

IRRIGUER LES DESERTS MEDICAUX POUR DES OASIS DE SANTE

1

20 MESURES POUR AGIR

Rapporteurs : Bertrand DUCLOS, Patrice FAN, Olivier PERALDI



Membres du groupe de travail

Aude de CHAVAGNAC, Joël CALDARELLA, Olivier COLLAS, Benoit DESAVOYE,
Laurent FERRIER, Nadia FRONTIGNY, Olivier GOUSSARD, Michel HAMOUSIN,
François JEGER, Marc SIMON

AVRIL 2024

IRRIGUER LES DESERTS MEDICAUX

POUR DES OASIS DE SANTE

20 mesures pour agir

3

« Après dix jours de marche à travers les dunes, on parvient à l'oasis d'Augila
Où les Nasamons viennent récolter les dattes. »

Hérodote

Les peuples du désert et des confins de la Lybie



A PROPOS DE L'INSTITUT CHIFFRES & CITOYENNETE

L'*Institut Chiffres & Citoyenneté* s'inscrit dans **une démarche de recherche, d'analyse et de diffusion de travaux portant sur les sujets sociétaux, économiques et citoyens**. Il rassemble des personnalités, femmes et hommes, de tous horizons socio-professionnels souhaitant s'engager en faveur du débat public.

L'*Institut Chiffres & Citoyenneté* se donne ainsi pour mission d'agrèger les femmes et hommes de bonne volonté, représentant la diversité de la société française, respectueux des valeurs républicaines, et **soucieux de sauvegarder, renforcer et développer l'esprit démocratique par le débat d'idées et la liberté de pensée**.

4

Ainsi, l'*Institut Chiffres & Citoyenneté* :



participe aux débats publics
et à la vulgarisation des enjeux
économiques et sociaux



organise les conditions d'un
débat citoyen et propose un lieu
de réflexion partagé

L'Institut n'est pas un parti politique.

Il est libre de toute option politique, syndicale et, confessionnelle.

L'**Institut C&C** a pour objet d'œuvrer en faveur de la recherche, de la connaissance et de la diffusion des idées, indépendamment de toute contrainte politique et économique. Son action s'appuie entre autres sur les réflexions menées au sein de groupes de travail, réunissant des représentants de la société civile, du monde de la recherche et de celui du terrain – dont des intellectuels, universitaires, acteurs économiques, experts, personnalités qualifiées, citoyens –, désireux de participer à une réflexion collective.

L'**Institut C&C** est porté par le respect des valeurs de dialogue, qu'il développe dans un esprit de rigueur intellectuelle des idées et de leurs critiques. Il réalise des analyses et élabore des propositions susceptibles de nourrir le débat public. A cette fin, il diffuse ses travaux par tous moyens et supports permettant de les rendre accessibles au public le plus vaste.

L'**Institut C&C** porte un regard renouvelé sur les conditions de sensibilisation et d'expression citoyenne, les facteurs de participation et de mobilisation, les vecteurs de sensibilisation et d'information.

Ce regard s'appuie sur la recherche d'une meilleure prise en compte :

- de l'état de la recherche dans un esprit de transversalité entre les disciplines ;
- de la diversité des vécus citoyens et professionnels ;
- du potentiel de débat public ;
- des différences en tant que richesse pour un dessein commun ;
- de ce qui uni pour une citoyenneté partagée.

Irriguer les déserts médicaux Pour des oasis de santé

Sommaire

5

Contexte	7
Partie 1.- La désertification en marche	9
1.- Des réformes tardives et sous dimensionnées	9
1.1.- <i>L'inaction en connaissance de cause</i>	10
1.2.- <i>L'erreur est de vouloir maîtriser la demande par le bas</i>	13
1.3.- <i>Une offre abandonnée par laxisme des pouvoirs publics</i>	15
1.3.1.- <i>Une pyramide des âges défavorable</i>	15
1.3.2.- <i>Un nombre insuffisant de diplômés</i>	17
1.3.3.- <i>Les facteurs de coût</i>	17
1.3.4.- <i>Une répartition hétérogène des professionnels de santé par cause géographique et populationnelle</i>	18
2.- Conditions de travail et qualité des soins : l'une n'ira pas sans l'autre	19
2.1.- <i>Le désarroi des professionnels de santé</i>	19
2.2.- <i>Conditions de conservation de la qualité de soins délivrés</i>	23
Partie 2.- Pour irriguer l'offre de soins	
1.- Réinterroger les indicateurs pour agir mieux	
1.1.- <i>Les déserts médicaux : s'entendre sur les définitions</i>	
1.2.- <i>Démographie médicale et hétérogénéité territoriale</i>	
1.3.- <i>Dynamiser les zones géographiques afin de créer de vrais bassins de vie</i>	
2.- La Stratégie nationale de santé à la peine	
2.1.- <i>Mesures et motivation : décréter ne suffit pas</i>	
2.2.- <i>Légitimité des réticences et pertinence des réponses</i>	
2.2.1.- <i>Sur le cadre de vie et d'exercice des professionnels de santé</i>	
2.2.2.- <i>Sur les aspects matériels et logistiques</i>	
2.2.3.- <i>Départs à la retraite et recours aux technologies</i>	

Propositions : 20 mesures pour irriguer les déserts médicaux

Remerciements



Irriguer les déserts médicaux Pour des oasis de santé

Contexte



Un enjeu de politique publique : la santé des personnes

Champ de compétence dévolu en premier ressort à l'Etat depuis l'inscription dans le Préambule de 1946 d'une garantie par la Nation de la « protection de la santé »¹ pour chaque individu, la crise sanitaire de la Covid-19 a pourtant révélé la nécessité de repenser le mode opératoire de la décision politique en matière de santé publique, dont la question des déserts médicaux.

A côté de l'action des administrations déconcentrées de l'Etat, Agences régionales de santé en tête, se sont développées des initiatives locales qui ont pu montrer leur efficacité. La collaboration entre les services de l'Etat et ceux des collectivités territoriales et locales est l'une des conditions de succès pour résoudre la désertification médicale.

Un enjeu de citoyenneté : l'accès aux soins

Pour la cinquième année consécutive, la santé reste en tête des priorités des Français, à hauteur de 83 %², alors que le pessimisme des Français sur leur avenir était à son comble atteignant 74 % de citations (75 % en 2022).

Les difficultés croissantes à trouver un médecin acceptant de nouveaux patients font le lit de trop nombreux renoncements aux soins. Seul un tiers des médecins généralistes acceptent de nouveaux patients³. La situation génère une augmentation brutale de pertes de chance pour les patients désabusés et lassés, pouvant entraîner de sérieuses aggravations, y compris dans des situations engageant le pronostic vital.

Le président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Nièvre tirait la sonnette d'alarme en janvier 2023 : « on n'a plus aucun dermatologue, qu'un seul rhumatologue et un seul allergologue » déclarait-il ajoutant que « la Nièvre est l'un des départements de la pyramide du vide. On est face à une catastrophe sanitaire. Oui, probablement, on meurt dans la Nièvre faute de médecins »⁴.

En parallèle, Catherine Save, infirmière libérale, surenchérisait : « nous aurons des décès. On en a déjà probablement un. On va détecter des cancers en phase terminale, des détresses respiratoires ou cardiaques par manque de médecins. On régresse, l'espérance de vie est plus courte ici. »

¹ Préambule du 27 octobre 1946, article 11.

² Etude annuelle Ifop-Fiducial pour Sud Radio, 2023.

³ Dress, *Etudes et résultats*, N°1267, mai 2023

⁴ *Désert médical : dans la Nièvre le pronostic vital est engagé*. Weka. Media.jobs .fr 13 janvier 2023.

Les patients, dès lors se tournent vers l'hôpital de Nevers, fort de 1 000 lits et de neuf blocs opératoires... Mais, il souffre de carence en personnel. Le quart des lits est fermé et il manque cinquante médecins et au moins trente-cinq infirmières.

Devant cette situation catastrophique, Denis Thuriot, maire de Nevers et membre du Conseil d'administration de l'Hôpital a décidé de créer un pont aérien entre son hôpital et celui de Dijon distant de deux cents kilomètres et à trente-cinq minutes par avion. L'initiative, particulièrement inédite jusqu'alors mais ne pouvant d'évidence être adoptée sur tous les territoires concernés par les déserts médicaux, aurait pu illustrer la proposition de loi sénatoriale déposée en octobre 2022 et rejetée en débat au Sénat en décembre de la même année, qui proposait des réponses collectives et nationales⁵.

A cela s'ajoute désormais les décisions conventionnelles⁶ récentes attribuant une diminution de 10 % de la base de remboursement de la sécurité sociale pour le dentaire. Si le 24 octobre 2023, le gouvernement renonçait à augmenter les franchises médicales, le 17 janvier 2024, le président de la République annonçait leur prochain doublement.

Les négociations conventionnelles sur le montant de la consultation pour l'heure à 26,5 € et revendiqué par les syndicats médicaux à au moins 30 € ont reprises début 2024. Le gouvernement, qui devait initialement donner sa décision le 15 octobre 2023, aura finalement proposé 30 € à l'issue d'une nouvelle négociation avec les syndicats de médecins libéraux, en février 2024.

Les enjeux des professionnels de santé

Comme les autres professions en contact avec le public, le personnel médical et paramédical voit les relations de travail avec les patients et, le cas échéant, les accompagnants, se complexifier et, trop souvent, génératrices de tensions, voire de violences morales, psychiques ou physiques. Les soignants subissent aujourd'hui une image fortement réinterrogée ; d'un côté applaudie lors des crises sanitaires, et d'un autre, contestée selon les humeurs, les besoins ou les exigences de leurs interlocuteurs. Cette dichotomie d'appréciation envers les professionnels de la santé, n'épargne aucun service, aucun métier du soin, aucun niveau hiérarchique. En cela, le monde médical rejoint les forces de l'ordre, pompiers ou enseignants, toutes corporations victimes d'une violence ordinaire, généralisée et quotidienne. Les professions de santé ne sont plus sacralisées malgré leur engagement humanitaire auprès de chacun. Les jeunes médecins, formés en moyenne entre neuf à dix ans d'études longues et particulièrement exigeantes comprennent que ces efforts d'engagement et d'abnégation ne sont plus reconnus et salués par l'environnement social et sociétal. Sans un retour au respect du professionnel dans toutes les structures de soins (cabinet, hôpital ou en structures privées cliniques, maisons de retraite, de repos, Ehpad...) le lien soignant-soigné continuera de se dégrader. Même si, une moindre disponibilité des soignants par manque d'effectifs ou par choix personnel, peut générer frustrations et incivilités.

⁵ Loi n° 68, *Équité territoriale face aux déserts médicaux et accès à la santé pour tous*, Emilienne Poumirol, Annie Le Houerou, 24 octobre 2022.

⁶ Arrêté publié au Journal officiel, 14 octobre 2023.

Partie 1.- La désertification en marche

Pour la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat 1,6 million de Français renoncent chaque année à des soins médicaux, près d'un médecin sur deux est en situation de surmenage, et un Français sur trois vit dans un « désert médical », dont plus de six sur dix en région Île-de-France⁷. Selon l'Association des maires de France (AMF), plus de six millions de Français sont sans médecin traitant. Par ailleurs, 13 millions de Français souffrent d'une Affection longue durée (ALD) qui représentent 110 milliards d'euros sur les comptes de la sécurité sociale⁸. Il convient de noter cependant, que 650 000 patients en ALD, en France, ne pouvaient être soignés faute d'accès aux soins en 2020. Ils seront 714 000 deux après.

Pour autant, le ministère annonce une inversion de la courbe de l'évolution du nombre de Français en ALD sans médecin traitant, qui aurait baissé de 25 %⁹.

Ces deux constats ne sont que les derniers en date venant à la suite d'une longue liste d'études et observations commencée dès le milieu des années 2000¹⁰. Quelle que soit la méthode d'appréhension du phénomène, l'émergence, puis la persistance durable sur de plus en plus de territoires d'insuffisances d'offre de soins¹¹, défraie régulièrement la chronique au grès de départs à la retraite de praticiens, de fermeture de maternité ou de colloques d'experts aussi doctes que désolés.

Comment en sommes-nous arrivés là ? L'assouplissement des règles ayant pour objectif de lutter contre ce qui deviendra le phénomène des « déserts médicaux », s'est avéré trop souvent tardif, parfois complexe à mettre en œuvre, et presque toujours sous-dimensionné au regard des nécessités.

1.- Des réformes tardives et sous-dimensionnées

11 329 communes étaient en 2018 privées de médecins généralistes¹² ; un an plus tard, ce nombre se porte à 14 274 ce qui correspond à une augmentation de communes en situation de désertification médicale de 70,5 % entre 2015 et 2019. La raison est arithmétique : seulement 8 000 étudiants sont formés en 2019 versus 13 000 en 1970. Près d'un médecin sur deux a plus de 60 ans. Les départs à la retraite ont été multipliés par six en dix ans, et 7 000 praticiens seront en âge de partir à la retraite en 2024. Seulement 20 % des médecins ont moins de 40 ans. Pourquoi un tel constat ?

⁷ Données CNAM, 2021.

⁸ Selon le dernier rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (p. 72 Rapport 2022 d'évaluation des politiques de sécurité sociale).

⁹ Site Ameli, *Patient en ALD sans médecin traitant : la tendance s'inverse depuis le lancement du plan d'actions*, 29 février 2024.

¹⁰ Sur l'historique, voir notamment *Déserts médicaux en France : état des lieux et perspectives de recherches*, G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousques, in *l'Espace géographique*, 2018/4, tome 47.

¹¹ Voir notamment, *Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons de santé en France*, G. Chevillard, J. Mousques, C. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican, G. Salem, *Revue d'économie régionale & urbaine*, 2015/4, octobre 2015.

¹² Club Santé Social, janvier 2023.

En douze ans, la France a perdu 10 128 médecins généralistes¹³ alors que la démographie et le vieillissement de sa population commandent une augmentation des soins. Ni les incitations financières ponctuelles, ni le récent changement de politique du *numerus apertus* n'infléchira la tendance.

1.1.- L'inaction en connaissance de cause

Déjà en 2008, la Direction du Trésor et de la Politique économique confirmait « une baisse de la démographie médicale s'accroissant dans les deux décennies à venir (...) la démographie médicale a connu un retournement et on attend une baisse de 15 % de la densité de médecins sur le territoire »¹⁴. De fait et à titre illustratif, le renversement d'approche sur la question des quotas d'étudiants en médecine aura mis plusieurs années pour devenir réalité. Il y aura eu pour le moins un manque d'action alors que l'analyse était faite. Jusqu'en 2020, le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année de médecine était fixé par arrêté ministériel. Les évolutions démographiques ainsi que les capacités d'accueil des universités ne faisaient pas partie des critères pris en compte pour la détermination de ce quota. Pour autant, et malgré la lenteur de la réforme, celle-ci une fois mise en œuvre se heurte à la limite des places disponibles en amphithéâtres dont les murs ne sont pas extensibles, faute d'anticipation sur l'aspect immobilier des établissements. L'association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) souligne également la saturation des stages en Centres hospitaliers universitaires (CHU), là aussi impréparés à une augmentation du nombre d'étudiants.

La conférence nationale de santé réunie en 2021 par le ministère fixa la montée en charge du nombre d'étudiants en médecine à former jusqu'en 2025, pour atteindre un peu plus de 51 000 jeunes, soit une hausse inédite de 14 %. Pour autant, la dynamique ne portera ses fruits qu'à l'issue des dix à douze ans d'études nécessaires pour l'obtention du diplôme. Une perspective à rapprocher de la chute de 11 % en dix ans du nombre de praticiens généralistes, et un retour à la démographie médicale de 2018 en... 2033¹⁵. Et tous n'iront pas vers une formation et une carrière de médecin généraliste.

En sept ans le nombre de Zone d'intervention prioritaires (ZIP) a été multiplié par neuf. En plus d'un *numerus apertus* inadapté vient s'ajouter un second volet restrictif consistant à limiter le nombre d'internes fixés en Île-de-France à seulement 1 500. Ces internes ne peuvent accroître leurs vacations car avec 58,4 heures de travail en moyenne par semaine, ils sont déjà bien au-delà des 48 heures légales¹⁶. Une récente enquête dévoilée le 1^{er} mars 2024 par plusieurs syndicats d'internes¹⁷ indique que ceux-ci travaillent toujours plus en stage avec une moyenne de 59 heures par semaine, sachant que 10 % des internes dépassent les 80 heures hebdomadaires. Seules les spécialités de santé publique, médecine du travail et médecine nucléaire, ne dépassent pas les seuils autorisés (28 CHU) sont d'ailleurs, début 2024, en procédure de médiation avec l'inspection du travail pour dépassement du nombre légal d'heures de travail. Les syndicats appellent en particulier à mettre fin aux 24 heures de travail consécutives, cette intensité étant suspectée d'être une source d'erreurs médicales.

¹³ CNOM, *Atlas de la démographie médicale 2022*, page 55.

¹⁴ Trésor-Eco, n°42, septembre 2008.

¹⁵ Rapport de l'Académie nationale de médecine, 18 avril 2023, p.13.

¹⁶ Egora. *Temps de travail des internes en médecine : ce que révèle l'enquête du ministère*. Marion Jort, 14 janvier 2022.

¹⁷ *Temps de travail des internes : les compteurs explosent, 59 heures en moyenne par semaine*, Le Quotidien du Médecin, 1^{er} mars 2024.

En réponse à cette tension les Agence régionales de santé (ARS) ne proposent qu'une augmentation de 3 %, soit 45 internes supplémentaires, alors que l'URPS d'Ile-de-France en suggère 10 % afin de palier la hausse de demandes de soins non assurées.

Les projections de la démographie médicale prévoient, en effet, une stagnation des effectifs jusqu'en 2027, puis une hausse de 1,7 % entre 2030 et 2050. En revanche la densité médicale standardisée ne retrouverait son niveau de 2012 qu'en 2032 pour dépasser de 31 % la densité actuelle, en 2050¹⁸. Les raisons étant le vieillissement exceptionnel de la population à laquelle s'ajoute la forte augmentation de la demande de soins. A noter que les projections de médecins en activité varient selon l'atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et les projections ministérielles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Ainsi, et à titre illustratif, en 2024 le CNOM décompte 187 448 praticiens quand le ministère en décompte 212 198. En 2033, il y aurait ainsi seulement 190 645 praticiens actifs selon l'Atlas 2023 et 232 754 selon la Drees. Ces variations soulignent la fragilité des projections. Cela relève d'hypothèses sensiblement différentes, les scénarios tendanciels restant, de fait, aléatoires.

D'après les travaux de la Drees, les médecins en 2040 seraient d'âge moyen plus jeune, avec une proportion plus importante de femmes et plus souvent salariés. Par ailleurs, dans un autre rapport datant de 2017, la Drees a projeté que l'offre de soins baissera de 30 % entre 2017 et 2027. En 2040, l'offre de soins rapportée à la demande subirait une chute de 18 % en médecine libérale du fait du changement des modes de travail, et ce ne serait qu'en 2035 que le niveau d'offres de soins atteint par l'ensemble des médecins retrouverait celui de 2017.

Or, ces projections malgré leur constat alarmant pourraient encore se révéler trop optimistes, en omettant de les pondérer par une estimation en pourcentage du nombre d'étudiants qui choisiront une autre voie que la carrière de médecin généraliste¹⁹.

Le point est loin d'être négligeable, considérant qu'avant l'annonce du gouvernement sur la mise en place d'une quatrième année de médecine générale, 31,3 % des étudiants indiquaient souhaiter s'engager en médecine générale. Ils ne seront plus que 17,3 % après l'annonce. Pire, 5,3 % sont certains qu'ils n'exerceront pas en France et 54 % réfléchissent de plus en plus à exercer hors de France.

Selon le site expert, Egora.fr, parmi les 500 premiers futurs médecins ayant exprimé leur préférence de carrière, seulement 24 ont exprimé le souhait de devenir médecin généraliste²⁰. Cette désaffection place désormais la médecine générale au 4^e rang des choix de carrière. Si le nombre de places en spécialité de médecine générale est en nette augmentation avec 222 postes supplémentaires en 2023, la mesure annoncée d'une année supplémentaire pour la spécialisation en médecine générale par le ministre de la Santé, François Braun, le 12 juin 2023, risque d'annuler les bénéfices de l'augmentation du *numerus apertus*. Si en 2023, tous les postes ont été attribués, il est néanmoins à redouter un décrochage massif et tout à fait inédit, du choix de cette spécialité. Ainsi est-il d'ores et déjà constaté un écart de 300 places entre le dernier à choisir la médecine générale et le dernier du classement en 2021 ; l'écart s'est réduit à dix places en 2022, il était de treize places en 2023²¹.

¹⁸ Drees, *Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023*, 29 août 2023.

¹⁹ Le choix de la médecine générale aux Epreuves classantes nationales (ECN), *Les chiffres qui inquiètent*, Marion Jort, egora.fr, 17 décembre 2022.

²⁰ egora.fr, 30 août 2023.

²¹ Cf. notamment cours-thales.fr, 14 décembre 2023, ou encore MACSF, *La médecine générale : une spécialité en perte d'attractivité*, 22 septembre 2023.

L'écart entre l'ampleur du défi du non-choix en faveur des études de médecine, et les réponses apportées par le gouvernement, ne cesse de s'élargir. Conséquences :

- une démographie des professionnels de santé en baisse ;
- des renoncements aux soins en hausse ;
- plus globalement, une perte de confiance des professionnels comme des patients dans la tenue des politiques publiques en la matière.

12

Cette réalité était encore difficile à admettre pour les décideurs publics il y a une dizaine d'années persistant à qualifier dans l'introduction d'un - déjà en 2011 ! -, énième rapport public sur les déserts médicaux le système de santé français de « modèle sur tous les continents »²². Ce qu'il fut certainement. Il en va différemment désormais, où la difficulté de l'Etat à agir suffisamment en amont et suffisamment fort, invite à une certaine humilité et force l'ensemble des acteurs à remettre en question les habitudes et les illusions.

La crise sanitaire du Covid-19, exceptionnelle par l'ampleur de ses conséquences sur le système de santé en France et ailleurs, aura agi au niveau national autant comme un révélateur des faiblesses du système que comme un accélérateur des réflexions sur son efficacité.

Cette crise a surtout permis de mettre en évidence la télémédecine, conséquence logique d'une évolution des pratiques médicales et de l'évolution des techniques permettant au médecin face à un patient pouvant utiliser les technologies innovantes de poser un diagnostic et d'orienter vers un parcours de soins.

La réintégration récente du personnel soignant non-vacciné aux mêmes coefficients en 2023, traduit une double problématique :

- les directives ne sont pas appliquées puisque les soignants sont revenus à leur emploi d'avant Covid ;
- s'il n'y avait pas de manque de personnel, ils n'auraient pas été repris.

Les Français comprennent mal la logique d'économie d'échelle et de rabotage budgétaire contraire à des soins accessibles coordonnés et qualitatifs. Interrogés sur la gestion de la dépense publique, ils expriment dans leur très grande majorité leur souhait de voir plutôt les missions de l'Etat ciblées par des économies (72 %), que les dépenses liées à la sphère santé-sociale (17 %)²³, seulement 16 % étant par ailleurs favorables à un coup de rabot généralisé²⁴.

La France est le premier pays européen pour les dépenses de protection sociale : 33,3 % du PIB en 2022, soit 12 350 € de prestations sociales par an et par habitant, dont 8,9 % du PIB pour les politiques de santé (235 Md€ en 2022)²⁵.

Complémentairement, à ces dépenses sociales s'ajoutent celles liées aux politiques d'accompagnement et de perte d'autonomie qui, en moyenne par année et par habitant, se portent en Europe, de 4 550 €, mais à 5 300 € en France. Sur les seules politiques de santé la France consacre en moyenne 3 800 € par an et par habitant, contre 4 550 € en moyenne pour l'Union européenne.

²² A titre illustratif, rapport d'information *Les territoires et la santé*, M-T. Bruguière, sénatrice ; « notre pays peut légitimement s'honorer d'avoir mis en place l'un des systèmes les plus perfectionnés du monde (...) », délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation, 14 juin 2011.

²³ Etude Acteurs Publics / Ifop / EY, pour l'Observatoire des politiques publiques, 8 septembre 2024.

²⁴ Voir Acteurs publics, *Les Français enclins à passer au crible la dépense publique*, Marc Boudier, 13 décembre 2023.

²⁵ *Les dépenses de santé en 2022*, Résultats des comptes de la santé, Drees, édition 2023.

Pourtant, et malgré ses dépenses plus élevées qu'ailleurs, des solutions concrètes et innovantes doivent être prises pour renforcer en France la résilience de l'accès aux soins.

Si la baisse démographique des médecins généralistes inquiète les pouvoirs publics comme les Français, celle des pharmaciens par exemple, moins médiatisée, est tout aussi prégnante quant à l'évolution de l'accès aux soins. L'Ordre national des pharmaciens souligne la baisse des effectifs à l'œuvre sans discontinuer depuis plus de cinq ans²⁶ avec désormais 74 039 pharmaciens inscrits au Conseil national de l'Ordre, dont seulement 2 542 pour la première fois au 1^{er} janvier 2022. En outre, ce sont essentiellement les pharmaciens d'établissements de santé, médico-sociaux qui présentent la plus forte hausse (+ 28,2 %) sur les dix dernières années²⁷.

Ainsi, la chute du nombre de pharmaciens en France aura atteint 10 % entre 2012 et 2022, alors que, dans le même temps, le nombre de pharmacies pour 100 000 habitants est passé de 34 à 30, soit une diminution de 12 %.

1.2.- L'erreur de vouloir maîtriser la demande par le bas

La maîtrise des dépenses de santé depuis les ordonnances Juppé de 1996 repose sur un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)²⁸. Il s'agit d'un objectif annuel d'encadrement visant à ne pas dépasser en matière de dépenses en médecine de ville, en hospitalisation publique et privée ainsi que les Centres municipaux de santé.

Cet ONDAM, voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de Financement de la sécurité sociale (LFSS), doit passer désormais par la mise en place de nouvelles règles. Souligné dans un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat, les objectifs de dépenses de santé « connaissent une sur-exécution depuis 2015 »²⁹.

L'ONDAM prévoit une augmentation de 3,2 % en 2024 par rapport à 2023. Le chiffre prévu est donc de 254,7 milliards d'euros. La Commission des affaires sociales du Sénat a établi un taux ONDAM de 3,80 %, justifiant en partie son vote négatif sur ce budget. Après une évolution lente entre 2017 et 2019, de 191,1 milliards d'euros à 200,4 milliards d'euros, l'ONDAM (hors Covid pour 2020 et hors Covid et Ségur de la Santé pour 2021 et 2022.) constaté resté stable en 2020 avec 199,5 milliards d'euros, a vu son évolution s'emballer par une augmentation de 33,5 milliards d'euros entre 2020 et 2022, conséquence de la Covid et des décisions prises dans le cadre du Ségur de la santé. Pour 2023, l'ONDAM aura été en baisse de 0,8 % par rapport à 2022 soit 244,1 milliards d'euros³⁰. Le chiffre prévisionnel est ce jour de 244,8 milliards d'euros, correspondant à une hausse de 3,8 % inférieure à l'inflation.

Les établissements et services pour âgées et handicapées présentent des évolutions de 4,6 % et 3,4 % respectivement, et la médecine de ville n'est pas en reste en voyant son enveloppe progresser de 3,5 %. Pour mémoire, la Covid-19 a entraîné une forte hausse des dépenses en 2020, de 9,5 %, et de plus de 8 % en 2021.

Cet objectif louable d'établir « la limite des dépenses de santé à ne pas dépasser » est démenti par les bilans et cela depuis plusieurs années ; soit que les efforts d'optimisation des dépenses de santé soient insuffisants, soit que l'estimation projetée par le ministère de la Santé et celui de l'Economie et des Finances, soit désormais systématiquement trop faible. Il est vrai que la

²⁶ Conférence de presse du 13 juillet 2023.

²⁷ Communiqué de presse du Conseil de l'ordre des pharmaciens, 11 juillet 2022.

²⁸ Rapport d'information, *Pilotage des dépenses de santé : redonner du sens à l'Ondam*, 2019.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Lettre du PLFSS 2023.

survenance de pandémie, comme ce fut le cas pour la Covid-19, et les dépenses induites, en l'occurrence particulièrement quant au coût des campagnes de vaccination, sont par nature impossibles à anticiper. L'impact de l'inflation, celle-ci relevant de nombreuses interactions et aléas, n'est également pas à négliger au regard des évolutions des dépenses de santé. En revanche, les enseignements des différentes situations entraînant des dérapages budgétaires sont insuffisamment pris en compte pour l'adaptation des outils et méthodes.

Ainsi, conviendrait-il d'inscrire parmi les éléments d'évaluation des dépenses de santé des critères relevant des politiques de lutte contre la désertification médicale.

L'amélioration des méthodes diagnostiques, la prévention, l'augmentation de l'ambulatoire, l'apparition de nouvelles molécules devraient agir sur les arbitrages concernant l'ONDAM. Toutefois, toute augmentation d'un acte médical entraîne une augmentation des dépenses ; il en est de même pour les mesures proposées pour 2024 telles que l'amélioration des aides pour les proches-aidants, le renforcement de la prise en charge du risque amiante, le statut temporaire adapté pour le cannabis à usage médical, la taxe « lapin »³¹ et la spécialisation grandissante de chaque spécialité.

La démographie est têtue et l'accroissement des pathologies qui accompagnent le vieillissement encore plus. Les conséquences du vieillissement, pourtant naturellement et démographiquement prévisibles, restent pourtant insuffisamment anticipées. Il n'est que de constater l'évolution sur les quinze dernières années des dépenses de santé liées à l'avancée en âge, pour saisir l'ampleur de ne pas avoir suffisamment agité concrètement en matière de prévention. Prévention par l'adaptation des habitudes de vie, de l'ergonomie des logements, de la prise en compte des causes de dégradation de santé, etc. Prévention aussi par l'adaptation de la démographie des professionnels de santé sur les territoires avec la croissance de celle des personnes âgées.

Rappelons-le, les affections de longue durée augmentent de 3,8 % par an en moyenne et représentent 62 % des dépenses de santé en France. Les patients de plus de 60 ans, soit 27 % de la population³² génèrent plus de 60 % de cette dépense, à hauteur de 104 milliards d'euros³³.

Le mur démographique va encore s'élever. La population âgée de 70 ans aura augmenté de 70 % entre 2020 et 2040 entraînant une demande inhabituelle de soins curatifs. Les près de 7 500 Ehpad qui maillent le territoire, dont 45 % n'ont pas été rénovés depuis vingt-cinq ans, doivent se réinventer, dans leur ergonomie, leurs conditions d'accueil et leurs méthodes d'accompagnement de la perte d'autonomie, sauf à poursuivre vers un désastre sanitaire et donc humain. Qui va payer ? Ou plutôt, qui aura la capacité de payer ?

La pyramide des âges de la population française est de forme ovoïde pour les hommes et les femmes avec une décroissance nette à partir de 75 ans. Pour la démographie médicale, la courbe se rapproche d'un cône à sommet basal.

A titre d'exemple, le nombre de médecins en activité dans la tranche d'âge 60-65 ans et de 20 718 soit 16,50 % du total des médecins en activité alors que ce nombre est de 23 714 soit 18,80 % pour la classe d'âge de 40 à 50 ans.

³¹ Taxe de 5 € qui sanctionnerait les patients n'honorant pas les rendez-vous médicaux.

³² Insee, 2022.

³³ *Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée*, Drees Etudes & Résultats, n°1077, 2018.

Selon la Caisse autonome des médecins de France (CARMF), au 1^{er} juillet 2023, 56 % des praticiens cotisants ont plus de 50 ans alors que 41 % de la population générale (Insee 2024) ont plus de 50 ans.

1.3.- Une offre abandonnée par laxisme des pouvoirs publics

1.3.1.- Une pyramide des âges défavorable

Un impact logique de cette gestion est la transformation de la pyramide des âges, un creux générationnel béant de la génération 35-50 ans de la ressource médicale.

Selon le CNOM, au 1^{er} janvier 2022 étaient inscrits 317 554 médecins (libéraux, salariés et d'activité mixte ou ne travaillant pas) de 57,3 ans en moyenne avec 44,6 % de femmes et 55,4 % d'hommes.

Depuis 2010, le nombre de médecins retraités inscrits au CNOM est de 87 552³⁴ et a augmenté de :

- 246,7 % pour ceux ayant cessé d'exercer toute activité médicale ;
- 21,5 % pour ayant conservé une activité médicale en temps partiel

Dans le même temps, le nombre de médecins en activité régulière a baissé de 1,1 %³⁵. En effet, selon la CARMF, au 1^{er} janvier 2023, étaient inscrits 124 389 cotisants : 71 054 hommes et 53 335 femmes.³⁶

La proportion de médecins hommes de plus de 55 ans est de 57 % (40 513) ; de plus de 50 ans, de 40,5 % (47 079) ; celle des médecins femmes de plus de 55 ans est de 33 % (17 389) ; celle de plus de 50 ans de 43,87 % (23 408).

Les médecins de moins de 75 ans cotisants à la CARMF sont au nombre de 50 213 hommes et 19 772 femmes. Au 1^{er} janvier 2023, 12 607 médecins retraités cumulaient emploi et retraite ; près de 10 000 hommes (âge moyen 72,45 ans) et 2 619 femmes (âge moyen 72,2 ans).

Le potentiel de développement du cumul emploi-retraite est une piste à ne pas négliger pour lutter contre la désertification médicale, avec des médecins qui pourraient dans une certaine mesure poursuivre leur exercice professionnel tout en entrant progressivement en retraite.

1.3.2.- Un nombre insuffisant de diplômés

La première erreur politique est d'avoir affaibli quantitativement les ressources médicales dans les années 80 et 90. Ce constat trouve sa source première dans une revendication des professionnels de santé qui, dès 1971, se montrèrent soucieux de restreindre l'accès aux secteurs par une limitation du nombre d'étudiants. Cette revendication trouva un écho auprès de décideurs politiques soucieux de maîtriser la hausse des dépenses de santé. Une approche ciblée notamment par le politologue Marc-Olivier Déplaudé qui cite une note du ministère des Finances de 1969 estimant que « former plus de médecins équivaut à augmenter les dépenses de santé »³⁷. Il faudra quelques décennies et un renversement de perspective pour comprendre que tout à l'inverse, l'absence de médecin coûte cher à la collectivité nationale, et alors même que le discours gouvernemental des années 90 aura redécouvert les vertus de la prévention sans

³⁴ 64 314 hommes d'âge moyen de 75,2 ans ; 23 238 femmes d'âge moyen de 73 ans.

³⁵ *Atlas 2023 démographie médicale CDO des médecins*, p 19.

³⁶ Chiffres des médecins ayant une activité libérale complète ou partielle.

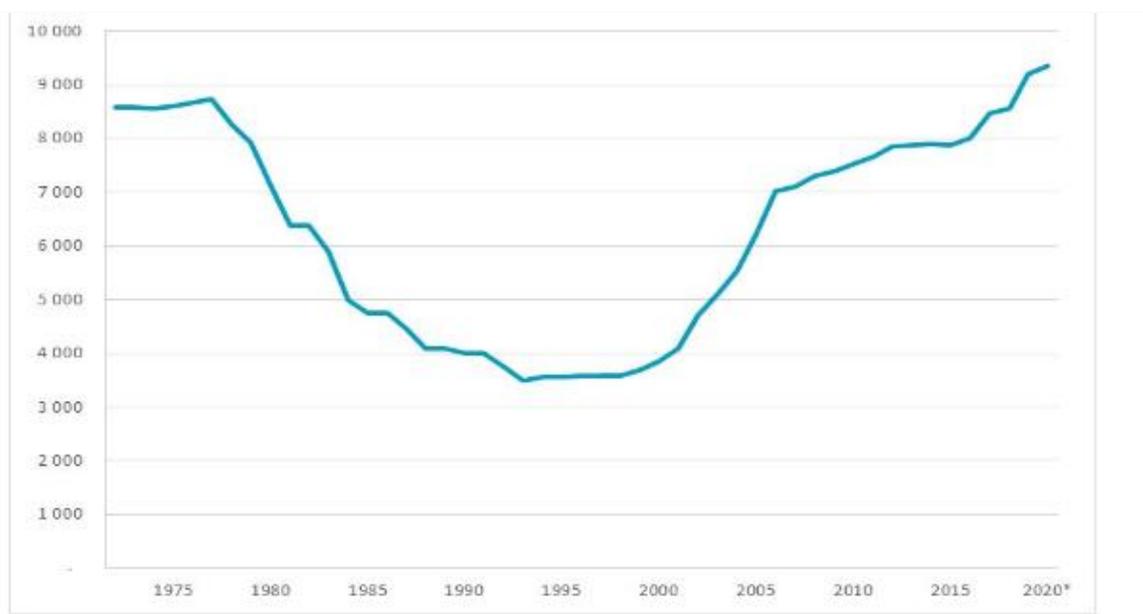
³⁷ Public Sénat, *D'où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans ?* 6 janvier 2023.

pour autant l'accompagner de décision forte quant à la démographie médicale. Or, pas de réelle prévention sans professionnels de santé pour l'organiser et l'accompagner.

Numéris clausus national pourvu en médecine depuis 1971

De 1971 à 1978, ce sont les capacités de formation par les hôpitaux et centres universitaires qui dictent, l'instauration du *numerus clausus*. Ce ne sera qu'à partir de janvier 1979 que la loi dite Claude Got soulignera l'importance d'adapter ce *numerus clausus* aux besoins de la population. Pourtant, celui-ci se trouva drastiquement diminué jusqu'à la fin des années 90 pour remonter progressivement, mais trop tardivement et de façon trop erratique pour s'adapter efficacement à la demande sanitaire. De fait, la sélection restera trop rigoureuse, mal adaptée et incompréhensible, tant dans son intention que dans sa forme.

Le *numerus apertus* retrouve seulement aujourd'hui le niveau de personnes formées prévu dans les années 1970, alors que la population française était plus de 15 millions d'habitants inférieure à la population actuelle.



« Le *numerus clausus*, instauré en 1971 pour limiter l'entrée dans les études médicales, influence les effectifs de médecins en activité actuellement et dans le futur. Pendant les premières années de sa mise en place, jusqu'en 1977, 8 500 places par an environ étaient ouvertes pour l'entrée dans les études de médecine.

Ensuite, il a diminué fortement jusqu'en 1993 où il a atteint un minimum de 3 500 places ouvertes par an. Ce niveau faible a été maintenu pendant les cinq années suivantes. Il a ensuite été 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 (toutes passerelles comprises) »

Source.- M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H.-V. Chaput, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques, constat et projections démographiques*, Les dossiers de la Drees, n°76, 2021.

L'afflux des médecins étrangers n'est pas négligeable ; principalement originaires de l'Europe de l'Est, arrivés durant les années 2000, citoyens européens, ils ont une équivalence de diplôme et n'ont pas besoin d'examen d'équivalence. En 2022, sur 197 811 médecins (médecine générale et spécialistes) recensés par le Conseil de l'Ordre, 11 433 venaient d'un pays hors Union européenne, principalement Algérie, Tunisie et Maroc. Globalement, les médecins étrangers en France représentent désormais 12 % des praticiens en exercice.

1.3.3.- Les facteurs de coût

Le site internet de la sécurité sociale³⁸ indique que huit Français sur dix, bénéficiaire du régime général, ont eu recours au moins une fois dans l'année à un praticien généraliste exerçant en libéral ou au sein d'un centre de santé. Si l'écart entre les âges reste resserré avec 75 % des 2 à 16 ans et 93 % des 75 à 84 ans, il en va très différemment dès lors que le recours concerne d'autres professionnels du soin tels que les infirmiers (93 % des 75-84 ans pour 75 % pour les 17-59 ans) ou encore les kinésithérapeutes.

Le coût de la prise en charge par la branche maladie est en moyenne de 564 € pour les 2-16 ans, et, sans surprise, à l'autre bout de l'échelle des âges, les personnes de plus de 85 ans génèrent en moyenne 4 500 € de dépenses, deux fois plus que les 60-74 ans précise la CNAM. En 2019 en établissements de santé, la dépense aura été de 237 € pour les 2 à 16 ans, à 3 676 € pour les 85 ans et plus, de 2 825€ pour les 75 à 84 ans, 1 781 € pour les 60-74 ans et 742 € pour les 17 à 59 ans.

Autre facteur de coût, le remboursement de médicaments par l'assurance maladie est depuis plusieurs années au centre des débats, notamment, chaque fin d'année, lors de l'établissement de l'ONDAM et du vote du Projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le niveau de dépenses généré par la consommation de médicaments varie selon le taux de recours des générations, allant de 37 % des 2-16 ans à 73 % pour les patients âgés de plus de 84 ans.

La politique de maîtrise des dépenses de sécurité sociale n'est pas passée seulement par la limitation du nombre de praticiens, mais aussi par le resserrement des remboursements de certains médicaments et dispositifs médicaux. A titre illustratif, 2023 aura vu une réduction de 1,1 milliard d'euros des remboursements médicamenteux, avec une enveloppe qui aura ainsi été réduite à 24,6 milliards d'euros, soit 1,8 milliard d'euros de moins que l'année précédente (sans compter, par ailleurs, la « clause de sauvegarde » s'imposant aux laboratoires et leur imposant de reverser la part de chiffre d'affaires dépassant le plafond prévu dans le cadre de la loi qui se porta en 2023 à 2,4 milliards d'euros). La question à analyser est la direction prise dans ces dépenses de santé.

L'augmentation de la chirurgie ambulatoire (type coloscopie, cataracte, pose de stent, etc.) et de la chirurgie de courte durée (type prothèse de hanche, etc.) a permis de soulager les patients de façon plus rapide mais, avec 29,9 milliards d'euros, représente la première dépense de santé de l'assurance maladie.

Mais certains postes de dépenses ne pourront pas être modifiés, tels par exemple, ceux relatifs aux maladies psychiatriques qui en représentent d'ores et déjà le deuxième poste avec 22,6 milliards d'euros suivies par ceux liés au diabète et ceux relevant des facteurs de risque vasculaire (15,7 Md€), puis les pathologies et les cancers avec 14,5 Md€.

Les pathologies de surveillance, de prévention et de qualité de vie, sans parler réellement de « confort », représentent la partie la plus importante des dépenses. Ces interventions, généralement de courte durée, peuvent éviter la dégradation de l'état général du patient (telles les interventions sur la cataracte qui redonne une vision normale ou la prothèse de hanche permettant de retrouver la marche), et laissent ainsi une véritable autonomie et un retour de qualité de vie améliorant aussi le moral du patient.

³⁸ <https://www.securite-sociale.fr/accueil>, au 18 novembre 2023.

La proportion d'indication opératoire ou de mise en place d'un traitement long et onéreux, comme en oncologie par exemple, sera inférieure si le patient est suivi régulièrement et diagnostiqué tôt dans sa pathologie.

Le budget annuel des Français consacré à leur santé a augmenté entre 2017 et 2022 de 75 %³⁹, passant d'une moyenne de 715 € à 1 249 €. Cependant, leur reste à charge annuel a diminué de 232 € à 228 € grâce aux remboursements de la sécurité sociale et des mutuelles et reste le plus faible des pays de l'Union Européenne. Quant aux dépenses de Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), elles ont bondi de 7,9 % en 2021, à la suite de la crise sanitaire, loin au-dessus du taux moyen des trente dernières années qui était de 3,5 %.

Parmi les cinq augmentations des franchises médicales, celle de 0,5 € pour l'achat d'un médicament, sera assurément une mesure impopulaire, même s'il s'agira d'un doublement du reste à charge pour le patient⁴⁰. Le déconventionnement évoqué par un syndicat de médecins serait plus indolore, les mutuelles prenant souvent en charge les dépassements d'honoraires. L'effet rebond serait l'augmentation des cotisations aux mutuelles, laissant alors la place à une médecine à deux vitesses.

1.3.4.- Une répartition hétérogène des professionnels de santé par cause géographique et populationnelle

L'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL), donne une idée de la cartographie française de l'implantation médicale. Créé en 2012, calculé pour dix professions médicales, transformé en 2015, il mesure l'adéquation entre le zonage de soins de premier recours et les données relatives aux soins remboursés par l'assurance maladie. L'objectif est de disposer d'une vision précise du maillage médical sur le territoire. Pour autant, le dispositif ne montre que la situation professionnelle de santé-patient, sans fournir d'analyse de la situation. L'APL, cogérée par la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), apparaît par trop perfectible et génère des biais de compréhension qui faussent les analyses qui pourraient en être faites. Il conviendrait de le faire évoluer.

Prendre en compte les réalités des professionnels

Interrogé sur l'état d'esprit des médecins, le Dr Luc Duquesnel, président de la Confédération syndicale des médecins de France (CSMF) affirme : « les pouvoirs publics ne parviennent pas à comprendre le désarroi des jeunes médecins. Ils veulent à tout prix leur imposer des normes des directives administratives, mais ça ne marche pas comme ça »⁴¹.

Les jeunes médecins dans leurs souhaits de vie professionnelle entendent mieux concilier leur vie privée avec leur vie professionnelle. La structure hospitalière apparaît plus rassurante professionnellement que l'exercice en libéral, laissant espérer une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle par une moins grande dépendance à la clientèle et la présence de services spécialisés et d'urgence. Dans le cadre d'une activité mixte (libérale et hospitalière), la conciliation des deux modes de rémunération peut se révéler délicate ; pour une même consultation ou acte, il y a honoraires libres en libéral et honoraires de la sécurité sociale en milieu hospitalier. Le montant est différent, les bases de cotisation aussi et le remboursement en fonction du contrat entre le malade et sa mutuelle reste toujours corrélé à la nomenclature

³⁹ Les frais de santé des Français, étude Cofidis, avril 2023.

⁴⁰ Augmentations entrées en vigueur le 31 mars 2024, décret du 17 février 2024.

⁴¹ Conférence de Presse Commission Jeune CNOM le 11 avril 2023.

de la sécurité sociale. Cette anomalie laisse au patient une impression de deux systèmes parallèles (libéral et hospitalier) et inégaux. Cette collaboration est maintenant obligatoire depuis la LFSS 2023, les structures d'urgence du privé devant participer aux gardes. Pour autant, dans le secteur public, après une garde, le repos compensateur est obligatoire et rémunéré. Comment instaurer la même obligation pour le secteur privé ?

Auparavant, le secteur hospitalier se déchargeait souvent sur le secteur privé hors des horaires ouvrables ; les nouvelles générations, par leurs choix de vie professionnelle et personnelle semblent moins prêtes à des horaires élastiques, voire atypiques.

Par ailleurs, la notion de libéral traduit souvent un souhait de travailler sans contrainte d'équipe, de hiérarchie ou de tutelle, et de rester en symbiose avec sa clientèle. Or, la plus grande dépendance ressentie par les soignants est le poids de l'administration et des Agences régionales de santé (ARS) en particulier, ressenties plutôt en tant qu'entité de contrôle, voire punitive, qu'en tant que partenaire de conseil.

2.- Conditions de travail et qualité des soins : l'une n'ira pas sans l'autre

2.1.- Le désarroi des professionnels de santé

Si les métiers de la santé, par les sacrifices qu'ils impliquent au service des patients, peuvent parfois être assimilés à un sacerdoce, les professionnels sont, comme l'ensemble de leurs contemporains, désormais soucieux de trouver un équilibre raisonnable entre la vie professionnelle et la vie privée. D'autant que l'exercice au quotidien du métier s'est considérablement complexifié ; par l'émergence d'une violence de plus en plus présente dans les relations avec certains patients⁴², mais aussi en conséquence des évolutions législatives et réglementaires transformant profondément le temps de travail en allant, pour un médecin généraliste, jusqu'à en consacrer 30 % aux seules tâches administratives⁴³.

Ces évolutions ne sont pas les seules à agir sur le manque d'attractivité des professions de santé auprès des étudiants. Le souhait de préserver une vie privée est une évolution de fond dans les attentes des étudiants qui se destinent aux professions médicales. Cette attente se concrétise aussi par une plus grande propension au salariat au détriment de l'exercice libéral de la médecine. Travailler au sein d'une équipe, dans un environnement humain diversifié, et bénéficiant d'une organisation des fonctions supports mutualisée figurent parmi les attentes de plus en plus fréquentes des professionnels.

Par ailleurs, la loi HPST de 2009, a dynamisé la création des centres de santé, via les ARS mais sans prendre en compte du regard du CNOM, et donc sans véritable contrôle qualitatif, ni logique géographique.

Enfin, le rééquilibrage en mixité de professions traditionnellement masculine, par le nombre de plus en plus important de femmes participe aussi aux évolutions que connaît aujourd'hui le secteur. Ainsi en 2021, 62 % des médecins de moins de 40 ans sont des femmes, alors que les trois quarts des médecins de 70 ans et plus, en âge de quitter la profession étaient des hommes⁴⁴.

⁴² Le chiffres de 1 200 agressions, insultes, menaces et coups envers les médecins libéraux et hospitaliers a été dépassé pour la première fois en 2022, Observatoire de la sécurité des médecins, enquête mai 2023.

⁴³ 29 % des médecins déclarent consacrer entre 10 et 14 heures par semaine aux tâches administratives (13 % déclarent y consacrer 24 h), enquête Medscape, 2019.

⁴⁴ *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? constats et projections démographiques*, M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H. Chaput, Les dossiers de la Drees, n°76, mars 2021, p. 12.

Plus largement, la localisation par l'origine familiale, le parrainage par un confrère et le manque de médecins ne sont plus les bases de la future installation des praticiens.

De fait, le président du CNOM, le Dr François Arnault, suite à la publication de l'Atlas 2023 sur la démographie médicale indiquait son inquiétude quant à l'abandon par de plus en plus d'étudiants en cours d'études ou en fin d'études. Le vice-président, Jean-Marcel Mourgues, évoque quant à lui « des remontées qu'il convient de vérifier sur un *abandonisme* dans les études médicales », traçant en cela un lien avec les récentes réformes des 1^{er} et 2^e cycles des études médicales. Cette désaffection concerne aussi bien les étudiants en début mais aussi en fin de parcours.

En outre, il convient également d'ajouter au constat, le nombre croissant de praticiens délaissant son métier après dix ans d'étude.

Par ailleurs, les informations croisées de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et une étude de l'OCDE ont permis de constater une augmentation du nombre de praticiens partis exercer à l'étranger de 91 % entre 2008 et 2020 passant de 2 350 à 4 500. Même si ce chiffre paraît faible comparé à celui des médecins étrangers venant travailler en France 26 364 en 2023, son évolution devrait être suivie avec plus de vigilance⁴⁵.

Suite à la réforme de la première année de médecine, plus connue sous l'acronyme de la PACES et devenue la PASS / Licence « accès santé » (LAS) pour « Parcours d'accès spécifique santé et License d'accès Santé »⁴⁶, 63 % des étudiants abandonnent ou se réorientent au bout de deux ans⁴⁷. A la fin, après dix ans d'études, de plus en plus de médecins renoncent à ce métier face aux conditions d'exercice qu'ils jugent dégradées, aussi bien en établissement qu'en libéral.

Les statistiques du CNOM sont éloquentes : 20 % des étudiants en médecine reçus au concours abandonnent avant la fin des études et seul un nouveau médecin sur dix s'installe en libéral⁴⁸.

Il semblerait même que, si des étudiants finissent leurs études, ils n'exercent pas pour autant leur métier. Là aussi, les chiffres avancés par le CNOM sont inquiétants, indiquant qu'un étudiant sur quatre déclare qu'il n'exercera pas son métier, notamment pour des raisons de stress et de pression subie tout au long du cursus étudiant⁴⁹. La violence banalisée, voir institutionnalisée, des études médicales est une réalité. Chaque année entre dix et vingt médecins en formation se suicident et près de 23 % des futurs médecins ont eu des idées suicidaires⁵⁰.

What's up doc, reprenant les chiffres de François Braun, alors ministre de la Santé, affirme que 10 % des étudiants en médecine reçus en deuxième année et 20 % des étudiants infirmiers abandonnent leurs cursus avant la fin des études, le ministre pointant « précarité financière et maltraitance subies durant les stages de formation. »

⁴⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps> et <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336>

⁴⁶ PASS et LAS sont les deux voies pour accéder aux études de médecine, odontologie, kinésithérapie, maïeutique et pharmacie.

⁴⁷ *Le Quotidien du médecin*, 30 juillet 2015.

⁴⁸ Cf. *Etudiants futurs médecins : à quoi rêvez-vous ?* Anne-Marie de Rubiana, Remede.org, 6 septembre 2016.

⁴⁹ *J'ai arrêté la médecine en quatrième année : la youtubeuse qui affole le web médical*, Idris Amrouche, Remede.org, 10 novembre 2016.

⁵⁰ Aude Frapin *Mort d'une étudiante en médecine à Brest : la piste du suicide confirmée*, *Quotidien du médecin*, 31 janvier 2024, et Enquête Anemef, Isnari et Isnar, IMG, 2017.

Seuls 25 % des étudiants sont admis en deuxième année de médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie ou kiné. Devant un si faible taux de réussites, beaucoup d'étudiants dans ces différentes branches, préfèrent partir faire leur cursus dans d'autres pays européens, avec l'idée de revenir exercer en France à l'issue de leur cursus, au profit de l'équivalence des diplômes dans les 27 pays de la Communauté européenne.

A ces réalités, s'ajoutent celle des recalés de la sélection PASS et LAS. Bien que le redoublement ne soit pas autorisé, 10 % des étudiants recalés retentent leurs chances sur un parcours complexe. A ce titre les étudiants français se détournent des universités françaises qui leur sont alors inaccessibles, comme l'ont fait 3 000 candidats partis en Belgique en 2021, pour 1 200 de leurs homologues un an plus tôt⁵¹.

Cela n'est pas mieux pour les élèves infirmiers qui en 2021 auront comptabilisé 10 % d'abandons, en première année, 7 % en deuxième année et 4 % en troisième année⁵².

Pour les étudiants en médecine, après leur première année de PASS ou de LAS, trois d'entre eux sur cinq ne se réinscrivent pas dans une formation donnant accès aux études de santé. Un taux largement supérieur à celui de la génération 1^{ère} année commune aux études de santé (PACES), version précédente du concours durant les années 2010 à 2020.

La stagnation des places d'accueil des universités et des enseignants qualifiés constitue l'un des freins majeurs à l'augmentation du nombre d'étudiants admissibles en seconde année d'études médicales. D'ailleurs, constatons que le *numerus apertus* en vigueur depuis 2019 ne prévoit aucune augmentation des capacités d'accueil en médecine dans le cas où les besoins en santé le nécessiteraient.

Une décision du Conseil d'Etat dénonce l'iniquité de cette sélection⁵³, qualifie les modalités d'accès en 2^e année d'« illégales », et souligne l'hétérogénéité des épreuves orales tant dans leurs contenus que dans leur poids (variant de 30 % à 70 %) dans le classement final. Certaines universités étant même allées jusqu'à créer un statut de « grand admissible » dispensant de passer les oraux alors que d'autres rendaient l'oral obligatoire. Le Conseil d'Etat a enjoint le gouvernement de modifier l'accès en 2^e année des quatre spécialités médicales sous un délai de six mois.

Par ailleurs, sensée intégrer les différences et diversifier les profils, la LAS s'avère être le parent pauvre de la réforme tant par la surcharge de travail qu'elle impose aux étudiants que par la qualité de l'enseignement médical. 41 % des mineurs santé se font exclusivement en distanciel avec trois fois moins de cours dirigés qu'en PASS et deux fois moins de sessions en groupe restreint. Les chiffres de 2022 montrent que 60 % des étudiants en LAS ont échoué à leurs examens alors que 80 % des étudiants en PASS réussissaient. Enfin, l'essor des écoles préparatoires privées introduit *de facto* une inégalité des chances contraire à l'esprit de la réforme⁵⁴.

De fait, les plus motivés doivent surmonter une réforme kafkaïenne et contre-productive d'autant qu'à la fin le nombre de places ouvertes demeure proportionnel aux infrastructures matérielles et humaines. Certes en dentaire, un effort a été consenti avec la création de huit sites de formation. L'action fut particulièrement médiatisée par le ministère promettant 7 265

⁵¹ Voir notamment les motifs de la proposition de loi N°1768 du 17 octobre 2023, Yannick Neuder, adoptée le 29 novembre 2023 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

⁵² Cf. Drees, 11 mai 2023.

⁵³ Conseil d'Etat, 4^e et 1^{ère} Chambre réunies le 29 décembre 2023.

⁵⁴ *Réforme des études de santé. Des « ratés » dans les licences LAS et une copie à revoir explique les carabins*, Le Quotidien du Médecin, F. Petty du 29 février 2024.

étudiants de plus en dentaire d'ici 2026 mais sans que soient spécifiées les sources du financement, les accompagnements en matériels et en ressources humaines pour les cours d'odontologie.

Les causes de cette désaffection sont nombreuses. Pour les prétendants aux études médicales, la complexité et l'illégalité des examens dispensés est pointée du doigt. Les étudiants en formation, la précarité et la violence des conditions d'étude sont citées.

Pour les médecins fraîchement diplômés abandonnant la médecine ou ceux s'expatriant, les conditions d'exercice dégradées sont systématiquement dénoncées ; ainsi, entre 15 % et 18 % des médecins envisageraient de quitter la France⁵⁵.

L'Académie de médecine a d'ailleurs sonné l'alerte. La réforme de l'enseignement secondaire et celle de la première année des études médicale ont conduit à une désaffection des bacheliers pour les filières santé : « le concours d'entrée très sélectif conduit au problème majeur du nombre de jeunes partant faire leurs études à l'étranger. »

Pas moins de 1 100 places n'ont pas trouvé de candidat en pharmacie en 2022 et 500 en 2023. En cause, selon l'Académie de médecine, un niveau trop faible en sciences depuis la disparition des trois séries générale S, L et ES au profit d'une myriade de spécialités pouvant produire pas moins de 66 combinaisons de binômes possibles. En définitive, SVT / physique chimie, mathématiques / physique chimie et Math / SVT représentent 93 % des profils des candidats.

L'Académie de médecine en conclut « qu'il est indispensable et urgent de mieux informer les jeunes, au moins dès la première année, sur la diversité des métiers de la santé et leurs valeurs grâce au concours des professionnels de santé, de la recherche et de l'orientation, afin d'expliquer les différents parcours possibles. »⁵⁶ Conclusion restée sans réponse à ce jour.

Le désamour pour les études médicales touche d'autres spécialités, comme n'hésite pas à l'écrire Marion Simon, chargée d'études sur la formation des professionnels de santé au sein de la Drees « les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 et sur l'ensemble de la scolarité 2018, 14 % des étudiants ont abandonné leurs études. »⁵⁷

Une étudiante sur dix en formation d'aide-soignante ou manipulatrice d'électroradiologie médicale a abandonné ses études en 2021. Ces professions sont pourtant essentielles pour les hôpitaux et les Ehpad.

Les professionnels de santé sont-ils, d'ores et déjà, fléchés pour suivre la voie dans laquelle infirmiers, kinésithérapeutes, et chirurgiens-dentistes ont déjà été engagés ?

L'avenant 1 de la convention nationale des infirmières et infirmiers conclue le 22 juin 2007 avec la CNAM⁵⁸ conditionne l'installation en libéral en zone sur dotée au départ définitif d'un infirmier libéral. En outre, les conditions d'accès au conventionnement sont conditionnées soit à une expérience de 24 mois au sein d'une structure de soins généraux, soit de 6 mois en tant que remplaçant et de 18 mois d'exercice professionnel dans une structure de soins généraux⁵⁹.

⁵⁵ Medscape, filiale de WebMD Health Corp, 29 juin 2021.

⁵⁶ Il est temps de réagir : l'Académie de Médecine alerte sur la désaffection des bacheliers pour les filières santé, Le Quotidien du médecin, 27 février 2024.

⁵⁷ Drees, *Etudes & résultats*, n°1266, avril 2023.

⁵⁸ Appliqué le 18 avril 2009.

⁵⁹ Ameli.fr : les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, 17 août 2023.

À la suite de l'introduction d'un avenant dans l'accord conventionnel signé avec la CNAM, les masseurs-kinésithérapeutes ne pourront plus, à partir 2028, s'installer librement « sans avoir exercé au préalable deux années en établissement ou en zone sous-dotée »⁶⁰. La question restera posée de la pérennité des effets bénéfiques de ce type de mesure de coercition, lorsqu'à l'échéance des deux années les praticiens retrouveront leur liberté d'installation. Le risque est de voir certains territoires n'accueillir que des jeunes diplômés, de fait peu expérimentés.

L'obligation faite aux chirurgiens-dentistes est d'un autre ordre tout en poursuivant globalement le même objectif. En limitant la capacité d'installation aux seuls cas de remplacement d'un praticien cessant son activité en zone dite « sur-dotée », sauf à s'installer en zone sous-dotée, la mesure aboutit à doter, là aussi, ces zones d'une majorité de praticiens inexpérimentés.

2.2.- Conditions de conservation de la qualité des soins délivrés.

La commission « Jeunes médecins » du Conseil de l'Ordre a fait la synthèse d'une analyse portant sur les étudiants en fin d'études de médecine, et présentée lors d'une Conférence de presse le 11 avril 2023⁶¹. Il apparaît que l'élément majeur pour les jeunes médecins reste l'étape de leur installation ; ils l'envisagent pour une seule fois, donc pérenne et les travaux ont montré qu'ils veulent s'installer dans les trois ans suivant la fin de leurs études. Toutefois, les critères de ces futurs praticiens ne sont plus ceux de leurs aînés. La localisation par l'origine familiale, le parrainage par un confrère et le manque de médecins ne sont plus les bases de la future installation.

De fait, 90 % des jeunes médecins (internes et remplaçants) mettent en premier choix le principe de ne pas être isolés et de travailler plutôt en cabinet de groupe ou cabinet mixte pluriprofessionnel ou encore en maison médicalisée⁶².

Cette décision vient des constats suivants :

1/ La nécessité de services publics maillant le territoire

Le médecin souhaite un temps de travail compatible avec une vie « normale » dans un lieu offrant des services publics essentiels. Il ne veut pas être le seul élément actif et tourné vers la population dans le lieu où il envisage son installation.

Celle-ci ne pourra se faire que dans une agglomération ou une communauté de communes assez importante pour que le médecin puisse bénéficier d'une qualité de vie confortable (écoles, loisirs...) avec des services publics ce qui sous-entend proximité de structures de soins (clinique et hôpital). A titre d'exemple, peut être citée la problématique des maternités : non-rentables, elles sont fermées, contraignant les futures mères à des suivis de grossesse et des accouchements à des transports plus ou moins longs et donc à des risques tant pour elle que pour l'enfant à naître.

2/ La charge administrative et la gestion

Des têtes pleines de schémas d'anatomie, de réponses à des questionnaires à choix multiples, de procédures de diagnostics, de fiches de pathologies bien mémorisées, mais aussi insuffisance de connaissances administratives et en gestion. Les jeunes médecins demandent des cours de gestion administrative dans leur cursus.

⁶⁰ Accord conventionnel signé entre la CNAM et la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, Journal officiel, 25 août 2023.

⁶¹ Etude sur l'installation des jeunes médecins, Commission « Jeunes médecins » CNOM, 11 avril 2023.

⁶² What's up doc, journal du jeune médecin, 23 juin 2023.

3/ La vie familiale

Les futurs médecins ne se voient pas obligatoirement vivre avec un conjoint médecin ou paramédical. Le jeune médecin va s'orienter vers une localisation d'installation dans un bassin d'emploi, afin que le conjoint ou le futur conjoint puisse travailler.

De façon générale, le premier remplacement d'un médecin généraliste s'est fait dans une ville moyenne située entre Troyes et Paris en 1983 (100 kilomètres de Paris, ligne de TER et 1 h 15 de voiture de Paris) ; un couple de médecins généralistes arrive vers la retraite. Le mari décède, laissant à son épouse un cabinet à forte intensité de visites et de consultations. Voulant cesser son activité professionnelle pour profiter de ses enfants et petits-enfants partis à Paris, mais ne réussissant pas à vendre sa patientèle, elle devra fermer le cabinet sans successeur.

Afin d'apporter des solutions à ce type de situation, la Drees et l'Irdes ont développé des indicateurs d'accessibilité potentielle localisée⁶³. Une première version fut élaborée en 2013 et revue en 2015 et 2018. Une version plus récente fait suite à un arrêté du 30 mars 2022.

L'indicateur APL repose sur trois critères :

- l'activité des praticiens estimée par le nombre de consultations ou de visites effectuées ;
- le temps d'accès physique en kilomètres ;
- la consommation de soins par tranche d'âge.

L'actualisation de cet indicateur a fait bondir les résultats : le pourcentage de personne en Zones d'intervention prioritaire (ZIP) passe en 2018 de 36,6 % à 62,4 % en 2022 et en ZIP renforcées (ZIP+) de 40,35 % en 2018 à 28,3 % en 2022 ; quant aux Zones d'action complémentaire (ZAC), les pourcentages de personnes concernées augmentent de 33,9 % en 2022 à 39,5 % en 2018. Or, les ZIP+ sont des « territoires géographiques particulièrement peu attractifs pour l'installation des médecins. »

La Drees et l'Irdes ont élaboré ces critères visant à définir la « densité médicale » ou « zonage ». En 2022, ces organismes changent les règles entraînant *de facto* une augmentation drastique des critères quantifiant les zones géographiques en « déserts médicaux ».

Pour autant, ces critères sont particulièrement critiquables. Une zone qualifiée de « surdotée » n'implique pas que la demande soit pour autant satisfaite comme cela est le cas, par exemple, pour Belfort intramuros, classée surdotée alors qu'elle draine la périphérie immédiate résultant d'une demande non satisfaite. Ces critères sont cependant imparfaits car basés sur des données statistiques dont l'analyse reste trop subjective. Ainsi une zone peut être qualifiée de « surdotée » alors qu'elle subit une situation de pénurie. Certains arrondissements de Paris en sont autant d'illustrations.

Il convient de souligner que les besoins actuellement repérés en recrutements de personnels de santé, s'inscrivent dans une perspective de cinquante années, se décomposant en vingt ans, âge de début de formation, auxquels s'ajoutent dix ans de formation et quarante d'exercice professionnel. Et que dans cinquante ans les effets du babyboom 1945-1955 seront bien éloignés avec, en outre, un contexte de diminution de la population. S'il peut être tenté, le pari que ces professionnels trouveront bien une activité digne de leur formation d'ici 2040, reste risqué, cela en prenant en compte la diversité actuelle et à venir des métiers de la santé, et la capacité à évoluer professionnellement des jeunes générations.

⁶³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022>

De fait, une réflexion de fond sur l'évolution des organisations et des métiers pour les vingt prochaines années, alors que le dernier rapport en date de France Stratégie sur les métiers porte un regard à échéance 2030, et alors que le potentiel de l'IA en santé n'était pas encore annoncé. Il conviendrait de relancer sans attendre, un travail prospectif sur l'évolution des métiers de la santé à horizon 2040, voire 2050, pour disposer d'une orientation à long terme, en intégrant d'ores et déjà la nécessité d'en réévaluer les attendus tous les deux à trois ans.

La Charte d'engagement des professions de santé. À la suite d'une lettre de recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) de septembre 2020, l'Union nationale des professions de santé (UNPS) a élaboré une charte votée le 16 avril 2023 à l'unanimité des professions de santé. Elle précise l'engagement en matière d'éthique, de qualité et de permanence des soins et montre un accord sur les valeurs et les principes pour « une collaboration optimale entre professionnels de santé et usagers, tant au sujet du secret des informations, des principes de non-jugement et d'écoute » dans un esprit de respect et de dignité.



Partie 2.- Pour irriguer l'offre de soins

La qualité des réponses à apporter dépend, en grande partie, de celle des éléments de constat remontés du terrain et de l'expérience des principaux concernés : professionnels de santé et patients. Les indicateurs et définitions sur lesquels s'appuient les ministères doivent être réinterrogés sur leur pertinence quant aux enjeux auxquels ils doivent répondre.

26

Stopper la désertification médicale en France nécessite une approche globale, mettant en œuvre les politiques publiques au-delà des seules compétences du ministère de la Santé, dont celles relevant de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et du logement, ou encore de la formation supérieure. De ce point de vue, l'association en 2024 de la Santé et du Travail sous l'égide d'une seule ministre est une innovation qui doit faire l'objet d'une grande attention quant aux résultats que cette nouvelle organisation pourrait donner.

1.- Réinterroger les indicateurs pour agir mieux

1.1.- Les déserts médicaux : s'entendre sur les définitions

Une zone territoriale est qualifiée de « désert médical » dès lors que moins de 300 praticiens y exercent pour un volume de 100 000 habitants. Par ailleurs, et selon le ministère de la Santé, un désert médical désigne « une zone géographique dans laquelle il est difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l'absence de médecin à proximité. Cette situation traduit une inégalité territoriale dans l'accès aux soins et peut s'avérer dangereuse pour la santé des populations locales. »⁶⁴

Cette définition est restrictive. En pratique, d'autres facteurs doivent être pris en compte :

- l'âge moyen et le type de la population ;
- l'âge des praticiens ;
- la distance par rapport aux structures d'urgence et hospitalières ;
- les pathologies qui fluctuent selon fonction des régions ;
- les zones industrielles ou touristiques dans lesquelles le nombre d'individus n'est pas stable.

L'une des difficultés majeures rapportée est l'inscription et ensuite le suivi d'un nouveau patient : perte dans l'efficacité d'un traitement d'une pathologie chronique ou au long cours, et rupture du parcours de soins, normalement garanti par le service public.

Il a été mis au point par les autorités un zonage, constituant à évaluer la répartition de l'offre médicale sur le territoire⁶⁵ reposant sur :

- l'accessibilité à un personnel de santé, et le temps d'accès à celui-ci ;
- les caractéristiques de la population (CMU, AME, ALD...) et leurs demandes de recours aux soins) ;

⁶⁴ Site du ministère, 2022.

⁶⁵ Article L1434-4 du code de la santé publique.

- les caractéristiques des professionnels de santé (tous confondus) avec leur âge, et son écart par rapport à l'âge de la retraite (65 ans jusqu'à maintenant et donc 67 ans après application de la réforme sur les retraites), leur type d'activité (hospitalière, libérale, mixte) et leurs relevés d'activité pour définir leur position par rapport à la demande de la population dans la zone.

Le résultat de ces recherches va être la création de l'Indicateur APL, qui exprime, comme vu plus haut, le nombre de consultations accessibles par an et par habitant ; celui-ci est couplé à un découpage de référence du zonage, l'ensemble donnant à chaque région des territoires de vie-santé placés sous la direction des ARS.

Les ARS pourront par leur structure autonome solliciter, compléter ou explorer le bilan effectué dans chaque région comme dans les zones prioritaires. Un accès aux soins, variable selon la région, inégal dans le territoire.

1.2.- Démographie médicale et hétérogénéité territoriale

En 2010, les 14,9 millions de patients de plus de 60 ans avaient recours à plus de 94 261 médecins généralistes. Depuis, la dégradation du nombre de généralistes est linéaire, et les prévisions pour 2025 font chuter le nombre de praticiens à moins de 82 000⁶⁶, avec en parallèle une augmentation également linéaire du nombre de patients de plus de 60 ans estimée à 19,3 millions.

714 000 patients souffrant d'une ALD n'ont, d'ores et déjà pas de médecin traitant en 2022. Pour mémoire, ils étaient 510 000 en 2018, 650 000 en 2020. Cette augmentation est à relier au moins partiellement au manque de médecins. Le président de la République, début 2023 avait promis aux patients concernés qu'ils se verraient proposer une solution avant la fin de l'année 2023. Le ministre de la Santé avait proposé un plan visant à contacter ces patients « oubliés », à les répertorier, à les informer de leur statut et de leurs droits et à les faire suivre par des généralistes et plus particulièrement par les groupements des professionnels de santé à l'échelle de chaque territoire. En juillet 2023, devant le Sénat, le ministre François Braun annonçait le chiffre de 53 000 patients ayant finalement trouvé un médecin traitant, précisant que la marche à franchir était encore haute. Le site Améli.fr précise pour sa part le 22 février 2024 que 240 000 personnes en ALD auraient trouvé un médecin traitant fin 2023 grâce à son plan d'action.

Les déserts médicaux se trouvent non seulement en zones rurales mais aussi en zones fortement urbanisées. Deux départements, pourtant riches en établissements hospitaliers de qualité et de renom, en sont l'illustration : la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis.

La Seine-et-Marne est considérée en tant que désert médical à 84,30 % des critères. Ce département a vu son nombre de médecins en activité diminuer de 7,8 % entre 2010 et 2022, pour une population passée de 1,3 million d'habitants en 2010 à 1,4 million en 2020 soit une augmentation de 9,2 %.

Quant à la Seine-Saint-Denis, ce département est considéré en fonction des critères actuels comme un désert médical à 92,8 %. Sa population est passée de 1,5 million d'habitants en 2012 à 1,6 million en 2023, soit une augmentation de 10,10 %.

⁶⁶ 81 804 praticiens en 2025, étude de l'Observatoire Place de la santé, 2020.

Tableau 2.- Evolution des inscriptions de médecins en Seine-Saint-Denis

		2012	2021
Généralistes	Libéraux	1085	895
	Salariés Hospitaliers	316	256
	Autres salariés	472	518
	Remplaçant(e)s	102	105
Spécialistes	Libéraux	869	820
	Hospitaliers	890	1062
	Autres salariés	264	338
	Remplaçant(e)s	34	47
Retraités ou non exerçant		734	1077
Divers (non exerçant, bénévole, statut particulier...)		65	71

L'analyse des chiffres montre une stabilité du nombre de médecins généralistes, une augmentation de celui de médecins spécialistes avec un transfert du nombre de praticiens du milieu libéral vers le milieu hospitalier. Les autres salariés représentent les médecins d'administration et les médecins étrangers hors UE en attente d'une régularisation de leurs dossiers.

Par ailleurs, même si le nombre d'inscrits est relativement stable, en revanche, il est noté dans ce département une féminisation de la profession. Le nombre de nouveaux installés en libéral était de 79 en 2019 contre 52 en 2021.

De fait, par son nombre important d'établissements hospitaliers universitaires, et de structures privées, le nombre de spécialistes est élevé dans le département.

Mais, dans le cadre de la spécialité de médecine générale⁶⁷, on note dans le 93 un nombre constant de médecins généralistes hommes alors que la proportion de médecins généralistes femmes est en progression continue et a doublé en 10 ans. Depuis 2011, le nombre d'inscriptions de médecins généralistes femmes dans le 93 a dépassé celui des hommes (en 2011, 46 % et en 2019, 61 %).

Par ailleurs, l'exercice salarié est privilégié, avec entre 2011 et 2017 une chute de 39,5 % à 13,3 % de médecins en libéral, et une hausse de 60,5 % à 86,6 % de praticiens salariés.

A noter la forte proportion de médecins originaires d'Afrique du Nord ; outre cet appoint on peut noter l'apport de médecins syriens et russes ; en revanche, il est à noter l'absence de médecin originaire d'Amérique du Nord⁶⁸. Lors des auditions du groupe de travail C&C, un médecin pédiatre américain a été auditionné. Marié à une chercheuse française, vivant en France depuis plusieurs années, il est toujours en attente d'une régularisation. Pour maintenir son diplôme américain, il doit exercer durant trois mois par an aux USA ; il part durant un trimestre chaque année et passe le reste de l'année en France, son pays d'accueil, sans la possibilité d'exercer. Son activité outre-Atlantique lui garantit des revenus pour l'année ; est-ce la prépondérance du secteur 1 (à honoraires de base de la sécurité sociale) qui freine l'arrivée de médecins américains en Seine-Saint-Denis ?

D'après la Dress, au 1^{er} janvier 2021, environ 11 % des médecins de moins de 70 ans en activité sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger, soit le double en 10 ans. 53 % possèdent un diplôme européen (43 % de Roumanie, 15 % de Belgique, 14 % d'Italie...) et donc peuvent exercer de plein droit en France après inscription au Conseil de l'Ordre ; 40 % sont de nationalité française.

⁶⁷ Décret 2004-452 du 19 mars 2004 autorisant les docteurs en médecine générale à obtenir la qualification de spécialiste.

⁶⁸ Hors Québec.

5 % des médecins actifs en France, âgés de moins de 70 ans, ont obtenu leur diplôme hors de l'espace économique européen. Ils sont plus souvent spécialistes et doivent d'abord exercer durant trois ans en exercice hospitalier avant d'obtenir la délivrance d'une autorisation d'exercer. L'idée est bonne et peut-être constructive. En revanche, la lenteur administrative est présente là-aussi avec des dates butoir pour le dépôt des candidatures et le mélange de toutes ces demandes, quel que soit le pays d'origine, ne tenant pas compte du pays d'origine de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine.

1.3.- Dynamiser les zones géographiques afin de recréer de vrais bassins de vie

Le rapprochement entre la carte des Zones urbaines sensibles⁶⁹ d'Île-de-France et la carte du zonage des médecins 2022 concernées par les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes pour l'Île-de-France, fait apparaître une corrélation quasi parfaite entre ces deux représentations du territoire.

Le zonage permet de repérer des territoires caractérisés par une offre insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins.

De fait, les difficultés liées à un éloignement géographique apparaissent clairement. Il est patent également que l'insuffisance de l'offre peut aussi être associée à une déficience d'aménagement du territoire suggérant une réflexion sur la notion de bassin de vie et l'impact de la présence ou absence d'infrastructures.

En revanche, une offre insuffisante n'implique pas une inaccessibilité géographique car dans ces situations la distance n'est pas le critère répulsif. Ce cas de figure n'étant jamais abordé, ; les membres du groupe de travail de l'Institut C&C souhaitent que cette désaffectation géographique soit corrélée avec la notion de territoires dit sensibles. Les zones des cartes ZIP+ et ZUS se confondent. L'insécurité et parfois les règles propres de ces zones constituent des freins à l'installation des praticiens. Le sujet est ici sensible.

Les Dr Clémence Arnaud et Pierre Thiron ont publié leur thèse de doctorat en médecine à l'université de Grenoble⁷⁰. La ruralité y est définie par l'absence de structure hospitalière et autres infrastructures publiques, un faible nombre d'habitants au profil agricole et vieillissants.

Avant 2012, l'Insee la définissait comme une zone de bâti non continue de moins de 2000 habitants sans prendre en compte l'aménagement du territoire. Depuis 2012, la notion de bassins de vie est adoptée, et les trois quarts de ces bassins sont ruraux sur 78 % du territoire mais ne représente que 31 % de la population.

La thèse débute par ce paradoxe : l'atlas de la démographie médicale du 1^{er} janvier 2013 montre que le nombre de médecin n'a jamais été aussi important en France mais une répartition géographique hétérogène génère de fortes inégalités d'accès dans les zones rurales.

En 2013, 69 % des jeunes médecins étaient prêts à s'installer en zone rurale mais seulement 18 % concrétisait cet élan. Déjà en 2013, l'Irdes indiquait dans un rapport la tendance des jeunes praticiens à préserver leur vie personnelle face à des contraintes professionnelles jugées trop pesantes, les futurs praticiens craignant un isolement global dans une pénurie de services publics. Il revient aux pouvoirs publics de maintenir les territoires attractifs.

⁶⁹ Cf site sig.ville.gouv.fr/atlas/ZUS.

⁷⁰ *Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation. Etude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés*, 12 novembre 2013.

2.- La Stratégie nationale de santé à la peine

2.1.- Mesures et motivation : décréter ne suffit pas

En 2022, le ministère de la Santé a précisé quatre priorités, consistant tout d'abord à renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients, à mettre en œuvre la « révolution numérique en santé » pour abolir les distances, à favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue, enfin, accompagner les acteurs de territoire pour construire les projets et innover.

Jusqu'alors, il n'était question que de compensation matérielle : locaux mis à disposition, secrétaire ou d'aide financière.

En 2017, ont été lancés les « Pactes Territoire Santé », avec pour objectifs de faire évoluer la formation et de faciliter l'installation dans les zones déficientes de jeunes médecins avec bourses et accompagnement individuel sous réserve de satisfaire les critères demandés par l'ARS. Et pourtant, quatre à cinq ans plus tard, il faut en moyenne 28 jours pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste avec de fortes disparités régionales⁷¹, la palme de la plus forte moyenne du délai d'attente revenant à la Mayenne atteignant 298 jours⁷².

Un réaménagement du cursus des études médicales favorisant les stages en milieu rural est une piste qui doit être regardée avec intérêt par les pouvoirs publics.

La mesure adoptée dans la LFSS 2024, visant à la création d'une 4^e année d'études spécialisée de médecine générale qui serait effectuée sous la supervision d'un maître de stage situé dans un bassin de vie et dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones sous dotées en médecine générale sera-t-elle suffisante ? Il est permis d'en douter tant elle soulève de nombreuses questions d'intendance pour l'étudiant en fin d'études, de logements notamment, mais aussi pour les pouvoirs publics de méthode de distribution ou d'attribution des lieux destinés à accueillir les étudiants.

Le gouvernement étudie pour l'heure comment recruter le nombre suffisant de « bons » maîtres de stage universitaires pour encadrer ces futurs 4^e année. Au nombre de 13 000 aujourd'hui, ils doivent être 16 000 d'ici deux ans. Les candidats attendent que leur soient proposées des conditions attractives mais si le recrutement s'avérait insuffisant les textes réglementaires prévoient qu'un interne non agréé MSU - ce qui « doit rester une exception » - assume cette fonction, selon le Pr Olivier Saint Lary, président du CNGE⁷³.

La rémunération de ces « juniors » demeure équivoque en dépit de l'engagement de François Braun, alors ministre de la Santé, et de son successeur Aurélien Rousseau pour un fixe net de 1 900 € et une rétrocession d'honoraires de 20 % à l'acte pouvant atteindre 4 500 €.

Les internes feront deux stages de six mois en ambulatoire et seraient rémunérés selon leur « engagement ». Ainsi les jeunes praticiens recevraient une indemnité de 400 € dès lors qu'ils accepteraient de se rendre dans des ZIP ou des ZAC. Mais, au moment où est rédigé le présent rapport, ces engagements semblent remis en question par le nouveau ministère de la Santé, influencé notamment par les recommandations de la Conférence des doyens.

⁷¹ Dress, 2018.

⁷² Etude Marianne / Guide Santé, septembre 2022.

⁷³ Quatrième année d'internat de médecine générale : comment trouver de (bons) candidats MSU, Le Quotidien du médecin, 6 mars 2024.

Que ce soit pour l'une ou l'autre des zones concernées, rurales, d'intervention prioritaire ou d'aménagement concerté, ces mesures peuvent s'entendre sur le court terme. Restera à évaluer leur pertinence sur le moyen-long terme. Les autorités et les parlementaires n'ayant pas souhaité s'engager sur une estimation du choix des futurs médecins à s'installer durablement sur le territoire désigné une fois les études terminées.

Car un autre des points faibles de ces dispositifs, et non des moindres, est la motivation des praticiens agréés maîtres de stage des universités (PAMSU) et le montant de leur rémunération. 600 € brut actuellement. La qualité de l'expérience des stagiaires sera proportionnelle à l'implication de leur maître de stage qui étant déjà sur-occupé risque fort de manquer à l'appel.

Enfin, le développement des structures pluridisciplinaires et universitaires, à l'image de celle inaugurée par le président de la République à Vendôme⁷⁴, mais aussi l'abandon souhaité par le Président Macron du paiement à l'acte (T2A tarification à l'activité) décrite comme une course aux gains financiers plutôt qu'aux résultats thérapeutiques, sont également des enjeux qui restent entiers malgré la loi de 2023⁷⁵ qui stipule que l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients qui y résident. Là, comme bien souvent ailleurs, il ne suffit pas de décréter pour voir la décision suivie d'effet.

2.2.- *Légitimité des réticences et pertinence des réponses*

En dix ans... la problématique semble n'avoir que peu évolué, les mêmes causes produisant les mêmes effets. En 2006, le gouvernement avait déjà cerné les réticences des jeunes médecins à une installation dans les zones géographiques rurales sous dotées. Des réticences qui peuvent se résumer à la lumière des deux études citées, par :

- l'absence de préparation / formation adéquate au cours des stages des étudiants en médecine et des praticiens les accueillant dans les zones rurales ;
- la crainte de l'isolement personnel mais aussi professionnel tant au niveau des confrères généralistes que spécialistes et des services d'imagerie, sans compter la préférence marquée pour l'exercice de groupe ;
- la crainte d'être submergé par l'activité et des obligations de permanences de soins accrues ;
- une déconnexion avec l'évolution des enjeux sanitaires à l'exclusivité des métropoles et grandes agglomérations ;
- les enjeux de carrière du conjoint ;
- un certain éloignement des activités socio culturelles ;
- des priorités personnelles recadrées, accentuée par la tendance accentuée à la féminisation de la profession ;
- des aides financières insuffisantes pour être déterminantes dans la décision du lieu d'installation ;
- l'isolement face au phénomène d'incivilités et d'insécurité ;

⁷⁴ M. Emmanuel Macron s'est rendu le 25 avril 2023 à Vendôme où a été créée une maison dite « de santé pluridisciplinaire et universitaire », la citant ainsi en exemple de ruche médicale consacrée à la formation et à l'exercice médical.

⁷⁵ Loi n°1175 du 28 décembre 2023.

Sous réserve de lever ces réticences, une politique sanitaire déterminée aboutirait à :

- augmenter pour le long terme le nombre de praticiens dans les zones sous dotées ;
- raccourcir les délais de prise en charge et, ainsi, diminuer la perte de chance sanitaire d'un territoire et de ses habitants ;
- maintenir / améliorer la qualité des soins prodigués ;
- contrôler / standard minimum de compétence les diplômés étrangers CEE et hors CEE ;
- anticiper une prise en charge publique / privée en adéquation avec des honoraires respectant le tact et mesure.

32

2.2.1.- Sur le cadre de vie et d'exercice des professionnels de santé

A court terme, les actions à mettre en œuvre pourraient être les suivantes :

- agir sur les droits et devoirs citoyens et les règles de civisme, en responsabilisant les patients par de l'information, de l'éducation et approche contractuelle, notamment en luttant contre les incivilités et autres violences par des campagne de prévention mais aussi par un renforcement des sanctions judiciaires. A ce titre, le député Philippe Pradal a porté et fait adopté une proposition de loi, le 14 mars 2024, visant à renforcer la sécurité des soignants en incitant notamment victimes et employeurs à déposer plainte. L'augmentation, envers les libéraux, des agressions et actes de violences a progressé de 21 % en 2023 selon le Conseil de l'ordre des médecins et dans les établissements ce sont 30 000 professionnels qui sont agressés chaque année. La tolérance zéro devrait être la règle.
- engager un vaste plan de prévention pour tous, par l'apprentissage des gestes de premier secours. Le taux de survie après un arrêt cardiaque pourrait être bien meilleur si ces gestes étaient mieux connus du plus grand nombre. La mort subite par arrêt cardiaque concerne un nombre stable de 40 000 personnes par an en France et 250 000 à l'échelle européenne⁷⁶. Le taux de survie sans intervention est de 10 %. Ce taux est passé de 5 % à 6 % en 2011, et de 7 % à 8 % en 2021 sur Paris et la petite couronne. Les gestes qui sauvent ou un défibrillateur permettent de passer de 10 % à 35 % et jusqu'à 70 % de chance de survie dans des conditions favorables. À la suite d'un accident cardiovasculaire, chaque minute diminue de 10 % les chances de survie de la victime.

Mais la prévention est encore trop faible seulement 23 070 personnes ont été initiées aux gestes qui sauvent en 2022 par la Croix Rouge. En plus des gestes qui sauvent, les signes avant-coureurs à reconnaître sont tout aussi importants et permettent d'anticiper un futur accident cardiovasculaire. En mars 2018, une initiative SauvLife réunissant 731 760 volontaires a permis de sauver 657 personnes. L'utilisation d'un Epipen, (seringue contenant un stimulant l'adrénaline), indispensable pour les allergies aiguës (choc anaphylactique) est une autre piste.

⁷⁶ Cf. notamment, *The Lancet commission to reduce the global burden of SCD : a call for multidisciplinary action*, E Marijon, 26 août 2023.

2.2.3.- Sur les aspects matériels et logistiques

1/ Le Ségur de la Santé

Les conclusions énoncées par la loi Ségur du 26 avril 2021 visent à poursuivre la modernisation du système de santé, améliorer le quotidien des soignants et la prise en charge des patients, notamment via la plate-forme « Mon parcours Handicap », et par un investissement de 1,9 milliard d'euros et une somme de 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des Ehpad.

Du point de vue des ressources humaines, la loi prévoit le recrutement de 15 000 personnes pour l'hôpital public, et un nombre accru de soignants dans les filières paramédicales. L'objectif est de redonner toute sa place aux services hospitaliers, et mettre fin à l'intérim médical en accord avec la loi RIST⁷⁷.

Lors de son allocution du 16 janvier 2024, le président de la République a annoncé l'intention lors du prochain PLFSS 2025, d'une accélération de la sortie du système de paiement à l'acte, dit T2A, ainsi que le développement de la télémédecine. La finalité de la loi serait de donner aux territoires les principaux leviers de l'investissement en santé et de combattre les inégalités de santé en se reposant sur deux leviers :

- la création de Conseils territoriaux de santé, organismes consultatifs, comprenant 34 à 50 membres répartis en cinq collèges composés de professionnels de santé, usagers et représentants des collectivités locales ;
- la création de Projets territoriaux de santé décrivant les modalités d'amélioration de l'accès, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé. Il permet de décliner et préciser le Projet régional de santé (PRS) dans un territoire défini, pour une période de cinq ans.

2/ Le recours aux pharmaciens

Outre les cabinets de consultation au sein des officines, même en région parisienne, est mis en œuvre le projet Orientation dans le système de soins (OSyS), lancé par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Bretagne en collaboration avec 72 officines, afin d'éviter les passages inappropriés aux urgences. Il repose sur le conseil pharmaceutique en première intention pour treize syndromes (appelés situations de triage adoptées par les services des armées) : rhinite, douleur ORL, douleur lombaire, troubles du transit, troubles uro-génitaux, céphalées, douleurs mictionnelle, conjonctivite, plaies, brûlures, dyspepsie...

Après deux années d'expérimentation, un avis favorable du Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), a étendu le dispositif à l'ensemble de la région Bretagne, à l'Occitanie, au Centre-Val-de-Loire et la Corse, avec l'aide et le consentement des médecins.

Le pharmacien d'officine formé grâce à des cheminements décisionnels préétablis, va orienter le patient dans l'une des trois directions suivantes :

- prise en charge à l'officine et délivrance d'un traitement ;
- orientation vers une consultation médicale ;
- orientation vers un service d'urgence.

⁷⁷ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Le bilan escompté est l'évolution de la profession, et des nouvelles possibilités de coopération dans l'équipe soignante, la récupération de temps pour le médecin, des nouvelles, un accès meilleur et plus rapide pour le patient et le renforcement des structures d'exercice en soins primaires pour l'ambulatoire, les établissements de santé. Cette nouvelle voie permet de confier aux pharmaciens une mission supplémentaire et de décharger le médecin sur le terrain. La coopération a déjà commencé entre les deux avec le programme de vaccination.

3/ Le recours aux assistants médicaux

Il est proposé des emplois d'assistants médicaux pour épauler le médecin généraliste ou spécialiste dans son quotidien en réalisant des actes médicaux simples et en soulageant le praticien des charges administratives relatives à la patientèle ou au cabinet. Ouvert aux titulaires de diplôme d'Etat d'infirmier, d'auxiliaire de puériculture, ou d'aide-soignant, aux titulaires d'un diplôme de niveau 4 relevant ou non du secteur de la santé, le postulant doit préparer une formation d'adaptation à l'emploi ou obtenir un Certificat de qualification professionnelle (CQP) en échange de l'engagement d'une augmentation de patientèle et de la diminution des délais de rendez-vous⁷⁸. Les contrats sont acceptés en échange d'un engagement d'une augmentation de patientèle et de la diminution des délais de rendez-vous pour le praticien.

4/ Le recours aux personnels paramédicaux et aux infirmiers de première ligne

Le nombre de médecins étant insuffisant, et alors que la formation d'un infirmier ou d'un personnel paramédical nécessite moins d'années d'études et de formation, pourquoi ne pas augmenter les responsabilités de ceux-ci qui viendront alléger les tâches du médecin, tout en lui laissant son rôle de pivot, de responsable et de directeur dans la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique ?

C'est le principe de la pratique avancée. Un infirmier diplômé devra suivre un Master de deux ans, soit en formation initiale complémentaire de celle d'infirmier, soit en formation professionnelle continue soit par Validation des acquis de l'expérience (VAE). Cette montée en compétences permet la création d'un nouveau métier entre le médecin et l'infirmier pour le suivi des patients, avec l'accord de ceux-ci et du médecin traitant, dans un protocole d'organisation. Les tâches définies sont le suivi régulier des patients pour les pathologies reconnues chez ceux-ci, la prescription d'examens complémentaires, le renouvellement et l'adaptation éventuelle des prescriptions médicales et la prévention. La loi Valletoux prévoit la création du poste d'infirmier référent⁷⁹. C'est pour l'Institut Chiffres & Citoyenneté une évolution favorable pour les infirmiers en augmentant leur éventail de gestes professionnels qui va permettre, ainsi, d'apporter une aide aux médecins sur le terrain.

Il s'agit d'une mesure souhaitée par les syndicats d'infirmier. Le bilan escompté est l'évolution de la profession d'infirmier, et des nouvelles possibilités de coopération dans l'équipe soignante et permettra une évolution de carrière différente et certainement plus intéressante. Pour les praticiens, ce sera une diminution de tâches et la récupération de temps mais ceux-ci resteront toujours les référents. Pour le patient, un accès meilleur et plus rapide et par le temps libéré obtenu un renforcement des structures d'exercice en soins primaires pour l'ambulatoire et les établissements de santé.

L'association Asalée concrétise l'esprit de cette démarche positive depuis vingt ans. La synergie de l'équipe médecin infirmier a fait ses preuves dans les domaines de prévention concernant l'obésité, maladies cardio-vasculaires ou tabagisme. Cependant, la CNAM qui subventionne

⁷⁸ La formation des assistants médicaux, rapport IGAS, Frédérique Simon-Delavelle, Louis-Charles Viossat, juin 2023.

⁷⁹ Loi Valletoux 2023-1268 du 27 décembre 2023.

l'association à hauteur de 95 % a indiqué qu'elle pourrait couper les cordons de la bourse à moins que l'association n'accepte des conditions jugées par ailleurs inacceptables. Asalée victime de son succès se développe mais l'heure n'est plus aux subventions mais à la confiscation la CNAM ayant d'ores et déjà récupéré les 8 millions d'euros réserves d'Asalée)⁸⁰.

2.2.3.- Départs à la retraite et recours aux technologies

Comme indiqué supra, en janvier 2023, le CNOM comptait 67 605 praticiens dans la tranche d'âge 60-75 ans⁸¹. Sur les praticiens retraités : 20 159 sont en cumul emploi retraite et 16 452 ont une activité intermittente. Par ailleurs, une récente étude révèle que 46 % des médecins libéraux en exercice ont plus de 60 ans et parmi ces médecins 59 % sont des actifs non retraités et 41 % sont en cumul emploi retraite⁸². En outre, 67 % des actifs non retraités anticipent un cumul emploi retraite sous plusieurs conditions :

- ne pas être obligé de participer à la PDS ;
- être dispensé des nouvelles obligations numériques ;
- ne pas devoir prendre plus de patients en charge.

Les autres mesures motivantes pour ces médecins seraient :

- une exonération des cotisations retraite ;
- ouverture des points supplémentaires ;
- une défiscalisation des honoraires en cumul emploi retraite.

De fait, la qualité de la couverture médicale des territoires dans les dix prochaines années va surtout dépendre de l'efficacité des politiques à conserver en activité le plus longtemps possible les plus de 60 ans et à rendre l'exercice médical et les territoires les plus attractifs possible pour les moins de 40 ans. Dans la problématique numérique des déserts médicaux, le renfort immédiat de cette génération de médecins serait une opportunité de transition avant l'arrivée des nouveaux diplômés.

La portion de praticiens à la retraite sans activité est de 83 534. Convaincre ce groupe de s'impliquer devrait être une priorité.

Moyens à mobiliser à court terme :

- développer les CTPS et MSP et optimiser la coordination des soins : retrouver dans un même endroit plusieurs spécialités médicales et paramédicales permettrait un meilleur échange entre les différents partenaires et la proximité des soignants est bénéfique aux patients ;
- instaurer une approche s'inspirant du domaine militaire en optimisant le triage des patients lors des appels téléphoniques et ainsi établir des priorités et des orientations séparant soins de proximité de soins nécessitant une prise en charge complexe. Il est étonnant de constater que, lors d'un appel aux pompiers ce n'est pas d'emblée un médecin qui répond, différent en cela des SAMU ;

⁸⁰ Le Quotidien du Médecin : *Asalée à bout de souffle ?* 15 mars 2024.

⁸¹ *Atlas de démographie médicale 2023*, CNOM, p. 20. Ils étaient 8 851 en 2010.

⁸² Etude URPS, urps-med-idf.org/ enquête flash après des médecins de plus de 60 ans, 30 octobre 2023.

- développer la télémédecine de façon raisonnée, dans le respect des règles établies par les différents organismes régulateurs prévus pour encadrer cette activité et éviter tout excès ;
- appliquer le recours à l'IA associée à une IPA dans des CTPS sous contrôle délocalisé d'un médecin.

Pour ce qui concerne la télémédecine, septembre 2018 marque la généralisation de la téléconsultation. Tout médecin, généraliste ou spécialiste est autorisé à la pratiquer pour toute situation qu'il jugera adaptée, c'est :

- l'ouverture à la possibilité d'obtenir des consultations à distance grâce à un cadre garantissant le respect des process et le maintien des responsabilités propres aux professionnels de santé y ayant recours ;
- une aide offerte pour l'établissement du diagnostic ;
- l'assurance pour un patient à risque d'obtenir un suivi en respectant les deux composantes : prévention et suivi thérapeutique ;
- l'orientation avec pour finalité obtenir un avis spécialisé ;
- un apport pour la préparation d'une décision thérapeutique ;
- un moyen de surveillance de l'état des patients.

Il a été précisé cinq axes : la régulation médicale, la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, et la téléassistance.

La régulation médicale va permettre une utilisation limitée et adaptée de la télémédecine. Une régulation des actes et un accès limité doivent être instaurés afin d'éviter une inflation des consultations ; il est en effet plus facile de communiquer avec un médecin ou un auxiliaire médical à un moment précis, programmé que de se retrouver en consultation avec une salle d'attente bondée.

En revanche, l'apport de l'image va permettre des diagnostics plus aisés ou orienter plus rapidement vers une prise en charge complémentaire du patient. Une contractualisation du projet de **consultation en télémédecine**, définie par l'article R.6316 du CSP, est obligatoire entre le porteur du projet et l'ARS. Un exemple de son efficacité : sur l'île de la Réunion, durant le premier confinement de la Covid-19, le nombre d'actes de téléconsultations a été multiplié par 373 ! Cette voie nouvelle s'étoffe avec l'aide de sociétés d'assurance.

Des abonnements sont maintenant proposés pour « avoir le droit de consulter ». A titre illustratif, certaines organismes de protection sociale proposent pour une dizaine d'euros par mois et par personne un « droit à consultation » garanti quel que soit les circonstances. Le recours à ce « coupe-file payant », en permettant l'accès rapide au diagnostic moyennant finance, aboutit à une médecine à deux vitesses. Il convient de souligner également que le montant de l'abonnement mensuel est versé à l'établissement de soins qu'il y ait ou non eu une consultation ou un examen complémentaire. Il conviendra de d'observer les dérives éventuelles vers une financiarisation de cette pratique.

Il est souvent question dans le débat public d'une menace pour la qualité des diagnostics et des soins du fait d'une possible « uberisation de la médecine », d'un personnel de santé qui serait à terme moins ou peu qualifié avec une augmentation des dépôts de plainte, la remise en cause de diagnostics et de traitements du fait de la virtualisation des images et de cette absence de présentiel.

La HAS vient d'énoncer ses recommandations au sujet des téléconsultations rappelant qu'en 2023⁸³, 6 % des pharmacies (20 000) se sont équipées de télécabines. La HAS recommande en particulier que ces télécabines soient situées dans un espace qui soit, entre autres exigences, « calme lumineux et isolé », afin de préserver le colloque singulier et le respect du secret médical et la sécurité des données personnelles. Les cabines en dehors d'un lieu de soins seront couplées à « la mise en place d'une zone d'attente dédiée. »

La HAS recommande la présence d'une assistance mais consciente de la pénurie actuelle, cette personne pourrait ne pas être une professionnelle de santé mais serait tenue aux mêmes exigences en particulier pour le secret médical et l'utilisation des équipements connectés.

L'utilisation de ces équipements par un personnel non qualifié, quand bien même elle se situerait dans le cadre d'une procédure médicale essentielle pour l'élaboration d'un diagnostic et de son traitement, peut légitimement être un facteur de risque qui doit être pris en compte pour la sécurité du patient ainsi qu'au regard de la responsabilité médicale des intervenants en santé.

Innovante dans les process de consultation notamment, une start-up telle que TokTokDoc, dont le fondateur fut auditionné par le groupe de travail de Chiffres & Citoyenneté, donne les résultats suivants : 700 structures privées, publiques et associatives accompagnées, un nombre de consultations de spécialités multiplié par 4,87 %. Un constat appuyé sur le suivi de 28 000 personnes.⁸⁴

L'implantation de cabines de téléconsultation chez des pharmaciens en zone défavorisée, permettra d'échanger avec un médecin généraliste ou spécialiste, ou un paramédical. Ce dispositif sera équipé de sept outils médicaux (thermomètre, tensiomètre, stéthoscope, otoscope, balance, dermatoscope, oxymètre et bientôt un spiromètre) que le patient utilisera lui-même en suivant les instructions du praticien.

Rapide et réactif, cet outil supprime les contraintes de déplacement et permet un meilleur suivi des patients. Il est prévu pour faciliter les examens et aboutir à la délivrance d'une ordonnance. Pour le pharmacien, elle apporte une augmentation de nombre de passages dans son officine et par les prescriptions une augmentation du chiffre d'affaires.

Pour le département, l'utilisation de camion-cabinet médical, rappelle celle jadis des camions pour les radiographies pulmonaires. Un cabinet médical itinérant circulant de commune en commune évite ainsi des déplacements de malade ; mais la question du secret médical dans cette hypothèse se pose, et le problème des urgences n'est pas résolu.

Du côté de la télé-expertise, l'utilisation de montres connectées, par exemple, permet à un aide-soignant ou un infirmier le recueil de données transmises ensuite à un médecin ; leur aide serait utile dans les établissements spécialisés évitant des doublons entre le médecin de la structure et le médecin traitant (maisons de retraite, Ehpad...).

Par ailleurs, dans le cadre d'une CTPS sous contrôle délocalisé d'un médecin, le développement de la télésurveillance est entré dans le droit commun du remboursement depuis le 1^{er} juillet 2023.

De nouveaux dispositifs liés aux algorithmes **d'intelligence artificielle** avec, en particulier, des Chatbot tels que GPT-4, deviennent des outils complémentaires, nécessaires, voire

⁸³ *Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin*, HAS Recommandations de bonnes pratiques (RBP), 29 février 2024.

⁸⁴ Chiffres cités lors de l'audition de M. Dan Grünsberg, 1^{er} juin 2022.

indispensables, au diagnostic en traitant des données de façon exceptionnellement rapide et fiable permettant d'optimiser leurs suivis.

Jacques Lucas, président de l'ANS, attend de cette « médecine augmentée » un potentiel d'amélioration considérable du diagnostic, mais aussi, dans une optique conversationnelle, le traitement de certains troubles via notamment les échanges entre robots « intelligents » et enfants atteints de troubles autistiques.

Les praticiens prévoient également au-delà d'une simplification des protocoles et procédures, la libération des professionnels de santé de tâches répétitives grâce à l'automatisation permettant un gain de temps utilisable pour se concentrer sur les cas d'usage plus complexes.

Parmi les exemples de l'aide apportée par cette révolution numérique, il est possible de citer :

- le Plan France Médecine Génomique 2025 regroupant les cartes ADN de volontaires et en recherche entre les données portées par les chromosomes et l'expression clinique d'un cancer ;
- les travaux de l'University of College of London sur une étude visant à prédire le risque de décès chez un patient ayant présenté un infarctus ou un AVC visant à permettre l'analyse des images données par l'IRM du cœur du patient rapprochées de celles en mémoire de l'IA, en vue de renseigner sur la gravité de l'urgence et sur le pronostic vital du patient ;
- le projet PsyCARE, mené par le GHU Paris psychiatrie et neurosciences, poursuit, quant à lui, une recherche pour un diagnostic précoce de la schizophrénie ou d'une psychose ;
- pour les opérateurs du 15, un travail se fait pour détecter un arrêt cardiaque imminent grâce à une analyse en temps réel des signes verbaux (mots-clés) ou non verbaux (ton de la voix, rythme respiratoire).

La notion de distance reste entière, donc la nécessité d'un maillage « en toile d'araignée » sur la totalité du territoire, sans oublier les habitants des îles proches du littoral ou en outre-mer.

Néanmoins, l'IA appliquée à la médecine présente à ce jour certains risques tels que la perte de compétences du médecin, qui serait dépassé par la machine ou qui se reposerait essentiellement sur ses fonctionnalités, avec pour conséquence un risque de déshumanisation de la médecine.

Par ailleurs, il convient de préserver le recueil du consentement du patient pour ce qui peut paraître avant-gardiste, intrusif, en oubliant l'aspect constructif de l'IA.

La responsabilité du médecin en cas d'erreur est également réinterrogée. Est-ce la machine ou l'homme qui a pris la main sur le dossier ?

Enfin, le respect du secret médical n'est pas le moindre des enjeux du recours à l'IA, par le risque de diffusion des images ou celui du non-respect des identités.

Soulignons que l'IA n'a pas vocation à se substituer physiquement ou intellectuellement aux praticiens mais d'augmenter et de faciliter son analyse dans les processus de diagnostic et de stratégies thérapeutiques, telles que les opérations assistées, les suivis de patients, les prothèses « intelligentes ». Les praticiens ne bénéficiant pas de cette assistance seront potentiellement désavantagés.

Les structures encadrant l'utilisation de l'IA dans ses applications médicales sont maintenant parfaitement codifiées ; il est nécessaire de poursuivre une surveillance des utilisations et des protocoles actuels afin d'éviter toute dérive. Il faut souligner que le recours aux innovations technologiques et organisationnelles n'a pas vocation à remplacer la médecine présente.

Ainsi, l'IA porte-t-elle, certes, de nombreuses perspectives de simplification de l'exercice des métiers de santé, de réduction des erreurs et de leviers pour performer les politiques de prévention. Cependant l'IA s'appuie sur des données captées en masse, et des données qui doivent être de qualité. Or, travailler la qualité des données demande du financement et de la continuité. Les travaux de la Commission européenne visant à créer un espace sécurisé des données de santé et où, surtout, les données sont partagées en toute confiance, sont d'une importance capitale⁸⁵.



⁸⁵ Cf notamment : [Espace européen des données de santé - Commission européenne \(europa.eu\)](https://european-council.europa.eu/media/e300042f-323d-4761-9917-3f3210705000/attachment_data/data/13222/13222_en.pdf)

20 mesures pour irriguer les déserts médicaux

L'essentiel des réflexions s'articulent autour des moyens à mettre en œuvre pour satisfaire une demande croissante. Certes les nouvelles technologies, les bus médicaux, les CTPS et autres incitations permettent encore d'étirer la couverture médicale. Si de nombreuses solutions, à court, moyen et long terme, sont déjà sur la table, elles ne produiront leurs effets que dans une dizaine d'année au plus tôt. Il convient de trouver des solutions immédiates.

■ DESERTS MEDICAUX ET OASIS DE SANTE : DU CÔTÉ DES PRATICIENS

Mesure 1.- Généraliser la majoration de rémunération des médecins mobilisés dans le cadre de la régulation médicale sur les plages horaires élargies

Objectif : harmoniser sur l'ensemble du territoire la valorisation par les conseils départementaux de la mobilisation des médecins engagés dans la régulation médicale

Constat : les chiffres 2022 constatent une augmentation du nombre de médecins participant à la régulation médicale (+4,1 % entre 2020 et 2022), avec 88 % de médecins libéraux sur l'élargissement des plages horaires. La rémunération sur ces créneaux horaires est revalorisée (180 € pour douze heures contre 150 € auparavant et système de visio-régulation dans quinze départements. Cette approche doit être généralisée à l'ensemble des départements.

Mesure 2.- Valoriser le choix de praticiens à différer leur départ à la retraite par le développement du cumul emploi-retraite

Objectif : contribuer à contenir la baisse démographique des praticiens durant la période transitoire de prise d'effet de la suppression des quotas d'étudiants en médecine, en incitant les praticiens en âge de partir à la retraite de sursoir à leur départ et inciter ceux qui veulent en profiter de cumuler emploi et retraite associé à des aides exceptionnelles.

Des mesures financières fortes, tels que primes ou exonération de cotisations ou d'impôts, seraient en mesure de mobiliser une partie des praticiens sur une période de huit à dix ans. Actuellement seulement 6 % d'entre eux cumulent emploi et retraite⁸⁶.

Constat : le nombre de praticiens partant à la retraite est actuellement très important, témoin de l'époque avant *numerus clausus*. Le nombre de médecins généralistes a chuté de 11 % entre 2010 et 2022⁷⁰. Leurs départs et leurs non-remplacements expliquent grandement la chute constatée du nombre de praticiens.

⁸⁶ Cf. Démographie médicale 2022, p. 40.

Mesure 3.- Suppression du surcroît de 10 % d'activité pour permettre aux praticiens qui le souhaitent d'avoir recours à des assistants médicaux

Objectif : il convient de renforcer l'accompagnement des praticiens dans l'exercice du métier au quotidien en favorisant le recours aux assistants médicaux pour certaines tâches répétitives et sans impact en termes de responsabilité médicale. De fait, la possibilité pour un praticien de recourir à un assistant médical sous réserve d'un surcroît d'activité de 10 % doit être supprimée.

Constat : le manque d'attractivité pour les métiers de santé a, entre autres conséquences, un impact sur la charge de travail des praticiens. Les praticiens sont à 41 % favorables à développer les recours aux assistants médicaux pour certains actes.

41

Mesure 4.- Autoriser les praticiens hors UE à exercer dans des zones sous-dotées en offres de soins

Objectif : favoriser les formalités pour permettre aux praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne (PADHUE), d'exercer en France sous réserve d'une réussite à l'examen d'évaluation des compétences (EVC), et sous réserve d'un engagement pluriannuel, d'une évaluation théorique et d'existence de clinique standardisée, à exercer dans des zones sous-dotées.

Constat : standardiser les diplômés hors UE et UE et leurs formations théoriques et pratiques en créant un examen national. Cela permettra de filtrer les fraudes aux diplômés et autres formations non standardisées (absence de formation pratique en dentaire dans certaines facultés européennes) comme cela est le cas notamment en Belgique.

Mesure 5.- Ouvrir un parcours d'acquisition de compétences en soins de première intention, accessible à un panel élargi de professionnels de santé

Objectif : accélérer la réponse sanitaire en soins de première intention en élargissant le panel de professions médicales en capacité d'agir par un renforcement de l'effort de formation professionnelle en acquisition de compétences adaptées. Mais aussi permettre aux praticiens en exercice de se reconverter à d'autres formations spécialisées avec plus de fluidité.

Entre autres professionnels de santé pouvant bénéficier de cette ouverture doivent figurer notamment, sur la base du volontariat, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les infirmiers diplômés d'Etat comme le permet la loi Valletoux de décembre 2023. Ce parcours d'acquisition et/ou de reconnaissance de compétences pourrait faire l'objet d'une négociation collective au sein des branches professionnelles concernées. Celles-ci sont à même de déterminer les passerelles entre métiers et compétences pour favoriser l'évolution professionnelle des personnels de santé. Un bilan régulier de l'efficacité de ces mesures permettra de libérer d'autres tâches confiées à ce jour aux praticiens.

Depuis 2023, les praticiens souhaitant se reconverter ont accès à une formation spécialisée transversales mais de nombreux verrous subsistent tant au niveau du Conseil de l'Ordre que du ministère, (conditions astreignantes et décrets tardifs).

Constat : la trop grande latence observée pour le démarrage des soins, liée à un manque de personnel soignant, peut être réduite par un redéploiement de charges entre les différents niveaux de soignants et un décloisonnement entre les cursus médicaux et para médicaux.

Mesure 6- Informer les jeunes professionnels de santé sur leurs droits et les aides disponibles

Objectif : le praticien en santé doit être reconnu, apprécié et valorisé, et désormais également moralement.

Constats :

- sur les aspects financiers : il existe déjà des aides mais elles sont mal connues en particulier des jeunes praticiens. En ajouter d'autres est une possibilité mais il faut les cadrer dans le temps pour éviter les effets d'aubaine ;
- sur les aspects humains : à l'heure où les téléconsultation remplacent la personne par une image et une voix et, ou l'IA menace de substituer la compétence et l'expérience, le patient est bien loin de la relation privilégiée avec le professionnel de santé, et du dialogue de confiance et d'intimité requis dans la plupart des situations de santé. Le médecin, l'humain, doit être retrouvé pour que l'un puisse toujours confier son intimité et que le praticien puisse toujours exercer sereinement son savoir.

Mesure 7.- Renseigner par une étude nationale l'accidentologie des personnels de santé, notamment sur les troubles musculo-squelettiques

Objectif : connaître les données épidémiologiques concernant la prévalence de ces pathologies afin d'établir des réponses adaptées.

Constat : 20 % des infirmiers, 30 % des aides-soignants partent à la retraite en invalidité, en outre, 63 % des professionnels estiment que leur état de santé n'est pas « satisfaisant »⁸⁷. 71 % estiment le niveau de stress lié à leur activité supérieur à 6 sur une échelle de 10, et 77 % disent ne pas « suffisamment dormir », alors que 53 % indiquent une note globale sur leur qualité de vie inférieure à 7/10.

Mesure 8.- Introduire dans la pratique quotidienne l'Intelligence artificielle (IA), pour l'aide aux diagnostics et aux traitements

Objectif : aide diagnostique et thérapeutique du fait de sa mémoire énorme réduisant les temps diagnostic et aidant au traitement pour des pathologies difficiles.

Dans le cadre particulier des IPA, le dispositif d'Intelligence artificielle, sous la supervision d'un médecin, doit être rendu possible au-delà des seules quatre pathologies suivantes : prévention et polyopathologies courantes en soins primaires, oncologie et onco-hématologie, insuffisance rénale dialyse et transplantation, et psychiatrie et santé mentale.

Constat : l'apparition de l'IA va révolutionner par son aspect iconographique la radiologie particulièrement et toutes les spécialités médicales, du fait de la rapidité de ses réponses après avoir fait un bilan et éliminé les diagnostics différentiels.

Plus généralement, l'IA est un outil qui ne doit pas se substituer à la décision humaine. Elle peut l'éclairer, elle peut suggérer, mais ne doit ni imposer ni décider. Cela présuppose que la population concernée puisse l'utiliser simplement. Il est possible d'imaginer un usage en santé sous forme de monitoring, dont les données seraient

⁸⁷ Information dentaire, n°24, 14 juin 2023, p. 13.

transmises à une IA qui, par exemple, signalerait au médecin traitant un risque de décompensation ou d'aggravation.

■ DESERTS MEDICAUX ET OASIS DE SANTE : DU CÔTÉ DES ETUDIANTS

43

Mesure 9.- Permettre aux étudiants recalés en fin de première année sur les exercices 2020-2023 de s'inscrire à nouveau aux examens

Objectifs : meilleure répartition de l'effort demandé aux étudiants en première année sur l'ensemble des autres années et plus grande facilité d'accès aux professions de santé.

Constats : jugé illégale, le Conseil d'Etat⁸⁸, remet en cause l'organisation des épreuves orales au concours d'entrée en 2^e année de médecine qui devrait voir leurs contenus révisés d'ici mai 2024. De fait, trois générations d'étudiants ont été recalés arbitrairement du fait d'une absence de concertation et de standardisation. Ce double accès PASS et LAS sensé favoriser la diversification des profils des candidats n'a contribué qu'à décourager la grande majorité des étudiants recalés.

Mesure 10.- Simplifier le concours d'entrée aux études en médecine et aux métiers de la santé

Objectifs : augmenter le nombre de professionnels de santé. Supprimer l'examen oral source non objective des connaissances médicales des candidats. Rendre plus attractives les études et la profession tant au niveau des cursus de formation universitaire, qu'en termes de qualité d'exercice (baisse du stress, bassins de vie), diminution des contraintes administratives, augmentation des revenus.

Constat : trop de bacheliers souhaitant suivre des études médicales sont contraints de s'inscrire dans des cursus en Europe, en dehors de la France. Cette situation favorise la délocalisation des talents potentiels dont une partie significative choisit de s'installer professionnellement sur leur lieu de formation.

Mesure 11.- Investir dans les lieux d'accueil et d'études des étudiants en médecine, particulièrement en termes de logements étudiants et de lieux de travail

Objectif : renforcer la qualité de l'environnement d'accueil et d'accompagnement des étudiants en médecine (immobilier et encadrement) pour leur assurer un meilleur confort de vie adapté à dans leur travail d'études. Augmenter le *numérus apertus* proportionnellement à l'accroissement des structures d'accueil et du nombre d'enseignants.

Constats : 15 % des étudiants reçus en deuxième année changent de voie durant leurs études et 30 % avouent avoir eu des problèmes financiers durant leurs études et ont envisagé l'abandon de celles-ci. Trop d'étudiants sont découragés par la complexité du système de sélection actuelle.

Mesure 12.- Accréditer des structures privées à former des étudiants

Objectif : dans les structures privées, l'apport d'étudiants qui seront formés et diplômés dans le même cursus universitaire que les autres étudiants, permettra

⁸⁸ Conseil d'Etat, 4^{ème}-1^{er} chambres réunies du 29 décembre 2023 N°469479.

l'augmentation du nombre d'étudiants et donc de la permanence des soins. La mise en place rapide de cette mesure soulagera les services médicaux et chirurgicaux.

Constats : le nombre d'étudiants sur une perspective de cinq ans, décidé par les ARS et les chefs de service hospitaliers a montré qu'il existait un manque criant de médecins.

Face à ce type de constat, des mesures ont été mises en œuvre dans de nombreux pays européens tel Chypre, Malte, l'Espagne et le Portugal. L'Angleterre et la Suisse proposent des cursus privés mais ces pays étant hors UE, de posera en fin de cursus la reconnaissance du diplôme.

Mesure 13.- Augmenter le *numerus apertus* sans discrimination positive mais aussi le nombre d'infrastructures publiques (locaux et nouvelles technologies) et les moyens humains (enseignants qualifiés)

Objectif : revenir rapidement en augmentant d'au moins 20 % le nombre de médecins diplômés satisfaisant avec une solution pérenne en modifiant le concours de première année dans ses modalités, son nombre de reçus.

Constat : le *numerus apertus* est décidé entre les ARS et les facultés de médecine. la non-réalisation d'une politique de santé depuis plusieurs années interpelle sur le rôle de ARS et sur le poids des professeurs agrégés inamovibles. La formation d'un médecin prenant environ dix ans, il est urgent de modifier de façon importante le nombre de carabins.

Mesure 14.- Lancer une campagne nationale sur les compétences et les valeurs des professions médicales

Objectif : doubler le nombre d'étudiants en professions de santé d'ici dix ans. Modifier le concours de première année. Favoriser l'attractivité des métiers de santé. Endiguer le phénomène d'abandons des étudiants médicaux⁸⁹ alors qu'entre 5 % et 10 % de ceux-ci abandonnent entre la deuxième année et la fin des études. Revaloriser l'image des professions médicales et, plus particulièrement, du médecin. Stimuler les vocations par l'information, notamment via une approche des études médicales dès le lycée. L'agglomération Causse-Vallée de la Dordogne (CauValDor) a été la première agglomération qui eut l'idée de s'adresser directement aux étudiants en fin d'études et de leur offrir des aides en contrepartie d'une installation. L'Institut Chiffres & Citoyenneté a auditionné l'une des instigatrices de ce grand projet. Au lycée Foch de Tarbes, un cursus a été créé de préparation aux études médicales... Dès le primaire instaurer les cours et instiller les gestes de base de prévention. Faire revenir en France les étudiants ayant fait leur cursus dans l'UE hors France.

Cette campagne pourrait comporter un volet de sensibilisation aux situations de défaillance cardiaque notamment pour l'acquisition des gestes qui sauvent auprès des élèves dès les classes du primaire.

Constat : les stages de troisième en entreprise en milieu médical ne sont pas accessibles du fait du secret des professions dans cette branche ; se rajoutent les risques infectieux inhérents à toute structure de santé. Par ailleurs, les informations de bases sont connues trop tardivement par les citoyens ; aucune information de ce type n'est encore délivrée lors de la scolarité.

⁸⁹ *What'sup doc ?* Sophie Cousin, Le Quotidien du médecin, 15 novembre 2023.

■ DESERTS MEDICAUX ET OASIS DE SANTE : DU CÔTÉ DES TERRITOIRES

Mesure 15.- Inscrire le recours à la téléconsultation assistée par une personne qualifiée dans une politique nationale sanitaire et territoriale d'accès à la santé principalement dans les zones sous-dotées

Objectif : lors de grande distance entre le domicile d'un patient et la structure de soins la plus proche, ou en cas d'urgence ou de pronostic vital, la téléconsultation, particulièrement dans les zones sous-dotées, permettrait un diagnostic plus rapide, et la mise en place de moyens humains et matériels au service du patient dans le cadre d'une médecine de qualité.

Constats : le recours à la téléconsultation n'est mis en place actuellement seulement que dans 6 % des départements. Les limites actuelles sont la non-couverture de 76 % des territoires non-équipés, la présence de zones blanches à 5 % et la difficulté pour 60 % des départements de l'absence de système de transport pour un patient vers un site permettant d'améliorer son état.

Pour des questions de qualité de diagnostic et de garanties de suivi, il convient, en revanche, de bannir la présence de cabines de téléconsultation en dehors des structures médicales, tels par exemple, les gares et les centres commerciaux. En revanche, les associer à des pharmacies ou des IPA (infirmiers en pratiques avancées) est une solution judicieuse.

Mesure 16.- Prioriser et pérenniser les moyens financiers propres à assurer la permanence d'accès par les patients aux soins ambulatoires territorialisés

Objectif : répondre aux ruptures d'accès aux soins sur certains territoires en assurant un financement dédié suffisant. Cette exigence doit apparaître dans les objectifs de politique sanitaire et territoriale.

Constat : des moyens sont mis en œuvre actuellement, notamment consacrés aux Permanences départementales des soins ambulatoires (PDSA), mais sont trop souvent des mesures sujettes à des aléas financiers. Ainsi, au niveau national durant l'été 2023, les urgences ne sont qu'imparfaitement assurées et des services d'urgence ont été fermés. Ainsi, 163 établissements ont fermé au moins une fois du fait de manque de personnel : du Val-de-Marne à l'hôpital de Gassin, proche de Saint-Tropez en passant par Manosque et les Sables d'Olonne...

Par ailleurs, et à titre illustratif, dans la Manche, le système des Unités mobile de télémédecine (UTM), mis en place lors de la crise de la Covid-19 a été stoppé faute de moyens financiers disponibles.

Mesure 17.- Lancer un plan national de revitalisation médicale des territoires sous l'égide interministérielle du ministère de la Santé, du ministère du Travail, et du ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires

Objectif : il convient de créer des lieux d'enseignement théorique, sans pour autant négliger le nécessaire investissement dans des infrastructures et des moyens humains (enseignants qualifiés).

La définition et la mise en œuvre des différents volets du Plan national sera inscrite dans la « feuille de route interministérielle » des Préfets qui en assureront le suivi sur les

territoires en coordination avec les autres acteurs de la cohésion territoriale que sont les collectivités.

L'installation de professionnels de santé sera favorisée par le rattrapage des territoires subissant une baisse démographique médicale d'équipements et infrastructures pour les rapprocher du standard des métropoles, notamment en termes de dynamique économique, d'accès aux logements, de scolarité et de moyens de déplacements et de transports.

A ce titre, l'expérience du Réseau des aménageurs, issu du Conseil économique, social et environnemental (CESE), pourrait être utile pour développer une coopération entreprises-administrations-santé ; cette symbiose favoriserait le renforcement du tissu médical autour des structures économiques et industrielles telle, par exemple, une nouvelle zone industrielle construite de concert avec les cabinets de santé.

Constats : les zones sous-dotées étant considérées comme peu attirantes, l'Etat en renforçant ses structures dans ces régions attirera les professionnels de santé ; les hôpitaux sont souvent un bassin d'emploi au niveau local mais il faut une densité de population suffisante pour équilibrer leurs structures.

Depuis peu, sont apparus des mécanismes d'encadrement des futurs étudiants : au cours des années de lycée, par une aide pécuniaire.

A Dreux, des bourses sont offertes aux étudiants de 4^e année. Cette aide, unique en France, est de 500 € par mois avec un engagement sur cinq ans ou 800 € par mois avec un engagement de huit ans. Le maire, Pierre-Frédéric Billet, explique que, en cinq ou huit ans, les médecins auront le temps de construire leurs vies et resteront. Il se dit las des médecins « étoiles filantes ».

Mesure 18.- Expérimenter la simplification des conditions de création des maisons de santé et d'exercice collectif des praticiens sur les territoires volontaires

Objectif : renforcer par un meilleur échange et une meilleure collaboration tous les artisans de la santé au niveau local. Depuis un point de départ de diagnostic territorial de carence en offre de soins, la création d'une équipe pluriprofessionnelle pourra bénéficier d'aides à l'installation et au fonctionnement dans le cadre d'une maison de santé. Des Contrats locaux de santé (CLS) peuvent aussi être proposés comme dans deux intercommunalités de l'agglomération de Strasbourg, permettant de débloquer des moyens sur trois ans.

A titre d'exemple, construire les lieux de formations dans des zones sous dotées à l'instar de l'annonce de la création de huit facultés satellites en chirurgie dentaire. En 2022, les facultés de Dijon, Besançon, Tours auront été accréditées jusqu'en 2023 - 24 et Caen et Rouen jusqu'en 2027 - 28. Amiens Poitiers et Grenoble ensuite.

Constat : ces projets locaux mis au point confirment l'importance de l'échelon local ou régional dans la problématique des déserts médicaux. Il faut redonner aux maires un pouvoir décisionnel dans les conseils d'administration des hôpitaux et leur proposer de s'investir dans les structures de santé privées. L'engagement du gouvernement à passer de 2 300 maisons de santé à 4 000 à la fin du quinquennat, se heurte à la pénurie de médecins pour les animer. Cette mesure ne peut aboutir sans être accompagnée de celles proposées par l'Institut C&C concernant la démographie des professionnels de santé.

Mesure 19.- Renforcer les expérimentations de relais hebdomadaires de généralistes en centres médicaux « solidaires » (cf. expérimentation en Creuse)

Objectif : répondre aux besoins de présence de professionnels de santé en zones sous-dotées, en ayant recours à une chaîne de médecins volontaires pour intervenir en dehors de leur zone habituelle d'exercice, pour relayer temporairement un confrère.

Constat : imaginé par le médecin généraliste, Martial Jardel, suite à une série de remplacements en 2021 sur plusieurs lieux du territoire, notamment en zone rurale, l'expérimentation de relai hebdomadaire de praticiens dans une zone sous-dotée en professionnels de santé semble porter des résultats positifs. Il convient de renforcer ce type d'expérimentation, tout en prenant mieux en compte les procédures de suivi des patients.

47

■ DESERTS MEDICAUX ET OASIS DE SANTE : DU CÔTÉ DU CITOYEN

Mesure 20.- Responsabiliser le citoyen

Mesure 20.1.- Mentionner systématiquement le principe de responsabilité individuelle sur les documents transmis au patient (carte vitale, ordonnance, relevé de la sécurité sociale, etc.)

Objectif : responsabiliser le citoyen pour devenir acteur de la préservation de sa santé.

Constat : la connaissance du citoyen des impacts de ses besoins en matière de prise en charge et d'accompagnement, mais aussi de certaines habitudes de vie est insuffisamment prise en compte dans les informations qui lui sont délivrées, en amont d'éventuelles situations pathologiques, ainsi que lors des traitements dont il est l'objet.

Le ministre du Budget, Bruno Le Maire, prône lui-même « la responsabilisation » des assurés afin de sortir du « mirage de la gratuité universelle », lors d'une interview du *Journal du Dimanche*⁹⁰, suite à la publication du rapport de la Cour des comptes sur le déficit budgétaire, estimant qu'il faut faire 50 milliards d'euros d'économie entre 2025 et 2027, « le système est devenu incontrôlable et la gratuité pour tous tout le temps : c'est intenable car il a y toujours quelqu'un qui paie la gratuité. »

Mesure 20.2.- Editer et diffuser largement les critères primordiaux de recours aux services des urgences (déterminer et indiquer des exemples de situations les plus courantes ne nécessitant pas un recours aux urgences⁹¹)

Objectifs : sensibiliser le citoyen à l'utilisation rationnelle des solutions de santé, désengorger les services d'urgence, notamment en créant une rubrique sur le bon usage des services d'urgence sur le site Ameli, et en indiquer l'existence sur la carte Vitale.

Constat : depuis des décennies la santé est considérée comme un droit acquis. L'ignorance par l'immense majorité des patients des coûts réels des traitements et prises en charge conduit à une consommation sans frein des produits de santé, alimentée par une méconnaissance de l'échelle des degrés d'urgence et générant des usages et

⁹⁰ 17 mars 2024.

⁹¹ Les travaux de détermination des critères et des exemples de situations pourraient être confiés à la Haute autorité de santé.

habitudes individuelles délétères. Il s'ensuit une inflation du nombre de visites supposées urgentes et une frustration envers un système qui ne parvient plus à satisfaire une demande croissante.

Mesure 20.3.- Systématiser l'information du coût réel de l'intervention médicale sur la facturation délivrée au patient, distinguant la part supportée par l'assurance maladie de celle des organismes complémentaires

Objectif : donner l'information nécessaire au patient lui permettant de disposer d'une vision juste, au-delà de son éventuelle contribution via une mutuelle, du recours à la solidarité nationale au service de sa santé.

Constat : il n'existe pas d'information pour le patient sur la réalité des coûts de sa prise en charge.

Mesure 20.4.- Instaurer les prescriptions à la « Quantité suffisante pour » (QSP)

Objectif : cesser les prescriptions surnuméraire de traitements au regard des besoins réel du patient.

Constat : alors que s'installe en France une situation de pénurie d'un nombre de plus en plus important de médicaments, pourtant essentiels, mais aussi que les objectifs fixés par l'ONDAM peinent à produire leurs effets en termes budgétaires, il apparaît que les pratiques de prescriptions par boîte ne sont plus adaptées et confinent à un gaspillage des ressources.

Remerciements



Les membres du groupe de travail « déserts médicaux »
de l'Institut Chiffres & Citoyenneté remercient
les professionnels de santé, experts, et citoyens
ayant été auditionnés dans le cadre
de la rédaction du présent rapport de propositions.



Annexe

Note d'intention du groupe de travail C&C

50

La santé est le premier sujet de préoccupation des Français. Plus de huit d'entre eux sur dix la place en tête de leur préoccupation⁹². L'émergence à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e d'acteurs sectoriels de protection sociale et sanitaire, puis la création de la sécurité sociale au sortir de la Seconde guerre mondiale ont structuré les initiatives privées et publiques en faveur d'une approche universaliste de l'accès à la meilleure protection sanitaire des citoyens. L'ambition est telle, que le principe de protection de la santé pour tous sera inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946⁹³.

Les années 70 du siècle dernier, notamment grâce à la loi de décembre 1970 réformant le système d'hospitalisation⁹⁴, furent celles d'un développement, jusqu'alors inédit en France de dispositifs de santé publique, d'aménagements hospitaliers et cliniques, et de développement du nombre de praticiens, généralistes et spécialistes, médecins de ville exerçant en régime libéral, en établissements privés et publics et, plus généralement encore, en personnels de santé sur l'ensemble de la chaîne sanitaire. Dans un même temps apparaissent les premières initiatives ayant pour objectif de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de protection sociale.⁹⁵

Cet investissement de la nation au profit de la santé des Français porta ses fruits. La France fit, pendant plusieurs décennies, figure de modèle en matière de politique publique sanitaire. La fondation IFRAP dans un rapport du 3 janvier 2023 classe le système de santé de la France au 22^{ème} rang sur les 167 pays du globe. Le Quotidien du Médecin du 04/11/2015 classait la France 15^{ème} alors qu'elle occupait le 1^{er} rang en l'an 2000.

Pour autant, plusieurs crises ont entaché les certitudes et la confiance des Français dans leur système de santé. Affaire du sang contaminé, scepticisme quant à l'obligation de vaccination face à l'épidémie de SRAS, attermoiements, difficulté d'approvisionnement en matériels et vaccins lors de la crise de la covid-19, sont venus souligner la crainte de plus en plus confirmée d'un recul territorial de l'accès au soin.

Les Français constatent une augmentation des difficultés à l'accès aux soins. Embolisation des services d'urgence, allongement des délais de consultation, éloignement géographique croissant au regard de l'installation de praticiens et des services de santé, etc. L'ensemble de ces constats génère un mécontentement croissant des patients et, plus largement, des citoyens inquiets face à cette dégradation que les initiatives prises par les pouvoirs publics ne parviennent jusqu'alors pas à enrayer. Les différentes mises en œuvre tels que les différents plans de santé publique, créations d'instances de gouvernance de la santé, nationales et territorialisées, n'obtiennent à ce jour que peu d'éléments probants quant à leur pertinence.

⁹² « La santé demeure en tête des préoccupations de 81 % des Français », Enquête *L'état d'esprit des Français : les thèmes prioritaires pour les mois qui viennent*, Ifop / Fiducial / Sur Radio, 12 mai 2023.

⁹³ Préambule du 26 octobre 1946, al. 11 : « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

⁹⁴ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 définissant un système hospitalier en prenant en compte les deux secteurs d'hospitalisation, public et privé.

⁹⁵ Voir notamment, D. Tabuteau, *Santé et politique en France*, Recherche en soins infirmiers, 2012/2, n° 109.

Le groupe de travail de l'Institut Chiffres & Citoyenneté s'attachera, notamment par des auditions de praticiens et de citoyens, à établir les raisons de la dégradation du maillage sanitaire sur les territoires, afin de porter au débat public ses constats et propositions.

Nous suivre sur Internet et les réseaux sociaux

52



www.chiffres-citoyennete.fr



[www.linkedin.com/company/institut-chiffres-&-citoyenneté](https://www.linkedin.com/company/institut-chiffres-&-citoyennete)



[Institut C C](https://www.x.com/institut_c_c)

