

AVRIL 2022

CONTRE LA FIN DE LA LIBERTE
D'INSTALLATION,
JEUNES ET FUTURS MEDECINS
PROPOSENT DES SOLUTIONS



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE



Association Nationale des Étudiants
en Médecine de France

SOMMAIRE

LA COERCITION, UNE FAUSSE BONNE IDÉE	2
CONTEXTE	2
IDÉES REÇUES	3
L'accès aux soins est unidimensionnel	3
Les "déserts médicaux" sont la résultante d'une absence d'offre de médecins généralistes	4
L'inégale répartition des médecins est un problème récent et français	4
L'accessibilité aux soins, une notion simple à comprendre	5
Un village, un médecin	6
Les jeunes ne veulent pas s'installer	6
Il n'y a jamais eu autant de médecins	9
Activité des médecins, modes d'exercices et lieux d'installation	10
Adéquation aux besoins de la population	10
Les étudiants peuvent bien rendre service en s'installant dans des déserts médicaux vu que l'Etat français leur paye leurs études !	10
La contrainte sur les médecins est un remède miracle à lui seul	11
Les aides financières incitatives ne fonctionnent pas, donc il faut contraindre	13
Les IDE (Infirmiers Diplômés d'État) sont régulés sur leur installation et cela fonctionne	14
C'est la Sécurité sociale qui paye les médecins, ils sont redevables à la société et devraient s'installer là où la société le décide !	15
SOLUTIONS PROPOSÉES AVEC UN S	16
Sur l'offre de soins	16
Formation	16
Maîtrise de stage	16
Enseignement	17
Incitations financières et sociales	17
Soutien professionnel	17
Soutien personnel	18
Zonage	18
Sur la demande	19
GLOSSAIRE	21
CONTACTS PRESSE	22

LA COERCITION, UNE FAUSSE BONNE IDÉE

En période électorale, les propositions coercitives reviennent systématiquement comme la solution miracle pour résoudre le problème des “déserts médicaux”.

Nous, structures représentant les jeunes médecins en formation, remplaçants ou jeunes installés, sommes soucieuses de l'accès aux soins et conscientes de cette problématique.

L'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) s'associent pour produire un document de propositions visant à déconstruire les clichés sur l'accès aux soins et à avancer des pistes pour solutionner cette problématique.

“A force de sacrifier l'essentiel à l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel”

Edgar Morin

CONTEXTE

Le problème principal des “déserts médicaux” est le manque de médecins. Ce déficit est dû à une baisse du nombre de médecins formés, phénomène qui s'accroît ces dernières années. Cette pénurie est la résultante de décisions politiques appliquées depuis des années. Bien que prévisible, elle n'a pas été anticipée. Pour compenser le nombre de départs et dans *“l'objectif [...] de réduire les inégalités actuelles d'accès aux soins, face à des besoins, dont certains sont parfois encore mal couverts, qui s'annoncent plutôt en croissance”*, l'ONDPS¹ propose d'augmenter de 20% le nombre d'étudiants en médecine entre 2021 et 2025.

En parallèle de cela, l'accroissement et le vieillissement de la population française ont conduit à une augmentation du nombre de maladies chroniques entraînant une augmentation des besoins en soins, accentuant davantage encore le ressenti du manque de médecins.

Par ailleurs, abondamment utilisée dans le débat public, l'expression “déserts médicaux” n'a pas de vraie définition, c'est pourquoi nous préférons parler de “zones sous-dotées”. A noter, nos voisins allemands utilisent le terme plus sobre d'*Arztmangel* (manque de médecins).

La forte diminution des effectifs dans certaines spécialités, dont la Médecine Générale, le vieillissement des médecins (44% ont plus de 55 ans en 2019²), les changements des habitudes et des conditions de travail conduisent à une diminution de l'offre de soins. Le problème est donc comptable.

¹ ONDPS. [Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former \(2021-2025\)](#). Mars 2021

² OCDE. [Panorama de la santé](#). 2021

Dans son Panorama de la Santé de 2021, l'OCDE³ indique qu'en moyenne, la part de la population âgée de plus de 65 ans a presque doublé au cours des dernières décennies dans ses pays membres, passant de moins de 9 % de la population en 1960 à plus de 17 % en 2019. En France, cette proportion s'élève à 20 % en 2019. Cette augmentation devrait se poursuivre et ainsi voir passer la part de population de cette tranche d'âge de 17.3 % en 2017 à 26.7 % en 2050.

Alors même que l'espérance de vie à 65 ans a augmenté dans les pays de l'OCDE, de nombreux individus passent une grande partie de leur vie âgée dans un état de santé moyen à mauvais ce qui augmente la demande de soins.

La plupart des politiques pensent avoir la solution idéale en contraignant les médecins à s'installer ou à réaliser un service forcé en zone sous-dotée afin de répondre à l'urgence. Or, la solution n'est ni simple, ni unique. En atteste le dernier rapport de la DREES de décembre 2021 : oui, il faut agir ! Agir maintenant sur plusieurs leviers, de manière concomitante et prolongée dans le temps.

*L'importance d'une **politique globale, adaptative et au long cours**, est soulignée par tous les rapports internationaux⁴.*

Une contrainte d'installation immédiate est le contraire de cette vision d'ensemble. En pensant, à court terme, régler une répartition inchangée depuis 1986⁵, cette proposition ne mesure pas les conséquences (in)attendues d'une telle coercition sur une population déjà en souffrance⁶ : arrêt et baisse d'attractivité des études médicales, déconventionnement et dégoût de la médecine libérale, émigration dans les pays voisins, changement de spécialité au détriment de la Médecine Générale, marchandisation des patientèles, mal-être, burn-out, suicides...

Si l'enjeu politique est une égalité de la santé entre les territoires, pourquoi s'arrêter à une action unique plutôt qu'une politique globale de réduction des inégalités sociales de santé?

IDÉES REÇUES

L'accès aux soins est unidimensionnel

A en croire les politiques, il suffirait d'utiliser la coercition pour répondre à la problématique d'accès aux soins de 8 millions de personnes. Ainsi, l'accès aux soins serait un problème de répartition des médecins et donc d'accessibilité géographique.

En réalité, l'accès aux soins est pluridimensionnel (*Penchansky et Thomas, 1981⁷*) et comprend la disponibilité de l'offre, la commodité, l'accessibilité géographique, la faisabilité financière et l'acceptabilité des soins.

³ Organisme de Coopération et de Développement Économiques

⁴ DREES. [Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques](#). Décembre 2021

⁵ E. Vigneron, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé, 2013/1 (n° 38), p. 41-53

⁶ ISNAR-IMG, ISNI, ANEMF. [Enquête santé mentale des jeunes et futurs médecins](#). Octobre 2021

⁷ R Penchansky, JW Thomas. [The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. 1981](#)

Dans un contexte de pénurie de médecins, les obliger à aller dans les zones sous dotées revient à “déshabiller Pierre pour habiller Paul” et cela ne répond pas à la pluridimensionnalité de l'accès aux soins.

Les “déserts médicaux” sont la résultante d’une absence d’offre de médecins généralistes

Les “déserts médicaux” sont un concept politique ne répondant pas à une définition précise, c’est un concept binaire, peu nuancé, correspondant à une réalité multiple de situations qui concernent plusieurs types de soins, d’inégalités et d’accès aux soins. Cela représente un phénomène complexe aux causes plurielles : raréfaction globale de l’offre de services publics, comportements d’installation des médecins, inégalités territoriales d’offres, fractures territoriales plus larges avec le dépeuplement, attractivité, emploi, accès aux services...

Ce terme est donc galvaudé, simplifiant à l’extrême un constat global compliqué.

Ainsi, les zones sous dotées comprennent des zones rurales, des zones périurbaines, des villes moyennes en déclin et les zones pauvres des grandes agglomérations. Dès 2002, le lien entre politique de la ville et zones sous dotées est établi⁸ (Lebas, 2002).

L’inégale répartition des médecins est un problème récent et français

L’inégale répartition géographique des médecins est un fait ancien, elle existe depuis 1866 !

Elle est difficile à saisir car elle varie à différentes échelles (régions, départements, cantons, territoires de vie). Le point de vue géographique est donc important.

Ainsi, l’instauration du numéris clausus a permis de réduire les disparités aux départements, notamment dans les aires urbaines des villes où siège une faculté de médecine alors que l’initiative visait un rééquilibrage régional.

Elle existe dans tous les pays du monde et ne correspond pas à une simple densité médicale. L’Allemagne a mis 23 ans à comprendre qu’il fallait ajuster sa régulation sur un ratio patients/médecins par un facteur démographique tenant compte de la part de la population âgée et de ses besoins en soins⁹.

De plus, en Allemagne, alors que le nombre de médecins pour 1 000 habitants est supérieur à la moyenne de l’OCDE (4,4 versus 3,6), la répartition géographique des médecins diffère selon les Länder, ainsi qu’entre les zones urbaines et rurales¹⁰.

Certains pays ont également bien plus que la France recours aux médecins ayant été formés à l’étranger : c’est le cas du Canada, du Royaume-Uni et de l’Irlande, où près d’un quart à plus d’un tiers des médecins sont formés à l’étranger¹¹. Ils s’appuient notamment sur d’autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible.

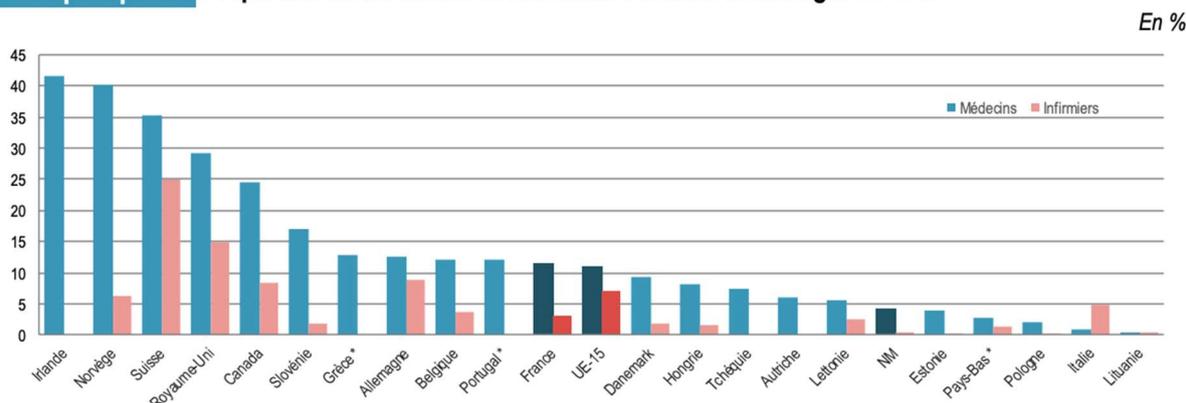
⁸ E.Vigneron. [Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français](#). 2013

⁹ DREES. [Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques](#). Décembre 2021

¹⁰ OCDE. [Panorama de la santé](#). 2021

¹¹ DREES. [Les dépenses de santé en 2020](#). Septembre 2021

Graphique 2 Proportion de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger en 2018



* Données 2017.

Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Les démographies et les territoires sont différents, ce qui peut rendre la comparaison complexe : au Québec par exemple, la densité dans le nord du territoire est de 0,1 habitant / km². Inutile donc de préciser que les problématiques d'isolement, d'éloignement et d'accès aux soins prennent ici un sens plus complexe encore. De plus, le recours au médecin généraliste varie selon les pays, ainsi que le tarif de la consultation générale et son adaptation selon les actes réalisés ou la pathologie rencontrée, le reste à charge...

Aucun pays n'a réussi à régler cette inégale répartition, encore moins dans un contexte de pénurie globale de médecins.

L'accessibilité aux soins, une notion simple à comprendre

L'accessibilité aux soins a varié au cours du temps allant de la disponibilité de l'offre (densité, distance) à l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) créée en 2012, mise à jour en 2017.

Concernant la disponibilité de l'offre, par exemple, elle ne prend pas en compte la proximité des médecins généralistes, ni les caractéristiques de la population. Ainsi, parler de densité médicale d'un territoire et la comparer à un autre n'a pas beaucoup de sens, puisque ces caractéristiques varient.

En 2015, 84% de la population vivait dans une commune avec un médecin généraliste et 98 % de la population était à moins de 10 minutes d'un médecin généraliste¹².

L'Accessibilité Potentielle Localisée a été créée comme un indicateur au niveau communal, prenant en compte le niveau d'activité en Équivalent Temps Plein (ETP) de médecins généralistes libéraux, la distance d'accès aux médecins généralistes libéraux, la structure par âges de la population. Cet indicateur évolue et il est utilisé pour définir des zones prioritaires selon un seuil choisi (actuellement, les zones d'APL inférieure à 2.5 consultations / an / habitant).

¹² H.Chaput. [Désert médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) Mai 2017

L'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a été plus loin en construisant une typologie des espaces français pour cibler les espaces cumulant des fragilités¹³. Ils ont ainsi défini six types de territoires selon l'offre de soins, la population et l'attractivité du territoire.

Ils ont ainsi montré que les espaces ruraux en dépeuplement entre 1999 et 2009 comprennent des populations plus fragiles, un plus fort éloignement aux services et villes, une plus forte érosion de l'offre de médecins généralistes libéraux qui devrait perdurer montrant le lien entre dépeuplement et désertification médicale dans ces espaces.

On voit donc l'intérêt des approches plurielles avec la typologie des territoires et l'APL. De plus, la raréfaction de l'offre de médecins généralistes libéraux affecte tous les territoires et davantage des territoires qui sont déjà fragilisés (marges rurales ou espaces défavorisés) mais également les villes et centres.

L'accessibilité des soins décrite ci-dessus ne concerne que les médecins généralistes, cependant les soins comprennent les autres spécialités et les autres professions de santé (Sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes). Il faudrait aller au-delà de l'analyse mono professionnelle qui peut fausser le constat et le niveau de l'accessibilité aux soins.

Le constat et le niveau d'accessibilité peuvent être altérés à n'être considérés que par le seul prisme de la Médecine Générale.

Un village, un médecin

Le médecin de famille, figure emblématique du village, corvéable à merci, est une image d'Epinal régulièrement agitée devant "l'ingratitude" de la nouvelle génération. C'est oublier que la médecine et ses pathologies se sont complexifiées au fil des années, que la file active de patients d'un médecin n'a eu de cesse de s'allonger et que les aires urbaines sont plus étendues que les bourgs de jadis...

Occulter les aspirations des jeunes médecins n'est plus une réalité envisageable. Nous aspirons à travailler en groupe, en exercice coordonné, et non de manière isolée ; nous aspirons à trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, à avoir accès à des services publics, tout comme la population générale¹⁴.

Cela n'est d'autant plus possible dans un contexte de raréfaction globale de l'offre de soin. Les patients veulent un médecin de confiance sur le long terme avec des soins de qualité.

Les jeunes ne veulent pas s'installer

Dans l'enquête SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) de l'ISNAR-IMG¹⁵, près de 82% des répondants envisageaient une installation en Médecine Générale ambulatoire sans différence significative entre les deux groupes (dernière année d'internat ou internat fini), et 36% prévoient de s'installer dans les trois ans après la fin de leur internat.

¹³ G.Chevillard. [Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français](#). 2018

¹⁴ H.Chaput. [Difficultés et adaptations des médecins généralistes face à l'offre de soins locale](#). Janvier 2020

¹⁵ ISNAR-IMG. [Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes](#). Exemple du stage SASPAS. Janvier 2020

Concernant les lieux d'exercice envisagés par les répondants ayant un projet d'installation en Médecine Générale ambulatoire, 63% d'entre eux choisissaient un exercice en zone semi-rurale, 20% réfléchissaient à s'installer en zone rurale et 17% en zone urbaine.

95% des répondants voulaient un exercice groupé, dont 54% en cabinet de groupe et 41% en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Enfin, en ce qui concerne l'activité envisagée, 66% retenaient un mode d'exercice libéral exclusif et 32% un exercice mixte.

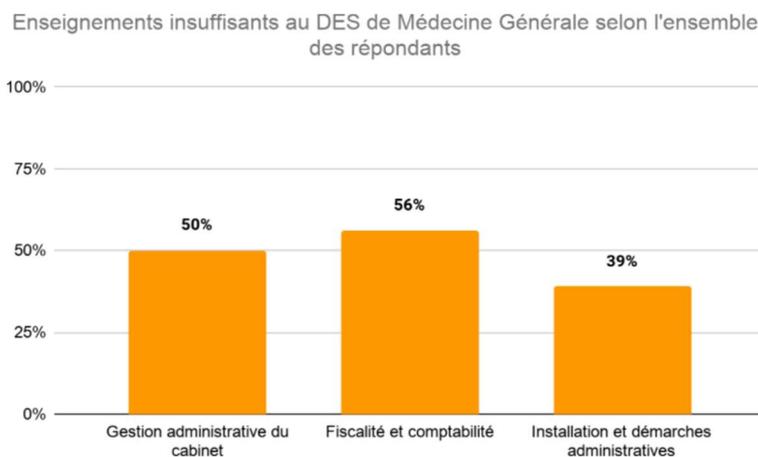
Dans l'étude Remplact 3¹⁶ de ReAGJIR réalisée en 2016, les remplaçants avaient, pour un tiers d'entre eux, une activité mixte. 79% des remplaçants avaient un projet d'installation entre 6 mois et 5 ans.

Forcer et imposer un turn-over de jeunes médecins dans certains territoires pourrait conduire à une démotivation de la part des médecins et des patients, ainsi qu'à une baisse de la qualité des soins.

Ainsi, si la majorité des jeunes médecins souhaitent s'installer, l'installation reste toutefois un sacerdoce actuellement et peu de territoires ont mis en place une vraie politique d'installation avec des démarches unifiées et simples. Entre l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales), la CARMF (Caisse de Retraite des Médecins de France), la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), le département, la commune et le CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins)... les acteurs sont multiples. Certains interlocuteurs ont entrepris de les unifier dans un guichet unique, cette initiative est malheureusement trop peu étendue sur les territoires.

Les nombreuses aides des territoires proposées par les intervenants cités plus haut sont également victimes d'un éclatement de communication ne permettant pas de faciliter l'installation.

La difficulté à naviguer entre ces dispositifs est encore exacerbée par la faible sensibilité à l'exercice libéral exclusif. Entretenus par une sur-affectation des jeunes médecins dans les hôpitaux au cours de leur cursus, où ils rencontrent majoritairement un exercice salarié hospitalier ; et couplés à un manque de formation global à la gestion du cabinet, mais également du management d'entreprise que requiert l'exercice libéral ; les freins sont nombreux pour l'installation des jeunes.



L'âge moyen d'installation libérale est de 34 ans (CNOM, 2019)

¹⁶ ReAGJIR. [Étude Remplact 3](#). Octobre 2016

Les déterminants de l'installation des médecins dépendent de nombreux facteurs:

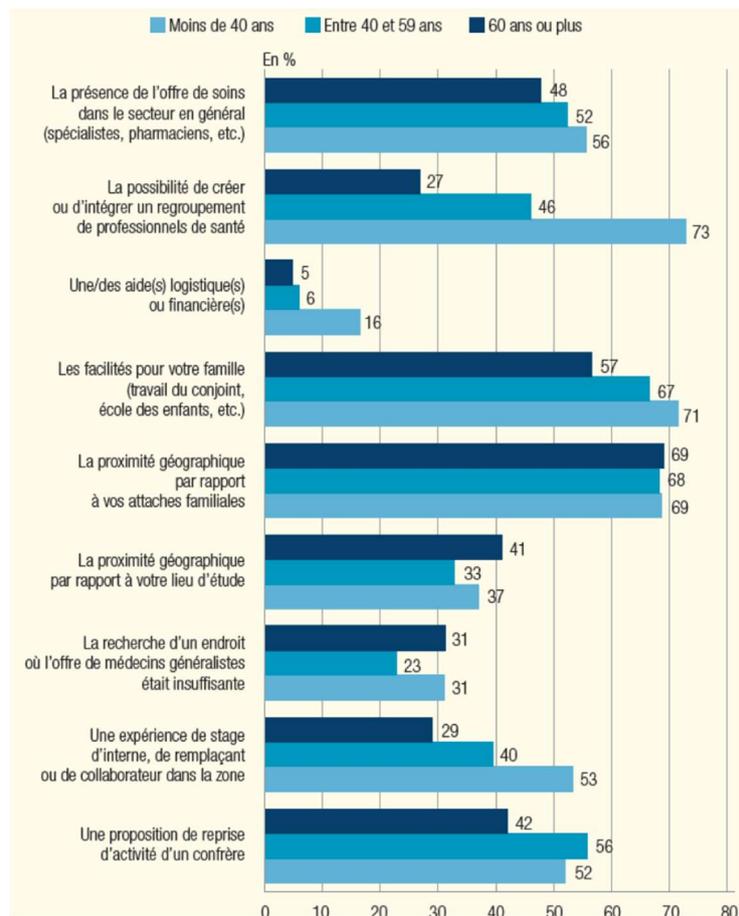
- Le cadre de vie,
- Les modes d'exercice possibles,
- Les revenus et protection sociale potentiels,
- Les conditions de travail,
- Le prestige et la reconnaissance,
- L'origine et l'expérience.

Ces critères sont connus et pourtant ils ne sont pas ou peu utilisés dans l'installation des jeunes médecins, notamment dans les zones sous dotées.

“On a tout fait et cela ne marche pas, il faut contraindre maintenant”.

Non, tout n'a pas été fait pour inciter les médecins à s'installer dans les zones sous dotées comme veulent le faire croire certains politiques.

Les motivations à s'installer des médecins:¹⁷



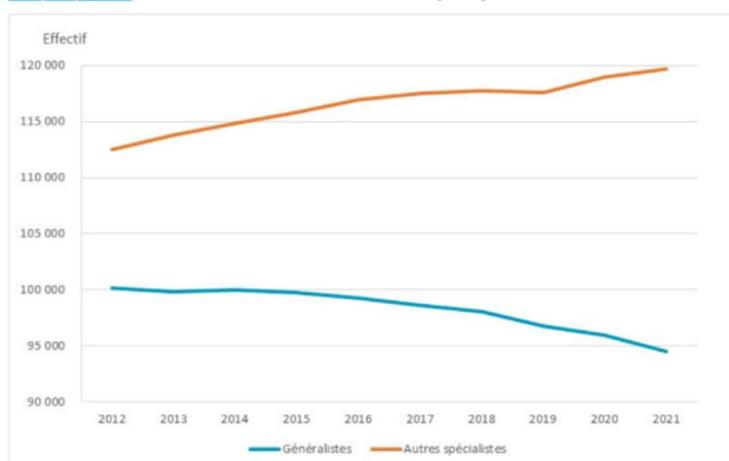
¹⁷ H.Chaput. [Difficultés et adaptations des médecins généralistes face à l'offre de soins locale](#). 2020

Il n'y a jamais eu autant de médecins

La France est en-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE¹⁸, avec 3,2 médecins pour 1 000 habitants en 2019 (3,6 en moyenne au niveau de l'OCDE).

Le rapport de la DREES de mars 2021¹⁹ fait état d'un nombre absolu de 214 200 médecins de moins de 70 ans en activité au 1er janvier 2021. Cet effectif total est globalement stable depuis 2012.

Graphique 7b • Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021



Cependant, ce chiffre ne tient pas compte de plusieurs caractéristiques :

Médecine Générale

Tout d'abord l'effectif de médecins généralistes est en diminution depuis 2012, alors que celui des médecins d'autres spécialités est en augmentation.

De plus, l'attractivité de la Médecine Générale n'a pas été toujours présente. En effet, tous les postes de Médecine Générale ne sont pourvus lors des Examens Classants Nationaux informatisés (ECNi) que depuis 2020, soit ces deux dernières années. Enfin, une diminution de l'attractivité libérale est constatée.

Démographie médicale

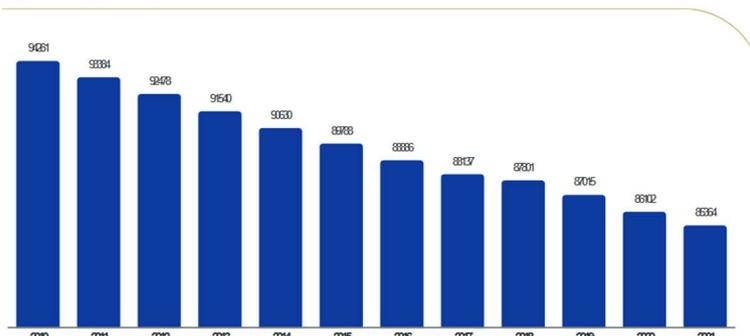
Avec le départ en retraite des médecins de la génération du baby-boom, le nombre de départs n'est pas compensé par les entrées de nouveaux médecins. Ainsi, la population des médecins généralistes diminue d'environ 1 000 professionnels par an alors que celle des autres spécialités augmente de presque le même nombre.²⁰

¹⁸ OCDE. [Panorama de la santé](#). 2021

¹⁹ DREES. [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques](#). Mars 2021

²⁰ CNOM. [Atlas de la démographie médicale en France](#). Janvier 2021

Figure 11. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010



D'après nos analyses et le calcul du taux de croissance moyen annuel, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins généralistes en activité régulière (Figure 12).

Activité des médecins, modes d'exercices et lieux d'installation

Les jeunes médecins aspirent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle :

- Le lieu d'installation est dépendant souvent des attaches familiales, mais également de l'emploi du conjoint / de la conjointe.
- Les modes d'exercice changent et on ne peut décemment reprocher aux médecins d'aujourd'hui de ne vouloir travailler "que" 50 heures par semaine²¹ quand la majorité de la population travaille 35 heures par semaine. Les moins de 50 ans passent 41 heures et 30 minutes auprès de leurs patients en moyenne contre 46 heures et 30 minutes pour les plus de 50 ans ; sans compter 7 heures et 30 minutes pour d'autres tâches (gestion, coordination, formation, comptabilité) par semaine. Ce temps de travail est stable depuis 2014. Enfin, en raison des facilités d'organisation que permet le regroupement, mais également de la possibilité de discuter de patients et de proposer une meilleure prise en charge, l'exercice à plusieurs est plébiscité par les jeunes médecins.

Adéquation aux besoins de la population

Prendre en compte un nombre absolu de médecins revient à occulter les besoins de santé et l'accroissement de la population. En effet, la population française a également augmenté, nous sommes aujourd'hui 10 millions de plus qu'en 1990, avec une population plus âgée, qui nécessite par conséquent des soins plus importants et chronophages (pathologies chroniques en augmentation, problématiques de maintien à domicile difficile, ...).

Les étudiants peuvent bien rendre service en s'installant dans des déserts médicaux vu que l'Etat français leur paye leurs études !

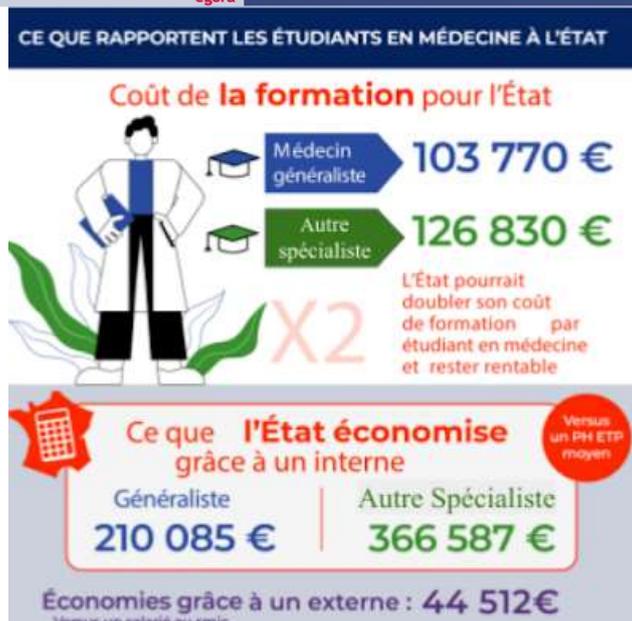
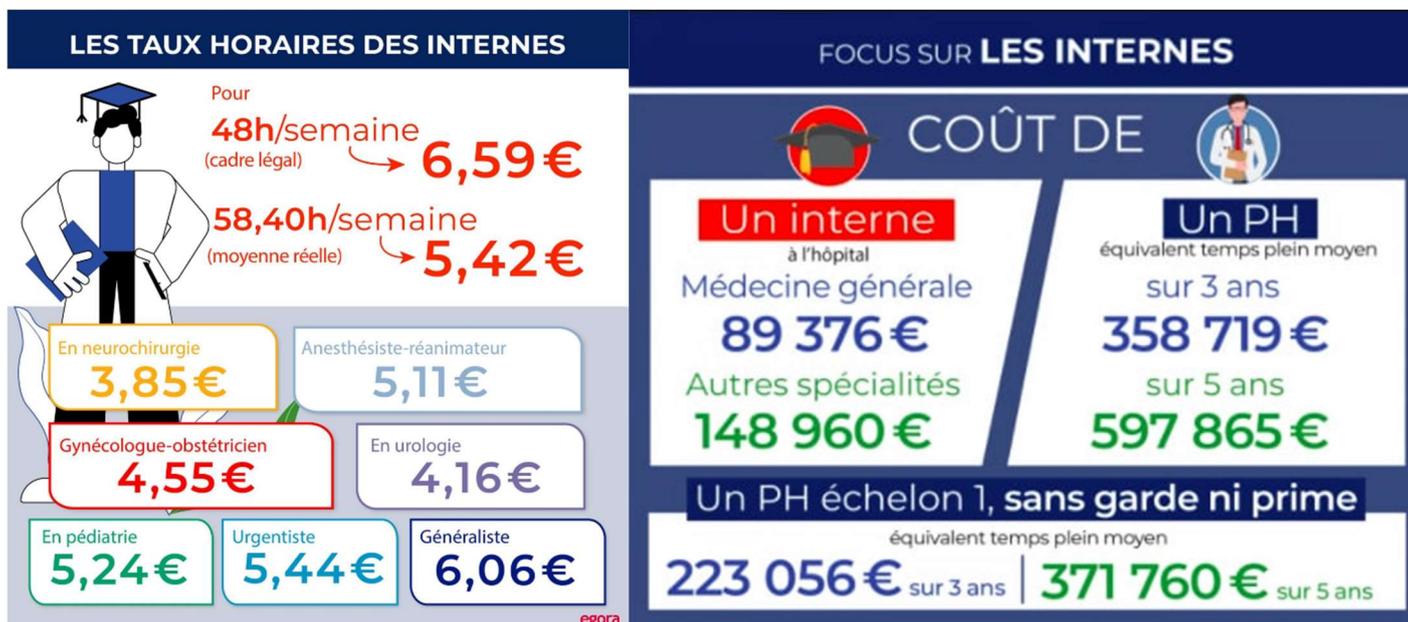
L'État paye les études de tous les étudiants français inscrits en université²².

Un étudiant en médecine est payé entre 260 € bruts/mois (soit 199 € nets en 4^{ème} année, travail à mi-temps) et 2 256 € bruts/mois (soit environ 1 736 € nets, pour une base horaire de 48h/semaine

²¹ H.Chaput. [Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine](#). Mai 2019

²² ANEMF. Étudiants hospitaliers : Précarité statutaire et financière. Octobre 2019

dépassée dans plus de la moitié des cas) en 11ème année. Ainsi, selon la dernière enquête réalisée par Egora²³, l'emploi d'un interne permet des économies de plus de 100 000 euros par interne sur 3 ans et plus d'un milliard en comptant tous les internes toutes spécialités confondues.



La contrainte sur les médecins est un remède miracle à lui seul

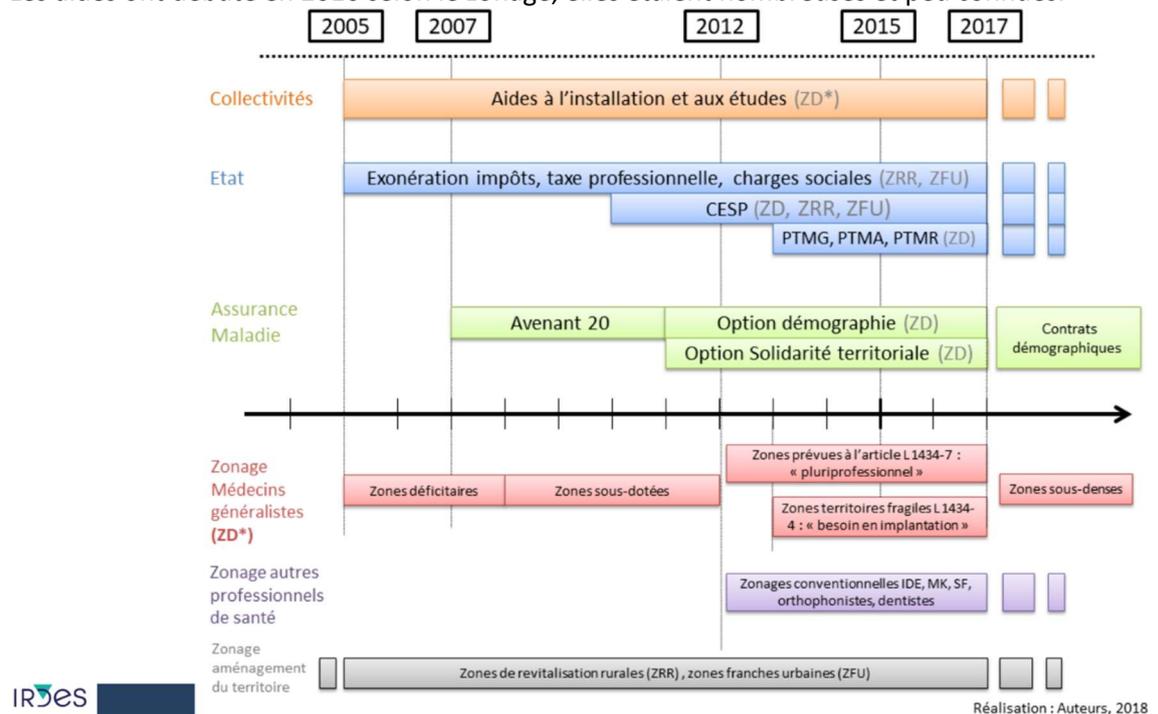
Les solutions doivent être multiples, aucune ne fonctionne seule²⁴. Les politiques ayant permis une amélioration de la répartition médicale cumulent souvent de très nombreux dispositifs, avec une majorité d'incitation et peu de mesures coercitives. Si celles-ci sont appliquées, c'est toujours avec une forte incitation complémentaire sur la zone concernée.

²³ M.Jort. [Externes, internes : les étudiants en médecine rapportent des centaines de milliers d'euros à l'État](#). Egora. Janvier 2022

²⁴ DREES. [Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques](#). Décembre 2021

Les aides financières incitatives ne fonctionnent pas, donc il faut contraindre

Les aides ont débuté en 2010 selon le zonage, elles étaient nombreuses et peu connues.



Le CESP (Contrat d'Engagement au Service Public), quant à lui, date de 2010. Il s'agit d'un contrat permettant aux étudiants en médecine de bénéficier d'une rémunération brute mensuelle de 1 200€ durant leurs études, en échange de quoi ils s'engagent à exercer dans un territoire en tension pendant un nombre d'années équivalent au versement de cette prime.

Cependant, d'après l'enquête réalisée en 2019 par l'ANEMF et l'ISNAR-IMG²⁵, celui-ci présente bon nombre de défauts, et notamment l'absence de suivi des signataires. En effet, "parmi les répondants ayant signé leur CESP au cours des premier et deuxième cycles des études médicales, la grande majorité (78,2%) déclarait ne pas avoir eu de référent d'accompagnement. Pour ceux qui déclaraient en avoir un, moins de 20% d'entre eux le rencontraient régulièrement. [...] La tendance était la même au cours de l'internat. L'absence de référent y était encore plus marquée (81,2%)."

Cette enquête démontre que ce contrat reste à améliorer et surtout qu'il ne remplit pas sa fonction première : aider et accompagner un étudiant dans un projet professionnel visant à s'implanter dans un territoire déficitaire. Plus de ¾ des étudiants ne disposent pas d'un accompagnement ce qui a un impact pour la concrétisation de leur projet professionnel et leur ancrage territorial.

Les aides ne suffisent pas à elles seules et sont difficiles à évaluer²⁶. Il faut du temps pour valoriser de telles incitations et les coupler à d'autres mesures. De plus, elles émanent de différents acteurs sans coordination ni cohérence et sans être centralisées à un point unique plus visible et facile d'accès pour les futurs professionnels.

Croire que seules les aides financières influencent le comportement des médecins est simpliste et réducteur. Les médecins ont des motivations externes et internes à réaliser leur métier.

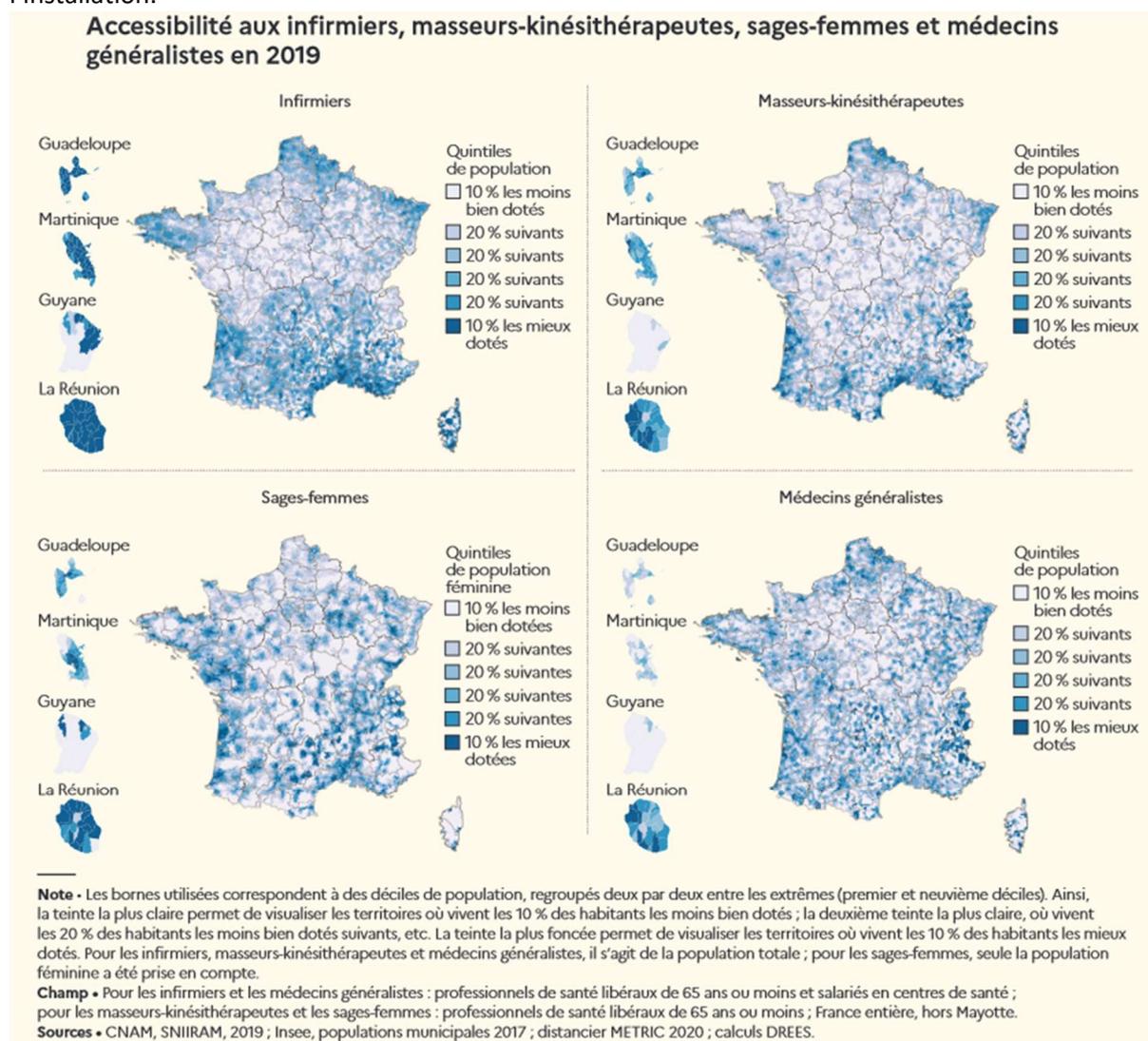
²⁵ ANEMF, ISNAR-IMG. Résultats de l'enquête CESP. Avril 2019

²⁶ DREES. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Décembre 2021

Les IDE (Infirmiers Diplômés d'État) sont régulés sur leur installation et cela fonctionne

Il existe un zonage conventionnel pour les IDE. Cette contrainte s'inscrit dans une dynamique différente avec une augmentation croissante des effectifs IDE. Elle limite les installations en zones sur dotées mais profite surtout aux zones intermédiaires²⁷.

Ainsi, comme montré sur ces cartes comparatives entre le zonage conventionnel des médecins et des infirmiers, ces mesures de régulation n'ont pas eu d'effet sur les déserts infirmiers : la majorité des nouvelles installations a lieu en périphérie des zones sur dotées au niveau infirmier et non pas dans les zones très sous dotées. On constate par ailleurs les mêmes soucis de répartition²⁸ pour les sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes, professions libérales également soumises à une régulation à l'installation.



Les pays européens où le conventionnement sélectif ou l'obligation d'installation existe ont résolu le problème des déserts médicaux.

²⁷ J-N. Cardoux, Y.Daudigny. [Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées](#). 2017

²⁸ DREES. [Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux](#). Septembre 2021

Le conventionnement sélectif vise à restreindre la possibilité de signature de la convention entre le médecin libéral et l'Assurance Maladie aux seules situations de cessation d'activité d'un autre médecin exerçant dans la même zone.

Dans les pays européens voisins, le tarif de la consultation de Médecine Générale est au minimum du double de celui actuellement pratiqué en France. Pourtant le prix plus élevé des consultations dans les autres pays n'empêche pas un exercice déconventionné. Actuellement, selon la DREES, 4% des médecins en Allemagne sont déconventionnés²⁹.

Cette proportion est plus faible pour le moment en France mais pourrait fortement augmenter en cas de conventionnement sélectif, créant une médecine à deux vitesses, permettant aux plus aisés d'accéder rapidement aux soins alors que les plus démunis devraient se répartir encore sur une plus petite proportion de médecins. Seule la solidarité nationale y perdrait.

C'est la Sécurité sociale qui paye les médecins, ils sont redevables à la société et devraient s'installer là où la société le décide !

La Sécurité sociale n'est pas obligée de payer les médecins et aujourd'hui, celle-ci ne peut nullement empêcher un médecin d'exercer la médecine au tarif qui lui convient (l'exercice étant soumis à l'approbation de l'Ordre des Médecins). Ainsi, la convention médicale actuelle permet une rémunération des médecins mais ne s'impose pas forcément à eux car ils ne sont pas obligés de la signer. C'est bien la société qui serait perdante en cas de déconventionnement des médecins.

Par ailleurs, la signature de la Convention ne permet pas uniquement de définir le tarif des médecins, mais entraîne en échange un certain nombre de devoirs de la part des médecins (honoraires limités et non libres, pratiquer la dispense d'avance de frais dite tiers-payant, accepter de nouveaux patients en médecin traitant, assurer la permanence des soins le soir et le week-end, etc), avec possibilité de sanctions en cas de non-respect de ladite Convention.

Enfin, le financement par la Sécurité sociale permet également de laisser le libre choix aux patients de leurs médecins. Dans certains systèmes de santé, notamment au Royaume-Uni, les assurances maladie imposent aux patients une liste de médecins à consulter, et ne remboursent pas les prises en charge faites en dehors de ces parcours de soins fléchés.

²⁹ DREES. [Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques](#). Décembre 2021

SOLUTIONS PROPOSÉES AVEC UN S

Ces solutions s'articulent ensemble.

Sur l'offre de soins

Formation

- Introduire une **formation au management** et à la **gestion** dans la formation théorique des étudiants, afin de les armer à leurs futures responsabilités et qu'ils se sentent aptes à y faire face. Ces formations devront être effectuées par des professionnels des sujets.
- Faire connaître les **démarches** et les **aides à l'installation** au cours des études, favoriser le développement de **structures d'accompagnement** à l'installation.
- Favoriser la **diversification des profils** : mener une vraie politique d'orientation et d'accompagnement (**financier et humain**) en amont de l'entrée en études de médecine afin d'avoir des promotions d'étudiants représentatives des territoires et des différents milieux sociaux et donc susceptibles d'être intéressées par une large variété de types d'exercice (aux Etats-Unis, les étudiants issus de milieux ruraux sont la cible de politiques incitatives depuis de nombreuses années, d'autres pays comme la Norvège ou le Canada ont également pris des initiatives pour inclure dans les formations médicales plus d'étudiants originaires de régions rurales sous-médicalisées. L'Australie en a même fait le cœur de sa stratégie, en imposant aux facultés de médecine un objectif de 25 % d'étudiants d'origine rurale). Imposer des quotas à l'entrée des facultés n'a cependant pas été retenu comme l'une de nos propositions, les politiques incitatives financières et communicationnelles doivent être déployées de prime abord.
- **Décentraliser la formation** avec la création de facultés de médecine rurale (exemple à Lorient et Pontivy, James Cook University en Australie). En conservant des formations qualitatives adaptées aux formations (personnels universitaires...)
- **Dématérialisation** en partie de la formation afin de permettre plus de souplesse dans le développement des stages en périphérie des grandes villes universitaires.
- Donner les **moyens** aux étudiants de se rendre dans les territoires : majoration de l'**indemnité transport**, création d'**hébergement territorial** pour les étudiants en santé (**HTES**).
- **Décloisonner** la formation interprofessionnelle dans l'enseignement supérieur afin de favoriser une collaboration dès la formation initiale et apprendre une culture d'**exercice coordonné**.

Maîtrise de stage

- **Augmenter le nombre de maîtres de stage ambulatoires** de toutes les spécialités, notamment dans les zones sous dotées.
- Accompagner les médecins à devenir **MSU**, notamment en zones sous dotées.
- Favoriser la **formation continue** à la maîtrise de stage pour renouveler ses compétences et ses connaissances (indemnisation de la formation et du déplacement).
- Permettre une réelle **prise en charge des visites à domicile** pour les internes, soit via des indemnités kilométriques sur le même système que celui utilisé par les professionnels libéraux, soit via la création d'une indemnité forfaitaire mensuelle. Les internes ne devront en aucun cas être mis dans l'obligation de réaliser des visites à domicile avec leur véhicule personnel.

Enseignement

- **Doubler le nombre d'enseignants** de Médecine Générale. Cette discipline, malgré le fait qu'elle concerne la moitié des étudiants en médecine, a actuellement le plus faible ratio enseignant/étudiant.
- Augmenter le pool d'**enseignants financés par les collectivités territoriales** (Chefs de Clinique Territoriaux).

Incitations financières et sociales

- Développer les **bourses** et améliorer le **suivi** (CESP, aides des territoires pour inciter des étudiants dès le lycée et en début d'études).
- Développement du **Contrat de Début d'Exercice** (CDE): contrat **unique** et connu pour favoriser l'installation, mis en place en mars 2021.
- Défisicalisation : Favoriser le développement des **zones de revitalisation rurale**.
- Diversification et **choix d'exercice professionnel** : certaines études ont montré que les jeunes générations de médecins étaient plus attirées par un revenu prédictible et mixte. L'activité principale à l'acte ne convient plus aux jeunes médecins, ne répond pas aux besoins de la population et à l'exercice pluriprofessionnel. Le choix de paiement en fonction des préférences des jeunes médecins pourrait augmenter le recrutement et le maintien dans certaines spécialités, notamment clinique comme la Médecine Générale³⁰. Réfléchir et faire évoluer le système de rémunération des médecins vers une mixité et une diversification (salarial, capitation, acte, performance, forfait).
- Ajouter une **rémunération complémentaire** si l'exercice principal ou complémentaire se fait en zone sous dense (ROSP pour les remplaçants exerçant en zone sous dotée, prise en charge des frais de transport pour l'exercice en zone sous dotée, valorisation de la rémunération, défiscalisation).
- Intégrer les territoires et acteurs locaux : Augmenter les possibilités des **territoires** d'accompagner les professionnels de santé et leur famille, en prévoyant un accompagnement financier et social dès le lycée pour certains étudiants ruraux, pour les étudiants en médecine puis dans leur exercice. Augmenter les **possibilités de salarial** des professionnels de santé, secrétaires médicales et assistantes médicales par les territoires.

Soutien professionnel

- Simplifier les démarches à l'installation via un **guichet unique** identifiable facilement.
- Renforcer le CESP : améliorer l'accompagnement, prévoir un référent pour tous les signataires, qui suit les étudiants tout au long de leurs études, et les aide à affiner leur projet professionnel. Nous demandons que la souscription du CESP soit de nouveau possible dès le premier cycle.
- **S'organiser collectivement** : Favoriser le développement des ESP, ESCAP, MSP, Centres de santé, CPTS avec les professionnels du territoire³¹. Exemple d'action : les CPTS pourraient

³⁰ Abelsen B et Olsen J. Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits. 2015

³¹ ESP : Equipe de soins primaires ; MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ; ESCAP: Equipe de soins coordonnée autour du patient

travailler à la création d'un protocole standardisé d'admission directe en milieu hospitalier, afin de faciliter les démarches sans passage aux urgences.

- S'appuyer sur les autres professionnels de santé et développer les **protocoles pluri-professionnels**.
- Développer **l'exercice professionnel partagé ville-hôpital**.
- Favoriser **l'accès direct entre les professionnels hospitaliers et les médecins généralistes**, de façon à faciliter les hospitalisations directes et les avis spécialisés.
- **Libérer du temps médical** en s'appuyant sur des acteurs déjà existants tels que les infirmiers en pratiques avancées (IPA), les infirmiers ASALEE (Action En Santé Libérale En Équipe), les assistants médicaux en les développant et apportant l'aide nécessaire dans les territoires demandeurs.
- Aider le **remplacement en zone sous dotée** (en termes d'organisation et de financement de remplacements pour permettre les absences de praticiens).
- Faciliter la **formation médicale continue** en donnant accès au développement professionnel continu (DPC) dès le début de l'exercice professionnel et pour tous les modes d'exercice (compensation de la perte de revenus, prise en charge des frais de transport).
- Renforcer le **tutorat et accompagnement de carrière** (bilan de compétences).
- Anticiper la **retraite** (cumul emploi-retraite) et aménager les conditions de travail pour les médecins séniors.
- Garantir la **prise en charge financière du secrétariat** si installation en zone sous-dense ou la mise à disposition d'un secrétariat financé et géré par le territoire dégageant ainsi la charge de management du professionnel.
- Repenser les territoires / **bassins de vie** : la loi relative au développement des territoires ruraux offre la possibilité aux collectivités territoriales d'appliquer de grandes mesures financières. Elles portent sur des aides à l'installation et une prise en charge des frais d'investissement et de fonctionnement (mise à disposition de locaux et de logement, versement de primes à l'installation ou à l'exercice...). L'environnement du territoire lui-même et la qualité de vie qui y est attendue sont aussi déterminants. La présence de **services, d'infrastructures, d'opportunités professionnelles** pour le conjoint, d'**activités culturelles ou récréatives** conditionne l'attractivité des territoires. Les territoires pourraient aussi aider humainement et financièrement les professionnels de santé dans leur exercice.

Soutien personnel

- Apporter un **soutien pour la famille**, adapté au cycle de vie (logement, emploi du conjoint, place en crèche), VRAI guichet unique tenant compte des problématiques personnelles (Présence Médicale 64 ; Plan Santé Vosges ; GIP-ProSanté 37...)
- Apporter des actions pour améliorer la **santé** et le **bien-être psychologique** des médecins et de leur famille.

Zonage

- Définir un **zonage** en tenant compte de tous les professionnels de santé de premier recours **actualisé tous les ans**.
- Augmenter le nombre de **ZRR** (Zones de Revitalisation Rurale) et de **ZFU** (Zones Franches Urbaines).

Sur la demande

S'il est important d'agir sur l'offre de soins, il est également important d'agir sur la demande de soins qui augmente d'année en année avec le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et l'impact de l'environnement sur la santé.

Il faut agir sur la source et les causes des problèmes de santé en amont, ne plus réfléchir uniquement sur le "care".

En 2019, dans les pays de l'OCDE, plus de 3 millions de décès prématurés auraient pu être évités chez les patients de 75 ans par un effort de prévention et de soins. Cela représente plus d'un quart du nombre total de décès. On estime à 1,9 millions le nombre de décès qui auraient pu être évités grâce à une prévention efficace.

Ainsi, de nombreuses maladies chroniques sont évitables en modifiant des facteurs de risque majeurs comme le tabagisme, l'alcool, l'obésité et l'inactivité physique.

Une bonne santé mentale est également essentielle pour mener une vie saine.

Enfin, il est urgent d'agir sur les causes et les conséquences du changement climatique, responsable de dégradation de l'état de santé et de décès.

- Intégrer un **module d'éducation à la santé** : éducation de la population sur les motifs de consultations, de recours aux médecins, de demande de certificats. En médecine libérale, les conditions d'exercice deviennent de plus en plus difficiles, en raison notamment du consumérisme ou du mésusage médical de la part des patients et de la multiplicité croissante des tâches administratives³² (rédactions de certificats sans fondements..). Responsabiliser les patients concernant certaines demandes (absence scolaire, enfant malade, certificats) et réaliser des arrêts de travail initiaux de moins de 3 jours sur l'espace ameli comme ce qui a été fait pendant la période COVID.
- **Limiter la rédaction des certificats superflus / abusifs**, notamment en lien avec les ministères de l'Education Nationale et du Sport.
- Augmenter le **budget alloué à la prévention** dans les dépenses en santé : Les dépenses consacrées à la prévention des maladies restent relativement faibles, puisqu'elles ne représentent que 2,7% de l'ensemble des dépenses de santé en moyenne. Un effort sur la prévention lié au travail doit également être réalisé³³ pour diminuer les accidents de travail et les maladies professionnelles.
- Agir sur la **prévention individuelle et collective** : En France, 24 % de la population de plus de 15 ans sont fumeurs quotidiens (moyenne de l'OCDE : 16,5 %), 11,4 litres d'alcool sont consommés par habitant et par an (moyenne de l'OCDE : 8,7 litres). La consommation régulière de boissons sucrées contribue à la propagation de l'obésité et à l'apparition de maladies métaboliques comme le diabète (presque une personne sur 10 de plus de 15 ans consomme quotidiennement une boisson sucrée en 2019).

³² Ambroise-Thomas P. La démographie médicale Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2009;193(2):405-13

³³ HCAAM.4 scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie obligatoire. 2022.

- Réduire les **inégalités de santé** (bas revenu et conditions matérielles de vie, logement, conditions de travail) actuelles et passées, comportements à risques (tabac, alcool, drogues), déterminants psycho-sociaux (susceptibilité aux maladies, situations sociales défavorables, soutien social reçu ou isolement, surmenage au travail...)
- Garantir l'**accès aux PASS** (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) et augmenter leurs budgets pour conserver leur effectivité.
- **Diminuer le reste à charge** et primes de complémentaires santé.
- Agir activement sur l'**impact du système de santé sur l'environnement** : réduction de la pollution, qui pourrait provoquer 6 à 9 millions de décès prématurés par an dans le monde en 2060.
- Développer les **contrats locaux de santé** axés sur la prévention et l'éducation à la santé physique et mentale.

GLOSSAIRE

APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale en Santé
ASALEE : infirmière en Action En Santé Libérale En Équipe
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CDE : Contrat de Début d'Exercice
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECNi : Épreuves Classantes Nationales informatisées
ESCAP : Équipe de soins coordonnée autour du patient
ESP : Équipe en Soins Primaires
ETP : Équivalent Temps Plein
HTES : Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé
IDE : Infirmier.es Diplômés d'Etat
IPA : Infirmiers en Pratique Avancée
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations en Sécurité sociale et des Allocations Familiales
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
ZFU : Zones Franches Urbaines
ZRR : Zones de Revitalisation Rurale

CONTACTS PRESSE



Association Nationale des Étudiants
en Médecine de France

Porte-Parole

Rozenn CILLARD

06 04 47 74 69

rozenn.cillard@anemf.org



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRAL

Présidente

Mathilde RENKER

06 73 07 53 01

president@isnar-img.com

Porte-Parole

Marina DUSEIN

06 73 07 52 85

porteparole@isnar-img.com



Attachée de presse

Pauline SAINT-MARTIN

06 83 00 57 40

pauline.saintmartin.rp@gmail.com

Attachée de presse

Anne-Lise VILLET

06 28 47 30 01

annelise.villet.rp@gmail.com