

La désertification médicale : mythes et réalités



— Novembre 2017 —

Hors-série de Galilée n°2

La Lettre de Galilée

350, rue des Carignans 34790 GRABELS

SAS au capital de 1000€

SIRET 79739749400015 - RCS MONTPELLIER - TVA FR28797397494

ISSN : 2492-0770

CPPAP : 0119 Z 93290

La Lettre de Galilée est reconnue par la Commission paritaire comme un service en ligne d'information politique et générale au sens de l'article 39 bis A code général des Impôts.

Directeur de la publication : **Vincent Fromentin**

Éditorial

Et si les "déserts médicaux" étaient un mirage ?

Par Vincent Fromentin

Si le territoire est aux confluences d'enjeux politiques parfois contradictoires, c'est certainement que la notion de territoire partage la même étymologie que celle de "terreur". Mais l'actualité de la santé en France revient tellement sur le concept de "désert médical" qu'il convient de s'y arrêter quelques instants.

A l'origine de cette expression, certainement l'ouvrage d'un géographe en 1947 qui marquera les scénarios d'aménagement du territoire successifs : "Paris et le désert français". Il ne s'agissait pas encore d'un désert médical mais bien de territoires où la population n'avait pas les mêmes chances : l'objectif de l'aménagement du territoire est de combler ces "déserts" dans l'esprit volontariste de la III^{ème} République et des Droits de l'Homme.

Question : alors que les politiques qui cherchaient des services publics de proximité n'ont pas réussi à rendre le territoire français plus homogène, en quoi les médecins généralistes inverseraient-ils la tendance ? Et pourquoi eux seuls ?

LE COMPLEXE JACOBIN, A L'ORIGINE DES PREMIERS AMENAGEMENTS DU TERRITOIRE

Sans remonter jusqu'à Vidal de La Blache pour qualifier l'"exceptionnalisme français", Jean-François Gravier publie en 1947 "*Paris et le désert français*". Comme si, à l'heure où la France s'interroge sur son empire colonial (début de la guerre d'Indochine en décembre 1946, en Algérie, après les émeutes de Sétif en 1945, le statut de

1947 met le feu aux poudres), l'amorce de la décolonisation interrogeait finalement l'intérieur même de l'hexagone.

La gloire des colonies s'émousse jusqu'au point de culpabiliser le "colonialisme" parisien.

Dans son ouvrage, Gravier critique les disparités historiques entre Paris et la province, mais également les inégalités interrégionales entre les territoires des bassins industriels du Nord et de l'Est et ceux du Sud et de l'Ouest, plus attirés par un Paris "tentaculaire".



C'est donc Jean-François Gravier qui, le premier, emploie le terme "désert", stigmatisant cette hégémonie de la capitale, rappelant certainement trop le souvenir d'une France centralisée par Louis XIV à Versailles. C'est Louis XIV, le Roi-Soleil, qui invente la notion de "capitale", installant et concentrant l'ensemble du pouvoir politiques à Versailles et aménageant le territoire à partir d'un réseau de routes royales vers la capitale.

Et gommer ces disparités participe de cet idéal d'égalité hérité des Droits de l'Homme. C'est exactement cette même année, en 1947, que se concrétise avec la création de l'Organisation Mondiale de la Santé la notion de droit universel à la santé. Est-ce par culpabilité que les politiques à l'œuvre tentent de détricoter des pouvoirs intrinsèquement centralisés ?

Est-ce cet inconscient de rejet des fondements royalistes de la France qui motive la prise en compte de la province alors même que les élites se reproduisent socialement à Paris ?

Le rééquilibrage des pouvoirs est en permanence traversé par cette culpabilité pesante, ce traumatisme profondément jacobin, schizophrénie d'une élite coupée de ses territoires. Car finalement, le bilan de ces politiques d'aménagement ne gomme en rien la macrocéphalie parisienne, et, au contraire, renforce parfois les brutales disparités des régions françaises.

LES HUSSARDS BLANCS CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE ?

Mais, c'est la III^{ème} République qui consacre pleinement la notion de proximité des services publics. Ainsi l'aménagement du territoire porté par des ministres emblématiques de cette époque a contribué à marquer fortement l'unité nationale : Freycinet modernise les transports en construisant plus de 50 000 kilomètres de voies ferroviaires, Ferry consacre l'Instruction publique et étend un réseau d'écoles gratuites et laïques dans chaque village, un relais de poste, télégraphe et téléphone est également implanté.

Les tentatives pour densifier cette "France du vide" (du titre de l'ouvrage de Roger Béteille publié en 1981) ont été nombreuses. Et un rapide panorama des politiques d'aménagement du territoire français révèle finalement une tension permanente, comme le constatent en 1981 Hervé Le Bras et Emmanuel Todd dans "*L'invention de la France*", entre le volontarisme régalien et les particularités historiques des territoires.

Cette spécificité française dévoile à l'expérience que les volontés d'aménagement du territoire greffent plus ou

moins bien selon les logiques historiques de chaque territoire.

Et les propositions actuelles de la Stratégie nationale de Santé, héritée de Marisol Touraine, semblent pleinement renouer avec les accents volontaristes de la III^{ème} République pour lutter contre les déserts médicaux : "*l'accès de tous les Français sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité est une priorité absolue pour le gouvernement. Depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs. Pour faire face à cet enjeu majeur, la Ministre avait présenté alors à Scorbé-Clairvaux dans la Vienne, un "pacte territoire-santé", composé de 12 engagements et d'une méthode volontariste*".

Est-ce à dire que les médecins seront les hussards blancs qui porteront le renouveau des déserts français ?

LE "DESERT MEDICAL" : LES ORIGINES DU CONCEPT

La territorialisation de la santé est un phénomène assez récent notamment avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) créés par la loi de juillet 1991 qui met fin au service public hospitalier issu de la « carte sanitaire » de 1970.

Ensuite, ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) lancées par les ordonnances d'avril 1996 puis le plan Hôpital 2007 qui mettent fin définitivement à la carte sanitaire pour instituer un "territoire de santé". Cette appréhension du soin à partir des réalités spatiales du territoire marque un changement de paradigme dans l'organisation des soins.

Certainement, ce changement d'échelle révèle de profondes disparités territoriales. Dès lors, les missions régionales de santé (MRS) déterminent à partir de 2004 des "zones déficitaires" permettant une meilleure attribution des subventions et des aides conventionnelles (installation et maintien de l'activité

médicale, aides pour les étudiants de 3ème cycle, exonération fiscale, etc.).

Le phénomène de désertification des campagnes est perceptible et connu dès 1850. Mais, qui a employé pour la première fois le terme de "désertification médicale" ?

En cherchant dans les archives de l'Assemblée Nationale l'occurrence du mot "*désertification médicale*", apparaît, pour la première fois, dans la bouche de Bernard Debré le 11 avril 1991 à propos de la "chute des hôpitaux généraux".

Il est repris en janvier 1999 dans un rapport sur la télémédecine du Conseil National de l'Ordre des Médecins du P.Dusserre.

À partir des années 2000, la littérature scientifique et spécialisée (CREDES, atlas du CNOM, etc.) ainsi que la presse commencent à employer ce terme pour décrire le phénomène de la démedicalisation, notamment pour certaines banlieues sensibles, comme en Ile-de-France.

En juin 2001, le rapport Lucas sur "l'exercice médical face à la permanence des soins" analyse les solutions possibles contre la désertification médicale : "*La régulation de la démographie médicale (...) n'est cependant pas le seul facteur de désertification des régions rurales ou des zones suburbaines. En zones rurales, la désertification médicale n'est que le reflet d'une désertification générale. 70% de la population française vit sur 20% du territoire. Il nous semble qu'une solution serait de faciliter la constitution de Maisons médicales qui s'implanteraient au centre d'une zone, par regroupement des professionnels de santé, en assurant le déplacement des patients.*"

En 2004, le rapport Berland acte ce phénomène : « Le désert médical français : "mythe ou réalité ?" » .

Le "désert" est une appellation éminemment géographique qui caractérise les zones arides et hostiles, délaissées par l'homme en raison du niveau très bas de pluviométrie. Lorsque l'on parle de désert

médical ou de désertification médicale, de quoi parle-t-on vraiment ?

Néanmoins, les aides et subventions développées depuis le début des années 1990 ont-elles contribué à inverser cette tendance à la désertification ?

LE "DESERT" DES TARTARES

Le concept de "désert médical", notion géographique, est un mirage qui occulte l'ampleur du changement de paradigme qui se produit dans la santé. A trop attendre un médecin généraliste qui ne viendra peut-être pas, la réflexion se crispe sur des représentations certainement trop limitées.

En premier lieu, ce débat fait reposer une culpabilité trompeuse sur les médecins généralistes libéraux et leur liberté d'installation.

Les différents rapports alertent non pas sur le manque d'homogénéité dans la répartition des médecins généralistes mais sur la pénurie déjà sensible de certains spécialistes. D'autre part, la coercition ou l'incitation à repeupler la France du vide n'est pas la solution : le désert médical est un concept géographique parisien fondé sur des dichés obsolètes dès lors qu'il fait reposer la « fracture sanitaire » sur des déterminants spatiaux stigmatisants.

La démographie médicale traverse une crise qui reflète le passage de relais entre deux générations d'exercice médical.

Deux tendances témoignent de ce changement sociologique.

➤ L'ESSOR DE LA MEDECINE SALARIALE

En 1997, les proportions entre médecine libérale et médecine salariale s'inversent pour la première fois : l'activité salariée ne cesse de croître jusqu'à dépasser les effectifs de la médecine libérale à partir de cette date. "De 1986 à 1997, la médecine libérale domine la médecine salariale ; puis à partir de 1998 les effectifs de médecins salariés ne cessent de croître au détriment de la médecine libérale qui par voie de ricochet constate une nette diminution de ses effectifs (toutes spécialités confondues).

En 2007, le Tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux. Cette nouvelle tendance d'une propension vers la médecine salariale ne concerne pas uniquement quelques cas isolés mais l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales." selon l'Atlas national du CNOM de 2008.

➤ NOUVEAUX MODES DE TRAVAIL ET FEMINISATION

La deuxième tendance est la féminisation constante de la profession passant de 38 % des effectifs totaux en 2007 à 42 % en 2012.

Il s'agit également dans ce questionnement sociologique au long cours de s'interroger sur la mobilité des nouvelles générations (augmentation des médecins étrangers, mobilité des retraités actifs, etc.).

La féminisation n'explique pas tout. Au contraire. C'est un raccourci trompeur que de mettre la diminution du temps de travail sur le dos des femmes ! La grève des gardes déclenchée par les médecins libéraux en 2002 révèle un deuxième changement majeur : celui des mentalités.

Les jeunes médecins n'acceptent pas les contraintes de leurs aînés. Pierre Monod, alors président de la conférence nationale des URML, confiera après les

grèves de 2003 : « *Dur de remettre les médecins au travail : ils ont découvert ce qu'étaient les loisirs !* »



Amphi Claude Bernard - Paris 5

L'essor du nombre de *burn-out* ou du taux de suicides des médecins généralistes libéraux révèle la crise de l'exercice libéral et le mal-être des professionnels dans leur pratique. Le médecin de campagne n'est plus et les nouvelles générations attendent un nouveau modèle de pratique.

Si le patient devient acteur de sa santé, les nouvelles générations de médecins ne souhaitent pas être esclaves d'anciennes pratiques chronophages. Mais quelle étude sérieuse a cerné leurs réelles demandes ?

En définitive, le débat sur le désert médical français cache une rupture profonde dans les paradigmes du système de santé. Focaliser sur ce concept de désertification limite les champs à la géographie du territoire alors qu'il faudrait appréhender les enjeux dans leur dimension sociologique, économique et anthropologique.

En réalité, ce discours révèle l'héritage inconscient qui traverse les politiques françaises : un rapport conflictuel entre d'une part les élites, tiraillées entre idéalisme et réalité coupable du pouvoir, et, d'autre part, les populations, socialement et spatialement hétérogènes, dont les aspirations sont en constante évolution.

Sommaire

Déserts médicaux : les chiffres	10
10 idées reçues sur la démographie médicale	17
Les territoires sous-médicalisés selon les pouvoirs publics	20
Les raisons de ce changement de paradigme	26
Panorama des aides incitatives existantes	29
L'échec des politiques incitatives dans les déserts médicaux	31
Des solutions pour lutter contre les déserts médicaux ?	35
Bibliographie indicative	39

Déserts médicaux : les chiffres

Petite histoire de la médecine de proximité

Si le phénomène de désertification médicale est souvent évoqué dans la presse régionale comme nationale, quels sont les réels chiffres de la démographie médicale ? Manque-t-on vraiment de professionnels de santé ?

Comment l'État a-t-il appréhendé le phénomène ? Au-delà des statistiques, comment s'est-il largement fourvoyé dans sa politique en faveur de la médecine de proximité ?

8 minutes. C'est le temps que mettent les Français en moyenne pour se rendre chez leur médecin généraliste selon une étude de l'Irdes sur l'accès aux soins ambulatoires (généralistes, spécialistes et chirurgiens-dentistes) en France et les distances parcourues par les patients.

Pour les spécialistes, c'est entre 18 et 22 minutes. Surprenant ? Faut-il rappeler que 84 % des Français ont un médecin généraliste dans leur commune de résidence ?

L'étude de l'Irdes recoupe 3 indicateurs connus : l'accessibilité potentielle localisée (APL), le temps d'accès par la route au travers d'une maille territoriale regroupant les 6 zonages d'aires urbaines définis par l'Insee.

On y apprend -sans surprise- que plus l'offre de soins est proche, plus on consulte... Ainsi, *"il existe un gradient important de recours aux soins selon la distance d'accès au spécialiste le plus proche : 12 % des individus qui résident dans une commune où exerce au moins un dermatologue y ont recours, contre 8 % de ceux habitant entre 16 et 30 minutes du dermatologue le plus proche et 7 % pour ceux situés à plus de 30 minutes."* (p.5)

Ce n'est pas le cas pour les consultations chez les chirurgiens-dentistes. Le taux de recours (39% en moyenne) est assez constant selon les zonages urbains sauf pour les communes très éloignées; *"les variables d'offre semblent avoir peu d'influence sur le*

recours aux chirurgiens-dentistes en comparaison des variables socio-économiques qui apparaissent déterminantes".

D'une manière générale, ce sont les pauvres, les chômeurs, les inactifs et les CMU qui parcourent le moins de distance pour consulter (p.6).

LE "DESERT MEDICAL" : LES CHIFFRES

Selon le Ministère de la Santé, un *"désert médical"* est une zone où la densité médicale par rapport à la population est inférieure de 30% à la moyenne nationale. Selon l'UFC Que Choisir ?, qui a durci les critères pour son étude (inférieur à 60% à la moyenne nationale), *"les généralistes sont assez bien répartis sur le territoire"* et seulement 3,1 millions de personnes, soit 4,8% de la population française, vivent dans un désert médical.

Ce constat rejoint également l'étude de l'IRDES selon laquelle *"95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes."*

Selon l'Atlas national 2012 du CNOM, *"Parmi les 1 247 bassins de vie identifiés en densité faible pour la*

médecine générale libérale et mixte, 54 ont la particularité d'être potentiellement en danger au vu de leur densité médicale (moyenne = 0,64/1 000 hbs), du nombre d'habitants et de la moyenne d'âge (61,4 ans) des omnipraticiens. À ce jour, un seul bassin de vie ne dénombre aucun médecin généraliste libéral/mixte."

Le "désert" médical concerne 1 seul bassin de vie. Selon l'INSEE, "Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi."

Selon l'atlas national de 2011 de la démographie médicale établi par le CNOM, « 23% des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2010 ont choisi d'exercer leur activité en secteur libéral dans une commune rurale ». Et combien dans des zones déficitaires ?

Dans son Atlas de 2012, le CNOM analyse dans la durée les inscrits au tableau de 2006 et interroge l'attractivité des zones déficitaires sur seulement certaines régions : en région Centre, 2^{ème} région de France sous-médicalisée, malgré la mise en place de mesures incitatives et l'arrivée massive de médecins à diplôme européen (majoritairement roumain), on constate que, sur la période 2007-2012, le nombre de médecins actifs a continué de diminuer de 1,5%; en Picardie, sur les 318 communes identifiées par la MRS comme étant déficitaires, un seul médecin généraliste s'est installé dans l'une d'entre elles ; en Rhône-Alpes, 3 médecins installés dans l'une des 254 communes déficitaires ; en Bourgogne 5 sur 170 communes déficitaires ; en Bretagne aucun médecin ne s'est installé dans l'une des 163 communes déficitaires.

Le rapport du CNOM de 2011 note que "les trois principales motivations [à l'installation], par ordre croissant, sont l'indépendance, le contact privilégié avec la patientèle, la gestion du temps. A l'inverse, les aides de l'État et des collectivités territoriales, l'opportunité d'une reprise de cabinet, les relations privilégiées avec les autres professionnels de santé et le compagnonnage ne sont pas des critères déterminants qui ont motivé ces médecins à s'installer."

UN FAUX PROBLEME D'EFFECTIF CONJUGUE A UNE EVOLUTION SOCIOLOGIQUE INATTENDUE

« Question d'échelle donc ! » disent les géographes. Effectivement, la focale de l'observation démographique se resserre sur des territoires, invisibles depuis le hublot d'un avion (ou depuis Paris).

Comment les pouvoirs publics ont-ils progressivement pris conscience de la pénurie annoncée de médecins ? Chronique d'une catastrophe annoncée.

Prémises des ARS, les nouveaux acteurs régionaux mis en place par le Plan Juppé, en particulier les URCAM qui engagent avec le CSDN (centre de sociologie et de démographie médicale) une étude prospective de la démographie médicale sur 10 ans à partir des données de 1998, sont bien placés pour identifier les catastrophes à venir.

Le résultat de cette étude est plutôt préoccupant. Sous le double effet de l'augmentation/diminution de la population générale (et aussi de son vieillissement) et de la fonte des effectifs de médecins, les régions à l'époque sur-denses sont, dix ans plus tard, en situation critique dans les simulations. Émoi dans le landerneau de la statistique nationale.

A l'époque, une autre étude pilotée par la CCMSA (caisse centrale de mutualité sociale agricole) allait jusqu'à simuler le non-remplacement des médecins généralistes de plus de 55 ans. Résultat : un doublement, voire un triplement, des distances d'accès aux soins primaires.

On en arrive, en 2004, au rapport Berland, qui bouscule les idées reçues. Le titre en dit long : « La désertification médicale : mythe ou réalité ». Diagnostic assez sombre déjà annoncé dans une étude de 2002 de la même mission.

De manière générale, l'offre de soin est principalement concentrée dans les zones urbaines. Les zones périurbaines socialement défavorisées

sont souvent sous-médicalisées, comme le sont les zones rurales.

Les raisons en sont différentes : dans les zones périurbaines, la détérioration du tissu économique et social et l'insécurité conduisent les professionnels à les abandonner. Dans les zones rurales, l'isolement, la nécessité d'assurer une permanence et continuité des soins très contraignantes retentit sur le cadre de vie.

La désertification des zones rurales n'est également pas propice à permettre au conjoint de trouver facilement un emploi et aux enfants d'être scolarisés.

La faible attractivité des zones rurales tient aussi pour certaines professions à exercice majoritairement libéral, à des critères de viabilité économique.

Les réticences à l'installation dans les zones défavorisées urbaines ou rurales renvoient à la question plus globale de l'aménagement du territoire, comme à l'aménagement des conditions d'exercice des professionnels de santé.



Yvon Berland en 2016

La mission Berland enfonce le clou sur la nécessité d'une régulation des installations en suggérant une observation de chaque instant et la rédaction d'un état des lieux permanent.

« Le document [...] devra être révisé au moins tous les cinq ans et à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Les MRS sont engagées » avant l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire à établir un bilan partagé ARH-URCAM sur l'organisation du

système de santé dans la région afin d'apprécier l'offre de soins et le recours aux soins de ville et hospitaliers en articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale. [...] »

OUI MAIS...

Les rapports s'entassent mais la catastrophe annoncée n'a pas eu lieu. Beaucoup de spécialistes se sont royalement fourvoyés.

Les données fournies en 2017 par le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) montrent une décennie plus tard que le nombre de médecins n'a jamais été aussi conséquent : 290 974 médecins sont inscrits au tableau de l'ordre.

LE TELESCOPAGE DE LA PDS

Cependant, même si le rapport Berland l'évoquait largement, la crise de la démographie médicale a été moins un révélateur de disparités géographiques qu'une mise en évidence de symptômes plus profonds de nature sociologique.

Dépêché par un Gouvernement inquiet sur fond de changement de majorité parlementaire, le Sénateur Charles Descours, aguerri aux divers problèmes de la médecine, fut chargé en 2002 de proposer des solutions.

Bien sûr, il existe des zones nombreuses dans lesquelles les cabinets de médecins ferment faute de repreneurs, mais la grande question tournait, pour cet expert, autour de l'inadaptation d'un article 77 du code de déontologie qui érigeait, depuis les années 1930, la disponibilité permanente du médecin en véritable dogme.

Le rapport Descours, qui s'appuie sur la perspicace observation de sociologues, confirme ce profond changement de mentalité : *« ces médecins [de l'après-guerre], à la fois débonnaires et autoritaires, qui ont été les témoins actifs de la révolution thérapeutique des antibiotiques croyaient fermement aux progrès de la science médicale. Disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre,*

couverts d'une solide gloire locale, ces notables exerçaient avant tout un sacerdoce. Ils n'ont pas disparu, ils se sont étriés : répondeur téléphonique à partir de vingt heures, médecin de garde pour sauver les week-ends en famille.»

Au final, le rapport énonçait 16 propositions qui allaient de l'aide à l'installation dans le cadre contractuel jusqu'à des mesures d'incitation à créer des structures nouvelles (maisons de garde, réseaux, structures multidisciplinaires : nous y sommes !), en passant par des mesures fiscales significatives.

Première mesure phare : un décret du 14 septembre 2003 organisant la permanence des soins et reconnaissant les gardes comme une mission de service public basé sur le volontariat et géré par l'Ordre des médecins au sein du CODAMUPS, structure « de réflexion » héritière des Codamu de 1987, présidé par le Préfet et dans lequel l'URCAM avait été... oubliée.

Là, ce sont les politiques de tout poil qui se sont plantés. L'ensemble des dispositions incitatives a été un échec car on a mal mesuré l'ampleur du changement de mentalité au sein de la jeune génération de médecins.

L'histoire de la médecine de proximité de la dernière décennie est celle d'une obstination dans l'erreur.

HISTOIRE D'UN FIASCO D'ÉTAT

Revenons au début des années 2000.

Charles Descours intervient dans un contexte assez largement influencé par l'esprit décentralisateur du moment et les mesures fiscales qu'il propose se rangent dans cet ensemble de réformes qui découlent directement de la loi Raffarin de 2003, dite « acte II de la décentralisation ».

Il faut se souvenir que l'impulsion est née quelques années avant, alors que la gauche dirigeait le pays et que Lionel Jospin était le premier ministre de la cohabitation de Jacques Chirac. Le 17 octobre 2000.

En effet, Pierre Mauroy, président de la « commission pour l'avenir de la décentralisation » (il avait été lui-même premier ministre lors de l'acte 1 de la décentralisation conduite par Gaston Deferre en 1982), remet à Lionel Jospin ses 154 propositions pour une seconde vague de décentralisation.

On y trouve plusieurs propositions de transfert aux régions de compétences dans la santé notamment « pour réaliser des investissements en matière d'équipement sanitaire dans le cadre de l'aménagement du territoire et conformément au schéma régional d'organisation sanitaire et sociale ».

De retour au gouvernement, la droite reprend le dossier quasiment intégralement en l'entourant de précautions politiques : Patrick Devedjian conduit un tour de France pour s'assurer du consensus et engage la réforme sous la houlette de Jean-Pierre Raffarin.

Une loi constitutionnelle est votée le 28 mars 2003, suivie de trois lois organiques dont l'une porte sur les finances locales et de plusieurs textes qui visent les prérogatives des collectivités locales. Plusieurs expérimentations sont prévues, notamment en Languedoc-Roussillon, en Haute Normandie ou en Alsace, conduisant notamment à confier l'investissement hospitalier aux régions sur le modèle de la construction des lycées.

L'échec massif de la droite aux élections régionales de 2004 ralentit le processus. Peu de régions s'empareront des possibilités offertes par la loi d'expérimenter des formes de participation aux investissements (notamment hospitaliers).

Mais en février 2005, une loi relative à la revitalisation des territoires ruraux prévoit plusieurs mesures importantes. Par exemple, l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues par les médecins au titre de la PDS ou encore l'exonération de la TVA pour les communes qui acquièrent des locaux à l'usage des professions de santé.

L'article 38 de cette loi va jusqu'à prévoir le paiement par les communes ou communautés de

communes d'indemnités de logement et de déplacement à des étudiants de 3e année de médecine en stage de médecine générale.

Bien évidemment le financement par les collectivités locales des maisons médicales pluridisciplinaires est expressément prévu.

Autant dire qu'on assiste depuis cette date à un appel d'air important qui conduit parfois les élus, dans l'empressement, à des mesures coûteuses et inefficaces.

LES ACCORDS CONVENTIONNELS

Dans le même temps, l'assurance maladie entame des négociations avec les syndicats nationaux de médecins.

En panne conventionnelle depuis plusieurs années, l'assurance maladie retrouve une nouvelle majorité syndicale. La Loi du 13 août 2004 donne à la caisse nationale, et en particulier à son directeur général, un champ important de compétence.

Cette loi réhabilite le médecin de famille qui se retrouve ainsi investi d'une mission de coordination dans le parcours de soins du patient. Une convention est signée en janvier 2005 et pas moins de 20 avenants complémentaires seront discutés et signés en moins de 2 ans.

Justement, le 20^{ème} avenant s'intéresse à l'installation des médecins dans les zones déficitaires déterminées par les MRS officiellement créées par la loi Douste-Blazy d'août 2004. Il propose une « option conventionnelle » qui se contracte individuellement. La contrepartie est une revalorisation des honoraires de 20 % par an (calculée sur les C et V, lesquels il est vrai représentent la quasi-exclusivité des actes pratiqués). Cette option était limitée dans le temps, puisque ces contrats individuels devaient s'éteindre le 11 février 2010, date de fin de vie naturelle de la convention de 2005.

En réalité, les tribulations de l'année 2009 et l'impossibilité des négociateurs à trouver un accord pour la reconduction de cette convention ont abouti, comme le prévoit la loi, à désigner un « arbitre » (un arbitre sans joueurs diront certains) qui a prorogé l'avenant n° 20 dans son règlement arbitral.

L'ENTREE EN JEU DU FIOCS

Il est difficile d'évoquer l'installation des médecins dans les zones prioritaires sans aborder les mécanismes de ce fonds magique, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, né de la fusion, par un décret de 2007, du FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) et de la DNDR (Dotation nationale de développement des réseaux) qui avaient fait les belles heures des URCAM et des ARH unies pour le meilleur et pour le pire.

Ce FAQSV/FIOCS est récemment devenu le FIR (fonds d'intervention régional) à la disposition des ARS dont le montant a été revalorisé encore cette année mais qui s'assimile davantage à un fonds hypothécaire puisque les ARS continuent de payer les engagements de leurs généreux prédécesseurs.

Les problèmes de la permanence des soins irradiant les instances régionales et nationales du FAQSV/FIOCS qui destinent des sommes de plus en plus importantes à la médecine de premier recours.

En 2008, 20 % des projets et 26 % des crédits (dont 6 % pour les seules MSP) sont consacrés à ce thème.

La CNAMTS diffuse un cahier des charges auquel doivent se référer les promoteurs de projets et qui précise les conditions d'octroi des aides. La croissance est fulgurante 19 MSP et 58 MMG financées en 2006 ; 66 MSP et 228 MMG en 2008. Les chiffres approximatifs communiqués par la FFMPs (fédération française des maisons et pôles de santé) lors de son congrès d'avril 2013 à Toulouse tournaient autour de 500. Aujourd'hui, Agnès Buzyn souhaite porter ce chiffre à 2000 en 2020 avec 400M€ à la clé.

LA LOI HPST

Après 6 mois de débats parlementaires parfois acharnés et l'examen de plus de 500 amendements, la loi portée à bout de bras par la ministre Roselyne Bachelot paraît au journal officiel le 22 juillet 2009.

Une quinzaine d'articles visent la médecine de premier recours mais compilent en réalité les différents dispositifs existants jusque-là éparpillés dans des textes divers ou expérimentés sur le terrain.



Les crocs roses de Roselyne Bachelot en 2009

Le grand avantage de la loi est qu'elle donne une visibilité d'ensemble à la médecine de proximité. Le rôle du « médecin généraliste de premier recours » reçoit sa consécration juridique, et la loi fait de lui un acteur essentiel.

La création de « contrats d'engagement de service public » proposés aux étudiants en médecine sous forme de bourse d'internat, la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité avec ses professeurs et ses maîtres de conférences ou encore les précisions apportées au rôle du médecin traitant, sont autant d'éléments qui donnent à la

médecine de premier recours les repères qui lui manquaient.

Comme la loi du 4 mars 2002 l'avait fait pour les réseaux de santé, la loi du 22 juillet 2009 a un rôle dépoussiérateur : elle sort les pôles de santé et les maisons de santé du flou artistique dans lequel ils étaient empêtrés, flou largement entretenu par un FIOCS généreux et finalement peu encadré et des différences d'appréciation importantes d'une région à l'autre.

Le point crucial de cette loi est que la permanence des soins devient une compétence totale de l'ARS qui se voit investie de la mise en place d'un SROS adapté à la médecine de ville et qui sera, même s'il reste indicatif, fortement incitatif pour les médecins.

Les MSP et les pôles de santé ont poussé comme des champignons après la pluie, sous le contrôle des ARS un peu dépassées il est vrai par les événements au cours de leurs deux premières années d'existence assez largement mobilisées par leur « plan stratégique régional de santé ».

DES INITIATIVES PLUS RAPIDES QUE LA LOI

La loi n'a cependant pas tout prévu.

Stimulées par l'intérêt que porte ostensiblement le pouvoir politique aux maisons de santé, les initiatives foisonnent sans que le rapport remis à la ministre en octobre 2009 par Guy Vallancien ait pu quantifier réellement la situation.

On évoque l'existence de plusieurs centaines de projets qui fusent de toutes parts alors que les schémas d'organisation ne sont pas encore arrêtés.

Mais l'accent est surtout mis sur la diversité des financements et sur les obstacles réglementaires pour trouver des modalités de rémunération attractives.

Pour donner un coup de pouce aux projets en cours, la mission Vallancien suggère de créer un nouveau statut juridique. Trois pistes sont évoquées par la commission : la mise en place d'un statut associatif dérogatoire, la reconnaissance juridique

d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) sans obligation d'établissement ou la création d'une « société maison de santé » s'appuyant sur ce qui fonctionne bien dans les différents cadres juridiques des sociétés civiles actuelles.

Sous la grogne des médecins, le gouvernement appelle un pompier, Jean-Pierre Fourcade, ancien ministre de Giscard, qui « adoucit » la Loi HPST et crée un nouveau statut pour les maisons de santé, la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) dans un texte de loi du 10 août 2011.

Les maisons et pôles de santé, et plus généralement tout ce qui touche à la PDS qui leur est indissociable, vont encore se heurter à quelques incertitudes caractéristiques de ces périodes de transition que connaissent tous les lendemains de grandes réformes.

Parallèlement, durant cette période, le Président de la République confie à Elisabeth Hubert une mission de remise à plat visant aussi bien à donner « *un nouvel élan au dialogue avec les médecins* », à entreprendre une concertation tous azimuts avec tous les acteurs de santé, mais aussi, à « *faire des propositions modifiant l'exercice libéral, apportant des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine libérale depuis de nombreuses années* ».

Comme tous les rapports, celui de l'ancienne ministre de Juppé, finira au fond d'un tiroir.

LE DEUXIEME EFFET KISS COOL DE TOURAINE

Dans un discours très militant de décembre 2012, la nouvelle ministre socialiste de la santé, Marisol Touraine, annonce un « pacte santé territoire » en 12 propositions, qui aménage le dispositif de la Loi HPST en créant un « contrat d'engagement de service public », fait la courte échelle à l'hôpital public pour une intervention « hors les murs » et surtout prévoit la création de 200 praticiens territoriaux de médecine générale, sorte d'officiers de santé dont le statut reste flou.

En septembre 2013 les « premiers contrats » signés avec les ARS sont signalés par une presse dithyrambique.

L'histoire de la médecine de proximité montre le défaut du modèle d'origine. Les médecins ne manqueront pas, au contraire, il y en aura même trop. Le *numerus clausus* fixé à 8000 est une bombe à retardement.

Ce qui a été largement omis est le changement structurel intrinsèque de la médecine : féminisation, mode d'exercice, nouvelles technologies, travail en équipe... mis en avant par certains économistes mais pas assez entendus.

Il existe par ailleurs un gisement d'initiatives prises par des professionnels sur le terrain mais qui ne sont pas connues parce qu'elles se situent en marge des procédures publiques. Gageons que la bonne volonté d'Agnès Buzyn, l'actuelle ministre de la santé, de favoriser les expérimentations et être à l'écoute des initiatives de terrain ne soit pas étouffée.

10 idées reçues

sur la démographie médicale

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié le mois dernier son traditionnel Atlas annuel de la démographie médicale. L'occasion de faire le point sur quelques idées-reçues.

1. LE NOMBRE DE MEDECINS NE CESSE DE DIMINUER.

FAUX. Le nombre de médecins (toutes spécialités) inscrits à l'Ordre ne cesse de croître en France.

Ainsi, depuis les années 80, le nombre de professionnels de santé a connu une croissance régulière, plus dynamique que celle de la population. Entre 1968 et 1990, les effectifs de médecins ont triplé passant de 1,2 praticien pour 1 000 habitant en 1968 à 3,1 médecins pour 1 000 habitants en 1990.

En revanche, on constate une diminution du nombre d'inscrits en activité régulière.

« Le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 10% ces dix dernières années tandis que la proportion des médecins retraités et retraités/actifs a augmenté de 11%. La proportion de médecins retraités actifs a été multipliée par 6 en dix ans. » (p.33)

C'est le nombre de médecins généralistes qui chute : -9,1% entre 2007 et 2017 (p.51)

« À l'exception de la région des Pays-de-la-Loire et de l'ensemble des DOM, toutes les régions enregistrent une baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010/2017. » (p.52)

2. À CAUSE DE LA FEMINISATION, L'ACTIVITE DES MEDECINS BAISSÉ.

FAUX. La féminisation des professions médicales est récente et de plus en plus importante. Mais la baisse d'activité concerne tous les professionnels qui aspirent à une autre pratique, plus équilibrée et saine.

« en 2007, les femmes représentaient 37% de la profession alors qu'elles qu'en 2017 elles en représentent 42%. A noter que parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, les femmes représentent 62% de l'ensemble des inscrits au tableau de l'ordre confirmant ainsi la féminisation de la profession. » p.31

3. LES MEDECINS SONT DE PLUS EN PLUS VIEUX ET PARTIRONT BIENTOT A LA RETRAITE.

VRAI. Actuellement, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 47% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre contre 27% en 2007.

Néanmoins, des dispositifs fiscaux intéressants incitent les médecins libéraux à poursuivre leur activité au lieu de partir à la retraite. C'est la loi Fillon en 2003 qui lance le dispositif qui leur permet de cumuler leur retraite en plus d'une activité libérale. La LFSS de 2009 a libéralisé le dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées.

4. LES MEDECINS PARTENT A LA RETRAITE PLUS TARDIVEMENT DANS LES DESERTS MEDICAUX.

VRAI. La moyenne d'âge de départ à la retraite, tous modes d'exercice confondu, est de 65,3 ans. On observe une corrélation entre la densité médicale et l'âge de départ à la retraite.

« Les médecins qui exercent dans les départements en densité faible, quelques soient les modes d'exercice, ont tendance à prendre leur retraite plus

tardivement que les médecins qui exercent dans des départements à densité moyenne ou forte. » (p.140)

5. LES MEDECINS PREFERENT S'INSTALLER EN LIBERAL.

FAUX. On constate de plus en plus de médecins salariés et de moins en moins de médecins libéraux.

« 42,8% des médecins actifs réguliers exercent en libéral exclusif soit -10,5% entre 2007 et 2017. Les salariés représentent 46,5% des médecins en activité régulière soit +10,7% entre 2007 et 2017. » (p.72)

« Lors de la première inscription au tableau de l'ordre, 64,2% des jeunes générations de médecins privilégient l'exercice salarié et 21,3% l'exercice de remplaçant. 12,1% font le choix d'exercer en secteur libéral/mixte. Les publications ordinales ont démontré que les jeunes générations souhaitent exercer en tant que remplaçant ou en tant que salarié durant les trois ou quatre premières années qui suivent leur première inscription au tableau de l'ordre. Quatre ans plus tard, la représentation de l'exercice libéral/mixte est en moyenne 4 fois plus important. » (p.117)

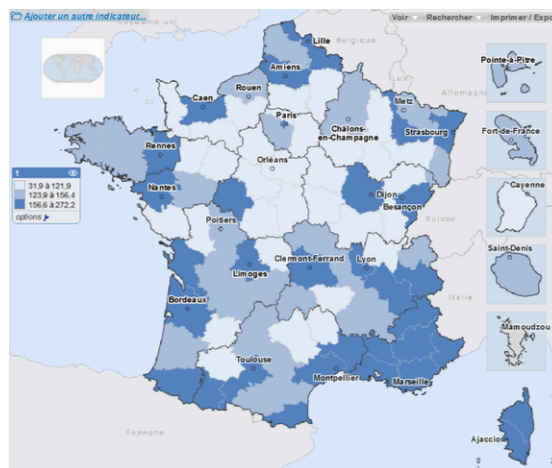
6. LES MEDECINS SONT INSTALLES ET CONTINUENT DE S'INSTALLER MAJORITAIREMENT DANS LE SUD DE LA FRANCE.

FAUX. Les densités importantes et les installations de médecins s'observent sur tous les littoraux, méditerranéen et atlantique, ainsi que dans le Nord universitaire de la France.

« On note une France coupée en deux. La France de l'intérieur qui a la particularité de recenser de faibles densités et une France du Sud, de la Côte Atlantique à PACA et du couloir rhônalpin qui comprend des territoires à forte densité médicale pour l'exercice libéral et mixte. Peuvent être rajoutés à ces derniers de nombreux départements hospitalo-universitaires de la moitié Nord de la France » (p.83).

« Les départements du Gers (-21,4%), de l'Aveyron (-21,2%), de l'Yonne (-20,4%), du Lot-et- Garonne (-

19,8%), de l'Aude (-19,7%), de la Seine-Saint-Denis (-18,6%), de l'Ariège (-18,2%), de la Haute-Marne (-17,9%), de Paris (-17,5%) et de l'Indre (-17%) enregistrent les plus fortes baisses des densités de médecins en activité régulière (libéral/mixte) durant ces sept dernières années allant de -21,4% à -17%. » (p.85)



Densités des médecins en activité régulière et en exercice libéral+mixte

7. LE REMPLACEMENT OU LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE SONT DES MOYENS EFFICACES POUR LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICAUX

FAUX. Les zones sous-denses ne sont pas impactées par ces dispositifs. Face à ces disparités territoriales et à cette baisse généralisée, la définition en 2012 de zones déficitaires par les ARS et les mesures qui leurs sont liées n'ont pas eu d'impact.

La quasi-totalité des installations des médecins généralistes ont eu lieu en dehors de ces zones.

« L'analyse de la variation des effectifs des médecins remplaçants entre 2010 et 2017 met en évidence une France rurale de l'intérieur qui semble être peu attractive pour les médecins remplaçants. On constate que les bassins de vie défavorisés ou très défavorisés sont peu attractifs pour la médecine de remplacement ». (p.179)

8. L'AFFLUX DE MEDECINS ETRANGERS CONTRIBUE A RESORBER LES DESERTS MEDICAUX.

FAUX. Comme les médecins français, les médecins étrangers choisissent l'exercice salarié et préfèrent s'installer dans des pôles urbains déjà médicalisés.

« On constate une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière depuis 10 ans. En 2017, on dénombre 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière. Cela représente 11% de l'activité régulière en France en 2017. Parmi ces médecins titulaires d'un diplôme délivré dans un autre pays, 45% sont originaires de l'Union Européenne. Contrairement à une idée largement répandue, cette population n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Ces médecins étrangers, quelle que soit leur nationalité, et à l'instar de leurs confrères français, ne s'installent pas dans les zones définies comme déficitaires par les ARS. »

9. LA MAJORITE DES FRANÇAIS EST CONFRONTEE AU PROBLEME DE LA DESERTIFICATION MEDICALE.

FAUX. Un faible pourcentage de la population française connaît les déserts médicaux.

« En moyenne en 2015, les français doivent parcourir 5,1 kms pour accéder à un médecin généraliste contre 4,3 kms en 2005 » (p.199)

Toutefois, ce faible pourcentage est constitué par des communes de la France intérieure, de faibles densités, plutôt vieillissante, bénéficiaire d'ALD. **Ce serait donc la population qui connaît le plus les déserts médicaux qui aurait le plus besoin de soins.**

« On constate une corrélation territorio-sanitaire. Se pose alors la question de la prise en charge efficiente de ces patients dans les territoires très impactés par une démographie médicale désertifiante » (p.203)

10. LES MEDECINS NE S'INSTALLENT QU'EN VILLE ET LA DESERTIFICATION MEDICALE NE TOUCHE QUE LES CAMPAGNES.

FAUX. Si les médecins ne s'installent pas forcément dans les zones les plus déficitaires, ils ne plébiscitent pas non plus le cadre urbain. Et les déserts médicaux touchent aussi certains quartiers urbains.

« La ville de Paris est le 2ème département à enregistrer la plus forte baisse (-25%) du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010/2017 tandis que sa population générale semble se stabiliser. » (p.53)

Les territoires sous-médicalisés selon les pouvoirs publics

Initialement, la régulation de l'offre ambulatoire obéissait à une stricte adéquation entre les capacités nécessaires pour former les professionnels de santé et la demande de soins.

Face au constat d'une détérioration progressive de l'accès aux soins, ce n'est que récemment que les politiques publiques ont intégré une dimension territoriale pour privilégier un accès équitable aux soins pour tous les citoyens. Les politiques de régulation ont ainsi évolué d'une logique de capacité vers une logique d'accessibilité.

Le territoire a fait récemment son apparition dans les discours et dans les politiques de santé publique.

À l'origine, le territoire, c'est la projection d'un pouvoir administratif sur un espace donné. L'Empire Romain définit ainsi des territoires juridiques et politiques autour des centralités de pouvoir. Mais en projetant ainsi une représentation politique sur un espace, le pouvoir projette également souvent sa propre vision et ses propres fantasmes.

Afin de corriger les asymétries démographiques et réguler l'offre de soins, dans une logique historique d'aménagement du territoire, trois leviers complémentaires coexistent actuellement :

- les politiques de santé publique nationales,
- les accords conventionnels négociés entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels
- ainsi que des opportunités particulières non exclusives aux professionnels de santé.

PETITE HISTOIRE DE L'AMENAGEMENT SANITAIRE : LA TENTATION ETATISTE ?

Le principal moyen d'action de l'État sur la démographie des professionnels de santé repose sur le *numerus clausus* qui fixe, à l'échelle nationale, le nombre d'étudiants autorisés à suivre leurs études.

Ce *numerus clausus* instauré en 1971, fixe aujourd'hui par arrêté le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études des quatre professions médicales. La pertinence du *numerus clausus* est fréquemment remise en question notamment au regard de l'essor des flux migratoires de professionnels étrangers depuis quelques années.

D'autres mesures de santé publique, plus ciblées et régionales, ont été mises en place pour privilégier la démographie des professionnels de santé dans les zones moins denses en offre de soins, notamment depuis 2009 au travers de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) : soutien à l'exercice regroupé, bourses d'études et aides à l'installation ou au maintien de l'exercice en zones déficitaires.

L'Assurance maladie, au travers de négociations conventionnelles avec les syndicats professionnels, peut également conditionner ses conventions de remboursement à une amélioration de l'offre de soins.

Dans un rapport de la Cour des Comptes de 2014, il est indiqué que « les négociations conventionnelles n'ont que récemment intégré cette dimension géographique de l'accès aux soins. Si quelques tentatives antérieures ont concerné les médecins, c'est à partir de 2008 que des mesures, permises par des modifications du Code la sécurité sociale, ont été mises en place, visant à concilier le principe de la liberté

d'installation avec la préservation d'un égal accès aux soins pour les patients. L'Assurance maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés.»

Depuis la loi de 2004, dans le cadre des négociations conventionnelles, l'Assurance maladie s'engage également à prendre en charge une grande partie des cotisations familiales des professionnels de santé (assurance vieillesse, cotisations personnelles d'allocations familiales, etc.).

Par ailleurs, d'autres opportunités et aubaines peuvent militer pour une installation sur un territoire dont l'offre en soins est moins dense ; mais elles sont largement dépendantes des choix propres aux collectivités locales qui peuvent proposer des aides spécifiques.

A CHACUN SA VISION DU TERRITOIRE

Les pouvoirs publics régulateurs, pour améliorer l'offre de soin sur le territoire, ont donc élaboré des maillages propres à leur vision. Ainsi, l'État, l'Assurance maladie ainsi que l'ensemble des collectivités territoriales dans leur pluralité proposent chacun des incitations à l'installation dépendantes d'un zonage territorial particulier.

Depuis une dizaine d'années, l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales se sont emparés, chacun à leur manière, de la problématique de l'accès aux soins et de la démographie des professionnels de santé.

Des méthodologies de zonage du territoire ont ainsi été définies, souvent sans concertation ni logique, aboutissant à un véritable «millefeuille» ou «maquis» que tous les professionnels de santé ne comprennent pas forcément, voire ne connaissent pas du tout.

POURQUOI UN ZONAGE ?

L'objectif actuel du zonage est de mieux répartir l'offre de soin en améliorant la répartition géographique des professionnels de santé. Mais cette préoccupation est relativement récente.

Le zonage dans les années 1970 obéissait davantage à une logique nationale de capacité des équipements (l'hôpital) et de la formation (l'université).

Ainsi, c'était la carte sanitaire prévue par la loi du 31 décembre 1970, où le secteur sanitaire était l'unité de base du découpage géographique, qui planifiait l'offre hospitalière et la répartition quantitative des équipements.

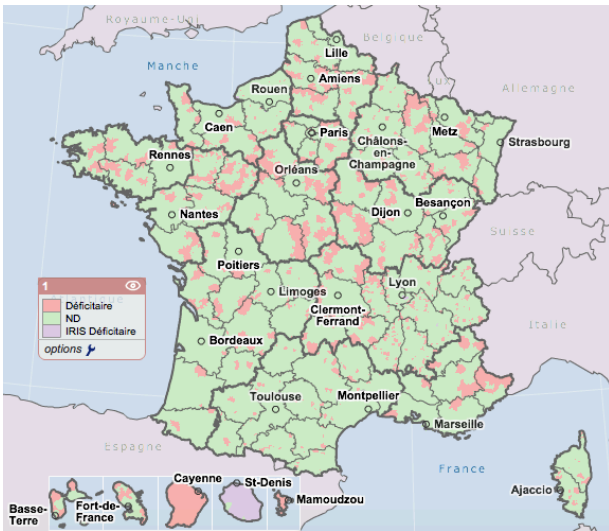
Aujourd'hui, la logique est davantage régionale et tournée vers les besoins des patients : la logique de capacité de l'offre, à exercer et à se former, laisse place à une logique de meilleure adéquation avec le besoin dans laquelle le patient a une place privilégiée.

Depuis 1994 (Loi Evin de 1991), le 1er Schéma régional d'organisation des soins (SROS) et ses générations ultérieures ont fait évoluer ce découpage. La maille évolue vers le bassin de vie et l'expertise technique permet des approches territorialisées plus cohérentes et adaptées aux réalités et aux habitudes de vie des habitants.

En 2006, le SROS de 3ème génération proposait une déclinaison sur la base d'objectifs quantifiés en implantations et en volume d'activité. Les Missions régionales de santé (MRS) définissaient ainsi pour la première fois des territoires déficitaires en offre de soins en médecine générale.

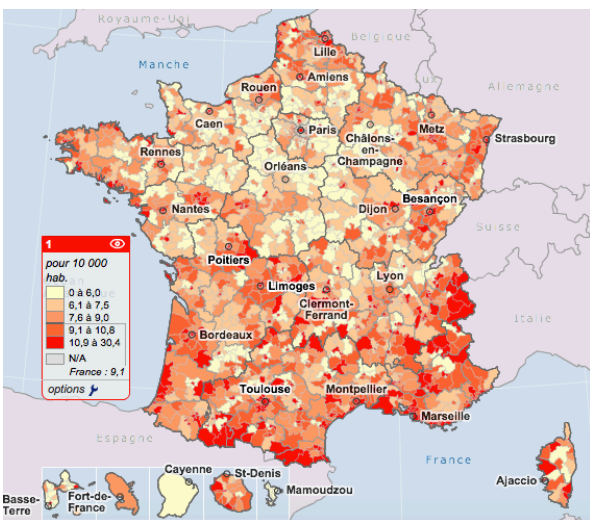
En 2009, la loi HPST et la nouvelle génération du SROS avaient pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soin afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Depuis, chaque région a donc la main sur son zonage.



Les zones déficitaires du SROS.

Source : Atlasanté.



Les densités de médecins généralistes par canton en 2016.

Source : Atlasanté

Parallèlement à cette régionalisation récente de la régulation, les professionnels de santé ont négocié leurs conventions avec l'Assurance maladie définissant ainsi un zonage spécifique à leur profession pour qualifier les lacunes de leur démographie.

LES ZONAGES EN VIGUEUR ACTUELLEMENT : LE ZONAGE PLURI-PROFESSIONNEL ET LES ZONAGES MONO-PROFESSIONNELS DITS CONVENTIONNELS

Aujourd'hui, il existe donc deux types de zonage : l'un régional porté par le SROS, dit pluri-professionnel, l'autre national et mono-professionnel, dit conventionnel puisqu'il est négocié entre l'Assurance maladie et les représentants syndicaux de chaque profession.

➤ LE ZONAGE SROS

Le zonage régional du SROS est porté par l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique et les différentes Agences régionales de santé (ARS) le désignent par des terminologies parfois différentes (zones déficitaires, zones fragiles, zones de vigilance, zones en difficulté, etc.).

Ainsi, l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique indique que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le SROS. Les dispositions de mise en œuvre de ce zonage ont été définies par l'arrêté du 21 décembre 2011 et détaillées dans l'instruction DGOS/R2/DSS n° 2012-07 du 4 janvier 2012.

Ces dispositions fixent un seuil populationnel ne devant pas excéder 7,34% de la population nationale. Chaque ARS fixe par arrêté ce zonage pluri-professionnel.

➤ LE ZONAGE ETENDU

Mais, dans le cadre du SROS prévu par l'article L.1434-7 du Code de la Santé Publique, l'ARS a également

parfois étendu ce zonage pour flécher d'autres aides spécifiques. Ces zones n'ont pas de limite de population.

En cela, ces zones constituent une extension du zonage SROS principal (même fondement juridique, même base méthodologique et mêmes données). Seul l'arrêté ministériel délimitant le seuil populationnel les distingue.

➤ LE ZONAGE PAR PROFESSION

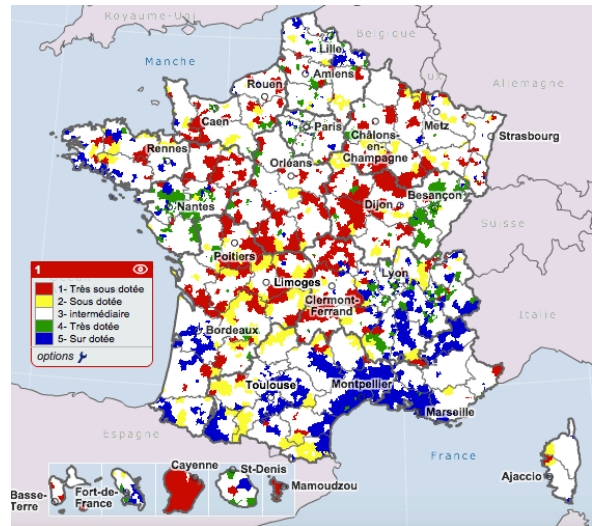
Les zonages mono-professionnels dits conventionnels concernent les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste et chirurgien-dentiste. Ils reposent sur des avenants conventionnels nationaux négociés et signés entre les syndicats professionnels et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

C'est la CNAMTS qui a procédé, pour l'ensemble du territoire national, à un classement des cantons selon cinq catégories : sur-dotée, très dotée, intermédiaire, sous-dotée et très sous-dotée.

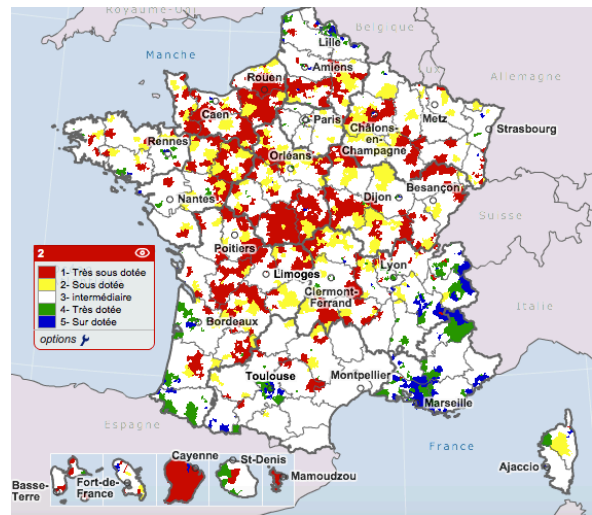
Ce sont les infirmiers qui ont été les premiers à voir se mettre en place un zonage conventionnel pour leur profession. Il repose sur les avenants 1 et 3 de leur convention nationale approuvée par les arrêtés du 17 octobre 2008 et du 25 novembre 2011.

C'est ensuite l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L 1434-7 du Code de la Santé Publique (article 4) qui a défini les dispositions de mise en œuvre de ces zones et qui les classe en cinq niveaux de dotation, selon une méthodologie nationale : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très-dotées, zones sur-dotées.

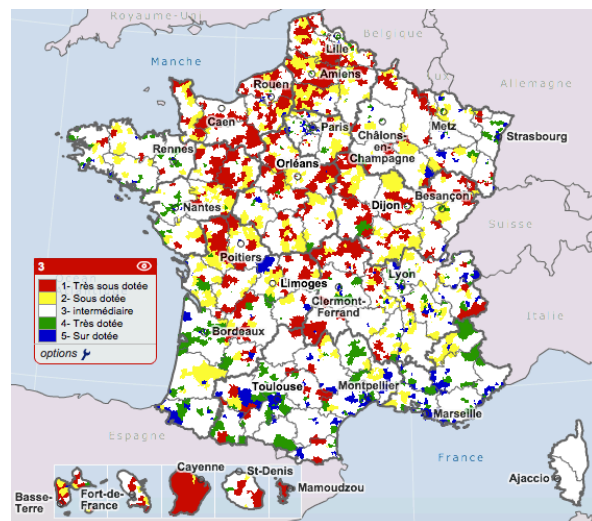
Les autres professions précitées ont par la suite établi leur zonage lors de négociations conventionnelles propres à chaque profession : en janvier 2012 pour les masseurs-kinésithérapeutes, en mars 2012 pour les sages-femmes, en mai 2012 pour les orthophonistes, et enfin en juillet 2012 pour les chirurgiens-dentistes.



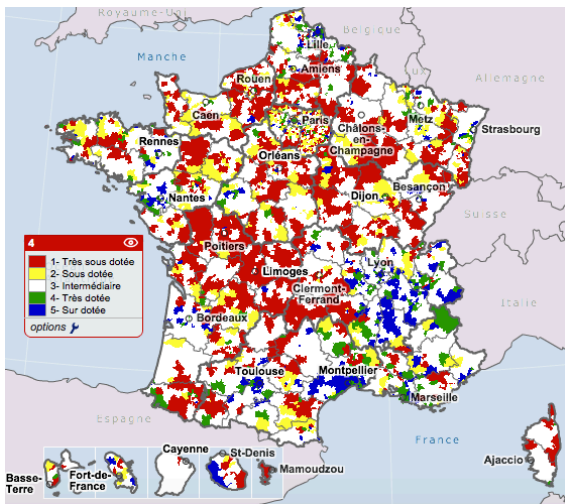
Le zonage conventionnel infirmier
Source : Atlasanté



Le zonage conventionnel masseur-kinésithérapeute
Source : Atlasanté

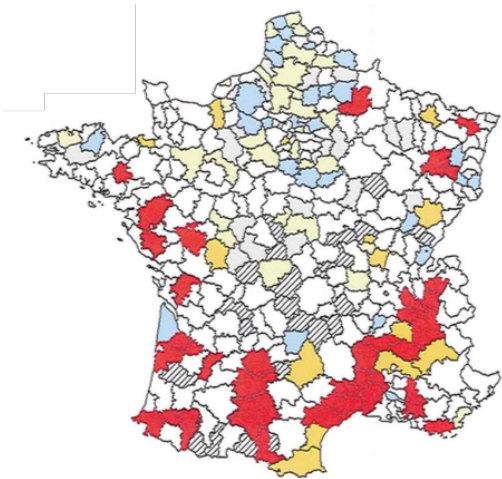


Le zonage conventionnel chirurgien-dentiste
Source : Atlasanté



Le zonage conventionnel orthophoniste

Source : Atlasanté



Le zonage conventionnel sage-femme (par bassin d'emploi)

Source : ONSSF.

Il est à noter que, contrairement aux autres professionnels de santé, le zonage conventionnel est coercitif pour les infirmiers et les sages-femmes.

Autrement dit, il prévoit que dans les zones "sur dotées", l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si un professionnel cesse définitivement son activité, ou, pour les sages-femmes, la réduit d'au moins 50%.

LES REFORMES ACTUELLES : LE TERRITOIRE DE VIE SAINTE ET L'APL

La Ministre de la Santé a engagé un "important travail de refonte de la méthodologie" au travers de la publication du décret du 13 novembre 2017 qui concerne la détermination du zonage pour les médecins.

La maille retenue pour le zonage est le "territoire de vie-santé" dont le Ministère a publié la liste pour chaque région. Ces territoires de vie sont classés selon un indicateur développé par la Drees : l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin.

Cet indicateur complet recense l'activité de chaque praticien, le temps pour y accéder et la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Malgré les politiques incitatives de régulation menées jusque-là, le constat démographique révèle une progressive et constante concentration de l'offre de soins.

La population française, dans son ensemble, connaît les mêmes phénomènes d'urbanisation et de polarisation.

Dès lors, il est légitime de se demander si les installations de professionnels de santé ces dernières années ne participeraient pas des mêmes dynamiques de métropolisation que la démographie française. Les professionnels de santé répondraient ainsi à une demande qui, elle-même, se concentrerait déjà dans les principaux centres d'influence du territoire.

A contrario, les territoires en déclin démographique, seraient également délaissés par les professionnels de santé. En d'autres termes, certains territoires seraient-ils condamnés à un déclin conjugué de leur démographie, de leur économie et de leur offre de soins ?

L'arrêté du 13 novembre 2017

- Une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure à 2,5 consultations par an par habitant. Ces zones constituent la "sélection nationale".

Elles sont obligatoirement sélectionnées par l'ARS (zones A) pour faire partie des zones d'intervention prioritaire et sont identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

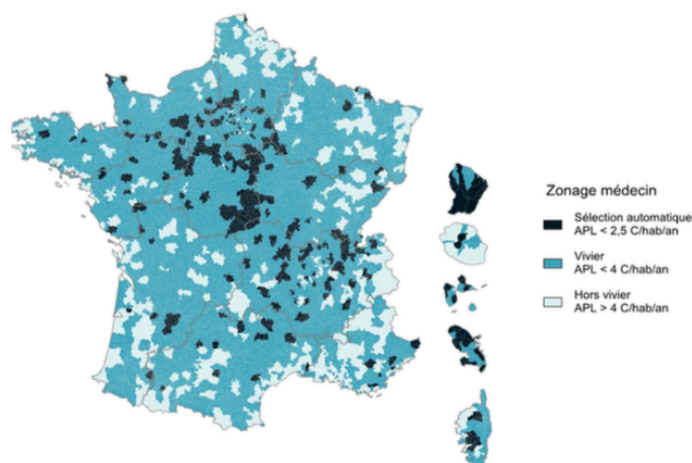
- Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, constituent le "vivier".

Dans ce vivier, les ARS peuvent déterminer, avec d'autres indicateurs, des zones additionnelles à la sélection nationale (zone B). Elles seront éligibles aux mêmes aides.

Le reste (tout ou partie) du vivier devient une zone d'action complémentaire (zone C). Ce zonage sera éligible aux mêmes aides, à l'exception des aides conventionnelles.

La limite du zonage prioritaire (zones A et B) est populationnelle. Chaque région est soumise à un quota.

➤ Carte 4 • Zonage médecins généralistes : sélection nationale et vivier



Champ > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP), France entière, hors Mayotte.
Sources > SNIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

Si cette hypothèse est vérifiée, l'ONDPS s'interroge sur le sens de cette désaffection : faut-il y voir un reflet de l' "évolution générale des modes de vie et des habitudes des patients [qui] vont peu à peu s'adapter à cette nouvelle configuration (davantage de mobilité, donc moins de besoin en praticiens de proximité)" ? Ou un phénomène alarmant contre lequel il convient de prévoir des mesures incitatives voire coercitives ?

Les raisons de ce changement de paradigme

Derrière les statistiques, les appétences pour l'exercice médical ont changé. S'il existe toujours des médecins de campagne dévoués à leurs patients, les jeunes générations plébiscitent d'autres pratiques et s'orientent même vers d'autres horizons.

Retour sur une crise de vocation. Qui ne touche pas que la médecine générale...

LA METROPOLISATION DES TERRITOIRES ET L'ARISTOCRATIE DES MEDECINS

France Stratégie a publié en juillet 2016 une note d'analyse sur les dynamiques et inégalités territoriales en France. Les auteurs, Clément Dherbecourt et Boris Le Hir, posent la question : "doit-on fixer un panier de services minimaux garanti par l'État sur tout le territoire ? Doit-on fixer un objectif opposable d'égal accès aux services minimaux, prenant en compte les écarts d'accessibilité ?"

Face au constat de métropolisation grandissante et d'accumulation des activités dans les zones urbaines denses, pourquoi devrait-on encore s'acharner à lutter contre les déserts médicaux ?

➤ L'ÉCONOMIE D'AGGLOMERATION

Reprenant les chiffres de l'OCDE, le rapport de France Stratégie souligne le constat de métropolisation générale de la démographie française. Les grandes aires urbaines françaises bénéficient d'une forte démographie et capte l'essentiel de l'activité.

Ainsi, "les quinze aires urbaines de plus de 500 000 habitants que compte la France rassemblent aujourd'hui 40 % de la population et 55 % de la masse

salariale. Elles représentent aussi plus de 50 % de l'activité économique et le PIB par habitant est en moyenne 50 % plus élevé dans les métropoles que dans le reste du pays."

Selon un rapport de l'observatoire de l'économie et des institutions locales de novembre 2015, ces métropoles ont généré entre 2007 et 2014 plus de 70 % des créations nettes d'emplois privés.

La réussite des métropoles provient aussi de purs effets de rendements. Il existe un lien entre gain de productivité et densité : la différence de productivité entre les villes les plus denses et les moins denses serait d'environ 10 %.

Le taux de pauvreté n'est pas particulièrement plus élevé dans les grandes métropoles, mais celles-ci concentrent une part importante des populations pauvres du fait de leur poids démographique : les grandes villes comme Paris, Lyon, Marseille et Lille concentrent presque la moitié des 4,8 millions de personnes vivant dans les quartiers prioritaires de la ville.

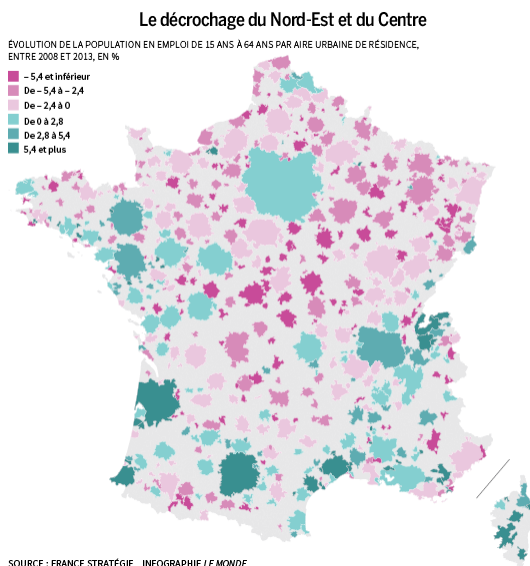
La pauvreté dans les grandes métropoles est d'autant aggravée par un niveau de vie général plus élevé qu'ailleurs.

➤ LE DECROCHAGE DES PERIPHERIES

La lecture des territoires français au travers du dynamisme démographique et de son activité révèle de fortes disparités : les zones péri-urbaines et rurales semblent à l'écart.

La désindustrialisation contribue à renforcer les disparités entre Nord-Est et Sud-Ouest. "Le PIB par habitant du Sud-Est était supérieur de 3,5 % à celui du Nord-Est en 2000, il lui est en 2013 supérieur de 9,5 %."

L'INSEE corrobore ces analyses : "si dans la majorité des régions françaises, le PIB est presque revenu en 2013 à son niveau d'avant la crise de 2008, toutefois, les effets de la crise se font encore sentir sur la croissance régionale. En Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, dans le Nord-Pas-de-Calais-Picardie et plus fortement encore en Bourgogne-Franche-Comté (- 1 % par an en moyenne), le PIB a reculé entre 2008 et 2013."



Et le vieillissement de la population constitue un élément critique dans l'augmentation de ces disparités territoriales. Selon les projections de l'INSEE, "pour la moitié des départements, le rapport entre les plus âgés et les personnes en âge de travailler devrait augmenter de plus de 25 points entre 2006 et 2040".

"Les aires urbaines de moins de 100 000 habitants et les zones en dehors des grandes aires urbaines sont

globalement positionnées sur des secteurs d'activité qui sont en perte de vitesse et cela pourrait accélérer leur décrochage économique. Les endroits où l'accès aux services de soins de proximité est supérieur à vingt minutes sont toutes des zones rurales peu denses à l'est de la région parisienne et dans le Sud-Est."

"Dans les dix ans à venir, ces difficultés d'accessibilité risquent de s'accroître du fait du vieillissement de la population dans certains territoires, notamment ruraux. En même temps, elles concerneront une population plus restreinte. Diverses actions sur lesquelles les pouvoirs publics se sont engagés pourraient améliorer la situation : optimisation de la localisation des services d'intérêt général, mutualisation des accès, développement des technologies numériques au service d'une nouvelle accessibilité."

➤ LUTTE DES CLASSES ET REPRODUCTION DES ELITES

Pour Martin Winckler, médiatique ami de la bien-pensance, les raisons sont toutes autres. Il livre une interview polémique dans *L'Humanité* qui remet de l'huile sur le feu.

"Les facultés de médecine sont structurées comme la France de Louis XIII. Il y a un vice-doyen qui a deux chefs de clinique, et ils commandent. La structure des grandes écoles françaises est une structure aristocratique. (...) La sélection des étudiants en médecine, en France, porte surtout sur des jeunes gens issus de milieux favorisés. Et ces étudiants s'apprentent à soigner des patients de leur milieu social, pas du milieu ouvrier, ni des sous-prolétaires. D'autant que la formation médicale laisse entendre aux étudiants qu'à l'intérieur même de la médecine, existe une élite. Et on les incite à devenir cette élite. Si vous raisonnez ainsi, cela signifie que certains valent plus que d'autres. Le médecin généraliste est en bas de l'échelle. (...) Les préjugés des médecins sont des préjugés de classes. Ils sont éduqués comme s'ils étaient des aristocrates, comme s'ils valaient plus que les infirmières. Du coup, vous comprenez que les obstétriciens français ne veulent pas parler d'accouchement à domicile avec les sages-femmes,

alors que ça se fait partout en Europe sans problème, sous prétexte que ce n'est pas aussi sécurisé qu'à l'hôpital."

Il pose ainsi le problème de la réplication des élites et du développement progressif du désert médical qui participe de la métropolisation à l'œuvre en France et dans tous les autres pays du monde.

Un constat contesté par certains mais partagé (en partie) par d'autres médecins blogueurs. Comme Perruche en Automne : *"Dans une société qui se gargarise de démocratie et d'avancées sociales, le constat que l'ascenseur social est pour certains un mur de parcours du combattant n'est pas satisfaisant. Bien sur il y a des exemples de réussite mais ils sont trop rares, et si l'origine sociale ne conditionne pas les soins octroyés, la concentration des savoirs et des pouvoirs dans les mains d'un groupe restreint tient plus de l'oligarchie que de la démocratie. Il est sûrement utopiste de vouloir un changement d'un état de fait présent dans toutes les sociétés mais il tout aussi complice de ne rien dire."*

Ou par Dr Niide : *"Les études médicales valorisent certes la volonté d'aider, mais dans une posture encore trop paternaliste. De plus elles survalorisent les savoirs et leur restitution lors d'une épreuve finale, créant une hiérarchie médicale inutile et délétère. (...) Ce n'est pas l'origine sociale des médecins qui est en cause c'est leur formation qui néglige trop la relation avec le patient et la société et crée une corporation sans lui apporter les notions indispensables à devenir des professionnels soignants."*

LA FIN D'UN MONDE

La politique volontariste de la III^{ème} République n'est plus possible aujourd'hui.

Les quatre piliers qui fondaient le territoire de la III^{ème} République se sont effondrés depuis belle lurette. Du médecin, de l'instituteur et du curé, il ne reste bien que le maire.

Et aujourd'hui le dernier de ces « notables » reste cet édile local qui doit batailler seul pour sauver sa Poste, son école et son épicerie-bar-tabac.

Toutes les statistiques le montrent : crise de la vocation religieuse, crise de la vocation d'enseignant, crise de la vocation médicale.

Le monde change et, crise économique oblige (encore une !), les Français cherchent des métiers lucratifs et compatibles avec nos nouveaux modes de vie.

De fait, le souvenir du médecin de campagne qui accouchait nos mères sur le sol de terre battue de la cuisine paraît relever de la préhistoire. Les jeunes médecins généralistes, maintenant majoritairement des femmes, s'installent de plus en plus tardivement, dans les communes les plus dynamiques.

Depuis quelques années, les maires esseulés se sont emparés des problématiques de santé et de désertification médicale, notamment, depuis 1999, au travers des Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) qui ont élargi leurs compétences santé.

La "désertification médicale" est devenue un enjeu politique, un argument électoral, qui a certainement biaisé la problématique de la démographie médicale.

Panorama des aides incitatives existantes

FINANCEURS	TYPE D'AIDE	BENEFICIAIRES	MISE EN ŒUVRE	REFERENCES	DUREE	ZONAGE
	Contrat d'engagement de Service Public (CESP)	Etudiants médecine et odontologie	Allocation mensuelle de 1200€ brut et imposable versée jusqu'à la fin des études (sous réserve d'exercer dans une zone déficitaire pendant 2 ans minimum)	Loi n° 209-879 du 21 juillet 2009 Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 et arrêté du 29 octobre 2013 pour l'odontologie	Pendant les études	Territoire du SROS défini régionalement par les ARS
	Exonération d'impôts	Médecin ou remplaçant	Exonération d'impôts sur les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).	Article 109 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 Avenant n° 4 de la convention signée le 22 avril 2005 Article 151 ter du code général des impôts		Zonage déficitaire du SROS
	Exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE)	Tous les professionnels de santé	Exonération de la CFE	Art. 1464 du Code Général des Impôts	De 2 à 5 ans selon la délibération de la commune	Commune de moins de 2000 habitants ou située dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) Commune située en zone de revitalisation rurale (ZRR)
	Exonérations en zone de revitalisation rurale (ZRR)	Toute activité nouvelle industrielle, commerciale, artisanale ou libérale	Exonération totale d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés	Art. 44 quinquies du Code Général des Impôts	Totale pendant 5 ans, puis dégressive pendant les 3 années suivantes.	Commune située en zone de revitalisation rurale (ZRR)
	Contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)	Médecin spécialiste de médecine générale non installé ou installé depuis moins d'un an	Exonération totale des cotisations sociales lors de l'embauche d'un salarié pour une rémunération horaire inférieure ou égale à 150 % du SMIC	Articles L131-4-2 et L131-4-3 code de la Sécurité sociale Décret n° 2008-1478 30/12/2008	1 an	Commune située en zone de revitalisation rurale (ZRR)
	Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)	Médecin spécialiste de médecine générale non installé ou installé depuis moins d'un an	Complément de rémunération à hauteur de 6 900€ brut par mois	Article 46 du PLFSS 2013 Article R. 1435-9-6 du Code de la Santé Publique Arrêté du 14 août 2013	1 an (2 ans max.)	Territoire du SROS défini régionalement par les ARS
	Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)	Médecin libéral ou collaborateur libéral (généraliste ou spécialiste, en secteur 1 ou en secteur 2)	Garantie d'une aide forfaitaire de 3105€ en cas de maternité et de 1117,80€ en cas de paternité.	Article 54 du PLFSS 2015 Article R. 1435-9-20 du CSP Arrêté du 26 octobre 2015	3 ans (6 ans max.)	Territoire du SROS défini régionalement par les ARS
	Contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)	Médecin spécialiste en médecine générale non installé	Garantie d'un complément de rémunération forfaitaire (4600€) ou additionnelle	Article 43 du PLFSS 2017 Article R. 1435-9-51 du Code de la Santé Publique Arrêté du 3 mai 2017	1 an (6 ans max.)	Territoire du SROS défini régionalement par les ARS

LES DISPOSITIFS FINANCÉS PAR L'ÉTAT

LES DISPOSITIFS FINANCÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE							
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)	Médecin de secteur 1 ou adhérent Optam	<ul style="list-style-type: none"> Aide forfaitaire d'un montant de 50K€ Majoration de 2,5K€ 	Article 4 de la convention médicale signée le 25 août 2016	5 ans minimum	Zonage déficitaire du SROS	
	Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)	Médecin de secteur 1 ou adhérent Optam	Aide à l'activité annuelle correspondant à 10% des honoraires	Article 5 de la convention médicale signée le 25 août 2016	3 ans (6 ans max.)	Zonage déficitaire du SROS	
	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)	Médecin conventionné, toutes spécialités, installé en zone déficitaire	<ul style="list-style-type: none"> Aide forfaitaire de 5K€ par an Majoration du forfait de 1 250 € Rémunération complémentaire de 300€ par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein 	Article 6 de la convention médicale signée le 25 août 2016		Zonage déficitaire du SROS	
	Contrat de solidarité territorial pour les médecins (CSTM)	Médecin installé dans une zone non déficitaire et exerçant durant au moins 10 jours par an dans une zone déficitaire.	<ul style="list-style-type: none"> Aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires Prise en charge des frais de déplacement engagés 	Article 7 de la convention médicale signée le 25 août 2016		Zonage déficitaire du SROS	
	Contrat incitatif	Infirmier, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> Participation financière à l'équipement (de 1,5 à 15K€) Prise en charge de la totalité des cotisations Urssaf au titre des allocations familiales à hauteur de 5,4% du montant du revenu lié à l'activité conventionnée 	Avenants conventionnels	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ans pour une installation de chirurgien-dentiste - 3 ans renouvelables pour un PS en exercice 	Zonage conventionnel : zone très sous-dotée (+ sous-dotées pour MK et SF)	
	Bourse d'étude, prise en charge de frais (location cabinet, ménage, etc.), mise à disposition de locaux,...	Tous les professionnels de santé				Selon les collectivités locales (région, département, commune)	

L'échec des politiques incitatives dans les déserts médicaux

Depuis quelques années, le phénomène de "désertification médicale", que la presse relaie avec délectation, progresse de manière alarmante, jetant l'opprobre sur des médecins qui choisissent de s'installer en ville, dédaignant ces déserts repoussoirs. Les différentes mesures incitatives enclenchées ont échoué à enrayer cette dynamique.

Alors la tentation est grande pour l'État de relancer le débat sur la coercition pour maintenir la cohésion sociale dans ces territoires délaissés. Mais quels professionnels de santé iront dans des territoires abandonnés par l'État depuis des décennies ?

Une centaine de sénateurs, centristes, communistes et LR, ont proposé fin novembre six amendements au PLFSS 2018. Au programme : obliger les jeunes médecins à s'installer dans les zones sous-dotées "pour une durée au moins égale à deux ans", imposer le conventionnement sélectif dans les zones surdotées.

Face à l'argumentaire des sénateurs, la Ministre de la santé est restée de marbre et a préféré une méthode "réfléchie" pour réguler les zones surdensées : "Nous aurons en 2030 exactement l'inverse de ce que nous connaissons aujourd'hui, une catastrophe dans l'autre sens. Et il nous faudrait alors un ONDAM à 7 % et pas à 2,3% comme aujourd'hui", a-t-elle averti.

FAUT-IL FORCER LES PROFESSIONNELS DE SANTE A S'INSTALLER DANS LES ZONES DEFICITAIRES ?

L'épisode n'est pas nouveau. L'année dernière, le 24 novembre 2016, une motion, houleuse, a rejeté une proposition de loi visant une approche plus coercitive pour l'installation des professionnels de santé.

Le rapport du député Philippe Vigier sur sa proposition de loi contenait 12 articles dont notamment une obligation d'effectuer un stage pratique d'au moins 1 an dans les zones sous-dotées (article 2) et une autorisation d'installation pour 5 professions de santé (article 5 à 9).

Cette proposition de loi n'a pas été retenue par l'Assemblée nationale par une motion récoltant 42 voix contre 14.

Pendant le débat soulevé par cette proposition de loi, le député LR Pierre Morel-à-L'Huissier s'est livré à un réquisitoire sans pitié :

"Voilà plus de vingt ans que l'on ressasse la problématique des déserts médicaux, que l'on accumule des mesures incitatives. Pourtant, la situation ne fait qu'empirer.

Nous sommes confrontés à un problème sanitaire grave, à une profonde fracture territoriale. Nous allons droit dans le mur ! (...)

Nous devons constater l'échec des dispositifs incitatifs mis en place jusqu'ici. Il s'agit d'abord des exonérations fiscales et sociales au titre d'une installation dans les ZFU, les zones franches urbaines, et dans les ZRR, les zones de revitalisation rurales : un médecin qui s'installe dans ces zones ne paye pas d'impôt pendant huit ans.

Il s'agit ensuite de la majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires, des contrats d'engagement de service public – qui représentent tout de même 1 200 euros par mois pour des étudiants en médecine –, des aides de l'État aux collectivités territoriales afin de financer des structures participant à la permanence des soins et à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zone déficitaire – les fameuses maisons de santé pluridisciplinaires, qui coûtent quand même de 1 à 2 millions d'euros, payés par l'État.

On pourrait citer encore bien d'autres mesures : les indemnités kilométriques, les bourses aux étudiants, le financement de leur logement, les aides des départements, des régions, des communes et des EPCI – les établissements publics de coopération intercommunale –, notamment par des exonérations de taxes foncières et de taxe d'habitation, sans compter la nouvelle aide à l'installation de l'assurance maladie – 50 000 euros pour chaque médecin.

C'est une véritable gabegie, une débauche d'argent public, et cela afin d'aider à s'installer des médecins qui gagneront tout de même plus de 10 000 euros par mois ! Il faut mettre en rapport le coût de cet impressionnant arsenal avec son efficacité. Il serait intéressant de le mesurer, d'autant plus que le Gouvernement n'a jamais voulu répondre aux questions écrites que je lui ai adressées à ce sujet."

L'ÉCHEC DES POLITIQUES INCITATIVES CONVENTIONNELLES

Les mesures incitatives conventionnelles, mais également les nombreux dispositifs d'aide à l'installation ou de soutien à l'activité endéchées dès les années 1990, que cite plus haut le député LR Pierre Morel-à-L'Huissier, n'ont effectivement pas permis d'enrayer ce phénomène de désertification qui ne cesse de s'accroître.

Coût des dispositifs en faveur du rééquilibrage territorial de l'offre de soins

Financier	Dispositif	Montant
ARS (FIR, pacte territoire santé)	Dispositifs contractuels (PTMG)	2,2 millions d'euros (crédits alloués 2015)
	Maisons de santé	2,4 millions d'euros (2015)
	Centres de santé	0,65 million d'euros (2015)
	Télémédecine (expérimentation article. 36 LFSS 2014)	8,3 millions d'euros (crédits délégués 2016)
Etat - Exonérations fiscales	PDSA (article 151 <i>ter</i> CGI)	19 millions d'euros (2015)
	ZRR	12 millions d'euros (2015)
Assurance maladie	Aides conventionnelles (toutes professions)	46,2 millions d'euros (2016 versées en 2017)
	Contrat d'engagement de service public	17,7 millions d'euros (2015)
	Nouveaux modes de rémunération (maisons de santé)	18,2 millions d'euros (2016)
Collectivités territoriales	Investissements immobiliers, bourses, aides aux stages...	ND

Source : commission des affaires sociales d'après rapport d'activité du FIR, DGFIP, DGOS et Cnamts

Un rapport du Sénat en 2013 et un récent rapport de la Cour des Comptes avaient déjà alerté sur l'absence de pertinence des aides et des mesures incitatives et encouragé une coercition à l'installation sur le modèle des infirmiers ou des sages-femmes pour les zones sous-dotées.

L'auteur du rapport, le sénateur Hervé Maurey, avait d'ailleurs proposé en ce sens un amendement au projet de financement de la sécurité sociale 2017 le 16 novembre 2016.

Il prévoyait que "dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles existent un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le

conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations."

Déjà en 2013, un autre rapport du Sénat sur l'avenir de nos campagnes, proposait de "poursuivre la création de maisons de santé pour favoriser l'installation de praticiens, multiplier les possibilités de délégations de tâches ; à terme et en tant que de besoin, ne pas s'interdire de combiner mesures incitatives et mesures coercitives pour l'installation des praticiens en milieu rural" (p.116)

Un autre rapport sénatorial en juillet 2017 proposait de renforcer le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS), de développer la télémédecine, de soutenir (encore) les maisons de santé et de renforcer les stages en zones sous-dotées.

Selon un rapport de la Cour des Comptes, le seul contrat incitatif aurait coûté à l'Assurance maladie près de 30 Md€. Et l'échec des mesures incitatives oriente le débat vers la coercition.

Mais, comme le constate en 2014 la Cour des Comptes à propos du zonage coercitif des infirmiers, "les résultats sont globalement modestes, malgré quelques effets positifs du dispositif contraignant prévu pour améliorer la répartition des infirmiers exerçant en libéral (sur les trois ans d'application de ce dispositif, 300 infirmiers se sont installés dans des zones fortement sous-dotées, tandis que 400 ont cessé leur activité dans des zones sur-dotées). Pour leur part, les mesures incitatives ont bénéficié essentiellement aux professionnels déjà installés et l'impact sur les nouvelles installations dans les zones sous-dotées a été marginal, voire nul pour les médecins." (p.231-256).

DES AIDES NON-CONVENTIONNELLES PEU EFFICACES

Dans ces zones déficitaires ou très sous-dotées, de nombreuses aides et défiscalisations nationales et locales s'ajoutent aux mesures incitatives conventionnelles. Les espaces ruraux ou en voie de déclin économique, où se constatent les plus faibles densités médicales, ont, depuis les années 1990,

bénéficié de politiques volontaristes pour redynamiser ces territoires.

C'est le cas des ZRR, qui concernent un tiers des communes et environ 8% de la population totale française, qui permettent d'avantageuses exonérations fiscales (comme la franchise d'impôt sur le revenu, de taxe foncière ou de charges patronales en cas d'embauche) et qui ont été mises en place dès 1995.

Un rapport parlementaire de synthèse sur les zones de revitalisation rurales remarquait que même si les avantages octroyés dans ces territoires sont considérés comme des « niches fiscales », « aucun impact significatif » sur l'emploi n'avait été constaté.

Au contraire, un rapport interministériel antérieur abondait déjà en 2009 sur l'absence de réelle évaluation et sur une remise en cause, au regard des impacts très limités en dehors du secteur touristique, de ces aides.

Ainsi, selon le rapport parlementaire « les aides apportées sont considérées comme « un plus », voire génèreraient des effets d'aubaine, mais se montrent insuffisantes pour impulser un véritable développement économique.

Elles constitueraient davantage un filet de sécurité, qu'un véritable outil d'attractivité et de vitalité des territoires zonés. Elles ne contribuent pas, en effet, à créer une dynamique propre aux ZRR. Les exonérations constituent un « package » apporté au créateur d'entreprise, au même titre que d'autres aides.

« Elles sont devenues un acquis, auquel il convient de ne pas toucher, sans que l'on s'intéresse réellement à l'efficacité des aides allouées. Il y a fort à parier que le caractère émiété du zonage – 14 290 communes bénéficiaires – contribue également à l'absence de dynamique propre aux ZRR. »

Le rapport interministériel, quant à lui, pointait la perte d'efficacité des ZRR en raison de la banalisation des

aides afférentes. Leur spécificité territoriale étant, au fur et à mesure, noyée dans des mesures nationales de portée.

COMBIEN D'INSTALLATIONS DANS LES DESERTS MEDICAUX ?

Dans son rapport annuel sur l'état de sa démographie médicale, le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) alerte sur la baisse préoccupante des médecins généralistes alors même que la population nationale augmente.

"Face à ces disparités territoriales et à cette baisse généralisée, la définition en 2012 de zones déficitaires par les ARS et les mesures qui leurs sont liées n'ont pas eu d'impact. La quasi-totalité des installations des médecins généralistes ont eu lieu en dehors de ces zones."

L'ENTETEMENT DU ZONAGE

Le choix du législateur est d'étendre de plus en plus les zones déficitaires ou d'action prioritaire. Entre 2012 et 2017, on est passé de 7% de la population française couverte par une zone déficitaire à 18% aujourd'hui.

Quand commencerons-nous à penser la désertification médicale dans son ensemble ? c'est-à-dire à évoquer le retrait de l'État dans certains territoires ?

Combien de MSP resteront vides faute d'écoles et de transports alentours ? Combien de solutions coûteuses de télémédecine resteront lettre morte car implantées dans un désert numérique ?

Combien de professionnels de santé préfèrent utiliser Twitter ou Facebook pour diagnostiquer bien plus rapidement ?

Combien de générations sacrifiées de professionnels de santé à cause de politiques ciblées uniquement sur les zones sous-denses ?

Des solutions pour lutter contre les déserts médicaux ?

Le phénomène de démedicalisation progressive des territoires français est complexe à saisir. Un aperçu des politiques menées jusque-là révèle bien qu'il n'existe pas de remèdes miracles.

Toutefois, des expérimentations réussies ont permis d'accompagner les changements (vocation, mode de travail, collaboration pluri-professionnelle, etc.) du monde médical et paramédical.

Un rapport d'information des sénateurs Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, publié en juillet dernier, fait le point sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Si un foisonnement d'initiatives a permis d'accompagner l'émergence des nouvelles pratiques, un pilotage privilégiant une "approche concertée au niveau des territoires de proximité" permettrait de mieux les articuler.

DES POLITIQUES CENTREES SUR LE MEDECIN GENERALISTE

Il est vrai que la démographie des médecins généralistes est déclinante et que la polarisation de leurs installations contribue et contribuera de plus en plus à exacerber les disparités territoriales. L'Ordre estime que la baisse des effectifs sera continue jusqu'en 2025.

Relever le *numerus clausus* est une solution sur le long terme, puisque la formation est longue. Et qui implique également de renforcer les capacités universitaires, d'autant plus si le NC et les ECN sont régionalisés et les régions déficitaires prioritaires. Malgré tout, elle ne résoudra pas la crise de vocation de la médecine générale.

Le constat est encore plus alarmant pour les médecins spécialistes en accès direct (ophtalmologues,

gynécologues, pédiatres, psychiatres) davantage concentrés dans les pôles urbains.

Ainsi, en juillet 2016, la Drees notait que l'accessibilité à ces spécialistes est "d'autant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance" : pour l'accès aux gynécologues ou ophtalmologues libéraux, l'offre disponible dans les grands pôles urbains est de 7 à 9 fois supérieure à celle disponible dans les communes isolées, dans lesquelles on ne dénombre, dans chacune de ces spécialités, qu'un équivalent temps plein pour 100 000 habitants.

Accessibilité des professionnels de santé libéraux par type de commune (en ETP pour 100 000 habitants, en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants)

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmacies
Grands pôles										
Unité urbaine (U.U.) de Paris	55	49	9	8	5	13	76	53	4	38
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	81	61	9	7	4	10	98	121	7	39
Communes des couronnes										
Communes urbaines	73	46	4	4	2	4	78	112	5	31
Communes rurales	49	22	4	3	2	3	42	76	4	22
Moyens et petits pôles										
Communes des pôles	82	56	3	3	1	2	78	110	5	40
Communes des couronnes	49	22	2	3	1	2	37	75	4	25
Communes isolées hors influence des pôles	65	28	1	1	1	1	47	91	3	35
Total ensemble	69	48	7	6	3	8	77	100	6	35

Source : Drees, Portrait des professionnels de santé – édition 2016, p. 51, juillet 2016

Pour les infirmiers, malgré des installations régulées de manière coercitive, on observe des écarts de densités départementales de 1 à 7. Et de 1 à 4 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Pourtant, même si d'autres professionnels de santé sont impactés par la désertification médicale, la majorité des aides fléchées dans les territoires sous-denses bénéficient aux médecins. Et le récent plan de la ministre de la santé poursuit la tendance. La méthodologie du zonage définissant l'attribution des aides et des défiscalisations est centrée sur l'accessibilité au médecin généraliste.

Peu de choses sont proposées pour le reste des professionnels de santé ou pour appréhender le territoire dans sa globalité. De fait, les disparités géographiques de répartition des professionnels de santé ne s'accordent pas aux besoins de santé des territoires.

LES ATTENTES A L'EGARD DU SYSTEME DE SANTE SONT SURDIMENSIONNEES.

Ces inégalités d'accès aux soins sont le reflet de dynamiques de territoires dont les enjeux dépassent la seule sphère sanitaire. Les attentes à l'égard du système de santé sont disproportionnées: ce n'est pas le médecin ou l'infirmier qui mettra fin au déclin du territoire.

Alors, si comme nous l'avons vu, la coercition à l'installation libérale risquerait de renforcer la crise de vocation pour la médecine générale et que, d'autre part, les politiques incitatives qui ont été menées jusqu'à maintenant n'ont pas été concluantes, quelles sont les solutions pour envisager les déserts médicaux dans leur globalité ?

Le *numerus clausus* : limiter la concurrence et les dépenses de santé

Mis en place en 1971, le *numerus clausus* entend réguler l'activité médicale. Il est en fait la rencontre de deux intérêts : celui des syndicats professionnels qui préfèrent limiter la concurrence et celui des caisses d'assurance maladie qui en limitant l'offre réduisent les dépenses. Jusque dans les années 1990, ce sont les syndicats de médecins et la CNAMTS qui ont ferrailé pour limiter au maximum le NC.

Ainsi, entre 1977 et 1993, le NC est passé de 8 700 à 3 500 : la baisse de 20% entre 2000 et 2016 des effectifs de médecins de moins de 60 ans en est la conséquence directe.

A la suite de la Commission Fougère en 1977 qui propose de réformer les études et de limiter le *numerus clausus*, il n'y a guère que les députés communistes pour défendre encore l'accès pour tous aux études médicales. Ainsi, le 21 avril 1977, une archive disponible de l'Assemblée Nationale retrace les débats de l'époque sur la réforme des études médicales. Le Dr Millet, député-maire d'Alès, communiste, s'emporte : "*pourquoi cette hâte du Gouvernement à renforcer la sélection au début des études médicales ?*

En agissant ainsi, le Gouvernement visait et vise toujours deux objectifs. D'une part, adapter le nombre des étudiants en médecine aux structures d'accueil, dans un secteur hospitalo-universitaire lui-même en crise et d'autre part, adapter le nombre des médecins à la stratégie du Gouvernement et du patronat en matière de santé. Alors même que tous les aspects de la vie économique et sociale, dominée par quelques grands groupes privés, constituent une atteinte grave à la santé de la population, cette politique tend à comprimer encore les dépenses de santé et à en faire supporter le poids par les intéressés eux-mêmes."

Le député-maire centriste et chirurgien, le Dr Deleneau lui répond : "*laisser les étudiants s'engager sans sélection dans cette formation professionnelle longue et difficile, n'est-ce pas, en effet, mettre en place un piège qui se refermera sur la médecine libérale ? Il sera facile, ensuite, d'attirer les nouveaux médecins vers une médecine totalement fonctionnarisée qui leur assurera momentanément la sécurité mais, à terme, les maintiendra dans la médiocrité et l'aliénation au pouvoir politique."*

UNE ABSENCE DE VISIBILITE DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'INSTALLATION ET A L'EXERCICE DANS LES ZONES SOUS DENSES

En dépit des efforts, les politiques d'aides à l'installation dans les territoires sous dotés restent toujours peu lisibles et parfois concurrentielles : chevauchement imparfait des différents zonages, superposition de dispositifs, manque de coordination entre les acteurs institutionnels et politiques, etc.

Le rapport de 2015 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Ondps) relevait "l'absence d'évaluation globale des politiques de régulation des conditions d'installation" en raison de "la multiplication et l'intrication des dispositifs qui s'ajoutent et se succèdent sans qu'on ait pris le temps de procéder à des évaluations intermédiaires."

Pour rendre les choses plus lisibles pour les professionnels de santé, un recensement de tous les dispositifs existants et une évaluation des actions menées sont nécessaires.

Dans un système fortement étatisé et rigide, peu d'écoute est donnée aux initiatives de terrain et aux particularités locales. Gageons que la stratégie nationale déclenchée par Agnès Buzyn puisse prêter une oreille attentive à ces réalités.

VALORISER LE STATUT DE REMPLAÇANT

C'est un fait : les jeunes générations préfèrent exercer en tant que remplaçant pendant quelques années avant de s'installer à leur compte.

Les nouveaux contrats PTMR vont dans ce sens. Afin de valoriser davantage l'exercice en remplacement, un statut conventionnel spécifique pourrait être reconnu pour les remplaçants, ce qui permettrait l'ouverture des droits aux nouvelles dispositions en cas de maternité : selon les chiffres du CNOM, 57% des remplaçants sont des femmes de moins de 40 ans.

Cette préoccupation participe d'ailleurs de l'amélioration de la protection sociale des professionnels libéraux, quel que soit leur statut

conventionnel ou leur zone d'exercice (réévaluation du délai de carence en cas de congé maladie, congé maternité, etc.). Cette sécurisation générale de l'exercice libéral permettra certainement d'endiguer la crise des vocations de médecine générale libérale.

LE SOUTIEN A L'EXERCICE REGROUPE

Loin d'être un remède miracle, l'exercice regroupé relève le défi de la chronicisation grandissante des maladies (qui nécessite une prise en charge pluri-professionnelle des patients) et répond en grande partie aux aspirations des jeunes générations de médecins. Selon les chiffres de la Drees, les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent en groupe, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus.

Les maisons de santé pluri-professionnelles sont un exemple frappant de l'engouement pour l'exercice regroupé. On en comptait 20 en 2008, en mars 2017 910 MSP étaient fonctionnelles et 334 en projet.

- 303 MSP ont bénéficié d'un soutien financier pour une enveloppe globale de 30,5 M€ depuis le plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural déclenché en 2010.
- 868 MSP ont bénéficié d'un financement FIR pour une enveloppe globale de 18,8M€.
- 444 MSP ont bénéficié d'un soutien de l'Assurance maladie au titre des nouveaux modes de rémunération (NMR) pour une enveloppe annuelle de 18,3M€.

Ces moyens importants permettent de lancer des projets souvent lourds et complexes. Mais "faire vivre" une MSP est une autre réalité tout aussi complexe et aléatoire.

De plus, si les MSP sont une forme d'exercice intéressante, elles ne sont pas non plus une norme unique ou une panacée ; d'autres formes d'exercice existent et peuvent répondre positivement aux besoins d'accès aux soins (permanence dans des communes sans présence médicale, exercice multi-sites, etc.).

Comme le note le rapport des sénateurs Cardoux et Daudigny, il s'agit de valoriser les actes pluri-professionnels (délégation de tâches, coordination) définissant, dans le cadre d'une nouvelle " *négociation interprofessionnelle*", un " *régime de financement incitatif*."

LA TELEMEDECINE AURA-T-ELLE TOUJOURS UN TRAIN DE RETARD ?

La loi HPST a introduit en 2009 5 actes médicaux de télémédecine à titre expérimental :

- la téléconsultation,
- la téléexpertise,
- la télésurveillance médicale,
- la téléassistance médicale,
- la régulation médicale.

Mais le cadre de ces expérimentations est jugé trop confus, restrictif et limitatif et contrairement à sa vocation initiale, il bride le déploiement de la télémédecine.

De nombreux obstacles sont encore à lever : autorisation de la CNIL pour les industriels, délai de mise en œuvre, etc. Quand l'expérimentation s'institutionnalise, l'innovation est déjà passée à autre chose.

SUSCITER LA VOCATION

Certaines voix s'élèvent pour défendre une vision coercitive de l'exercice de la médecine. Comme nous l'avons vu, le conventionnement coercitif des infirmiers ou des maïeuticiens n'a pas infléchi les tendances démographiques observées pour ces professions. Et rendre l'installation coercitive pour une profession déjà en crise risque fort d'être contre-productive et dissuader davantage les jeunes générations de choisir les études de médecine générale.

La formation initiale est le pivot essentiel pour résoudre les problèmes de démographie médicale. C'est en modifiant la perception des jeunes générations sur ces territoires en tension trop souvent considérés comme repoussoirs.

Les moyens sont connus : faciliter les maîtrises de stage dans les zones sous-denses (recruter des maîtres de stage et diversifier les lieux de stage), proposer des facilités de logements et de déplacements pour les stagiaires, confronter au plus tôt les étudiants à l'exercice ambulatoire, multiplier les témoignages d'installations réussies en zones sous-denses. Bref, adapter des études trop hospitalo-centrées, aux défis de la désertification médicale de certains territoires.

Bibliographie indicative

François ARNAULT (Dr.), "Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires", rapport de mission, Cnom, déc. 2016, 26p.

Muriel BARLET, Magali COLDEFY, Clémentine COLLIN, Véronique LUCAS-GABRIELLI, "L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux", Questions économie de la santé n°174, IRDES, Paris, Mars 2012, 8p.

Yvon BERLAND, "La démographie des professions de santé", Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Mission Démographie des Professions de Santé, Paris, Nov. 2002, 113 p.

Marc BERNIER, "Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire", Assemblée Nationale, Paris, Sept. 2008, 206p.

Yann BOURGUEIL, Julien MOUSQUES, Ayden TAJHAMADY, "Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France", IRDES, juin 2006, 70p.

Alain CALMETTE, Jean-Pierre VIGIER, "Rapport d'information sur les zones de revitalisation rurale (ZRR)", Assemblée nationale, rapport n°2251, Paris, Oct. 2014, 154p.

Jean-Noël CARDOUX, Yves DAUDIGNY, "Rapport d'information fait 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", n°686, Sénat, Paris, Jul.2017, 129p.

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), "Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine, pour quels médecins ?", 2003, 46 p.

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), "Les médecins qui ont déposé leur plaque", Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011, p.75-81

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), "Pourquoi certains jeunes médecins choisissent de s'installer", Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011, p.83-93

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), "Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral", avril 2011, Médecins n° 16, pp. 22-27

Cour des Comptes, "Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie. Une utilisation à développer, une sécurité à renforcer", Paris, Mars 2016, 165p.

Cour des Comptes, "Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins: un bilan décevant" dans le "Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale", Paris, Sept. 2015, pp. 185-216.

Cour des Comptes, "Les conventions avec les professions libérales de santé: répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense", dans le "Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale", Paris, 2014, pp.241-266.

Cour des Comptes, "Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale", Paris, Sep. 2012, 576p.

Christine DANIEL, Alain GARCIA, François ROCHE-BRUYN, Gérard RUIZ, Éric VERLHAC, Claude SARDAIS, "Évaluation des mesures en faveur des zones de revitalisation rurale (ZRR)", Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'agriculture de l'alimentation et des espaces ruraux, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Inspection générale des finances, Nov. 2009, 126p.

Yves DAUDIGNY, "Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé", Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 699, juillet 2014, Paris, 235p.

Éric DELATTRE, Brigitte DORMONT, "Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français: étude micro-économétrique sur données de panel", Économie & prévision, n°142, 2000-1. pp. 137-161.

Charles DESCOURS, "Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire", Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Paris, 2003, 40p.

Xavier DESJARDINS, Isabelle GENEAU DE LAMARLIERE, "L'aménagement du territoire en France", La Documentation Française, Mai 2016, 184p.

Clément DHERBECOURT Boris LE HIR, "Dynamiques et inégalités territoriales", France Stratégie, Juil. 2016, Paris, 8p.

Julien GIRAUD (sous la coordination de), "Les mobilités internationales des professions de santé: flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens", ONDPS / FNORS, Paris, Août 2016, 185p.

ISNAR IMG (Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale), "Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale", 2011, 31 p.

Jean-Marc JUILHARD, "Rapport d'information sur la démographie médicale", Sénat, Paris, Oct. 2007, 86p.

Hervé MAUREY, "Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire", Sénat, Paris, Fév. 2013, 133p.

Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.), Rapport 2013-2014 de l'ONDPS. Paris, Fév. 2015, 205p.

Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais. (O.R.S.), "Les intercommunalités et la santé", 50/51°Nord, Les Petits Dossiers de l'ORS NPDC, n°23, 2010, 8p.

Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais. (O.R.S.), "Mécanique des déserts", 50/51°Nord, Les Petits Dossiers de l'ORS NPDC, n°49, Juil. 2016, 6p.

Noémie VERGIER, Hélène CHAPUT, "Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?", les Dossiers de la Drees, n°17, Drees, mai 2017, 63p.

Philippe VIGIER, "Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire", n°4223, Assemblée nationale, Nov. 2016, 130p.

Daniel WALLACH, "Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins", Springer, Berlin, 2011, 281p.

the 1990s, the number of people in the world who are undernourished has increased from 600 million to 800 million (FAO 2001).

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increase in the world population. The world population is expected to reach 8 billion by the year 2025 (FAO 2001). This increase in population will lead to an increase in the demand for food.

Another reason for the increase in undernourishment is the increase in the number of people who are living in poverty. The number of people living in poverty has increased from 1 billion in 1980 to 1.5 billion in 2000 (FAO 2001). This increase in poverty will lead to an increase in the number of people who are unable to afford enough food.

There are also a number of other factors that contribute to the increase in undernourishment. These factors include the increase in the number of people who are living in rural areas, the increase in the number of people who are living in arid and semi-arid regions, and the increase in the number of people who are living in countries that are experiencing political instability.

The increase in undernourishment is a serious problem that needs to be addressed. There are a number of ways in which this problem can be addressed. These ways include increasing the production of food, increasing the number of people who are able to afford food, and increasing the number of people who are able to live in rural areas.

One of the most important ways in which the problem of undernourishment can be addressed is by increasing the production of food. This can be done by increasing the number of people who are working in agriculture, by increasing the number of people who are using modern agricultural techniques, and by increasing the number of people who are using modern agricultural machinery.

Another important way in which the problem of undernourishment can be addressed is by increasing the number of people who are able to afford food. This can be done by increasing the number of people who are working in the non-agricultural sector, by increasing the number of people who are receiving social benefits, and by increasing the number of people who are able to access credit facilities.

Finally, another important way in which the problem of undernourishment can be addressed is by increasing the number of people who are able to live in rural areas. This can be done by increasing the number of people who are working in rural areas, by increasing the number of people who are receiving social benefits, and by increasing the number of people who are able to access credit facilities.

The problem of undernourishment is a complex one that needs to be addressed in a comprehensive way. There are a number of ways in which this problem can be addressed, and it is important that these ways be implemented in a coordinated and effective manner. Only then can the problem of undernourishment be solved.

The problem of undernourishment is a serious one that needs to be addressed. There are a number of ways in which this problem can be addressed, and it is important that these ways be implemented in a coordinated and effective manner. Only then can the problem of undernourishment be solved.