

Conférence du 22 Novembre 2023

***Déserts médicaux et territoires : du diagnostic
aux dispositifs de reconquête***

**Guillaume Garot ¹,
Frédéric Valletoux ²**

La question des déserts médicaux constitue la principale préoccupation de nos concitoyens et des territoires, en particulier rurauxⁱ. Ces déserts médicaux peuvent être visualisés via un zonage s'appuyant sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecinⁱⁱ.

État, Assurance maladie et collectivités territoriales déploient depuis plusieurs années une panoplie d'actions en faveur de l'installation des médecins : aide financière à l'installation, bourses aux



étudiants, prospection pour faire venir des médecins étrangers, actions sur les stages, parrainage de jeunes par des médecins en place, actions d'attractivité (découverte touristique du territoire), participations à des forums étudiants, salariat de médecins, maisons de santé, télémédecine, contrats locaux de santé... Mais « les seules mesures incitatives, au coût important et menant souvent à une concurrence délétère entre collectivités, n'ont pas su montrer leur efficacité et ne peuvent suffire » (Communiqué de l'Association des petites villes de France, 22 juin 2023).

¹ **Guillaume Garot**, député de Mayenne, porteur d'une proposition de loi contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, et ancien maire de Laval.

² **Frédéric Valletoux**, député de Seine-et-Marne, rapporteur de la proposition de loi n°1175 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, et ancien maire de Fontainebleau.

Le 15 juin 2023, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loiⁱⁱⁱ, portée par Frédéric Valletoux, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Lors du débat parlementaire sur cette proposition, une proposition transpartisane (à l'initiative du député Guillaume Garot et soutenue par 200 députés NUPES, LR, Horizons, MODEM et LIOT) a été rejetée^{iv}. Celle-ci proposait de réguler l'ouverture des cabinets de soins, comme c'est déjà le cas pour les pharmacies. La proposition de loi visait à soumettre l'installation des médecins à autorisation de l'Agence régionale de santé. Délivrée de droit en zone jugée sous-dense, elle aurait été conditionnée à la cessation d'activité d'un autre praticien en zone jugée suffisamment dotée. De telles mesures de régulation des installations n'ont pas été intégrées dans le texte adopté. Il a été argué tant par le gouvernement que le rapporteur que le premier problème est aujourd'hui le manque de soignants et que cela dissuaderait des étudiants de s'orienter vers la médecine.

Entre incitations et contraintes, les débats du printemps sur la liberté d'installation sont à nouveau au cœur des questions de démographie médicale et de répartition géographique de l'offre de soins. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux, met en exergue des exemples internationaux qui font état d'un impact positif, dans l'ensemble, d'une politique de régulation des installations sur l'équité de la distribution géographique. Par exemple, en ce qui concerne l'installation des médecins, l'Allemagne comporte « le système parmi les plus stricts au monde ».^v

Nicolas Portier, président du Cercle

En premier lieu, je voulais vous remercier monsieur le député Guillaume Garot de nous accueillir. Merci aussi à Frédéric Valletoux d'avoir accepté de présenter la proposition de loi dont vous êtes à l'initiative, qui recoupe d'autres propositions de loi et qui arrive en fin de parcours.

Avant de donner la parole à Gwénaél Doré, qui a préparé cette session, je souhaitais rappeler que la santé est un sujet de préoccupation croissant, visible dans les enquêtes d'opinion. Nous avons un gros sujet de réorganisation de l'offre de soin, du fait de l'entrée dans une vallée de la mort de la démographie médicale, qui a été très mal négociée et gérée il y a 10 ou 15 ans. On sait qu'on va passer dans une décennie de grand vide. On ne va pas inventer des médecins ou les importer par grands voyages de l'étranger. Il faut déjà attirer vers la profession et encourager à revenir ceux qui seraient tentés par une retraite anticipée. La décennie à venir doit permettre de former des médecins, mais aussi de répondre à l'enjeu d'optimisation de l'organisation existante. La discussion porte donc sur la démographie médicale actuelle, sa répartition sur le territoire national, avec la problématique des déserts médicaux (quelles en sont les formes, en termes notamment de différences géographiques mais aussi de spécialités médicales). Face à cela, se pose la question de savoir comment faire face aux flux d'installation des médecins, interrogeant à la fois la logique d'installation des nouveaux médecins, mais aussi l'organisation actuelle pour apprendre à gérer la pénurie. Cette question est une préoccupation centrale du Cercle pour l'aménagement du territoire, puisque nous allons en faire un groupe de travail dans la durée pour y réfléchir ensemble et analyser les travaux en cours.



Gwénaél Doré, secrétaire général du Cercle

C'est un sujet très important d'un triple point de vue : pour chacun, pour l'argent public aussi (les médecins étant financés par la sécurité sociale), et pour l'aménagement du territoire. Je propose d'organiser le débat en deux temps. Tout d'abord un temps qui portera sur le diagnostic de la situation, avec des éléments d'actualité. *Le Monde* d'hier soir a publié hier une étude de l'*UFC Que Choisir*³, reprenant de nombreux détails sur les différentes spécialités médicales. Que vous puissiez donc nous dire le diagnostic que vous faites, Frédéric Valletoux, notamment à partir des débats à la suite à la proposition de loi que vous portez. De même, Guillaume Garot pourra nous faire part de son analyse sur cette question pour les territoires en France. Dans un deuxième temps, nous évoquerons le cœur du débat, la question des solutions, entre des mesures incitatives ou des mesures régulatrices.

LE DIAGNOSTIC

Frédéric Valletoux

Merci à Guillaume d'avoir permis cette réunion et à Nicolas de nous avoir réunis. Sur beaucoup de sujets nous avons des convergences d'analyse, voire de propositions. Il y a évidemment des nuances. Nous portons l'un et l'autre des visions complémentaires. Sur le diagnostic, je n'ai pas en tête tous les chiffres montrant à quel point la France est devenue un grand territoire d'inégalités d'accès en santé, que ce soit pour les généralistes ou les spécialistes. Quelles que soient les cartes que l'on prend, effectivement, elles montrent une France à plusieurs vitesses, un accès aux soins difficile dans tous les types de territoires. Au fil du temps, et depuis le début des années 2000, la santé a été profondément marquée par un système à deux vitesses, avec une médecine qui a vu des modes de fonctionnement assez différents s'installer et des praticiens qui ont progressivement exercé la médecine de façon très différente.



Suis-je partial dans mes analyses parce que j'ai présidé pendant quelques années la Fédération hospitalière de France ? Il est incontestable que la situation de l'hôpital s'est tendue, pas seulement pour des raisons budgétaires, mais aussi parce que l'hôpital a servi de variable d'ajustement face à certains dysfonctionnements du système de santé, voire au retrait de certains acteurs de santé dans la prise en charge au quotidien des Français, par exemple les soirs et les week-ends. Dans la régulation du système de santé par l'État, il existe de réelles différences entre les secteurs public et privé. L'assurance maladie est un guichet pour la médecine libérale, fonctionnant selon le volume de dépenses qui sont faites par la médecine libérale chaque année. À l'inverse, pour la médecine hospitalière, c'est très différent, puisque ce sont des enveloppes qui permettent, soit au début d'année, soit en fin d'année, d'ajuster les financements non pas aux actes produits, mais selon les besoins pour tenir les comptes. Ces deux modes de régulation se retrouvent aussi dans les

pouvoirs d'un directeur d'Agence régionale de santé (ARS) qui a des outils de pilotage qui permettent de prendre des décisions très concrètes pour la partie hospitalière (fermer ou ouvrir des lieux d'activité, des services, décider des recrutements, bref réguler la carte hospitalière et le volume de

3 UFC-que choisir attaque l'Etat pour inaction

l'activité hospitalière). Du côté du privé, ce même directeur a très peu de leviers, sauf au moment où sont accordées les autorisations d'activité. Une fois que l'autorisation est donnée, le volume d'activité mais aussi le choix de certains patients ne sont pas régulés. Donc **l'assurance maladie est un payeur aveugle du côté de la médecine libérale.**

Par ailleurs, le monde libéral s'est beaucoup financiarisé. Il remplace un modèle de clinique qui a existé entre l'après-guerre et les années 1980-1990, qui était beaucoup porté par des médecins qui gardaient souvent une activité à l'hôpital et qui créaient leurs propres cliniques dont ils étaient propriétaires. Et puis, **à partir des années 1990, ont émergé des groupes financiers**, plus étrangers que franco-français, souvent nés loin du secteur de la santé, qui prennent possession des cliniques et qui organisent leur activité selon des mécaniques financières pas toujours liées à l'intérêt général. Cela ne me choque pas dans la mesure où les financiers ne sont pas des philanthropes, mais leur motivation est venue heurter un système de sécurité sociale et de prise en charge des Français qui repose encore sur l'image du rôle de l'hôpital. Ce système à deux vitesses a été renforcé par l'effet des lobbies de la médecine libérale leur permettant, progressivement, de s'affranchir de certaines des contraintes d'intérêt général. Je pense, par exemple, aux gardes qu'on a supprimées en 2003, laissant reposer sur l'hôpital l'essentiel des gardes.

Ce sont donc des mécaniques de long terme qui sont venues bousculer le système de santé tel qu'il est né dans l'après-guerre et qui, aujourd'hui, marque vraiment ce système à deux vitesses. Dans une médecine financée à l'acte, l'effet territorial est également très fort. La Fédération hospitalière de France publiait régulièrement des cartes sur des pratiques médicales par spécialité montrant que, sur le même acte, notamment pour des actes courants, les différences territoriales étaient très importantes, allant du simple au double, par exemple entre deux départements proches des mêmes caractéristiques socio-économiques. De sorte que cette médecine à l'acte induit des pratiques médicales tenant davantage de la constitution de revenu que du service réel des besoins de la population.

Guillaume Garot

Merci Frédéric et merci au Cercle pour l'aménagement du territoire. Je suis élu de la Mayenne dans l'Ouest de la France, un département très frappé par la désertification médicale comme beaucoup de départements français, pas simplement les départements ruraux, mais aussi des territoires en Île-de-France comme la Seine-Saint-Denis ou la Seine et Marne. Gwenaél nous demande de faire un diagnostic de la situation. Faisons d'abord un diagnostic géographique à partir des points de repère qui concernent à la fois l'accès aux soins et la présence médicale. Aujourd'hui, vous avez des **inégalités dans la répartition de nos médecins qui sont très fortes**. Cela est vrai pour les médecins généralistes avec des écarts de présence médicale par rapport au nombre d'habitants allant de 1 à 3 entre les départements les mieux dotés et les départements les moins bien dotés. C'est-à-dire qu'il y a 3 fois plus de médecins par habitant dans les Hautes-Alpes, département de France le mieux doté en présence de généralistes, que dans l'Eure-et-Loir. C'est **encore plus vrai pour les spécialistes**. Par exemple, il y a 18 fois plus d'ophtalmologues par habitant à Paris que dans la Creuse. De même, la densité de dermatologues est 23 fois plus élevée à Paris que dans la Nièvre. Cette réflexion sur l'inégalité peut être complexifiée par son aspect financier. Tous les médecins généralistes ou spécialistes ne sont pas conventionnés en secteur 1. **Beaucoup sont conventionnés en secteur 2**, en particulier dans les zones très denses. Ainsi, s'ils sont nombreux dans un territoire avec une population donnée, pour tirer des revenus à la fin du mois, ils augmentent le prix de la consultation. Dès lors, vous pouvez habiter une zone fort bien dotée en présence médicale,



comme Nice, mais il vaut mieux avoir de bons salaires ou une bonne mutuelle. L'étude de l'*UFC Que Choisir* le montre très bien.

Il faut compléter ce diagnostic géographique par un **diagnostic politique**. À mon sens, cette injustice dans l'accès aux soins est une entaille profonde dans le pacte républicain. Vous mesurez tous ce qu'est la détresse des patients qui n'ont plus de médecin. En Mayenne, il n'y a pas une semaine sans que je ne reçoive des mails, des lettres, des appels de gens qui ne savent plus vers qui se tourner, ne trouvant pas de généraliste ou encore de dentiste. En effet, les dentistes ne prennent plus de nouveaux patients en Mayenne. Les patients trouvent donc un dentiste à Rennes (à 60 km), à Angers, vous pouvez encore en trouver, ou à Paris. Ce qui veut dire que pour avoir accès aux soins dentaires, il faut avoir une voiture, ou pouvoir prendre le TGV. Cette incapacité de la République à tenir cette promesse d'égalité entre les Français nourrit une défiance terrible vis-à-vis des institutions. Pire, ces inégalités dans l'accès aux soins se sont considérablement aggravées depuis plusieurs années, comme le montrent les chiffres de l'Atlas de la démographie médicale réalisé par l'Ordre des médecins⁴. Il montre que depuis dix ans la densité de présence médicale s'est largement améliorée dans les départements qui étaient déjà les mieux dotés il y a dix ans. **Ainsi, dans les Hautes-Alpes, la densité de médecins en activité a augmenté de 27% depuis 2010 ; à l'inverse, en Creuse, elle s'est dégradée de 15%.**

J'ajoute une dernière chose dans le diagnostic. Pendant des années, et c'est un point de désaccord avec Frédéric, **la priorité a été donnée à des logiques d'incitation**. On encourage l'installation des médecins en faisant un chèque. A partir d'un zonage, l'installation est incitée par une aide pouvant atteindre 50 000 euros, n'empêchant pas d'aller ailleurs trois ans après. On espère corriger cela. Ces logiques d'incitation ont été doublées de logiques de **mise en responsabilité des collectivités** en leur reprochant de ne pas être suffisamment attractives. On a mis en concurrence les territoires, leur demandant d'être agiles, imaginatifs, audacieux. Ces logiques d'incitation coûtent cher. Quand j'étais maire de Laval, l'Agence Régionale de Santé me disait d'ouvrir des maisons de santé. Nous nous sommes exécutés. On nous a demandé d'améliorer les conditions de logement des internes en médecine. Nous l'avons fait, en ouvrant une jolie colocation pour des internes en médecine. Tout cela a représenté des coûts élevés pour la collectivité. La Cour des Comptes a estimé ces dépenses de l'État à un peu plus de 80 millions d'euros ; c'était en 2016, le chiffre est sûrement supérieur aujourd'hui.

Il faut compléter ce diagnostic géographique par un **diagnostic politique**. À mon sens, cette injustice dans l'accès aux soins est une entaille profonde dans le pacte républicain. Vous mesurez tous ce qu'est la détresse des patients qui n'ont plus de médecin. En Mayenne, il n'y a pas une semaine sans que je ne reçoive des mails, des lettres, des appels de gens qui ne savent plus vers qui se tourner, ne trouvant pas de généraliste ou encore de dentiste. En effet, les dentistes ne prennent plus de nouveaux patients en Mayenne. Les patients trouvent donc un dentiste à Rennes (à 60 km), à Angers, vous pouvez encore en trouver, ou à Paris. Ce qui veut dire que pour avoir accès aux soins dentaires, il faut avoir une voiture, ou pouvoir prendre le TGV. Cette incapacité de la République à tenir cette promesse d'égalité entre les Français nourrit une défiance terrible vis-à-vis des institutions. Pire, ces inégalités dans l'accès aux soins se sont considérablement aggravées depuis plusieurs années, comme le montrent les chiffres de l'Atlas de la démographie médicale réalisé par l'Ordre des médecins. Il montre que depuis dix ans la densité de présence médicale s'est largement améliorée dans les départements qui étaient déjà les mieux dotés il y a dix ans. **Ainsi, dans les Hautes-Alpes, la densité de médecins en activité a augmenté de 27% depuis 2010 ; à l'inverse, en Creuse, elle s'est dégradée de 15%.**

J'ajoute une dernière chose dans le diagnostic. Pendant des années, et c'est un point de désaccord avec Frédéric, **la priorité a été donnée à des logiques d'incitation**. On encourage l'installation des médecins en faisant un chèque. A partir d'un zonage, **l'installation est incitée par une aide pouvant atteindre 50 000 euros, n'empêchant pas d'aller ailleurs trois ans après**. On espère corriger cela. Ces logiques d'incitation ont été doublées de logiques de mise en responsabilité des collectivités en leur

⁴ [Atlas finale 2023 copie3.indd \(conseil-national.medecin.fr\)](#)

reprochant de ne pas être suffisamment attractives. On a mis en concurrence les territoires, leur demandant d'être agiles, imaginatifs, audacieux. Ces logiques d'incitation coûtent cher. Quand j'étais maire de Laval, l'Agence Régionale de Santé me disait d'ouvrir des maisons de santé. Nous nous sommes exécutés. On nous a demandé d'améliorer les conditions de logement des internes en médecine. Nous l'avons fait, en ouvrant une jolie colocation pour des internes en médecine. Tout cela a représenté des coûts élevés pour la collectivité. La Cour des Comptes a estimé ces dépenses de l'État à un peu plus de 80 millions d'euros ; c'était en 2016, le chiffre est sûrement supérieur aujourd'hui.

QUELS REMEDES ?

Gwénaél Doré

Passons à la deuxième partie du débat sur les mesures, avec peut-être une interrogation sur la comparaison possible avec d'autres professions et avec les mesures mises en œuvre dans d'autres pays européens.

Guillaume Garot

Dans le cadre d'un groupe de travail *transpartisan* à l'Assemblée nationale, dont j'ai pris l'initiative en juillet 2022, avec des députés de gauche, de droite, du centre, nous avons tous été convaincus qu'il fallait **mettre en œuvre aujourd'hui une autre logique fondée sur la régulation de l'installation de nos médecins** pour stopper l'aggravation des inégalités. La **régulation peut prendre plusieurs formes**. Il existe le **conventionnement sélectif** par lequel l'assurance maladie fait une cartographie du conventionnement des médecins, ne leur accordant pas dans les territoires suffisamment dotés. Si le médecin n'est pas conventionné, les patients ne sont pas remboursés, ce qui est très désincitatif. Dans notre groupe *transpartisan*, **on a réussi à converger vers une proposition de régulation via une autorisation d'installation, délivrée par l'ARS**. Dans ce cas, c'est une régulation par l'État, le ministère de la Santé et les ARS. Elle se ferait sur la base d'une cartographie des besoins de santé, impliquant l'autorisation à l'installation. Cette cartographie est très importante. Elle s'appuie sur l'offre de soins, territoire après territoire, pour déterminer cette autorisation. Disant cela, j'ai l'impression d'être un *soviétoïde*. Mais la régulation existe pour d'autres professions de santé, sans que cela pose de problèmes. Les **pharmaciens, par exemple** s'installent en fonction de critères démographiques très stricts. Pour les pharmaciens, cette logique de régulation se fait par jauge de bassin de population, la première de 2 500 habitants puis par tranche de 4 500 habitants. Cette régulation claire a permis un bon maillage du territoire national. Vous avez des pharmacies partout. De même, les infirmiers et les kinésithérapeutes obéissent à une régulation. Depuis juillet dernier, le principe de régulation est également reconnu pour les **chirurgiens-dentistes**. Ce que je dis à nos médecins est pourquoi n'acceptez-vous pas la régulation de l'installation ?

Il faut refonder le **contrat entre la nation et les médecins**. Les études des médecins sont financées par l'argent public. Les internes en médecine donnent beaucoup de leur temps, pour pas bien cher, il est vrai, au sein d'un hôpital qu'ils tiennent à bout de bras. La nation, après avoir financé leurs études, et grâce à l'assurance maladie, garantit les revenus des médecins. Si on accepte cela, il n'y a rien de choquant à leur dire qu'il doit y avoir une répartition optimale à l'échelle nationale. Mais en plus du



problème de répartition des médecins, nous avons celui du nombre. Aujourd'hui, on a besoin de plus de médecins qu'il y a 20 ou 30 ans, d'abord du fait de l'augmentation de la population et de son vieillissement, mais aussi du fait des évolutions de l'exercice de la médecine. Les médecins exercent davantage en équipe, et travaillent moins longtemps. Il faut donc former beaucoup plus de médecins. Le gouvernement répond qu'il a supprimé le *numerus clausus*. Lors de sa mise en œuvre, ce *numerus clausus*, voulu par les médecins, répondait à l'idée que la réduction du nombre de médecins formés permettrait de mieux maîtriser les coûts de la santé. Il a donc été supprimé mais avons-nous pris de nouveaux moyens pour former davantage de médecins, en mètres carrés dans les universités ou pour embaucher plus d'enseignants ? On forme 15 % de plus de médecins qu'il y a 3 ans mais cela n'est pas suffisant.

Je plaide pour qu'on refonde le contrat entre la Nation et ses médecins. Mais il va falloir que tout le monde fournisse un effort. À ce titre, je ne suis pas sûr que le **relèvement du prix de la consultation** soit la réponse à la désertification médicale. Le médecin qui ouvre un cabinet en Mayenne -il est plein tout de suite- n'aura pas de problèmes de fin de mois. Par ailleurs, je ne pense pas qu'aujourd'hui la priorité de la nation soit de revaloriser les revenus des médecins. D'autres catégories socio-professionnelles de Français méritent l'effort et la solidarité de la nation.

Frédéric Valletoux

Je vais me glisser dans la présentation de Guillaume pour revenir sur cette question de la régulation de l'installation sur laquelle nous ne sommes pas tombés d'accord. Le constat qui est le mien, c'est qu'il faudra organiser un jour une régulation de l'installation, ne serait-ce que pour ne pas reproduire les erreurs du passé, c'est-à-dire la concentration. Pour autant, sur le plan de l'opportunité de mettre en œuvre cette mesure, ce n'est pas pertinent dans une période marquée par si peu de forces médicales à répartir sur le territoire et alors que 87% du territoire est réputé être un désert médical en médecine générale. Ce signal de coercition me semble inopportun face aux besoins actuels, mais surtout face à **la difficulté à faire venir des jeunes dans ces métiers**, alors qu'ils s'y engagent de moins en moins et qu'ils quittent la profession de plus en plus rapidement. Nous sommes actuellement au cœur de la crise et des tensions démographiques : un médecin généraliste sur deux a plus de 60 ans aujourd'hui. Les effectifs qui vont sortir des universités, même en hausse, ne vont pas assez vite. Il va falloir attendre les années 2035 pour retrouver des effectifs plus importants, voire « suffisants ». D'ici là, si on adresse des signaux de coercition, on risque de créer des tensions inutiles. On se ferait plaisir sur le plan de la réflexion politique, mais on manquerait sans doute d'efficacité. Néanmoins, une autre voie est possible, non pas celle de créer toujours plus d'exonération, d'aide et d'accompagnement, mais d'essayer de jouer sur différents leviers pour rendre les dix années qui viennent plus supportables pour les Français. Cela inspire les propositions visant à faciliter des coopérations entre les professionnels de santé, pour sortir aussi d'un système construit en tuyaux d'orgue avec l'hospitalier qui ne parlait pas aux libéraux, le généraliste qui parlait peu au spécialiste et le paramédical qui était peu considéré du médecin. C'est, par exemple, le travail qui a été fait depuis quelques années par la **délégation de tâches, en responsabilisant les infirmières ou les pharmaciens** et en leur confiant des tâches nouvelles qui permettent de libérer du temps médical au médecin.

C'est aussi le travail qui est fait pour essayer de territorialiser la réflexion sur l'accès aux soins, qui est au cœur de la proposition de loi que je porte, pour tenter de sortir le système de santé de son uniformité de pilotage. Les politiques de santé échappent à l'idée de faire confiance aux acteurs de terrain. La gestion de cette politique depuis le ministère de la Santé ne permet pas de penser que les besoins de la population et les forces médicales en présence sont **différents d'un territoire à l'autre**. Les dispositions de cette proposition de loi visent aussi à avancer vers plus de déconcentration. Je vais vous donner un exemple d'une expérimentation qu'on avait menée avec l'ensemble des professionnels de santé lorsque j'étais président de la Fédération hospitalière de France. On avait pris cinq territoires très différents, cinq villes moyennes, étudiées à l'échelle du bassin de vie : Quimper, Douai, Niort, Vesoul, et Troyes. Deux pathologies étaient interrogées : les insuffisances cardiaques et le diabète de

type 2. On avait réuni l'ensemble des professionnels qui participent au service du soin dans ces territoires, les collectivités locales, tous ceux qui participent à la prise en charge des patients, pour les faire travailler ensemble sur les pistes d'amélioration des indicateurs en santé d'une cohorte de patients. Finalement, les organisations mises en place par les uns et les autres étaient très différentes car elles dépendaient évidemment de critères très différents : ici c'est un hôpital qui était fort, là, il y avait une clinique, là, il y avait des médecins libéraux très investis, etc. Toutes ces données faisaient que les organisations qui émergeaient étaient très différentes d'un territoire à l'autre. On voulait faire la démonstration que ces différences n'étaient pas graves tant que les données de santé s'amélioraient. Ces exemples nourrissaient, et nourrissent toujours, le rêve d'un système de santé dans lequel l'État est beaucoup plus stratège que pilote, c'est-à-dire dans l'encadrement quotidien des acteurs de santé. Modèle qui ne serait pas compatible avec un État qui va vérifier par-dessus l'épaule du directeur d'hôpital la bonne application d'une circulaire. On avait calculé une année qu'un directeur d'hôpital peut recevoir en moyenne 150 circulaires, notes administratives, injonctions à faire, etc. Ce que je veux dire c'est qu'il faudrait que **l'État soit plus stratège**, et que, au nom de l'argent public de l'assurance maladie, mais aussi au nom d'un objectif d'accès aux soins des Français selon leurs besoins et selon leur territoire, il soit capable d'aller seulement là où il y a des vrais problèmes et capable sinon de laisser faire les acteurs de terrain. Ce rôle stratège implique aussi, peut-être, de mettre des moyens dans l'évaluation, en accompagnant les acteurs sur l'évaluation des dispositifs qui sont localement développés. C'est l'objectif de très long terme, et, pour y arriver, cela implique de faire confiance aux acteurs de terrain.

Cela doit aussi passer par les **conseils territoriaux de santé** créés par la loi Santé de 2016, mais qui sont restés jusqu'ici une coquille vide. Il faut leur donner du sens en sortant d'une approche trop administrative, notamment dans leur découpage. La proposition de loi vise à sortir de l'échelle départementale systématique en encourageant la définition d'un périmètre de bassin cohérent en matière de santé. **Ce n'est ni à la loi, ni à Paris de dire ce qu'est un bassin cohérent mais aux acteurs de terrain.** Au-delà de ça, on cherche à affirmer les missions du conseil territorial de santé, notamment dans l'organisation de la permanence des soins. Cela doit permettre de définir qui travaille le soir, le week-end, qui prend en charge le premier recours, et qui prend en charge le recours de spécialité. Là, je peux vous dire que les offreurs de soins, c'est-à-dire les médecins, les cliniques, les hôpitaux vont être très attentifs à ce qui se passe dans ces conseils, parce que si on demande aux conseils territoriaux de santé de fixer l'organisation dans leur territoire de la permanence des soins, ils vont participer, et ils vont être beaucoup plus attentifs. Il en est de même pour les élus locaux. Au-delà de la permanence des soins, ces conseils territoriaux de santé doivent être les lieux de discussion des mesures pour améliorer l'accès aux soins dans chacun des territoires. Dans la proposition de loi, on réhabilite aussi l'obligation pour les cliniques de participer à la permanence des soins. Là où il y a des cliniques qui ont des autorisations de chirurgie, il serait normal qu'un week-end sur deux, ce soit vers la clinique que les pompiers ou les SAMU amènent les gens qui ont besoin d'une intervention chirurgicale urgente, et pas uniquement vers l'hôpital.

Si Guillaume ou moi-même avions été ministres, nous aurions peut-être été plus ambitieux dans ces propositions, mais quand on est parlementaire, on est réduit à des objets qui sont plus circonscrits. Donc on essaye de faire modestement bouger les lignes, dans ces deux directions, à la fois la **territorialisation du système de santé pour faire confiance aux acteurs, permettre effectivement que les uns et les autres puissent essayer de mieux travailler ensemble, mais aussi de rétablir un peu le rééquilibrage entre les droits et les devoirs** (vous êtes financé par l'assurance maladie, alors vous participez à la permanence des soins).

DEBAT AVEC LA SALLE

Marileine Toinet

Je voudrais savoir pourquoi les médecins ne sont pas d'accord avec vos propositions, monsieur Garrot. Deuxième question, c'est très bien de faire davantage de formation, notamment vis-à-vis des jeunes, des fils d'ouvriers et d'employés. Mais dix ans de médecine, ça coûte de l'argent, surtout pour un



fils d'ouvrier ou d'employé. Il y avait autrefois un système pour les enseignants, ce qu'on appelait les IPES. Est-ce que ça ne serait pas une idée de proposer des IPES pour inciter les fils de non-médecins et de non-bourgeois ? Par ailleurs, on a supprimé le *numerus clausus*, mais je connais des jeunes qui font médecine et la sélection de fin de première année est quelque chose de dramatique. Et c'est scandaleux, à un moment où on veut des médecins, de les écarter de la sorte en fin de première année. Enfin, c'est très bien de faire de la responsabilisation des autres corps médicaux, mais on en demande déjà beaucoup aux infirmiers.

Isabelle Lesens,

Vous avez évoqué le fait qu'un certain nombre de gens devaient prendre le train pour se faire soigner à Paris. Vous parlez de densité, ce qui renvoie au nombre de personnes. Ce que vous n'avez pas évoqué, me semble-t-il, c'est la distance à parcourir. Je pense même aux bourgs et aux petites villes pour lesquelles l'hôpital est souvent éloigné.

Guillaume Chevillard, maître de recherche IRDES

À l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) on a beaucoup travaillé sur les maisons de santé, le zonage infirmier et, plus récemment, l'impact de l'arrivée des médecins diplômés à l'étranger dans les déserts médicaux. Je vous rejoins tout d'abord sur le constat. Toutefois **égalité d'accès, ce n'est pas égalité d'offre**. Quand on fait le diagnostic, on voit qu'il ne faudrait pas pénaliser ou sous-estimer des organisations d'offres qui sont plus efficaces. Vous avez des territoires dans lesquels vous manquez de médecins, mais en réalité ils travaillent en équipe, ils ont recruté un assistant médical, ils ont une infirmière Asalée (« Action de Santé Libérale En Equipe »)⁵, ils sont dans une CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé). Ils produisent donc plus de soins avec un volume de soignants différent.

Sur les réponses, je suis plutôt sur la ligne Valletoux. Il me semble que la régulation dans ce contexte est plutôt une mauvaise solution, même si l'idée est bonne. On l'a vu avec le zonage infirmier. Il permet de réduire les inégalités territoriales, mais on est dans un contexte d'augmentation des effectifs d'infirmières libérales, on n'est donc pas dans la même situation. En fait, on n'a pas le choix à court terme. Il faut mettre le paquet sur une organisation différente avec les autres professionnels de santé.

⁵ [Asalée \(asalée.org\)](http://asalée.org)

Comment pouvez-vous penser qu'en régulant l'installation à Capbreton, à Hossegor, à La Baule, ça peut attirer des médecins à Laval ou à Guéret ? Moi, je n'y crois pas du tout. Je vous rejoins sur la formation mais c'est un levier de long terme. Comment fait-on juridiquement pour favoriser la réussite des étudiants qui viennent de zones rurales ? Est-ce qu'on crée des quotas ? Tout un pan de la littérature montre qu'il y a un lien très fort entre là où on a grandi et là où on veut exercer.

Enfin, le constat doit partir du bon diagnostic, des bonnes évaluations. Je vous ai parlé de ce qu'on a fait sur les maisons de santé, les zonages, les médecins diplômés à l'étranger, mais rien n'est fait sur le reste en termes d'évaluation. On a des bilans sur les incitations financières mais rien sur les contrats d'engagement de services publics, les bourses d'études, par exemple ; de même, sur l'attractivité de la médecine générale qui fait depuis trois ans le plein aux ECN (épreuves classantes nationales qui ont remplacé en 2004 le concours de l'internat). Il ne faudrait pas qu'une mesure de régulation mal comprise vienne rendre encore moins attractive la médecine générale.

Frédéric Valletoux

Pourquoi les médecins ne sont pas d'accord avec la proposition de Guillaume Garot ? Je vous rassure, ils ne sont pas d'accord avec les miennes non plus. Je pense qu'il y a une vraie crise du rôle et de la place du médecin libéral aujourd'hui dans notre pays. Le médecin libéral est né il y a longtemps, à la fin du XIXe siècle au moins. Les espaces de liberté sont aujourd'hui restreints. La liberté de rémunération a été très restreinte par la création de l'assurance maladie. La liberté de prescription est sérieusement encadrée. Il leur reste la liberté d'installation. Dès lors, la médecine libérale n'a de libéral que le nom puisque la société solvabilise leurs clients. Quant *au numerus clausus*, c'est une demande des syndicats de médecins dans les années 1970 pour pouvoir effectivement organiser la viabilité économique de chacun. Or, notre système est bâti autour du médecin généraliste qui doit être la porte d'entrée, celui qui suit le patient quand il va vers le spécialiste, quand il va vers l'hôpital, quand il en sort, etc. La médecine libérale a été totalement dévaluée par les médecins eux-mêmes. Ne faisaient la médecine libérale que ceux qui n'avaient pas réussi en spécialité, alors que le médecin généraliste est au contraire celui qui vous examine de la tête aux pieds. **Mais on a tellement poussé le modèle de la médecine d'organe qu'on a perdu la vue générale.** Et du coup le médecin généraliste n'est plus du tout la porte d'entrée dans le système. Donc les médecins généralistes aujourd'hui sont effectivement une profession qui est incapable de se projeter dans l'avenir. Guillaume parlait tout à l'heure des pharmaciens, ce sont eux qui ont porté la proposition de la régulation. De même pour les chirurgiens-dentistes. **Les médecins ne veulent pas rentrer dans ce débat. Ils souffrent aussi de la pauvreté des propositions** qui, depuis vingt ans, sont portées par les représentations professionnelles qui sont censées les défendre et qui sont obsédées par le montant de la consultation.

Pour aller plus vite sur la formation, je ne suis pas d'accord avec Guillaume. C'est difficile ; le système d'enseignement supérieur est un paquebot lent, on ne peut pas doubler le nombre d'étudiants du jour au lendemain, il faut des lieux de stage. C'est tout un ensemble qui doit progresser. Il y a un mieux depuis trois ans. De plus, il y a de plus en plus d'internes qui vont en dehors des CHU faire leur internat, que ce soit en médecine de ville ou dans des hôpitaux de taille moyenne. Cela est très positif, surtout quand on sait que les étudiants s'installent souvent là où ils ont été formés. Il y a de plus en plus d'étudiants qui sont envoyés dans des lieux de formation où ils n'allaient pas avant.

Sur la régulation, si je ne crois pas à la régulation de l'installation en ce moment, je crois en revanche à la régulation financière, surtout face à la montée de la financiarisation des cliniques qui, pour certaines, se concentrent sur certains actes. Par exemple, il faut savoir que, du fait de la grille des coûts de l'assurance maladie, ce qu'elle verse pour certains actes, il n'y a pas de tarif spécifique pour les infections de la bouche. Donc, dans la réalité, les cliniques traitent les dents de sagesse et les hôpitaux le cancer de la bouche. C'est un peu caricatural, mais des chiffres ont permis de le documenter. Il faut donc viser les rentes et contenir les excès de cette médecine à l'acte.

Guillaume Garot

Je reviens sur la question de l'accès aux études de médecine et comment faire autrement face aux formes de reproduction sociale sur l'origine des étudiants en médecine. C'est une des propositions que nous faisons dans le texte que nous portons et qui a permis d'enrichir celui de Frédéric. Les études de médecine sont gratuites, mais la vie étudiante est chère. Donc, oui au modèle des Ecoles normales pour les instituteurs qui a permis à toute une génération une ouverture, tout particulièrement du monde agricole, dans une forme de promotion sociale. Cela a permis de former et de répondre aux besoins de la nation. Nous proposons d'élargir le CESP (contrat d'engagement de service public). Aujourd'hui, un étudiant en quatrième année peut toucher une bourse de l'État, à condition qu'au terme de ses études, une fois qu'il est diplômé, il vienne exercer là où on a besoin de lui. Ce qui est intéressant, c'est le principe. Nous avons acté avec Frédéric, que cette bourse puisse démarrer dès la deuxième année. Dans le groupe transpartisan, il nous a paru important de réfléchir au moyen de ne pas décourager un fils de classe sociale défavorisée d'embrasser la carrière médicale. Or, la quatrième année, c'est trop loin ; il faudrait le faire dès l'après-bac. Ma logique, pour le coup, est républicaine. Et on aura d'autant moins de mal à convaincre un jeune issu d'un milieu rural de venir exercer ensuite en milieu rural. Il ne le vivra pas comme une punition. Bien sûr, il faut procéder ensuite à des évaluations.

Je veux aussi répondre à un autre argument. On me dit : avec ces positions, vous allez décourager l'exercice de la médecine générale. Mais il y a des centaines de jeunes qui voudraient devenir médecin et qui sont sabrés à la fin de la première année ! Donc, les vocations sont là, l'attractivité du métier existe toujours. Qu'on ne me dise pas que plus personne veut devenir médecin généraliste, ce n'est pas vrai. Donc je ne comprends pas en quoi la régulation serait inefficace. La régulation, c'est un principe d'organisation. Ce n'est pas autre chose. Et ce que nous disons, c'est de **stopper l'aggravation des inégalités**. Si l'enseignement ou si la sécurité étaient régis par ce type de marché auquel on ne touche pas, cette forme de libéralisme, on n'aurait pas des gendarmes partout ! On n'aurait pas non plus des enseignants partout ! À un moment donné, il y a un principe républicain d'intérêt général. Et je rejoins Frédéric pour dénoncer la pauvreté des propositions des organisations syndicales.

Nicolas Portier

Ce qui m'intéresse, dans l'approche de la proposition que vous faites, c'est de poser de bons diagnostics et de penser des réponses aux bonnes échelles. En même temps, on sent bien une petite tension sur la question du besoin de régulation. Moi, je suis un partisan de la territorialisation. En même temps, il faut que ça soit vertueux, et que des gens qui fournissent des efforts ne soient pas pénalisés par le système. Par ailleurs, le diagnostic ne peut pas se faire uniquement sur le nombre de médecins par habitant. Un tel raisonnement empêche de voir les transformations sociales à l'œuvre ainsi que d'autres phénomènes sur certains spécialistes, sur des organisations dans certains territoires ou encore sur de la surprescription. Ensuite, si on doit avoir des analyses remontantes, dans l'esprit de la proposition de loi, notamment sur l'organisation médicale, **il faut qu'il y ait de la régulation sur les nouvelles logiques de concurrence**. J'ai travaillé avec beaucoup de collectivités qui salariaient les médecins, et qui vont les chasser chez les autres. Dans certaines agglomérations, les élus vont même jusqu'à signer des chartes pour ne pas recruter le médecin d'à côté.

Par ailleurs, il y a la question du public et du privé évoquée par Frédéric. Je suis en train de travailler sur un livre portant sur la concentration dans l'économie française dans des oligopoles. Ce qui m'a le plus médusé, c'est la santé. Ce sont des **grands oligopoles qui s'étoffent progressivement**, à l'image de Ramsey et Elsan. Aujourd'hui, ces gens font des propositions extrêmement rémunératrices aux médecins, dans des secteurs comme la biologie médicale ou la radiologie.

Enfin, sur l'installation, je trouve qu'on est encore dans une vision un peu balzacienne de l'installation. Vous évoquiez le cas du patient qui doit se **déplacer** pour rejoindre un CHU, mais il y a aussi les médecins qui peuvent se déplacer. Un système ne peut-il pas être réfléchi dans ce sens ? Soit le

médecin s'installe dans un territoire, soit il est mobile et il a des obligations de service public dans des centres de santé organisés, une fois par semaine ou une fois par mois. Par ailleurs, pourquoi cette régulation ne pèserait-elle que sur les jeunes entrants ? Elle devrait s'appliquer à l'ensemble de la communauté médicale. On a abordé ces sujets uniquement sur le flux d'installation des jeunes. Et là, il y a un sentiment d'injustice par rapport à la profession actuelle.

Guillaume Chevillard

Je suis d'accord sur la nécessité de stopper la concentration, à Nice par exemple. Néanmoins, rien ne vous prouve que les médecins qui se seraient installés à Nice s'il n'y avait pas eu de régulation, s'installeraient ailleurs, dans une zone plus désertique. Ils vont s'installer à côté de Nice et vont faire ce qu'ont fait certains spécialistes quand il y avait les zones franches urbaines : ouvrir un cabinet secondaire, y aller un peu, profiter des exonérations fiscales. Mais ils n'iront pas dans les territoires les plus délaissés. La régulation limitera la concentration dans les gros pôles, **mais ça ne redirigera pas les flux significativement.**

Jean-Marc Braichet, administrateur général honoraire

J'ai travaillé pendant sept ans à l'Organisation mondiale de la santé et je voulais vous donner un regard international. La répartition des médecins sur les territoires, l'inégalité aux soins, c'est un problème largement partagé par l'ensemble des pays développés. Donc, il n'y a pas de solution parfaite. La deuxième chose, en termes de regard international, c'est **qu'il n'y a pas de système qui fonctionne sans régulation.** Il y a trois types de régulation possibles. Il y a la régulation à l'entrée en formation, c'était la voie choisie par la France avec le *numerus clausus*. Il y a la régulation de l'installation qui peut prendre différentes formes, y compris par le conventionnement ; je crois que les Allemands ont fait ça. Et puis, il y a des régulations financières comme le proposait M. Valletoux. Donc une régulation est nécessaire. Les pays qui ont essayé de s'en passer, c'est une catastrophe, notamment dans les formations car ils font face au développement d'une offre pléthorique, publique comme privée et de qualité inégale.

Sur le *numerus clausus* et la démographie médicale, je serai peut-être un peu isolé sur ce propos. On a quand même beaucoup de médecins, on en a plus que dans les années 1980-90, même en termes de densité. Quand on dit qu'on a une densité qui reste intéressante, même dans la moyenne des pays de l'OCDE, c'est qu'il y a d'autres problèmes. On l'a dit, les médecins aujourd'hui ne travaillent plus 70 heures, il y a une féminisation de la profession, etc. **Ce n'est pas seulement une question de nombre.** Il y a même des études de la Drees qui disent qu'on aura peut-être trop de médecins dans les années 2030. Le développement de l'intelligence artificielle et les robots ouvre d'autres perspectives.

Céline Pierdet, maître de conférences

Il y a un grand absent dans ce que vous associez à un désert médical, ce sont les banlieues. Par ailleurs, on a cette spécificité en France d'avoir un double système entre assurance maladie et complémentaire ou mutuelle. Je me demandais s'il y avait des études sur ce qu'on pourrait économiser en fusionnant cette prise en charge.

Gwénaél Doré

M. Valletoux, vous opposez aux mesures de régulation l'idée qu'il y a une insuffisance de la démographie médicale. Toutefois, en l'absence de mesures de régulation, est-ce qu'on ne risque pas encore plus d'assister à une concentration de l'offre médicale ?

Frédéric Valletoux

La montée en puissance des mutuelles et des complémentaires est corrélée aux restrictions de financement par l'assurance maladie sur certaines pathologies, sur la baisse des tarifs, sur les niveaux de remboursement, dans une approche de régulation par l'offre. Il y a donc l'idée de la grande sécu qui s'appuie aussi sur le constat que le monde mutualiste est un monde qui génère beaucoup de coûts de fonctionnement. On met donc dans le système de santé **des financements d'organisation, qui coûtent cher** à faire tourner. Après, là où on pourrait imaginer que les mutuelles puissent trouver une place, c'est dans le **financement de la prévention**. Un des grands enjeux de notre système de santé c'est de faire plus de prévention, **alors que ce système est bâti pour du curatif**. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024, on a encore des débats en ce moment sur le financement du sport-santé. Peut-être que le monde mutualiste pourrait financer un peu le financement de ce type de dépenses.

Sur les banlieues ou les quartiers sociaux, je suis persuadé qu'une des voies de sortie, c'est d'accepter qu'émergent des modes d'organisation différents d'un territoire à l'autre, tant que le service rendu est effectué et que les indicateurs de santé se maintiennent ou s'améliorent. Dans les quartiers nord de Marseille, c'est l'hôpital qui a repris en main la médecine de premier recours. Pourtant, l'hôpital n'est pas le lieu du premier recours, le passage aux urgences coûte plus de 2 000 euros, beaucoup plus qu'une consultation chez le généraliste. **C'est pourtant l'hôpital qui a pris en charge de remettre une offre de généralistes salariés dans les quartiers nord de Marseille, là où il n'y avait plus d'offre libérale**, notamment pour éviter une trop forte affluence aux urgences. Il y a 20 ans, les urgences étaient un petit service, c'était une porte d'entrée marginale. **Aujourd'hui, plus de 20 millions de Français passent aux urgences chaque année, ce qui a déstructuré l'hôpital**. Donc si à Marseille, c'est l'hôpital qui prend en charge la médecine de premier recours, laissons faire ça. Et ailleurs, l'organisation pourrait être différente. Il faut qu'on donne aujourd'hui la possibilité aux acteurs de terrain de s'organiser comme ils le souhaitent.

Guillaume Garot

Quelques mots pour terminer cet échange qui j'espère aura nourri vos propres réflexions. **Il faut que ce débat sur la désertification médicale et la régulation reste au cœur du débat politique général**. Je considère que ce n'est pas qu'un débat technique, c'est un vrai débat politique de fond. Il faut qu'on le maintienne à ce niveau-là. Vraiment, je fais tout pour que ce débat continue à être porté, parce qu'on a cette responsabilité vis-à-vis des citoyens. Si on n'ouvre pas des perspectives, si on n'ouvre pas un chemin vers l'avenir, ce sera catastrophique sur les plans politique, électoral, et je le crains, démocratique. Donc, c'est une question de fond qu'il faut traiter, dans le cadre, à mon sens, d'une nouvelle politique de santé. Je rejoins en tous points ce que dit Frédéric sur la place de l'hôpital, sur la question de la prévention, et plus largement, sur l'idée d'une seule santé. Comment nos politiques environnementales, comment nos politiques agricoles et alimentaires participent-elles à la santé de tous ? C'est un autre sujet, mais il croise aussi les préoccupations d'aménagement du territoire.

Documentation

ⁱ Legendre B. (2021, septembre). [Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux](#). *DREES, Études et Résultats*, 1206.

Vergier N., Chaput H., en collaboration avec Lefebvre-Hoang, I. (2017, mai). [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) *Dossiers de la DREES*, 17.

ⁱⁱ Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli, V. (2012, mars). [L'Accessibilité potentielle localisée \(APL\) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux](#). *DREES, Études et Résultats*, 795.

[Vivez-vous dans un désert médical ? \[SPALLIAN\] - data.gouv.fr : https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/vivez-vous-dans-un-desert-medical-spallian/](#)

ⁱⁱⁱ [Débats à l'Assemblée nationale : Déserts médicaux : la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins adoptée 13/06/2023 – YouTube](#)

^{iv} [.le Monde. 2023/06/15/ Déserts médicaux: les députés rejettent la régulation de l'installation des médecins](#)

^v Brunn M., Installation des médecins : en Allemagne, le système parmi les plus stricts au monde, *Le point*, 13/06/2023

[Proposition de loi n°1175 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, portée par Frédéric Valletoux](#)

[Proposition de loi, d'initiative transpartisane, portée par Guillaume Garot](#)

[UFC-que choisir attaque l'Etat pour inaction face à l'aggravation de l'accès aux soins](#)