



**Université
de Lille**



**Master 2 Droit de la santé
Droit et Politiques de santé**

Année : 2021-2022

Mémoire de Recherche

Fait par Nanhy ONTSAGAH LEMBEME

Sous la direction de la professeure Johanne SAISON

Les déserts médicaux, problématique majeure de notre système de santé

REMERCIEMENT

Ce mémoire est la concrétisation de 5 longues années de travail rythmé par des périodes de doutes, d'appréhension, de joie de fous rires ou de larmes. Ainsi, je voudrais remercier tout d'abord Dieu pour la force, le courage qu'il m'a accordé durant ces 5 ans d'études. Sans lui, je n'aurais pas pu assumer.

Ensuite, que serais-je sans les professeurs qui m'ont donné l'envie de continuer dans ce domaine, qui m'ont challengé avec des attentes, des exigences qui augmentaient au fil des années ?. Merci à tous mes professeurs, aux chargés de TD que j'ai pu rencontrer durant mes 5 années d'études. À madame SAISON pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire.

Je voudrais remercier tous mes collègues avec qui j'ai échangé les cours durant ces années, les exposés, les devoirs, les moments de rires ou de larmes.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce mémoire, au service juridique de l'ARS, ma responsable de stage Caroline Peroutka, Laurène, Chloé, Claire et Ludmilla pour leur aide. Merci aux autres agents de l'ARS qui m'ont accordé des entretiens sur mon sujet spécialement Monsieur Marque.

Je remercie ma famille pour les encouragements, en particulier, ma tante ELSIE pour sa vigilance lorsque mon sujet était abordé dans les médias. À Emmanuelle et Mayella mes petites sœurs qui m'ont toujours obligé à prendre des pauses.

Merci à ma promo pour la solidarité et le partage des informations, en particulier à Noémie et Jeanne pour la recherche des documents sur mon sujet de mémoire.

Enfin, je voudrais remercier madame NGUYEN pour son dévouement et ses multiples rappels pour le choix de notre sujet de mémoire. Merci beaucoup !

SOMMAIRE

Remerciement.....	2
Abréviations.....	4
INTRODUCTION.....	5
PREMIERE PARTIE : LA DESERTIFICATION MEDICALE PROBLEMATIQUE COMPLEXE ET ACTUELLE DE NOTRE SOCIETE	12
CHAPITRE I : L'EVOLUTION DE LA DENSITE MEIDICALE EN FRANCE	12
<i>SECTION 1</i> : La démographique médicale, constat.....	13
<i>SECTION 2</i> : les facteurs potentiels justifiant le choix d'installation du médecin.....	19
CHAPITRE II : L'OMNIPRESENCE DES DESERTS MEDICAUX DANS LE DEBAT PUBLIC.....	24
<i>SECTION 1</i> : les déserts médicaux, enjeu complexe et majeur de notre société.....	24
<i>SECTION 2</i> : les déserts médicaux, problématique au retentissement politique.....	31
DEUXIEME PARTIE : LES OUTILS DE REGULATION DE LUTTE CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE	37
CHAPITRE I : LES LEVIERS D' ACTIONS ISSUS DES POUVOIRS PUBLICS.....	38
<i>SECTION 1</i> : les actions des gouvernements par le moyen de politiques successives...	38
<i>SECTION 2</i> : les actions de lutte entreprises par les collectivités territoriales.....	54
CHAPITRE II : LA MISE EN LUMIERE DE L'IMPACT DES MESURES.....	64
<i>SECTION 1</i> : l'absence de mesures contraignante contre la désertification médicale...	64
<i>SECTION 2</i> : vers une régulation de la liberté d'installation.....	71
CONCLUSION.....	84
ANNEXES.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	104
TABLE DES MATIERES.....	109

LISTE DES ABREVIATIONS :

- **ALD** : Affection de longue durée
- **ANEMF** : Association nationale des étudiants en médecine de France
- **AMF** : Association des maires de France
- **AMRF** : Association des maires ruraux de France
- **AM** : Assurance Maladie
- **APL** : Indicateur d'Accessibilité potentielle
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CAIM** : Contrat d'aide à l'installation des médecins
- **CESP** : Contrat d'engagement du service public
- **CDE** : Contrat de début d'exercice
- **CNOM** : Conseil national de l'ordre des médecins
- **CNAM** : Caisse nationale d'Assurance Maladie
- **CNGE** : Conseil national des généralistes enseignants
- **COSCOM** : Contrat de stabilisation et de coordination médecin
- **CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- **CSTM** : Contrat de solidarité territoriale médecine
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
- **FMF** : Fédération des Maires de France
- **FNSPF** : Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, patient santé territoire
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **IPA** : Infirmière à pratique avancée
- **IRDES** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- **LAS** : licence avec option accès santé
- **MG** : Médecin généraliste
- **MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle
- **OMS** : Organisation mondiale de santé
- **PASHUE** : Pratique à diplôme étranger hors Union européenne
- **PASS** : Parcours d'accès spécifique
- **PDSA** : Permanence des soins ambulatoire
- **PIAS** : Contrat de praticien isolé à activité saisonnière
- **PTMG** : Contrat de praticien territorial de médecine générale
- **PTMA** : Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire
- **PTMR** : Contrat de praticien territorial de médecine de remplacement
- **TM** : Télémédecine
- **TC/ • TE** : Téléconsultation / Téléexpertise
- **SDIS** : Services départementaux d'incendie et de secours

- **SUAP** : Secours d'urgence aux personnes
- **ZAC** : Zone d'action complémentaire
- **ZIP** : Zone d'intervention prioritaire

INTRODUCTION

« Il n'y a jamais eu autant de médecins en France et pourtant les déserts médicaux gagnent du terrain ¹»

C'est l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé qui fait craindre l'apparition des déserts médicaux. Ce terme de désert médical est issu du langage médiatique et s'impose comme une métaphore qui ne se réfère à aucun contenu concret. Néanmoins, elle pose des questions de fond telles que : à partir de quel seuil peut-on se dire que l'on est dans un désert médical ? Quelle dimension doit être prise en compte ? Est-ce que ce concept désigne le seul recours à un professionnel de santé particulier ou englobe-t-il la notion de l'accès aux spécialistes ? De manière pertinente, il est nécessaire de définir le désert médical en cumulant les difficultés dans le recours à différents services de santé.

Selon la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), un désert médical serait le fait « d'avoir un très faible accès aux médecins généralistes, de se trouver très éloigné des urgences et de n'avoir aucune pharmacie à proximité qui correspondrait à un premier recours primordial ». Mais cela peut néanmoins être aussi « une situation ressentie au quotidien par l'absence ou la très grande difficulté d'accès à plusieurs professions de santé consultés régulièrement tels que les chirurgiens-dentistes, la gynécologie, l'ophtalmologie ou les pédiatres par exemple ». On parle de désert médical lorsque le nombre de médecins est inférieur de 30 à 60 pourcents à la moyenne nationale dans les zones rurales mais aussi urbaines.

Généralement un désert médical renvoi aux zones du territoire où la présence de professionnels de santé est inférieure par rapport à la demande en besoins des usagers du système de santé se

¹ DUBROCA (V), les déserts médicaux : bilan et perspective, journaliste France 3

trouvant dans ces zones. Lorsqu'un territoire est concerné par un désert médical, il se caractérise par des difficultés d'accès aux soins très souvent, de premiers recours pour les habitants de ce territoire. C'est-à-dire, par l'impossibilité ou la très grande difficulté pour les usagers à accéder à un professionnel de santé du fait de leur absence ou de leur nombre trop limité sur le territoire. Cela crée ainsi des inégalités territoriales de santé par rapport à d'autres zones qui elles, sont mieux dotées en présence médicale.

La désertification médicale fait l'objet d'une multitude de définition du fait de son caractère subjectif. Interprétée de différentes manières par des acteurs différents (médias, pouvoirs publics la population), elle est difficile à être appréhendée. Cependant, cette notion renvoie à une double dimension :

Une **dimension spatiale** d'accès à un professionnel de santé, c'est-à-dire son éloignement et le temps de trajet que doit mettre un patient pour pouvoir le consulter

Une **dimension temporelle** caractérisant le temps d'attente avant de pouvoir obtenir un rendez-vous.

L'expression de désert médical a été retenue dans ce mémoire, pour traiter des différences au niveau géographique de la démographie médicale selon les territoires.

De plus, ce terme est utilisé fréquemment par les médias et le débat public pour traduire la préoccupation croissante des usagers du système de santé en ce qui concerne l'accessibilité géographique d'un médecin. Il paraît indéniablement plus percutant et parlant que l'expression « d'inégalité territoriale ».

De manière générale, le désert médical pour être identifié, se base sur différents critères que nous pouvons énumérer de manière non-exhaustive :

Tout d'abord, les pouvoirs publics ayant pris conscience de la problématique, ont mis en place un outil primordial pour l'identification des zones en tension et à la répartition des aides : « Le **zonage** », qui est une méthode de détermination de la meilleure répartition de l'offre médicale sur un territoire. Les premiers travaux sur la définition du zonage de l'offre de soins ont

commencé dans les années 2000, réalisés par l'Assurance Maladie et les Missions Régionales de Santé²

En 2012, la DREES et l'IRDES ont développé un indicateur d'accessibilité potentielle³ (APL) qui est aujourd'hui l'indicateur privilégié des Agences Régionales de santé (ARS) et le ministère de la Santé pour la détermination du zonage des zones fragiles⁴.

L'APL tient compte de la proximité des médecins⁵; de leur disponibilité⁶; de l'estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale. La valeur nationale pour l'APL est de 2,5 consultations par an et par habitant. Ainsi, si dans une zone, les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations, cette zone sera considérée sous-denses. Depuis 2012 le zonage a fait l'objet de plusieurs actualisations.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a également permis d'identifier des zones sous-denses, définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cet article dispose que les directeurs généraux des ARS déterminent par arrêté, pour chaque profession de santé concernée, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. Un arrêté ministériel fixe, pour chaque profession concernée, la méthodologie permettant la détermination de ces zones. Notons quand même, que les ARS possèdent une marge de manœuvre régionale, pour sélectionner des territoires fragiles dont la dynamique est potentiellement défavorable à l'avenir.

Ensuite, en 2019, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en son article 11 complète le dispositif pour prévoir que lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones pour une spécialité médicale, celles arrêtées

² Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004 relatives à l'Assurance Maladie, étaient constituées par les URCAM et les ARH et avaient entre autres pour mission de travailler sur la répartition des professionnels de santé).

³ Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », les Dossiers de la Drees, mai 2017.

⁴ Décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, complété par l'arrêté du 13 novembre 2017, qui décrit la méthodologie d'élaboration de cet indicateur

⁵ Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible

⁶ Le nombre de consultations/visites que peuvent offrir les médecins accessibles

pour la profession de médecin s'appliquent. À l'heure actuelle, plusieurs zonages sont utilisés pour décrire les zones sous-denses du point de vue médical.

Au final, les ARS définissent les zones sous-denses⁷. Cette classification des zones sous-denses permet de mobiliser les mesures destinées à maintenir ou à favoriser l'installation de professionnels de santé : les zones d'intervention prioritaire (ZIP) : ce sont les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins. Dans ces zones, les médecins sont éligibles aux aides conventionnelles et aux exonérations fiscales tandis que les zones d'action complémentaire (ZAC), sont des zones fragiles, mais à un niveau moins préoccupant que les ZIP. Dans ces zones, les médecins sont éligibles notamment aux aides des ARS et des collectivités territoriales.

L'arrêté ministériel du 1^{er} octobre 2021 a fait évoluer la méthodologie pour la délimitation du zonage régional, en associant les acteurs locaux pour une meilleure prise en compte de la dégradation de l'offre de soins dans certains territoires. Cet arrêté reprend les grands principes de la méthodologie zonage issu de l'arrêté de 2017 en renforçant la place des décisions locales et davantage de souplesse au profit des ARS : de cette manière, aucun classement de zones n'est imposé par la méthodologie nationale. Au terme de la dernière actualisation issue de l'arrêté de 2021, la population située en zone d'intervention prioritaire est passée de 18 % à 30,2 % : près d'un tiers des Français résident donc dans un « désert médical ».

À côté du critère de l'APL, d'autres critères sont pris en considération pour définir un désert médical :

- La démographie médicale, qui récence le nombre de médecins sur un territoire donné. Lorsqu'une sur une zone identifiée, le nombre de médecins est inférieure à la moyenne nationale, elle est considérée comme un désert médical.
- La densité médicale calculé en fonction du nombre de médecins par habitant permet de caractériser un désert médical. Le gouvernement retient ce critère et indique que si cette densité est inférieure à 30 % selon la moyenne nationale dans une zone, il y a un désert médical.
- L'accroissement des files d'attente le déport de consultations vers les urgences médicales, des difficultés majeures pour les patients à s'inscrire auprès d'un nouveau médecin traitant, le délai d'attente pour un rendez-vous peuvent aussi caractériser une zone en désert médical.

⁷ Les zones caractérisées par « une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins »

Le désert médical n'est pas l'apanage des zones rurales, certains territoires urbains sont touchés par une offre médicale insuffisante au regard des besoins de la population. Selon un rapport du sénat, l'Île-de-France qui est la région la plus touchée par les déserts médicaux : 62,4 % de la population francilienne est concernée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Actuellement, les données et les analyses provenant des organismes publics (DREES, INSEE, IRDES) vont dans le même sens : l'accessibilité aux soins continue à se détériorer, quel que soit l'indicateur retenu pour appréhender la situation. Il y a une progression des déserts médicaux géographique en France. D'après l'indicateur le plus complet, 11,6 % des Français vivent aujourd'hui dans un désert médical⁸. Pas moins de 10 millions de personnes, dans notre pays, vivent dans une zone dans laquelle la qualité des soins est de qualité inférieure à la moyenne nationale⁹. 11 % des Français n'ont pas de médecin traitant¹⁰. La question des déserts médicaux est véritablement un sujet majeur de notre société du fait de son accroissement, dans ce sens, le ministère des solidarités et de la santé indique clairement en décembre 2021 qu'il « *est indéniable que l'évolution de la démographie médicale en France, notamment pour la médecine générale, a accru les tensions dans les territoires qui étaient déjà les moins bien desservis* » et que les tendances à l'œuvre « *risquent de dégrader encore l'accessibilité dans les zones les moins attractives* »¹¹. Mais aussi au regard des conséquences que cela a sur le fonctionnement du système de santé et sur la santé publique de ses usagers. De plus à l'échelle nationale, selon l'arrêté du 1^{er} octobre 2021 sur le zonage, 30,2 % de la population française a vocation à être classée en ZIP et 42 % en ZAC, soit au total 72,2 % de la population.

⁸ (D'après l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=apl_mg_65_hmep&s=2018&view=map36).

⁹ Association des maires ruraux de France, « Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ? », septembre 2021.

¹⁰ Assemblée nationale, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, par M. Sébastien Jumel, député, n° 4711, 24 novembre 2021

¹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale », Les dossiers de la DREES n° 89, décembre 2021

Cette progression des déserts médicaux géographique, prend nécessairement en compte les changements opérés dans la société. En effet, les besoins en santé en termes de qualité et de quantité ont considérablement changé du fait que la population française vieillit. Le vieillissement de la population se fait en grande majorité avec des poly-pathologies. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), au 1 janvier 2020 la part de la population âgée plus de 65 ans était de 20 % et elle pourrait atteindre 28,7 % en 2070¹². Le système de santé est confronté à une transition épidémiologique, remise en cause par la crise sanitaire, marquée par le vieillissement de la population qui induit l'essor des maladies chroniques et le déclin des maladies infectieuses. Ainsi, les patients atteints d'affection de longue durée représentent 18 % alors que seuls représentent plus de 60 % des dépenses de santé, la problématique ici est que la crise sanitaire ajoute la question des maladies infectieuses.

De plus, il y a un phénomène de spécialisation de la médecine, car face à l'augmentation des pathologies, il paraît impossible que le seul généraliste gère seul les pathologies. Il y a donc la nécessité de coordination et de collaboration dans les soins qui passe par la multidisciplinarité.

La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale, dans tous les pays. À des degrés divers. Partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées. Répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire et mieux équilibrer la distribution de l'offre sont des préoccupations largement partagées à toutes les sphères de la société.

Ainsi, les gouvernements au fil des politiques successives ont mis en place des moyens de lutte contre les déserts médicaux passant par des mesures incitatives au détriment des mesures coercitives inexistantes.

Par exemple, en 2012, le gouvernement a mis en place le premier pacte territoire santé. Dans le cadre de ce pacte, des mesures incitatives pour l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires ont été prises et des structures de soins ont été développées.

En 2016, le second pacte territoire santé renforce les mesures du premier pacte et propose de nouvelles afin d'améliorer l'accès des patients aux soins et d'accompagner les médecins dans leur quotidien. À travers le pacte territoire santé le gouvernement veut remplir ses engagements qui sont : d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les inégalités entre les territoires.

¹² Khaled Larbi (pôle-emploi population INSEE) Delphine Roy (DREES) 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 (n°1767). 5= France, portrait social, édition 2019

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 vise aussi le pacte territoire. Les pactes visent à améliorer la répartition des médecins sur le territoire, il prévoit des mesures incitatives et des aides financières pour favoriser l'installation des praticiens dans les zones déficitaires.

Les gouvernements ont toujours choisi les mesures incitatives pour lutter contre les déserts médicaux. En 2017, déjà la cour des comptes disait que ces mesures incitatives dont la majorité sont financières, n'avait pas un impact durable sur le phénomène. Tout comme le gouvernement, les collectivités territoriales se sont saisies de la question des déserts médicaux.

Très récemment, les pouvoirs publics mettent en œuvre des solutions innovantes pour lutter contre la désertification médicale. En effet, pour le gouvernement, la lutte passe par exemple par : la démographie médicale, l'organisation du temps médical et le renforcement du maillage de l'offre de santé.

Les collectivités territoriales qui ont été énormément sollicitées durant la crise sanitaire, mettent aussi en place des leviers de lutte innovants contre la désertification médicale. Cela passe par exemple par les terrains de stage, avec le financement des maîtres de stage, la mise en place des centres de santé ou encore, les offres de santé itinérante avec des bus de santé et des cabinets médicaux mobiles.

Enfin, la question de la régulation de la liberté d'installation n'a jamais été autant abordée qu'actuellement. Des propositions et des projets de loi depuis quelques années se succèdent et souhaitent la mise en place d'un conventionnement sélectif pour promouvoir l'installation des médecins dans tous les territoires, même ceux qui sont peu attractif.

La planification de la politique de santé semble être en décalage avec les besoins des territoires et la demande de proximité des citoyens. Au fil des années, les tentatives d'ajustement de la répartition des professionnels de santé, produits des effets mitigés et les solutions coercitives notamment sur la liberté d'installation se heurtent à de fortes oppositions des médecins.

Il apparaît nécessaire de s'interroger si les tensions démographiques ou ce que l'on appelle communément la désertification des professionnels de santé sont liés à des problèmes de régulation ou plutôt à un manque de médecin sur le territoire ?

La désertification médicale est une problématique complexe et actuelle de notre société, liée au ressenti du manque de médecins en France (**PARTIE I**), dont l'importance conduit les

acteurs à mettre en œuvre des outils de régulation pour lutter activement contre elle. (**PARTIE II**)

PARTIE 1 :LA DESERTIFICATION MEDICALE PROBLEMATIQUE, COMPLEXE LIEE AU RESENTI DU MANQUE DE MEDECINS EN FRANCE

La problématique de la désertification médicale est souvent assimilée au manque de professionnels de santé sur le territoire. À travers cette première partie, nous verrons que ce phénomène fait surtout référence à la mauvaise répartition des professionnels de santé sur les territoires. Les rapports de la DREES montrent qu'il y a une diminution du nombre de généralistes par exemple, mais ce nombre est compensé par le nombre des spécialistes qui augmente. Le véritable enjeu des déserts médicaux, c'est la répartition des médecins. Cette répartition se fait selon un certain nombre de déterminants qui influence le choix d'installation du médecin.

Les déserts médicaux ne cessent de croître et ne sont pas l'apanage zones rurales. Aujourd'hui, ce phénomène s'intensifie dans les grandes villes telles que Paris, Toulouse ou encore Lille dans les zones dites sensibles. Les conséquences de ce phénomène sont importantes. En effet, les usagers du système de santé face au manque de présence humaine médicale, préfèrent renoncer aux soins et ainsi vivre avec une santé qui se dégrade.

La question de la désertification médicale revient de plus en plus dans le débat politique, nous avons pu le constater durant la dernière élection présidentielle, où chaque candidat abordait inévitablement la question des déserts médicaux. Les médias, les pouvoirs publics et la population accordent une attention particulière à ce sujet compte tenu du vieillissement de la population ou encore de l'augmentation des besoins de santé de la population.

Chapitre I : l'évolution du nombre de médecins en France

La France est dans un paradoxe, il ne manque pas de médecin. Cependant, la situation actuelle se caractérisant par les déserts médicaux laisse à penser qu'il y a un manque de médecin. Aujourd'hui, l'évolution du nombre de médecins subit le papi-boom. Il y a donc une véritable tension sur la démographie médicale, c'est-à-dire qu'il y a en effet une baisse des effectifs dans certaines disciplines de la médecine, mais pas toutes. Le véritable enjeu, est la répartition des professionnels de santé sur le territoire. La répartition ne se fait pas forcément selon les besoins de santé, mais en fonction de déterminants attachés à la sphère personnel du médecin ou à l'attractivité du territoire.

Section 1 : la densité médicale, constat

Le constat du nombre de médecins en France (A) ainsi que la manière dont ces derniers sont répartis (B) sur le territoire sont des données primordiales à la compréhension des déserts médicaux.

A) Le nombre de médecins en France en comparaison au niveau international

a. Le nombre de médecins au niveau national

La démographie des professionnels de santé est nécessaire, car il s'agit d'un enjeu crucial pour la mise en œuvre des politiques d'organisation de l'offre de soins. Afin de répondre aux besoins de santé de la population, il est nécessaire de savoir par exemple combien de médecins sont disponible sur le territoire à court terme, mais aussi pour les années suivantes. Actuellement, l'organisation des soins tient compte du nombre de médecins présent sur le territoire.

Il convient d'indiquer que le nombre de médecins, actuellement, résulte essentiellement du numerus clausus, qui avait pour objectif de fixer le nombre de places en deuxième année d'études de médecine. Le numerus clausus crée en 1971 et fixé par arrêté pris conjointement par le ministre de la Santé et le ministre de l'enseignement supérieur. Le numerus clausus devait

donc limiter l'entrée dans les études médicales, il a une véritable influence sur les effectifs de médecins en activité actuellement et ceux des années futures.

Pendant les premières années de sa mise en place, jusqu'en 1977, 8 500 places par an environ étaient offertes pour l'entrée dans les études de médecine (**Annexe n°1**). Ensuite, il a diminué fortement jusqu'en 1993 où il a atteint un minimum de 3 500 places offertes par an. Ce niveau faible a été maintenu pendant les cinq années suivantes. Il a été ensuite fortement rehaussé dans le but de remplacer à terme les départs en retraite des médecins issus du baby-boom et formés avant les restrictions du numerus clausus. La hausse, très forte entre 2000 et 2005, s'est ralentie jusqu'au milieu des années 2010, mais pour repartir ensuite et atteindre un peu plus de 9 300 places ouvertes en 2020.

Lors du discours sur le Plan Santé en 2018, le président Macron avait déclaré que « le système est absurde. [...] Aujourd'hui, c'est un gâchis qui concerne chaque année 25 000 étudiants ». Ainsi, la réforme des études de santé portée par la loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 met fin à ce dispositif qui limitait le nombre d'étudiants. Le numerus clausus devient donc numerus apertus. La PACES disparaît au profit du Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) qui donne accès aux filières Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie. À cela, s'ajoute la création de la Licence avec option accès Santé (LAS), qui donne aussi accès aux études médicales. La PASS représente environ 60 % des admis et la LAS donne 40 % des places pour entrer en 2^e année¹³. Ce nouveau système a pour but de donner un nombre minimum d'étudiants et non en limiter le nombre comme l'ancien numerus clausus. Il permet donc de proposer des flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et plus concertée, afin de répondre aux besoins de santé de la population installée dans les territoires. Ce sont les universités en collaboration avec les ARS qui vont décider du chiffre. Pour autant, le numerus apertus sera choisie en fonction de la capacité de l'université, donc il reste toujours un moyen sélectif à l'entrée des études de médecine. La loi continue donc de permettre l'utilisation du levier de formation comme un outil de pilotage à long terme de la démographie médicale.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), au 1er janvier 2021, la France recense **312 172** médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins. En 2020, ce chiffre était **307 130**. Nous avons donc une augmentation entre 2020 à 2021 de 1.6% soit 5 042 médecins

¹³ Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022

en plus. Comparé à l'année 2010, le conseil de l'ordre constate une augmentation de 19.4 %, soit 50 794 médecins en plus.

Soulignons néanmoins que malgré cette croissance, s'agissant de la médecine libérale, depuis 2012 le constat est qu'il y a une raréfaction de l'exercice libéral. Les professionnels de santé sont de plus en plus nombreux à faire le choix d'un exercice mixte qui combine les activités libérales et salariées. Selon la DREES¹⁴ depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % alors que le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4 %. En 2021, 94 500 médecins généralistes et 120 000 spécialistes hors médecine générale sont en activité. Parmi les spécialités hors médecine générale, la psychiatrie compte l'effectif le plus important, avec environ 14 000 professionnels, soit près de 12 % des effectifs. Puis la chirurgie avec 11 % des effectifs, l'anesthésie et la réanimation (9 %), le radiodiagnostic et l'imagerie médicale (7 %). Cette tendance va mécaniquement s'accroître dans les prochaines années. La diminution de l'exercice libéral s'explique notamment par les nombreux départs à la retraite qui ne sont pas toujours remplacés, car comme nous l'avons indiqué précédemment, il y a une appétence pour exercice mixte au détriment de l'exercice libéral exclusif. Ainsi, par exemple, en 2012, la part des gynécologues de plus de 55 ans en exercice exclusivement libéral était de 66% contre 20% en 2021.

À travers ces chiffres, le constat est que le nombre de médecins augmente progressivement malgré une diminution du nombre de médecins généralistes. Par ailleurs, la baisse du nombre de généralistes est compensée par la hausse du nombre de spécialistes, notamment grâce à l'arrivée importante de médecins à diplôme étranger.

b. La densité médicale au niveau international

Pour apprécier la situation de la France en termes de densité médicale, il convient de faire une brève comparaison avec les pays de l'OCDE. L'augmentation du nombre de médecins est observable aussi au niveau international : ce nombre est passé d'environ 2.8 millions en 2000 à 3.4 millions en 2010 et à 4.1 millions en 2019. Dans la plupart de ces pays, ce nombre est passé de 2.7 pour 1 000 habitants en 2000 à 3.6 pour 1 000 habitants en 2019 (**Annexe n°2**). Lorsque nous analysons le graphique, nous pouvons voir que certains pays comme la Turquie ou la Pologne comptaient moins de 2.5 médecins pour 1 000 habitants alors que d'autres

¹⁴ Anguis (M), Maxime Bergeat (M), Pisarik (J), Vergier(N), Chaput (H), Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, la DREES N° 76 mars 2021

comme l’Autriche, ou le Portugal comptaient plus de 5. En 2019, l’OCDE estimait que la France avait une valeur de **3.2** médecins pour 1000 habitants. Ce chiffre passe à **3.4** selon les données de l’OCDE en 2021¹⁵ (**Annexe n° 3**). La France, par rapport à d’autres pays, est bien desservie en présence médicale sur le territoire.

La DREES, dans son rapport cité supra, dresse des projections de la démographie médicale en France jusqu’en 2050 : pour les médecins, les effectifs projetés diminuent jusqu’à l’année 2024 pour 209 000 médecins en activité, soit 2,7 % de moins qu’en 2020. Cette diminution de médecins serait le résultat des *numerus clausus* faibles des années 1990 et des cessations d’activité de générations nombreuses, entrées avant ce resserrement. Entre 2024 et 2030, les projections montrent une légère augmentation de médecin. Ils augmentent de 18 % par rapport au niveau actuel à l’horizon 2040 et de 36 % à l’horizon 2050, avec 292 000 médecins en activité projetés à cette date. De manière générale, en fonction des données citées supra, les services du ministère de la Santé estiment que les effectifs de médecins, toutes spécialités confondues, vont stagner jusqu’à 2030, plus particulièrement jusqu’à 2028. Puis, une hausse significative sera observée entre 2030 et 2050 : la croissance moyenne annuelle des effectifs sera d’environ +1,5 %. S’agissant des médecins généralistes, la DREES indique qu’il y aura une croissance relativement importante à partir de 2030. Il y aura 94.350 médecins généralistes en 2022 puis 92.765 en 2028, 93.881 en 2030 et 129.152 en 2050.

Le nombre de médecins augmente depuis des années comme indiqué plus haut. Ainsi, la désertification médicale ne résulte pas d’une pénurie du nombre de médecins en tant que telle. Il y a une tension sur la démographie médicale, c’est -à- dire qu’il y a une baisse pour certaines branches de la profession médicale comme par exemple la médecine libérale avec un recul particulièrement marqué pour certaines spécialités telles que la gynécologie ou la dermatologie. Mais cela ne concerne pas toutes les professions médicales. Par conséquent, la France est bien desservie au regard de la masse globale des médecins. La question des déserts médicaux ce n’est pas tant le nombre de médecins, mais plutôt la question de la répartition des médecins sur le territoire.

B) Une répartition inégale des médecins sur le territoire

¹⁵ OCDE (2022), Médecins (indicateur). doi: 10.1787/fac6183d-fr (Consulté le 27 août 2022) <https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm>

a. La répartition géographique au niveau départemental

Pour commencer, la densité médicale est une variable qui mesure le nombre de professionnels de santé par rapport à la population d'un territoire donné. Elle est calculée sur la base de 100 000 habitants. Elle permet ainsi, d'appréhender l'offre de soins en déterminant si cette offre est excédentaire ou au contraire déficitaire par rapport à la population concernée. La densité médicale en France n'est pas la même pour l'ensemble du territoire. L'offre de soins est, très inégale selon les régions, les départements, et même des bassins de vie. L'indicateur local d'APL calculé au niveau de chaque commune, permet de connaître la part de la population résidant dans une commune où l'APL est inférieur à la valeur nationale de 2,5 consultations par an (**annexe n°4**). Grace à cet indicateur, nous pouvons en déduire que pour les médecins généralistes qu' « *entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25 % de Français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien lotis est passé de 1,07 à 1,21 et la part de population résidant dans une région dont la densité est inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale a progressé pour atteindre 4 % en 2021, contre 1 % en 2012*¹⁶ ». Selon la Drees, treize départements présentent une densité de médecins généralistes inférieure de 25 % à la moyenne nationale¹⁷. Cependant, cinq autres départements ont une densité supérieure de 25 % à la moyenne nationale¹⁸.

Selon un rapport de l'Assemblée nationale du 12 janvier 2022, tous les médecins, généralistes comme spécialistes sont concernés par ce phénomène de répartition inégale sur le territoire, « *Au total, ce sont en effet 52 départements qui disposent d'une densité de médecins spécialistes inférieure de plus de 25 % à la moyenne nationale. 15 d'entre eux ont même une densité de médecins spécialistes inférieure à 100 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 189*¹⁹. *À l'inverse, 11 départements ont une densité de médecins spécialistes supérieure de plus de 25 % à la moyenne nationale*²⁰. *L'Île-de-France concentre 24 % des médecins*

¹⁶ Les dossiers de la DREES n° 76, op. cit

¹⁷ Mayotte, l'Eure, la Seine-et-Marne, l'Eure-et-Loir, le Val-d'Oise, l'Aisne, l'Ain, le Cher, l'Oise, la Seine-Saint-Denis, le Loiret, l'Essonne, la Mayenne et l'Yonne.

¹⁸ Les Hautes-Alpes, Paris, la Savoie, les Pyrénées-Atlantiques et les Hautes-Pyrénées

¹⁹ Mayotte, la Meuse, l'Eure, l'Ain, la Mayenne, la Guyane, la Haute-Loire, la Lozère, la Creuse, l'Indre, le Gers, la Haute-Saône, la Vendée, les Deux-Sèvres et l'Orne

²⁰ Paris, le Rhône, les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, le Val-de-Marne, la Gironde, la Haute-Garonne, la Côte-d'Or, les Hauts-de-Seine et la Meurthe-et-Moselle.

spécialistes, alors que seuls 18 % de la population française y réside. La Ville de Paris dispose, à elle seule, d'une densité de médecins spécialistes représentant deux fois la densité du deuxième département le mieux doté (le Rhône) et trois fois la densité nationale ». (**Annexe n°5**)

b. La répartition au niveau régional

Au niveau **régional**, selon la DREES²¹, les médecins s'installent le plus dans le Sud de la France. En effet, le constat en 2021 est le même qu'en 2012 : les médecins sont concentrés dans la moitié sud de la France ainsi qu'en Île-de-France (**annexe n°6**). Dans les régions du sud, elle dépasse la moyenne nationale de 318 médecins pour 100 000 habitants. Par exemple, la région qui a la densité de médecins la plus élevée est la Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 377 médecins pour 100 000 habitants. La région Île-de-France, quant à elle, bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants. L'Île-de-France est marqué par un paradoxe caractérisant la problématique de la répartition de la démographie médicale. En effet, alors qu'elle est la région la mieux dotée en spécialistes avec 229 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, soit pratiquement 30 % de plus que la moyenne nationale et 6 % de plus que Provence-Alpes-Côte d'Azur, la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11 % à la moyenne nationale.

S'agissant des médecins généralistes, leur répartition sur le territoire est affectée par la diminution de leur densité causée notamment par la part de MG et l'augmentation de la population. Leur densité passe ainsi de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021. Cette diminution affecte l'ensemble des régions françaises mise à part la Bretagne où la densité passe de 151 à 156 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Paradoxalement, à la diminution du nombre de généralistes, le nombre des spécialistes augmente. La densité de médecins spécialistes augmente ainsi entre 2012 et 2021 passant de 172 à 178 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Ainsi, entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25 % de français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien lotis est passé de 1,56 à 1,41 et la part de population résidant dans une région dont la densité est inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale a diminué pour atteindre 11 % en 2021, contre 28 % en 2012.

²¹ Anguis (M), Maxime Bergeat (M), Pisarik (J), Vergier(N), Chaput (H), Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, la DREES N° 76 mars 2021

La **répartition géographique** des médecins spécialistes est très fortement marquée par une concentration en Île-de-France avec 24 % de médecins spécialistes en exercice pour 18 % de la population et dans le sud de la France. Les régions les moins dotées restent les régions limitrophes de l'Île-de-France, en particulier la Picardie et la région Centre. La région Pays-de-la Loire, dont la densité était parmi les plus faible en 2012 a connu une augmentation importante du nombre de médecins spécialistes en exercice, la densité passant de 135 spécialistes pour 100 000 habitants à 146, soit + 7 % ; elle conserve toutefois malgré cela une densité inférieure de 18 % à la moyenne nationale (**annexe n° 7**).

c. La densité médicale standardisée

Enfin, en fonction de la densité médicale standardisée, c'est-à-dire la densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants pondérée par la consommation de soins, la répartition est aussi variable selon les territoires. Ainsi, les régions Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur représentent les régions les mieux pourvues alors que l'ancienne région Centre et les régions limitrophes l'Île-de-France disposent de la densité médicale standardisée la plus faible.

Nous constatons donc que les inégalités territoriales sont très prononcées entre les régions et les départements. Les problèmes de l'accès aux soins s'attachent surtout à la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Les médecins ne s'installent pas toujours là où il y a un besoin en santé, car « *les médecins continuant à affluer vers les spécialités attractives et vers les zones urbaines prospères* ». Il convient de s'interroger sur les déterminants qui agissent sur le choix d'installation des professionnels dans un territoire plutôt qu'un autre.

Section 2 : les déterminants potentiels justifiant le choix d'installation du médecin

Deux catégories de facteurs sont mobilisées pour expliquer les choix de localisation des médecins : des facteurs spécifiques au médecin(A), et les facteurs qui sont attachés à la zone en elle-même (B)

A) Les facteurs décisifs attachés à la sphère personnelle du médecin

Depuis de nombreuses années, plusieurs études en France étudient les motifs qui sont susceptibles d'influencer l'installation des médecins dans une zone plutôt qu'une autre. Bien que les médecins jouissent de la liberté d'installation, liberté fondamentale pour tout médecin, cela ne peut justifier à elle seule le choix de la zone d'installation. Les quelques études sur les

motifs d'installation en France sont unanimes, il y a des critères d'ordre personnels qui impactent de manière évidente l'installation des médecins dans un territoire.

En 2019, le CNOM au niveau de la commission jeune médecin avait procédé à une enquête sur les déterminants de l'installation des internes, des remplaçants exclusifs et des installés. D'après cette enquête, le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé et, dans une moindre mesure, les aides financières, sont des facteurs qui influencent inévitablement le choix d'installation des médecins dans les territoires.

a. L'importance du territoire et la proximité familiale :

Pour les internes comme pour les médecins remplaçants, l'installation est étroitement liée à la dimension territoriale. Ainsi, 62% et 57% d'entre eux considèrent que la qualité des services publics est un facteur essentiel dans leur décision de s'installer dans un territoire. La dimension familiale est également primordiale à leurs yeux, 61 % et 60 % affirmant que la proximité familiale pèse fortement dans leur choix. Quant aux médecins déjà installés, le facteur primordial à leur installation est la présence des services publics, puis les équipements culturels et sportifs et les transports. Les territoires qui attirent sont ces territoires non isolés qui permettent d'avoir un cadre de vie ouvert afin de concilier le travail et le divertissement.

La sphère familiale est d'autant plus importante que l'enquête montre que 86 % des internes ayant un conjoint affirment que cela influence énormément leur lieu d'installation (**annexe n°8**)

b. L'importance d'une implantation d'autre médecin sur le territoire

L'enquête révèle que les professionnels de santé ont une attente assez particulière s'agissant des conditions d'exercice de leur profession et une attente particulière sur les conditions d'exercice. En effet, les futurs médecins ne veulent plus travailler seule. Cette tendance du travail coordonné est nécessaire pour limiter les heures de travail, limiter les gardes et surtout de pouvoir assurer la permanence des soins sans pour autant créer une charge supplémentaire de travail. Aujourd'hui, les jeunes ne veulent plus travailler 70 heures semaine comme les anciens. Dans ce sens, respectivement, 82% des internes et 87% des remplaçants pensent que les horaires et le rythme de travail ont un impact sur la décision du lieu et du mode d'installation. Il y' a vraiment une recherche d'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. Pour pouvoir concilier les deux sphères, 72% des internes disent vouloir

s'installer dans des zones où l'exercice groupé, dans le cadre d'une activité mixte, libérale en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire est possible. A l'inverse, seulement 3% disent pouvoir exercer seul. Au-delà de l'exercice groupé, les jeunes médecins souhaitent avant tout, pouvoir disposer d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire, sur lequel s'appuyer. L'implantation d'un autre médecin sur le territoire est un point déterminant et essentiel non seulement pour 81% des internes, mais aussi pour 87% des remplaçants interrogés.

c. Les aides financières sont estimées importantes, mais pas déterminantes pour l'installation :

Pour 59% des internes et 43% des remplaçants, l'échec économique d'une installation peut être source de crainte. Face à cette réelle appréhension du risque économique, les aides financières à l'installation sont perçues comme importantes, mais pas déterminantes (48% des internes et 47% des remplaçants les considèrent comme peu ou partiellement déterminantes). En conclusion, les aides financières ne constituent pas un facteur prédominant qui détermine l'installation des médecins, même si leur importance semble réelle notamment auprès des jeunes générations.

De manière générale, les facteurs déterminants qui influencent l'installation n'ont guère changé, ce sont quasiment toujours les mêmes au fil des études et rapports sur le sujet. Selon la thèse de Pauline LEMOINE en 2014 sur « les facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généraliste et opinion sur les mesures incitatives », les médecins sondés pensaient tenir compte d'éléments d'ordre privé pour leur choix de leur lieu d'installation tels que la proximité de plusieurs services, proximité du travail du conjoint, proximité des établissements scolaires, crèches et garderies, transport, service, loisir. La prise en compte de la sphère personnelle avait été soulignée en 1999 par une enquête de la DREES qui rapportait que 81% des jeunes médecins libéraux français pensaient tenir compte d'éléments d'ordre privé pour le choix de leur lieu d'installation. Enfin, en 2005, l'étude de la DREES sur la situation professionnelle des conjoints de médecins montre encore l'importance de cette sphère²².

Les médecins qui ne veulent pas s'installer en milieu rural donnent comme raisons : la charge de travail qui rallonge les horaires de travail qui ne coïncide pas avec l'aspiration familiale des

²² DREES, BREUIL-GENIER (P), SICART(D), La situation professionnelle des conjoints de médecins, n° 430, septembre 2005

futurs médecins ; l'isolement et surtout le manque de loisirs et de divertissements pouvant caractériser le manque d'attractivité du territoire.

B) Les facteurs décisifs attachés aux zones d'installation : l'attractivité des territoires

a. L'importance de l'attractivité du territoire pour l'installation du professionnel de santé

L'attractivité du territoire a une importance capitale dans le choix d'installation des médecins. L'attractivité des territoires est une variable très importante dans le choix d'installation des professionnels de santé. Il existe une forte corrélation entre les zones sous-dotées en médecin et la faible attractivité de ces territoires. Selon une enquête réalisée par la DREES en 2020, les zones sous-denses et, dans une moindre mesure, celles qui le sont devenues, sont moins bien équipées que la moyenne, que ce soit en matière de commerces, d'établissements scolaires ou d'équipements sportifs et culturels²³. Comme nous l'avons vu précédemment, les internes tout comme les remplaçants veulent s'installer dans des zones qui leur offrent des garanties pour leur vie professionnelle, mais aussi leur vie personnelle. Le caractère attractif d'un espace en termes d'installation et de maintien pour les professionnels de santé dépend donc de la présence de confrères sur le territoire afin de ne pas à voir trop de charge de travail, la présence de transports, de service public, de divertissement, d'école. Ces manques peuvent freiner les installations non seulement l'arrivée des professionnels de santé, mais aussi des populations ; une croissance démographique particulièrement faible pourrait traduire le manque d'attractivité d'un territoire.

Les déserts médicaux sont souvent assimilés aux zones peu attractives et isolées géographiquement. Cependant, il convient de relativiser le propos, actuellement certaines banlieues parisiennes manquent cruellement de la présence de médecin. Cela porte à réflexion notamment sur la particularité de cette problématique que nous aborderons dans le chapitre suivant. À l'inverse, les territoires demeurant bien dotés sont ceux qui ont le plus d'équipements, notamment en commerces, en écoles ou en théâtres et cinémas. DREES indique dans le rapport précité, que les densités de médecins spécialistes autres que généralistes et de professionnels paramédicaux y sont particulièrement élevées. Il s'agit de territoires très

²³ DREES, en 2018 les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, n°1144, février 2020

densément peuplés : plus de la moitié de leurs habitants résident dans un grand pôle urbain. De plus, ils sont attractifs, avec une forte croissance démographique.

Les territoires, face au manque d'installation des médecins, aux difficultés croissantes des habitants, vont mettre en œuvre des politiques pour attirer des médecins quitte à surenchérir et entrer dans une forme de concurrence avec d'autres territoires. Selon Isabelle Dugelet²⁴, maire d'un village de 850 habitants dans la Loire, la Gresle, et membre de la commission santé de l'Association des maires ruraux de France (AMRF), « les choses sont en train de s'emballer en matière de démographie médicale, la tension monte et va continuer de monter durant encore une dizaine d'années ».

b. Le constat d'une concurrence ou de la surenchère entre les collectivités territoriales

La concurrence médicale est un sujet évoqué de plus en plus dans les débats publics, mais est-elle évitable ? Aujourd'hui existe une réelle rivalité entre territoire pour avoir des médecins. Cela, passe notamment par : des incitations financières, des aides à l'installation (logement gratuit, cabinet gratuit), la création des MSP. De plus, de nombreuses collectivités n'hésitent pas à contacter directement les médecins des autres communes pour les inciter à s'installer dans les leurs. Cette concurrence peut être qualifiée de déloyale et profite inévitablement aux collectivités plus grandes et qui ont plus de moyens financiers sans laisser de levier d'action aux plus petites ou les moins riches communes. Il s'agit là d'une vraie problématique qui risque de perdurer dans le temps compte tenu des prévisions de la DREES sur la démographie médicale en France dans les prochaines années. En 2021, André Accary, président du conseil départemental de Saône-et-Loire disait que « la concurrence médicale entre territoires sera sans doute plus féroce dans les années qui viennent. Elle est prévisible étant donné l'absence d'actions correctrices de l'Etat sur la démographie médicale ». Le sénat en octobre 2021 avait publié un rapport intitulé « les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action », où il indique que « la multiplication désordonnée d'opérations séduction visant à attirer des médecins peut conduire à des tensions concurrentielles entre les territoires et à accentuer ainsi la désertification²⁵ ».

²⁴ Langlois (G), Démographie médicale : la concurrence entre territoires est-elle évitable ? santé social, décembre 2021

²⁵ *Ibid*

Pour éviter cette concurrence déloyale, il préconisait « la création d'une mission de réflexion, associant le ministère de la Santé et les associations d'élus, sur ce sujet qui dépasse la simple régulation de l'installation des médecins libéraux en fonction de la densité médicale des territoires. ». Une autre possibilité serait, d'agir sans doute au niveau du Département afin de limiter la concurrence au niveau local. C'est le choix qu'a fait le Lot-et-Garonne qui a adopté à l'unanimité en février 2021 « une charte d'engagement réciproques » qui permet à ses signataires de s'engager à s'aider mutuellement dans leurs démarches et surtout à ne pas solliciter ou détourner les médecins qui sont installés dans un périmètre de 30 kilomètres.

Dans ce premier chapitre, nous avons pu voir que la France fait face à un paradoxe, en effet, hormis la diminution des médecins généralistes, on observe une croissance du nombre de médecins en France. Le problème de la désertification ne renvoie pas tant que ça, au nombre de médecin mais plutôt à leur répartition sur le territoire qui est inégale. A côté de la liberté d'installation, il y a d'autres facteurs qui influencent l'installation des médecins tels que les facteurs liés à la vie privé et d'autres liés à la vie professionnelle du médecin installé ou des futurs médecins. La désertification médicale provoquée par la mauvaise répartition est un sujet aux retentissements politiques. Ainsi, les pouvoirs publics accordent une attention particulière à ce phénomène compte tenu de ses enjeux, ses conséquences pour la population en termes de santé et de son particularisme.

Chapitre 2 : la présence récurrente de la désertification dans le débat public touchant toutes les sphères de la société française

La désertification médicale est un véritable serpent de mer, existant depuis des années, cette problématique est plus que jamais une réalité de notre société actuelle. Ils ne sont pas toujours

là où on les attend, bien longtemps ce terme était assimilé aux zones rurales. La réalité, est telle qu'un désert médical pour plusieurs raisons se situe non seulement en zone rurale, mais aussi dans les grandes villes dans les zones dites sensibles. Face à la propagation toujours croissante des déserts médicaux sur le territoire, aux conséquences désastreuses pour la continuité des soins des usagers du système de santé, la société lui accorde une attention particulière. Bien que la prise de conscience de ce phénomène ne soit pas actuelle, le terme de désert médical est de plus en plus cité dans les articles de presse pour mettre en avant la perte d'un village du médecin généraliste mettant en difficulté l'accès aux soins de premier recours. Il y 'a une véritable implication à tous les niveaux de la société s'agissant de cette problématique, et cela s'explique par les enjeux de la désertification médicale. En effet, la santé est un droit consacré par le Conseil constitutionnel. Sa protection doit être nécessairement assuré.

Section 1 : la désertification médicale, problématique actuelle et récurrente de notre société

A) La progression des déserts médicaux aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain : particularisme du fléau

Les déserts médicaux ne sont pas l'apanage des campagnes. Même dans les grandes villes, l'accès au soin se détériore malgré la densité médicale importante. La particularité des déserts médicaux réside inévitablement dans les raisons du refus d'installation selon que l'on est en zone rurale ou urbaine.

a. Les déserts médicaux en zones rurales

En effet, les jeunes médecins refusent de s'installer en campagne pour éviter l'isolement et le changement radical dans leur mode de vie. En 2021, l'AMRF a demandé une étude au géographe et spécialiste de l'approche territoriale de la santé Emmanuel VIGNERON sur l'étendue des déserts médicaux en zones rurales. Cette étude a mis en lumière que le nombre de déserts médicaux en ruralité, aurait augmenté de 62 % entre 2010 et 2018. D'après cette étude, « l'accès aux soins de qualité inférieure à celles de la moyenne des territoires français » en ruralité et dix millions de Français vivraient dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à la moyenne nationale.

Monsieur VIGNERON souligne dans son enquête que la densité de médecins toutes spécialités confondues pour 1 000 habitants « est systématiquement inférieure à la campagne par rapport aux territoires hyper-urbains ». « On compte par exemple plus de deux fois moins de spécialistes pour 1000 habitants dans les départements hyper-ruraux ». Et le taux de cantons dépourvus de médecins aurait augmenté de 62 % entre 2010 et 2018, passant de 91 territoires à 148. La situation pour l'avenir ne semble pas favorable si les médecins ne s'installent pas dans ces zones et continuent de privilégier les villes. En effet, l'étude souligne « Plus de la moitié des médecins en milieu rural sont âgés de plus de 55 ans et un bon nombre a déjà largement dépassé les 70 ans ».

b. La progression dans les villes : les zones dites sensibles

Bien que les déserts médicaux soient en majorité dans les zones rurales, les déserts médicaux gagnent même les grandes villes et stations balnéaires. Les médecins sont de moins en moins nombreux face aux besoins de la population qui augmentent. Le fait que ce phénomène touche les villes montre bien qu'ils ne sont pas là où on les attend le plus. « Ce n'est pas parce qu'on est dans une grande ville qu'il n'y a pas des zones désertifiées. Ainsi, dans de grandes villes comme Paris ou Toulouse, les jeunes médecins ont du mal financièrement à s'établir, à trouver un cabinet de taille suffisante à un prix abordable et surtout, ils prônent l'insécurité grandissante dans certains quartiers. Le docteur Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des médecins généralistes de France (FMF) affirme que « les patients dans certaines grandes villes ont de plus en plus de mal à trouver un médecin référent et doivent attendre des mois pour obtenir un rendez-vous chez les spécialistes ». Les quartiers prioritaires de la ville ou des départements tel que la Seine-Saint-Denis sont particulièrement touchés par le manque de médecins et les spécialistes sont en moyenne trois fois moins nombreux que dans les autres unités urbaines.

Dans l'Atlas 2017 de la démographie médicale, le conseil de l'Ordre remarque que la « quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors des zones déficitaires déterminées par les agences de santé ». Monique REVELLI, directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé l'Ile-de-France durant la crise de la Covid-19, affirme que « malgré la densité médicale importante, il y a certains quartiers de Paris où il y a peu d'implantations de médecins. Alors, les centres de dépistage du coronavirus permettent aux habitants d'avoir recours à un médecin et à du personnel infirmier beaucoup plus facilement ». En réponse à la

complexité et la multiplication des déserts médicaux, des moyens d'action et de lutte sont mis en place.

1) L'insécurité et le vandalisme dans certains quartiers en ville

Lille du fait de son attractivité, ne peut être qualifié de désert médical. Cependant, il est parfois difficile de trouver un médecin traitant dans certains quartiers. Alors comment expliquer ce phénomène ?

Pour le Dr Jean-François Rault, Président du conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins affirme qu'à Lille, « Il y a beaucoup de spécialistes, mais il est difficile de trouver un médecin de famille » bien que Lille soit bien loti en termes de médecin avec 110,50 médecins pour 100 000 habitants. La moyenne nationale est de 153/100 000 habitants, mais Lille est attractive et remplit les facteurs qui influencent l'installation « Pour ceux qui s'installent, trouver un travail pour le conjoint est essentiel. À Lille, c'est possible ».

Cependant, le quartier de Lille- Sud est un désert médical.

Pour le Dr Rault, l'insécurité et la toxicomanie à Lille Sud justifient le manque de médecin dans le quartier de Lille-Sud, il ajoute, « J'ai eu les témoignages de médecins qui racontent que parfois, rien que rentrer dans les immeubles, c'est très compliqué. Certains ont leur cabinet vandalisé ». L'Union régionale des professionnels (URPS) à travers le Dr Kornobis confirme ces propos et souligne, que l'insécurité concernent aussi les autres professionnels de santé « Les infirmiers pourraient sans doute mieux témoigner. Sans compter les pompiers qui se font caillasser. C'est toute l'offre de service public qui est ciblée. ». A cause de cette insécurité, malgré les aides financières pour l'installation, les médecins ne veulent pas.

Ce problème de sécurité pose problème à la ville, cela peut avoir pour effet de pousser des familles à partir ailleurs. Ainsi, la ville a mis en place un dispositif de sécurité. Durant la conférence de presse de rentrée, Martine Aubry annonçait de nombreuses idées sur le volet de la sécurité telles que : l'installation de 50 caméras de surveillance et le déploiement de 50 policiers municipaux supplémentaires

2) Le prix de l'immobilier :

Le prix du foncier dans les grandes villes et les zones côtières peut également expliquer cette désaffection quand on sait que 43 % des remplaçants estiment que la possibilité d'un risque économique est un frein à l'installation, selon cette même enquête de l'Ordre. Le taux monte même à 59 % chez les internes.

Le coût du foncier est un vrai frein. Le docteur Rault, du Nord, observe que « les jeunes médecins ne s'installent pas trop sur Lille même, mais plutôt en périphérie, dans une petite ville autour, où l'immobilier sera moins cher ». Cette problématique des loyers touche les grandes villes et notamment la Capitale où les loyers sont extrêmement chers.

Comme nous l'avons déjà vu, le territoire ne doit pas être attractif que pour le médecin, mais aussi pour son conjoint ou conjointe. La première motivation à l'installation, c'est la proximité de services pour sa famille : école, services du quotidien et surtout l'emploi pour l'autre moitié du couple.

B) En conséquence, des difficultés d'accès aux soins pour les usagers et une surcharge de travail pour le professionnel de santé déjà installé

L'organisation territoriale de l'offre de soin a inévitablement des conséquences sur l'accès aux soins des usagers du système de santé dans les territoires qui sont le moins bien dotés en professionnels de santé ou en infrastructures de soins. Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés pour la continuité des soins des populations, mais aussi pour la santé des professionnels de santé installés dans ces zones. Nous pouvons citer tout d'abord :

a. Le renoncement aux soins

D'après un rapport réalisé par la DREES²⁶, 1600 000 Français sont concernés par le renoncement aux soins. Cela représente 3,1% des personnes de 16 ans ou plus vivant en métropole. La raréfaction de l'offre a donc des effets différenciés selon les classes sociales. Ainsi, pour les personnes les plus fragiles, il y a un risque qui est multiplié par 3 de renoncement aux soins. Lorsque les personnes de faible revenu sont dans des déserts médicaux, ce risque est huit fois supérieur à celui du reste de la population. Ce constat est confirmé par une étude qualitative menée auprès de patients, montrant que la faible accessibilité géographique aux

²⁶ DREES, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », Études et Résultats, n° 1200, juillet 2021

soins influence les parcours de soins, lorsqu'elle est cumulée avec d'autres difficultés, notamment organisationnelles ou financières²⁷

Au niveau des autres pays, selon un classement relatif aux besoins non satisfaits en matière de santé, la France n'est pas du tout bien située (**annexe n°9**).

La désertification médicale se traduit bien souvent pour les populations par des temps et des coûts de déplacement plus importants, mais également par des temps d'attente plus longs avant de pouvoir consulter ou d'accéder à un équipement (IRM, scanner, par exemple). Ce sont donc des facteurs qui conduisent au renoncement de soins.

Prenons pour exemple le facteur lié aux délais d'obtention d'un rendez-vous. Selon la DREES²⁸, les délais pour avoir un rendez-vous sont plus importants pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé est la plus faible ». Par exemple, pour avoir un rendez-vous chez les médecins généralistes, « 6 jours s'écoulent en moyenne entre la prise de contact et le rendez-vous, tous motifs de demande confondus (symptômes, suivi régulier, renouvellement d'une ordonnance) ». Pour accéder à certains spécialistes, les délais d'attente sont beaucoup plus importants : « 61 jours en dermatologie et 80 jours en ophtalmologie. Ils sont en moyenne de 3 semaines chez le pédiatre et le radiologue, 1 mois chez le chirurgien-dentiste, environ 1 mois et demi chez le gynécologue et le rhumatologue et 50 jours chez le cardiologue. [...] Chez l'ophtalmologiste, un quart des demandes de rendez-vous aboutissent dans les 20 jours, mais la moitié se matérialise plus de 50 jours après et un quart plus de 110 jours après. Le délai d'attente dépasse 189 jours dans 10 % des cas.

- b. La désertification a un impact sur l'exercice médical s'agissant de la délivrance des soins.

Pour les professionnels de santé, cela a aussi un impact, en effet face à l'augmentation de la population et au vieillissement de cette dernière, la demande en soins augmente. Mais les médecins installés sont souvent dans l'incapacité d'accueillir de nouveaux patients.

²⁷ DREES, « Accès aux soins et pratiques de recours. Étude sur le vécu des patients », Loïcka Forzy, Lou Titli et Morgane Carpezat, Les dossiers de la DREES, n° 77, avril 2021

²⁸ DREES « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », Études et Résultats, n° 1085 octobre 2018

Selon la Caisse nationale de l'Assurance maladie, en juin 2021, 11 % de patients ne disposeraient pas de médecin traitant. Cela représente plus de 6 millions de personnes. L'absence de médecin traitant relève, soit du choix des personnes concernées, soit de la pénurie de médecins. D'après une enquête de l'UFC-Que Choisir datant de 2019, 44 % des 2 770 médecins généralistes interrogés refusent de nouveaux patients²⁹. De grands écarts sont d'ailleurs observés entre départements : si moins de 20 % des généralistes refusaient de nouveaux patients dans le Bas-Rhin, la Meurthe-et-Moselle et les Pyrénées-Atlantiques, le taux de refus atteint 70 % dans l'Allier, 78 % en Charente et même 86 % en Seine-et-Marne.

Avoir un médecin traitant est une condition majeure pour un suivi régulier des usagers du système de santé, il s'agit d'un acteur central dans la coordination du parcours de soins, dans la mise en œuvre des actes de prévention, de dépistage. Il est important par exemple pour les remboursements du patient par l'assurance maladie : ce remboursement atteint 70% du coût de la consultation chez un médecin du secteur 1 et 30% seulement pour toute situation où aucun médecin traitant n'est déclaré³⁰.

Il convient d'indiquer que les caisses primaires d'assurance maladie (CNAM) offrent une possibilité pour les patients sans médecin traitant de saisir un médiateur de la CNAM pour expliquer la situation afin que cela soit pris en compte pour les remboursements. C'est ainsi qu'en 2020, le directeur général de la CNAM a indiqué que l'organisme mettait désormais en place un « *dispositif pour que ces patients qui ont perdu leur médecin traitant, ou nous disent en chercher un, soient identifiés et que leur consultation soit bien remboursée sans application de pénalité* ». Ces dernières resteront valables pour les patients ne pouvant pas prouver qu'ils ont perdu leur médecin traitant ou qu'ils en cherchent un.

Parfois les médecins installés au vu du nombre du patient à gérer sont confrontés à une charge de travail considérable. L'INSEE a montré que les médecins généralistes exerçant en ZIP ont un rythme de travail plus soutenu que la moyenne : ils ont une patientèle de 14 % plus élevée que leurs confrères des autres zones et effectuent 10 % de consultations en plus³¹ (**Annexe**

²⁹ L'Assemblée Nationale, rapport sur la proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, JUMEL (S), n°4711, 24 novembre 2021

³⁰ Ibid

³¹ INSEE, « Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire », Julie Silhol, Blandine Legendre et Martin Monziols, INSEE Analyses n° 51, 19 mai 2020.

n°10). De manière globale, la patientèle des médecins traitants croît considérablement, elle passe en moyenne de 943 patients par médecin généraliste en 2018 à de 971 patients en 2021³².

Le fait d’habiter dans un désert médical peut se traduire pour les populations concernées par un moindre accès aux actions de prévention, qui, outre les dépistages et vaccinations, peuvent porter sur les conduites addictives, les maladies professionnelles, ou encore les grossesses précoces. Selon M. Fabrice Lenglard, directeur de la DREES, le lien entre désertification médicale et moins bon état de santé des populations n’a pas fait l’objet d’études et n’est pas documenté aujourd’hui³³. Le défaut de prévention participe en tout état de cause à faire de la France un pays où, par exemple, l’espérance de vie en bonne santé chez les hommes reste inférieure à celle de certains de ses voisins et où les 9 000 décès par suicide par an font figurer la France parmi les plus hauts taux de suicide d’Europe d’après Santé publique France³⁴.

Il est plus que nécessaire de mettre en œuvre des travaux poussés sur les conséquences des difficultés d’accès aux soins sur l’état de santé des populations, afin que les différents acteurs du domaine de la santé disposent de données précises pour des solutions efficaces.

c. La difficulté dans la permanence des soins ambulatoires

Enfin, la désertification a pour conséquence d’entraîner des difficultés pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA). L’article R. 4127-77 du code de la santé publique dispose que « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l’organisent. ». Cette permanence implique tous les médecins, quel que soit leur mode d’exercice. Mais le manque de médecin ou le désengagement des médecins libéraux dans certains territoires freine la bonne assurance de la permanence des soins.

L’Assemblée nationale indique dans son rapport du 24 novembre 2021 sur la proposition de loi pour une **santé accessible à tous** et contre la désertification médicale, que « seulement 38,1 % des médecins ont participé à la PDSA en 2019, en légère diminution par rapport à 2018 (39,8 %). À 89 %, la PDSA est assurée par des médecins libéraux installés. En outre, 35 % des territoires de permanence de soins sont aujourd’hui couverts par moins de dix médecins

³² L’Assemblée Nationale, rapport sur la proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, JUMEL (S), n°4711, 24 novembre 2021

³³ DREES, « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », Études et Résultats, n° 1046, janvier 2018

³⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>

volontaires, et 17 % le sont par moins de cinq médecins ». Ainsi, face à cette réalité, la Fédération hospitalière de France propose qu'une obligation de participation à la permanence de soins soit introduite dès le 1^{er} janvier 2023.

Au regard de l'importance du sujet compte tenu des conséquences sur la santé des usagers du système, différents acteurs lui accorde une véritable attention.

Section 2 : la désertification médicale, problématique aux considérations politiques

A) Un sujet nécessairement débattu à tous les niveaux de la société

a. Les déserts médicaux dans le débat public

La question de l'accès géographique aux soins est devenue, au cours des dernières années, de plus en plus prégnante dans le débat public. Cela s'explique par le particularisme du sujet ou des conséquences que cela peut avoir pour le système de santé français s'agissant de l'accessibilité aux soins. Les zones blanches médicales concernent aujourd'hui tant les zones rurales que certaines villes moyennes ou des zones périurbaines. L'accès aux soins est devenu une préoccupation de tous les jours pour les usagers du système de santé de sorte que les difficultés d'accès aux soins font l'objet d'une actualité constante et constituent une part significative des interpellations adressées aux élus locaux. C'est véritablement à partir des années 2000 que la problématique des déserts médicaux apparaît sur la place publique notamment avec l'annonce de la réduction de l'offre de soins. À partir de ce moment de nombreuses commissions, projet de loi, articles de presse ont vu le jour pour dénoncer de fléau et alerter la société entière.

Les médias et les élus locaux face aux déserts médicaux

Les médias n'ont pas toujours parlé avec autant de ferveur du problème des déserts médicaux. C'est à partir de la prise de conscience dans les années 2000 que les médias se sont emparés du sujet. La problématique de l'accès aux soins devient ainsi dominante dans les médias et depuis soulève de plus en plus de questions. Les articles de presse alimentent en effet le débat en utilisant des termes qui selon eux permettraient d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la question du manque de médecin.

Pour illustrer ces propos un ensemble d'articles de presse traitant du thème de « la démographie médicale » ou des « déserts médicaux » ont été relevés et soumis au traitement du logiciel

d'analyse quantitative Gargantex. A partir des résultats, on constate que la répartition globale des articles est surtout concentrée, à partir des années 2000, puis une croissance est observée en 2012 en référence l'élection présidentielle. (**Annexe 11**)

Les élus locaux sont les premiers interlocuteurs des usagers du système de santé. De ce fait, ce sont les premiers à être sollicités par la population lorsque ces derniers font face à des difficultés d'accès aux soins dans leur commune par exemple. Aujourd'hui, plus que jamais les élus locaux multiplient les actions pour lutter contre les déserts médicaux.

L'accès au soin est une préoccupation quotidienne pour de nombreux Français. Pas une semaine ne passe sans que la presse locale ne se fasse l'écho du départ en retraite de l'unique médecin d'un village, laissant derrière lui toute une patientèle sans remplaçant. Si le phénomène n'est pas nouveau, il semble s'accélérer. Selon l'Association des maires de France (AMF), 7,4 millions de Français vivaient dans un désert médical en 2019, contre 5,7 millions en 2016.

b. L'implication des parlementaires

La question des déserts médicaux anime aussi les débats du côté des parlementaires et du gouvernement. Le sujet de l'inégalité d'accès aux soins devient récurrent à l'Assemblée nationale et au Sénat. Au Sénat, c'est depuis 2010 que les sénateurs se sont saisis de la question.

Il est vrai que l'Assemblée nationale et le sénat traitent de cette question depuis des années néanmoins, on constate une montée en puissance de l'implication des parlementaires sur cette question. Cela se traduit par une l'activité intensive de ces derniers sur le sujet. Les propositions et projets de loi se multiplient pour lutter contre la désertification médicale avec une caractéristique commune : celle de la contrainte, c'est-à-dire que les parlementaires face à l'augmentation des déserts médicaux préconisent une obligation d'installation des médecins dans les zones caractérisées par une absence médicale notamment pour les soins de premiers recours.

Il y a une multiplication de rapports d'information du sénat sur la question et des propositions de loi qui veulent mettre en avant une solution taboue pour les professionnels de santé et que les gouvernements successifs se sont refusés d'appliquer. Par exemple, en 2021 Sébastien Jumel, député (PCF) de Seine-Maritime avait déposé une proposition de loi qui prévoyait : notamment de rendre obligatoire le contrat d'engagement de service public, la mise en place d'un conventionnement sélectif à l'installation (installation possible en zone à forte densité uniquement pour remplacer un praticien qui arrête son activité), l'instauration d'une garantie

d'accès à un établissement de soins à moins de 30 minutes, la possibilité pour les hôpitaux de proximité de pratiquer des activités de chirurgie et d'obstétrique (qui leur sont aujourd'hui interdites, sauf exceptions). En décembre dernier, l'Assemblée nationale a ainsi rejeté, en première lecture la proposition. Cela montre bien que la difficulté qui existe toujours à faire adopter une loi qui contraint la liberté d'installation des médecins.

B) Les raisons justifiant l'attention particulière accordée à la question des déserts médicaux

Plusieurs raisons peuvent être avancées, justifiant l'implication de différents acteurs de la santé dans la problématique des déserts médicaux géographique. Il existe un véritable enjeu de santé publique (a), d'efficacité des dépenses de santé et de désengorgement des urgences (b).

a. L'enjeu de santé publique

L'égal accès aux soins et la protection de la santé depuis la Seconde Guerre mondiale, sont consacrés au plus haut niveau de l'ordonnement juridique de la France. Nous avons le Préambule de la Constitution de 1946, composante du bloc de constitutionnalité, qui proclame que la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». C'est donc sur ce fondement, que le Conseil constitutionnel a reconnu expressément le droit à la protection de la santé comme un objectif de valeur constitutionnelle³⁵. Le droit à la santé est donc un principe à valeur constitutionnelle. Il est également reconnu et protégé comme droit fondamental par plusieurs textes internationaux majeurs³⁶.

De plus, le code de la santé publique en son article L.1110-1 introductif dispose que « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes

³⁵ Conseil constitutionnel, DC n° 2003-448, 23 juillet 1999)

³⁶ Plusieurs textes internationaux reconnaissent ainsi expressément le droit à la santé. L'article 25-1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) dispose ainsi que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé [et] a droit à la sécurité en cas (...) de maladie, d'invalidité, (...) de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». L'article 12-1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) consacre « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Aussi, l'article 24-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (1989) reconnaît « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation [et d'assurer leur garantie d'accès] ». Enfin, l'article 1er de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) prévoit que l'objectif de cette organisation est d'atteindre le niveau de santé le plus élevé pour tous les peuples.

d'Assurance maladie ou tout autre organisme ou dispositif participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. ». Cet article mentionne non seulement que la protection de la santé est un droit fondamental, mais en garantit l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé.

Au regard de ces informations, nous pouvons en déduire que le droit de la santé, est un élément du pacte républicain et résulte du principe d'égalité.

La désertification médicale est donc la résultante de l'écart qui s'est creusé entre la réalité et le droit de la santé qui doit assurer de principe une bonne santé à tous.

Solutionner cette problématique est un enjeu important pour les acteurs de santé et les gouvernements, car au niveau international, la France n'est pas du tout bien située en ce qui concerne l'accès aux soins. En effet selon le Panorama de la santé 2019 réalisé par l'OCDE, la densité médicale dans les zones rurales françaises pour 1 000 habitants est plus faible que dans la moyenne des pays de l'OCDE soit 2,7 médecins pour 1 000 habitants des zones rurales en France contre 2,8 pour la moyenne de l'OCDE et notamment 3,8 médecins pour 1 000 habitants dans les zones rurales en Suède, ou encore 4,4 en Finlande. La différence est encore plus forte si l'on compare la densité de médecins pour 1 000 habitants dans les zones rurales françaises (2,7) à celle constatée dans les zones urbaines en France (3,9), dans la moyenne des pays de l'OCDE (4,3) ou encore en Suède (4,4).

Face à l'importance, l'accessibilité aux soins, les gouvernements successifs ont donné une particulière attention au sujet de la désertification médicale. C'est ainsi, que la dégradation de l'accès aux soins dans les territoires est par ailleurs largement documentée par les services de l'État, via notamment diverses études de la DRESS.

L'état de santé de la population française est mis à mal par la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Les écarts de densité médicale entraînent, nous l'avons déjà vu, des délais trop longs pour pouvoir voir un médecin, des renoncements aux soins qui peuvent accentuer la

dégradation de la santé. En 2013, un rapport d'information consacré aux déserts médicaux³⁷ évoquait déjà les conséquences potentielles des inégalités d'accès aux soins sur l'état de santé de la population (**annexe n°12**)

Plus récemment, les travaux d'Emmanuel Vigneron établissent un lien entre les difficultés d'accès aux soins et la dégradation locale de l'état de santé. Pour lui, la carte des déserts médicaux se superpose à celle de la mortalité précoce. En outre, selon une étude de l'Insee de 2018, pour les hommes, les 5 % des Français les plus aisés ont une espérance de vie de 13 ans supérieure aux 5 % les plus pauvres³⁸. Chez les femmes, cet écart tombe à 8 ans, mais demeure significatif. Ces différences sont expliquées à la fois par la difficile accès aux soins chez les plus pauvres, mais aussi par d'autres déterminants tenant à des modes de vie différents tels que : le tabagisme, alcoolisme, obésité. La nécessité d'une prise en charge rapide et le plus en amont possible de nombreuses pathologies étant établie, des phénomènes de perte de chance sont inévitables lors que les délais pour accéder à un médecin sont longs.

b. Nécessité d'une meilleure efficacité des dépenses de santé et le désengorgement des Urgences

Selon la Cour des comptes en 2017³⁹, « *la mauvaise répartition territoriale des professionnels libéraux au regard des besoins de santé affecte les pratiques professionnelles et soulève de ce fait même la question de la pertinence des actes, voire parfois de leur régularité, dès lors que se constate une demande induite dans les zones sur-dotées, ce que la littérature académique vient confirmer [...] De même, il y a une forte corrélation positive entre la densité des médecins libéraux et les dépenses de médicaments par habitant* ».

Grâce à son estimation, nous pouvons avoir une idée sur l'ampleur des pertes occasionnées par cette inégale répartition : les inégalités territoriales d'accès aux soins coûteraient entre 900 millions d'euros et 3 milliards d'euros par an au système de santé. Le rapport du Comité Action Publique 2022 remis en juin 2018 au Président de la République avançait même un chiffre

³⁷ Rapport d'information n° 335 (2012-2013) de M. Hervé Maurey, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, « Déserts médicaux : agir vraiment »

³⁸ Insee Première, L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, février 2018

³⁹ Cour des comptes, L'avenir de l'Assurance-maladie, novembre 2017

global de cinq milliards d'euros de surcoûts dus à la répartition et l'allocation inefficientes des soins sur le territoire national⁴⁰

Pour limiter les engorgements de certains services tels que les urgences ou les services départementaux d'incendie et de secours, il est nécessaire d'accorder une véritable attention aux déserts médicaux.

Actuellement, les urgences sont chargées et font face aux différentes restructurations. Mais comme si cela ne suffisait pas, à cause du manque de médecins dans certains territoires, les usagers du système de santé vont se faire soigner de plus en plus aux urgences pour des pathologies mineures, provoquant une surcharge supplémentaire. Le député Thomas Mesnier dans son rapport sur l'organisation des soins non-programmés dans les territoires affirme que « *la France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5 % en moyenne annuelle, de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences : les services d'urgence prennent en charge une part importante de soins non programmés ne relevant pas de leur mission*⁴¹ ». Ainsi, près d'un passage aux urgences sur deux devrait être pris en charge en ville plutôt qu'à l'hôpital. Un tel report vers les urgences pourrait augmenter si la densité médicale continue de baisser⁴².

En plus des urgences, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) sont fortement mises à contribution pour lutter contre le manque de médecin. Le rapport d'information du Sénat sur les déserts médicaux indique que « l'action des sapeurs-pompiers est devenue une véritable variable d'ajustement devant le recul des différents services de santé ou de police. La sécurité civile est au fil des années devenue le palliatif universel au recul des différents services publics. Ce phénomène se caractérise par une explosion du secours d'urgence aux personnes et un recul des missions traditionnelles des sapeurs-pompiers. Ce phénomène se caractérise par une explosion du secours d'urgence aux personnes et un recul des missions traditionnelles des sapeurs-pompiers ». Le président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), Grégory Allione, fait état de 4,6 millions d'interventions en 2018, donc 84 % d'interventions au titre du secours d'urgence aux personnes

⁴⁰ Rapport du Comité Action Publique 2022 (sous la présidence de Mme Véronique Bédague-Hamilius et MM. Ross McInnes et Frédéric Mion), Service public, se réinventer pour mieux servir, nos 22 propositions pour changer de modèle, juin 2018, p. 53.

⁴¹ Rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, Assurer le premier accès aux soins – organiser les soins non programmés dans les territoires, mai 2018

⁴² Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, Cohen (L), Génisson (C), Savary (R-P), n° 685 (2016-2017)

(SUAP), contre 3,5 millions d'interventions en 1998 et un taux d'interventions au titre du secours d'urgence de 50 %.

La raréfaction de la ressource humaine en santé et surtout sa répartition inégale, géographiquement, est une véritable préoccupation pour la société entière, car elle fait intervenir dans le débat public, les pouvoirs publics, les parlementaires, les associations des consommateurs, les usagers du système de santé et leurs représentants. C'est un sujet qui concerne tout le monde du fait de ses enjeux et conséquences sur l'organisation, le fonctionnement du système de santé et le maintien d'une bonne santé à la population. Face à cette réalité d'inégalité notamment en soins de premiers recours et les conséquences que cela a actuellement : la dégradation de l'accès aux soins pour une grande partie de la population se trouvant dans les zones rurales mais aussi urbaine, les pouvoirs publics mettent en œuvre des leviers d'actions pour lutter contre cette problématique.

PARTIE 2 : LES OUTILS DE REGULATION POUR LUTTER ACTIVEMENT CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE

Depuis des années, les gouvernements successifs ont mis en œuvre des leviers d'actions pour endiguer ce phénomène. Mais comme nous l'avons vu dans la première partie, les déserts médicaux progressent de plus en plus. Les gouvernements ont toujours choisi les mesures incitatives pour lutter contre les déserts médicaux. En 2017, déjà la Cour des comptes disait que ces mesures incitatives, dont la majorité est financière, n'avaient pas un impact durable sur le phénomène. Tout comme le gouvernement, les collectivités territoriales se sont saisies de la question des déserts médicaux. Aussi par des mesures incitatives au départ.

Très récemment, les pouvoirs publics mettent en œuvre des solutions innovantes pour lutter contre la désertification médicale. En effet, pour le gouvernement, la lutte passe par exemple par : la démographie médicale, l'organisation du temps médical et le renforcement du maillage de l'offre de santé.

Les collectivités territoriales qui ont été énormément sollicitées durant la crise sanitaire, mettent aussi en place des leviers de lutte innovants contre la désertification médicale. Cela passe par exemple par les terrains de stage, avec le financement des maîtres de stage, la mise

en place des centres de santé ou encore, les offres de santé itinérante avec des bus de santé et des cabinets médicaux mobiles.

Enfin, la question de la régulation de la liberté d'installation n'a jamais été autant abordée. Des propositions et des projets de loi depuis quelques années se succèdent et souhaitent la mise en place d'un conventionnement sélectif pour promouvoir l'installation des médecins dans tous les territoires, même ceux qui sont peu attractif.

Chapitre 1 : les solutions existantes mise en œuvre par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale

Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics et plus précisément, le Ministère de la Santé ont cherchés à harmoniser l'offre de soins sur tout le territoire passant par des mesures incitatives au détriment des mesures coercitives inexistantes. La lutte contre la désertification médicale se traduit par le renforcement, l'amélioration le changement des modes d'exercice de l'activité médicale ainsi que par les technologies de communication et de l'information telle que la télémédecine. À côté de l'action de l'Etat, les collectivités territoriales agissent aussi de façon innovante pour lutter activement contre les déserts médicaux.

Section 1 : la mise en œuvre de moyens de lutte par l'ETAT au travers de politiques successives

A) Les solutions anciennes : incitations financières au résultat mitigé

Depuis de nombreuses années, l'Etat lutte contre les déserts médicaux. Les solutions des gouvernements successifs ont toujours été en particulier des incitations financières passant par la contractualisation (a), les exonérations au côté des aides conventionnelles (b).

a. La contractualisation entre les pouvoirs publics et le professionnel de santé

Tout d'abord, nous avons le **contrat d'engagement de service public (CESP)** : ce contrat a été créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Ce contrat s'est adressé en premier aux étudiants en médecine puis aux étudiants en odontologie par l'article 47 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale. L'article 8 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et le décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 ont réformé le CESP⁴³, qui ne peut désormais plus être conclu avec les étudiants du premier cycle mais uniquement avec les étudiants de deuxièmes et troisièmes cycles des études de médecine ou d'odontologie. Le dispositif a également été étendu aux praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

Ce contrat permet donc de rémunérer les étudiants durant la période de leur étude à hauteur de 1200 euros dès la conclusion du contrat. À l'issue de leur formation, ces derniers pendant une période égale au moins à 2 ans vont s'installer dans une zone identifiée comme étant une zone sous-dense. Avec ce contrat lorsque l'étudiant est en dernière année, il choisit le lieu d'exercice sur une liste nationale qui est établie sur proposition des ARS en fonction des zones sous-denses identifiées en application de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

L'efficacité de ce contrat est mitigée, les données du centre de gestion sur le CESP démontrent que : le nombre cumulé de postes offerts depuis son entrée en vigueur en 2010 pour la médecine, et en 2013 pour l'odontologie à l'année universitaire 2019-2020 s'établit seulement 5 575 CESP qui ont été conclus depuis la création du dispositif en 2010⁴⁴

Rappelant néanmoins qu'en 2019, 9 314 places ont été ouvertes en deuxième année alors que, pour cette même année universitaire, 700 CESP ont été offerts. Cela représente donc seulement 7,5 % des effectifs selon l'Assemblée nationale. Ainsi, en 2019, 426 signataires du CESP en médecine et 102 signataires en odontologie étaient en exercice dans les zones en difficulté identifiées par les ARS⁴⁵. Ces chiffres s'avèrent très insuffisants pour faire face à la désertification médicale.

⁴³ Le décret du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public a abrogé le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales et le décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques

⁴⁴ Centre national de gestion, « Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et odontologie. Campagnes 2010/2011 à 2019/2020 »

⁴⁵ Rapport précité du Dr Sophie Augros.

Ensuite, l'Etat avait mis en place 4 contrats qui ont été remplacé en 2020, il s'agissait de :

Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et inscrit à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique. Ce contrat permettait aux médecins qui s'installaient dans une zone blanche de percevoir une garantie de revenu mensuel d'environ 6 900 € ainsi qu'une protection sociale plus aisée lors de maladies ou de congés maternité. Selon le rapport du sénat de 2020, environ 1 200 PTMG auraient été signés depuis 2013 et ce contrat serait toujours actif pour 274 d'entre eux. Le rapport précité du docteur Sophie Augros relève ainsi que le nombre de médecins PTMG en 2018 ayant effectivement signé un contrat atteint 7 à 8 % du total des médecins éligibles ;

Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), qui était valable 36 mois renouvelables une fois, concernait les médecins exerçant en ZIP ou en ZAC, en cabinet libéral, en secteur 1 ou adhérent à un dispositif de maîtrise de la pratique tarifaire installés à partir du 1er janvier 2015. Lorsque le médecin signait ce contrat, il s'engageait à garantir son remplacement durant toute la période d'interruption d'activité pour cause de maternité, paternité ou maladie, ainsi que des engagements personnalisés. Une rémunération forfaitaire complémentaire était versée après trois mois d'activité, mais à la condition d'avoir réalisé au minimum 165 consultations au cours de ces trois mois. En 2020, 71 médecins ont bénéficié de ce contrat et 48 sont encore en activité dans ce cadre ;

Le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) : ce contrat était valable 1 an, renouvelable par tacite reconduction pour une durée totale maximale de 6 ans. Le contrat obligeait les signataires à exercer une activité libérale de remplacement en zone d'intervention prioritaire « ZIP » ou « ZAC », avec un minimum de 5 000 consultations par an pour une activité exercée à temps plein et de 2 500 consultations par an pour une activité exercée à temps partiel. Pour ce contrat, une rémunération forfaitaire complémentaire était prévue pour les périodes de congés maternité, paternité ou de maladie, mais aussi une rémunération complémentaire pour le temps de disponibilité entre deux contrats (4 600 euros pour un temps plein et 2 300 euros pour un temps partiel). En 2020, 19 médecins seraient encore sous contrat ;

Le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS), ce contrat s'adressait aux médecins généralistes exerçant en cabinet libéral pour une durée allant de 3 ans à 6 ans. Les signataires du contrat s'engageaient à respecter les tarifs opposables. En contrepartie, ils

bénéficiaient d'une aide à l'activité à hauteur de 5 % des revenus des activités de soins, plafonnée à 4 600 euros, ainsi qu'une aide forfaitaire à l'investissement à hauteur de 2 300 euros maximum.

Comme évoqués précédemment, ces 4 contrats ont été remplacés par le **contrat de début d'exercice** créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins, à une protection sociale maladie et une garantie de rémunération est proposée dès la première année du contrat à tous les signataires. En contrepartie, le signataire s'engage à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans les territoires définis par l'ARS et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Il s'engage également à respecter les tarifs opposables ou à adhérer à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires ainsi qu'à participer à un exercice coordonné, type maison de santé, communauté professionnelle territoriale de santé.

À ces aides de l'Etat, s'ajoutent un ensemble d'exonérations fiscales et sociales, d'exonération de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises et de nombreuses aides conventionnelles avec l'Assurance Maladie (AM).

b. Les exonérations fiscales et les aides conventionnelles

La convention médicale 2016 prévoit la mise en place de 4 nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale. Ces dispositifs proposent des aides à l'installation aux médecins qui souhaitent exercer dans les ZIP.

Dans les ZIP, les aides sont financées par l'AM. Il s'agit des aides conventionnelles : le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de stabilisation et de coordination médecins (COSCOM) qui offre une prime forfaitaire de 5000 euros par an, mais sous la condition d'un exercice coordonné avec la possibilité d'une majoration lorsque le professionnel de santé réalise des consultations dans un hôpital de proximité et ou un accueil des stagiaires ou internes. Ensuite, il y a le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) qui permet la bonification d'honoraire de 25% aux médecins acceptant de réaliser des consultations dans un minimum de 10 jours par an dans les zones sous-denses pendant 3 ans. Enfin, le contrat de transition pour les médecins qui offre quant à lui, une bonification des honoraires de 10% aux médecins préparant leur cessation d'exercice, et accueillant dans cette perspective au sein de leur cabinet un confrère âgé de moins de 50 ans (contrat de trois ans renouvelables une fois).

Ces quatre contrats peuvent bénéficier à l'ensemble des spécialités médicales. Sur chacun de ces contrats conventionnels médecins, des majorations sur l'aide forfaitaire annuelle peuvent être appliquées par les ARS sous réserve qu'elles les aient prévues dans le cadre des contrats type régionaux qu'elles établissent sur la base des modèles type de contrats définis dans la convention médicale.

Les exonérations fiscales concernent les professionnels qui décident d'aller s'installer dans les zones rurales ou dans les quartiers dits sensibles. En effet, un dispositif fiscal est mis en œuvre et concerne une exonération totale ou allègement des impôts sur le revenu du médecin pendant les 5 premières années de son installation. L'exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE) quant à elle, est mise en œuvre pour une durée allant de 2 et 5 ans, à compter de l'année suivant l'installation.

B) Dispositifs beaucoup plus récent porté par l'état pour un meilleur accès aux soins de santé

L'Etat qui est l'acteur posant le cadre des dispositifs de lutte contre les déserts médicaux met en avant des solutions qui tiennent sur 3 sujets différents : sur la démographie médicale, l'organisation du temps médical et le renforcement du maillage de l'offre de santé ou encore la télémédecine. Il convient d'indiquer que ces solutions sont abordées dans le plan Ma Santé 2022.

a. Agir sur la démographie médicale dès la formation

1) Critique sur le numerus clausus

S'agissant de la démographie médicale, nous l'avons abordé dans la première partie de ce mémoire. L'Etat a décidé d'agir dès la formation de nos praticiens en mettant fin au numerus clausus. Le numerus clausus a été créé par la loi en juillet 1971 afin de permettre à l'Etat de fixer le nombre d'étudiants accueillis dans les universités⁴⁶. Ses objectifs étaient donc à la fois de faire face au nombre croissant d'inscrits en étude de santé, mais aussi « *réguler le nombre*

⁴⁶ Loi n° 71-5557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur

de postes afin qu'il concorde avec les capacités d'accueil des établissements hospitaliers universitaires dispensant les formations ».

Le numerus clausus a reçu de nombreuses critiques du fait du manque de concertation entre les régions et l'Etat, mais aussi du fait que les étudiants français pour contourner ce principe ont décidé d'aller étudier dans d'autres pays européens. Ainsi, ce sont des médecins au diplôme étranger qui affluent et représentent le quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins⁴⁷

En 2018, le rapport relatif à l'adaptation des formations aux enjeux actuels du système de santé⁴⁸ préconisait déjà la suppression de ce dispositif « *suppression du numerus clausus et son remplacement par des populations définies par les capacités d'accueil en fonction des sites universitaires* », la « *mise en place d'un recrutement progressif sur les trois années de licence premier cycle orientant vers des filières intégrées dans une licence commune à plusieurs professions de santé* » et la « *régulation du nombre d'étudiants en fonction des capacités de formation et des critères académiques de chaque université* ».

Ainsi, la réforme des études de santé portée par la loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 met fin au numerus clausus au profit du numerus apertus. Ce nouveau système a pour but de donner un nombre minimum d'étudiants et non en limiter le nombre comme l'ancien numerus clausus. Il permet donc de proposer des flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et plus concertée, afin de répondre aux besoins de santé de la population installée dans les territoires. Ce sont les universités en collaboration avec les ARS qui vont décider du chiffre. Il s'agit d'une véritable avancée dans la déclinaison de la politique de santé puisque le travail en commun entre les universités et les ARS en fonction de la réalité du terrain est mis en avant. Ils peuvent par un commun accord proposer plus de places dans les zones sous-dotées et ainsi réduire les déserts médicaux. D'après Magali DUMONTET⁴⁹ 75% des médecins généralistes décident de s'installer dans la région où ils ont soutenu leur thèse.

2) La mise en place du numerus apertus

Pour autant, le numerus apertus sera choisie en fonction de la capacité de l'université, donc il reste toujours un moyen sélectif à l'entrée des études de médecine. La loi continue donc de permettre l'utilisation du levier de formation comme un outil de pilotage à long terme de la

⁴⁷ Cour des comptes, rapport sur l'application de lois de financement de la sécurité sociale, chapitre III : « Des modes de régulation en échec », septembre 2017 (page 123)

⁴⁸ Antoine Tesnière, Stéphanie Rist et Isabelle Riom, « Adapter les formations aux enjeux du système de santé », rapport final, septembre 2018

⁴⁹ Dumontet, Magali, Anne-Laure Samson, et Carine Franc. « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? », *Revue française d'économie*, 2016, pp. 221-26

démographie médicale. La suppression du numerus clausus est une bonne chose, mais sachant que les études d'un étudiant en médecine mettent un certain temps, les effets de cette réforme ne vont pas se ressentir d'aussitôt. D'après la DREES ce n'est pas avant 2030 que l'on verra les effets de la réforme.

Bien que cette suppression permette un accroissement des effectifs selon les projections de la DREES, rien n'indique à ce jour que cela profitera aux MG ou que cela compensera la demande de la santé croissante compte tenu de la liberté d'installation des médecins et surtout du problème de la différence d'attractivité entre les territoires va permettre de compenser la demande médicale

b. L'optimisation du temps médical

Libérer du temps médical par la délégation de tâches semble être à nouveau au cœur de la stratégie mise en œuvre par le gouvernement pour répondre à court et moyen terme aux déserts médicaux et à la démographie médicale.

L'optimisation du temps médical est un levier qui fonctionne bien. Libérer du temps médical par la délégation des tâches ou l'extension des compétences sont au cœur des stratégies mises en œuvre par le gouvernement pour répondre de façon immédiate aux déserts médicaux et à la démographie médicale. La délégation des compétences consiste à confier aux autres professionnels de soins des tâches qui sont normalement fait par le médecin. Mais aussi d'après le législateur à mettre en œuvre une extension de compétences. Il s'agit d'un procédé qui va faire permettre d'assurer une meilleure répartition du temps de travail et de réduire les délais de rendez-vous par exemple.

1) S'agissant des extensions de compétences

Le législateur a permis à certaines professions de santé de pratiquer des actes qu'il ne leur était pas permis de faire : par exemple, pour les sage-femmes, la loi du 26 janvier 2016 les a permis de réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse et leur a octroyé le droit de prescrire des vaccins et de vacciner la femme et le nouveau-né. Aussi, par la loi du 24 juillet 2019, elles ont été autorisées à vacciner les enfants.

La loi du 26 janvier 2016 a également permis aux orthoptistes de dépister et d'évaluer les troubles de la vision et a défini un régime général pour les pratiques avancées, qui permettent

à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et compétences plus étendues, jusqu'ici dévolues aux seuls médecins (article L. 4301-1 du code de la santé publique).

2) S'agissant de la délégation de compétence

En 2009 par la loi HPST, le dispositif de **pharmacien correspondant** avait été créé. Puis la loi de 2019 introduit des décrets sur l'application de cette notion. Tout récemment le statut des pharmaciens correspondants a été renforcé par le Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant. En effet, la délégation des tâches est possible entre le médecin prescripteur et le pharmacien traitant qui a désormais la compétence de renouveler des ordonnances et de modifier la posologie d'un traitement, notamment en ce qui concerne les pathologies chroniques.

La loi de 2019 relative donc à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), traduisant le plan « Ma Santé 2022 », a permis le déploiement de 4 000 **assistants médicaux** dès 2019. La signature le 20 juin 2019 de l'avenant 7 la convention médicale a été la base juridique qui a permis le recrutement de ces assistants médicaux avec l'aide financière de l'AM en 2019. Ce déploiement a permis de favoriser un meilleur accès aux soins des patients puisque le médecin grâce aux assistants est accompagné dans sa pratique au quotidien. Il peut donc se dégager de certaines tâches administratives et ainsi libérer du temps médical. La délégation des tâches permet donc au médecin de consacrer le plus de temps possible aux soins et au suivi médical et permettre d'avoir plus de patients. D'après la Caisse nationale de l'AM, auditionnée par votre rapporteur, ce sont uniquement 2 505 contrats qui étaient signés ou en cours de signature à la fin du mois de septembre 2021, représentant 1 233 équivalents temps plein

La délégation de compétence fonctionne pour lutter contre les déserts médicaux. Elle permet de dégager du temps médical afin que le professionnel de santé puisse recevoir davantage des patients, de réduire les délais de rendez-vous et surtout permettre au médecin de travailler dans des meilleures conditions de travail en se consacrant plus à la pratique médicale qu'aux tâches administratives. Le médecin pourra plus facilement assurer la coordination et la continuité des soins avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge de ses patients.

c. L'exercice coordonné et le renforcement du maillage de l'offre de santé

L'exercice coordonné est également soutenu en vue de créer un cadre attractif pour la pratique de la médecine, tout en évitant l'isolement des médecins. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a ainsi créé les équipes de soins primaires (article L. 1411-11-1 du code de la santé publique), prenant la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

1) La Maison de santé pluri professionnelle (MSP) solution proposée par les politiques successifs

Face à la problématique de l'accès aux soins sur le territoire, provoquée par la diminution de l'offre de soins, les pouvoirs publics créent par le pacte Territoire santé de 2012 une nouvelle dynamique en encourageant la pratique de la médecine en regroupement pluri professionnel en soins de premiers recours à travers les maisons de santé pluri professionnel (MSP) et les pôles de santé. Il s'agit ici de modifier les modes d'exercice des professions de santé pour un meilleur accès aux soins.

Le terme de maison de santé apparaît premièrement dans la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 comme étant « un lieu où s'exercent des activités de soins sans hébergement, de premier recours (...) et pouvant participer à des actions de santé publique et des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

En 2009, la loi HPST complète la définition avec la notion de projet de santé qui va permettre de différencier les MSP d'autres structures de soins. « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Enfin, en janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé est venue compléter la définition en vigueur des MSP comme suit « Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de

l'enseignement supérieur. » C'est donc à l'article L.6323-3 du code de la santé publique que l'on retrouve la définition légale de la MSP.

Les maisons de santé sont composées de différents types de professionnels de santé dont les médicaux, les paramédicaux et bien d'autres comme par exemple, les pharmaciens ou masseurs-kinésithérapeutes. Elle est constituée nécessairement de deux médecins généralistes au minimum et un professionnel paramédical ayant rédigé un projet de santé attestant de leur exercice coordonné.

Le nombre de MSP s'est rapidement accru : plus de 1 300 en 2020 contre moins de 20 en 2008 (**Annexe n°10**). En juin 2021 1889 maisons de santé en fonctionnement sont recensées et 366 en projets⁵⁰

La cartographie de la répartition des maisons de santé sur le territoire réalisée par l'IRDES montre des spécificités territoriales (**annexe n°14**). À la lecture de la carte, nous pouvons constater que malgré le fait que les régions soient toutes équipées, il existe néanmoins de fortes disparités entre les régions. Les régions où le maillage en maisons de santé est le plus dense sont la Bretagne, les Pays de la Loire, les Hauts-de-France, l'Auvergne-Rhône Alpes. Cette implantation dense est le fruit de dynamiques régionales et départementales antérieures qui sont des territoires pionniers dans le domaine de soutien aux MSP. Les anciennes régions Franche Comté, Lorraine ou Poitou-Charentes apparaissent ainsi plus densément maillées que leurs nouvelles régions. A l'opposé, les régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse ou l'Alsace apparaissent avec un maillage en maisons de santé plus diffus. Les maisons de santé sont des structures qui peuvent réduire les difficultés qui découragent l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses. Il y a bien des avantages procurés par ce mode d'exercice.

Tout d'abord les maisons de santé offre un exercice en groupe aux professionnels de santé face à l'exercice isolé qui était une caractéristique prédominante dans les professions libérales de santé et que les médecins rejettent aujourd'hui. Elle permet d'avoir un meilleur équilibre entre la sphère professionnelle et la sphère personnelle compte tenu du contexte de féminisation importante des professions médicales.

⁵⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889#:~:text=En%20juin%202021%2C%201889%20maisons,maisons%20en%20projets%20C3%A9taient%20recens%C3%A9es.>

Dans la pratique, la MSP est plus qu'une mutualisation des frais ou de moyens, car elle correspond véritablement à un mode d'exercice commun qui permet de mettre en œuvre la complémentarité et la coordination de l'activité des professionnels puisque sa création répond nécessairement à l'exigence d'un projet de santé transmis à l'ars et devant être compatible avec les schémas régionaux.

Elle permet donc d'avoir une prise en charge pour les patients, car forcément c'est une équipe de pluri professionnel donc la prise en charge est globale de meilleure qualité, permet un meilleur accès aux soins, car comme indiqué plus haut il faut à minima deux médecins généralistes, permet de se recentrer dans leur cœur de métier grâce à la présence du coordonnateur qui s'occupe de la partie administrative, il y a un partage d'expérience. Pour que chaque médecin puisse savoir quoi faire à n'importe quel moment en fonction de l'état de santé du patient par exemple pour un patient atteint de diabète ou d'obésité, ils doivent réaliser un protocole de prise en charge entre professionnels.

Bien qu'étant un mode d'exercice pertinent pour les professionnels de santé, il en est aussi pour le patient. En effet, le patient grâce à une MSP a une diversité de professionnels beaucoup plus importante ainsi, il devient bénéficiaire d'une prise en charge de qualité renforcée par une forme de protocolisation des pratiques (par exemple, grâce à la coopération pluridisciplinaire mise en place autour d'un projet de santé commun au tour du patient cela aboutira à des protocoles).

S'agissant de l'effectivité des maisons de santé, en 2013, les résultats d'une étude réalisée par l'institut de recherche et de la documentation en économie de la santé (IRDES) montrait que les maisons de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants⁵¹.

En 2020 une étude⁵² Mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les catégories d'âge des médecins. Elle compare l'évolution dans le temps de la densité de

⁵¹ Chevillard G, Mousquès J, Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France, IRDES, DT n°57, novembre 2013

⁵² Chevillard G, Mousquès J, Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins?, IRDES, n°247, Mars 2020

médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines, mais sans maison de santé.

Les résultats après enquête montrent que « les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires. »

La création des MSP suscite une réflexion d'ordre juridique concernant les coopérations internes au sein des MSP, mais aussi la question du secret professionnel et du traitement des données médicales.

2) La communauté professionnelle territoire de santé (CPTS)

Bien que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) n'aient pas été créées avec l'objectif premier de lutter contre la désertification médicale, elles contribuent néanmoins à promouvoir l'accès aux soins dans les zones sous dotées.

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les CPTS constituent un dispositif souple pour les professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population.

Elle est mise en œuvre à l'initiative des professionnels de santé et a pour vocation de rassembler les acteurs de santé d'un territoire afin de travailler à améliorer la réponse au besoin de santé de la population du territoire et notamment sur l'accès aux soins du médecin traitant, des soins non programmés. Elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours, mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire pour contribuer à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers du système de santé.

Les professionnels vont créer un projet qui associe l'ensemble des acteurs et dans le cadre de leur projet, ils vont le travailler de la manière qu'elles veulent selon les besoins de la population.

Lorsqu'une CPTS est créée, elle rédige un projet de santé et ce projet définit ce que la CPTS prévoit de faire, mais aussi prévoit un diagnostic du territoire sur laquelle elle s'appuie pour déterminer la situation et besoin du territoire. Il peut y avoir des CPTS partout, mais son projet va inévitablement dépendre du besoin et de l'offre en présence.

Les CPTS doivent travailler sur l'accès à un médecin traitant ce qui est un avantage pour la lutte contre la désertification médicale qui dans un premier temps concerne la nette difficulté pour les populations d'avoir un médecin traitant. Selon Lucie Schwimmer chargée des missions CPTS à l'agence régionale de santé Hauts de France, « lors de mes missions, parfois, ils disent mais il n'y a pas de médecin, c'est vrai, la CPTS ne va pas multiplier le nombre de médecin mais est-ce que finalement, on ne pourrait pas mieux faire avec peu de médecins par une action organisée des professionnels que de laisser chacun s'organiser comme il veut ? Est-ce qu'avec le peu de médecin, on ne pourrait pas faire quelque chose de meilleur grâce à la coordination qui est l'enjeu important pour les CPTS ? »

Par des actions basiques d'une CPTS, cette dernière peut contribuer à promouvoir l'accès aux soins aux populations. Cela passe par exemple par un gain en temps médical ou par amélioration de l'accès des soins non programmé grâce à une organisation efficiente. Par exemple, une organisation où le médecin a déjà un agenda bien défini, se fait joindre pour des soins non programmés et décide de les prendre, cela va créer de l'épuisement. Par contre, si tous les médecins se sont organisés et disent que par exemple pour le mardi, c'est tel médecin qui consulte même pour les soins non programmés, cela permettrait d'augmenter le nombre de personnes consultées en évitant l'épuisement des médecins.

La mise en place d'une forme d'emploi de temps pourrait être une solution pour améliorer l'accès aux soins. La coordination dans une CPTS dans un contexte de désertification permet l'efficacité de la ressource humaine et médicale.

Il convient d'indiquer que l'exercice coordonné est nécessairement à l'initiative des professionnels de santé. Pour être mise en œuvre. L'article 64 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance des dispositions adaptant le cadre juridique et fiscal de l'exercice coordonné pour promouvoir ce mode d'exercice, en particulier les maisons de santé pluri professionnelles et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Ainsi, l'ordonnance prise en 2021 avait pour de favoriser le développement de l'exercice coordonné et assouplit l'encadrement de cet exercice tant du point de vue juridique que fiscal⁵³. Elle définit également les différentes missions de service public qui sont assurées par les CPTS et précise les aides spécifiques dont elles bénéficient. S'agissant des MSP, l'ordonnance vise notamment à faciliter le recrutement des professionnels libéraux associés.

d. Le déploiement de la télémédecine comme solution à la désertification médicale

La télémédecine est déployée pour faire face aux déserts médicaux (1), cependant, dans la pratique, des limites d'ordre juridique, éthique sont à constater (2)

1) Le cadre juridique de la télémédecine

Le numérique est omniprésent dans notre société et le domaine de la santé ne fait pas exception. Le terme de e-santé semble apparaître pour la première fois lors d'un congrès international de télémédecine en 1999 en Australie⁵⁴ Et désigne tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication sont au service de la santé telle qu'elle est énoncée par l'OMS depuis 1945 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »

La télésanté regroupe l'ensemble des activités exercées entre les professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. Elle se compose de la télémédecine pour les professionnels médicaux et du télésoin pour les professionnels paramédicaux et les pharmaciens.

La télémédecine en France fait l'objet d'une définition légale à l'article L.6316-1 du code de la santé qui dispose « la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle fait son apparition officiellement en France le 21 juillet 2009 HPST qui la regroupe en 5 actes énoncés dans le code de la santé publique à l'article R.6316-1, nous avons :

- ◇ La téléconsultation qui est une consultation médicale à distance entre un patient et un professionnel de santé par vidéotransmission,

⁵³ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé

⁵⁴ E-santé : la médecine à l'ère du numérique", science et santé n°29, janvier-février 2016.

- ◇ La téléexpertise qui permet à un professionnel médical de demander un avis à l'un de ses confrères, via une messagerie sécurisée, sur des informations médicales concernant l'un de ses patients.
- ◇ La télésurveillance qui donne la possibilité à un professionnel de santé d'analyser à distance des données médicales recueillies sur le lieu de vie du patient, soit par le patient lui-même, soit par un second professionnel de santé,
- ◇ La téléassistance qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un second professionnel de santé pour la réalisation d'un acte médical,
- ◇ La régulation médicale qui est une réponse médicale à distance donnée par téléphone par un médecin régulateur d'un centre d'appels dédié aux urgences.

La télémédecine est encadrée aussi par d'autres textes comme les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui la définit quant à elle comme « une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins notamment dans les territoires fragiles et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie⁵⁵ ».

La convention médicale signée en août 2016 a permis les premiers remboursements d'actes de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) par l'AM, uniquement pour le suivi des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le remboursement par l'assurance maladie des actes de téléconsultation apparaît à partir du 15 septembre 2018 suivis du remboursement de la téléexpertise en février 2019 suite à la signature de l'avenant n°6 de la convention de juin 2018. Par cet accord, ces deux actes ouvrent dans certaines conditions le droit à un remboursement par l'assurance maladie.

La TM répond à une évolution des besoins de la part des patients ainsi qu'une nécessaire modification des pratiques. Elle pourrait contribuer activement à lutter contre la désertification médicale en réduisant les délais d'attente pour un rendez-vous chez le médecin généraliste ou un spécialiste ; désengorger les urgences qui sont actuellement mobilisées pour les soins primaires non programmés ; permettre le suivi médical des pathologies des maladies

⁵⁵ La HAS précise les bonnes pratiques de la TC dans une monographie publiée le 26 juin 2019. Ces recommandations visent à améliorer la qualité et la sécurité des actes de TC. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf

chroniques qui demande un suivi et un contact permanent avec le médecin pour par exemple faire des évaluations régulières ou pour adapter le traitement.

Face à ces inégalités territoriales, la TM permet de faire face à de nombreux obstacles afin de faciliter l'accès aux soins. Mais il est nécessaire d'indiquer que le déploiement de la télémédecine fait face à de nombreux freins qui la limite en plus de son manque de fluidité.

2) Les limites au déploiement de la télémédecine

Tout d'abord, une raison juridique qui limite l'apport de la TM. En fait pour que la télémédecine soit remboursée, le législateur exige que la téléconsultation s'inscrive dans un parcours de soins coordonné et soit ainsi obligatoirement réalisée ou orientée par le médecin traitant. C'est une limite pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant. Le patient dans ce cas doit faire intervenir une organisation territoriale de soins. Dans ces zones, il manque cruellement des médecins pour faire des consultations en présentiel et c'est justement pour cela que ces zones sont qualifiées de déserts médicaux, alors comment des médecins traitants apparaîtraient dans ces zones pour permettre la réalisation de la téléconsultation et prendre en charge de nouveaux patients. Il s'agit donc d'une condition qui reste un frein à l'utilisation de la télémédecine dans les déserts médicaux.

Pendant la crise sanitaire, la télémédecine a beaucoup été utilisée pour assurer la continuité des soins. Pour contourner sa rigidité et son manque de fluidité, des mesures dérogatoires aux conditions habituelles de prise en charge et de facturation ont été mises en place⁵⁶. A titre d'exemple, nous pouvons citer : La dérogation à la connaissance préalable du patient et du respect du parcours de soins pour les patients susceptibles ou reconnus atteints du covid-19, La prise en charge des téléconsultations pour tous les patients à 100 % jusqu'au 31 décembre 2021.

Les accords du Ségur de la santé signés le 13 juillet 2020 veulent non seulement de revaloriser le système de santé, mais aussi de développer la télésanté dans tous les territoires en accélérant le développement des téléconsultations : (en prolongeant le dispositif mis en place pendant la crise du COVID-19, en assouplissant le principe de connaissance préalable du patient pour la téléconsultation ou en permettant dans certaines conditions des téléconsultations en dehors des principes actuels du parcours de soins coordonnés).

⁵⁶ Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de TM pour les personnes exposées à la covid-19

Ensuite, la question de la sécurité des données de santé et celle de l'implication de personnels non-médicaux dans le processus et de l'utilisation des technologies interroge. La garantie du respect de la confidentialité du dossier médical est remise en cause, ainsi, le gouvernement avait donc établi une liste d'outils numériques utilisable par les médecins choisis en fonction des critères de praticité et de sécurisation. Le médecin en tout état de cause doit donc veiller à la sécurisation des moyens utilisés pour la vidéotransmission, ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la TC. Il doit aussi s'assurer d'informer le patient sur les modalités techniques de la TC et de recueillir son consentement quant à l'utilisation de la TC.

De plus, de nombreuses personnes sont dans ce que l'on appelle un désert numérique. En effet, 45 % des territoires restent à couvrir en réseau très haut débit. C'est ainsi que 5 % de la population française est condamnée à une totale exclusion numérique et 10 % à une semi-exclusion.

Enfin, pour certains médecins, la médecine est avant tout une profession de contact et le risque de faire des erreurs médicales est d'autant plus importante en TC. Il y a des patients qui, ayant eu recours à la TC ont eu des diagnostics erronés et des prises en charge pas adaptées⁵⁷. S'agissant toujours du médecin, les universités pourraient intégrer la télémédecine dans les cursus d'enseignement afin que les professionnels de santé soient formés à l'utilisation ces outils numériques.

⁵⁷ Téléconsultation : enthousiastes ou circonspects, des généralistes racontent, le quotidien du médecin, 25 septembre 2020

Section 2 : les leviers d'action pour lutter contre la désertification médicale mise en œuvre par les collectivités territoriales

A) Les incitations financières mises en œuvre par les collectivités territoriales

a. Les aides financières

Les collectivités territoriales par la loi de 2005 obtiennent légalement le droit d'aider à l'installation ou d'encourager l'exercice en zones sous-médicalisées⁵⁸. Ainsi, elles bénéficient de la possibilité de financer des bourses d'études ou accorder des aides financières forfaitaires pour attirer les professionnels de santé. Cette loi a donc permis aux collectivités territoriales d'attribuer « des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé » dans les ZIP et les ZAC.

Les collectivités territoriales à l'exemple des conseils départementaux offrent des **aides financières** qui prennent la forme de primes forfaitaires ou de subvention à l'installation. Les montants en jeu positionnent les aides facultatives des collectivités territoriales comme moins attractives que celles proposées par l'Assurance maladie, mais bien plus élevées, en revanche, que celles financées par l'État. Enfin, la loi impose aux collectivités territoriales de proposer leurs aides en fonction du zonage mais la plupart utilise des cartographies au détriment du zonage⁵⁹.

1) Le cadre général des aides financières par les collectivités territoriales

Dans les collectivités territoriales, le principe selon l'article L. 1511-2 du CGCT est que les aides financières pour favoriser le développement économique et social du territoire doivent relever de la région. Cependant, l'article L.5111-8 du même code permet une dérogation à ce principe. Ainsi, les communes et départements bénéficient d'une compétence subsidiaire, pour décider d'octroyer des aides directes et indirectes pour pallier le manque de médecin sur leur territoire.

Cependant, seules, sont autorisées à mobiliser ces outils financiers les collectivités situées dans les zones rurales ou urbaines caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, également dites zones « sous-denses ». Celles-ci sont définies

⁵⁸ La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

⁵⁹ AUGROS (S), évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, septembre 2019

par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) après concertation avec les représentants des professionnels de santé du territoire concerné.

Les aides sont destinées aux professionnels de santé en activité, exerçant à titre libéral, ou en formation. Selon l'article L.6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé, c'est-à-dire les structures sanitaires de proximité accueillant des médecins généralistes ou spécialistes en accès direct tels que les pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes et psychiatres, peuvent également être bénéficiaires de la prise en charge, totale ou partielle, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins et bénéficier de la mise à disposition de locaux destinés à cette activité dans les mêmes conditions que les professionnels de santé exerçant à titre individuel.

Dans ce cas, la convention fixant les modalités d'octroi de l'aide est conclue avec l'organisme gestionnaire du centre de santé.

2) Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé par des aides

Les collectivités qui sont situées dans les ZIP ou ZAC peuvent financer des aides destinées à favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé sur leur territoire. Ces aides consistent, par exemple, en la prise en charge totale ou partielle des frais d'investissement ou de fonctionnement lié à l'activité de soins. Il s'agit donc de subventions des équipements permettant l'investissement immobilier ou de l'acquisition de matériel professionnel. Plafonnées généralement entre 10 000 ou 15 000 euros par médecin, les aides financières dans certaines collectivités peuvent atteindre 50 000 euros. À titre d'exemple, nous pouvons citer les coûts de construction d'une maison médicale, l'achat de parts dans une structure d'exercice ou l'équipement d'un véhicule professionnel afin de favoriser la médecine itinérante, la mise à disposition de locaux destinés à cette activité dont le bail appartiendrait à la collectivité ou la mise à disposition d'un logement pour accueillir un médecin et sa famille.

Parfois, ces aides prennent la forme du versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire. Soulignons que cette pratique favorise la concurrence entre les collectivités pour attirer les professionnels de santé.

Il convient d'indiquer que l'attribution des aides se fait par la conclusion d'une convention : l'installation des professionnels de santé fait l'objet d'une convention tripartite entre la collectivité qui attribue l'aide, l'ARS et le professionnel de santé. Cette convention doit impérativement mentionner les engagements pris par le bénéficiaire en contrepartie des aides

accordées. Parmi les engagements, il y a par exemple celle qui stipule que le professionnel de santé doit s'engager à exercer de manière effective son activité en zone sous-dense pour une période minimale de trois ans. Ainsi, il est notamment possible de subordonner le versement de l'aide à des modes d'exercice groupés ou d'exercice pluri professionnels, destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins. Sont ainsi visés les cabinets médicaux de groupe et les maisons de santé.

Enfin, la convention prévoit également les conditions dans lesquelles le versement de l'aide prend fin, ou quand le bénéficiaire est obligé de restituer de manière totale ou partielle l'aide perçue pour non-respect des engagements.

b. Des aides financières attachées à la période de formation des stagiaires et futurs médecins

1) Faciliter l'accueil de stagiaires en médecine générale

L'article L.1511-8 prévoit deux dispositifs d'aide à destination des étudiants en médecine. Tout d'abord, afin de renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires, le cursus des études de médecine a été modifié afin d'accorder une plus large place à la réalisation de stages ambulatoires dans ces territoires.

Dans ce cadre, les collectivités locales situées dans les zones sous-denses peuvent mettre à la disposition des étudiants de troisième cycle de médecine générale effectuant leur stage sur leur territoire, à titre gratuit, un logement pour la durée de leur stage ou, à défaut, proposer des **indemnités** de logement et de déplacement. Cette indemnité doit respecter un plafond, fixé par référence aux émoluments versés aux internes en médecine, qui est de l'ordre de 5 100 euros par an puisque l'indemnité n'est pas cumulable avec la mise à disposition d'un logement.

2) Accompagner les futurs médecins pendant leurs études

Pour attirer de jeunes professionnels de santé sur leur territoire, le II de l'article L.1511-8 et D.1511-54 du CGCT permettent aux collectivités de financer également des indemnités « d'études et de projet professionnel ». Ce dispositif est un complément au contrat d'engagement de service public et s'adresse aux étudiants ou aux internes en médecine ou en chirurgie dentaire.

Cette indemnité est allouée en contrepartie de l'engagement, pris par l'étudiant, de s'installer pour une durée minimum de cinq ans en zone sous-dense. Le contrat conclu entre l'étudiant et la collectivité qui attribue l'aide doit prévoir des sanctions précises en cas de non-respect, par l'étudiant, de son engagement. Au minimum, selon l'article D.1511-56 du CGCT, il sera tenu

au remboursement total de l'indemnité en cas de non-installation sur le territoire concerné ou à son remboursement partiel, si la durée d'installation est inférieure à cinq ans ou à la période contractuellement convenue.

Le montant des indemnités d'études et de projet professionnel ainsi que les modalités de leur versement sont laissées à la discrétion de la collectivité, dans la limite d'un plafond annuel et total fixé par référence aux « émoluments annuels de troisième année d'internat ». Ce qui correspond, depuis la revalorisation opérée par l'arrêté du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, à environ 27 000 euros par an. Le contrat conclu entre la collectivité territoriale et l'étudiant doit être transmis pour information à l'ARS et au préfet du département du futur lieu d'exercice.

En 2019, le docteur Sophie Augros dans son rapport indique qu'il n'y avait pas de vision d'ensemble des aides, mais plusieurs constats peuvent être fait grâce au travail de l'ISNI avec les conseils départementaux et régionaux. D'après ce rapport, les collectivités territoriales utilisent de manière préférentielle les bourses d'études pour attirer les futurs médecins : « Au moins une vingtaine de conseils départementaux, sur les 80 ayant répondu à l'enquête de l'INSI, et au moins un conseil régional ont mis en place des aides de ce type ».

Les bourses accordées ont des caractéristiques variables comme par exemple le montant, la durée de l'installation, le lieu d'installation etc...

En effet, bien qu'elles s'adressent le plus souvent aux médecins généralistes, elles concernent aussi les spécialistes. Les collectivités territoriales exigent souvent que les étudiants s'engagent à s'installer dans les ZIP ou ZAC. Mais parfois confronter au manque de médecin sur leur territoire, certains conseils départementaux se contentent d'une installation, quelle que soit la zone. Le montant des bourses varie du simple au double. S'agissant toujours des bourses, les durées d'installation exigées vont de deux à sept ans, et il est souvent demandé le remboursement des sommes perçues en cas de rupture de l'engagement.

B) Les dispositifs non financiers mise en œuvre par les collectivités

Il convient avant d'aborder les mesures novatrices (b), la question des professionnels de santé étrangers (a) :

- a. Les médecins étrangers dans les collectivités territoriales

Actuellement, les collectivités ont de plus en plus *recours aux professionnels de santé étrangers* dont la mobilité est facilitée par la législation de l'Union européenne. Depuis des années, les mobilités internationales des médecins se sont inscrites dans le contexte d'un manque de personnel médical dans les pays d'Europe. En France, le manque de professionnels de santé s'est fait ressentir à partir des années 90 sous l'expression de « crise de la démographie médicale⁶⁰ ». Mais une question se pose : Est-ce les médecins étrangers s'installent forcément dans les zones sous-dotées.

1) Législation applicable aux médecins étrangers en France

La reconnaissance des qualifications professionnelles permise par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 a rendu possible la libre circulation des travailleurs entre tous les pays membres de l'Union européenne. En créant les conditions favorables à l'émergence d'un marché européen des professionnels de santé, cette mesure a autorisé l'accès à « la voie royale des migrations ». Le recours à des médecins étrangers est bel et bien une opportunité pour répondre à court terme aux problèmes de démographie médicale, au moins tant qu'un véritable relèvement des *numerus clausus* n'aura pas porté ses fruits.

Pour exercer en France, les médecins généralistes ou spécialistes, diplômés dans l'Union européenne, en Suisse, ou dans l'espace économique européen, bénéficient d'une reconnaissance automatique de leurs diplômes en France par la directive européenne de 1989, modifiée en 1999, en 2001 et 2005. Elle prévoit donc la reconnaissance mutuelle des diplômes, la liberté de s'installer et la possibilité d'exercer la profession dans les pays membres sous réserve d'une attestation de conformité. Ils doivent toutefois prouver leur connaissance du français, fournir leur diplôme traduit, et sont bien évidemment soumis aux règles et à la juridiction disciplinaire de la profession. Ceux qui sont ressortissants d'un pays entré dans l'UE entre 2004 et 2007 doivent en plus fournir une attestation du Ministère de la Santé de leur pays qui prouve que le diplôme est conforme aux conditions d'exercice de la profession en France. Sinon, une autorité compétente doit certifier qu'ils ont exercé comme médecin au moins trois ans sur ces cinq dernières années dans l'UE.

⁶⁰ Séchet R, Despina Vasilcu D, les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice, open edition journals, p.63-76
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.4000/norois.4203>

S'agissant du médecin venant d'un pays hors U.E., il doit, lui aussi, avoir une bonne connaissance de la langue française. Mais il doit surtout passer une épreuve de vérification des connaissances : deux épreuves écrites sur ses connaissances pratiques et fondamentales en médecine. Cette épreuve a lieu une fois par an. Une fois validés, les candidats doivent faire leurs vœux d'affectation dans un établissement. Ils pratiqueront pendant trois ans dans un service agréé des internes. La commission nationale d'autorisation d'exercice donnera alors un avis, qui sera validé ou non d'une autorisation ministérielle définitive d'exercice. A défaut, un complément de stage pourra être demandé. Il leur restera alors à s'inscrire auprès de l'Ordre, pour pratiquer en hôpital ou comme médecin de ville. Toutefois, les conditions d'exercice de ces médecins ont été assouplies en avril 2020 afin qu'ils puissent accéder à des positions professionnelles plus favorables. Dans cet esprit, un décret du 29 mars 2021, a été adopté et porte création du statut de praticien associé. Ce décret participe à l'encadrement de l'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens titulaires de diplômes obtenus dans un État non-membre de l'Union européenne et non-inscrits à l'ordre des professions concernées, ou dans un État membre de l'Union européenne, mais non conformes à la Directive de 2005.

2) Le nombre de médecins étrangers en France : le constat

Le nombre de médecins diplômés hors de France et exerçant en France a augmenté considérablement. En 2017, 26 805 médecins diplômés à l'étranger, dont 22 619 praticiens en exercice, sont inscrits à l'Ordre des médecins. Selon l'Atlas démographique du CNOM en 2007, ils étaient 14 000. En France, plus de la moitié des médecins formés à l'étranger viennent d'Europe. Et l'image du médecin roumain n'est pas un cliché.

Le nombre de médecins roumains inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins français a fortement augmenté au cours des dernières années, passant de 158 au 1^{er} janvier 2007 à 819 au 1^{er} janvier 2008 et 1160 au 1^{er} janvier 2009. En 2017, plus de 40 % des médecins diplômés hors de France viennent de la Roumanie, soit 4 254 médecins. C'est 7,5 fois plus qu'en 2007.

En 2022, 197 811 médecins en activité régulière sont recensés par le CNOM. Parmi eux, 172 394 généralistes ont la nationalité française, 11 433 médecins sont originaires d'un pays européen et 13 984 médecins viennent d'un pays extérieur à l'Europe. Toutes spécialités médicales confondues, 12 % des médecins de France sont d'origine étrangère.

Les médecins aux diplômes étrangers représentent une source importante de médecins pour les établissements hospitaliers. À eux seuls, ils occupent plus de 900 postes d'anesthésiste-réanimateur et plus de 300 postes de chirurgien. Néanmoins, la médecine générale reste la

spécialité la plus exercée par ces médecins étrangers. Environ 1 800 praticiens diplômés en Europe, dont 979 diplômés en Roumanie, exercent en tant que généralistes en 2017.

Mais la question est de savoir si finalement les médecins étrangers sont une solution à la désertification médicale, Est-ce qu'ils s'installent forcément dans les zones sous denses ?

3) Constatation sur les lieux d'installation des professionnels de santé étrangers en France

En 2020, dans la Nièvre par exemple, 76,5 % des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre avaient un diplôme étranger. Ils venaient à 47 % d'un pays hors Union Européenne, et à 29 % d'un pays de l'UE. À titre de comparaison, en 2017, la Nièvre affichait 33 % de nouveaux inscrits avec un diplôme français, et autant avec un diplôme européen et extra-européen. Cette évolution est notamment due à l'absence de ville universitaire dans le département, à des médecins qui accordent plus de place à leur vie privée, et au numerus clausus, longtemps très restreint.

En France en 2020, 86,2 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre sont titulaires d'un diplôme obtenu dans une université française. 7,1 % viennent d'une université européenne. Et 6,8 % d'une faculté hors U.E.

Tous les territoires en manque de médecins ne trouvent pas facilement de médecin malgré leur politique pour en attirer les médecins étrangers par la création de maisons de santé permettant de disposer de locaux équipés à moindre coût ou des mesures incitatives à l'installation.

En 2017, ce constat fut observé par le CNOM (**annexe n° 15**). La cartographie montrait en effet, que les médecins étrangers ne s'installent pas dans les déserts médicaux comme leur confrère aux diplômes français. Ces professionnels de santé s'installaient le long des frontières belge et allemande, ainsi qu'en Île-de-France ou au bord de la Méditerranée.

Pour le CNOM, ces observations montrent bien que les incitations financières allouées dans les zones sous-denses n'ont pas plus d'effet sur les médecins français que sur les étrangers. Il faut donc trouver une nouvelle réponse. « Il faut se pencher sur le problème à l'échelle européenne, et ce qui compte, c'est de modifier les conditions d'exercice », a indiqué le délégué général aux relations internes du CNOM. « Le temps est venu d'être politiquement efficace », a lancé le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre lors de la présentation de la onzième édition d'Atlas. En 2020, le Sénat réaffirmait ce constat pour différentes professions en santé : pour les médecins ou dentistes venant de l'étranger, l'installation se fait dans les mêmes régions que

ceux qui sont déjà sur le territoire national, à savoir l'Île-de-France, la région Rhône-Alpes et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

De même, les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme obtenu au sein de l'Union européenne et qui s'installent en France choisissent généralement d'exercer en libéral, tout comme les titulaires d'un diplôme obtenu en France. Leur installation ne permet donc pas de combler le manque d'effectifs dans les hôpitaux.

Enfin, il y a des conséquences qui sont liées à la mobilité des professionnels de santé :

Toutefois, la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne constitue un facteur positif dans les pays d'accueil qui peut, parmi d'autres, contribuer à maintenir ou à rétablir une offre de soins suffisante, notamment dans les territoires fragiles.

Enfin, la mobilité des professionnels de santé soulève une réflexion quant aux conséquences que cela peut avoir pour le pays de départ. En effet, ces départs peuvent créer un manque de professionnels de santé dans le pays d'origine. C'est le cas principalement en Roumanie et en Bulgarie. L'institut de la protection sociale européenne estime ainsi qu'un quart des postes de médecins hospitaliers sont inoccupés en Roumanie. L'accès aux soins est donc plus compliqué, ce qui n'est pas sans conséquence pour la santé publique d'autant plus que la population de ces pays vieillit et que les besoins augmentent.

À ce sujet, le code de pratiques de l'OMS de 2010 recommande de ne pas engager de personnel médical provenant de régions où l'offre est insuffisante, mais cette recommandation n'a qu'un impact limité. Ces mobilités sont par ailleurs facilitées par la pratique de la manguette du pays d'accueil, condition nécessaire pour pouvoir y exercer.

b. Les initiatives innovatrices mises en place par les collectivités

Les initiatives des collectivités territoriales se sont multipliées depuis des années pour assurer la présence d'une offre de soins de premier recours sur leur territoire. Les communes tout comme les départements ou les régions s'organisent afin de trouver des solutions autres que financières pour lutter contre la désertification telles que l'exercice coordonné, la télémédecine, la médecine ambulante.

1) L'exercice coordonné

Une des initiatives qui fonctionne bien comme au niveau national est **l'exercice coordonné** avec la création des Centres de santé, des Maisons pluri professionnelles de santé, des pôles de santé. Ces structures doivent nécessairement s'inscrire dans le cadre des orientations du projet de santé élaboré par l'ARS territorialement compétente.

Pour les CENTRES DE SANTE, bien que les communes soient historiquement, les premières à créer les centres de santé, les départements se sont lancés aussi pour permettre aux habitants d'avoir accès à la santé. Les centres de santé sont des structures de soins de premiers recours qui répondent aux besoins des patients tout en étant adaptées aux attentes des professionnels de santé. Selon le Ministère de la Santé, on compte plus de 2200 centres de santé dont 455 sont pluri professionnels.

A titre d'exemple, plusieurs initiatives exemplaires sont énumérées dans le rapport du Sénat.

- En 2015 la création du centre médical communal de Bretagne pour la commune du Sourn. Dans cette commune de quelque 2 000 habitants, la mairie prend en charge la comptabilité et le matériel ainsi que le salaire des quatre médecins. Lors de son audition, le maire Jean-Jacques Videlo a expliqué que ce choix, très engageant financièrement, avait permis aux médecins salariés de se concentrer sur leur cœur de métier ;
- La création, en 2020, dans la communauté de communes d'Adour Madiran (Hautes-Pyrénées et Pyrénées-Atlantiques), d'un centre de santé comportant quatre médecins. Là encore, le choix a été fait de gérer directement les locaux et de salarier, outre les médecins, aussi le personnel en charge des fonctions supports ;
- La création dans la communauté de communes « Mayenne communautés », en 2019, d'un pôle de santé pluri professionnel prenant en charge les fonctions supports. Toutefois, cet EPCI peine à recruter les praticiens.

Au niveau du département, nous pouvons citer le premier centre de santé départemental qui a été créé en 2017 dans le Saône-et-Loire pour répondre au constat qui était qu'en 2016 le département ne comptait que 110 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit 635 libéraux ou salariés et un nombre prévisible de départs à la retraite pour 35 % d'entre eux. La critique à faire pour les structures de l'exercice coordonné serait peut-être sa survivance dans le temps notamment avec les départs à la retraite. Il y a un risque de fermeture si les médecins allant à la retraite ne sont pas remplacés.

2) Le déploiement de la télémédecine au niveau des collectivités

S'agissant de la **TELEMEDECINE**, longuement abordée plus haut, il convient de souligner cependant qu'au niveau local, la mise en place des cabinets de télé médecine ou des télécabines n'a pas attendu la crise sanitaire. Dès 2018, un cabinet de télé médecine avait été placé par Christophe Dietrich, maire de Laigneville (Oise). D'après lui, « une centaine de consultations dès le premier mois a été enregistré et le fichier de télé médecine de commune compte 2 000 patients réguliers ». En outre, les collectivités, en particulier les communes, peuvent mettre à disposition des locaux adaptés respectant les contraintes de confidentialité qui s'appliquent à tout lieu de consultation pour promouvoir la TM. Elles peuvent aussi agir, en participant au financement de l'équipement de ces lieux de téléconsultation (acquisition d'un logiciel de vidéo transmission ainsi que des appareils connectés par exemple) en concertation avec l'ARS.

3) La médecine ambulante : outil novateur

À côté des structures de l'exercice coordonné et de la télé médecine, les collectivités territoriales mettent en avant un nouveau dispositif innovant de lutte contre les déserts médicaux qui passe par la **MEDECINE AMBULANTE** :

Les élus, toujours à la recherche de solutions innovantes pour lutter contre la désertification médicale qui touche leur territoire, ont développé l'exercice de la médecine itinérante à travers des bus de santé et des cabinets médicaux mobiles qui vont à la rencontre des personnes isolées. Il convient d'indiquer que les différentes initiatives dans ce cadre répondent à l'exigence énoncée à l'article R. 4127-74 du code de la santé publique qui précise, depuis 2012, que « quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance ». L'autorisation est délivrée par le conseil départemental de l'ordre. Nous pouvons citer comme exemple :

- Le dispositif « **Médicobus** » qui a été instauré en octobre 2020 par la région Normandie en coopération avec la préfecture, l'ARS et les acteurs de la santé du département de l'Orne. Par le biais de ce bus, les personnes isolées ont des consultations médicales.
- Le dispositif « **bus départemental de santé bucco-dentaire de Seine-Saint-Denis** » comme son nom l'indique est à l'initiative de la ville de Seine-Saint-Denis s'adressant aux enfants de 4 à 8 ans. Il s'agit là, d'un cabinet roulant composé d'une salle d'attente ainsi que d'une salle de soins. Il a fait son premier arrêt dans une école de La Courneuve en mars 2020.

- Le dispositif « **Bus santé femmes** » qui permet de rompre avec l'isolement social des femmes a été inauguré pour la première fois en 2019 par les conseils départementaux des Yvelines et des Hauts-de-Seine, en partenariat avec la région Île-de-France.

Les collectivités territoriales mettent en œuvre aussi des **actions préventives** pour améliorer l'accès aux soins. Cela passe par l'éducation à la santé des plus jeunes s'agissant notamment de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Nous citerons ici deux exemples :

En 2010, la ville de Bordeaux avait mis en place le programme de prévention bucco-dentaire en crèches et écoles primaires afin d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants, notamment ceux scolarisés en Réseau d'Éducation Prioritaire. Selon le Sénat, en 2021, ce programme concerne une dizaine de crèches, 28 écoles maternelles et une vingtaine d'écoles élémentaires.

En 2017, la métropole de Montpellier a lancé le programme « J'agis pour ma santé », visant à améliorer l'éducation nutritionnelle, l'hygiène bucco-dentaire et l'activité physique enfants des écoles des quartiers du contrat de ville.

Chapitre 2 : mise en lumière de l'impact des multiples mesures incitatives existantes

Le constat sur les mesures incitatives est mitigé, la Cour des comptes en 2017 soulevait le manque d'efficacité des mesures non contraignante. Depuis des années des parlementaires ainsi que l'opinion publique désirent la mise en place de mesures plus coercitives telle que le conventionnement sélectif. Face au refus du gouvernement, les mesures ont toujours été incitatives. Actuellement de plus en plus de propositions et de projets de loi remettent en question la loi liberté d'installation. Cela entraîne inévitablement la révision de tout le système de santé.

Section 1 : le net constat de l'absence de mesures contraignante pouvant être une affection de la désertification médicale

- A) La mise en lumière du manque d'efficacité des mesures incitatives et l'absence du caractère contraignant.**
 - a. Bilan mitigé des mesures incitatives au fil des années

Face aux déserts médicaux, les solutions ont longtemps été basées sur des mesures incitatives notamment les mesures financières telles que les exonérations en matière sociale et fiscales ou des majorations d'honoraires. Mais aussi à des aides matérielles à travers la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement en lien avec l'activité médicale (mise à disposition des locaux professionnels, d'un logement, prime d'installation, prime d'exercice). Ainsi, depuis des années, le constat sur les solutions apportées est le même tant pour les professionnels de santé, que pour les gouvernements successifs. Les pouvoirs publics ont toujours annoncé les réformes mises en place pour lutter contre cette problématique comme étant des solutions adéquates. Mais force est de constater que l'inégale répartition des médecins entraînant des inégalités territoriales d'accès aux soins ne fait que s'accroître au fil des années.

La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable affirme que la méthode incitative, constamment retenue, s'est avérée insuffisante au regard de l'ampleur des inégalités territoriales d'accès aux soins et de l'urgence sociale et sanitaire dans les territoires⁶¹

Depuis la loi HPST de 2009, passant par la loi de modernisation de notre système de santé, les politiques publiques se sont appuyées à chaque fois sur des axes communs de réforme insuffisants, car elles se reposent sur des politiques incitatives, dont l'efficacité n'a jamais été mise en œuvre. À cet effet, le Sénat rapporte que six questions écrites et six courriers de relance du rapporteur Hervé Maurey adressés au ministère des Affaires sociales et de la santé entre 2011 et 2020 sur le coût des mesures incitatives pour lutter contre le problème de la désertification médicale n'ont jamais reçu de réponse⁶²

La Cour des comptes au fil des années a gardé la même position quant à l'efficacité des mesures : en 2015⁶³, elle affirmait que ces « mesures sont inefficaces » en critiquant à la fois le faible nombre d'installations induites en zone fragile, mais également le coût économique des mesures, pointant ainsi l'absence d'évaluation de l'efficacité et du rapport coût/avantage

⁶¹ SENAT, Maurey H, Longeot J-F, rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux (2), n°282, session ordinaire de 2019-2020

⁶² 1 Question n° 20320 du 13 octobre 2011, question n° 23279 du 5 avril 2012, question n° 10878 du 13 mars 2014, question n° 24527 du 22 décembre 2016, question n° 022826 du 18 janvier 2018, question n° 14119 du 30 janvier 2020

⁶³ Cour des Comptes, « vingt ans de recomposition de l'offre territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015

qui en résulte. En 2017, la Cour des comptes recommande l'évaluation de l'efficacité des différentes mesures⁶⁴.

En 2016, un forfait de 50.000 euros a été instauré par l'AM en contrepartie d'une installation de cinq ans sur le territoire ciblé. Trois ans après, seuls 859 contrats étaient actifs. La prime pour le maintien sur place sous condition de travail coordonné a eu un peu plus d'écho, avec 2.004 bénéficiaires.

Les ARS comme nous l'avons vu précédemment, offrent aussi des contrats de praticien territorial à des jeunes pour s'installer en échange d'une protection sociale améliorée et d'une garantie de revenus. Seuls 274 généralistes étaient engagés en mai 2019. Enfin, les étudiants s'engageant à exercer au tarif de la Sécurité sociale en zone sous-dotée peuvent recevoir des bourses d'études. En huit ans, 2.700 ont signé alors que 4.000 contrats avaient été proposés.

En 2021, la DREES avait publié une étude qui confirme ce constat. D'après elle, « les incitations financières ne suffisent pas pour attirer les médecins dans les zones sous dotées. Car les professionnels de santé sont avant tout sensibles à d'autres aspects non pécuniaires de l'exercice professionnel »

b. Le plan Ma Santé : véritable avancée contre les déserts médicaux ?

Soulignons les apports qui étaient prévus dans le plan :

Le plan Ma Santé 2022 traduit plusieurs mesures qui sont mises en œuvre de manière conventionnelle, réglementaire ou financier telles que :

- Le recrutement de 400 médecins salariés dans les zones sous-denses, bientôt 600 selon les informations confirmées par la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales lors de son audition devant la commission le 26 novembre dernier
- Le déploiement de 4 000 assistants médicaux dès 2019, à la suite de négociations conventionnelles sur les conditions de mise en œuvre de ce dispositif ;
- La poursuite de la politique d'incitation financière, conventionnelle ou d'État, à l'installation en zones sous-denses ;
- Le relèvement du seuil d'exonération du cumul emploi-retraite pour favoriser le maintien en activité des médecins âgés ;

⁶⁴ Cour des comptes, L'avenir de l'Assurance-maladie, novembre 2017

- L'incitation à l'exercice multi-sites des médecins libéraux et l'assouplissement du cadre juridique associé ;
- Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur l'ensemble du territoire d'ici 2022, dans les conditions déterminées par des négociations conventionnelles menées en 2019

Pour la commission de l'aménagement du territoire dans leur rapport de 2020 cité supra, il n'y a pas d'avancer puisque selon eux, le plan ne fait que renouveler à un dispositif de remède qui existait déjà notamment le recours aux incitations à l'installation qui sont insuffisantes pour endiguer la problématique des inégalités d'accès aux soins.

Malgré les multiples tentatives des parlementaires pour limiter la liberté d'installation, il n'y a pas de mesure coercitive à ce jour qui oblige les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous-denses. Par ailleurs, un début de coercition a été mis en place par la loi HPST à travers le contrat de santé solidarité qui permettait aux directeurs des ARS d'avoir un pouvoir de proposer aux médecins exerçant dans les zones bien dotées de participer aux besoins de santé des populations des zones sous dotées avec pour conséquences de tout refus, le versement d'une contribution forfaitaire annuelle. Ce dispositif avait été abandonné avant même son application.

Ainsi, pour lutter contre la croissance des déserts médicaux et ainsi améliorer l'accès aux soins de la population française, il est plus que nécessaire de repenser l'organisation des soins et mettre en œuvre des solutions contraignantes notamment s'agissant de la liberté d'installation des médecins.

B) L'absence de régulation de la liberté d'installation : principe intouchable politiquement ?

- a. La liberté d'installation, principe soumis certaines restrictions
 - 1) L'origine de la notion de la liberté d'installation

La liberté d'installation a été longtemps un sujet tabou pour les pouvoirs publics du fait de l'attachement des médecins libéraux à cette liberté. Depuis des années, nombreux sont ceux qui jugent nécessaire un aménagement de la liberté d'installation des médecins pour

promouvoir un meilleur accès aux soins des usagers du système de santé. Cela va des pouvoirs publics aux personnalités médicales⁶⁵.

Pour comprendre cet attachement au principe de la liberté d'installation il convient de faire quelques rappels historiques. En effet, lors des discussions sur les assurances sociales, durant l'entre-deux-guerres, les professionnels de santé ne voulant pas dépendre des caisses ont affirmé un certain nombre de principes. Ainsi, le 30 novembre 1927, les syndicats médicaux ont adopté la charte médicale qui fonda les règles de médecine libérale. Juridiquement, ces règles furent réaffirmées par la loi n°71-525 du 3 juillet 1971⁶⁶.

Cette liberté a donc été consacrée par loi du 3 juillet 1971. La liberté d'installation désigne pour un médecin, la possibilité de choisir d'exercer où bon lui semble sur le territoire national, et ce dès la fin de ses études, indépendamment de la répartition de la population et de l'offre médicale. L'attachement du corps médical à cette liberté s'inscrit dans la tradition libérale de la médecine française. La liberté d'installation des médecins, est un sujet tabou, car cela s'inscrit dans un vieux débat français. En effet, le développement de la médecine s'est fait, en France, loin du regard de l'État. Les syndicats de médecins se sont toujours attachés à la défense de la médecine comme profession libérale et à une régulation du recrutement et de la formation des médecins par leurs pairs.

2) Un principe limité dans certains métiers médicaux

La liberté d'installation ne connaît quasi aucune limitation légale si ce n'est que quelques restrictions d'ordres déontologique qui interdit par exemple l'installation dans un même lieu de médecin de même spécialité ou pour l'ouverture d'un cabinet secondaire. Cependant, le principe est limité pour certains métiers médicaux.

Ce principe est soumis à des mesures contraignantes pour d'autres métiers. Par exemple, pour le corps infirmier, la condition pour bénéficier des conventions de l'AM lorsqu'un infirmier s'établit dans les zones sur dotées est qu'il doit nécessairement compenser un départ à la retraite. Les pharmaciens aussi, sont limités dans leur choix du lieu d'installation. L'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, dite ordonnance « maillage territorial des officines », rappelle cette

⁶⁵ Michel Legmann, président du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) en 2012 à appeler de ses vœux une régulation de la liberté d'installation

⁶⁶ L'union des syndicats médicaux français (USMF) de 1880 qui devint la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) à partir de 1928

limitation et tend à simplifier les conditions de création, de transfert, de regroupement et cession d'officines afin d'assurer une répartition harmonieuse des pharmacies sur le territoire : il y a des seuils démographiques qui sont instaurés, c'est-à-dire : 1 officine pour 2 500 habitants et 1 officine par tranche de 4 500 habitants supplémentaires. Pour qu'une officine puisse s'implanter, elle doit répondre à trois critères : accessibilité des locaux (officine visible, places de stationnement, aménagement piétonnier, desserte par les transports en commun), conformité des locaux (accès des personnes à mobilité réduite notamment) et présence d'une population résidente à desservir. L'autorisation est toujours délivrée par l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Ordre et des syndicats.

Les laboratoires de biologie médicale depuis l'ordonnance n°2010-49, du 13 janvier 2010 dite ordonnance Ballereau fait l'objet d'une limitation de la liberté d'installation. En effet, le directeur général de l'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire lorsque cette dernière a pour effet de porter atteinte, sur la zone déterminée en application de l'article L.1434-9 s'agissant du zonage, l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur à 25% à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé article L.6222-3 CSP.

Pour les médecins en revanche, les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ont longtemps opté pour des mesures incitatives financières dont les effets ne sont pas toujours suffisants.

Les agences régionales de santé doivent prendre en compte cette liberté d'installation dans leur mission de mise en œuvre de la stratégie régionale de santé⁶⁷

La loi HPST offrait une possibilité de coercition à travers le contrat de santé solidarité qui permettait aux directeurs des ARS d'avoir un pouvoir de proposer aux médecins exerçant dans les zones bien dotées de participer aux besoins de santé des populations des zones sous dotées avec pour conséquence de tout refus, le versement d'une contribution forfaitaire annuelle. Ce dispositif avait été abrogé avant même son entrée en application.

Dans d'autres États, les mesures correctives contre la liberté d'installation montrent que cela est possible. Par exemple en Autriche depuis la réforme des soins en 2005 les caisses et les ordres régionaux de médecins fixent le nombre et la répartition des médecins conventionnés

⁶⁷ Article L.1434-3 CSP qui dispose Le schéma régional de santé [...] indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés [...]. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux”

nécessaires pour assurer la couverture sanitaire. En Allemagne depuis 1992, dans chaque Land, une commission paritaire composée de représentants des médecins et des caisses de la sécurité sociale délivre ensemble les autorisations d'installation qui sont attribuées selon les directives d'une instance fédérale qui elle définit les quotas de médecins par territoire et spécialités.

En Belgique, la limitation du nombre annuel des nouveaux professionnels de santé (généralistes et spécialistes conventionnés) est possible et leur nombre est fixé par voie réglementaire jusqu'à l'obtention de leur conventionnement puisqu'à cette obtention, les praticiens sont libres de s'installer où ils veulent (arrêté royal de 2002 portant sur la planification de l'offre médicale).

La France pourrait à l'instar de ces pays mettre en œuvre des mesures aussi contraignantes et se reposer plus sur l'échelon territorial comme le rappelle le Sénat dans son rapport de 2020.

b. Opposition à toute tentative de mesure contraignant à liberté d'installation en France

1) Opposition de la part du syndicat

Selon le syndicat des médecins libéraux, on ne peut pas obliger les médecins, car c'est fait pour les autres professions parce qu'ils étaient trop nombreux et donc on voulait éviter la concurrence, c'est le cas des pharmacies. Les médecins remboursent leur étude tout le long de leur étude parce que, les externes font déjà le travail du médecin alors qu'ils sont en quatrième ou cinquième années. Le problème est que si l'hôpital doit des salariés, cela lui coûterait plus cher. Les internes travaillent trop, il n'y a pas de raison qu'ils remboursent deux fois plus. En revanche, les représentants des infirmiers tout comme ceux des masseurs-kinésithérapeutes, avaient déclarés satisfaits du dispositif de régulation par le conventionnement sélectif qui leur est désormais appliqué, et qui a prouvé en quelques années son efficacité pour réduire les écarts de densité. Ils soulignaient que la définition des zones sur denses, à laquelle ils ont été associés par les ARS, devait être parfaitement fiable pour ne pas prêter à contestation. Ils ont observé que les surdensités entraînaient une baisse du niveau des actes pratiqués et pouvaient générer une dérive financière pour l'assurance maladie. Selon eux, non seulement le conventionnement sélectif s'impose comme une évidence au regard de l'intérêt général, mais il permet en outre une saine régulation de la concurrence à l'intérieur de la profession. En fait, les professionnels de santé aujourd'hui régulés ne comprennent pas pourquoi les médecins ne le sont toujours pas. De nombreux médecins rencontrés par votre rapporteur admettent d'ailleurs cette nécessité.

2) Refus des pouvoirs publics à la contrainte de la liberté d'installation

En 2013, l'ex ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, avait exclu par principe de recourir à la coercition, et même à la régulation de la liberté d'installation. En effet, au cours de son audition par la commission⁶⁸, l'ex ministre avait estimé que celle-ci « se heurte à la liberté des patients pour choisir leur praticien et à la liberté d'installation des médecins, principes anciens dans notre pays. Elle est en outre injuste à l'égard des jeunes praticiens, qui porteraient seuls les conséquences de problèmes qui leur sont antérieurs ». En réponse, votre rapporteur a souligné le caractère au moins tout autant « injuste » de l'inégalité d'accès aux soins.

La liberté d'installation apparaît donc comme un principe complètement démodé d'autant plus, les médecins libéraux tirent 100% de leurs revenus des remboursements fait par l'assurance maladie. Bien qu'ils soient rémunérés à l'acte, c'est quand même par la communauté qui subventionne via l'assurance maladie. On peut donc considérer que la collectivité soit fondée à décider dans l'intérêt général à quel endroit il est pertinent que les jeunes médecins s'installent.

Les pouvoirs publics sont partagés entre le respect de la liberté d'installation et la nécessité de prendre en compte l'intérêt de la population afin d'assurer l'égal accès aux soins et une meilleure répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. De plus, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoyait aussi des outils juridiques visant toujours à inciter sans obliger les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous dotées. Face à la position des pouvoirs publics, du refus des professionnels de santé à une régulation du principe, et surtout au manque d'efficacité des mesures incitatives, des solutions sont nécessaire. Des solutions qui doivent inévitablement prendre en compte le ressenti des professionnels de santé pour éviter que le métier de généraliste ne souffre encore plus d'un désintérêt de la profession en favorisant la fuite vers le salariat.

Section 2 : vers une régulation de la liberté d'installation : solution contraignante au service d'une répartition des médecins plus égalitaire

A) Une liberté d'installation discutée plus que jamais

⁶⁸ Maurey H, Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire), Par M. Hervé MAUREY, n° 335, session ordinaire de 2012-2013

a. Panorama des dispositifs de régulation de la liberté d'installation au fil des années

En France, depuis les années 2000, des dispositifs de régulation à l'installation des médecins n'ont cessé de se mettre en place se heurtant au refus catégorique des médecins attachés à leur liberté d'installer où ils veulent. Il convient sans être exhaustive de faire un panorama de ces dispositifs afin de mettre en évidence la réflexion omniprésente sur le sujet qui demeure délicat.

1) La liberté d'installation discutée au niveau des parlementaires et des élus locaux

En 2008, aussi bien le rapport du sénateur Jean-Marc Juilhard sur la démographie médicale, que le rapport du député Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, évoquaient la possibilité de recourir à un conventionnement sélectif dans les zones surmédicalisées.

En février 2011, la proposition de loi pour l'instauration d'un bouclier rural déposée par Jean-Marc Ayrault, alors président du groupe socialiste à l'Assemblée nationale, proposait de subordonner à une autorisation des ARS l'installation dans les zones sur denses déterminées par les SROS.

En mai 2012, le président du conseil national de l'Ordre des médecins avait suggéré une régulation des conditions de premier exercice pendant une période de cinq années, en partenariat avec les ARS. Lors de son audition par le groupe de travail, le représentant de l'association des maires ruraux de France s'est prononcé en faveur d'une obligation d'installation de quelques années en zone sous médicalisées, après évaluation des dispositifs incitatifs existants. De même, la fédération des villes moyennes prône des conventionnements différenciés en fonction de la densité médicale des différents territoires. Un grand nombre d'acteurs du secteur de la santé ont jugé nécessaire la mise en place de mesures de régulation, si ce n'est de coercition.

En octobre 2012, la proposition de loi déposée par le député Philippe Vigier proposait d'instaurer un dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin s'inspirant du système de régulation applicable aux officines de pharmacie. Elle a été rejetée par l'Assemblée nationale, les députés socialistes étant désormais hostiles à toute contrainte relative à l'installation des médecins. Les esprits semblent donc mûrs aujourd'hui pour franchir un pas dans la régulation.

En 2017, lors des débats parlementaires sur le projet de loi de la Sécurité sociale, la question de la démographie médicale et des déserts médicaux avait été évoquée avec Annie Le Houérou,

députée PS des Côtes-d'Armor par un amendement qui prévoyait un conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées en médecins libéraux. Ce dispositif avait été présenté comme un outil supplémentaire pour réguler l'accès aux soins sans porter atteinte à la liberté d'installation. Le texte déposé faisait ainsi valoir que « le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne pouvait intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone »

En **2019**, Guillaume Garot, député socialiste de Mayenne, avait déposé une proposition de loi « contre la désertification médicale » qui demandait à ce que « l'installation des médecins libéraux soit soumise à un ensemble de conditions dans les zones où l'offre de soins est déjà à un niveau particulièrement élevé ». C'est-à-dire que l'installation de nouveaux médecins soit limitée dans les zones déjà largement dotées, une régulation similaire à ce qui est déjà en vigueur pour les kinésithérapeutes et infirmiers libéraux.

En **2021**, différentes mesures ont été mises en œuvre pour limiter le principe de liberté d'installation des médecins :

- En juin, le sénateur Stéphane Sauterel avait déposé une proposition de loi similaire à celle citée supra, selon laquelle, dans les zones surdotées, « le conventionnement à l'Assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone ».
- En octobre 2021, le député Sébastien Jumel préconisait également de rendre obligatoire pour les jeunes médecins un « contrat d'engagement de service public » dans les territoires sous-dotés. En novembre, c'était au tour du député UDI d'Ille-et-Vilaine, Thierry Benoît, de demander un système de « conventionnement sélectif » ainsi qu'une obligation d'exercice dans les zones sous-dotées durant les trois ans qui suivent l'obtention du diplôme. « Ces années d'exercice, le contact avec la patientèle locale, la connaissance du territoire permettraient assurément à plusieurs médecins qui n'imaginaient pas s'installer d'y rester », pense le député.
- Un grand nombre de députés LREM ont par ailleurs adressé une lettre ouverte (**Annexe n°16**) au ministre de la Santé cet automne pour lui demander « d'accepter l'instauration d'une relative contrainte dans l'installation des médecins libéraux généralistes et spécialistes sur les territoires ».

Pour une solution complètement radicale, le député Guillaume Chiche avait introduit en octobre 2021 une proposition de loi qui vise à mettre fin à la liberté d'installation des

médecins⁶⁹. Cette proposition de loi préconise la suppression de la liberté d'installation afin que l'Etat puisse autoriser ces installations médicales dans les territoires qui en sont dépourvus en médecin en fonction des besoins de santé des populations.

En **2022**, les maires de France sont favorables actuellement à une remise en cause de la liberté d'installation des médecins. En effet, l'AMF par le biais de Frédéric Chéreau maire de Douai a affirmé que « les élus locaux étaient de plus en plus tentés par des mesures de contrainte pour attirer des médecins et lutter contre les déserts médicaux afin de répondre à la détresse de leurs administrés. Selon lui, il y a quelques années, il y avait plutôt un consensus au sein de l'AMF pour dire non à la régulation de l'installation. Mais aujourd'hui, la contrainte fait partie des sujets dont parlent les maires de plus en plus ».

En **juillet 2022**, le député Guillaume Garot a formé, un groupe de travail sur notre sujet. 54 députés ont déjà déclaré vouloir participer au groupe de travail. À l'Assemblée, le député affirmait que « nous sommes ici nombreux, sur tous les bancs, à penser que les réponses d'hier ne valent plus aujourd'hui. Il n'y aura pas de solution sans régulation de l'installation des médecins, généralistes et spécialistes ». En Interpellant le ministre actuel de la santé François Braun, Guillaume, le député s'est interrogé : « Le gouvernement nous dit qu'il ne faut pas engorger les urgences, mais je ne sais pas comment on fait, car précisément, on se tourne vers les urgences quand on n'a plus de médecin ». Fort de la création de son groupe de travail, le député socialiste a demandé au gouvernement de « passer aux actes », espérant qu'il agisse « sur la base des propositions que nous ferons, élus de terrain »

2) La position réaffirmée des défenseurs de la liberté d'installation

Pour le syndicat des généralistes, au fil des années, le conventionnement sélectif est une tentative de régulation de la liberté d'installation déguisée. « Pratiquer ce conventionnement sélectif, priverait des assurés du remboursement des actes dès lors que le médecin ne serait pas conventionné par la CPAM ». Pour le syndicat, les députés étaient en train de choisir la solution la plus facile pour éviter d'analyser les vraies raisons qui expliqueraient le manque d'attractivité des zones sous dotées . Ainsi, pour eux, la mesure aura pour effet « que de détourner un peu plus les jeunes générations de la médecine générale, qui a davantage besoin de reconnaissance que de contraintes nouvelles. Elle aura surtout pour effet d'augmenter le

⁶⁹ Proposition de loi n° 4533 pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé

nombre d'installations, hors convention, dans les zones moins défavorisées, aggravant ainsi le reste à charge des patients. »

Pour la Fédération des Médecins de France, « le déficit de médecins dans les zones sous-dotées ne pouvait être solutionnée par la coercition, mais plutôt par un panel de mesures incitatives qui rendrait la vie professionnelle du médecin compatible avec les évolutions sociétales actuelles ». De son côté, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) estime que « la fuite des généralistes formés vers des modes d'exercice institutionnels et hospitaliers, aggravant la tendance qui est déjà la principale responsable du problème démographique. Ces conditions structurelles rendent pour les médecins généralistes le problème radicalement différent de celui de professions paramédicales pour lesquelles le conventionnement sélectif a permis une amélioration de la situation. » Le CNGE estime nécessaire de « revaloriser les conditions d'exercice des médecins généralistes dont les missions sont de plus en plus importantes, mais qui n'en ont pas la reconnaissance relativement aux autres spécialistes dans le champ professionnel. »

Une fois de plus, le syndicat des médecins généralistes, MG France réaffirme son opposition à l'atteinte à cette liberté et déclare que « le conventionnement sélectif n'est pas la solution, contraindre l'installation dans les seules zones sous-dotées, comme le rabâchent avec obstination mais sans réflexion nos élus, aura pour principal effet de détourner les jeunes médecins de l'exercice libéral de la médecine générale ». De même, l'Inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale a fait savoir leur opposition en indiquant que « Choisir la coercition, c'est offrir aux habitants les soins de jeunes professionnels présents contre leur gré, dégoûtés avant l'heure de l'exercice libéral » (**Annexe n°17**).

À la lecture de ces éléments, depuis plusieurs années, la liberté d'installation fait l'objet de nombreuses tentatives de régulation notamment par le conventionnement sélectif. Mais ces tentatives se sont toujours heurtées au refus des représentants des médecins ou étudiant en médecine comme le montre la réaction de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF). En effet, Yaël Thomas, président de l'association disait en juillet dernier regretter que « ces propositions coercitives reviennent régulièrement sur le devant de la scène depuis plusieurs années, alors qu'elles sont contre-productives » Pour lui, le conventionnement sélectif ne fait « que créer une médecine à deux vitesses, d'autant plus qu'il n'y a pas de zones sur-dotées en France ». « Les médecins qui ne veulent pas s'installer dans les déserts iront

s'installer ailleurs quoi qu'il arrive, mais en secteur II ou III, et ne seront accessibles que pour les patients les plus aisés ».

b. La régulation de l'installation des professionnels de santé à l'international

1) Exemple des pays régulant la liberté d'installation

Pourtant, la limitation de l'installation des médecins semble fonctionner dans d'autres pays qui ont réussi à la mettre en place. C'est-à-dire que pour la médecine de ville, les médecins voulant s'installer dans une zone géographique donnée doivent obtenir un accord des autorités s'ils veulent que leurs patients soient remboursés par le système public (qu'il s'agisse d'un système d'assurance maladie ou d'un système national financé par l'impôt). La DREES dans son rapport de 2021 intitulé « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques » fait une liste de pays ayant fonctionnant avec une régulation de l'installation des médecins :

- Le Danemark où les médecins généralistes qui sont libéraux doivent passer contrat avec les autorités régionales, qui régulent la distribution géographique des cabinets. Les effectifs nécessaires par zone géographique sont fondés sur la taille des listes de patients inscrits auprès des médecins et les distances d'accès aux cabinets. Les patients doivent avoir le choix entre au moins deux cabinets dans un rayon de 15 kilomètres, et un généraliste peut décider de fermer sa liste à partir du moment où elle atteint 1 600 patients. S'il y a un manque de médecins dans une zone, la région ouvre des postes supplémentaires. Elle peut aussi négocier avec les médecins en exercice pour qu'ils prennent des patients à titre temporaire ou qu'ils assurent une part de leur activité dans la zone en pénurie⁷⁰.
- En Norvège, les généralistes sont également des libéraux pour l'essentiel, et sont sous contrat avec les municipalités (une toute petite minorité est salariée par les municipalités, en général dans les zones éloignées). Les médecins spécialistes libéraux exerçant en cabinet, qui assurent 25 % des soins de spécialistes³⁷, sont, eux, sous contrat avec les régions (Saunes, et al., 2020). Là aussi, les possibilités d'installation des médecins sont donc restreintes par la nécessité de passer contrat, soit avec la municipalité, soit avec la région.

⁷⁰ Polton D, Chaput H, Portela M, remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale, DREES n°89, Décembre 2021

- En Finlande, pour l'essentiel, les professionnels de santé sont employés dans des structures de soins gérées par les municipalités, centres de santé ou hôpitaux de districts : les choix de localisation sont donc, de fait, limités aux postes vacants pour lesquels les médecins se portent candidats.
- Au Royaume-Uni, la distribution géographique des généralistes est encadrée depuis la création du NHS. De 1948 à 2002, cette régulation a été opérée par une instance nationale, le Medical Practices Committee.

Les organisations locales devaient obtenir l'accord du Comité pour toute installation ou tout remplacement, cet accord étant donné sur la base de la situation de la zone géographique, désignée comme « ouverte », « intermédiaire » ou « restreinte » en fonction du nombre moyen de patients inscrits par généraliste et des caractéristiques de la population. Lorsque les généralistes avaient en moyenne 2 500 patients ou plus à prendre en charge, la zone était considérée comme déficitaire et toute installation était autorisée, tandis qu'elle pouvait être refusée dans des zones où l'effectif moyen de la liste de patients était inférieur à 1 700. En 2002, cette responsabilité a été décentralisée au niveau des « groupes de soins primaires », auxquels étaient fixés des objectifs de recrutement différenciés, puis, avec la réforme de 2012, aux Clinical Commissioning Groups (CCGs).

Les CCGs sont des regroupements obligatoires de cabinets de médecine générale, disposant d'une personnalité juridique propre et couvrant en moyenne une population de 250 000 habitants ; ils ont un rôle d'acheteur et de régulateur des soins, finançant et organisant les soins secondaires et délivrant les autorisations aux cabinets de soins primaires (Dozol, et al., 2016). Dans les pays évoqués ci-dessus, la régulation de la distribution géographique des professionnels de santé s'inscrit dans des contextes de systèmes nationaux de santé, dans lesquels la préoccupation d'équité d'accès aux soins est ancienne, et a fait partie de la construction du système dès l'origine. Mais des formes d'encadrement de la liberté d'installation ont aussi été mises en place dans des systèmes assurantiels, et ont été, dans certains pays, instaurées ou renforcées dans un passé récent.

- En Allemagne, c'est au début des années 1990 que des limites concernant le nombre de médecins pouvant être conventionnés avec l'Assurance maladie ont été fixées dans chaque zone géographique.

Le territoire fédéral a été découpé en 395 circonscriptions médicales (classées en trois catégories, urbain, périurbain, rural, avec plusieurs sous-catégories en fonction de la densité de

population). Pour 14 groupes de spécialités, dont la médecine générale, une densité cible a été définie par type de territoire, exprimé par un ratio de nombre d'habitants par médecin et correspondant à la situation au 31 décembre 1990 dans les anciens Länder de l'Allemagne de l'Ouest. La réforme avait en effet notamment pour objectif, après la réunification, de réduire les disparités médicales entre l'ouest et l'est du pays. Dans une circonscription donnée, l'installation est possible aussi longtemps que le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du ratio. À titre d'exemple, le ratio pour la médecine générale était en 2013 de 1 médecin pour 1 617 habitants. En 2008, dans la plupart des circonscriptions, y compris dans les nouveaux Länder, aucune installation de spécialiste n'était envisageable, en revanche il était possible d'ouvrir un cabinet de généraliste dans les deux tiers des circonscriptions.

Sur le plan pratique, les autorisations sont délivrées par les branches locales de l'association des médecins de caisse maladie, qui appliquent les directives d'une commission fédérale réunissant, d'une part, des représentants des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, des délégués des organisations professionnelles de médecins. Le dispositif a été revu en 2013, avec une indexation du ratio par un « facteur démographique » tenant compte en particulier de la part de la population âgée. Cette modification a conduit à rouvrir des zones qui étaient auparavant fermées, notamment dans des régions attractives du sud et de l'ouest du pays.

- En Autriche, le nombre de médecins conventionnés est également limité. Les caisses d'assurance maladie et les chambres régionales des médecins déterminent le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire compte tenu des données locales. Elles organisent le recrutement des médecins, sur la base des annonces publiées par les caisses.

2) Questionnement soulevé par la régulation de l'installation

Ainsi, à travers cette liste, nous pouvons voir que la limitation de la liberté d'installation fonctionne pour les pays qui l'ont mise en œuvre. Cependant, cette limitation ne résout pas totalement la problématique des déserts médicaux dans ces pays. En effet, le rapport de la DREES cité supra indique que pour les comtés du nord de la Norvège par exemple, il y'a un déficit de médecins malgré la régulation. Cela a conduit les autorités nationales et locales à prendre des mesures spécifiques telles que : l'implantation d'une université en milieu rural, une répartition des internes sur les lieux de formation par un système de tirage au sort pour

attirer des médecins dans ces zones. Au Royaume-Uni, la suppression du Medical Practices Committee en 2002 a été notamment justifiée par le fait que, malgré cette régulation centralisée qui autorisait toutes les installations de généralistes dans le pays, un certain nombre de zones continuaient à avoir une pénurie de médecins. Enfin, le Danemark a aussi des difficultés à assurer la présence de généralistes dans certaines zones éloignées, ce qui a conduit à une évolution de la législation de manière répétée pour donner aux autorités locales davantage de marge de manœuvre, avec la possibilité de monter leur propre dispensaire, de salarier des médecins ou de contracter avec un opérateur privé.

Face à cette réalité, comment obliger les médecins libéraux à s'installer dans des zones sous-dotées sans certitude que la limitation pourra avoir un effet durable sur la problématique de l'accès aux soins ? Car il s'agit quand même de limiter une liberté à laquelle ces derniers sont attachés. De plus, les déserts médicaux, souvent, sont dans des endroits peu attractifs, c'est-à-dire que ces zones constituent souvent un désert tout court. Comment obliger des jeunes médecins à aller dans des endroits qui manquent d'infrastructures ? Ou là où les infrastructures ferment du fait de l'insécurité grandissante ? Aujourd'hui, nous avons besoin nécessairement de solutions qui prennent en compte tous les acteurs. Il faut donc un consensus entre les différents acteurs (pouvoirs publics, médecin) afin de prendre en compte les besoins de chaque partie. Le système de santé doit être révisé pour apporter des solutions à long terme contre les déserts médicaux.

B) Une révision du système de santé pour un meilleur accès aux soins

a. Le rôle des pouvoirs publics dans la révision du système de santé

1) Au niveau étatique

Hormis la régulation de la liberté d'installation des médecins, la lutte contre la désertification médicale doit s'appuyer sur des mesures complémentaires passant par une meilleure adaptation de l'organisation du système de santé en fonction des réalités des territoires.

La citation de Georges Clemenceau « Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire » illustre la preuve de déterminisme dont fait preuve les élus locaux face à la désertification médicale. Nombreuses sont les collectivités qui mettent en œuvre des solutions innovantes, partenariales et pragmatiques pour remédier aux déserts médicaux. Hélas, le rapport du Sénat fait en 2021 et intitulé « les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action

» montre que ces élus locaux ne participent pas suffisamment à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé publique, en particulier dans la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Selon l'OMS, la santé est entendue comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En France, la politique de santé appartient à l'État⁷¹ pour deux raisons : d'une part, l'évolution du secteur sanitaire est marquée par une appropriation progressive par l'État des questions sanitaires, et d'autre part, le Conseil constitutionnel a reconnu expressément en 2012 le droit à la protection de la santé comme un objectif de valeur constitutionnelle⁷². La lutte contre la désertification comme nous le savons est ancienne ce qui montre que malgré les mesures prises, notre système de santé n'a pas pu empêcher le développement des inégalités territoriales d'accès aux soins, en termes de qualité, de proximité, de diversité et de délais. Depuis le début des années 1990, la santé publique met en œuvre une adaptation des politiques publiques aux spécificités des territoires. Depuis 2016, un chapitre du Code de la santé publique est d'ailleurs intitulé « Territorialisation de la politique de santé » aux articles L.1434-1 à L.1434-15. Mais lorsqu'une politique de territorialisation de la santé est mise en œuvre, ce ne sont pas les collectivités territoriales qui en sont les principaux acteurs, mais bien l'Etat du fait de sa compétence exclusive en matière de santé. Cela se matérialise par la création en 2009 des ARS.

2) Au niveau des collectivités territoriales

Face à l'Etat, les collectivités ont donc un champ d'intervention limitée dans le domaine de la santé :

Par exemple la commune du fait de la compétence générale en matière de salubrité publique, de la possibilité d'attribuer des aides en matière sanitaire et de la possibilité de créer des centres et des maisons de santé, la commune dispose de quelques leviers d'action en matière de santé. La compétence du maire se fonde essentiellement sur ses pouvoirs de police administrative générale qu'il tire de l'article L. 2212-2 du CGCT en vertu duquel le maire est habilité à prendre toute mesure pour assurer la « salubrité publique », composante de l'ordre public. Selon ce même article, il appartient au maire, au titre de son pouvoir de police « de prévenir, par des

⁷¹ L'article L. 1411-1 du code de la santé publique énonce que « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État ». Cette rédaction résulte de l'article premier de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁷² Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, M. Mathieu E., cons. 6. Cet objectif de protection a été réaffirmé dans la décision n° 2021-824 DC du 5 août 2021 rendu sur la relative à la gestion de la crise sanitaire

précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours ». Toutefois, cette compétence générale de la commune en matière de santé publique est limitée par la disposition législative selon laquelle, la politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Ainsi, très souvent la justice administrative annule régulièrement des arrêtés municipaux de police, en ce qu'ils portent atteinte aux compétences de l'État en matière sanitaire.

S'agissant du Département et de la Région, tous les deux sont limités dans leurs compétences. Pour la région il y a une ambiguïté majeure, comme le disait le professeur Olivier Renaudie : « les régions constituent une ambiguïté dans l'ambiguïté. Alors même que l'échelon régional a été promu comme le cadre principal de l'action sanitaire de l'État avec les ARS, le conseil régional dispose de compétences relativement modestes en la matière ».

Ainsi, en matière d'accès aux soins les moyens juridiques d'action des collectivités s'avèrent limités. En fonction de leurs compétences, les collectivités agissent pour lutter contre les déserts médicaux et sont les acteurs les plus proches du terrain face à la détresse des administrés. C'est donc l'échelon le plus pertinent pour la mise en œuvre des projets visant à remédier aux déserts médicaux. Ainsi, l'article 72 de la constitution dispose depuis 2003⁷³, « les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon ». Il s'agit du principe de subsidiarité qui implique d'organiser les politiques publiques à l'échelon le plus proche des citoyens, au plus près des territoires.

Le rapport du Sénat cité supra soulève donc un véritable manque de participation des élus locaux dans la mise en œuvre des politiques de santé :

En effet, le rapport indique que nous devons mettre en œuvre une collaboration étroite entre le national et les élus locaux. Selon l'article 141-1 du code de la santé, la politique de santé doit promouvoir la réduction des inégalités territoriales s'agissant de l'accès aux soins, mais force est de constater que cet objectif se traduit par une territorialisation de l'action publique. Et surtout, la stratégie nationale n'a pas suffisamment associé les collectivités territoriales. De

⁷³ Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République

même pour la stratégie Ma santé 2022 qui a été adopté par le gouvernement en 2021, le sénat réclame une concertation qui impliquerait davantage les grandes associations d'élus locaux.

L'importance des collectivités territoriales s'est fait sentir durant la crise sanitaire que nous connaissons tous. Ils ont été fortement mis à contribution. Gérard LARCHER en 2020 engageait le Sénat et tous ses groupes politiques dans une réflexion approfondie sur l'avenir de notre pays avec pour objectif d'améliorer significativement l'action publique et, pour ce faire, donner un nouvel élan à la décentralisation. La gestion de la crise sanitaire a illustré les limites de l'organisation centralisée actuelle et souligné la nécessité de mieux associer les élus locaux à sa mise en œuvre. La gestion de la crise sanitaire a donné lieu à un rapport d'enquête de notre assemblée, rendu public le 8 décembre 2020⁷⁴. Ce rapport souligne que « si la gestion d'une crise sanitaire d'une telle ampleur incombe avant tout à l'État, les collectivités territoriales, plus opérationnelles et au fait des réalités locales, n'ont pas été associées aux décisions à la hauteur de leur importance et de leur mobilisation. Pour la commission d'enquête, cette crise aura mis en évidence le besoin de mieux asseoir le rôle de ces acteurs, en particulier des régions, dans l'organisation territoriale de l'offre de soins ». À cet égard, il est intéressant de relever que dans leur contribution au Ségur de la santé (8 juillet 2020), les trois associations d'élus de Territoires Unis ont estimé qu'« au fil d'année, notre système de soins s'est éloigné des réalités territoriales » et que les ARS « apparaissent comme des bras armés du ministère de la santé, éloignées des réalités locales et de la vie quotidienne de nos concitoyens ». D'une manière générale, pour le Sénat, il serait important d'inscrire dans la loi que si la politique visant à garantir l'accès territorial aux soins relève bien de l'État, cette politique nationale ne peut être menée qu'en étroite concertation avec les élus locaux. A cet égard, le préambule de la Constitution de 1946, composante du bloc de constitutionnalité, proclame que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». Selon le professeur Olivier Renaudie lors de son audition, « il est donc loisible aux représentants de la Nation que sont les parlementaires d'inscrire dans le code de la santé publique l'implication des élus locaux dans la politique d'accès aux soins dans les territoires ». En d'autres termes, le préambule de 1946, en faisant référence à la Nation et non à l'Etat, n'interdit en rien une plus grande association des élus locaux dans la conduite de la politique de santé publique.

⁷⁴ Rapport de Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET, fait au nom de la commission d'enquête « Évaluation des politiques publiques face aux pandémies » ; rapport n° 199 tome I (2020-2021) - 8 décembre 2020

- b. Repenser le système de santé, c'est aussi la mise en œuvre de métiers nouveaux pour dégager du temps médical et la responsabilisation des usagers du système de santé.

1) L'exemple des IPA

Aujourd'hui, nous avons compris que le médecin ne peut plus tout faire. Pour gagner en temps médical depuis la loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. Cette pratique a été tout d'abord déployée au sein de la profession d'infirmière. C'est donc la loi de modernisation de notre système de santé qui pose le cadre juridique de cette pratique et c'est en 2018 que les textes qui réglementent ses modes d'exercice ont été publiés. Le ministère des solidarités et de la santé annonçait un objectif de 5000 professionnels formés d'ici 2024. La pratique est définie dans le code de la santé publique au livre consacré aux auxiliaires médicaux...(art L.4301-1 à L.4394-4).

Selon France Assos Santé, “le métier de IPA séduit tant sur le papier que dans la pratique puisque nos témoignages de patients suivis par des IPA sont enthousiastes”. Citons le témoignage de Géraldine, patiente de 55 ans souffrant de diverses maladies chroniques, témoigne : « L'IPA me permet d'assurer un suivi intermédiaire et de me rassurer entre deux visites chez mon médecin. Par exemple, la semaine dernière, l'IPA m'a fait un électrocardiogramme et l'a transmis à un cardiologue pour savoir si mon état nécessitait une prise en charge urgente. Heureusement, il n'y avait rien de grave mais j'ai obtenu, avec l'aide de l'IPA, un rendez-vous avec un cardiologue du CHU en 3 semaines. Seule, j'aurais eu ce type de rendez-vous dans plusieurs mois. »

L'IPA est une véritable solution pour promouvoir l'accès aux soins, mais qui fait malheureusement face à des difficultés que le rapport l'IGAS de 2021 sorti en janvier 2022 met en avant. Il y a par exemple la réticence de certains médecins et le modèle économique auquel sont confrontés les IPA. Pour que cette profession demeure une alternative forte contre la désertification, les pouvoirs publics doivent mettre en place des actions d'amélioration afin de rendre la pratique de l'IPA facile pour les futurs diplômés.

Après une première consultation, obligatoirement orientée par un médecin, les visites chez un IPA fonctionnent au forfait, par trimestre, et elles ne sont pas limitées. Le coût pour le 1^{er} trimestre est de 58€, puis 32€ pour les autres trimestres. Les compteurs sont remis à zéro au 1^{er} janvier de chaque année. Le forfait est pris en charge à 100% pour les malades en affection longue durée (ALD). Ce fonctionnement économique pose des difficultés aux IPA déjà

installés, à cause des visites illimitées et leur durée a priori plus longues que celles d'une consultation chez un médecin qui ne leur permettent pas de gagner leur vie. Tatiana Henriot, IPA en région parisienne commente : *« C'est très frustrant de gagner moins bien ma vie alors que je suis retournée à l'université pendant 2 ans. Je suis IPA depuis juillet 2019, et je dois maintenir une activité mixte pour pouvoir subvenir à mes besoins du fait d'un modèle économique non adapté à notre activité d'IPA libérale. Par ailleurs, au cours de nos études, nous apprenons aussi à baliser des parcours de santé sur nos territoires afin de collaborer avec tous les acteurs pertinents et récolter des données probantes pour les intégrer à nos pratiques. Ce sont des missions transversales non financées, qui devraient représenter 30% de notre travail et que nous n'avons pas les moyens d'exercer ».*

Face à ces inquiétudes liées à la rémunération déterminée selon les modalités fixées par l'avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers, le Sénat rappelle que « pourtant que l'attractivité de la profession, et par là même la capacité à former une masse critique d'IPA, déterminera largement l'efficacité du dispositif dans la lutte contre les déserts médicaux. »

Ensuite, l'IGAS reprend que l'IPA doit faire face au refus de certains médecins « La mission note que le nombre de patients confiés a été largement surestimé sans tenir compte des difficultés à constituer une patientèle face aux réticences des médecins et à la méconnaissance de cette profession. ». Pour Nicolas Brun de l'UNAF, le métier d'IPA est un bénéfice en termes d'accès aux soins pour toutes les personnes qui ont du mal à obtenir un rendez-vous avec leur médecin dans des délais pertinents par rapport à leurs besoins médicaux. Il regrette cependant ce problème récurrent de certains médecins qui se disent débordés, mais ne veulent pas déléguer quelques-unes de leurs missions, craignant que cela les prive de travail.

La mission de l'IGAS propose donc de revoir cette étape de la primo-orientation par un médecin et parle également d'assouplir les conditions de leur exercice.

« Pour l'instant, la loi ne permet donc pas qu'un patient appelle directement un IPA pour un premier rendez-vous. Il doit obligatoirement être orienté par un médecin. Pour ma part, comme je suis installé dans le village dont je suis originaire, plusieurs personnes que je connaissais ont souhaité prendre rendez-vous avec moi. Heureusement, les deux médecins qui travaillent dans le même cabinet que moi sont très coopératifs, et ont accepté de faire cette orientation pour les patients qui désiraient me voir. En outre, à ce jour, dans 80% des rendez-vous que je réalise avec mes patients, je fais appel au médecin car les textes ne permettent pas aux IPA d'exercer sereinement et avec autonomie. En effet, le décret précise que le choix thérapeutique et la

conduite diagnostique sont définis par le médecin. Ainsi, par exemple, lorsqu'un patient vient me voir pour son suivi d'asthme et m'indique une douleur car il s'est cogné la veille, je ne peux pas lui prescrire de paracétamol, car il s'agit alors d'un choix thérapeutique. Je fais cependant gagner du temps au médecin, car je lui présente le tableau clinique rapidement et demande une simple validation mais je dois absolument passer par lui. », explique Sébastien Chapdaniel. L'IPA est cependant assez optimiste sur le fait que le rapport de l'IGAS donne lieu à des actions d'amélioration concrètes puisque, selon lui, le ministère et la Caisse nationale d'Assurance maladie semblent ouverts aux changements proposés par ce rapport.

2) La responsabilisation des usagers du système

Repenser le système de santé c'est aussi maximiser la prévention en éduquant les usagers du système d'une part et en les responsabilisant d'autre part. Aujourd'hui de plus en plus de besoins de santé se font ressentir et les usagers du système prennent de plus en plus de rendez-vous sans les honorer. Pour toutes les spécialités, généraliste comme spécialiste. C'est un nouveau phénomène auquel les médecins doivent faire face. Dans un contexte où cela devient compliqué de consulter, il n'y a pas de moyens de dissuasion pour les rendez-vous non honorés. Une éducation de la population sur le juste recours aux services de soins est nécessaire. Les patients vont de plus en plus aux urgences, et parfois ce recours n'est pas justifié provoquant ainsi un engorgement des urgences.

Ce mémoire a permis de mettre en évidence la progression croissante des déserts médicaux sur le territoire français et plus précisément en territoire métropolitain. Cette progression s'explique notamment par le vieillissement de la population, une population qui vieillit avec en majorité une augmentation de pathologie. Ainsi, il y a donc une augmentation des besoins de santé termes de qualité et de quantité. Le vieillissement de la population se fait en grande majorité avec des polyopathologies. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) au 1^{er} janvier 2020⁷⁵ la part de la population âgée de plus de 65 ans était de 20 % et elle pourrait atteindre 28,7 % en 2070. Le système de santé est confronté à une transition épidémiologique, remise en cause par la crise sanitaire, marquée par le vieillissement de la population qui induit l'essor des maladies chroniques et le déclin des maladies infectieuses. Ainsi, les patients atteints d'affection de longue durée représentent 18 % alors que

⁷⁵ Khaled Larbi (pôle-emploi population INSEE) Delphine Roy (DREES) 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 (n°1767). 5= France, portrait social, édition 2019 - Insee Références.

seuls représentent plus de 60 % des dépenses de santé, la problématique ici est que la crise sanitaire ajoute la question des maladies infectieuses.

De plus, il y a un phénomène de spécialisation de la médecine, car face à l'augmentation des pathologies, il paraît impossible que le seul généraliste gère seul les pathologies. Il y a donc la nécessité de coordination et de collaboration dans les soins qui passe par la multidisciplinarité.

La désertification médicale est un phénomène présent au sein des régions, des territoires et même des bassins de vie. Le nombre de médecins inscrit selon le CNOM augmente malgré la raréfaction de l'exercice libéral. Le nombre de médecins spécialistes compensent la diminution des MG. Nous l'avons vu, au niveau international, la France est bien située par rapport à certains pays comme la Belgique en termes de densité médicale. Bien qu'il ait une tension démographique sur les effectifs médicaux, c'est-à-dire l'omniprésence de la récession de certaines professions médicales, c'est surtout la répartition des professionnels de santé qui est inégale. Géographiquement, les médecins ne s'installent pas toujours là où il y a des besoins de santé. Nous avons vu que ce phénomène de désertification médicale est aussi attaché à l'attractivité, à la sécurité du territoire. L'attractivité des territoires est un véritable enjeu de notre société pour pouvoir attirer les médecins dans un territoire.

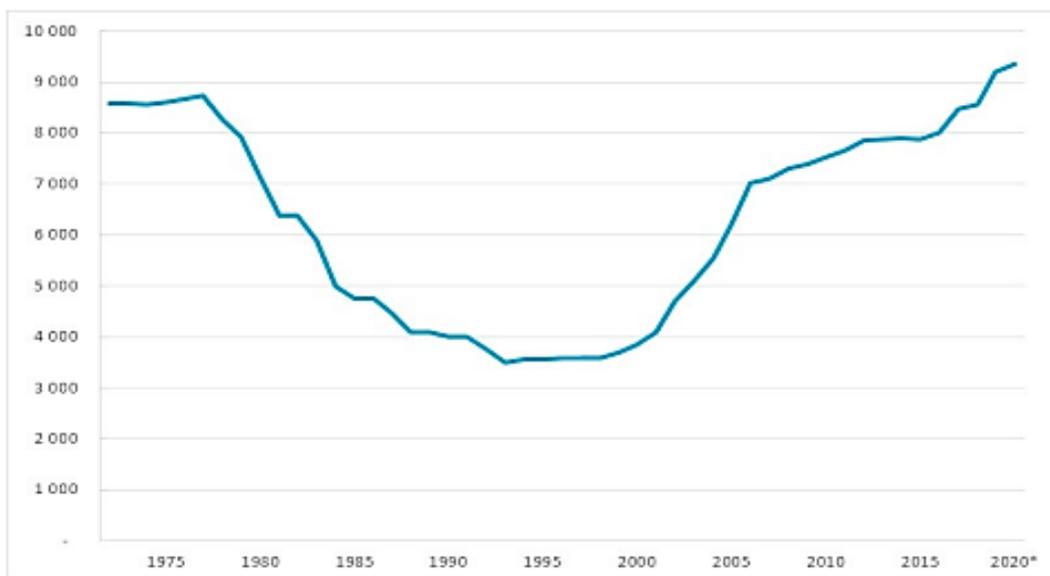
Les politiques publiques au fil des réformes proposent des solutions qui sont surtout incitatives et dont les effets semblent insuffisants pour lutter activement contre les déserts médicaux. Mais cela semble changer, compte tenu des initiatives innovantes que le gouvernement ou encore des élus locaux mettent en place pour lutter contre la désertification médicale. Nous l'avons vu, par exemple la médecine ambulante, ou encore l'exercice coordonné sont des initiatives qui montrent de véritables progrès pour l'accès aux soins des populations isolées.

Ce mémoire m'a permis de comprendre que la vision de la problématique de la désertification médicale dépend du regard que chaque acteur lui accorde. Pour l'administration, il faut inévitablement contraindre la liberté d'installation alors que pour le corps médical, cela ne résoudra pas la problématique. Il s'agit d'un sujet complexe, mais qui appelle à la concertation, à un consensus entre les différents acteurs pour mettre en œuvre des solutions efficaces afin d'assurer à l'utilisateur du système de santé une prise en charge et un parcours de soins le plus adapté à ses besoins de santé. Enfin, il n'y a pas une solution magique pour lutter contre les déserts médicaux, mais un ensemble de solutions qui doivent être mise en place pour s'assurer de la présence médicale sur un territoire.

ANNEXES :

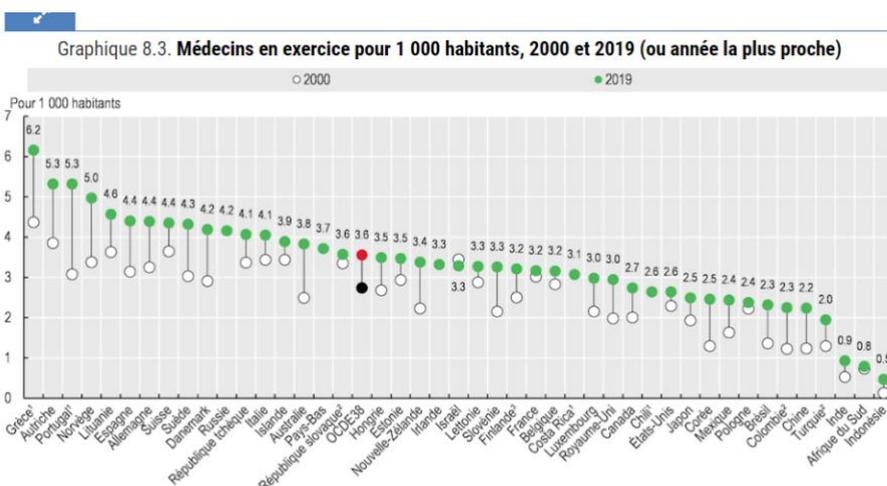
Annexe n°1

Graphique 8 • Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972



Source : DREES

Annexe n° 2



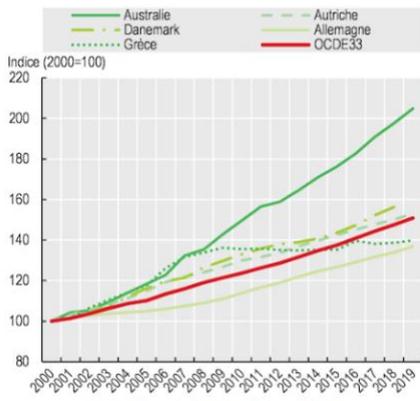
1. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer, d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). 2. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (soit un pourcentage supplémentaire de 5-10 % de médecins). 3. En Finlande, les dernières données ne concernent que l'année 2014.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

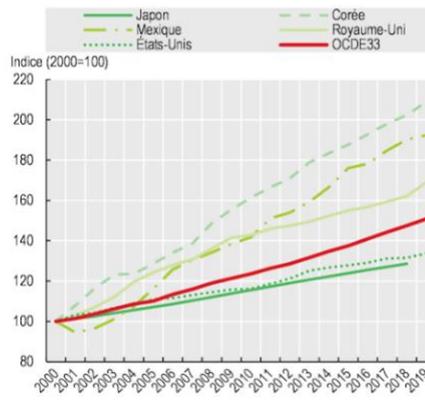


Graphique 8.4. Évolution du nombre de médecins, divers pays de l'OCDE, 2000-19 (ou année la plus proche)

Pays au-dessus de la moyenne par habitant de l'OCDE en 2019



Pays au-dessous de la moyenne par habitant de l'OCDE en 2019



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

Annexe n° 3



Source : OCDE 2021

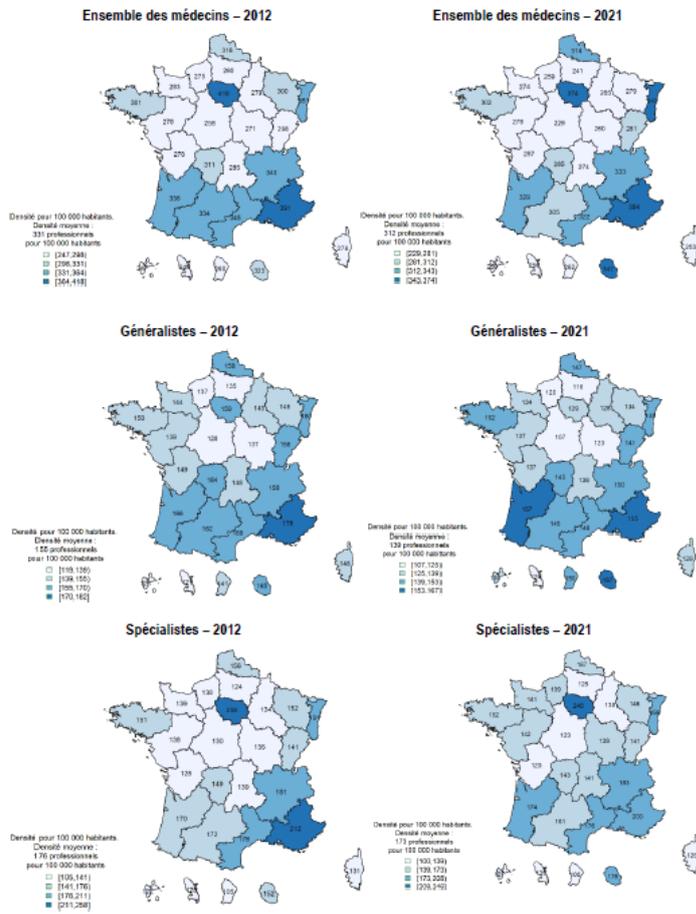
Annexe n° 4

Part de la population résidant dans une commune dans laquelle l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes (sans borne d'âge) est inférieure ou égale à 2,5 consultations par an et par habitant					
Année	2015	2016	2017	2018	2019
Auvergne-Rhône-Alpes	11,9%	11,5%	12,2%	12,5%	12,4%
Bourgogne-Franche-Comté	12,7%	13,0%	15,6%	16,2%	16,4%
Bretagne	5,1%	6,5%	5,7%	6,6%	6,8%
Centre-Val de Loire	16,6%	18,0%	18,8%	21,3%	24,0%
Corse	15,2%	15,9%	15,2%	19,3%	20,7%
Grand Est	8,2%	8,1%	8,8%	9,7%	9,8%
Hauts-de-France	3,6%	4,4%	5,0%	6,8%	6,7%
Île-de-France	11,7%	13,0%	16,1%	17,2%	17,6%
Normandie	7,7%	8,7%	9,6%	11,1%	12,6%
Nouvelle-Aquitaine	5,7%	6,0%	6,2%	7,2%	8,0%
Occitanie	5,5%	5,4%	5,6%	6,1%	6,5%
Pays de la Loire	8,1%	9,7%	11,3%	11,8%	13,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,4%	3,2%	3,4%	3,7%	4,1%
Guadeloupe	19,1%	19,1%	18,2%	16,5%	16,3%
Guyane	45,8%	46,3%	46,0%	46,1%	46,4%
La Réunion	0,9%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Martinique	26,2%	22,0%	22,6%	19,4%	16,9%
France entière (hors Mayotte)	8,6%	9,1%	10,2%	11,1%	11,6%
Lecture : En 2019, 12,4 % de la population résidant en Auvergne-Rhône-Alpes réside dans une commune dans laquelle l'APL aux médecins généralistes est inférieure ou égale à 2,5 consultations par an et par habitant.					
Champ : Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé ; France entière, hors Mayotte					
Sources : CNAM, SNDS ; Insee, populations municipales ; distancier Metric ; calculs DREES					

Source : Données transmises par la DREES à votre rapporteur.

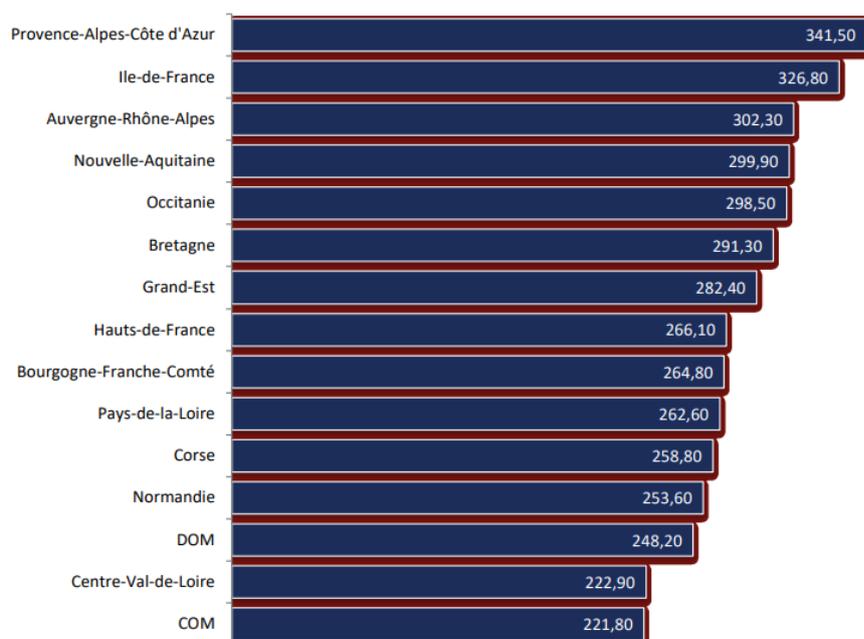
Annexe N°5

Carte 4 • Densités régionales standardisées de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et 2021



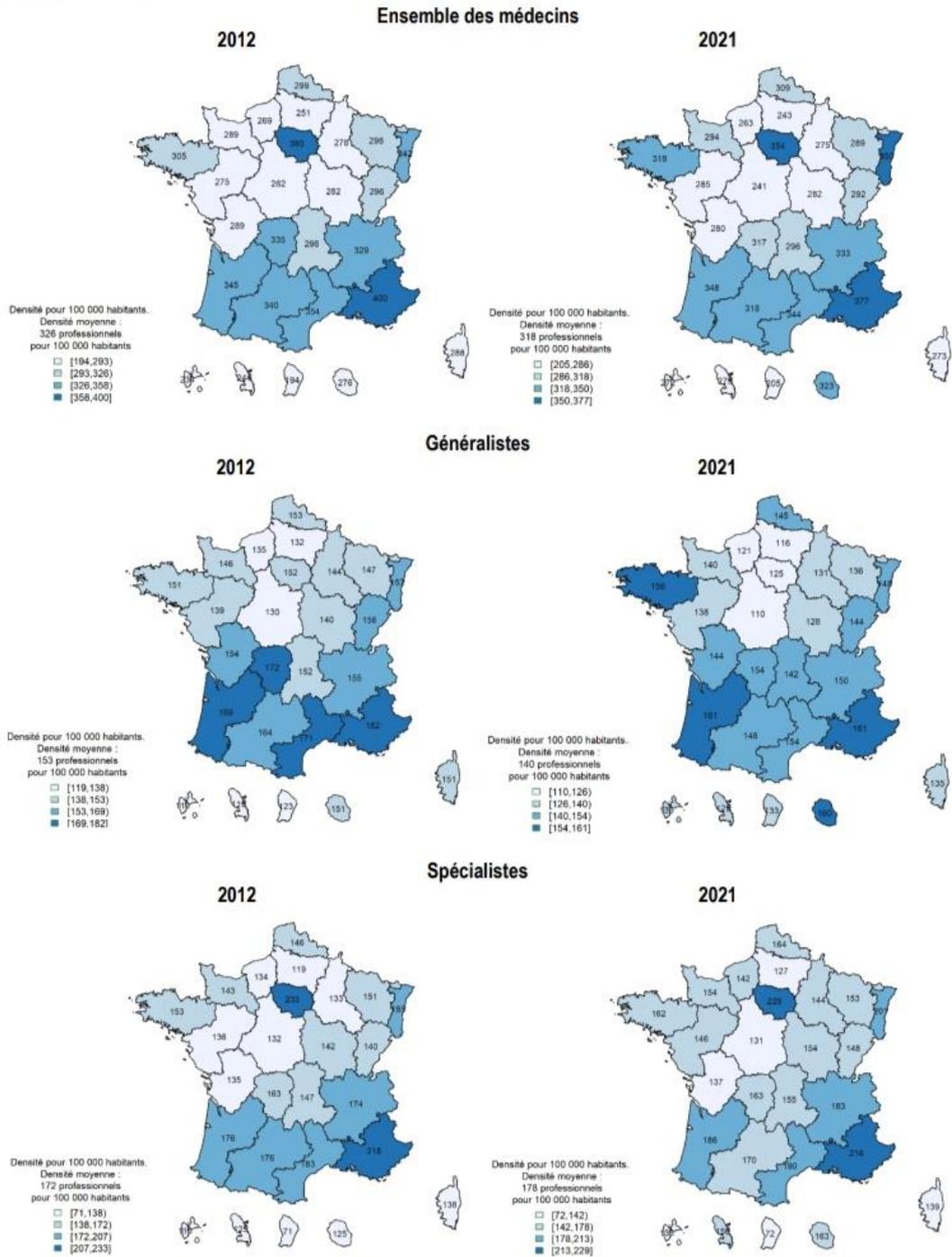
Annexe n°6

Figure 25. Répartition régionale des densités médicales pour 100 000 habitants de médecins en activité régulière en 2021
IC : [258.7-293.5]



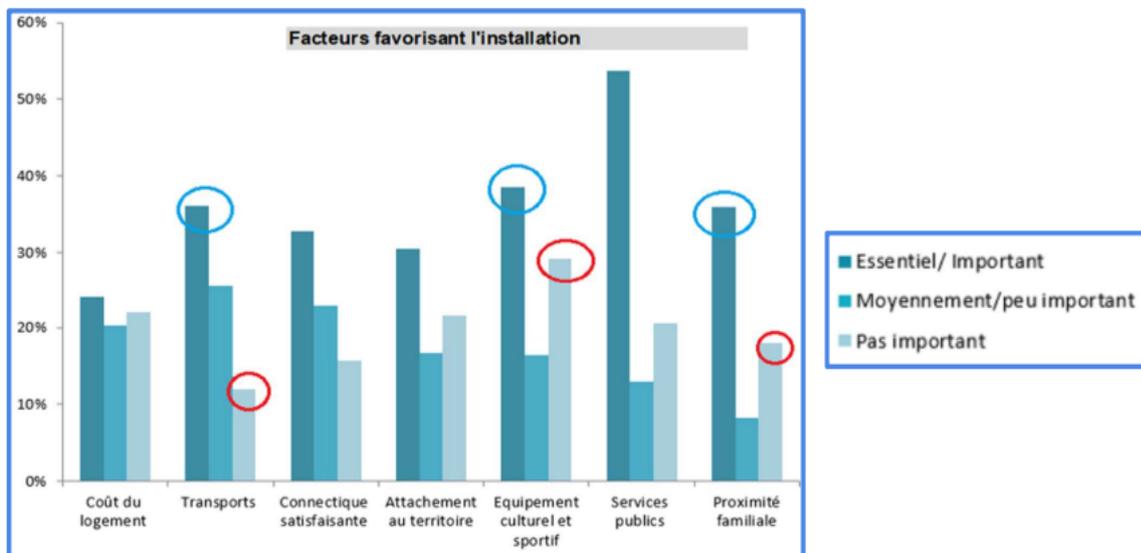
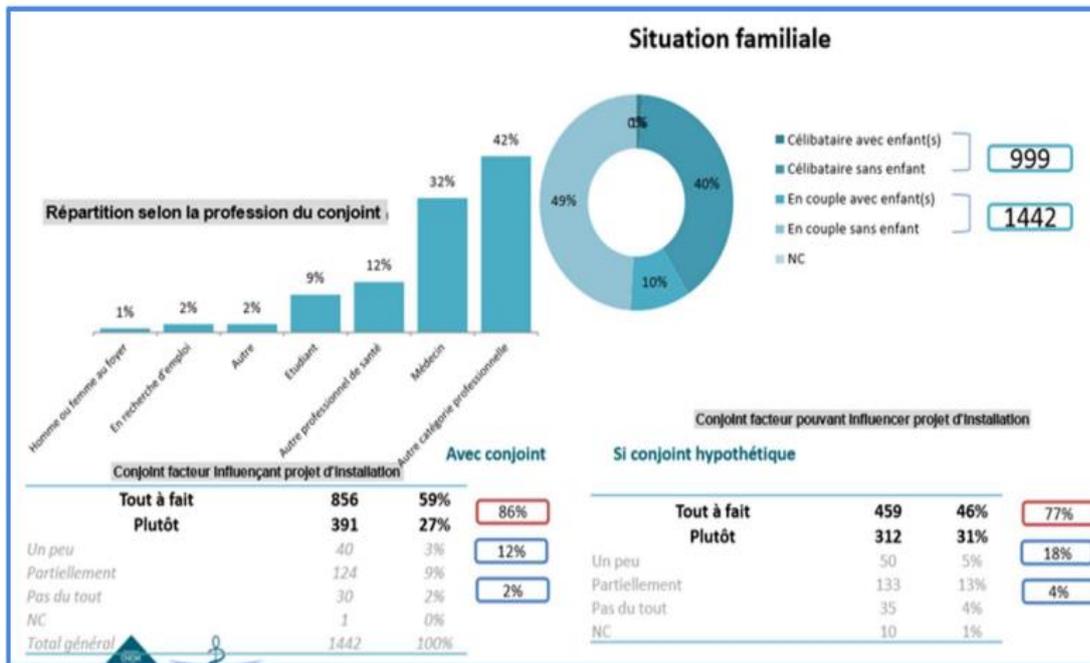
Annexe n° 7

Carte 3 • Densités régionales de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et 2021



Note > Les bornes des classes de densité ont été définies à partir de la densité moyenne, augmentée ou diminuée de 10 %.
Champ > Médecins généralistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS, INSEE, traitement DREES.

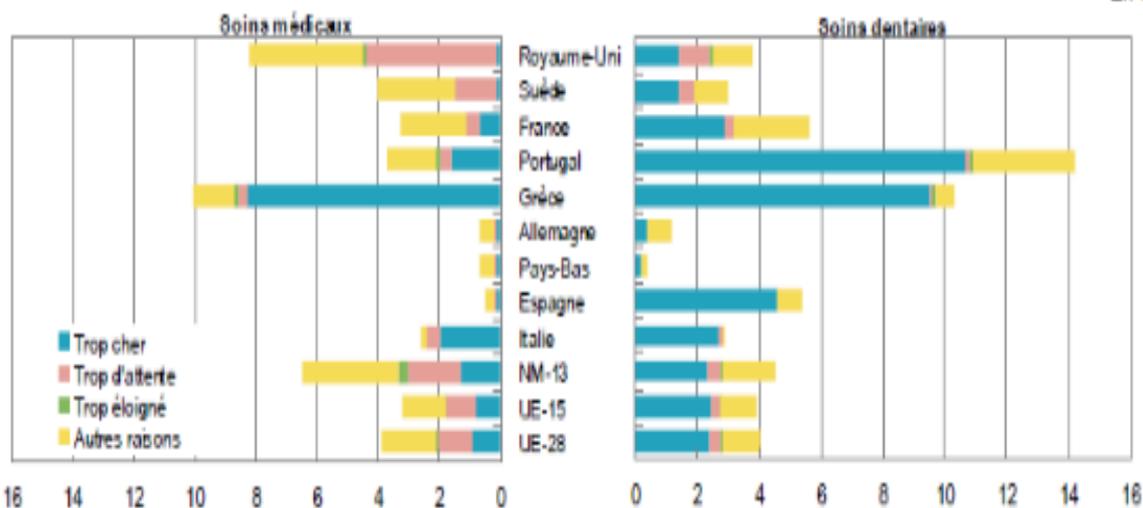
Annexe n°8



Annexe n°9

Graphique 3 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2018 pour des adultes

En %



Source : DREES 2020

Figure 1 - Comparaison des activités des médecins, entre les territoires devenus zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les autres zones

	Zones devenues ZIP	Autres zones	Écarts zones devenues ZIP / autres zones	
			Bruts	Toutes choses égales par ailleurs ¹
Nombre de consultations ou visites effectuées (par an)	6 004	5 084	18,1 %	10,4 % ^{***}
Nombre de patients distincts vus (par an)	1 915	1 564	22,4 %	14,0 % ^{***}
Temps de travail total (en nombre d'heures par semaine)	52,7	53,2	- 0,9 %	1,3 % ^{ns}
A suivi au moins une demi-journée ou soirée de formation continue (en %)	79	87	- 8 points	0,6 % ^{*** 2}
Formation continue (en nombre de demi-journées ou soirées par an) ²	11,4	11,8	- 3,0 %	- 14,1 % ^{**}
Nombre de médecins interrogés	195	1 295		

source : INSEE 2020

Annexe n°11

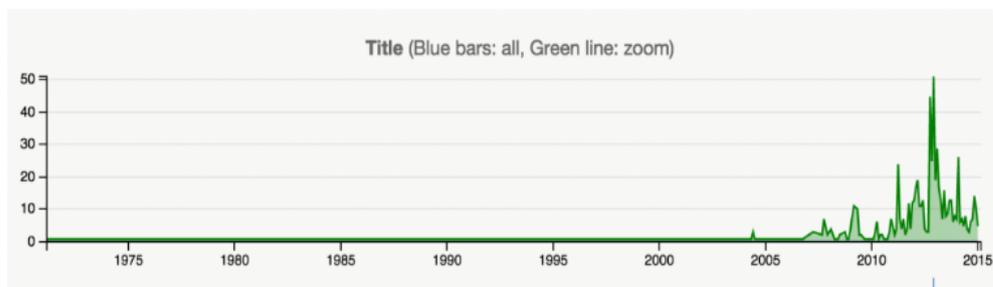
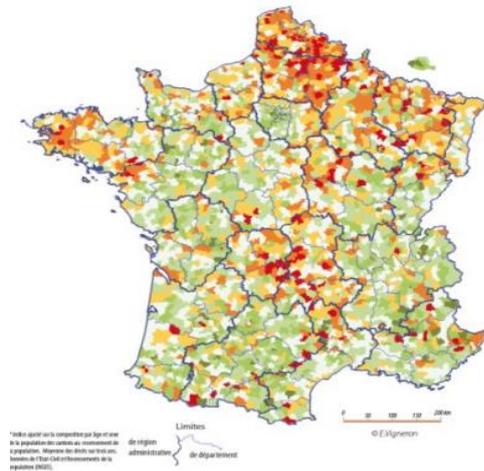


Figure 19 : Diagramme de la répartition historique de l'ensemble des articles fourni par Gargantex

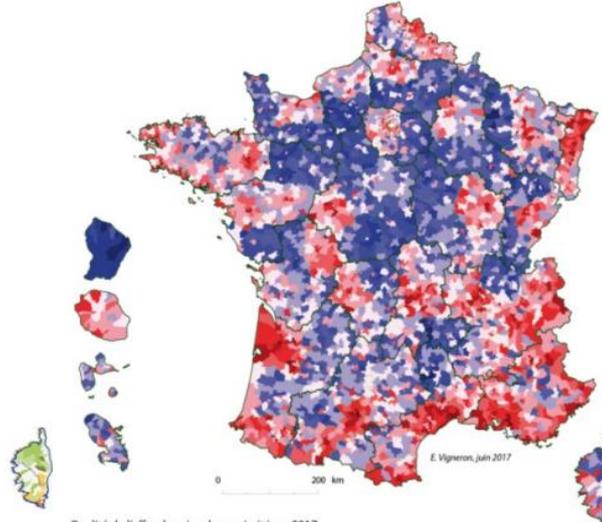
Le pic de 2012 correspond à la campagne présidentielle qui a donné aux déserts médicaux une position centrale dans les débats politiques.

Annexe n°12

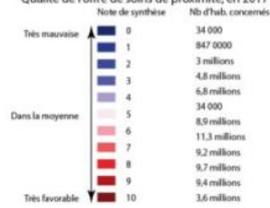
Ecart à la mortalité moyenne par cantons en 2014-2016



Métropoles médicales et déserts médicaux aujourd'hui en France



Qualité de l'offre de soins de proximité, en 2017



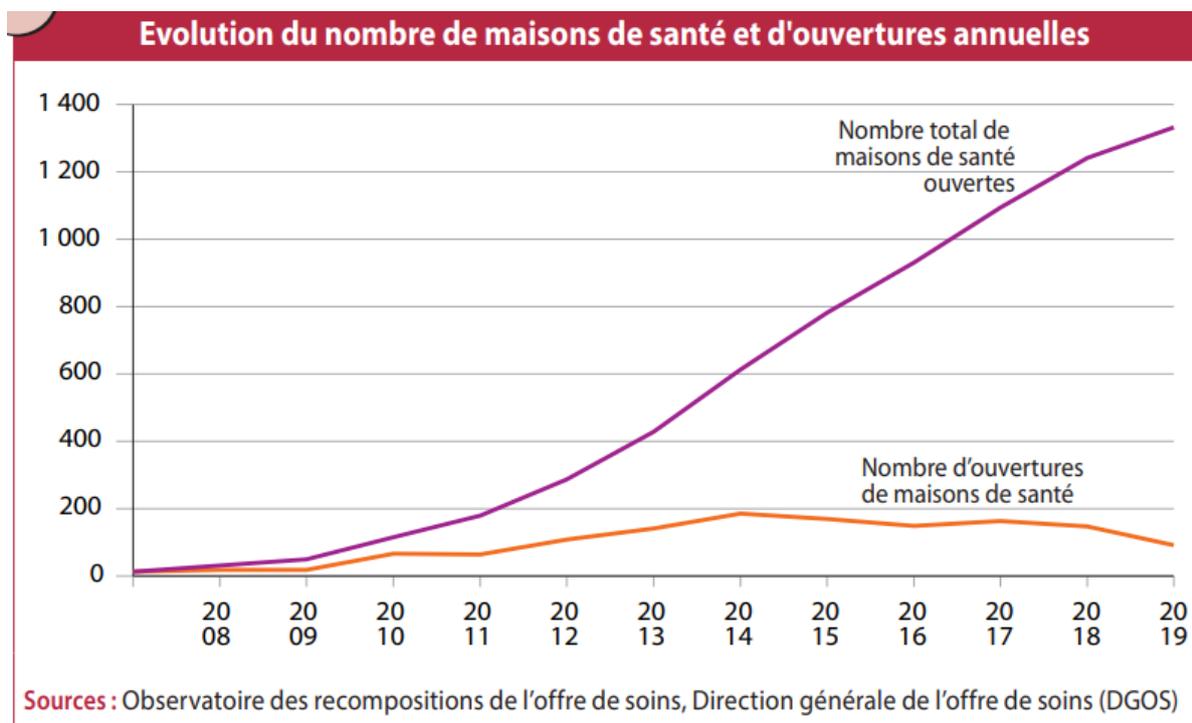
Une note de 0 à 10 pour la qualité de la déserte médicale a été attribuée à chaque canton en fonction de la densité des effectifs de praticiens pour 10 000 habitants, au niveau du canton pour les chirurgiens-dentistes, les masso-kinésithérapeutes, les médecins généralistes libéraux et les médecins généralistes salariés, et au niveau du département pour les médecins spécialistes. La note de synthèse donne plus d'importance aux médecins généralistes libéraux et aux spécialistes.

Sources : RPPS 2017, ministère de la santé pour les effectifs de professionnels de santé, INSEE RP 2016 pour les effectifs de population

Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

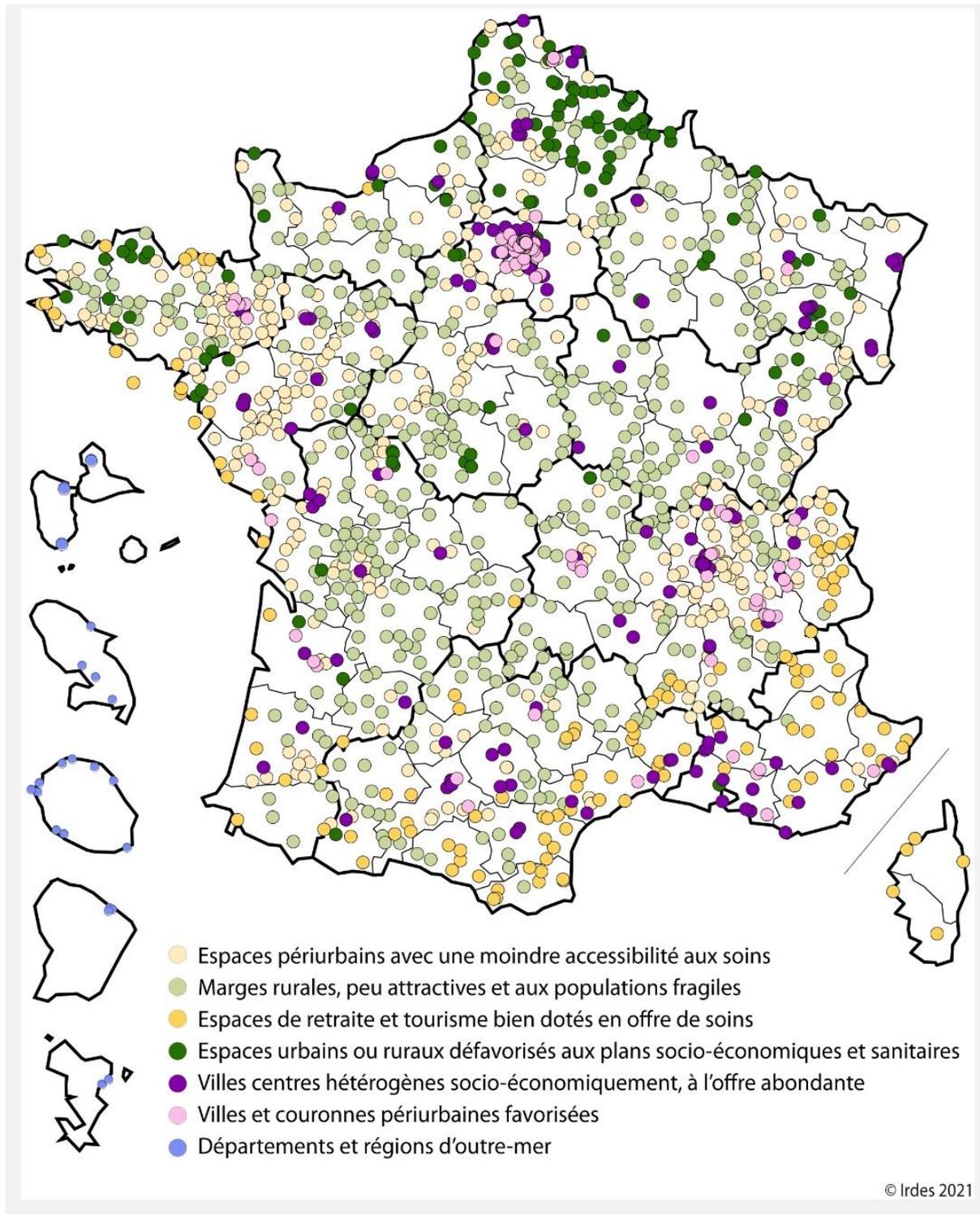
Source : Emmanuel Vigneron

Annexe n°13



Annexe n° 14

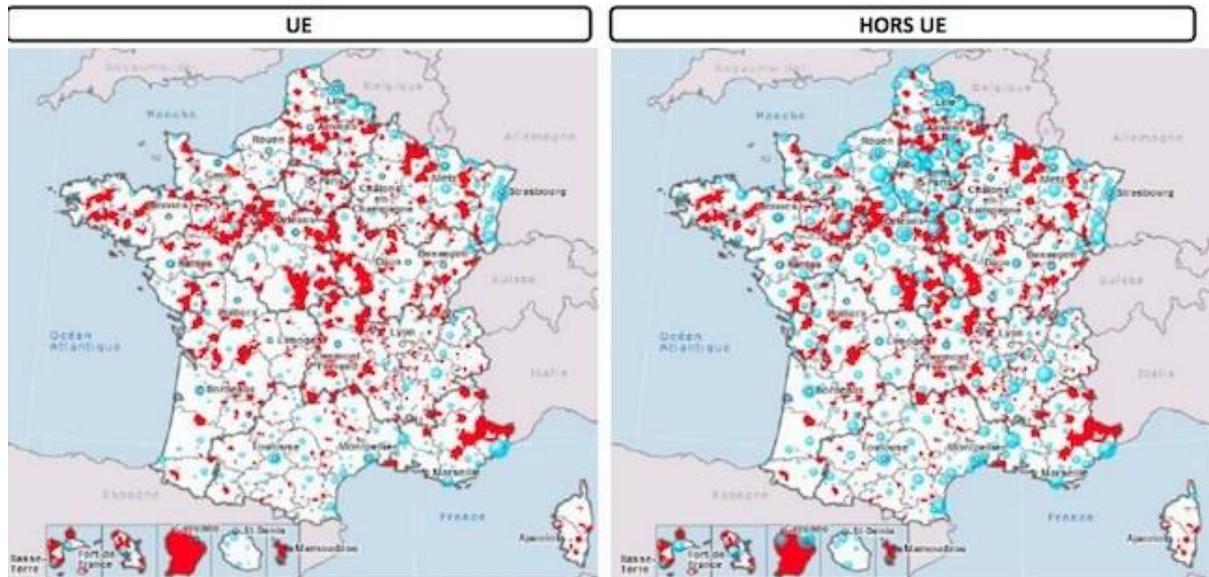
Cartographie pour voir les implantations des MSP



Annexe n° 15

ROUMANIE BELGIQUE ITALIE ALLEMAGNE ESPAGNE ALGERIE SYRIE MAROC TUNISIE MADAGASCAR

Source : CNOM



Source : Les points rouges représentent les zones déficitaires en médecins. Les installations des médecins, tous exercices confondus, sont représentées par les points bleus, CNOM.

Annexe n°16



M. Olivier VERAN
Ministre des Solidarités et de la Santé
Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75007 PARIS

Objet : Urgence désertification médicale.

Paris, le 5 octobre 2021

Monsieur le Ministre,

La gestion de la crise sanitaire a concentré d'énormes moyens depuis de nombreux mois. Ceci n'efface pas certaines situations de grande fragilité dans l'accès aux soins dans bon nombre de territoires. Nous savons que vous êtes très impliqué dans la recherche de solutions pérennes, mais nous souhaitons vous interpeller à nouveau afin d'aller ensemble vers encore plus d'efficacité.

La désertification médicale dans les zones rurales et les villes moyennes ne cesse de progresser. Nous sommes, dans nos circonscriptions, de façon quasi-quotidienne interpellés par les citoyens, les élus, les membres de la communauté médicale et paramédicale, sur les difficultés que tous rencontrent à faire venir s'installer des médecins généralistes et spécialistes. L'accès à la médecine de ville par les habitants de ces territoires défavorisés, qu'ils soient ruraux ou en QPV, devient difficile, critique, voire impossible. La continuité des soins s'en trouve altérée, tout comme la valeur symbolique du Serment d'Hippocrate prêté par les jeunes médecins.

Concrètement, dans nos départements, la patientèle de certains bassins de vie reporte ses soins plus que de raison et se déporte vers d'autres bassins de vie voisins qui, petit à petit, se retrouvent exsangues. C'est ainsi que, grain par grain, progresse le désert médical de notre pays.

Les structures à destination des personnes âgées vulnérables ou des personnes handicapées qui nécessitent la présence d'un ou plusieurs praticiens pour assurer leur service auprès des familles de façon satisfaisante se retrouvent déstabilisées et mises en péril alors qu'elles sont assez régulièrement un des derniers services publics médico-social à maintenir leur activité sur des territoires encore trop souvent jugés peu attractifs ou dynamiques.

Trop souvent, les départs en retraite imminents de nombre de médecins passent sous les radars des statistiques des ARS qui ne peuvent dès lors que réagir, et non prévoir, aux départs de médecins des territoires.

La rupture d'égalité dans l'accès des résidents de nos territoires aux services médicaux primaires entraîne la déstabilisation de tout un secteur : les pharmacies perdent des clients et

voient les demandes de prise en charge des patients suivis évoluer vers du conseil médical, les infirmiers se retrouvent dans leurs interventions confrontés à des pathologies et cas de plus en plus graves et avancés, les professionnels paramédicaux et spécialistes encore présents, quant à eux, se retrouvent surchargés et dans l'obligation de traiter ou orienter des patients vers des spécialités qui ne sont pas les leurs...

Depuis 2017, aucune majorité n'a pourtant autant œuvré sur le champ de l'accès aux soins : des dispositifs financiers incitatifs sans commune mesure sont proposés par l'Etat et les collectivités territoriales qui – malheureusement – se lancent dans une course au mieux-disant suscitant la prédation de spécialistes peu scrupuleux de la meilleure subvention au détriment de nos comptes publics. L'agenda rural compile lui aussi des mesures incitatives intéressantes toutes développées mais sans vrai effet pour les patients. La constitution d'une approche communautaire du travail médical, au moyen des CPTS et des Communautés de santé, s'avère peu efficace face au caractère parfois très étendu des territoires couverts et au volontariat nécessaire pouvant être altéré par des aléas humains pour assurer le succès de cet exercice collectif de la médecine. Nous héritons aujourd'hui de dizaines d'années d'immobilisme en la matière. Si notre majorité s'est rapidement affairée pour qu'à l'horizon 2030 la tendance s'inverse, elle n'a pas encore reçu d'écho favorable à ses propositions pour endiguer la désertification médicale actuelle.

Au risque d'anticiper, les perspectives ouvertes par la future loi 3D-S n'auront qu'un très léger effet sur l'accès aux soins étant donné la faible part de médecins généralistes intéressés par le salariat et la part encore plus congrue de ceux volontaires pour être projetés temporairement sur des territoires qui de toute manière ne les attirent pas. Les effets politiques de cette mesure pourraient même être négatifs vis-à-vis de certains conseils départementaux qui n'attendent que l'adoption du texte pour se plaindre d'un nouveau transfert de compétence sans moyens supplémentaires accordés par l'Etat.

Monsieur le Ministre, en matière d'attractivité médicale des zones rurales et des QPV, toutes les mesures incitatives ont été proposées aux médecins. Les mesures ambitieuses que nous avons adoptées (réorganisation des études de santé, levée du numéris clausus, infirmerie en pratique avancée...) n'auront, elles, des effets que dans 10 ans. Or l'urgence est de pouvoir soigner les habitants de nos territoires non pas demain mais dès aujourd'hui. Si nous vous écrivons, c'est que nous sommes préoccupés pour la santé des habitants de nos circonscriptions et craignons d'y voir, dans un horizon très proche, l'espérance de vie décliner dans nos territoires. Nous ne pourrions pas assumer de ne pas avoir tout tenté pour inverser cette tendance.

C'est pourquoi nous souhaitons vous proposer d'enfin accepter l'introduction d'une relative contrainte dans l'installation des médecins généralistes et spécialistes sur les territoires, mais dans une logique inverse à ce qui a déjà été proposé par nombre de parlementaires et ne semble pas acceptable pour les médecins. L'obligation d'installation est un chiffon rouge que tous refusent et nous ne pouvons être sourd face à cet avis tranché. En revanche, et nous avons déjà pu sonder nombre de médecins sur cette proposition qui l'accueillent favorablement, la définition par les délégations départementales des ARS de zones – à l'échelle des intercommunalités – surdotées avec interdiction de nouvelle installation dessus – comme cela existe déjà chez les kinésithérapeutes ou infirmiers – leur apparaît bien plus acceptable et semble être en mesure de permettre d'atteindre assez rapidement l'objectif de résorption des déserts médicaux avérés ou en cours de constitution. Une relative dose de coercition dans

l'accueil de stagiaires par tous les médecins, notamment en milieu hospitalier mais aussi dans les territoires en voie de désertification, doit aussi pouvoir être introduite afin de convaincre, par l'expérience, nos futurs médecins de l'intérêt d'exercer dans ces zones.

Sur ce sujet, nous vous conjurons de faire évoluer votre position en étudiant cette nouvelle logique, en vous plaçant du point de vue des patients et de l'opinion publique qui nous semble être majoritaire et dans le vrai quant à cette proposition que certains de nos adversaires politiques n'hésitent désormais plus à agiter pour déstabiliser les territoires concernés à la veille d'une séquence politique dont nous dépendons tous.

Vous remerciant par avance pour votre bienveillante attention et sachant pouvoir compter sur votre prise en compte et votre mobilisation, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Députés signataires :

- Muriel ROQUES ETIENNE, députée LREM du Tarn
- Patrice PERROT, député LREM de la Nièvre
- Laurence VANCEUNEBROCK, députée LREM de l'Allier
- Bertrand SORRE, député LREM de la Manche
- Anne-Laure CATTELOT, députée LREM du Nord
- Gaël LE BOHEC, député LREM d'Ille-et-Vilaine
- Adrien MORENAS, député LREM du Vaucluse
- Fabien MATRAS, député LREM du Var
- Aude BONO-VANDORME, députée LREM de l'Aisne
- Patrice ANATO, député LREM de Seine-Saint-Denis
- Stéphane TRAVERT, député LREM de la Manche
- Corinne VIGNON, députée LREM de Haute-Garonne
- Fabien LAINÉ, député MODEM des Landes
- Véronique RIOTTON, députée LREM de Haute-Savoie
- Alain PEREA, député LREM de l'Aude
- Pierre VENTEAU, député LREM de Haute-Vienne
- Yves DANIEL, député LREM de Loire-Atlantique
- Fannette CHARVIER, députée LREM du Doubs
- Nathalie SARLES, députée LREM de la Loire
- Claire BOUCHET, députée LREM des Hautes-Alpes
- Jean-Luc FUGIT, député LREM du Rhône
- Yannick HAURY, député LREM de Loire-Atlantique
- Elisabeth TOUTUT-PICARD, députée LREM de Haute-Garonne
- Philippe LATOMBE, député MODEM de Vendée
- Anissa KHEDHER, députée LREM du Rhône
- Patrick VIGNAL, député LREM de l'Hérault
- Philippe CHALUMEAU, député LREM d'Indre-et-Loire
- Françoise BALLEET-BLU, députée LREM de la Vienne
- Fabien GOUTTEFARDE, député LREM de l'Eure
- Marion LENNE, députée LREM de Haute-Savoie
- Stéphanie KERBARH, députée LREM de Seine-Maritime
- Erwan BALANANT, député MODEM du Finistère

Amendement 1063 : Quand l'intérêt des patients laisse place aux mesures démagogiques et contre-productives

Paris, le 13 Novembre 2021,

Ce vendredi 12 novembre 2022, le Sénat a adopté l'amendement n°1063 au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), proposé par Mme Corinne IMBERT, Rapporteuse de la Commission des Affaires sociales pour l'Assurance Maladie.

Cet amendement vise pourtant à **restreindre le conventionnement** des nouveaux médecins à la condition d'avoir préalablement exercé "en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou [...] de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois dans les zones [caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins]". Ainsi, le Sénat adopte une mesure qui **contraint** indirectement les jeunes médecins à s'établir pour au moins six mois dans une zone "sous-dense".

L'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (**ANEMF**), l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (**ISNAR-IMG**), l'InterSyndicale Nationale des Internes (**ISNI**) et le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (**ReAGJIR**) **s'opposent fermement à cette mesure, prise sans concertation avec les jeunes et futurs médecins, sans distinction de spécialité.**

Le conventionnement sélectif s'inscrit dans la droite lignée des politiques hors sol menées depuis plusieurs décennies pour lutter contre les déserts médicaux. Contraindre les jeunes médecins à exercer dans un territoire pendant six mois n'est qu'une **réponse palliative à des problématiques complexes** négligées par les pouvoirs publics, et dénote une profonde méconnaissance des difficultés des jeunes professionnels.

Choisir la coercition, c'est offrir aux habitants les soins de jeunes professionnels présents contre leur gré, dégoûtés avant l'heure de l'exercice libéral. Choisir la coercition, c'est pousser nos futurs médecins dans les pays voisins qui seront ravis de les accueillir étant eux aussi dans la même pénurie médicale. Choisir la coercition, c'est choisir d'assumer la lourde responsabilité d'une fracture sociale au sein même du système de santé. Choisir la coercition, c'est livrer certains patients à des tarifs de soins déconventionnés sans autre offre de santé. Choisir la coercition, c'est choisir d'en condamner d'autres à un roulement perpétuel de médecins, délétère pour la qualité de leur suivi.

Depuis plusieurs années, les jeunes et futurs médecins sont force de propositions **pour résoudre ces problématiques de démographie médicale**: libération de temps médical, politique incitative visant à aider les jeunes médecins à réaliser leur installation, formation de qualité, valorisation des territoires... Ces solutions commencent déjà à montrer leurs effets.

En tant que structures jeunes, nous réaffirmons que les solutions aux problèmes d'accès aux soins doivent se construire ensemble, en associant médecins et patients, politiques et acteurs de la santé. **Nous refusons d'être contraints par des mesures inadaptées qui ont d'ores et déjà prouvé leur inefficacité** dans d'autres pays et sur d'autres professions de santé !

C'est à l'ensemble des acteurs publics de montrer qu'aujourd'hui, ils ne céderont pas aux solutions de facilité mais qu'ils sauront faire preuve d'ambition dans la poursuite d'un meilleur accès aux soins pour tous !

Nicolas LUNEL
Pour l'ANEMF
06.50.38.64.94



Mathilde RENKER
Pour l'ISNAR-IMG
06.73.07.53.01



Gaëtan CASANOVA
Pour l'ISNI
06.50.67.39.32



Agathe LECHEVALIER
Pour ReAGJIR
06.42.18.40.14



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

AZOULAI (M), *y a-t-il un docteur près de chez vous ? Enquête vérité sur les déserts médicaux*, Hugo new life, 2020, 260p

BABINET (O), ISNARD-BAGNIS (C), *Les déserts médicaux en question*, Hygée édition, coll « Débats Santé Société », 2021, 200p.

BABINET (O), ISNARD-BAGNIS (C), *La e-santé en question*, Hygée édition, coll « Débats Santé Société », 2020, 139p.

BERLIOUX (S), *Nos compagnes suspendues, la France périphérique face à la crise*, L'observatoire, 2020, 206p.

BROSSETO (E), GAMBARDELLA (S), NICOLAS (G), *La santé connectée et son droit : approches de droit européen et de droit français*, Presse Universitaire d'Aix-Marseille, coll « Droit de la santé », 2017, 247p.

DUMONETET (M), CHEVILLARD (G), *Remédier aux déserts médicaux*, Rued'ulm, Presse de l'Ecole normale supérieure, coll « CEPREMAP », 2021, 120p.

HUET (J-M), PETITJEAN (A), *santé et management : digital et organisation dans un monde post-covid*, Pearson, 2021, 311p.

MATHIEU (J-L), *Pour un service public de prévention et de soins, Analyse critiques des politiques de santé*, L'harmattan, 2021, 253p.

METZ (C), ROBERT (S), *coordonner le système de santé par le numérique*, Paris, Presses des Mines, Collection Libres opinions, 2019

SIMON (P), MOULIN (T), *Télémédecine et télésoin*, 1ère édition, Elsevier Masson, 2021, 211p.

RAPPORTS

ASSEMBLEE NATIONALE, JUMEL(S.), *Proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale*, Rapport de l'Assemblée Nationale fait au nom de la commission des affaires sociale, n°4711, 2021, 200p.

ASSEMBLEE NATIONALE, FRESCHI (A.), VIGIER (P.), *l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain*, Rapport de l'Assemblée Nationale, 2018, 90p.

DREES, CHAPUT (H.), POLTON(D.), PORTELA (M.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale*, Rapport de la Drees, n°89, 2021, 280p.

DREES, CARPEZAT (M.), FORZY (L.), TITLY (L.), *Accès aux soins et pratique de recours : étude sur le vécu des patients*, Les dossiers de la Drees, 2021, 190p.

DREES Anguis (M), Maxime Bergeat (M), Pisarik (J), Vergier(N), Chaput (H), *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques*, la Drees N° 76 mars 2021

DREES, VERGIER (N), CHAPUT (H), *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer*, Les dossiers de la Drees, n°17, 2017, 150p.

SENAT, MAUREY (H.), LONGEOT (J-F), *Les déserts médicaux*, Rapport d'information du Sénat, n°282, 2020, 200p.

SENAT, MAUREY (H), la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Rapport d'information n°335 février 2013

SENAT, MOUILLER (P), SCHILLINGER (P), *Initiatives des territoires en matière d'accès aux soins*, Rapport d'information du Sénat, 2021, 130p.

THESES ET MEMOIRE

BLONDEL-LAPLUME (M), *Freins au déploiement de la télémédecine entre médecins généralistes libéraux et spécialistes hospitaliers : vécu des médecins généralistes*, Thèse, Université de Lille Faculté de médecine Henry Warembourg, 2020, 151p.

DESTREBECQ (O), *La lutte contre les déserts médicaux*, Mémoire, Université de Lille Faculté de sciences juridiques politique et sociales, 2016, 86p.

ELIOT (S), *Utilisation de la télémédecine par les médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras*, Thèse, Université de Lille Faculté de médecine, 2021, 92p.

LEMOINE (P), *les facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généraliste et opinion sur les mesures incitatives, les médecins sondés pensaient tenir compte d'éléments d'ordre privé pour leur choix de leur lieu d'installation*, Thèse, Université de Lille Faculté de médecine, 2014,

SCHRYVE (T), *La télémédecine en médecine générale : déterminant de son développement*, Thèse, Université de Lille Faculté de médecine, 2019. 460p.

ARTICLE ET CONTRIBUTIONS

BABINET (O), ISNARD-BAGNIS (C), « Quelle solution aux déserts médicaux et autres oubliés de la télésanté », *La e-santé en question(s)*, 2020, p.61-75.

BERLAND-BENHAIM (C), NGAMPIO-OBELE-BELE (U), « les déserts médicaux », *Les cahiers de droit de la santé*, n°19, 2014, p.30-122.

BONTRON (J-C), « Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale ? », *Pour*, 2012/2 (N° 214), p. 83-98.

CHEVILLARD (G), LUCAS-GABRIELLI (V), MOUSQUES (J), « Déserts médicaux en France : état de lieux et perspectives de recherches », *L'espace géographique*, Tome 47, 2018/4, p.362-380.

EN3S-ECOLE NATIONALE SUPERIEURE DE SECURITE SOCIALE, « de l'accès aux soins à l'accès aux services », *Regards*, n°53, 2018, 170p.

PEDROT (F), FERNANDEZ (G), LE BORGNE UGUEN (F), *les maisons de santé pluri professionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé patient et proches soutiens*, journal de gestion et d'économie de la santé, 2019/1 n°1, p, 110-126

HASSETEUFEL (P), SCHWEYER (F-X), GERLINGER (T), REITER (R), « Les déserts médicaux comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue Française des affaires sociales*, 2020/1, p.33-56.

SAVIGNAT (P), « Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire », *Gérontologie et société*, n°146, 2013/3, p.143-152.

VERAN (O), « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les tribunes de la santé*, n°39, 2013/2, p.77-85.

VIGIE, les maisons de santé pluri professionnelles, les tribunes de la santé n°70, 2021/4, p9-13

BONTRON (J-C), « Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale ? », *Pour*, 2012/2 (N° 214), p. 83-98.

TEXTES JURIDIQUES :

Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n°2021-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires locaux

Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et les auxiliaires médicaux

Loi n°71-5557 du 12 juillet 1971 aménagement de certaines dispositions de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur

Ordonnance du 2021 relative à l'exercice coordonné Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé

Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, dite ordonnance « maillage territorial des officines

Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

Décret du 29 mars 2021 portant création du statut de praticien associé Décret n° 2021-365 du 29 mars 2021 portant création du statut des praticiens associés

Décret n°2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant

Décret n°2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public

Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

ARTICLES DE CODE

L.1110-1 CSP

L.1434- 1 à L.1434-15 CSP

L.1435-2 CSP

L.1411-11-1CSP

L.1434-2 CSP

L.4301-1 à L. 4394-4 CSP

L.6222-3 CSP

L.6316-1 CSP

L.6323-3 CSP

R.4127-74 CSP

R.4127-77 CSP

L.2212-2 CGCT

L.1511-2 CGCT

L.5111-8 CGCT

D. 511-56 CGCT

WEBOGRAPHIE

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-installation#:~:text=Il%20en%20ressort%20notamment%20que,des%20m%C3%A9decins%20dans%20les%20territoires.>

<https://www.lagazettedescommunes.com/781333/demographie-medicale-la-concurrence-entre-territoires-est-elle-evitable/>

https://actu.fr/hauts-de-france/lille_59350/pourquoi-est-ce-si-difficile-de-trouver-un-medecin-traitant-a-lille_47445014.html

https://actu.fr/societe/enquete-desertification-dans-les-grandes-villes-aussi-les-medecins-manquent-cruellement_44478750.html

<https://www.amrf.fr/wp-content/uploads/sites/46/2021/02/DP-Le-manque-de-medecins-aux-sources-de-la-de%CC%81sertification.pdf>

<https://www.ouest-france.fr/sante/cartes-deserts-medicaux-queles-sont-les-zones-les-plus-defavorisees-795b9d62-8b07-11ec-88ed-2ead809b0816>

<https://www.ces-asso.org/deserts-medicaux-queles-reponses-dici-2030-et-au-dela>

<https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/262495-les-facteurs-du-renoncement-aux-soins>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

<https://www.capital.fr/economie-politique/la-carte-des-deserts-medicaux-que-les-candidats-a-la-presidentielle-veulent-eradiquer-1432652>

TABLE DES MATIERES :

Remerciement.....	2
Sommaire.....	3
Abréviations.....	4
INTRODUCTION.....	5

PREMIERE PARTIE : LA DESERTIFICATION MEDICALE PROBLEMATIQUE COMPLEXE ET ACTUELLE DE NOTRE SOCIETE12

CHAPITRE I : L'EVOLUTION DE LA DENSITE MEIDICALE EN FRANCE...12

SECTION 1 : La démographique médicale, constat

A) Le nombre de médecins en France comparé au niveau international.....	13
a. La densité médicale niveau de la France.....	13
b. La densité médicale au niveau international.....	15
B) Une répartition inégale des médecins sur le territoire.....	16
a. La répartition géographique au niveau départemental.....	16
b. Au niveau de la région.....	17
c. La densité médicale standardisée.....	18

SECTION 2 : les facteurs potentiels justifiant le choix d'installation du médecin

A) Les facteurs décisifs attachés à la sphère personnelle du médecin.....	19
a. L'importance du territoire et la proximité familiale.....	19
b. La nécessaire implantation des autres médecins sur le territoire.....	20
c. Les aides financières importantes mais non déterminantes.....	20
B) Les facteurs attachés au territoire : l'attractivité des territoires.....	21
a. L'importance de l'attractivité du territoire	21
b. Le net constat d'une concurrence ou une surenchère entre territoire.....	22

CHAPITRE II : L'OMNIPRESENCE DES DESERTS MEDICAUX DANS LE DEBAT PUBLIC.....24

SECTION 1 : les déserts médicaux, enjeu complexe et majeur de notre société

A) La progression des déserts médicaux aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine.....	24
a. Les déserts médicaux en zones rurales.....	24
b. Les déserts médicaux en milieu urbain.....	25
1) L'insécurité grandissante : explication du phénomène en zone urbaine.....	26
2) Le prix de l'immobilier	27
B) Les conséquences attachées aux déserté médicaux.....	27
a. Le renoncement aux soins.....	27
b. L'impact sur l'exercice médical s'agissant de la délivrance des soins.....	28
c. Les difficultés dans la permanence des soins ambulatoire.....	30
 <i>SECTION 2 : les déserts médicaux, problématique au retentissement politique</i>	
A) Un sujet nécessairement débattu à tous les niveaux de la société.....	31
a. Les déserts médicaux dans le débat public.....	31
b. La forte implication des parlementaires sur le sujet.....	32
B) Les raisons justifiant l'attention particulière de la société au sujet traité.....	33
a. Un enjeu de santé publique.....	33
b. Pour une meilleure efficacité des dépenses de santé et le désengorgement des urgences.....	35

DEUXIEME PARTIE : LES OUTILS DE REGULATION DE LUTTE CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE37

CHAPITRE I : LES LEVIERS D' ACTIONS ISSUS DES POUVOIRS PUBLICS.....38

SECTION 1 : les actions des gouvernements par le moyen de politiques successives

A) Les solutions anciennes : les incitations financières.....	38
a. La contractualisation entre les pouvoirs publics et le professionnel de santé.....	38
b. Les exonérations fiscales et les aides conventionnelles.....	41
B) La mise en œuvre d'un dispositif récents passant par trois éléments.....	42
a. Agir sur la démographie médicale dès la formation.....	42
1) Critique sur le numéris clausus.....	42
2) La mise en place du numéris apertus	43
b. L'optimisation du temps médical.....	43
1) Passant par l'extension de compétence.....	44
2) Passant par la délégation de compétence.....	44
c. Le renforcement du maillage de l'offre de santé.....	45
1) L'exemple des MSP.....	45
2) Les CPTS.....	48
d. Le déploiement de la télémédecine comme solution.....	50
1) Le cadre juridique de la TM.....	50
2) Les limites au déploiement de la TM.....	52

SECTION 2 : les actions de lutte entreprises par les collectivités territoriales

A) Les incitations financières mises en œuvre par les CT.....	54
a. Le détail des incitations.....	54
1) Le cadre général des aides financières.....	54
2) Favoriser l'installation et le maintien des professionnels par les aides.....	55
b. Des aides financières accordées au cours de la formation.....	56
1) Pour faciliter l'accueil des stagiaires en médecine générale.....	56
2) Pour l'accompagnement des futurs médecins pendant leurs études.....	56
B) Les dispositifs non financiers mises en œuvre par les CT.....	57
a. L'appel aux médecins étrangers	57
1) La législation applicable à la mobilité internationale des médecins.....	58
2) Le constat du nombre de médecin étrangers en France.....	59
3) Constatation du réel lieu d'installation des médecins étrangers.....	60
b. Les initiatives novatrices mises en œuvre	61
1) L'exercice cordonné par le biais de la construction des centres de santé.....	61
2) La télémédecine.....	62
3) La médecine ambulante.....	63

CHAPITRE II : LA MISE EN LUMIERE DE L'IMPACT DES MESURES.....64

SECTION 1 : l'absence de mesures contraignante contre la désertification médicale....

A) La mise ne lumière du manque d'efficacité des mesures incitatives et l'absence du caractère contraignant.....	64
a. Un bilan mitigé des mesures incitatives.....	64
b. Le plan Ma Santé 2022.....	66
B) L'absence de régulation de la liberté d'installation : principe intouchable	67
a. La liberté d'installation, principes soumis à peu de restrictions.....	67
1) L'origine de la notion de la liberté d'installation.....	67
2) La limitation du principe dans certains métiers médicaux.....	68
b. Opposition à toute tentative de contrainte du principe.....	70
1) Au niveau des syndicats des professionnels de santé.....	70
2) Refus des pouvoirs publics à la contrainte.....	70

SECTION 2 : vers une régulation de la liberté d'installation.

A) Une liberté d'installation discutée plus que jamais	71
a. Panorama des tentatives de régulation au fil des années.....	71
1) Principe discuté au niveau des parlementaires.....	71
2) La position réaffirmée des défenseurs de la liberté d'installation.....	74
b. La régulation du principe à l'internationale.....	75
1) L'exemple des pays ayant optés pour une régulation.....	75
2) Questionnement soulevé par cette régulation.....	78
B) Une révision du système de santé pour un meilleur accès à la santé.....	79
a. Le rôle des pouvoirs publics dans cette révision.....	79
1) Au niveau étatique.....	79
2) Au niveau des collectivités territoriales.....	80
b. Passant par la mise en œuvre de nouveaux métiers.....	82
1) L'exemple des IPA.....	82
2) La responsabilisation des usagers du système de santé.....	84
CONCLUSION.....	84
ANNEXES.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	104
TABLE DES MATIERES.....	109