

Les quartiers populaires, déserts médicaux oubliés

Alix Froissart, journaliste

.....
En zone urbaine sensible, les médecins peinent parfois à trouver des successeurs, alors que les habitants sont particulièrement vulnérables. Quelles solutions ? Exemple à Rennes.

.....
Mots clefs : centre de santé, coordination, forfait, offre de soins, pluridisciplinarité, pratique de groupe.

..... « Les médias et la population ont conscience de l'urgence dans les zones rurales mais pas dans nos quartiers. ». Ce constat amer est dressé par Olivier Bernard, médecin en zone urbaine sensible¹ (ZUS) depuis 1978. Son cabinet du quartier Villejean, à Rennes, compte trois autres généralistes. A bientôt 65 ans, le Dr Bernard approche de la retraite, et s'inquiète : « Il y a deux ans, quand le premier d'entre nous est parti en retraite, nous sommes tombés de haut : aucun de nos remplaçants n'était prêt à s'installer. Dans les quartiers de Maurepas, Cleunay et Villejean [quartiers rennais en ZUS], on compte trois cas de départs à la retraite non remplacés ces trois dernières années. ».

La médecine libérale attire moins. En 2011, les deux tiers des médecins généralistes bretons exerçaient en libéral. Mais seulement un quart des nouveaux généralistes inscrits² en 2010 en Bretagne ont opté pour ce statut. Problème : à Rennes, un quart des généralistes a plus de 60 ans, selon l'Agence régionale de santé (ARS). Qui leur succèdera ?

La situation est d'autant plus inquiétante que les populations des zones urbaines sensibles sont plus vulnérables. En 2009, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé a analysé le lien entre les caractéristiques des quartiers et la santé de leurs habitants³. Sa conclusion : « Vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. ».

.....
Mesures coercitives ?

Catherine Arenou connaît bien le problème. Médecin généraliste et maire de Chanteloup-les-Vignes, en banlieue parisienne, elle est aussi vice-présidente de l'association de maires Ville et banlieue, qui a formulé 120 propositions⁴ – dont quinze concernent la santé – « pour un engagement national auprès des quartiers ».

Selon elle, si cette urgence « n'apparaît pas de façon cruciale », c'est que « la demande de soin exprimée dans les zones urbaines sensibles est moins forte qu'ailleurs, car les habitants n'ont pas une approche de la santé prioritaire. Pour eux, la santé, symboliquement, a un coût. D'où un renoncement provisoire aux soins ». Par ailleurs, le besoin apparaît moins criant dans les ZUS qu'en campagne « car certains quartiers font partie de zones urbaines où il y a des médecins à 2 ou 3 km. Sauf que vous n'avez pas de moyens de transport pour y aller, vous allez dans un territoire qui ne vous ressemble pas... ».

Comment améliorer l'offre de soin dans les quartiers ? Jusqu'ici, des mesures incitatives ont été privilégiées par les collectivités territoriales ou dans le cadre de la convention médicale. Un exemple : aider les médecins libéraux qui s'installent dans les zones sous dotées. Mais, estime le juriste Romain Marié, « on constate un effet d'aubaine : les médecins qui profitent de ces dispositifs se seraient de toute façon installés dans des zones sous-dotées ».

Article trouvé sur le site slate.fr

Les études de médecine peuvent aussi être subventionnées⁵ : 1.200 € bruts par mois jusqu'à la fin de ses études pour un étudiant qui s'engage à exercer dans une zone urbaine sensible. « Le 1^{er} juillet 2011, un premier bilan⁶ a montré que, pour la moitié des contrats signés, les jeunes n'ont pas souhaité s'engager », poursuit le juriste. La ministre de la Santé augmente pourtant le nombre de ces bourses dans son plan contre les déserts médicaux.

Parmi les autres mesures : les forfaits accordés aux maisons de santé pluridisciplinaires ou encore les transferts de compétences des médecins vers d'autres professionnels. La ministre vise surtout les zones rurales. Or, pour la maire et médecin généraliste Catherine Arenou, « les quartiers populaires sont déjà des déserts médicaux ».

Faut-il des mesures répressives, comme pour les infirmiers libéraux ? Depuis 2008, ceux qui s'installent dans des zones surdotées ne sont pas conventionnés (leurs patients sont donc moins bien remboursés). « Pas sûr que ça serve à grand-chose pour les médecins, estime Catherine Arenou. Même déconventionnés, ils auront des patients ! ».

••••• **Fini, la médecine à l'ancienne**

« On ne choisit pas seulement un lieu d'installation, mais l'idée qu'on se fait des conditions de travail », ajoute François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie à l'École des hautes études en santé publique de Rennes. « Les milieux défavorisés

sont éloignés et ils sont réputés comme générant plus de travail. La clientèle, qui comprend des gens qui ne parlent pas français, des bénéficiaires de la couverture maladie universelle - CMU est réputée plus lourde que d'autres. Dès lors qu'on anticipe une clientèle qui peut être compliquée, le mode d'exercice en solitaire ne semble pas adapté. Il vaut mieux être en cabinet groupé ou en centre de santé. ».

Le témoignage de Sébastien Rouxel, médecin généraliste de 34 ans va dans le même sens : « Je n'envisage plus l'exercice isolé. ». Après six ans de remplacements, il se verrait bien s'installer dans un cabinet groupé, comme celui où il travaille régulièrement, en bas des tours du quartier populaire du Blosne à Rennes. Quels facteurs détermineront son choix d'installation ? « Les conditions de vie ! J'ai une compagne qui travaille, deux enfants en bas âge. Ici, on a le choix de moduler notre emploi du temps. Je ne bosserai pas plus de quatre jours par semaine (en moyenne). Parce que je bosserais beaucoup moins bien, parce que je n'aimerais plus mon métier... Et si je dois aller à la fête de l'école, je peux poser mon jour. ».

••••• **Coopération pluridisciplinaire**

Se regrouper, c'est l'option choisie il y a deux ans par Jean-François Besnard. Ce médecin est installé depuis 1995 en zone urbaine sensible à Rennes : le quartier Maurepas compte 73% de logement HLM, un taux de chômage de 23% et plus de 20% de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

Avec quatre autres généralistes, deux orthophonistes, trois pharmaciens et onze infirmiers d'un centre de soins mutualistes, le D^r Besnard a monté un projet de santé adapté à son quartier. Intéressée, l'Agence régionale de santé a dégagé 10.000 euros pour qu'un consultant aide les professionnels à structurer le projet. Il y a deux ans, le pôle de santé du Gast est né.

Les avantages : « Un médecin peut déléguer certains actes à une infirmière. Ça permet de libérer du temps médical supplémentaire », selon le juriste Romain Marié. La Mutualité française met à disposition du pôle du Gast une coordinatrice. Pas négligeable quand on sait qu'« environ 7% du temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux est consacré aux tâches de gestion », d'après le juriste. Tous les professionnels du pôle ont accès au dossier partagé du patient et se réunissent chaque semaine pour mettre en commun leurs connaissances, dans l'intérêt du patient. Ensemble, ils mènent des actions de prévention de l'hypertension et d'éducation en matière d'alimentation. Ils rencontrent également les autres professionnels de santé et acteurs sociaux du quartier.

Le pôle du Gast expérimente par ailleurs de nouveaux modes de rémunération pour compléter le paiement à l'acte. L'Agence régionale de santé leur verse une subvention annuelle : « Un forfait global pour les dédommager du temps de coordination », explique Sophie Péchillon, responsable du département de l'offre de soin de premier recours à l'agence régionale de santé - ARS.

En Bretagne, il s'agit du seul pôle de santé pluriprofessionnel en zone

urbaine sensible. Une expérience que l'Agence régionale de santé souhaite développer.

● ● ● ●
« **Eclatement du système** »

Certains vont encore plus loin, comme la Place Santé⁷, dans le quartier Franc Moisin à Saint-Denis. Ce centre de santé communautaire regroupe cinq médecins généralistes mais aussi cinq médiatrices. Elles accompagnent les patients dans l'accès aux droits et aux soins, organisent des ateliers pour promouvoir la santé (cuisine, estime de soi...) ou expliquer les démarches administratives.

Lier prévention, soins et aide sociale permet de dépasser certaines limites rencontrées par les médecins. « Comment quelqu'un qui vit dans la rue pourra-t-il suivre son traitement contre une tuberculose ou une hépatite C ? », se demande par exemple Sébastien Rouxel, dans le quartier rennais du Blossne. « On traite beaucoup de pathologies psychosomatiques : les patients viennent avec des plaintes physiques (mal de dos, fatigue) qui traduisent un mal-être psychosocial », raconte Olivier Bernard, médecin à Rennes dans le quartier de Villejean. « La configuration idéale : une assistante sociale attachée à un centre de santé ou à un cabinet », juge Hervé Le Néel, médecin généraliste à Rennes et président de l'Union régionale des professions de santé⁸, médecins libéraux de Bretagne.

« La prise en charge de qualité de personnes de milieux modestes, étrangers, ou souffrant de polyopathologies n'est pas que sanitaire », confirme le sociologue

François-Xavier Schweyer. « Elle relève aussi d'une psychologue, de la protection maternelle et infantile, d'une infirmière, de l'habitat, des services sociaux... Ça demande un travail d'articulation. ».

« Passer d'une médecine à l'acte à une logique de parcours, qui s'inscrit dans un territoire », c'est le but de Pierre Bertrand, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé de Bretagne. Il met en avant les contrats locaux de santé. La ville de Rennes doit en signer un en 2013 avec l'Agence régionale de santé. Objectif : promouvoir la santé, non seulement par le soin, mais plus globalement par le bien-être, lié aux conditions de vie, au travail, au logement, etc. Si ce contrat tient ses promesses, il pourrait limiter « l'éclatement du système », pointé par le sociologue François-Xavier Schweyer : « Santé scolaire, protection maternelle et infantile, protection judiciaire de la jeunesse, atelier santé ville... Les acteurs sont nombreux mais pas coordonnés. Chacun fait bien son boulot, mais le fait tout seul. Je pense qu'une politique publique avec une régulation claire serait plus efficace. ».

1. *Territoire infra-urbain défini par les pouvoirs publics français pour bénéficier de mesures prioritaires de la politique de la ville.*

2. Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois, *ss la dir de Dr Patrick Romestaing, La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Région Bretagne. Situation au 1^{er} juin 2011. Ordre national des médecins, 2011.*

3. Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage » in *Questions d'économie de la santé n° 139 - Février 2009.*

4. <http://www.ville-et-banlieue.org/nos-propositions/120-maires-de-banlieue-120-propositions>

5. Voir : www.sante.gouv.fr/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html

6. Corinne Régnard, *Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins, 2011.*

7. <http://acsbe.asso.fr>

8. <http://urps-bretagne-medecins.org>