



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes^{☆,☆☆}

Low medical density areas, so called 'medical desertification', in France. Overview of the situation and concrete proposals

Patrice Queneau*, Rissane Ourabah (rapporteurs),
au nom du groupe de travail¹

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 8 juin 2023

MOTS CLÉS

Déserts médicaux ;
Numerus clausus ;
Numerus apertus ;
Service médical
citoyen ;
Difficultés d'accès
aux soins ;
Installation des
jeunes médecins ;
Guichet unique ;
Besoins en médecins
au niveau des

Résumé L'extrême gravité de la pénurie en médecins en France et la complexité du problème posé ont conduit l'Académie nationale de médecine à établir un état des lieux précis et à exprimer les recommandations suivantes : (i) proposer d'urgence : l'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle et excluant toute forme de régulation ou de coercition, notamment concernant l'installation. Ce service médical citoyen permettrait de renforcer la médicalisation des zones sous-denses et d'éclairer le choix de carrière des jeunes médecins par une expérience de terrain ; toutes mesures favorisant le cumul emploi-retraite des médecins récemment retraités tout en permettant à leurs cotisations de générer des droits supplémentaires ; favoriser l'exercice multisite qui a déjà fait ses preuves dans notre pays lorsqu'il fut confronté à un déficit de soignants après la seconde guerre mondiale, et qui devrait retrouver une place privilégiée dans la lutte contre les déserts médicaux (par exemple un groupe de 5 médecins exerçant ensemble pourrait assurer une journée de consultations par semaine dans un cabinet décentralisé, avec des aides de la collectivité locale qui l'accueille) ; une sensibilisation de la population au bon usage de la médecine, incluant

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie, dans sa séance du mardi 18 avril 2023 a adopté le texte de ce rapport par 61 voix pour, 6 voix contre et 12 abstentions.

^{☆☆} Deux annexes sont disponibles dans la version électronique de la revue et sur le site internet de l'Académie nationale de médecine : Annexe 1 – Bibliographie ; Annexe 2 – Liste des personnalités auditionnées.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pat-queneau@orange.fr (P. Queneau).

¹ Membres du groupe de travail : Mesdames Monique Adolphe (†), Jeanne Brugère-Picoux, Marie-Thérèse Hermange, Claude Larangot-Rouffet et Messieurs Daniel Bontoux, Claude de Bourguignon, Jacques Caton, Bernard Charpentier, Olivier Claris, José Clavero, Daniel Couturier, Claude Desnuelle, Bruno Dubois, Jean Duboussat, Bernard Gay, Christian Gérard, Régis Gonthier, Olivier Jardé, Philippe Jaury, Yves Juillet, Jean-Roger Le Gall, Jean-Louis Montastruc, Alain Privat, François Richard, Christian Roques, Francis Wattel.

micro-territoires ;
Exercice multisite
des médecins ;
Cumul
emploi-retraite ;
Partage des soins ;
Parcours de soins

le respect des rendez-vous pris auprès des médecins et autres soignants, et la reconnaissance du service rendu par le système de santé français eu égard à sa complexité, son coût et ses difficultés d'exercice ; (ii) mettre en place au plus vite les autres mesures suivantes : redonner au médecin du temps médical : en optimisant les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé (infirmiers, maïeuticiens, pharmaciens...) dans le cadre de parcours de soins coordonnés par le médecin, en respectant le champ de compétence de chacun ; en allégeant la charge administrative en simplifiant les réglementations et en recrutant des assistants médicaux, des secrétaires et des personnels informatiques ; promouvoir et faciliter l'exercice et les installations précoces dans les zones sous-denses (guichet unique, incitation au cumul emploi-retraite, exercices multisites, consultations délocalisées, bon usage de la télémedecine) ; renforcer la sécurité des médecins dans les zones sensibles ; réactiver les visites à domicile, en les valorisant financièrement et en les facilitant techniquement ; densifier localement les interactions avec l'hôpital ; augmenter immédiatement et significativement le « numerus apertus », en l'adaptant aux besoins des territoires, évalués avec les élus locaux, les médecins (libéraux, hospitaliers, universitaires) et les autres professionnels de santé, ainsi que les représentants des patients ; diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants par des incitations et des accompagnements dès le lycée ; développer les stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle, en augmentant le nombre de stages et de maîtres de stage, et en créant des tuteurs ; éviter toute coercition concernant l'installation en médecine libérale, de même que lors des stages dans la quatrième année du DES de médecine générale.

© 2023 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Low medical density areas;
Numerus clausus;
Numerus apertus;
Medical community service without any obligation;
Health care access difficulties;
Settlement of young doctors (one-stop shot);
Medical micro-territories requirement;
Medical multi-site practice;
Combined employment and retirement;
Shared health care;
Health care pathway

Summary The severe shortage of physicians in France and its complexity have prompted the National Academy of Medicine to conduct a thorough assessment of the situation and to make the following recommendations: (i) urgent proposals: implement a one-year medical service for newly graduated physicians, as part of a contractual commitment based on ethical principles, and without constraints or regulations regarding their installation. This citizen medical service would strengthen medical services in under-resourced areas and provide practical experience for young physicians; encourage retired physicians to continue working while allowing their contributions to generate additional benefits; to combat medical deserts, encourage and give priority to multi-site practice, which has already proven successful in our country during the post-war health care shortage. For instance, a group of five doctors practicing together could provide one day of consultations per week in a decentralized practice, with support from the local community hosting the practice; raise public awareness of the proper use of medicine, respect for appointments and recognition of the service provided by the French healthcare system, given its complexity, cost and difficulties of implementation; (ii) implement the following measures as soon as possible: optimize the delegation of tasks to other health professionals (nurses, midwives, pharmacists) to free up medical time and ensure coordinated care within the scope of the physician's competence; simplify regulations, reduce administrative burdens, and recruit medical assistants, secretaries, and computer specialists; encourage early practice and installation in under-supplied areas by offering one-stop shops, incentives for combined employment and retirement, multi-site practice, off-site consultations, and effective use of telemedicine; strengthen physician security in sensitive areas; make home visits financially rewarding and technically easier; improve local interactions with hospitals; increase the number of available medical places by adapting them to the needs of the territories, based on an evaluation by local elected officials, physicians (private, hospital, university), health professionals and patient representatives; diversify the territorial and social origins of students through incentives and support measures starting in high school; develop internships in under-resourced areas starting in the second cycle by increasing the number of internships and internship supervisors and by creating tutors; avoid any coercion to enter private practice, both during the fourth year of the DES in general medicine and during the one-year medical service.

© 2023 l'Académie nationale de médecine. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Phénomène mondial, la pénurie en médecins concerne en France tous les secteurs d'activité, l'hôpital public comme la médecine libérale, notamment la médecine de premier

recours. Les médecins généralistes comme les autres spécialistes de toutes les disciplines, mais aussi les autres professionnels de santé ne parviennent plus à répondre à la demande de soins. En effet, alors même que cette dernière explose depuis un demi-siècle, les effectifs des médecins sur

Les chiffres accablants de la désertification médicale

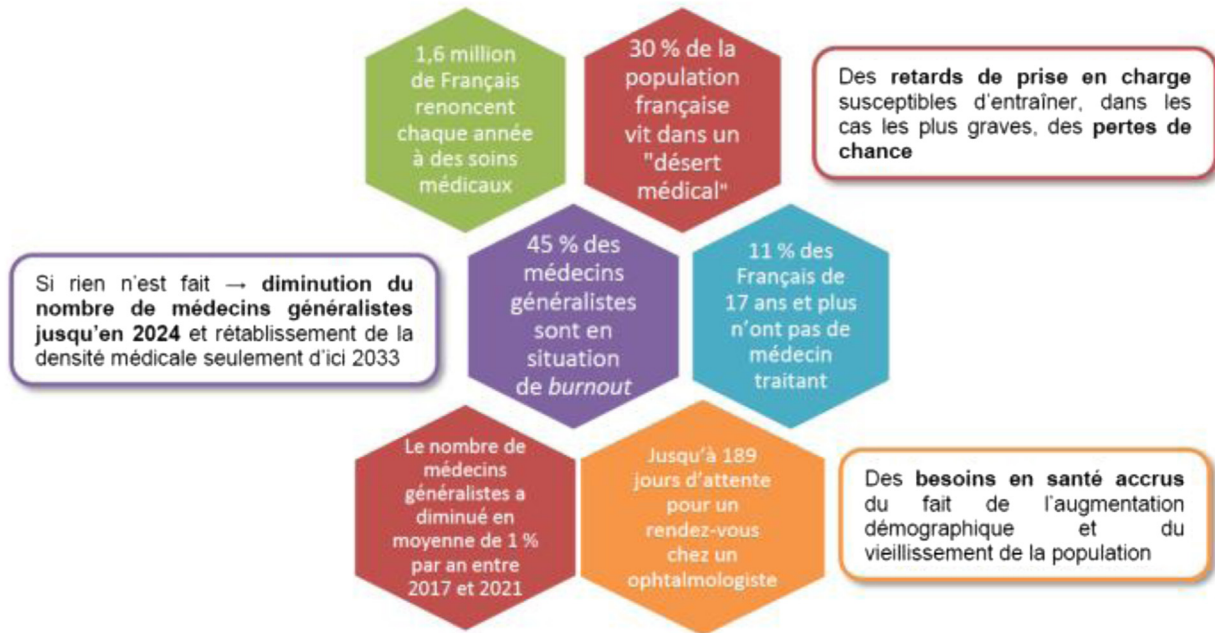


Figure 1 Extrait du rapport d'information du Sénat n° 589, du 29 mars 2022, page 5, rapporteur M. Bruno Rojouan, sénateur, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ».

le terrain diminuant, notamment en raison de l'abaissement dramatique du *numerus clausus* par les pouvoirs publics pendant un quart de siècle.

Aujourd'hui, les déserts médicaux s'aggravent et s'étendent à de très nombreux territoires non seulement ruraux, mais également péri-urbains et urbains. L'Académie s'est fixée pour objectif de rédiger des recommandations, diverses et complémentaires, devant s'appliquer sur le plan national et se décliner au plus près des réalités locales des territoires.

Méthodologie

Par l'intermédiaire d'un groupe de travail, l'Académie a procédé, entre mars et septembre 2022, à 16 auditions de personnalités diversement impliquées dans le système de santé français.

À l'issue de ces auditions, doublées de nombreux entretiens, de consultations de données, de prises de position et de travaux bibliographiques, le groupe de travail a rédigé ce rapport académique, qui rassemble de nombreuses recommandations concrètes, dont plusieurs sont immédiatement applicables, regroupées, à partir d'un état des lieux précis, autour de six objectifs prioritaires :

- Comment faire face à l'urgence ?
- redonner aux médecins du temps médical ;
- promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones sous-denses ;
- concernant les universités, agir immédiatement sur le *numerus apertus* et la formation ;

- décentraliser les processus décisionnels en matière de soins ;
- sensibiliser la population au bon usage de la médecine.

Première partie – état des lieux

Analyse de la demande et de l'offre de soins

La France manque cruellement de médecins. Certes, leur nombre a considérablement augmenté en un demi-siècle, puisqu'ils étaient 62 400 en 1970 contre 317 544 inscrits à l'Ordre des médecins aujourd'hui. Cette évolution, apparemment très favorable, ne doit pas abuser car de très profonds changements sont intervenus au cours de ce demi-siècle tant du côté de la demande que de celui de l'offre.

Un récent rapport du Sénat (29 mars 2022) [1], indique que (Fig. 1) :

- « 1,6 millions de Français renoncent chaque année à des soins médicaux ;
- 30 % de la population française vit dans un désert médical ;
- 11 % des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant (un point de plus qu'en 2020) ;
- 45 % des médecins généralistes seraient en situation de *burnout* ».

La perspective d'une décennie noire est une réalité. Si aucune mesure efficace n'est prise immédiatement, le pire est à venir.

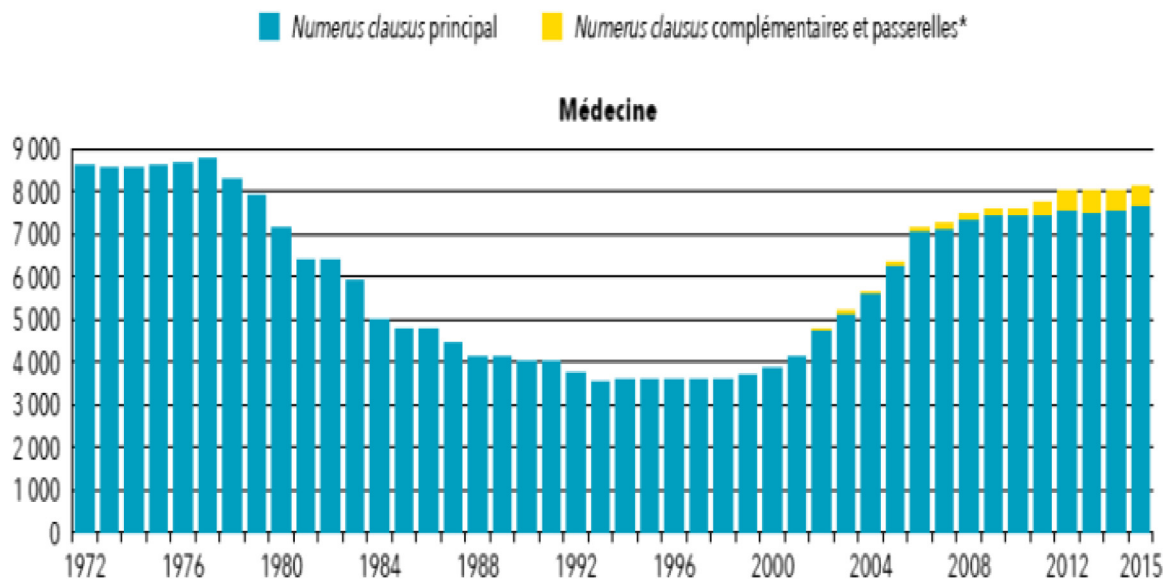


Figure 2 Évolution du numerus clausus national depuis son instauration en 1972 jusqu'à 2015.

Une explosion de la demande de soins en cinquante ans

Les causes en sont multiples, notamment :

- l'augmentation de la population française : 68 millions de Français en 2022 contre 52 millions en 1970 ;
- le vieillissement exceptionnel de la population française, facteur d'augmentation considérable de la demande de soins (maladies chroniques, polyopathologies...). La France métropolitaine comptait 13,8 % de population âgée de 60 ans et plus en 1920, 18 % en 1970, 26 % aujourd'hui. Cette croissance est encore plus marquée pour les personnes âgées de 75 ans et plus : 2,8 % en 1920, 4,7 % en 1970, 12,4 % en 2021 (OCDE) ;
- l'explosion de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : 4,6 % du PIB en 1970 et 9,1 % en 2020 (209 milliards d'euros), plaçant ces soins médicaux au rang d'activité économique majeure de notre pays : ceci en raison des mutations scientifiques et technologiques, ne serait-ce que le recours à des nouveaux traitements, aux coûts souvent plus élevés ;
- l'augmentation de la demande psychosociale, appelant une disponibilité et une écoute médicales dans un environnement déshumanisé (vie stressante, solitude, manque de personnes à qui parler) ;
- l'augmentation des demandes des patients, lesquels posent davantage de questions (sur leurs résultats d'examen, les comptes-rendus d'imagerie...) et exigent des réponses rapides.

Une diminution de l'offre devenue très insuffisante

Les causes sont elles aussi multiples, notamment :

- **en premier lieu, la dramatique chute du numerus clausus national**, abaissé de 9500 lors de sa création en octobre 1971 jusqu'à 3500 places en 1993 (Fig. 2) : les pénuries actuelles de médecins sont directement liées à cette chute catastrophique du numerus clausus, conséquence de l'aveuglement de certaines instances

politico-administratives nationales mais aussi de certains payeurs, selon l'adage « moins de médecins, donc moins de malades, donc moins de dépenses ». Ce profond malentendu allait durer plus de vingt ans (Fig. 2), malgré les appels pressants et désespérément récusés émanant d'esprits réalistes, notamment des doyens de faculté de médecine conscients du drame qui se nouait, cependant si prévisible et donc facilement évitable ;

- les lourdes conséquences démographiques du numerus clausus :

Aujourd'hui, 317 544 médecins sont inscrits à l'Ordre au premier janvier 2022, mais seuls 197 811 sont en activité régulière : 84 113 médecins généralistes et 113 678 médecins d'autres spécialités (CNOM) (Tableau 1).

Les généralistes sont ainsi répartis : 47 184 médecins libéraux (25 301 hommes et 21 883 femmes), 31 141 salariés (11 583 hommes et 19 860 femmes) et 5398 à exercice mixte (3025 hommes et 2373 femmes) ; au total, en moyenne 1,25 médecins généralistes pour 1000 habitants.

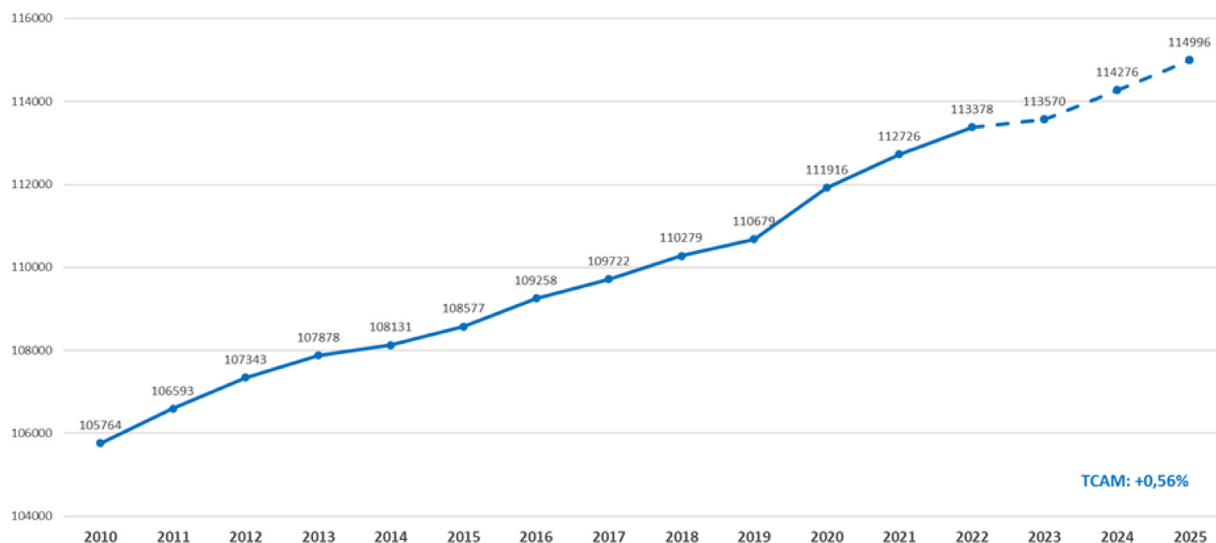
En pratique, alors que le nombre des spécialistes hors médecine générale a augmenté de 1 % en 2021 (Fig. 3), celui des médecins généralistes a diminué, lui, de 0,9 % dans le même temps. Plus encore, avec la perte de 10 128 médecins généralistes en 12 ans, le nombre des généralistes a diminué de 11 % entre 2010 et 2022, avec la perspective d'une décroissance se poursuivant au cours des trois prochaines années au moins (Fig. 4).

À noter aussi qu'aujourd'hui :

- 69 % des médecins libéraux exercent de manière regroupée, contre 61 % en 2019 et 54 % en 2010, et quatre généralistes sur 10 exercent dans une structure pluri-professionnelle – soit 60 % de ceux qui pratiquent en groupe –, alors qu'ils étaient moins de la moitié en 2019, selon une récente étude de la Drees ;
- les femmes représentent 51 % des effectifs de l'ensemble des médecins en activité régulière et 52,5 % des effectifs des médecins généralistes. Plus précisément,

Tableau 1 Médecins inscrits à l'ordre au 01/01/2022 : nombre total : 317 554.

En activité régulière	197 811	84 133 médecins généralistes	
		113 678 médecins d'autres spécialités	88 261 spécialités médicales 25 417 spécialistes chirurgicales
En activité intermittente	15 624		
Retraités ayant conservé une activité médicale	19 456 (cumul emploi-retraite en 2022)		
Retraités sans activité	79 184		
Non retraités sans activité	5 479		

**Figure 3** Évolution du nombre de spécialistes (hors médecins généralistes) depuis 2010 avec prévisions jusqu'à 2025. Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, 2022.

elles représentent 65 % des moins de 40 ans chez les médecins généralistes, 62 % chez les spécialistes médicaux et 49 % chez les spécialistes chirurgicaux (CNOM). Cela confirme la féminisation de la profession médicale.

Mais combien de médecins exercent une pleine activité auprès des malades, notamment en médecine générale de proximité, avec visites à domicile et permanence des soins, à l'exclusion de praticiens se consacrant à des pratiques très spécifiques ?

Pyramides des âges

Elles fournissent des données très inquiétantes : ainsi les médecins d'âge compris entre 55 et 64 ans – qui ont entamé leurs études avant l'instauration du numerus clausus – sont très nombreux, dans toutes les spécialités, comme en témoignent les Fig. 4 et 5. On note aussi que le plus gros effectif global (hommes et femmes) est celui de la tranche d'âges 60/64 ans et que la durée d'activité de ces médecins risque d'être relativement courte.

Plus précisément, l'on note (Fig. 5) que la tranche d'âges 60–64 ans fait état de 33 271 médecins (20 481 hommes et 12 790 femmes) alors que la tranche d'âges 30–34 ans fait état de 27 436 (10 934 hommes et 16 502 femmes).

Cette diminution de 5835 médecins en 5 années confirme la gravité de la situation présente mais aussi à venir.

Concernant les médecins généralistes (Fig. 6), on note que la tranche d'âges des 60–64 ans fait état 16 160 médecins (9744 hommes et 6416 femmes) alors que la tranche d'âges 30–34 ans fait état 10 663 médecins (3727 hommes et 6926 femmes). La différence, 5507 généralistes, conduit à s'inquiéter de la relève.

De même, il existe un manque criant de médecins spécialistes dans de nombreuses disciplines². Selon Emmanuel Vigneron (Le Monde 28 septembre 2022), la densité en nombre de spécialistes s'est ainsi effondrée entre 2012 et 2022 en France : dermatologues (–19 %), rhumatologues (–18 %), gynécologues médicaux (–17 %), ORL et chirurgiens cervico-faciaux (–12 %), ophtalmologistes (–8 %), psychiatres (–6 %), gastro-entérologues et hépatologues (–4 %). De nombreux patients doivent ainsi attendre des semaines, voire des mois pour obtenir un rendez-vous de

² Les chiffres accablants de la désertification médicale « jusqu'à 189 jours d'attente pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste » (cf. rapport du Sénat n° 589 [1]).

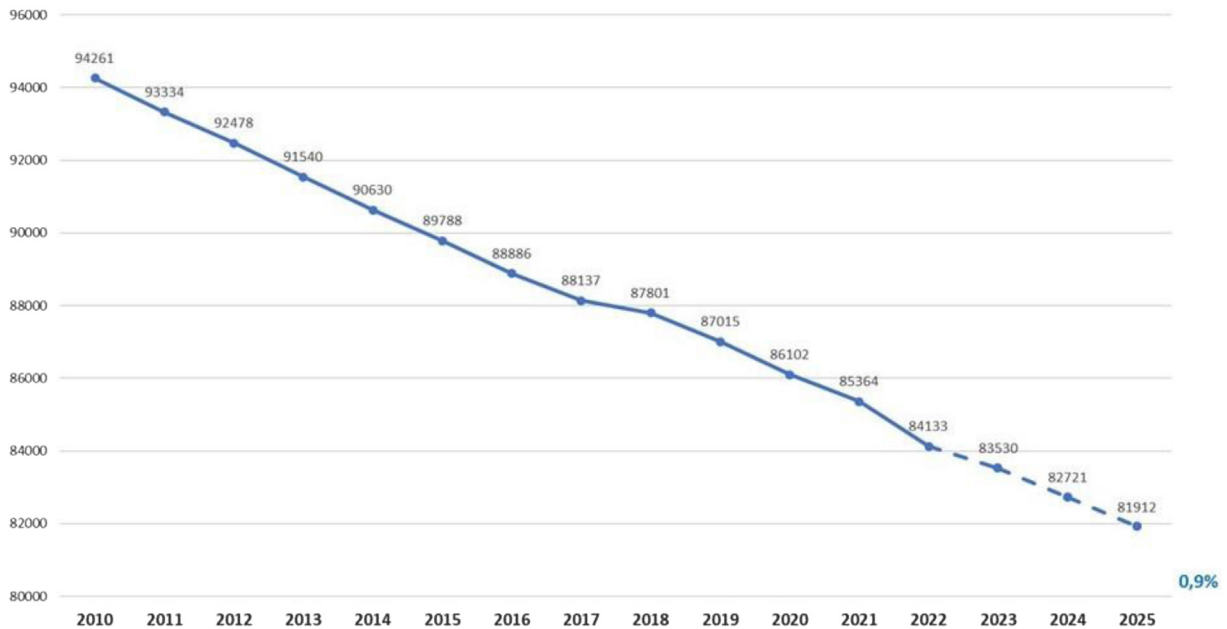


Figure 4 Évolution du nombre de médecins généralistes (hors autres spécialités) depuis 2010 avec prévisions jusqu’à 2025. Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, 2022.

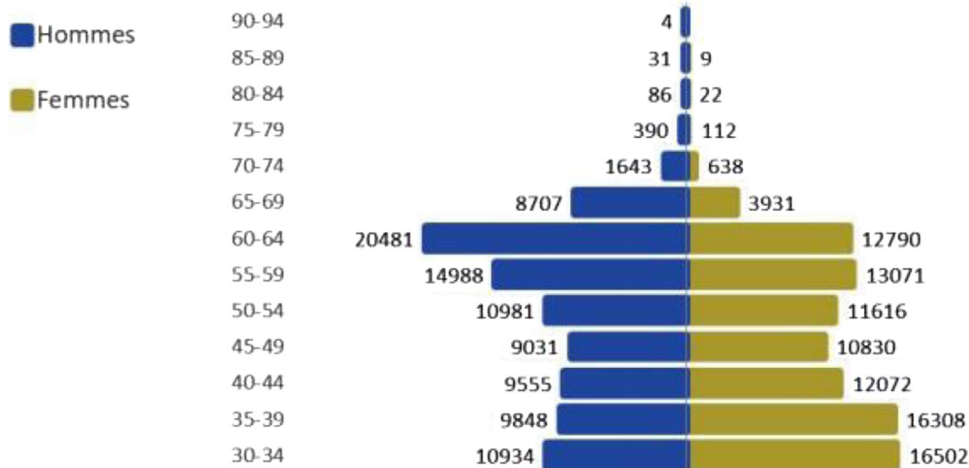


Figure 5 Pyramide des âges du nombre total de médecins en activité régulière en 2022. Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, 2022.

consultation ou une date d’intervention chirurgicale. Et ces délais peuvent être graves, voire dramatiques lorsqu’ils entraînent des retards de prise en charge en cas de maladie cardiovasculaire, de cancer et de tant d’autres maladies. Les inégalités territoriales sont, elles aussi, flagrantes et il existe des départements où n’exercent plus qu’un nombre infime de médecins et de chirurgiens spécialistes. À titre d’exemple, la densité en généralistes est deux fois et demi-supérieure dans les Hautes-Alpes que dans l’Eure et Paris compte 18,5 fois plus d’ophtalmologistes par habitant que la Creuse.

En outre, ces spécialités sont dotées de moyens techniques de plus en plus performants auxquels le médecin, soumis à l’obligation de moyens, se doit de recourir d’autant plus que les malades en sont très demandeurs : chacun veut

son scanner, son IRM..., valorisés par les médias, parfois à l’excès.

- l’évolution irréversible des pratiques médicales :
 - la fréquente diminution des temps de travail de la part des jeunes médecins par rapport à ceux de leurs aînés, tel qu’un médecin partant à la retraite est potentiellement remplacé par deux jeunes médecins. Ces diminutions du temps de travail concernent les femmes, pour des raisons légitimes, mais aussi les hommes : ne plus s’épuiser au travail avec des journées de 10 ou 12 heures et mieux équilibrer la vie professionnelle et la vie privée,
 - la diminution majeure et préoccupante des visites à domicile, insuffisamment valorisées sur le plan financier et objet de difficultés techniques (stationnement...). La

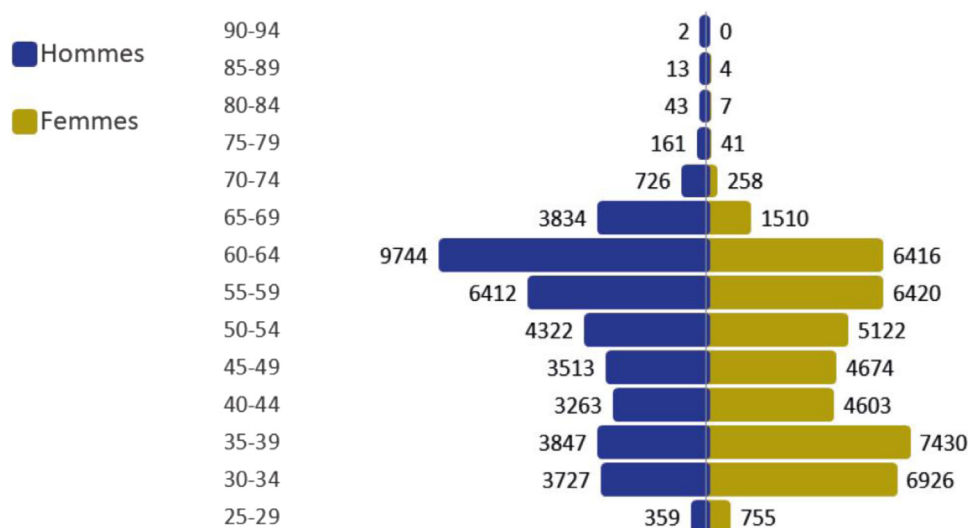


Figure 6 Pyramide des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022. Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, 2022.

France était en 2001 le pays européen qui réalisait le plus grand nombre de visites à domicile. Mais le nombre de ces visites est passé de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016. Aujourd'hui, la part de la visite à domicile représente environ 5 % du nombre total des actes effectués avec des disparités régionales redoutables (malades isolés...) [2] ;

- le nombre des médecins de plus de 55 ans qui souhaitent diminuer leur activité, voire anticiper leur départ à la retraite (cf. ci-dessus) ;
- le nombre d'étudiants abandonnant leurs études médicales (après avoir réussi le concours d'entrée) et le nombre croissant des médecins non soignants (exerçant des carrières administratives, journalistiques...) conduiraient à un déficit de l'ordre de 25 % en médecins soignants, voire davantage³ ;
- le délai important entre l'acquisition du diplôme (26–27 ans) et l'installation (en moyenne plus de 5 ans selon les syndicats d'internes) ;
- l'épuisement et la détresse des médecins :

Les conditions de vie, souvent éprouvantes, les insupportables lourdeurs administratives, le manque d'attractivité financière (imposant une revalorisation conséquente des honoraires), le manque de reconnaissance, entraînent chez de nombreux médecins une perte de sens, voire une cer-

taine désespérance. Le rapport du Sénat (29 mars 2022) situe même à 45 % « le nombre de médecins généralistes en situation de *burnout* ». Il faut rétablir l'image du médecin dans l'esprit de la population et revaloriser financièrement les médecins pour les remotiver : ce sont des données essentielles de la lutte contre les déserts médicaux comme de toute réforme, indispensable et urgente, de notre système de santé.

La conséquence de ces différents éléments est qu'il faut en moyenne plus de deux médecins qui s'installent pour remplacer un médecin qui part à la retraite. Cette constatation majeure doit être prise en compte dans l'interprétation du nombre brut de médecins sur le terrain.

Évaluer l'offre et la demande au niveau des territoires

Les données précitées, appréciées à l'échelle du pays, doivent être également évaluées au niveau des micro-territoires grâce à une cartographie détaillée et régulièrement actualisée de tous les professionnels de santé, réalisée au contact du terrain avec la participation de ces derniers et des élus locaux.

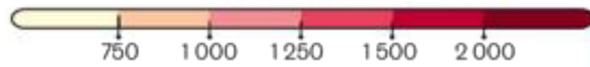
Ainsi est fait le constat qu'au cours des 50 dernières années, la répartition de la population et des activités a connu en France des changements majeurs, comme le souligne Emmanuel Vigneron (Fig. 7) :

- la métropolisation, avec le renchérissement des prix du foncier dans les plus grandes villes, qui complique les installations ;
- la littoralisation : au bouillonnement des anciennes régions industrielles succède la dynamique des façades littorales, qui attirent les médecins ;
- la périurbanisation, qui crée des quartiers neufs et « sensibles » où souvent manquent les médecins, de même que les services.

³ « Chaque année, pas moins de 25% des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre pour exercer d'autres professions, dans le journalisme ou l'administration par exemple, au détriment du soin », déclare le Dr Jean-François Rault, président de la section santé publique et démographie médicale dans son éditorial de l'Atlas du CNOM de 2015 [3]. Le Dr Jean-François Rault précise qu'ayant calculé la différence entre le nombre d'étudiants en médecine ayant validé leur première année et le nombre de médecins inscrits à l'Ordre 10 ans plus tard, il obtient le pourcentage de 25 %.

Desserte médicale en 2021

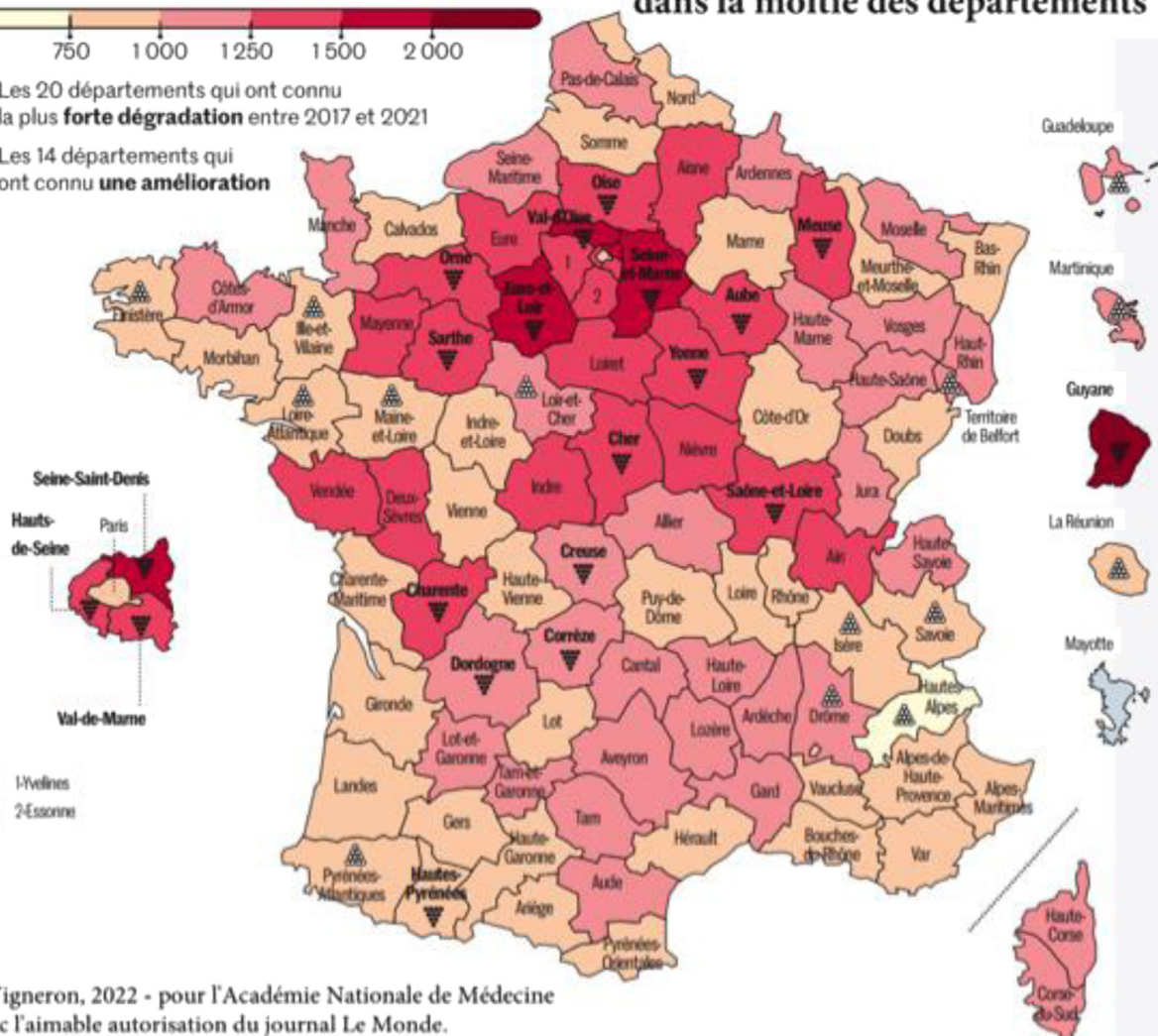
Nombre d'habitants pour un médecin généraliste



▼ Les 20 départements qui ont connu la plus **forte dégradation** entre 2017 et 2021

▲ Les 14 départements qui ont connu **une amélioration**

Une dégradation préoccupante dans la moitié des départements



E.Vignerou, 2022 - pour l'Académie Nationale de Médecine avec l'aimable autorisation du journal Le Monde.

Figure 7 Évolution de la desserte en médecins généralistes entre 2017 et 2021.

Ainsi, aux traditionnels et dramatiques déserts médicaux du rural profond, qui ne cessent de se creuser encore de nos jours, s'ajoutent désormais les déserts médicaux urbains (villes moyennes mais aussi grandes métropoles) et péri-urbains, ainsi que les DOM, induisant une inacceptable augmentation des délais d'attente et des inégalités dans l'offre et l'accès aux soins.

Précisons que les déserts ruraux sont en fait souvent des « déserts sociétaux » : la raréfaction majeure des services publics (écoles, crèches, gendarmeries, bureau de poste, commerces...) est un frein évident à l'installation d'un médecin et de sa famille. Les contraintes professionnelles du conjoint et celles de l'éducation des enfants se conjuguent pour constituer un obstacle appréciable à l'installation. Et il n'y a rien d'inconvenant à ce qu'un jeune médecin, a fortiori une jeune femme avec des enfants, ne s'installe pas dans un tel contexte. Cela impose un réel aménagement des territoires.

Au total, les déserts médicaux sont une **tragédie**, d'autant qu'ils :

- s'aggravent et s'étendent aujourd'hui à presque tous les territoires, engendrant un profond sentiment d'abandon ressenti par nos concitoyens et, chez nombre d'entre eux, un renoncement au soin ;
- concernent désormais, au-delà de la médecine générale, presque toutes les spécialités médicales, mais aussi presque toute la chaîne de soins ;
- concernent aussi les hôpitaux, qui rencontrent eux-mêmes d'énormes difficultés à recruter des praticiens dans certaines disciplines ;
- entraînent de grandes disparités régionales et une fracture entre le Sud, globalement moins touché que le nord et le centre, « l'Île-de-France étant devenue le premier désert médical de France métropolitaine » pour l'accès aux médecins généralistes, avec 96 % de sa population insuffisamment dotée en généralistes (arrêté n° DOS 2022/1167), là où ce sont 72 % de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes qui sont touchés ;
- concernent la majorité des États européens, mais aussi Nord-Américains et nombre d'autres.

Deuxième partie – recommandations

Comment faire face à l'urgence ?

Dans les zones médicalement sous-denses (dites « déserts médicaux »), la pénurie de médecins soignants en équivalent d'exercice temps plein atteint un niveau critique. Le nombre des médecins généralistes a diminué de 11 % entre 2010 et 2022. Compte-tenu de la pyramide des âges et du départ à la retraite des médecins âgés aujourd'hui de 55 à 65 ans, cette pénurie s'accroîtra plusieurs années encore avec « rétablissement de la densité médicale seulement d'ici 2033 » selon le récent rapport du Sénat. Elle est d'autant plus grave qu'elle ne touche pas seulement les régions rurales mais concerne la quasi-totalité du territoire français, y compris les zones périurbaines et même urbaines.

Pour tenter de pallier les conséquences de cette pénurie, en grande partie liée à l'abaissement excessif du nombre de médecins formés (*numerus clausus*) pendant un quart de siècle, de nombreuses mesures ont été proposées depuis des années. La dernière en date consistait à imposer aux internes de médecine générale d'effectuer une quatrième année dans les zones sous-médicalisées, mesure ayant déclenché une farouche opposition des internes concernés.

Selon un récent rapport du Sénat (29 mars 2022) [1], cette pénurie de médecins se traduit par le fait que :

- « -30 % de la population française vit dans un « désert médical » ;
- 1,6 millions de Français renoncent chaque année à des soins médicaux ;
- 11 % des Français de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant ».

Souhaitant que la liberté d'installation et le choix éclairé du parcours professionnel des jeunes médecins soient respectés, l'Académie nationale de médecine recommande :

- L'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle. Ce service médical citoyen, préparé en amont avec l'aval des doyens, permettrait de renforcer la médicalisation des zones sous-denses et d'éclairer le choix de carrière des jeunes médecins par une expérience de terrain.
 - ce service médical citoyen sera organisé :
 - dans les territoires, de manière conjointe par l'ARS, la ou les facultés de médecine, les médecins et les élus, en fonction des besoins locaux,
 - dans le cadre d'un salariat, calqué sur la grille indiciaire des praticiens hospitaliers,
 - en utilisant une infrastructure professionnelle (locaux et frais de fonctionnement, frais de déplacements...) à la charge des collectivités locales, qui offriront en outre au médecin et à sa famille une aide logistique (logement, inscription prioritaire des enfants en crèche et à l'école, éventuellement aide à l'emploi du conjoint...),
 - en visant principalement le milieu ambulatoire mais aussi les établissements de santé publics ou privés.

- La mise en place de mesures favorisant le cumul emploi-retraite des médecins récemment retraités tout en permettant à leurs cotisations de générer des droits supplémentaires.
- De favoriser l'exercice multisite qui a déjà fait ses preuves dans notre pays lorsqu'il fut confronté à un déficit de soignants après la seconde guerre mondiale, et qui devrait retrouver une place privilégiée dans la lutte contre les déserts médicaux (par exemple un groupe de 5 médecins exerçant ensemble pourrait assurer une journée de consultations par semaine dans un cabinet décentralisé, avec des aides de la collectivité locale qui l'accueille).
- La sensibilisation de la population au bon usage de la médecine, incluant le respect des rendez-vous pris auprès des médecins et autres soignants, et la reconnaissance du service rendu par le système de santé français eu égard à sa complexité, son coût et ses difficultés d'exercice.

Autres mesures

Redonner au médecin du temps médical

Mesures professionnelles

Optimiser les partages de compétence et les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé, parmi lesquels :

- Les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée (IPA) : depuis la création de leur statut en 2016, les IPA peuvent assurer de nombreuses fonctions, tant à l'hôpital qu'en médecine libérale, dans le contexte de modes d'exercices coordonnés avec les médecins et après une formation pluriprofessionnelle.

Les IPA sont autorisés à effectuer des actions de prévention, d'éducation, de dépistage, de vaccination, ainsi que de suivi dans de nombreux domaines, concernant notamment les pathologies chroniques stabilisées (maladies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, neurologiques...).

Leur rémunération devrait être adaptée à leur formation et à leur compétence.

- Les maïeuticiens : leur rôle est essentiel à l'hôpital comme en pratique libérale (réf. : rapport IGAS, juillet 2021). Leurs tâches incluent désormais la surveillance des nouveaux-nés, la prescription de la contraception et certaines pratiques de gynécologie médicale, en lien avec le médecin.
- Les pharmaciens : leur maillage national et leur rôle de conseil sont précieux pour identifier les interactions médicamenteuses et prévenir les accidents iatrogéniques, d'autant que le dossier pharmaceutique (DP) leur permet de connaître à tout instant les médicaments vendus en pharmacie.

En outre, depuis janvier 2020, les pharmaciens sont autorisés à délivrer des médicaments pour une cystite ou une angine, dans le cadre d'un exercice coordonné. Depuis mai 2021, ils ont obtenu le statut de pharmacien correspondant renforcé, leur conférant le droit de renouveler des traitements simplifiés. Ils peuvent aussi administrer les vaccins chez des adultes et des adolescents de plus de 16 ans (avril 2022) et intervenir en cas de crise sanitaire grave.

- D'autres professions de santé, parmi lesquels les masso-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes... et à l'avenir de probables nouveaux métiers de santé.

Ces délégations de tâches doivent s'inscrire dans des parcours de soins précis et coordonnés par le médecin. Le respect par chaque professionnel de son champ de compétence est la garantie première de la qualité des soins qu'il procure, en toute responsabilité. Cette organisation, au plus près des territoires et adaptée à ceux-ci, doit reposer sur les propositions des professionnels de santé et les élus locaux, et être facilitée par les tutelles.

Mesures administratives.

- Décharger les médecins du temps administratif :
 - en simplifiant les réglementations des barèmes de cotation des actes et des modalités de remboursement des tiers-payants pour les 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, cela avec des aides financières pérennes.
- Faciliter les installations précoces :
 - en mettant en place un guichet unique des divers organismes administratifs et de tutelle, avec conseils personnalisés en présentiel,
 - en les rendant plus adaptées aux besoins les plus urgents des micro-territoires grâce à des cartographies affinées et actualisées, établies avec la contribution des médecins et des élus locaux,
 - en intégrant les nouveaux médecins dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou toute autre structure collective, leur évitant d'exercer seuls,
 - en renforçant les soutiens financiers (prime à l'installation, avantages de carrière...), et techniques (équipement du cabinet, logement, sécurité...).
- Lever les obstacles administratifs pour le cumul emploi-retraite et permettre aux cotisations retraite de générer des droits supplémentaires. Comme cela est signalé ci-dessus dans le chapitre « Comment faire face à l'urgence ? ».
- Favoriser l'exercice multisite (comme déjà souligné plus haut) et le bon usage de la télémédecine par :
 - des consultations délocalisées dans des cabinets secondaires (entre autres des cabinets vacants), des infrastructures mises à disposition par les collectivités locales ou sur des sites hospitaliers ; ou selon des modalités itinérantes, notamment pour la prévention et le dépistage. Les médecins installés en agglomération sont alors détachés une journée par semaine pour consulter dans les zones rurales de leur territoire d'exercice,
 - le bon usage de la télémédecine et son juste déploiement en fonction des besoins des territoires et lorsque la situation clinique s'y prête. En sachant que la télémédecine peut, en alternant avec la consultation présente, libérer du temps pour le médecin mais aussi le patient (trajet). En tout état de cause, la télémédecine requiert

la disponibilité d'un médecin (rapport de l'Académie nationale de médecine – 2021 [4]).

- Renforcer la sécurité des médecins dans les zones sensibles (matériels de surveillance, connections directes avec les commissariats). Il est difficile d'admettre que des médecins :
 - renoncent à s'installer en zones sous-denses faute de sécurité,
 - soient contraints de prendre des risques pour se rendre au chevet des malades.
- Réévaluer les visites à domicile à un juste prix en :
 - tenant compte des surcoûts octroyés par cette mission de santé publique, essentielle, auprès des personnes dépendantes notamment,
 - en faisant bénéficier les professionnels de santé de facilités de circulation et de stationnement.

Promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones sous-denses

- Conforter le maillage des territoires en maisons et centres de santé en :
 - facilitant le regroupement des médecins et la constitution d'équipes de soin sous des formes plus diverses et plus souples, y compris pour les rémunérations des différents professionnels (cabinets de groupe, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), avec intégration dans des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces regroupements doivent avoir un statut reconnu avec des moyens supplémentaires en secrétariat, assistants médicaux, aides techniques et numériques,
 - valorisant les projets émanant des soignants eux-mêmes, plus adaptés aux besoins locaux,
 - aidant les professionnels locaux à mesurer les besoins particuliers de la population qu'ils desservent et en contribuant à y faire face par des assistances locales,
 - permettant l'organisation d'une nécessaire permanence des soins (première moitié de nuit et week-end) des professionnels (aidés par ceux des zones voisines non sous-denses).
- Favoriser l'exercice multisite comme indiqué ci-dessus.
- Encourager et faciliter la primo-installation en zones prioritaires, par des incitations financières appropriées (aides nationales et provenant des collectivités régionales). Leurs modalités sont multiples, parmi lesquelles :
 - renforcement des honoraires,
 - garanties de meilleurs revenus pendant les premières années,
 - primes d'installation majorées et sécurisées dans le temps,
 - bonification de la retraite,
 - « primes de rétention » pour les médecins seniors pour les inciter à différer leurs cessations d'activité (Danemark, Québec...).

- Au-delà des primes d'installation, conforter les honoraires de tous les médecins exerçant en zones sous-denses :
 - soit en majorant les honoraires de 20 %,
 - soit en défiscalisant 20 % des honoraires perçus.
Cette majoration ou cette défiscalisation sera maintenue 2 ou 3 ans après la fin de classement en zone sous-dense. S'il y a majoration, le surcoût pour l'Assurance maladie doit se concevoir hors l'enveloppe globale budgétaire des actes médicaux.
- Renforcer les liens et la coordination avec l'hôpital :
 - mieux impliquer les hôpitaux de proximité, les moderniser et rétablir un maillage d'établissements modernisés, attractifs, de taille adaptée dans tous les territoires (« tout médecin doit pouvoir avoir sa blouse à l'hôpital »),
 - rendre les groupements hospitaliers de territoire (GHT) plus fonctionnels, en favorisant les fusions d'établissements et la participation plus active des médecins à leur gouvernance,
 - encourager les CHU à animer des réseaux d'hôpitaux, eux-mêmes en contact avec la médecine libérale,
 - encourager les praticiens hospitaliers des CHU à délocaliser certaines consultations au sein d'hôpitaux non universitaires.
- 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.

Concernant les universités : agir d'urgence sur le numerus « apertus » et la formation

- Augmenter très rapidement et de manière très significative le numerus « apertus » en l'adaptant aux besoins réels des territoires et des spécialités médicales sous-dotées, grâce à une cartographie précise et actualisée comportant l'identification des très nombreux médecins exerçant à temps partiel ou non soignants.
- Développer, dès le deuxième cycle, des stages en zones sous-denses en :
 - augmentant le nombre de stages ambulatoires dans toutes les spécialités et en corollaire le nombre des maîtres de stage universitaires (MSU),
 - créant des tuteurs pour aider et encadrer tous les étudiants, en les dotant, comme les MSU, d'un réel statut universitaire leur permettant d'être rémunérés et non indemnisés,
 - en augmentant le nombre d'enseignants universitaires de médecine générale, cette discipline ayant le plus faible ratio enseignants/étudiants.
- Diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants grâce à une politique d'information, d'orientation et d'accompagnement dès le lycée, comme cela a été mis en place avec succès dans plusieurs régions françaises (par exemple dans les Hauts-de-France, en lien avec les rectorsats et les facultés de médecine) ainsi que dans d'autres pays (États-Unis, Canada, Norvège...). L'Australie a même

imposé aux facultés de médecine un objectif de 25 % d'étudiants d'origine rurale.

- Puisque la création d'une quatrième année du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale est actée :
 - la professionnaliser grâce à des stages ambulatoires ne comportant aucune obligation territoriale,
 - cette année ne pouvant pas être une solution pour pallier les déficits dans les zones sous-denses.
- Développer une formation au management du cabinet médical à la gestion et à la fiscalité.
- Améliorer les contrats d'engagement de service public (CESP) par :
 - une meilleure information concernant leurs modalités d'attribution,
 - un meilleur accompagnement de chaque étudiant par un « référent » motivé, l'encadrant tout au long de ses études et l'aidant à affiner son projet professionnel.

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.
- Mettre en place un guichet unique (cf. ci-dessus) destiné à apprécier les besoins territoriaux et à adapter les aides financières, l'accompagnement administratif et les informations relatives à la vie professionnelle et familiale.

Sensibiliser la population au bon usage de la médecine

Le paradoxe entre les difficultés d'accès aux soins et un certain gaspillage des ressources de santé est manifeste. Des patients ont du mal à obtenir un rendez-vous médical dans un délai raisonnable, d'autres retardent la consultation ou y renoncent pour des raisons financières, alors que d'autres pratiquent une surconsommation médicale, en particulier d'urgences hospitalières pour des pathologies qui pourraient être prises en charge en ambulatoire. Cette ambivalence entre perte de chance et surmédicalisation contribue à la problématique du recours aux soins.

La demande de participation des usagers aux décisions médicales et l'émergence d'une démocratie sanitaire incitent à associer les patients pour optimiser leur parcours de soins. Cette démarche pourrait se concrétiser par quelques propositions simples :

- informer la population sur le service rendu par le système de soins français, avec ses exigences scientifiques, sa complexité, ses limites, son coût ;
- inciter au respect des soignants qui exercent des professions difficiles à haut niveau de responsabilité ;
- organiser des campagnes d'information grand public sur l'utilisation optimale du système de soins incluant

le respect des rendez-vous auprès des médecins et des autres soignants ;

- renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention, dans une démarche de proximité, au plus près des besoins des patients ;
- renforcer l'éducation thérapeutique des patients pour les responsabiliser vis-à-vis de leur santé, notamment au cours des maladies chroniques.

Conclusion

L'égalité dans l'accès aux soins est une priorité nationale incontournable. Il est impératif de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour lutter contre le fléau des « déserts médicaux ».

Pour faire face à la pénurie en médecins, l'Académie recommande l'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle et excluant toute forme de régulation ou de coercition, notamment concernant l'installation.

Ce service médical citoyen restera en place tant que la situation de pénurie l'exigera.

L'Académie recommande nombre d'autres actions, nationales et territoriales, dont plusieurs à bénéfice immédiat et souvent sans surcoût réel.

Dans sa présente démarche, l'Académie souhaite contribuer à un dialogue constructif pour améliorer sans délai la santé de la population.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Supplément en ligne. Matériels complémentaires

Les matériels complémentaires (Annexes 1 et 2) accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.06.003>.

Références

- [1] Rojouan B, au nom de la commission du Sénat sur l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Rapport d'information du Sénat n° 589 (2021–2022), déposé le 29 mars 2022. [En ligne] Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf> (consulté le 11/05/2023).
- [2] Grau R. La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition. [En ligne] Disponible sur : www.maccsf.fr (consulté le 11/05/2020).
- [3] Rault JF. Éditorial. Paris: CNOM, Atlas de Démographie médicale; 2015.
- [4] Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. Bull Acad Natl Med 2021;205:852–6.