

Les « déserts médicaux » dans la campagne présidentielle

16 MARS 2022

Auteurs

GUILLAUME CHEVILLARD

JULIEN MOUSQUÈS

chercheurs, respectivement en géographie et en économie, spécialistes des questions de santé et d'accès aux soins au sein de l'équipe multidisciplinaire de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)

L'accès aux soins des Français est sans doute le thème qui concentre le plus d'attention en matière de politiques de santé dans la campagne présidentielle. Contrôle de la liberté d'installation des médecins, rééquilibrage de la « division du travail » en matière de soins en faveur des paramédicaux, *numerus clausus*... les pistes pour lutter contre les déserts médicaux qui sont représentées dans les programmes présidentiels sont désormais sur la table : la recherche en économie et géographie de la santé, qui explore de longue date ces enjeux, constitue un corpus d'évaluation que le débat public gagnerait à mieux intégrer.

Pour aller plus loin : <https://www.ces-asso.org/deserts-medicaux-quelles-reponses-dici-2030-et-au-dela>

La présente campagne illustre l'importance des questions d'accès aux soins pour les Français. Les candidats, de tous bords, formulent des propositions pour lutter contre les «déserts médicaux». Ces déserts, appelés par les pouvoirs publics « zones sous-dotées », sont des territoires où les populations rencontrent diverses difficultés d'accès aux soins : impossibilité de s'inscrire auprès d'un médecin traitant, difficulté à trouver des plages de soins non programmés, allongement des délais d'attentes pour un rendez-vous etc. Si l'on en juge par le nombre de médecins généralistes disponibles, porte d'entrée principale dans le système de soins, 30 % de la population habite dans ces zones sous-dotées qui concernent désormais non plus seulement des espaces ruraux mais aussi des villes et des espaces périurbains. En 2012, la proportion de population concernée était de moins de 8 %. Favoriser l'accessibilité aux médecins généralistes est un défi d'autant plus crucial que les difficultés vont se poursuivre jusqu'en 2030 au moins, avec pour conséquence une raréfaction accrue de l'offre de médecins généralistes.

Si le constat est partagé, les solutions à mettre en œuvre à court ou moyen terme (avant 2030) et à long terme (au-delà) ne font pas toujours l'unanimité. Les propositions des candidats, ou des députés apparentés, vont principalement dans quatre directions :

- agir sur la formation en augmentant le nombre d'étudiants en médecine (UDI, LREM, PS)
- introduire de nouvelles incitations financières et majorer la rémunération à l'acte (UDI, RN);
- promouvoir des organisations innovantes pour produire autant, voire plus, de soins avec moins de généralistes (mesure plus ou moins consensuelle portée par l'Assurance maladie) tout en confiant de nouvelles activités aux paramédicaux (LR, LREM) ;
- limiter à l'exercice en zones sur-dotées (UDI, Socialistes et apparentés), contraindre à l'exercice en zones sous-dotées pour une durée déterminée (LFI, le parti communiste) voire professionnaliser de la dernière année d'internat (LR, PS), recruter des médecins salariés par l'Etat dans ces mêmes zones (Reconquête).

Du côté des professionnels de santé, là aussi, les avis divergent sur les solutions à déployer. Les médecins sont très attachés à la liberté d'installation et par conséquent opposés à toute forme de contrainte à l'installation dans les "déserts médicaux". Cette position est identique chez les futurs médecins : les internes de médecine générale ou l'association nationale des étudiants en médecine de France. Les paramédicaux comme les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes sont naturellement plus enclins que les médecins à un élargissement de leurs compétences afin de libérer du temps médical et participer à résorber les "déserts médicaux".

Dans ce contexte, et en particulier durant cette campagne présidentielle, il nous semble que le débat sur les "déserts médicaux" est davantage axé sur la question de contraindre ou non les médecins à s'y installer. Or, d'autres leviers permettant d'augmenter du temps médical existent déjà et constituent des opportunités réelles pour améliorer l'accessibilité aux soins des Français y compris à court terme.

Avant d'aborder ces deux grandes catégories de mesures, nous souhaitons revenir sur le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Il s'agit, à partir de la littérature existante, de comprendre les tenants et aboutissants des réponses apportées, de celles proposées, et de montrer aussi que la lutte contre les "déserts médicaux" passe par plusieurs leviers à adapter aux profils des territoires.

L'ORIGINE DES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES ET L'ILLUSION DE LES RÉSORBER EN FORMANT PLUS DE MÉDECINS OU EN LES INCITANT FINANCIÈREMENT À S'INSTALLER DANS DES DÉSERTS MÉDICAUX

Les inégalités de répartition des médecins, qui s'intensifient aujourd'hui, sont en fait anciennes et consubstantielles à la relation entre l'offre et la demande de soins, à la liberté d'installation et aux déterminants qui président aux choix du lieu d'exercice. Il apparaît que l'offre peut en partie influencer la demande, et que cette situation est exacerbée lorsque le mode principal de rémunération est l'acte, comme c'est le cas en France, car celle-ci ne favorise pas la convergence entre la localisation de l'offre et celle de la demande. En effet, dans un territoire relativement bien pourvu et plus concurrentiel, un médecin pourra atteindre le revenu désiré, avec un nombre de patients suivis moins important que dans un territoire sous-doté mais un nombre de rencontres par patient plus important. Dès lors, il ne suffit pas de former un nombre plus important de médecins, de « saturer » l'offre dans les territoires attractifs et concurrentiels, pour que cela conduise naturellement les médecins à s'installer dans les territoires moins attractifs mais aux perspectives de revenu favorables compte tenu du nombre de patients à suivre.

Il ne suffit pas, non plus, de former plus de médecins dans les subdivisions d'internat concentrant le plus d'espaces sous-dotés en raison de la liberté d'installation en libéral, à moins de l'assortir à minima d'une obligation d'installation, temporaire ou non, dans la région de formation. Il apparaît que ce sont surtout la proximité avec les attaches familiales et les environnements d'origine, le cadre de vie personnel et familial (travail du conjoint, éducation pour les enfants et autres accès aux services, loisirs) et les conditions d'exercice (charge de travail modérée, travail en équipe, équipements professionnels dont la télé-médecine, etc.) qui s'avèrent être les principaux déterminants du choix du lieu d'implantation.

Il ne suffit toujours pas, non plus, de déployer des incitations financières individuelles, mobilisées au-delà du raisonnable en France depuis 2005 (primes et aides à l'installation, garanties de revenus, majoration des honoraires, exonérations de charges, cotisations, taxes ou impôts, etc.), puisque l'espérance de revenu est déjà plus importante dans les territoires sous-dotés et moins concurrentiels, sans que cela constitue une incitation suffisante.

D'ICI 2030, LA RÉORGANISATION DES MODES DE DÉLIVRANCE DES SOINS EST-ELLE UNE SOLUTION EFFICACE ?

Face au manque de généralistes et pour répondre à l'urgence de la situation, une incitation efficace à exercer dans les zones sous-dotées ainsi que la sauvegarde de temps médical, passe aussi et surtout par l'amélioration des conditions d'exercice et la réorganisation de la délivrance de soins en premiers recours.

La dynamique professionnelle et les politiques de soutien au développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé, en font partie, avec 1 745 MSP au 1er janvier 2021 (DGOS) ou 2 018 MSP en 2022 (association AvecSanté) contre une vingtaine seulement en 2008. Deux tiers des MSP sont localisées dans les marges rurales ou dans des espaces périurbains présentant une moindre accessibilité aux soins, et, dans ces territoires, comparativement à des territoires similaires sans MSP, la densité de médecins généralistes évolue de façon beaucoup plus favorable, plus particulièrement celle des jeunes médecins, en raison de l'attractivité pour eux de l'exercice en MSP. Il apparaît également que les médecins généralistes exerçant en MSP ont des revenus supérieurs et suivent et rencontrent davantage de patients que dans un exercice en solo ou de groupe mono-professionnel. Aussi, les exercices regroupés et spécifiquement pluriprofessionnels ont montré à l'occasion de la crise du Covid-19 d'importantes capacités de résilience et d'adaptation : cette expérience a souligné des différences marquées avec l'exercice traditionnel, en matière par exemple de recours à la téléconsultation ou de participation à des organisations territoriales.

Pour autant, l'amplitude de l'effet des MSP varie selon le type de territoires et le soutien aux MSP ne suffira pas à résoudre le problème des déserts médicaux. Il convient de s'engager avec plus de vigueur en faveur de solutions, moins consensuelles, qui visent à sauvegarder encore plus de temps médical et à réorganiser les soins de premier recours en réfléchissant à de nouveaux métiers, rôles ou fonctions assumés par d'autres professionnels que les médecins, comme les sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, infirmières Asalée, infirmières de pratiques avancées, masseurs-kinésithérapeutes, assistants médicaux, etc. La hausse des effectifs de paramédicaux constitue une opportunité évidente. Aussi, devraient être considérés des modes de rémunérations favorisant des tailles de patientèles plus importantes (en nombre de patients suivis dont ceux pour qui le généraliste est le médecin traitant), donc des gains de productivité, comme la forfaitisation où le médecin reçoit un forfait par patient inscrit indépendamment du nombre de contact par patient.

Enfin, même si ce n'est pas une politique délibérée, des flux de médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger constituent une réponse supplémentaire. Si les flux demeurent modestes au global, ils ne sont pas négligeables dans les marges rurales où les médecins étrangers s'installent plus volontiers en proportion que leurs homologues formés en France.

AU-DELÀ, UNE SOLUTION COMPLÉMENTAIRE NE REPOSE-T-ELLE PAS SUR LA LIMITATION DE L'INSTALLATION DANS LES ZONES SUR-DOTÉES VOIRE SUR LA COERCITION À L'INSTALLATION DANS CELLES QUI SONT SOUS-DOTÉES ?

Quatre propositions de loi allant dans ce sens ont récemment été déposées, mais sans succès. Il s'agit de restreindre le conventionnement des médecins généralistes dans des zones considérées comme sur-dotées et de ne le permettre qu'en cas de départ à la retraite, à l'instar ce qui se fait déjà pour les infirmiers (2012), sage-femmes (2012) et masseurs-kinésithérapeutes (2018). On pourrait même contraindre les médecins nouvellement diplômés ou ayant atteint leur dernière année d'internat à exercer en zones sous-dotées durant une période déterminée. En 2017, la Cour des Comptes envisageait une voie plus coercitive en fixant un nombre cible de postes conventionnés par zone sur l'ensemble du territoire ; un système similaire existant pour les pharmacies d'officines, avec l'autorisation (licence) délivrée par l'ARS (création, regroupement ou cession) et assouplie depuis 2018. La répartition spatiale des officines est, en effet, plus homogène que celle des généralistes et la distance moyenne d'accès relativement faible. Seule la limitation d'installation pour les infirmiers a été évaluée et nous observons, dans un contexte de forte hausse des effectifs, un plafonnement des installations dans les zones sur-dotées et une augmentation dans les zones sous-dotées à un rythme similaire aux zones intermédiaires. Néanmoins, on ne peut pas savoir si un tel dispositif serait efficace pour les médecins généralistes, une profession où les départs à la retraite sont en moyenne supérieurs aux installations dans tous les types de territoires, y compris les mieux dotés. Le critère d'un départ pour une arrivée constitue un facteur limitant de l'efficacité de cette mesure à court terme.

A l'étranger (par exemple en Allemagne, au Royaume-Uni, au Québec), des dispositifs de limitation d'installations des médecins en zones sur-dotées ont permis de résorber en partie les inégalités territoriales sans pour autant que les installations profitent aux zones les moins attractives. Dans certains pays, des dispositifs de coercition limitée à destination des médecins diplômés à l'étranger (par exemple en Australie, aux Etats-Unis, au Canada), ou de coercition pour l'ensemble des médecins, ont eu des effets à court terme (en termes d'installations), mais pas à moyen terme (avec une faible propension au maintien après la période d'obligation). Des effets pervers en termes de dégradation de la continuité des soins (compte tenu du turnover important) voire de crise de vocation (aux études ou à l'exercice) ont pu être observés.

QUELLES AUTRES SOLUTIONS STRUCTURELLES POURRAIENT PORTER DES EFFETS À MOYEN ET LONG TERME ?

La raréfaction de l'offre médicale jusqu'en 2030 sera suivie par un rebond, ce qui interroge sur la pertinence de la mise en place de mesures de très court terme relativement à des solutions plus structurelles et de long terme.

Des déterminants documentés de l'installation ne font pas l'objet de politiques publiques ciblées. L'importance de l'environnement d'origine a conduit de nombreux pays (Australie, Canada, Japon, Etats-Unis) à diversifier les origines sociogéographiques des étudiants pour sélectionner les plus enclins à un exercice dans les zones sous-dotées avec un certain succès. L'adaptation des cursus de formation initiale à la spécificité de l'exercice dans les zones sous-dotées comme les stages et internats localisés en zone rurale sont aussi des stratégies courantes et complémentaires.

L'importance du cadre de vie dans les décisions d'installation des généralistes rappelle aussi combien la politique sanitaire ne peut pas à elle seule défaire ou compenser ce que la politique d'aménagement du territoire produit. Il s'agit aussi de mettre en place des mesures qui tiennent compte des spécificités des territoires, les réponses à apporter dans les marges rurales (faiblement attractives, à la population plus âgée et plus éloignée des pôles de services et d'emploi) ne sont pas les mêmes qu'ailleurs.

Parallèlement, il existe de nombreuses solutions locales, dont le recensement exhaustif n'a pas été réalisé, et qui constituent autant de solutions possibles, du moins à leurs échelles. Par exemple, le salariat des médecins généralistes est de plus en plus utilisé par des collectivités territoriales. Localement, il peut être utile et pertinent, car ce mode d'exercice est assez prisé par les jeunes généralistes, mais au niveau national, il l'est moins, car cela nécessiterait probablement de disposer de davantage de médecins en raison des écarts avec les temps de travail actuels des médecins libéraux (54 heures en moyenne par semaine). D'autres solutions locales, d'impulsion nationale, sont en cours de déploiement. Ainsi, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent notamment d'organiser les soins, sur un territoire donné, de manière à faciliter les plages de soins non programmés. Une expérimentation récente soutient le développement de 26 centres et maisons de santé participatifs dans des territoires défavorisés, quartiers prioritaires de la politique de la ville ou à proximité, pour tester des modes de financement leur permettant d'aller vers les usagers généralement éloignés du soin. Enfin, l'obligation de stage en zones sous-dotées pour les internes en médecine générale, qui peine à se concrétiser, pourrait permettre de faire davantage connaître cette forme d'exercice et de susciter des vocations.

La désertification médicale est un phénomène complexe, aux causes multiples dont les temporalités sont différenciées, et qui n'a pas la même intensité ou gravité selon le type de territoire. Pour y remédier, il nous semble dès lors illusoire de s'appuyer sur une réponse unique. Les réponses à apporter doivent notamment tenir compte de la durée de la formation médicale initiale, de l'hétérogénéité des aspirations des médecins, des possibilités offertes par les autres professionnels de santé existant et aussi des spécificités territoriales. Enfin, il nous semble important de rappeler la nécessité d'avoir des données adaptées et accessibles à la recherche, et de rendre plus systématique le recours à des évaluations d'impact indépendantes, afin d'informer et d'aider à orienter la politique publique dans ce domaine.