

## COMMUNIQUÉ\*

### RECOMMANDATIONS de l'Académie nationale de médecine relatives aux zones médicalement sous-denses, dites « déserts médicaux », en France

**Ce document est la synthèse des propositions du  
Rapport du Groupe de travail de l'Académie  
(Rapporteurs : Pr Patrice Queneau et Pr Rissane Ourabah)**

24 octobre 2022

L'Académie propose les recommandations suivantes, afin de promouvoir et faciliter l'exercice médical dans les zones médicalement sous-denses :

#### A- COMMENT FAIRE FACE A L'URGENCE ?

**Mettre en place d'urgence un Service citoyen médical d'1 an pour tout médecin nouvellement diplômé**, en raison de l'extrême gravité de la pénurie en médecins. Ce Service citoyen sera maintenu tant que la situation de pénurie l'exigera. Il serait organisé dans le territoire par l'ARS en coordination avec la faculté de médecine.

Cela se fera dans le cadre d'un salariat et en utilisant les infrastructures mises à disposition par les territoires.

#### B- AUTRES MESURES

##### *I – Redonner du temps médical*

##### **1- Mesures professionnelles :**

**Optimiser les délégations de tâches** à d'autres professionnels de santé, parmi lesquels les infirmiers, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les maïeuticiens, les pharmaciens, d'autres soignants et à l'avenir de probables nouveaux métiers de santé. Une formation pluri-professionnelle s'impose.

Ces délégations de tâches doivent s'inscrire dans des parcours de soins coordonnés par le médecin, en respectant le champ de compétence de chacun.

\*Communiqué validé par les membres du Conseil d'administration le 24 octobre 2022.

## **2- Mesures administratives :**

### **2.1 Décharger les médecins du temps administratif et leur rendre du « temps soignant » :**

- en simplifiant les réglementations des barèmes de cotation des actes et des modalités de remboursement des tiers-payants (patients bénéficiant de la Complémentaire santé solidarité ou de l'Aide médicale de l'État),
- en recrutant davantage d'assistants médicaux, de secrétaires et de personnels informatiques, grâce à des aides financières pérennes.

**2.2 Faciliter les installations précoces :** en mettant en place un guichet unique des divers organismes administratifs et de tutelle et une cartographie précise des besoins territoriaux.

**2.3 Lever les obstacles administratifs pour les cumuls emploi-retraite** et permettre aux cotisations de générer des droits supplémentaires.

**2.4 Permettre les exercices multi-sites et les consultations délocalisées, ainsi que le bon usage de la télémédecine**

**2.5 Renforcer la sécurité des médecins dans les zones sensibles** (matériels de surveillance, connections directes avec les commissariats).

**2.6 Réévaluer les visites à domicile**, en tenant compte des surcoûts, et faciliter le stationnement.

## **II – Promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones sous-denses**

### **1- Conforter le maillage des territoires en maisons et centres de santé :**

- faciliter le regroupement des médecins et la constitution d'équipes de soin sous des formes plus diverses et plus souples : centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), avec intégration dans des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- valoriser les projets émanant des soignants eux-mêmes, plus adaptés aux besoins locaux.
- permettre l'organisation d'une nécessaire permanence des soins.

**2- Favoriser l'exercice multisite** comme indiqué ci-dessus.

**3- Encourager et faciliter la primo-installation en zones sous-denses**, par des incitations financières, notamment primes d'installation majorées et sécurisées dans le temps...

**4- Dans les zones sous-denses, majorer les honoraires de tous les médecins de 20%** ; cette majoration sera maintenue 2 ou 3 ans après la fin du classement en zone sous-dense. Le surcoût pour l'Assurance maladie doit se concevoir hors l'enveloppe globale budgétaire des actes médicaux.

### **5- Renforcer les liens et la coordination avec l'hôpital :**

- mieux impliquer les hôpitaux de proximité : « tout médecin doit pouvoir avoir sa blouse à l'hôpital »,
- encourager les praticiens hospitaliers des CHU à délocaliser certaines consultations au sein d'hôpitaux non universitaires,
- encourager les CHU à animer des réseaux d'hôpitaux, eux-mêmes en contact avec la médecine libérale.

**6- Maintenir dans tout salariat les conditions d'exercice privilégiant les soins aux malades et l'indépendance des médecins** face aux priorités de rentabilité de certains groupes financiers.

### **III – Agir d'urgence sur le « numerus apertus » et la formation**

**1 - Augmenter immédiatement et de manière conséquente le « numerus apertus »,** en l'adaptant aux besoins réels des territoires grâce à une cartographie précise et actualisée, comportant le nombre des médecins exerçant à temps partiel, le nombre des médecins exerçant une profession non soignante et le nombre des médecins n'exerçant pas ou que très peu. Une conséquence est qu'il faut en moyenne plus de deux médecins pour remplacer un médecin partant à la retraite.

**2- Développer dès le 2è cycle des stages obligatoires en zones sous-denses, en :**

- augmentant le nombre de stages ambulatoires dans toutes les spécialités, comme le nombre des maîtres de stage universitaires (MSU)

- créant des **tuteurs** pour aider et encadrer tous les étudiants, en dotant ces tuteurs d'un réel statut universitaire, comme les MSU, leur permettant d'être rémunérés et non indemnisés.

**3- Diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants** et les motiver grâce à une politique d'information et d'accompagnement **dès le lycée** (expériences françaises et étrangères positives).

**4- Si la création d'une 4è année du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale est actée, la professionnaliser grâce à des stages ambulatoires :**

- organisés par les départements universitaires de médecine générale des facultés de médecine, et encadrés par des MSU et des tuteurs
- ne comportant aucune obligation territoriale,
- en développant une formation au management du cabinet médical, à la gestion et à la fiscalité,
- cette année ne pouvant pas être une solution pour pallier les déficits dans les zones sous-dotées.

**5- Améliorer les contrats d'engagement de service public (CESP) par :**

- une meilleure information concernant leurs modalités d'attribution
- l'accompagnement de chaque étudiant par un « référent » motivé, l'encadrant tout au long de ses études et l'aidant à affiner son projet professionnel.

### **IV – Décentraliser les processus décisionnels en matière de soins**

- organiser cette décentralisation de façon concertée entre les médecins des territoires, les élus locaux, les représentants des patients et les ARS,
- adapter au niveau institutionnel l'échelon préférentiel de décision.

## **V – Sensibiliser la population au bon usage de la médecine**

Toutes ces mesures destinées à améliorer le soin et *in fine* la santé des patients confortent leur demande de participation aux décisions médicales dans le cadre d'une meilleure démocratie sanitaire. Cela implique :

- d'informer la population du service rendu par le système de santé français, avec ses exigences scientifiques, sa complexité, ses limites, son coût, mais aussi la qualité de ses soignants qui exercent des professions difficiles à haut niveau de responsabilité,
- d'éduquer les patients à un bon usage des parcours de soins, incluant le respect des rendez-vous auprès des médecins et des autres soignants,
- de renforcer l'éducation thérapeutique des patients pour les responsabiliser vis-à-vis de leur santé, notamment au cours des maladies chroniques.