibilité de constituer des cabinets secondaires. Si vous enlevez un médecin d'une commune pour l'affecter dans une autre, il serait bien de penser à laisser une permanence d'une ou de deux journées par semaine dans la commune en question. Il faut savoir que les pharmacies dépendent étroitement des médecins : 85 % de notre chiffre d'affaires est lié à leurs prescriptions. Si vous enlevez un médecin dans une commune, c'est l'économie de la pharmacie qui en subit les conséquences.

Tel est le message que je souhaitais vous transmettre !

Ces quelques diapositives avaient pour objet de vous montrer comment les pharmacies sont organisées aux termes de cette loi de répartition qui, pour la pharmacie, est une exception parmi toutes les professions médicales. Elle présente l'avantage d'assurer une bonne répartition, mais aussi l'inconvénient d'une certaine rigidité, compte tenu des conditions d'installation et même de transfert, lesquelles sont fonction de la population résidente.

Je vous remercie de votre attention.

Dr Alain Lassus. – Merci, monsieur Delgutte.

La parole est à M^{me} Morizot, Présidente du Conseil de l'Ordre des Dentistes.

M^{me} Aude MORIZOT, Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Dentistes. – D'après une étude de la DREES, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, réalisée en 2007, la densité de dentistes était de 65 pour 100 000 habitants sur le plan national, avec 35 % de femmes, et sera en 2030, d'après les projections, de 40 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, avec 45 % de femmes, soit une progression de 10 %. D'ici à 2020, nous assisterons à une augmentation des départs en retraite des professionnels issus du baby-boom.

En 2007, la profession comptait 977 étudiants et, d'après les prévisions, en 2010 la densité de dentistes sera légèrement inférieure à 62 pour 100 000 habitants.

Dans la Nièvre, nous sommes 107 actifs pour 225 000 habitants, soit une densité de 48 pour 100 000 habitants, un taux bien inférieur à la moyenne nationale. D'ici à 2020, comme le révèlent les statistiques de l'étude, il est prévu 47 départs en retraite, si bien que sans de nouveaux inscrits, nous ne serons plus que 60 à exercer dans la Nièvre, soit 27 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

Pour quelles raisons les professionnels de santé ne veulent pas s'investir à la campagne ?

Tout d'abord, il faut noter l'absence de *numerus clausus*. D'après l'étude de la DREES en 2007, il aurait fallu prévoir 3 000 étudiants par an jusqu'en 2010 pour maintenir la densité de dentistes à 62 pour 100 000 habitants en 2030.

Je connais parfaitement le problème de la Nièvre, sachant que je suis installée à Nevers. Je projette d'intégrer une maison de santé pluridisciplinaire à Châtillon-en-Bazois, résidant moi-même à la campagne. En milieu rural, le problème crucial est celui de l'accueil. Lorsque vous avez des enfants, vous êtes donc confronté à des problèmes de garderie et de ramassage scolaire, compte tenu de la fermeture des écoles dans les villages. Par ailleurs, quid du conjoint, homme ou femme, en termes d'emploi ? S'il ne travaille pas avec le conjoint praticien, est-il en mesure de trouver un emploi sur place, dans la commune ? Ayant été moi-même confrontée à ce problème, je vous prie de croire que c'est un handicap important.

Dans le document qui nous a été remis, figure parmi les propositions pouvant servir de base de travail « la modification des horaires et des conditions d'exercice, pour tenir compte de la féminisation des professions de santé ». Certes, mais les hommes participent aussi à la vie de famille ! Le problème n'est donc pas tant lié à la féminisation des professions de santé qu'à l'accueil réservé à ces professionnels au sein d'une commune en milieu rural.

Des avantages fiscaux profitent aussi largement à la main-d'œuvre européenne, en raison d'une interprétation par l'administration fiscale de certains textes, notamment sur l'exonération des bénéficiaires. Je sais que la personne qui s'occupe de la maison de santé à Châtillon-en-Bazois s'est renseignée sur mon cas auprès de l'administration fiscale, laquelle a répondu qu'un professionnel déjà installé en libéral ne pouvait pas bénéficier de ces avantages fiscaux car si c'était le cas, un professionnel exerçant en région parisienne viendrait s'installer dans la Nièvre. Pourtant, l'objectif est bien, me semble-t-il, d'inciter des praticiens exerçant en milieu urbain à s'installer en milieu rural ! C'est donc là une aberration !

En outre, il faut savoir, et j'en parle car c'est une pratique qui me dérange, que pour rechercher des professionnels de santé, il est fait appel à des chasseurs de tête, lesquels sont payés pour trouver des étrangers qui, grâce à l'Europe, ont le droit d'exercer. Or force est parfois de reconnaître la différence entre capacité et compétence, le diplôme conférant la capacité, mais pas nécessairement la compétence.

Des étrangers s'installent, soit, mais quid de la garantie pérenne de leur installation ? Quelques exemples dans la Nièvre pourraient être cités de professionnels qui, à peine installés, ont quitté le Département.

Enfin, il faudrait penser à nos étudiants dans les facultés, s'adresser à eux et leur proposer des bourses. C'est le cas pour les étudiants en médecine, mais pas, me semble-t-il, pour les étudiants en chirurgie dentaire. Pourquoi ne pas proposer à des étudiants, qui n'ont pas nécessairement les moyens et qui sont obligés de travailler pour payer leurs études, des perspectives en venant exercer dans la Nièvre ? Il faudrait aller les chercher et, avec quelques professionnels, leur parler de la Nièvre en mettant en exergue les aspects positifs et en essayant d'améliorer les aspects négatifs.

Je tenais à présenter quelques propositions, mais certains de mes confrères en auront certainement d'autres à formuler. En tout cas, je me réjouis que l'on s'occupe des professions de santé, en général, et pas seulement des médecins car très longtemps l'URCAM ne s'est intéressée à la démographie médicale que sous l'angle des médecins. Il s'agit aussi de prendre en compte les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les kinésithérapeutes et les pharmaciens. Si vous n'avez plus de médecins ou de dentistes dans une commune, vous n'avez plus de pharmacie et c'est ensuite la spirale, avec la fermeture des commerces, sachant que le dernier commerce à partir dans une commune, c'est le bistrot !

Toujours est-il qu'en termes d'évolution, la féminisation des professions de santé peut être aussi compensée par la masculinisation des tâches ménagères ! (*Sourires.*)

Dr Alain Lassus. – Merci de votre contribution, madame Morizot.

Je donne la parole à M^{me} Porta, Présidente du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

M^{me} Marie-Agnès PORTA, Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Sages-Femmes. – A mon tour de vous citer quelques chiffres, mais, pour ce qui me concerne, sur la profession de sage-femme dans la Nièvre.

Actuellement, 62 sages-femmes sont en exercice sur notre département, dont la grande majorité exerce dans les hôpitaux, comme en témoignent ces chiffres : 5 sages-femmes libérales, 7 sages-femmes territoriales, 7 sages-femmes salariées et 43 hospitalières, sachant que la moyenne d'âge est de 43 ans.

En 2008, il a été enregistré 2 195 naissances. Le nombre de naissances par sage-femme par an en 2008 pour la région Bourgogne est de 21 en Côte-d'Or, 34 dans la Nièvre, 32 en Saône-et-Loire et 40 dans l'Yonne, sachant que la moyenne nationale est de 41 naissances par sage-femme.

Le département de la Nièvre se situe au troisième rang en région Bourgogne en nombre de sages-femmes rapporté au nombre de naissances.

Quant aux mouvements dans la Nièvre, il a été enregistré, en 2007, cinq inscriptions pour une radiation et, en 2008, cinq inscriptions pour huit radiations, sept mutations étant intervenues.

La répartition géographique des sages-femmes libérales, au nombre de quatre, se situe sur les communes de Nevers, Fourchambault, Garchizy – Cosne et Saint-Amand-en-Puisaye. Deux ont des cabinets secondaires.

Une grande partie du Département reste non couverte en matière d'offre de soins des sages-femmes libérales. Cette zone géographique rurale n'attire pas du fait de l'isolement, des déplacements importants à effectuer et de l'éloignement des maternités.

La fermeture de la maternité de Clamecy, malgré la mise en place d'un centre périnatal de proximité et la poursuite du fonctionnement du réseau de santé du Haut-Nivernais, a rajouté de la difficulté au titre de l'offre de soins et de la continuité des soins pour les

patientes. De quatre sages-femmes sur la maternité, le nombre a été ramené à 1,5 équivalent temps plein « sage-femme » sur le CPP et à 0,5 ETP partagé entre le réseau et la PMI.

La profession de sage-femme est peu connue du public. La sage-femme exerce une profession médicale à compétences définies. Peu nombreuses, nous sommes donc peu reconnues.

La sage-femme joue cependant un rôle essentiel auprès des femmes et des nouveaux-nés en termes de sécurité médicale et d'environnement psychologique de la naissance. Elle met en œuvre ses compétences dans les domaines du dépistage, de la prévention et de la prescription thérapeutique.

De par la place privilégiée qu'elle occupe aux yeux des femmes, la sage-femme apparaît comme une professionnelle médicale de proximité. Dans les déserts médicaux où l'offre de soins est insuffisante, les sages-femmes libérales sont conventionnées quasiment à 100 % et donc plus facilement accessibles en termes de coût.

Quelles sont nos propositions sur le plan local ?

Nous souhaitons d'abord faire connaître notre profession auprès des jeunes par de l'information dans les lycées, ce qui ne coûte pas cher. Nous participons régulièrement aux forums métiers et, chaque année, nous organisons des interventions dans les établissements scolaires. Nous élaborons une plaquette à destination du public, destinée à renseigner sur l'activité des sages-femmes, leurs compétences et leurs coordonnées, et ce en partenariat avec la CPAM.

Il s'agit aussi de reconnaître les compétences de la sage-femme dans le champ de la physiologie de la grossesse. Ainsi, développer les consultations pré et post-natales s'avère indispensable, surtout en référence à la pénurie de médecins. Une consultation sage-femme cote 19 €

Il convient également de renforcer la formation médicale continue qui doit bénéficier de financements suffisants au niveau tant des hôpitaux que des institutions autres. La sage-femme doit pouvoir exercer dans tous les domaines de compétence qui lui sont attribués, ce qui est loin d'être le cas sur le Département.

Il faut encore favoriser l'installation des sages-femmes libérales dans les zones géographiques non couvertes par le regroupement de différents professionnels de santé. S'agissant des maisons médicales dont nous parlions, il est fondamental de ne pas oublier les sages-femmes, permettant ainsi de rompre leur isolement professionnel et de réduire leurs coûts d'installation.

Les étudiantes sages-femmes viennent régulièrement se former dans les maternités de la Nièvre et en PMI, appréciant leur stage, d'après le retour des différentes écoles de sages-femmes. Des contrats d'engagement existent, en général sur des périodes de dix-huit mois, en contrepartie d'une prise en charge partielle des frais de fin d'études. Ainsi, quatre étudiantes sages-femmes sont restées sur le Département en quatre ans.

L'hébergement des étudiantes qui suivent des stages dans le Département, sans y avoir de famille, pose problème. Nous avons une proposition du Foyer des Jeunes Travailleurs des

Loges qui, proche de l'hôpital de Nevers, serait prêt à signer une convention, par exemple, avec une collectivité pour favoriser cet hébergement. Ce partenariat nous semble d'autant plus intéressant car, outre l'hébergement, des activités sont proposées, comme la découverte du Département.

Il est également essentiel de favoriser le transport des patientes pour qu'elles puissent accéder aux consultations, à l'accompagnement de leur grossesse, quel que soit le lieu où elle réside, ce qui est un atout majeur de prévention.

La mutualisation des moyens et des compétences de chaque professionnel est plus que jamais d'actualité. Le réseau périnatal de proximité doit permettre cette mutualisation, visant à faciliter l'accès aux soins, à créer une dynamique de multidisciplinarité transversale, à faire émerger la construction de nouveaux projets de santé de territoire et à améliorer la qualité de la prise en charge de la patiente et l'offre de soins. Tout projet innovant attire les jeunes.

Nous avons également à émettre des propositions sur le plan national puisque sur le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », actuellement en discussion à l'Assemblée Nationale, des amendements sont déposés.

Nous proposons que soit prévue pour notre profession la possibilité de prescrire la contraception aux femmes en bonne santé et d'assurer le suivi gynécologique de prévention auprès de ces mêmes femmes. Nous souhaitons également que soit préservé le positionnement des sages-femmes de la fonction publique hospitalière dans des unités obstétricales, ce positionnement étant actuellement menacée, et que soit octroyé le statut de praticien hospitalier.

Dr Alain Lassus. – Merci de ces propositions, madame Porta.

La parole est à M^{me} Mareschal, Présidente du Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes.

M^{me} Marie-Hélène MARESCHAL, Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Kinésithérapeutes. – Beaucoup a été dit en termes de chiffres et de démographie. Je tiens simplement à confirmer que 133 kinésithérapeutes sont actuellement inscrits dans la Nièvre, ce qui représente une proportion de 60 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

Il est certes indispensable que des organisations soient mises en place pour veiller à la pérennité des installations sur le territoire. Mais pour que ce soit le cas, il est important qu'elles soient décidées en concertation avec les professionnels qui ont, eux, une vision tout à fait concrète de leur secteur, en particulier des ratios de kinésithérapeutes par rapport à la population, au contexte d'âge de ladite population et aux habitudes de prescriptions locales.

Dans notre profession, certains ont mis en place des plateaux techniques qui sont tout à fait adaptés à la population qu'ils soignent, mais qui ne sont pas déplaçables. Dans l'éventualité d'organisation de maisons médicales, il nous semble important d'en tenir compte pour éviter une redondance inutile et peut-être de proposer des conventions, à l'instar de

celles mises en place pour des équipements médicaux lourds, afin d'assurer vraiment une coordination et une collaboration interprofessionnelle.

En kinésithérapie, la permanence ou continuité des soins n'est pas réglementée. En revanche, elle est déjà envisagée par un certain nombre de professionnels en organisation, soit relativement informelle, soit au sein de réseaux, comme le réseau de continuité des soins pour les jeunes enfants souffrant de bronchiolite pendant la période hivernale. Ces organisations de garde et de permanence des soins devraient donc effectivement se mettre en place dans le cadre de ce qui est prévu.

La pyramide des âges des kinésithérapeutes est relativement peu inquiétante pour l'instant. En revanche, je rejoins les propos tenus par les professionnels qui m'ont précédé quant à l'attractivité de notre département pour les jeunes diplômés. Il existe dorénavant la possibilité de leur proposer un contrat « Réciprosanté » permettant de leur octroyer une bourse d'étude contre un engagement à venir travailler, mais pour l'instant, cela ne semble effectif qu'avec des secteurs salariés. Il est donc probablement intéressant d'envisager ce genre d'organisation également avec les collectivités locales.

Dr Alain Lassus. – Merci, madame Mareschal.

Je donne la parole à M. Ravelononasi, Président du Conseil de l'Ordre professionnel des Infirmiers.

M^{me} Philippe RAVELONONASI, Président du Conseil départemental de l'Ordre des Infirmiers. – L'Ordre professionnel des Infirmiers vient d'être créé en 2008. La création des ordres départementaux est intervenue à la fin du printemps dernier et celle des ordres régionaux à l'automne, sachant que notre bureau national n'a été élu que tout récemment, le 14 janvier dernier.

Ces créations étant récentes, je ne suis pas en mesure de vous donner des chiffres comme mes collègues précédemment. En revanche, je peux préciser que dans la Nièvre, les infirmiers libéraux et des centres Croix-Rouge sont de l'ordre de 180, ce qui est un chiffre important. D'après les échos que j'ai pu avoir jusqu'à présent, il est à constater un déséquilibre entre la Vallée de la Loire et le reste du territoire, en particulier sur le Morvan. Si certaines zones ont des points d'ancrage d'infirmiers libéraux et des centres Croix-Rouge, en revanche, d'autres sont moins bien desservies.

Je tiens à remercier M. Lassus d'avoir pensé à contacter des professionnels de terrain. Il est intéressant d'avoir des contacts avec des politiques et d'établir des échanges en vue d'installer les professionnels de façon cohérente. La création de maisons médicales est une bonne initiative, mais il faut veiller à ne pas déstabiliser par ailleurs les libéraux déjà installés.

Pendant longtemps, j'étais seul à exercer sur le secteur de Lormes qui est assez éloigné de Nevers. Depuis cinq ans, j'ai un associé belge flamand qui, à mon contact, parle maintenant couramment français et, depuis le 2 février dernier, j'ai un deuxième associé qui est une femme, laquelle est ravie de travailler avec nous. Il faut être intéressé par notre pratique qui demande beaucoup d'investissement, surtout dans un secteur tel que celui dans lequel j'exerce, d'autant plus que, de tout temps, notre profession assure la permanence des

soins. Par exemple, sur des périodes comme Noël ou le jour de l'an, nous nous répartissons, mon collègue et moi-même, les rôles. Sur ces jours de fête, chacun à tour de rôle, nous avons assuré plus d'une quarantaine de visites et effectué 300 kilomètres. Sachant que c'est un investissement personnel conséquent, il faut être passionné par son travail et surtout pouvoir le pratiquer en toute complicité avec son partenaire. C'est la raison pour laquelle il est important de veiller à mettre en place des maisons médicales là où c'est nécessaire, tout en préservant l'existant.

Parmi les 184 infirmiers que compte la Nièvre, environ 145 exercent en libéral et 39 en salarié ou dans les centres de la Croix-Rouge. Quant à l'évolution de notre population, compte tenu de la création toute récente de l'Ordre professionnel des Infirmiers, nous ne disposons que de minces statistiques. Je peux simplement vous dire succinctement que d'août dernier à aujourd'hui, le nombre d'infirmiers libéraux a été porté de 126 à 146, ce qui témoigne de l'attrait des infirmiers à s'installer dans la Nièvre ; d'où un pourcentage d'installations assez significatif.

Dr Alain LASSUS. – A la suite de ces interventions, tout le monde aura bien compris que le problème de la démographie médicale ne concerne pas que les médecins, mais intéresse tous les professionnels de santé. Je tiens d'ailleurs à m'excuser auprès de certains, tels que les diététiciens et les psychologues, qui m'ont fait remarquer à juste titre qu'ils n'avaient pas été invités à participer à cette table ronde. Il est vrai que les professions de santé constituent un tout et nous avons tous conscience de la nécessité, pour mettre en place tout projet, quel qu'il soit, de nous regrouper, de nous écouter et de nous entendre entre élus, professionnels de santé et usagers.

Il peut aussi m'être reproché d'avoir invité à cette table ronde uniquement les Ordres professionnels et pas les syndicats. Mais si nous décidons de constituer une commission au sein de laquelle les professionnels de santé seront représentés, la porte sera ouverte à tous. Nous pourrions nous entendre, bien entendu, pour que chaque profession soit représentée et prenne sa place dans tout projet de création de maison médicale ou de maison des gardes. Nous devons nous retrouver car c'est ensemble que nous parviendrons à trouver des solutions à cette problématique de la démographie médicale.

Je propose maintenant d'instaurer un échange avec l'assistance afin que chacun puisse transmettre son message et s'exprimer sur les propositions que j'ai formulées.

M^{me} Joëlle JULIEN, Maire d'Imphy. – Avons-nous une idée du nombre d'étudiants sortant tous les ans des universités, que ce soit en médecine, en dentisterie ou autres ?

Dr Alain LASSUS. – Oui, les chiffres sont connus. Il conviendrait de les ressortir pour chaque profession. En médecine, par exemple, mais je parle sous le couvert de mes collègues, le nombre d'étudiants est de l'ordre de 7 000. Tel est le numerus clausus pour ceux qui entrent actuellement en université, mais ceux qui en sortent étaient sous un numerus clausus encore inférieur, lequel est revu tous les ans.

M^{me} Joëlle JULIEN. – Où s’installent-ils tous ces jeunes médecins ? Dans le Sud ? Dans les grandes villes ?

Dr Alain LASSUS. – Les médecins ont la liberté d’installation. Ils peuvent donc s’installer là où ils veulent.

M^{me} Joëlle JULIEN. – Merci.

Dr Alain LASSUS. – Nous sommes de plus en plus nombreux à penser, surtout dans la Nièvre, qu’à un moment donné, il faudra certainement prendre des mesures que je n’oserai pas qualifier de coercitives car un tel qualificatif est mal perçu par la profession, mais en tout cas fortement incitatives pour que les professionnels s’installent partout, et ce conformément au code de déontologie. En principe, les médecins doivent veiller à ce que tous nos concitoyens aient un égal accès aux soins.

Dr Pascale RAULT, Cardiologue. – Je souhaite simplement apporter quelques précisions sur le numerus clausus concernant les médecins.

Le nombre de médecins sortant des universités par an, de l’ordre de 3 000 voilà encore cinq ou six ans, a été porté par la suite à 5 000 et actuellement à près de 8 000, tout en sachant que 5 000 départs en retraite sont enregistrés tous les ans. Par conséquent, le déficit va réellement se creuser dans les années à venir, avec très peu d’arrivées sur la Nièvre, un département qui n’est vraiment pas attractif pour l’installation des professions libérales et des médecins hospitaliers.

Dr Alain LASSUS. – Pour faire suite à vos propos, je cite un exemple très précis que je connais bien, celui de Decize où parmi les sept médecins libéraux en exercice, le plus jeune à 57 ans !

Nous devons nous défendre face à une telle situation et offrir aux jeunes collègues des possibilités d’exercer dans des conditions satisfaisantes par rapport à ce qu’ils recherchent. Nous ne trouverons plus maintenant un médecin acceptant de s’installer seul dans un chef-lieu de canton et d’être sollicité à toute heure du jour et de la nuit. C’était le cas auparavant, mais c’est fini aujourd’hui et ce n’est d’ailleurs pas forcément souhaitable.

Il faudrait parvenir à mettre en place un schéma permettant de proposer aux jeunes médecins, notamment aux femmes puisque 70 % des médecins demain seront des femmes, des horaires de travail compatibles avec la vie qu’elles souhaitent mener par ailleurs. Je pense effectivement que les maisons médicales ou les collectifs de personnels de santé sont probablement le bon schéma. Il faut toutefois y réfléchir car il ne s’agit pas non plus de mettre en place n’importe quoi. Quelques personnes ici présentes assistaient avec moi récemment à une réunion au Pays Nevers – Sud-Nivernais dans le cadre de laquelle il était proposé de créer une maison médicale à la fois à Saint-Parize-le-Châtel et à Magny-Cours. C’est précisément ce qu’il faut éviter.

Il convient absolument que, sur un territoire, professionnels de santé et élus se mettent autour de la table pour discuter de la pertinence ou, *a contrario*, de la non-pertinence de créer une maison médicale dans tel ou tel secteur. Je crains qu'en multipliant de tels projets, les maisons médicales soient des coquilles vides puisque nous savons parfaitement que le nombre de médecins est en diminution. Il faut donc être suffisamment vigilant et engager une réflexion approfondie sur les secteurs à envisager l'installation de maisons médicales.

Il est certain que nous avons des exemples dans la Nièvre de maisons médicales bien conçues, susceptibles d'attirer de jeunes collègues. Nous pouvons peut-être jouer cette carte, en nous disant que tel est sans doute le secret de la réussite, mais ce n'est pas non plus évident à l'étude de la réalité de la démographie médicale, telle qu'elle se dessine dans les années à venir. Nous devons être malins dans une réflexion collective et discuter des bons outils à mettre en place pour donner envie aux jeunes de venir s'installer dans la Nièvre.

Pour ma part, je ne suis pas vraiment d'accord avec ces pratiques de chasseurs de tête et d'incitations financières. Je connais de telles pratiques dans le football, mais je ne voudrais qu'il en soit de même en médecine, avec un « Mercato d'été » et un « Mercato d'hiver », et que les médecins soient intéressés en fonction des primes qui leur sont offertes ! J'ai fait part de ma position à cet égard, estimant que, sur le plan national, il faudrait réguler ces incitations financières. A défaut, ce seront, une nouvelle fois, les territoires les plus riches qui s'offriront les médecins, et ce au détriment des territoires pauvres.

En un mot, il ne s'agit pas de faire n'importe quoi.

Dr Michel SERIN, Médecin généraliste, Responsable de la Maison de Santé Amandinoise, Représentant de l'Union régionale des médecins libéraux et de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé. – Le tableau que vous nous brossez est assez inquiétant, sachant qu'il nous faut accepter un certain nombre de données.

L'exercice isolé est révolu pour un certain nombre de professionnels, sinon la majorité. Essentiellement formés à l'hôpital, les jeunes professionnels de santé apprennent à travailler en équipe. L'une des raisons du succès et du plébiscite des maisons de santé, notamment par les jeunes étudiants en médecine, c'est précisément la possibilité de poursuivre ce travail en équipe.

Une maison de santé, c'est, non pas un médecin, une infirmière, un kiné, un dentiste, un pharmacien, mais une équipe suffisamment étoffée pour pouvoir rendre service à la population et aux professionnels.

A travers ces maisons de santé, il est important, d'une part, de faire face aux problèmes de démographie médicale et, d'autre part, de relever le défi de l'évolution de la prise en charge des patients. La pratique de soins est de plus en plus scientifique et chaque professionnel a des domaines de compétence souvent méconnus. Les sages-femmes dont vous avez parlé et d'autres professionnels comme les ergothérapeutes et les neuropsychologues ne peuvent s'installer et avoir des cabinets secondaires qu'à condition d'exercer dans des locaux partagés.

Alors que je vous entends largement parler de maisons médicales, personnellement je défends le concept de maisons de santé. Ce sont des regroupements interprofessionnels avec

un projet de soins et un projet de santé. Il s'agit, non pas seulement de bureaux dans lesquels sont installés des professionnels, mais d'équipes qui se retrouvent régulièrement avec des staffs interprofessionnels. Le tout permet d'améliorer la prise en charge des patients, notamment en créant sur place des actions de santé publique, telles que l'éducation à la santé, le dépistage et le soin coordonné.

De telles structures permettent d'offrir de meilleures conditions de travail et de rompre l'isolement des professionnels de santé dont je rappelle au passage qu'ils travaillent constamment avec la mort comme compagnon, sauf peut-être les dentistes et certainement les sages-femmes qui accompagnent la naissance ! (*Sourires.*) Par conséquent, à la longue, la souffrance est éprouvante, surtout lorsqu'il s'agit de l'assumer seul.

L'une des solutions, tout en sachant que ce n'est pas la solution unique, est le regroupement à travers des maisons de santé, avec un projet de santé et un projet de soins, voire des pôles de santé, lesquels sont des maisons de santé sans les murs, avec des professionnels qui se rencontrent régulièrement et qui travaillent ensemble.

De tels lieux sont assez favorables à la formation initiale des jeunes professionnels. A Saint-Amand-en-Puisaye, nous accueillons régulièrement des externes en médecine et des internes en médecine générale, ainsi que des élèves infirmières. Récemment, nous avons également accueilli une élève sage-femme. A travers cette formation initiale, nous faisons découvrir aux jeunes l'exercice en milieu rural et provincial, un exercice qui présente un attrait pour un certain nombre d'entre eux. La preuve en est l'installation à Nevers d'un Dijonnais, ce qui n'est tout de même pas une mince affaire, vous en conviendrez ! (*Sourires.*)

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'il est intéressant de s'appuyer sur le concept de maison de santé.

Enfin, il convient de constituer des équipes suffisamment étoffées et donc de ne pas concevoir de telles structures tous les dix, voire quinze ou vingt kilomètres. Il faut vraiment s'interroger sur une bonne répartition, avec une organisation territoriale de cabinets secondaires qui peuvent être ouverts entre différentes maisons de santé. Mais pour que ce soit vraiment productif, je considère, parlant des médecins, qu'il faut un minimum de trois ou quatre médecins par structure afin de privilégier la continuité des soins et assurer une bonne coordination.

Excusez-moi de la longueur de mon propos, mais il y a tant à dire sur le sujet...

Dr Alain LASSUS. – Je m'accorde tout à fait à reconnaître avec vous, et je le dis aux élus qui, ici présents, se posent le problème, qu'il ne s'agit pas de créer une maison de santé avec un médecin. Ce n'est effectivement pas la bonne dimension. Un médecin seul n'est pas attractif et nous en revenons là à la problématique du médecin libéral qui exerce seul dans son canton et qui, le jour de son départ, n'est pas remplacé.

Pour fonctionner, une maison de santé doit être constituée d'une équipe pluridisciplinaire, intégrant tous les professionnels de santé, y compris la sage-femme, le kiné et le pharmacien. Tel était d'ailleurs le sens du message que nous a transmis tout à l'heure M. Delgutte. D'où l'idée de se mettre tous autour de la table pour discuter de la pertinence du

territoire destiné à accueillir de tels projets. Nous, les élus, nous serons là pour vous accompagner.

C'est la raison pour laquelle j'ai proposé que soit élaboré assez rapidement un schéma directeur, sachant que la solution n'est pas toujours la maison de santé. Ce peut être un collectif de santé ou des médecins libéraux qui se regroupent en cabinets médicaux dans les agglomérations plus importantes, telles que Clamecy, Cosne ou Decize. Compte tenu de la présence d'hôpitaux, dans ces agglomérations il n'est sans doute pas nécessaire de créer des maisons de santé. En revanche, dans d'autres secteurs, il faut les mettre en place.

C'est aussi la raison pour laquelle j'ai proposé de créer ce que j'ai appelé une commission – mais peu importe la dénomination ! – qui associerait élus et professionnels de santé. Les pays me semblent être l'échelon pertinent de réflexion pour déterminer les territoires susceptibles d'accueillir de tels projets car ils ont l'habitude de travailler avec les usagers et ce sont sans doute eux qui sont les plus proches des citoyens, des élus et des professionnels de santé. Chaque pays pourrait ainsi réfléchir aux secteurs sur lesquels il serait intéressant d'inciter à l'installation d'une maison médicale, d'une maison des gardes dans les plus grandes agglomérations ou de toute autre formule permettant aux praticiens d'exercer autrement.

Ces propositions ne sont ni grandioses, ni des gages de réussite, mais je pense que ce sont celles que nous pouvons soumettre.

Je faisais allusion tout à l'heure, et je ne sais pas si mes collègues de Magny-Cours, ici présents, veulent en parler, à une réunion dans le cadre de laquelle nous avons perçu un écart entre les élus, les populations et les professionnels de santé qui ne s'étaient pas consultés, écart qui ne pouvait que déboucher sur un projet dénué de cohérence.

Autre donnée très importante, nous devons, nous la Nièvre, nous adresser à nos responsables politiques pour leur faire part de la situation et les inciter à prendre conscience du problème afin que des décisions nationales soient prises. Il n'est pas possible de continuer à laisser tous les médecins s'installer dans les grandes villes ou au bord de la mer, sans réaction. Une telle situation est totalement anormale et nous, dans la Nièvre, nous la ressentons bien. Je comprends que les jeunes collègues aient envie de s'installer où ils veulent, mais comme je le remarquais tout à l'heure, c'est contraire à ce qui figure dans le code de déontologie.

Dr Michel SERIN. – Pour étudier les zones d'installation dans les territoires et le maillage territorial, je me pose la question de la pertinence d'une action simplement territoriale. Je pense au moins à deux structures auxquelles vous auriez peut-être pu faire appel : l'Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne qui travaille beaucoup sur ces problèmes de démographie...

Dr Alain LASSUS. – Ils seront les bienvenus !

Dr Michel SERIN... et l'URCAM, l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie, qui réalise tout un travail sur les études statistiques et les zones déficitaires dans lesquelles les besoins sont avérés.

Par ailleurs, je me pose aussi la question de la pertinence de l'échelon départemental, sachant que tous les départements connaissent ou auront à connaître des mêmes difficultés. Il faut peut-être une cellule de réflexion départementale, mais il convient également de travailler au niveau régional car la Nièvre a aussi des frontières avec d'autres départements. Peut-être serait-il intéressant de dépasser la zone purement nivernaise.

S'agissant de médecine générale, subitement germe l'idée de supprimer la liberté d'installation. Mais envoyer là où il n'existe plus d'instituteur, de poste et de perception, et ce plus ou plus sous la contrainte, des jeunes qui ont démarré des études sans jamais leur évoquer le sujet, me semble totalement inhumain.

En outre, c'est déjà difficile pour un médecin français de s'installer en milieu rural, mais c'est encore plus dramatique d'y envoyer un Roumain ou un Hollandais qui, ne parlant pas français, a des problèmes de communication. J'évoque ce sujet parce que nous avons été cernés par ces problématiques dans le nord de la Nièvre.

Quant au numerus clausus qui est actuellement de 7 000 étudiants, s'il enregistre de substantielles augmentations successives, nous finirons par avoir trop de médecins. Le problème le plus aigu est lié au manque de reconnaissance de la médecine générale. D'une part, les étudiants spécialistes en médecine générale pâtissent d'une discrimination en termes de rémunérations. D'autre part, c'est sur le médecin généraliste que repose une multitude de corvées comme les tâches administratives et la permanence des soins. Par conséquent, si de surcroît, vous imposez à ces jeunes de s'installer dorénavant, en tant que médecins généralistes, là où il a été décidé qu'ils seront affectés, vous créerez la situation observée à l'heure actuelle avec les générations précédentes : ils chercheront des postes de salarié dans les EHPAD, aux urgences de l'hôpital ou dans les administrations.

Le problème de démographie médicale se caractérise par un effet « domino ». Sur un territoire, quand un médecin prend sa retraite, toute sa clientèle retombe sur les médecins aux alentours qui exercent de façon isolée, ce qui leur crée une surcharge de travail. C'est ainsi que plusieurs sont partis s'installer ailleurs, ont décidé d'intégrer les administrations ou d'exercer en médecine salariée.

Il faut donc être très vigilant par rapport à ce concept qui consisterait à dire : « Nous, nous avons fait ce que nous avons voulu et nous en avons bien profité ; maintenant vous, les jeunes, vous allez devoir vous installer là où nous l'avons décidé ! » En médecine générale, une telle démarche peut s'avérer dramatique.

Dr Alain LASSUS. – C'est possible, mais j'ai une fille qui, en tant qu'institutrice, a été affectée dans une école, sans vraiment qu'il lui soit demandé ce qu'elle souhaitait. Une liste lui a été présentée et elle a fait son choix en fonction d'un classement.

Dr Christian DESLAGE, Médecin généraliste. – Peut-être, mais elle gagne sa vie et elle est salariée !

Dr Alain LASSUS. – Sauf incidents de parcours graves, tous les médecins qui décideraient de venir s’installer dans la Nièvre devraient gagner leur vie !

Il est vrai que c’est un sujet qui peut faire l’objet d’une discussion, mais je n’en vois pas l’issue. Mon propos consistait à dire qu’il fallait être très incitatif par rapport à l’offre qui serait faite aux jeunes médecins pour leur donner envie de venir s’installer dans la Nièvre. C’est ce que je mets en avant car je crains que, si rien n’est fait, nous risquions de créer des maisons médicales qui seront, certes, un bel outil, mais un non-sens si ce ne sont que des coquilles vides ; d’où la nécessité d’inciter les praticiens à y exercer.

Dr Michel SERIN. – Les recommandations pour créer des maisons de santé à travers la France visent, avant tout, à définir un projet de santé et de soins, et ce à partir de l’équipe de professionnels existante. Je collabore à un comité de pilotage d’expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les maisons de santé. Il est clairement spécifié que les maisons de santé qui sont purement des projets d’élus et non pas des projets partant à la base de professionnels avec un vrai projet de santé et de soins ne devraient pas être aidées. Je le dis car des subventions sont sollicitées actuellement pour monter de tels projets, lesquels ne seront donc pas soutenus au niveau national. Qui plus est, les exemples montrent que c’est systématiquement voué à l’échec.

Dr Georges EYMERY, Médecin généraliste et Conseiller général. – Sauf que dans une commune, lorsque les médecins approchent la soixantaine, vous aurez quelques difficultés à trouver une équipe dynamique pour monter un projet ! C’est le serpent qui se mord la queue, si je puis dire ! C’est notamment le cas à Imphy, chef-lieu de canton : dans quatre ou cinq ans, quasiment un seul médecin exercera pour 4 000 habitants. La municipalité voudrait bien créer une maison de santé, mais encore faudrait-il, comme vous le dites, qu’elle trouve une équipe dynamique pour monter un tel projet !

Il faudrait aussi parvenir à des méthodes de recrutement qui ne soient pas forcément celles des chasseurs de tête dont nous parlions tout à l’heure, mais qui viseraient à inciter des professionnels à venir s’installer.

Enfin, à l’EHPAD d’Imphy, il est imposé un médecin salarié, sur la base d’un demi équivalent temps plein pour 60 habitants, avec pour seule mission de s’occuper des tâches administratives. Parallèlement, vous avez un médecin qui, lui, s’occupe de la santé de 4 000 habitants. C’est tout de même un paradoxe extraordinaire ! Il va falloir que l’administration y réfléchisse car il n’est pas normal que l’Etat, par l’intermédiaire de la DDASS, nous impose des exigences et des contraintes fortes dans certains domaines et nous laisse dans la panade dans d’autres.

Je conclus là ce coup de gueule ! (*Sourires.*)

Dr Hervé MONNEROT, Médecin généraliste à Pouilly-sur-Loire et Conseiller général. – Comme je l’avais dit à Michel Serin, j’avais fait part de mon sentiment au Président du Conseil général, estimant qu’il n’est pas vraiment dans le rôle du Département de

s'occuper de démographie médicale et je continue de le penser. Cela ne veut pas dire que je n'apprécie pas les efforts qui sont consentis par le Département et que nous consentons ensemble pour réfléchir à la situation des professionnels de santé, médecins et autres, sur le territoire.

Je parle des médecins et autres professionnels car nous avons assisté à quelques problèmes sur le territoire Nivernais, avec le nouvel hôpital de Nevers, les hôpitaux de Décize, de Château-Chinon et de Clamecy, ce dernier étant tout de même le seul bassin de vie en France où il est interdit aux femmes d'enfanter ! Une épée de Damoclès pèse également sur le bassin de Cosne, avec l'hôpital et la clinique. Des individus extrêmement « intelligents » ont imaginé qu'il était possible de détruire tout ce qui existait sur un bassin comme Cosne, en pensant que l'Etat allait construire un hôpital tout neuf et le remplir de médecins « tout neufs » !

Bien entendu, dans de tels cas, le politique doit s'investir considérablement pour que tout le monde y réfléchisse. Mais son rôle est de stimuler les professions médicales et de créer un lobby face aux pouvoirs publics.

Comme le disait à l'instant M. Eymery, dans un ministère un « génie » a un jour pris conscience que les tâches administratives n'étaient plus tolérables. Aujourd'hui, nous sommes obligés d'avoir des ordinateurs, ce qui a multiplié par deux la paperasserie, au lieu de la réduire, et bientôt nous serons même obligés de les avoir dans notre poche ! Tous les deux mois, nous recevons des représentants de la CPAM qui viennent nous démontrer que nous avons dépensé cinquante boîtes de trop de tel médicament et pas assez de tel autre, que nous avons dépassé nos prescriptions de kinésithérapie ou que nous n'envoyons pas assez les patients chez le bon dentiste.

Il faut que la population en prenne conscience, que les professionnels de santé osent le dire et que nous, les politiques, nous puissions nous servir de cette force de réflexion ensemble pour faire remonter tout ce qui n'est pas cohérent. Il ne devrait pas être difficile de se faire entendre puisque la Ministre de la Santé est d'origine nivernaise. Toutefois, lors de sa venue dans le Département, comme l'a titré *Le Journal du Centre*, elle a refusé toute question sur la médecine nivernaise.

Pourquoi pas constituer une commission pour réfléchir à une organisation, ne serait-ce que pour éviter les bêtises ? Comme il a été dit tout à l'heure, il ne s'agit pas de créer deux maisons de santé ou deux pôles de soins à dix kilomètres de distance, ni de porter atteinte à telle pharmacie implantée dans telle commune. Comme le faisait observer tout à l'heure M. Delgutte et M^{me} Morizot, une commune qui perd son pharmacien et, ensuite, son bistrot, est détruite.

Je participerais volontiers à cette commission, mais à une condition expresse : il ne s'agit pas tant pour nous ici, élus, d'élaborer un schéma départemental des maisons médicales ou d'installation des médecins que d'essayer de nous rapprocher de la Région et cette dernière de l'ARS, si elle voit le jour, c'est-à-dire l'ex-ARH, pour faire mieux et plus vite que la carte des éoliennes, par exemple ! (*Sourires.*)

Dr Alain LASSUS. – Ce que je souhaiterais mettre en place correspond exactement à cela. En tant qu'élu, nous ne pouvons être que des incitateurs et intervenir en soutien. Cette

table ronde ce soir prouve que nous, élus, avons pris conscience qu'il ne s'agit pas d'organiser la santé sur le territoire de la Nièvre sans les professionnels de santé, lesquels sont primordiaux, comme je l'ai indiqué d'emblée. Au sein de cette commission, ce sont bien eux les plus importants car ce sont eux qui mettront en place les maisons de santé. Notre rôle consiste à les accompagner – c'est bien ainsi que je le conçois – tout en veillant à inscrire ces projets dans un certain schéma et à éviter des redondances.

J'imagine qu'une équipe légère et mobile, comme celle qui m'entoure à cette tribune et qui représente tous les professionnels de santé, puisse être reçue, par exemple, par le Pays Nevers – Sud-Nivernais pour discuter avec les professionnels de santé, les élus et les usagers du territoire afin de définir ensemble ce qui peut être envisagé sur ledit territoire. Si une volonté se dessine, cette équipe pourrait se rendre sur le territoire que le pays aura jugé pertinent, pour y rencontrer les professionnels de santé et les élus car j'ai pu constater dernièrement que tout le monde n'est pas toujours sur la même longueur d'onde, et pour écouter chacun dans ce qu'il peut apporter. Tel est l'esprit de la démarche que j'envisage.

Je ne pense surtout pas que le Conseil général doit imposer un schéma directeur. J'ai dit tout à l'heure que nous avons un rôle important à jouer dans l'aménagement du territoire et c'est ainsi que je conçois le rôle de cette commission. Elle doit être à la fois incitative et aider ce qui existe déjà fortement dans les pays.

J'ai aussi évoqué le rôle qui doit être le nôtre, en tant qu'élus nivernais, et que le Dr Monnerot a repris. Il va tout de même bien falloir nous adresser, au nom des Nivernais, à M^{me} la Ministre de la Santé pour lister tout ce qui ne va pas et présenter des propositions. Nous pouvons ne pas être d'accord ; d'où l'intérêt d'engager un débat. J'ai parlé d'une démarche coercitive et fortement incitative. J'ai peut-être tort de parler d'une démarche coercitive, mais il va tout de même bien falloir trouver une solution ! C'est bien beau de défendre la liberté d'installation, mais il faut aussi savoir que, tous les ans, 12 000 médecins cessent leur activité et que 7 000 sont formés. S'ils continuent à s'installer là où ils veulent, la Nièvre n'aura bientôt plus de médecins. Je suis désolé, mais c'est mathématique.

Comme l'a dit à juste titre Michel Serin, nous avons atteint un seuil où les jeunes médecins qui se sont installés voilà dix ou quinze ans partent le jour où ils se retrouvent seuls à exercer en milieu rural. Nombreux sont, en effet, les jeunes médecins de 40 ou 45 ans qui avaient fait le choix de s'installer en milieu rural et qui sont partis le jour où ils se sont retrouvés seuls à exercer. Outre les départs à la retraite, la situation s'aggrave avec ce phénomène dont quelques chefs-lieux de cantons dans la Nièvre ont eu à connaître récemment. Il est donc impératif de se poser le problème.

La proposition tout à fait modeste que je soumets vise à constituer cette commission qui réunirait les professionnels de santé, sans la limiter aux Ordres professionnels, mais en intégrant aussi ou en conviant gentiment sur invitation les syndicats et les représentants des Unions professionnelles, ainsi que les élus, avec trois échelons pertinents : l'Union amicale des Maires, les pays qui me semblent être le bon territoire géographique, et le Conseil général. Aucun échelon n'a à primer sur un autre. Tous doivent aider les professionnels de santé à trouver les bonnes solutions dans leur territoire. C'est ainsi que je le conçois et que je le vis.

Nous devons aussi nous préoccuper d'éthique, avec une réflexion sur les incitations financières et l'installation de médecins étrangers. A ce propos, une collègue roumaine participe à nos débats. Que de nombreux médecins roumains exercent en France, c'est très

bien ! Mais personnellement, je m'inquiète aussi, de ce fait, de la pénurie de médecins dans les hôpitaux roumains et j'estime que nous avons une part de responsabilité. Nous devons donc aussi y réfléchir, en faisant preuve d'éthique dans notre fonctionnement et dans notre réflexion.

Je vous propose donc, si vous en êtes d'accord, de réunir cette commission en toute sérénité. Je listerai des invités et tous ceux qui voudront y participer spontanément seront les bienvenus. Ainsi, des équipes mobiles seront à la disposition des pays, des communautés de communes et des communes, pour discuter, avec les professionnels de santé et les acteurs de territoire, de ce qu'il est possible d'envisager afin d'essayer de parvenir à un maillage. Je ne pense pas que nous puissions être plus ambitieux. Nous avons déjà pris conscience du problème et réussi à nous dire qu'il fallait réunir tous les professionnels de santé. Tentons maintenant de progresser tranquillement tous ensemble et essayons de trouver des solutions, territoire par territoire, en étant avant tout à l'écoute des professionnels de santé car tout repose sur eux. Sans faire preuve d'une ambition démesurée, nous pouvons nous mettre d'accord en essayant de fonctionner ainsi.

M. Jean-François JUNOT, Président du CLIC du Pays Nevers – Sud-Nivernais. – Je tiens à attirer l'attention sur un sujet qui n'a pas été abordé ce soir : l'accès des personnes âgées aux services de soins infirmiers à domicile.

D'après les informations qui nous sont transmises, de sérieux problèmes sont constatés, en particulier sur Saint-Benin-d'Azy, Fours, La Machine et Dormes.

Voilà encore quelque temps, il était possible pour un service de soins infirmiers à domicile de passer la main à une association d'aide à domicile quand la toilette n'avait pas un caractère sanitaire. Or actuellement, du fait du maintien à domicile de personnes de grande dépendance et de pluripathologie, les SSIAD se trouvent « embouteillés », si bien que les associations d'aide à domicile sont parfois contraintes d'assurer des toilettes sanitaires, alors qu'en principe, elles n'en ont pas le droit.

Mon souhait serait qu'à l'occasion du schéma départemental gérontologique en cours d'élaboration, ce sujet soit pris en considération et qu'un nombre de lits suffisant soit attribué par la DDASS là où c'est nécessaire.

Je conclus par une question concernant les gardes de week-end.

L'une des composantes importantes du sentiment d'insécurité des personnes âgées le week-end est liée à la difficulté d'accès aux gardes. Serait-il envisageable que, sur un territoire, le pharmacien et le médecin de garde fonctionnent en binôme pour éviter des déplacements trop longs ? Par exemple, sur le canton de Fours, quand le médecin de garde est au sud du canton et le pharmacien de garde au nord, les déplacements, aller et retour, sont de l'ordre de 60 à 80 kilomètres.

Dr Alain LASSUS. – C'est là un vrai problème qu'il est difficile de résoudre en raison des règles et des règlements. M. Delgutte pourra y revenir, s'il le souhaite, mais s'agissant des gardes, les pharmaciens sont soumis à des règles.

Je fais partie d'un secteur dans le cadre duquel quatre cantons ont été regroupés, dont Fours, autour d'une maison des gardes. Seul l'hôpital de Decize, avec un médecin généraliste, assure les gardes et, sur ces quatre cantons, plus aucun médecin n'assure de visites en temps de garde. Cette initiative, lorsque nous l'avons proposée, et le Dr Badoux était présent avec moi, a instantanément posé un problème, mais nous avons décidé de la mener à bien. Je me rappelle de la réaction du Préfet de l'époque qui avait dit que les visites ne faisaient pas partie du code de déontologie et donc que les médecins généralistes n'étaient pas censés en assurer. Je me souviens aussi que nous avons eu le soutien du Conseil régional qui s'est proposé de mettre à disposition des fonds pour que les patients qui avaient des problèmes sociaux ou médicaux particuliers puissent rejoindre la maison des gardes.

Nous avons fait de la publicité sur ce mécanisme auquel il a été fait appel trois fois en trois ans. Comme l'a dit M. Badoux, *a priori* aucune plainte n'a été déposée. C'est une régression, mais finalement les usagers s'habituent progressivement à de nouveaux modes de fonctionnement.

Il n'empêche, et là le Conseil général aura sans doute un rôle à jouer en termes de réflexion, que plus la tendance sera au recentrage des médecins, plus les dépenses augmenteront avec les patients et plus des problèmes de transport se poseront.

Vos propos m'incitent à une réflexion sur laquelle M. Serin a peut-être plus avancé que moi : pourquoi ces maisons médicales ne seraient-elles pas, dans certains cantons, médico-sociales, bien qu'elles le soient déjà partiellement ? A l'échelle d'un territoire qui est celui d'un canton ou, plus souvent, de deux ou trois cantons, une UTAMS a été créée. Ces unités correspondent à la territorialisation et à la gestion de l'action sociale mise en place par le Conseil général. Or entre une UTAMS et une maison médicale, les liens sont parfois assez ténus. Pourquoi ne pas réfléchir à un rapprochement pour que le tout fonctionne de concert ? Là est, en partie, la réponse à votre question.

Le projet de Châtillon-en-Bazois me semble tendre vers cette notion de maison médico-sociale qui accueillera, bien entendu, des professionnels de santé – je parle sous le contrôle de M^{me} Morizot qui va en faire partie – mais aussi le centre social. C'est donc dans ce sens que semblent tendre les avancées.

Dr Michel SERIN. – J'aurais une proposition à formuler, suite à la question de l'intervenant précédent, à laquelle vous avez répondu partiellement. Je veux parler du problème du circuit entre le médecin consulté et le pharmacien.

Je proposerai que la maison médicale de garde, puisque tel est concept qui a tendance à se développer un peu partout, soit dotée de médicaments que le médecin puisse avancer à son patient, moyennant un chèque de caution et avec le devoir de rapporter le médicament qui serait pris chez son pharmacien. J'ai bien compris l'importance du maillage des pharmaciens. Certes, tout le territoire est couvert, mais il ne faut pas rêver non plus : malheureusement, nous n'aurons plus dans l'avenir systématiquement un médecin couplé à un pharmacien dans nos territoires ruraux.

Quant au concept des maisons de santé médico-sociales, nous avons à Saint-Amand le service de maintien à domicile et le SSIAD est partagé sur deux cantons, ce qui permet de

faciliter et d'améliorer considérablement la communication autour du patient âgé et dépendant.

Dr Alain LASSUS. – A Decize, nous nous sommes posé la question de la relation médecins / pharmaciens sur le canton, sachant que des gardes sont assurées et que nous avons tout de même la chance d'avoir quatre pharmacies. Pour avoir eu à débattre de ce problème, j'avais suggéré que les pharmaciens assurent les gardes toujours dans la même officine, si possible, proche de l'hôpital pour le patient. Le but était d'éviter que celui-ci, consultant son médecin à Décize, soit obligé ensuite de se rendre à la pharmacie de Fours chercher ses médicaments. Une telle proposition a posé, là aussi, des problèmes dont M. Delgutte va vous parler. Toujours est-il que pour le moment, la situation reste insoluble, compte tenu des conditions imposées aux pharmaciens pour assurer les tours de garde.

M. Alain DELGUTTE. – Absolument !

Je vous fais part brièvement de quelques éléments de réflexion.

Lors des gardes, les motifs pour lesquels les usagers se présentent à la pharmacie sont divers, entre le patient qui a oublié de renouveler son ordonnance ou celui qui vient de Paris et arrive tard le soir dans la Nièvre avec l'ordonnance de l'hôpital. Vous parliez de doter les maisons médicales de garde de médicaments, mais il leur faudrait des stocks considérables. Il ne s'agit pas d'avoir une dizaine, une quinzaine ou une vingtaine de boîtes, voire deux ou trois caisses dans lesquelles vous allez « taper », si je puis dire, pour répondre à la demande.

S'agissant de la délivrance des médicaments, comme je l'ai expliqué tout à l'heure, la profession est soumise à des règles d'installation, chaque officine faisant l'objet d'une licence, laquelle est accordée à un lieu. Procéder ainsi que vous le préconisez revient à créer une pharmacie dans un autre lieu.

Quant à assurer les gardes toujours dans la même pharmacie, comme vous l'aviez suggéré pour Decize, pourquoi pas après tout ? Sauf que chaque pharmacie a son propre mode de fonctionnement, les logiciels n'étant pas forcément les mêmes, et sa propre organisation, ne serait-ce que pour ranger les médicaments. Ce n'est donc pas possible, à moins d'inverser le système et de demander au médecin de garde de recevoir les patients dans un local de la pharmacie de garde.

En réponse à M. Junot, il faut savoir que le nombre de secteurs de garde actuellement est de 19 pour les médecins et de 10 pour les pharmaciens. Il n'est donc pas facile d'harmoniser ces systèmes de garde. Par ailleurs, il suffit que l'un soit malade et souhaite, ne pouvant assurer la garde, changer son tour de garde pour que la situation devienne inextricable !

Enfin, le syndicat des pharmaciens de la Nièvre va mettre en place prochainement un numéro d'appel, le « 3237 », qui permettra à l'utilisateur, en composant le code postal de sa localité, de connaître les trois pharmacies de garde les plus proches. Il sera ainsi renseigné très précisément, sachant qu'au lieu de se rendre à l'autre bout du secteur dont il dépend, ce sera plus facile pour lui de se rendre dans un autre secteur où la pharmacie est plus proche. Ce travail qui est en cours constituera sans nul doute une avancée.

Ma collègue est peut-être en mesure de vous en dire davantage sur le sujet...

M^{me} Maud MINGEAU, Pharmacienne. – Pas vraiment, puisque c'est encore à l'état de projet, sinon pour confirmer que c'est bien le « 3237 » qui sera mis en place au niveau départemental.

Dr Michel SERIN. – Par rapport au problème de démographie médicale, ne serait-il pas possible pour vous, élus, d'aider les étudiants de nos territoires ruraux, confrontés à des difficultés matérielles, à suivre des études longues, comme celles de médecine à Dijon, par exemple ? Une telle réflexion que je lance ainsi, sans avoir la solution, serait sans doute opportune. Par exemple, le Conseil général pourrait être propriétaire d'un ou deux appartements sur Dijon qui seraient mis à la disposition de ces étudiants.

L'objectif serait d'inciter les jeunes de notre département rural à suivre des études dans les différentes professions de santé, en se disant que tout un chacun est attaché au territoire dont il est originaire, sans que cette attractivité ne constitue toutefois une réelle garantie.

Dr Alain LASSUS. – Sur Decize qui compte 7 000 à 8 000 habitants, sur une dizaine d'étudiants qui partent suivre des études de médecine après le lycée, en général, un ou deux intègrent la deuxième année et parmi ceux qui poursuivent, nous constatons peu de retours. La situation n'est pas du tout comparable à celle observée voilà encore vingt ou trente ans, comme pourrait en témoigner M. Vallet qui, présent dans l'assistance, est la mémoire de Decize. De très nombreux Décizois sont médecins depuis vingt ou vingt-cinq ans, mais pas un seul n'est revenu sur son territoire parce la situation n'est plus la même qu'auparavant. Le conjoint a un niveau d'études important et ne trouve pas nécessairement un emploi sur place et lui-même, après avoir vécu six ans à Clermont-Ferrand ou à Dijon, n'a pas envie de revenir à Decize : il préfère exercer au bord de la mer ou dans une grande ville.

En termes de solutions, le département de la Nièvre avait notamment proposé à la Région, proposition qui n'a été retenue, d'avoir un stand au salon du MEDEC pour vanter aux jeunes collègues les mérites de la Nièvre. Nous pourrions aussi imaginer faire de la publicité dans les facultés de Clermont-Ferrand et de Dijon sur nos conditions d'exercice. Ce sont là des initiatives qui peuvent être effectivement prises en charge par les collectivités territoriales.

Nous pourrions encore fortement inciter tous nos collègues à recevoir de jeunes étudiants, ce qui n'est pas assez souvent le cas. Cette action relève plus des professionnels eux-mêmes que des élus.

Des mécanismes peuvent peut-être aider les jeunes médecins à revenir dans la Nièvre. Malheureusement, je crois que, pour nombre d'entre eux, l'installation dans une grande agglomération ou au bord de la mer est un choix de vie et que peu d'arguments les feront changer d'avis. L'ancien argument de la beauté du métier est révolu. Je conclus souvent sur ce sujet en disant que tous les médecins généralistes font un très beau métier, mais que plus personne ne veut le faire !

Dr Elisabeth GAILLARD, Chirurgien-dentiste à Coulanges-lès-Nevers. – En sixième année de dentaire, les étudiants ont dorénavant un stage actif au moins de deux mois. Nous espérons toujours que celui qui fait son stage chez un praticien dans la Nièvre y restera, mais ce n'est généralement pas le cas.

Dr Alain LASSUS. – En multipliant les stages, peut-être parviendrons-nous à en persuader quelques-uns de rester !

Dr Elisabeth GAILLARD. – Il en est de même pour les remplaçants ! Ils travaillent très bien et gagnent bien leur vie, mais tous partent sur Paris ou dans de grandes villes.

Dr Alain LASSUS. – Savez-vous que maintenant dans la Nièvre, ce sont nos médecins retraités qui nous remplacent ? C'est désolant, mais c'est un fait établi.

Dr Elisabeth GAILLARD. – Je souhaite également poser une question sur la maison médicale de garde de Nevers. J'exerce à Coulanges-lès-Nevers, mais j'habite dans une commune située à la charnière de la Nièvre et du Cher. J'ai un numéro de téléphone en « 03 86 », mais lorsque je compose le « 15 », je suis mise en relation avec Bourges. J'aurais donc voulu savoir comment, en étant située dans une commune limitrophe, réussir à avoir une ouverture sur la maison médicale de garde de Nevers ?

Dr Maurice BADOUX. – Si, en résidant dans une commune à la limite de la Nièvre et du Cher, le « 15 » vous renvoie sur Bourges, vous êtes défavorisée, mais le SAMU, dont vous trouverez les coordonnées précises dans l'annuaire, a un numéro propre en « 03 86 », suivis des six chiffres, et vous demandez le médecin régulateur.

Dr Elisabeth GAILLARD. – Merci !

Dr Alain LASSUS. – J'en profite pour souhaiter la même évolution pour la maison médicale de garde de Nevers que celle qui prévaut à Decize et qui consisterait à autoriser le libre accès des patients, sans transiter par le « 15 ». Nos collègues neversois n'y sont pas favorables, mais cette évolution se concrétisera peut-être un jour, surtout si le « 15 » est difficile à obtenir.

Dr Anne-Sylvie MALBRANT, Médecin Conseil à la MSA de Bourgogne et sur le site de Nevers. – En écho aux propos de M. Serin, la création d'une maison pluridisciplinaire de santé repose vraiment sur la volonté des acteurs et professionnels de santé. Ces maisons pluridisciplinaires sont, en partie, soutenues financièrement par les instances de santé, s'agissant actuellement du financement du « fixe », mais dès lors que le projet de santé est présenté par des professionnels qui manifestent la volonté de travailler en équipe, de soigner ensemble, de partager leur travail et d'organiser des réunions sur des patients.

Je sais que nombreux sont ceux qui s'adressent au Conseil général, mais ne serait-il pas possible que ce dernier apporte également son soutien dans le cas d'un projet jugé comme étant tout à fait valable et bien situé géographiquement ? Ne serait-ce pas la manière intéressante d'agir, plutôt que d'aller au-devant des professionnels et de les inciter à créer une maison de santé ici ou là ?

Les médecins ont toujours la possibilité de s'installer en cabinet de groupe, une pratique qui ne date pas d'hier. Aujourd'hui, il me semble intéressant, avec l'évolution de la maladie, de réunir plusieurs professionnels de santé de différentes disciplines et donc toute l'équipe soignante afin de faciliter l'accès aux soins et assurer ainsi l'ensemble de la filière de soins. Il est intéressant aussi de faire la jonction avec l'hôpital.

Châtillon-en-Bazois y travaille avec d'autant plus d'intérêt qu'il est prévu d'intégrer plus tard dans le projet architectural le centre social, les infirmières avec les médecins et la dentiste. En effet, c'est toute la coordination médico-sociale auprès des patients qui est très intéressante tant nous prenons aujourd'hui conscience – hélas ! – du rôle important du social dans la santé de nos concitoyens.

Toujours est-il que la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye est un lieu très chaleureux et que le travail en équipe semble très intéressant. Nous avons réellement le sentiment que chacun y exerce encore un beau métier, tant les relations avec les patients qui y sont accueillis sont cordiales. Je me suis rendue aussi dernièrement à la maison de santé de Garchizy où l'accueil est également très convivial, bien qu'il n'y ait pas de secrétaire, mais vous trouvez partout de la documentation. Nombreux sont ceux qui ont des idées intéressantes qui mériteraient d'être collectées.

Enfin, je tiens à insister sur le problème des transports auquel l'assurance-maladie est souvent confrontée. Un point me semble important à soulever : quand les médecins généralistes, assez isolés en milieu rural, ont besoin de l'avis d'un spécialiste, il leur faut faire parvenir le malade chez le spécialiste. Quand les patients sont en ALD, le transport est pris en charge à 100 %. Mais quand ce n'est pas le cas, les personnes âgées qui n'ont pas de famille autour d'elles pour les accompagner sont obligées, en l'absence de cars, de prendre un taxi et c'est un problème auquel nous nous heurtons souvent.

Dr Alain LASSUS. – Là est toute la question des inégalités territoriales, mais il est clair que le Conseil général ne s'engagera pas dans des financements puisque ce n'est pas de sa compétence.

Dr Anne-Sylvie MALBRANT. – C'est pourtant un problème.

Dr Alain LASSUS. – Mes collègues Conseillers généraux, ici présents, reconnaîtront avec moi que le Conseil général a un certain nombre de compétences qu'il assume et qui, pour l'instant, lui suffisent. Vous pourrez d'ailleurs le vérifier demain, si vous le souhaitez, en suivant les débats de l'Assemblée départementale.

En revanche, j'ai indiqué tout à l'heure que nous étions très attachés à l'aménagement du territoire. Nous souhaitons donc faire flotter haut notre drapeau de Conseillers généraux, si je puis dire, et nous investir complètement dans l'aménagement du territoire, sur des problèmes qui ne sont pas de notre compétence. Mais en termes de financements, pour l'instant, non !

Dr Michel SERIN. – Je suis en désaccord avec votre proposition sur le libre accès à la maison médicale de garde.

Pourquoi ?

Un travail très important a été réalisé avec la régulation par le « 15 ». Par ailleurs, les médecins sont actuellement en train d'organiser une régulation libérale afin de pouvoir proposer aux patients, au moins pendant les heures de permanence de soins, entre 20 heures et 8 heures, et le week-end, un numéro unique avec un médecin généraliste qui répondra à leur demande. Si la personne nécessite vraiment des soins, elle pourra alors accéder à la maison médicale de garde ou, si besoin, aux urgences de l'hôpital. Nous vivons trop à l'heure actuelle un encombrement des services d'urgence hospitaliers qui, étant ouverts 24 heures sur 24, sont accessibles pour tout et n'importe quoi. C'est ainsi que nos grands-mères ou nos grands-pères que nous sommes malheureusement obligés d'envoyer aux urgences pour des problèmes de détresse vitale sont « parasités » au niveau de l'accueil par des personnes qui ont mal à la gorge ou mal au pied depuis quinze jours, mais qui, passant devant l'hôpital et voyant de la lumière à deux heures du matin, s'adressent aux urgences.

Il ne faut pas que ce qui se met en place avec la régulation par le « 15 » et ce qui se mettra en place avec la régulation libérale qui est vraiment une initiation et une éducation à l'utilisation du système de santé soient dévoyés par un libre accès à la maison médicale de garde, à n'importe quelle heure, dès lors qu'elle est ouverte. En autorisant un libre accès, nombreuses sont les personnes qui, par la suite, éviteront de se contraindre à prendre rendez-vous pour consulter au sujet de leurs problèmes de santé. Procéder ainsi, c'est contribuer à pérenniser une désorganisation du système de santé.

Dr Alain LASSUS. – Tout praticien peut venir voir comment fonctionne la maison des gardes de Decize qui est située à proximité des urgences de l'hôpital, et constater un nombre infime d'abus, même si quelques-uns sont observés à la marge. Je pense, au contraire, que cela a participé à l'éducation de la population du bassin.

En tout cas, l'accès libre et direct rend bien service à telle jeune femme qui, de retour chez elles à 19 heures, a un enfant malade. Je ne vois pas nécessairement l'utilité pour elle de contacter le « 15 » ou le SAMU pour savoir si son enfant peut être conduit à la maison des gardes. Qui plus est, la jeune maman est ainsi réconfortée. La maison des gardes offre un accès tranquille. J'invite tout le monde à venir y passer une heure. Vous serez accueillis par une secrétaire, dans le calme, sans bousculade et sans attente. Il est vrai aussi que nous sommes à Decize et que les urgences de l'hôpital enregistrent 24 passages par 24 heures et la maison des gardes quatre par séance de quatre heures.

Je ne pense pas non plus que ce soit un lieu de « sur-consommation médicale » et j'estime que tout se passe bien. Comme quoi, il est possible d'exercer la médecine calmement,

même en assurant des gardes. En tout cas, c'est ainsi que je le vis et la population de nos quatre cantons le vit bien aussi puisqu'il a même été accepté de ne plus assurer aucune visite sur ces cantons.

Mais il est vrai que nous avons chacun nos expériences et que les territoires ne sont pas tous les mêmes. Un tel système de garde mis en place sur Nevers aboutirait peut-être à des abus, mais j'invite mes confrères à vérifier que sur Decize, ce n'est pas le cas. Le service qui a été mis en place est important, notamment pour les enfants, sachant qu'il n'existe plus de service de pédiatrie sur Decize. Les parents avaient donc tendance à se rendre systématiquement aux urgences. Ils y étaient reçus par nos confrères urgentistes qui, pour se rassurer, envoyaient les bébés ou les enfants à Nevers ou à Moulins, ce qui faisait beaucoup de va-et-vient. Le fait qu'un médecin généraliste soit présent tous les soirs, de 20 heures à 24 heures, a permis, à mon avis, de réaliser d'importantes économies en termes de santé.

Diverses sont donc les expériences. L'important est de les évaluer !

Ce sont sur ces mots que je me propose de conclure cette table ronde et de vous inviter au pot de l'amitié, en vous remerciant tous de votre présence et en vous souhaitant une bonne fin de soirée.

(La table ronde est close à 21 heures 45.)
