



ACCES AUX SOINS

La médecine hospitalière et de ville en état
d'urgence vitale

RESUME DE L'ETUDE

Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux de l'UFC-Que Choisir sur l'accès aux soins sous l'angle de la fracture sanitaire¹, qui se focalisaient sur la médecine de ville libérale et sa mauvaise répartition sur le territoire. Le présent travail élargit la focale à la médecine dans son ensemble, y compris salariée et en particulier hospitalière, et démontre l'insuffisance globale de l'offre de soins par rapport aux besoins.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes :

Les usagers se reportent sur les urgences faute d'accès à la médecine de ville

Il n'y avait aucune étude en attestant sur la France, mais sur la base d'une analyse économétrique inédite, l'UFC-Que Choisir démontre et chiffre l'impact de l'offre de soins de ville sur le recours aux services d'urgences.

Cette présente étude considère les données de 2013 à 2020 sur l'ensemble des établissements ayant un service d'urgences (hôpitaux publics et privés), en comparant leur activité avec la démographie médicale libérale des départements. Pour une zone donnée, nous concluons formellement à un effet de la faible offre de soins libéraux sur l'affluence aux services d'urgences des établissements hospitaliers.

Il est donc injuste et intolérable de reprocher aux usagers d'engorger inutilement les urgences, comme le sous-entendent régulièrement les autorités, et il est inopérant de leur recommander de se tourner vers la médecine de ville lorsque celle-ci leur est inaccessible.

La démographie médicale est insuffisante, et amenée à se dégrader jusqu'au milieu des années 2030

A court terme, il faut donc coordonner la permanence des soins entre ville et hôpital afin de gérer la pénurie au mieux, et chercher à assurer une prise en charge des soins non programmés.

A moyen et long terme, il est indispensable d'accroître les capacités des universités, susciter suffisamment de vocations, et piloter la formation des médecins, par région et par spécialité en fonction des besoins prioritaires.

A ce titre, le fait que les autorités n'aient pas prévu d'augmenter les capacités d'accueil d'étudiants en deuxième année de médecine à horizon 2025 au-delà de l'ordre de grandeur de la cohorte 2021 est particulièrement alarmant. En effet, la démographie médicale est amenée à se dégrader dans les années à venir du fait de départs en retraite, et à accroître qui plus est la fracture sanitaire, puisque l'étude met en évidence le fait que les départements ayant l'offre de soins de ville la plus dégradée sont généralement ceux où l'âge moyen des praticiens est le plus élevé.

Il existe par ailleurs un vivier d'étudiants ayant validé leur première année mais non admis en deuxième année de médecine. Il est donc incompréhensible que les autorités n'aient pas pour ambition de former davantage de médecins dans les années à venir, compte tenu de la croissance des besoins de soins de la population, en lien notamment avec son vieillissement.

¹ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-l-ufc-que-choisir-devoile-la-carte-de-l-intolérable-fracture-sanitaire-les-pouvoirs-publics-vont-ils-engin-agir-pour-la-resorber-n103835/?dl=107451>

TABLE DES MATIERES

RESUME DE L'ETUDE	2
I. LE MANQUE D'ACCES A LA MEDECINE DE VILLE SE REPERCUTE SUR UN HÔPITAL EN SURCHAUFFE	4
A. Contexte : l'accès défaillant à la médecine de ville se double d'un accès aux urgences qui n'est plus systématiquement en mesure d'être assuré	4
B. Une étude quantitative géographique, testant le lien entre activité des urgences et accessibilité de la médecine de ville	5
1) Méthodologie	5
2) Résultat : le manque d'accès aux soins de ville se répercute sur l'hôpital, quel que soit le modèle statistique retenu	6
II. L'HÔPITAL EN TRAIN DE SOMBRER	8
A. Une tendance à l'intensification du travail, du fait d'une offre de soins qui n'a pas suivi la hausse des besoins	8
B. Une dégradation accentuée par la crise du Covid (2020-2022)	9
C. Les conséquences délétères d'un accès dégradé à l'hôpital	10
1) La généralisation du filtrage aux urgences	10
2) La fermeture de maternités	11
3) Automne-hiver 2022 : triple épidémie de bronchiolite, grippe et Covid	11
III. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DECLINANTE CAUSEE PAR L'INCURIE DES POUVOIRS PUBLICS	13
A. Le <i>numerus clausus</i> a artificiellement limité la formation de médecins	13
B. La situation devrait continuer à se dégrader jusqu'en 2030...	14
C. ... et pourrait amplifier la fracture sanitaire	16
D. Le <i>numerus apertus</i> , symbole des moyens limités consacrés à la formation	18
IV. DES PISTES POUR AMELIORER L'OFFRE MEDICALE A COURT ET LONG TERME	20
A. Piloter la formation afin de cibler les spécialités et régions prioritaires	20
B. Augmenter l'attractivité du métier pour former davantage de médecins	20
C. Les maisons de santé ou la décharge du temps administratif	21
D. La coordination ville-hôpital : s'inspirer des solutions locales qui fonctionnent	22
E. Des annonces récentes qui seront suivies par les usagers avec prudence	23
DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR	25
Annexe : Densité et âge moyen des généralistes libéraux par département	26

I. LE MANQUE D'ACCES A LA MEDECINE DE VILLE SE REPERCUTE SUR UN HÔPITAL EN SURCHAUFFE

A. Contexte : l'accès défaillant à la médecine de ville se double d'un accès aux urgences qui n'est plus systématiquement en mesure d'être assuré

Une récente étude de l'UFC-Que Choisir sur la fracture sanitaire a montré² que 23,5 % de la population de la France métropolitaine avait des difficultés d'accès aux généralistes libéraux dans un rayon de 30 minutes autour de la commune où ils résident, et 52,4 % aux pédiatres libéraux dans un rayon de 45 minutes. En 2019, nous avons en outre souligné que près de la moitié des généralistes refusaient les nouveaux patients³, ce qui est particulièrement problématique lorsque le médecin traitant d'un patient prend sa retraite par exemple. Nous avons donc pointé l'existence d'un sérieux problème d'accès aux soins primaires en ce qui concerne la médecine de ville. Résultat : en 2021, 11 % de la population éligible⁴ ne disposait pas de médecin traitant⁵.

Alors que l'accès à la médecine de ville est défaillant sur de larges pans du territoire du fait de la liberté totale d'installation dont bénéficient les médecins libéraux, les hôpitaux sont par ailleurs structurellement saturés.

Or les autorités appliquent des politiques de plus en plus suspicieuses envers les usagers se présentant aux urgences : en effet, le FPU (Forfait Patient Urgences, facturant un montant 19,61 € à chaque patient étant reçu mais pas hospitalisé) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022. En outre, la régulation de l'accès aux urgences s'est étendue à un nombre important d'établissements hospitaliers à l'été 2022, à travers un appel au 15 préalable obligatoire⁶.

Pendant l'épidémie de bronchiolite touchant les bébés et autres enfants en bas âge de l'automne 2022, les autorités ont recommandé d'appeler le 15 ou le 112 avant de se présenter éventuellement aux urgences⁷. Pire, à l'hiver 2022-2023, une grève de médecins généralistes en pleine triple épidémie de Covid, grippe et bronchiolite s'est traduite par une saturation encore plus importante de services d'urgences de nombreux hôpitaux. Dans ce contexte, plusieurs dizaines de morts de personnes en attente de prise en charge ont été recensées⁸.

Tout se passe donc comme si les autorités faisaient un raisonnement doublement à charge contre les patients : ils se présenteraient aux urgences de manière injustifiée (encore qu'il faille juger soi-même de la gravité de son cas), et auraient l'opportunité de consulter la médecine de ville plutôt qu'aller à l'hôpital.

² Novembre 2022 ; <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-l-ufc-que-choisir-devoile-la-carte-de-l-intolérable-fracture-sanitaire-les-pouvoirs-publics-vont-ils-engin-agir-pour-la-resorber-n103835/?dl=107451>

³ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>

⁴ C'est-à-dire les assurés sociaux âgés de plus de 16 ans.

⁵ <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

⁶ <https://www.quechoisir.org/billet-du-president-acces-aux-soins-filtrage-a-l-acces-aux-urgences-ou-l-art-de-masquer-un-symptome-sans-traiter-le-mal-n102104/>

⁷ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/bronchiolite/bons-reflexes> et <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16087>

⁸ <https://www.quechoisir.org/billet-du-president-greve-des-generalistes-liberaux-ni-la-fin-ni-les-moyens-ne-se-justifient-n105055/>

Aujourd'hui, la littérature scientifique sur des données françaises montre que seuls 2 % des patients indiquent s'être présentés à l'hôpital car ils pensaient que c'était gratuit, et seules 6 % des visites sont jugées inappropriées compte tenu de l'opportunité (ou non) de consulter un généraliste⁹. Souhaitant s'assurer que les autorités ne font pas indûment subir à l'usager la défaillance de la permanence des soins, l'UFC-Que Choisir a voulu élargir le champ d'analyse en vérifiant si les usagers se reportent ou non sur les urgences faute d'accès à la médecine de ville, en se basant sur des données empiriques, quantitatives et objectives.

B. Une étude quantitative géographique, testant le lien entre activité des urgences et accessibilité de la médecine de ville

1) Méthodologie

Pour établir son analyse, l'UFC-Que Choisir a collaboré avec les équipes de recherches quantitatives dans le domaine de la santé de l'école de management SKEMA Business School, qui ont récolté, traité et archivé des données à partir des sources publiques suivantes :

- Statistique annuelle des établissements (SAE) de 2013 à 2020 (dernière année disponible) pour les données sur les services d'urgences des hôpitaux publics et privés.
- Répertoires RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) pour les médecins, et ADELI pour les auxiliaires médicaux, notamment infirmiers, pour estimer la démographie médicale libérale au niveau départemental sur les années 2013-2020.
- Données démographiques départementales annuelles de l'INSEE.

Les observations portent sur 8 années, l'ensemble des médecins libéraux et hospitaliers, et plus de 600 services d'urgences grâce à une approche exhaustive¹⁰. La base porte sur 158,5 millions de passages aux urgences.

L'étude économétrique réalisée par les équipes scientifiques de SKEMA Business School est basée sur des indicateurs obtenus à partir de ces données.

D'après le rapport Braun (juin 2022)¹¹, le manque de médecins urgentistes est la première cause de la saturation des services d'urgences. C'est pourquoi dans le cadre de cette étude l'UFC-Que Choisir a choisi d'élaborer un indicateur d'activité mettant en rapport, pour chaque service d'urgences, le nombre moyen de patients traités par jour et par médecin. Il représente le ratio entre le nombre moyen de passages aux urgences par jour sur une année et le nombre de médecins du service, en équivalent temps plein. L'étude porte sur 4 568 observations de cet indicateur.

La moyenne d'activité des services d'urgences est de 11,2 patients par médecin et par jour, avec toutefois une forte hétérogénéité entre les établissements.

Quant à la densité des généralistes et pédiatres libéraux, elle a été mesurée pour chaque département, en additionnant la totalité des professionnels exerçant uniquement en libéral, et des professionnels de santé ayant une activité mixte affectés d'un coefficient de 0,5 (en posant comme hypothèse qu'ils exercent à 50 % en libéral et le reste du temps en hôpital ou

⁹ <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/6/449>

¹⁰ Seuls les établissements ayant ouvert ou fermé pendant cette période ont dû être exclus de l'échantillon, pour des raisons de méthodologie statistique.

¹¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

en clinique). Ce nombre de médecins a ensuite été rapporté à la démographie de chaque département, pour obtenir un coefficient pour 100 000 habitants. Deux indicateurs ont été retenus :

- densité de généralistes (moyenne annuelle nationale entre 2013 et 2020 : 96,7 médecins pour 100 000 habitants)
- densité de généralistes et pédiatres (en moyenne 100,4 professionnels pour 100 000 habitants)

Ce maillage par département, qui est le plus précis dont nous disposons sur la durée, comporte des limites intrinsèques. En effet, il n'y a pas de « frontières » infranchissables entre les départements ; les usagers peuvent tout à fait consulter dans le département voisin (voire à l'étranger pour les frontaliers). La méthode retenue fournit néanmoins une bonne estimation de la réalité de l'accessibilité des médecins, cela étant avéré par des tests de la robustesse de nos estimations.

Afin de prouver de manière robuste le lien entre faible accessibilité de la médecine de ville et forte affluence aux urgences, plusieurs modèles statistiques ont été utilisés.

D'abord, l'analyse du coefficient de corrélation a révélé le fait que l'activité des services d'urgences est négativement corrélée à la densité médicale, que l'on prenne en compte seulement les généralistes ou également les pédiatres. Cela signifie qu'une faible densité médicale est corrélée à une forte affluence aux urgences. Ces coefficients sont statistiquement significatifs¹². Toutefois, l'existence de cette corrélation ne permet pas de conclure à une causalité¹³.

Pour pouvoir inférer une causalité, une analyse des données sur plusieurs années a été effectuée, afin de jauger, pour chaque année donnée, si les valeurs « passées » de la densité médicale sont des bons prédicteurs de l'affluence « future » aux urgences. Un test statistique a permis de conclure à un lien de cause à effet uniquement de la densité médicale sur l'activité des urgences, mais non l'inverse (pas d'effet de l'affluence aux urgences sur la densité des libéraux). Cela confirme donc que l'inaccessibilité des médecins de ville provoque un report de la demande de soins vers les urgences.

2) Résultat : le manque d'accès aux soins de ville se répercute sur l'hôpital, quel que soit le modèle statistique retenu

Nous avons ensuite cherché à quantifier cet effet de report des patients sur les urgences. Plusieurs estimations ont été effectuées, en tenant compte ou non des pédiatres dans la densité de libéraux, et en utilisant différents modèles économétriques dans un souci de robustesse. Les résultats de cette estimation sont les suivants : une diminution d'un pour cent de la densité des médecins libéraux dans un département aurait augmenté l'activité des établissements d'urgences localisés dans ce département, d'entre 0,4 % et 0,6 % sur le court terme¹⁴, et jusqu'à 0,9 % sur le long terme (en tenant compte de l'inertie¹⁵).

Les résultats ci-dessus reposent sur une analyse rapportant les données de chaque établissement à la densité du département où il se situe. Les mêmes estimations ont été

¹² Au seuil de 1 %.

¹³ Par exemple, le même facteur pourrait causer la faible implantation des libéraux et la forte affluence aux urgences. Ce ne serait donc pas l'indisponibilité des libéraux qui causerait, en soi, la forte activité des urgences.

¹⁴ Coefficients significatifs au seuil de 5 %.

¹⁵ Coefficient d'inertie significatif au seuil de 1 %.

réalisées en agrégeant tous les services d'urgences de chaque département, pour vérifier si l'analyse est robuste à un changement de méthodologie, ce qui est le cas.

Ainsi, les patients ont bien tendance à aller davantage aux urgences lorsqu'ils ont un accès dégradé aux consultations libérales. La saturation des urgences ne peut donc pas être expliquée par une accumulation de consultations abusives de la part des usagers. Tout se passe comme si les usagers avaient tendance à se présenter davantage aux urgences lorsque la consultation chez un généraliste (ou un pédiatre) n'est pas une option accessible.

Stigmatisé par des messages infantilisants de type « petit bobo : pas urgence »¹⁶ et des appels à se présenter chez son généraliste, les usagers se voient qui plus est facturés pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

Le patient qui rencontre des difficultés pour consulter un médecin doit arbitrer entre :

- S'acquitter d'un reste à charge : urgences payantes si non suivies d'hospitalisation, ou médecin effectuant des dépassements (en particulier pour les spécialistes tels que les pédiatres : trois quarts des enfants vivent dans une zone où l'accès à un praticien respectant le tarif de la Sécurité sociale est problématique¹⁷) ;
- Effectuer un temps de trajet important pour trouver une consultation de ville (plus de 30 minutes pour les généralistes, 45 pour les spécialistes) ;
- Supporter un délai avant de décrocher un rendez-vous, risquant d'aggraver le motif de consultation entretemps, autrement dit, risquant qu'un problème de santé, qui initialement n'était pas urgent, finisse par le devenir.

Toutefois, la saturation des services d'urgences ne saurait leur être reprochée : il est impossible de nier les difficultés des hôpitaux à répondre à la demande de soins, du fait de l'incurie des autorités (Gouvernements et administrations) depuis des décennies.

¹⁶ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/communication-sur-le-bon-usage-des-urgences-les-campagnes-du-chu-de-montpellier-et-du-ch-de-beziers>

¹⁷ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-l-ufc-que-choisir-devoile-la-carte-de-l-intolerable-fracture-sanitaire-les-pouvoirs-publics-vont-ils-engin-agir-pour-la-resorber-n103835/?dl=107451>

II. L'HÔPITAL EN TRAIN DE SOMBRER

A. Une tendance à l'intensification du travail, du fait d'une offre de soins qui n'a pas suivi la hausse des besoins

Avant même la crise du Covid au début de l'année 2020, le nombre de passages aux urgences traités par médecin et par an a connu une tendance à la hausse : de 2 682 en 2013 à 2 914 en 2019 ; et de 1 030 à 1 076 patients par an en moyenne pour les infirmières travaillant dans ces services sur la même période.

Cela traduit le fait que l'offre de soins n'a pas suivi la demande depuis les années 2010. En effet, la démographie des urgentistes comme la dépense de soins ont augmenté depuis 2010.

Tableau 1 : Effectifs de médecins urgentistes (équivalent temps plein)

année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EQTP médecins	6586	6530	6694	6768	7068	7186	7208	7518

Sources : SKEMA Business School, calcul de l'UFC-Que Choisir

Tableau 2 : Dépense de soins hospitalière annuelle (euros par habitant)

année	2010	2015	2019	2020
Dépense par habitant	1240	1357	1441	1491
Secteur public	953	1048	1108	1166
Secteur privé	287	309	333	324

Sources : Drees, Insee, calcul de l'UFC-Que Choisir

Toutefois, cet effort budgétaire s'est révélé insuffisant par rapport à la hausse de la demande de soins liée à l'évolution de la pyramide des âges, et en particulier au vieillissement de la génération du *baby boom* :

Tableau 3 : Âge moyen de la population

Année	2010	2015	2019	2020
Age moyen	40,1 ans	40,9 ans	41,7 ans	41,9 ans

Source : Insee

Tableau 4 : Population âgée de plus de 75 ans

année	2010	2015	2019	2020
population (millions)	5,58	5,97	6,15	6,24
proportion	8,9 %	9,3 %	9,4 %	9,6 %

Source : Ined

Cette évolution démographique pourrait donc expliquer pourquoi l'activité des urgences s'est intensifiée depuis les années 2000. En effet, les personnes de 85 ans ou plus sont la tranche d'âge au taux de recours aux urgences le plus fort¹⁸. De plus, les passages aux urgences des

¹⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1128.pdf>

personnes âgées de plus de 75 ans ont une durée médiane environ deux fois plus longue que ceux des 15-74 ans¹⁹.

Ainsi, en 2019, 30 % des infirmières se reconvertissaient dans les cinq années consécutives à leur prise de poste, la source syndicale citant la « dégradation des conditions de travail » comme première cause de ce phénomène²⁰.

Cette augmentation de l'activité des services d'urgences s'est accompagnée d'épisodes de saturation, qui se sont révélés catastrophiques en termes de perte de chances des patients.

B. Une dégradation accentuée par la crise du Covid (2020-2022)

La pandémie de Covid-19 qui a frappé la France à partir de février 2020 a illustré les effets délétères des fermetures de lits à l'hôpital, à travers la saturation des services et le « tri » des patients.

En effet, le nombre de lits d'hôpital a suivi une tendance à la baisse, ininterrompue malgré la crise sanitaire : entre 2013 et 2021, les capacités des hôpitaux se sont réduites de 30 000 lits d'hospitalisation complète, ce qui représente une réduction de 7,3 % en huit ans²¹.

En 2020, pour faire face à l'afflux de malades en lien avec la pandémie, les capacités des soins critiques ont toutefois été augmentées (+ 3,6 %, avant de refluer : - 1,2 % en 2021, grâce à la couverture vaccinale réduisant le nombre de cas graves de Covid nécessitant une hospitalisation), en particulier en réanimation (+ 14,5 % en 2020, puis - 3,8 % en 2021).

Cette intensification de l'activité a pesé lourdement sur les équipes ; selon une enquête réalisée fin 2020-début 2021²², près des deux tiers du personnel soignant étaient exposés à un risque d'épuisement professionnel (98 % en ont déjà ressenti des symptômes), et 15,9 % étaient en *burn-out*²³.

Fin 2021, 85 % des infirmiers affirmaient que leurs conditions de travail s'étaient dégradées depuis le début de la crise sanitaire, 15 % disaient vouloir changer de métier d'ici un an, et 54 % de ceux exerçant en établissements publics estimaient traverser un *burn-out*, avec des effets préjudiciables sur la qualité des soins²⁴.

Le surmenage a également mené à des démissions de personnel soignant (60 000 postes d'infirmières étaient vacants à l'hôpital fin 2021²⁵), ou à un report sur une activité d'intérim, se traduisant par moins d'ETP au global (les équipes permanentes des hôpitaux sont unanimes à dénoncer des médecins « mercenaires », qui représenteraient environ 20 % des effectifs d'après le Ministre de la Santé²⁶, qui a d'ailleurs annoncé vouloir lutter contre un intérim « cannibale » : contrôle des rémunérations dans le secteur public, lancement d'un

¹⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>

²⁰ <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ER1242.pdf>

²² <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15406/burn-out-dans-la-sante-98-des-soignants-reconnaissent-avoir-deja-ressenti-les-symptomes-de-l-epuisement-professionnel.html>

²³ <https://www.psychologue.net/articles/soignants-et-burnout>

²⁴ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/resultats-consultation-infirmiere-lordre-national-infirmiers-alerte-de-nouveau-sur-la-situation-de-la-profession.html>

²⁵ <http://www.syndicat-infirmier.com/60-000-postes-infirmiers-vacants-dans-les-hopitaux.html>

²⁶ <https://www.leparisien.fr/societe/sante/interim-cannibale-francois-braun-le-ministre-de-la-sante-sonne-la-fin-des-medecins-mercenaires-03-10-2022-M3GADHXU6BEHDIGNWGB2F74OKM.php>

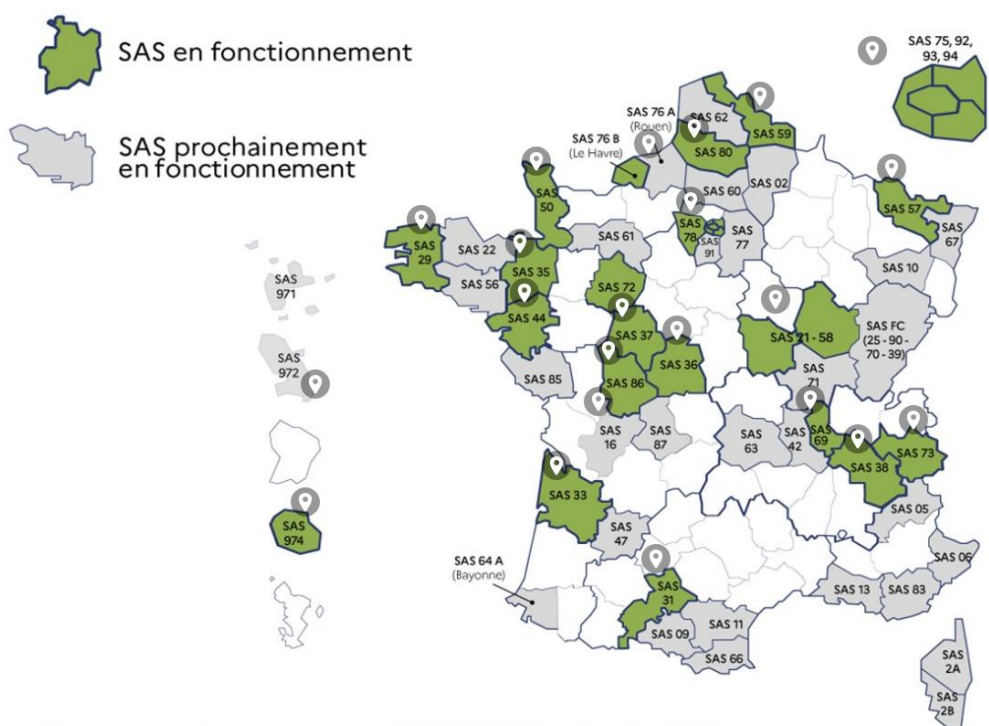
chantier pour interdire complètement l'intérim en début de carrière²⁷). D'après le CNOM, 26 % des médecins avaient une activité intermittente au 1^{er} janvier 2022 (postes caractérisés comme « essentiellement remplacements libéraux ou contrats salariés courts »)²⁸.

C. Les conséquences délétères d'un accès dégradé à l'hôpital

1) La généralisation du filtrage aux urgences

Les Services d'accès aux soins (SAS)²⁹ ont été introduits par le Pacte de refondation des urgences en 2019. Visant à prendre en charge les soins non programmés, les SAS recommandent d'appeler le 15 afin de se faire orienter plutôt que se présenter directement aux urgences. De tels dispositifs existaient dans certains territoires avant l'été 2022, et leur généralisation est prévue au cours de l'année 2023³⁰ (ce qui n'étonne guère puisque leur ardent promoteur François Braun, auteur d'une mission « flash » sur les urgences³¹, est devenu ministre de la Santé à l'issue des élections législatives en juillet 2022).

Carte des services d'accès aux soins, août 2022



Source : Ministère de la Santé

Les SAS présentent d'indéniables avantages. En situation de saturation des urgences, ils permettent de prioriser la prise en charge par l'hôpital des soins les plus critiques. Lorsque

²⁷ <https://www.egora.fr/actus-pro/politique-de-sante/78879-dix-annonces-a-retenir-des-voeux-de-braun?page=0%2C1>

²⁸ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

²⁹ <https://esante.gouv.fr/sas>

³⁰ <https://www.thinglink.com/scene/1387833131897192451?buttonSource=viewLimits>

³¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

l'urgence est vitale, l'appel au 15 préalable permet de faire intervenir une ambulance, ce qui est généralement plus rapide et efficace que se rendre à l'hôpital soi-même.

Lorsqu'ils assurent une liaison permanente avec la médecine de ville, les SAS permettent la prise en charge de soins non programmés ne nécessitant pas de se présenter à l'hôpital.

Toutefois, l'extension des SAS face aux tensions dans les services d'urgences à l'été 2022 a été davantage placée dans un contexte de culpabilisation du patient (« ne pas se présenter à l'hôpital pour un bobo »³²) que d'annonces d'efforts de permanence des soins de ville. Il conviendra donc de s'assurer que la généralisation des SAS joue véritablement son rôle de prise en charge de soins non programmés, et qu'ils ne constitueront pas un simple « filtre » à l'entrée des urgences n'offrant pas de solution alternative en ville pour autant.

2) La fermeture de maternités

D'après une source syndicale de sage-femmes, à l'été 2022 40 % des répondants à l'enquête soit au moins 10 % des maternités étaient en situation de fermeture partielle³³. Faute de personnel, des maternités se sont livrées à des « délestages » de femmes qui allaient accoucher, en particulier en Seine-Saint-Denis et à Paris, où une femme qui a été « délestée » par deux hôpitaux successifs a perdu son bébé, possiblement du fait d'une prise en charge trop tardive³⁴.

Faute de politique systémique, de tels phénomènes de saturation des services sont à prévoir à chaque période où des personnels sont amenés à prendre leurs congés, telles que l'été.

3) Automne-hiver 2022 : triple épidémie de bronchiolite, grippe et Covid

Outre les congés estivaux des personnels, les épidémies hivernales tendent aussi à faire passer le niveau d'activité des urgences d'une situation structurelle de surchauffe à une saturation totale.

En effet, les virus hivernaux tendent à affecter le plus durement les personnes les plus vulnérables, qui ont une probabilité plus importante d'avoir besoin d'une prise en charge hospitalière.

L'épidémie de bronchiolite a mis en lumière l'état structurellement tendu des services de pédiatrie, qui sont passés près d'un effondrement³⁵. Des délestages de bébés ont d'abord été mis en place, des enfants ont été dans certains cas envoyés à des centaines de kilomètres³⁶, jusqu'à ce qu'au plus fort de l'épidémie une perspective de saturation imminente de l'ensemble des services de France fasse craindre qu'il n'y ait plus aucun service où délester.

Le Covid et la grippe saisonnière affectent quant à eux sous leurs formes graves essentiellement les personnes âgées. Ajoutées à la bronchiolite, ces deux épidémies ont provoqué un afflux des patients encore plus soutenu, et mis les hôpitaux dans un état de

³² <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/communication-sur-le-bon-usage-des-urgences-les-campagnes-du-chu-de-montpellier-et-du-ch-de-beziers>

³³ https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/01/au-moins-10-des-maternites-en-fermeture-partielle-selon-un-syndicat-de-sages-femmes_6132931_3224.html

³⁴ <https://www.mediapart.fr/journal/france/310722/vive-tension-dans-les-maternites-qui-limitent-les-inscriptions-et-delestent-des-accouchements>

³⁵ <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/bronchiolite-precoce-et-tensions-dans-les-services-de-pediatrie-le-ministre-de>

³⁶ <https://www.letelegramme.fr/dossiers/les-hopitaux-bretons-en-surchauffe/bronchiolite-24-heures-aux-urgences-pediatriques-de-brest-15-12-2022-13242530.php>

tension extrême³⁷. Des patients ont souffert des délais d'attente de prise en charge anormaux, certains restant sur des brancards faute de lits disponibles ; au moins 43 morts « inattendues » sont survenues, suspectées d'avoir pu être évitées si les services avaient été en capacité de prendre en charge les patients à temps³⁸.

Ainsi, la tension dans les hôpitaux est telle que le moindre sursaut épidémique tend à saturer les services (et cela d'autant plus lorsque les confrères de la médecine de ville refusent de faire leur part en termes de permanence des soins³⁹), jusqu'à mettre la vie des patients en danger. Le diagnostic pour l'hôpital est celui d'une urgence vitale.

³⁷ <https://www.lexpress.fr/societe/aux-urgences-la-triple-epidemie-ne-permet-plus-daccueillir-les-patients-dans-des-conditions-dignes-DABKVJQ2FBDZLFJG2JUM3ATEGO/>

³⁸ https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/cp-sudf-06-02-2023-no-dead-ou-comment-tolerer-l-inacceptable/art_id/1098

³⁹ <https://www.quechoisir.org/billet-du-president-greve-des-generalistes-liberaux-ni-la-fin-ni-les-moyens-ne-se-justifient-n105055/>

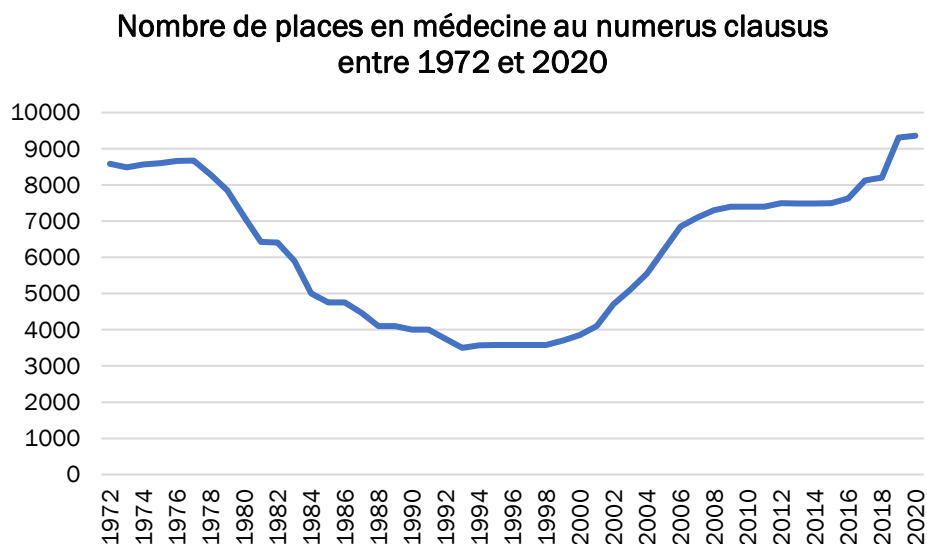
III. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DECLINANTE CAUSEE PAR L'INCURIE DES POUVOIRS PUBLICS

L'offre de soins, sous la forme de la démographie médicale, est globalement insuffisante, et d'après toutes les projections, la situation poursuivra de se dégrader, au moins jusqu'au milieu des années 2030.

A. Le *numerus clausus* a artificiellement limité la formation de médecins

Le *numerus clausus*, dispositif limitant le nombre de places d'étudiants en deuxième année de médecine, a été instauré en 1971, et supprimé en 2020. Ce dispositif avait été mis en place sous la pression de syndicats de médecins corporatistes, qui souhaitaient instaurer une sélectivité des études de médecine via un concours, et réduire le volume des cohortes formées, en réaction à la massification universitaire qui s'était amorcée⁴⁰.

Dans la mesure où il faut dix ans pour former un médecin, les effets des modifications de politiques de cette nature prennent du temps, et ceux des politiques passées sont particulièrement durables.



Source : UFC-Que Choisir, d'après les arrêtés de chaque année

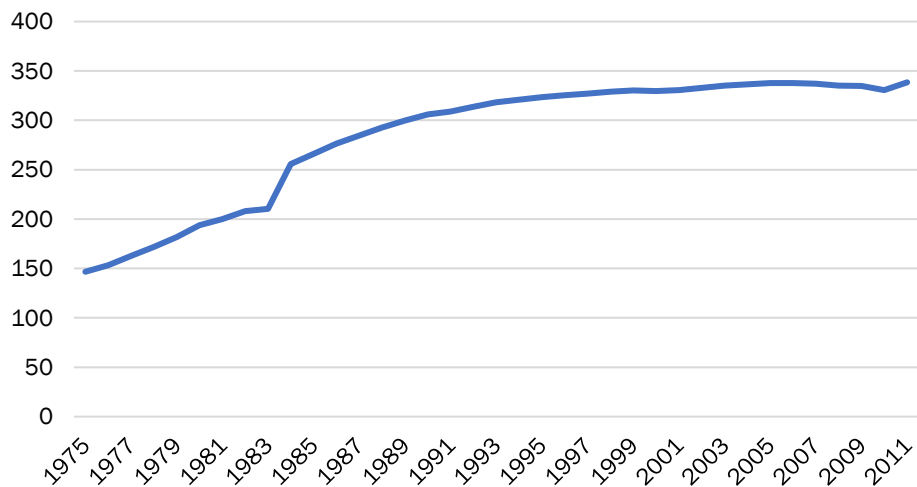
Comme nous pouvons le constater, un creux est particulièrement marqué entre 1984 et 2002 : la France admettait moins de 5 000 étudiants par an en deuxième année de médecine à cette période (contre plus de 8 000 entre 1972 et 1978). Ce phénomène peut être attribué à des alliances entre syndicats corporatistes et hauts fonctionnaires convaincus qu'une plus faible offre de soins aurait des effets bénéfiques sur les finances publiques⁴¹.

Cette politique a eu pour effet de stabiliser la densité médicale à partir des années 1990, alors même que le vieillissement de la population venait augmenter les besoins de soins :

⁴⁰ <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2009-1-page-79.htm>

⁴¹ *Ibid.*

Densité médicale (pour 100 000 habitants)

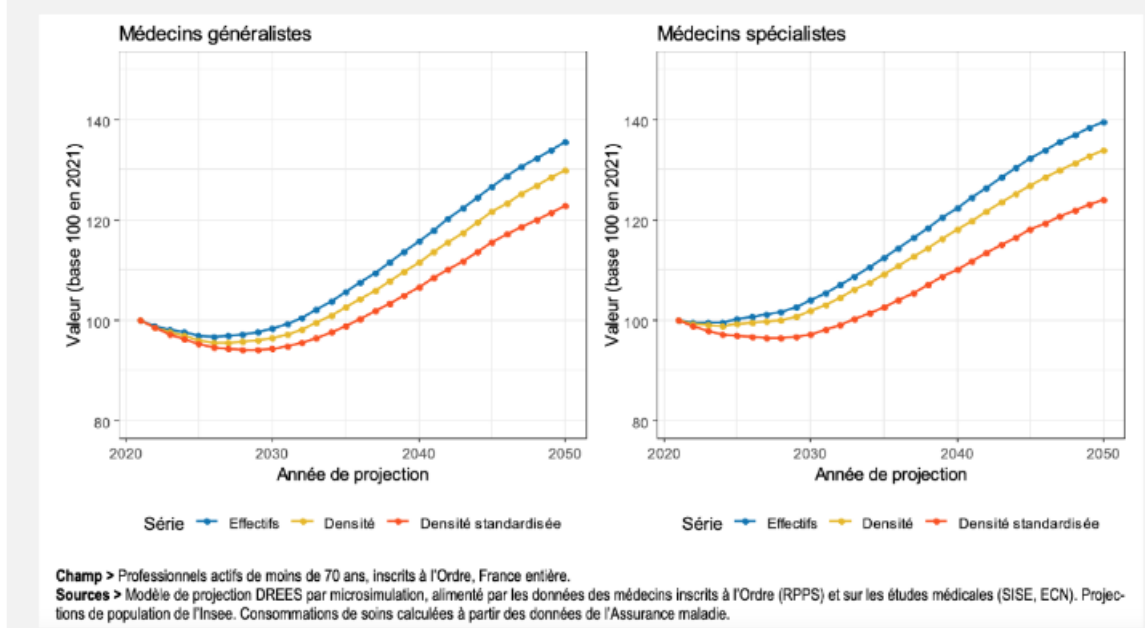


Source : Atlas éco-santé du Ministère de la santé et de de l'Assurance maladie⁴²

B. La situation devrait continuer à se dégrader jusqu'en 2030...

Du fait des délais de formation et du vieillissement démographique des médecins, les effectifs de praticiens sont amenés à être durablement insuffisants, comme le montrent les prévisions la Drees reproduites ci-après. La densité représente un nombre de médecins par habitant, et la densité standardisée tient compte des effets des évolutions démographiques sur la demande de soins (croissance et vieillissement de la population).

Graphique 1 • Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 (Anguis, et al., 2021)

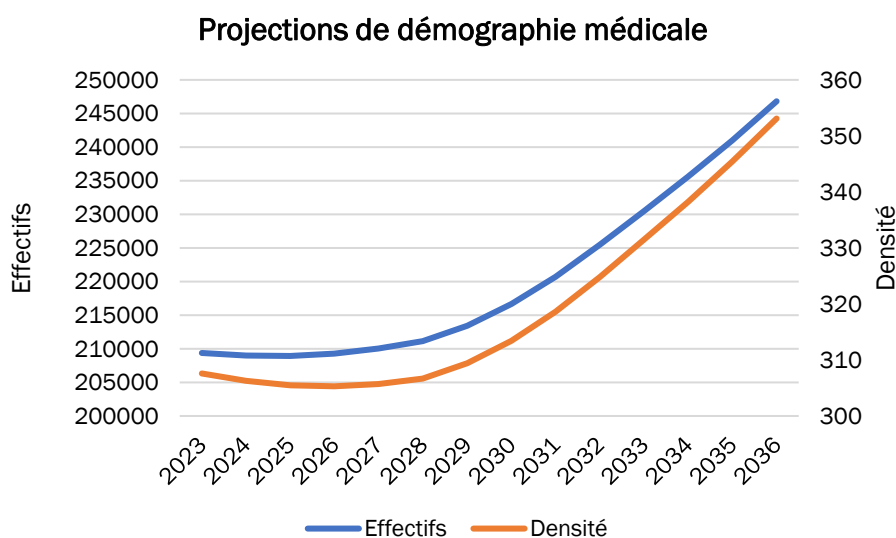


Source : Drees.

⁴² <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>

En effet, selon la Drees, la densité des médecins sur le territoire devrait se maintenir durablement en deçà de son niveau de 2020, jusqu'au milieu des années 2030. Or, en 2017, la France se situait déjà dans la moyenne basse de l'OCDE, avec 3,2 médecins pour 1 000 habitants, et fait partie des rares pays développés où ce ratio stagne ou baisse⁴³.

En effet, en maintenant la tendance de cohortes de 10 400 étudiants admis en deuxième année (ce que prévoient les autorités jusqu'en 2025), il faudrait attendre la fin des années 2020 pour observer un rebond des effectifs et de la densité médicale :



Source : Drees

Ce rebond n'est cependant pas garanti, car les autorités n'ont pas affiché de cibles d'admis en deuxième année au-delà de 2025. Les cohortes formées devraient tenir compte à la fois des départs en retraite, de la normalisation du temps de travail à laquelle aspirent les jeunes médecins, et des besoins de la population.

La situation est encore plus préoccupante en raison des prévisions démographiques à horizon 2030, tant en matière d'augmentation de la population (+ 1,7 % d'habitants) que de son vieillissement (+ 44,3 % d'habitants âgés de 75 à 84 ans, et + 8,8 % de plus de 85 ans⁴⁴) qui devraient logiquement augmenter les besoins de soins.

Qui plus est, les nouvelles générations de médecins aspirent à une meilleure coordination entre vie professionnelle et personnelle : en 2019, les médecins de moins de 50 ans passaient en moyenne 41,6 heures par semaine auprès des patients, contre 46,4 heures pour les 50-59 ans⁴⁵. Il faut donc former davantage de médecins pour maintenir le nombre de consultations effectuées par leurs prédécesseurs.

Il convient également d'interroger le fait qu'un quart des admis en deuxième année de médecine abandonnent leurs études ou choisissent de ne pas pratiquer à l'issue de celles-

⁴³ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d50086e7-fr/index.html?itemId=/content/component/d50086e7-fr>

⁴⁴ https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/population-evolution/projections/

⁴⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>

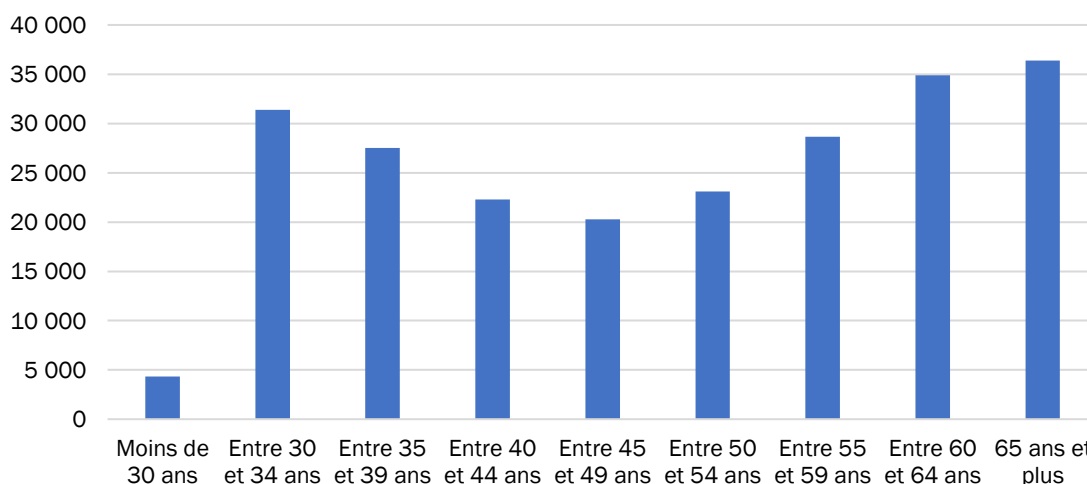
ci⁴⁶ et, parmi les médecins en activité, un quart des médecins pratique une activité intermittente⁴⁷. Il est donc important de limiter les possibilités de recours à l'intérim, et urgent d'améliorer les conditions des études pour éviter l'érosion des vocations : deux tiers d'externes et internes ont connu un *burn-out*, et 19 % des idées suicidaires⁴⁸. Les étudiants en médecine doivent être reconnus à la juste valeur de leur apport au fonctionnement des hôpitaux.

Enfin, l'âge moyen de départ en retraite s'élève à 66,8 ans en 2022⁴⁹, il apparaît donc déraisonnable de demander encore davantage d'efforts aux médecins qui pratiquent en termes de poursuite de leur activité, d'autant que des incitations financières à la poursuite d'activité au-delà de l'âge de départ en retraite existent d'ores et déjà (7,6 % des médecins actifs en 2022 étant des retraités ayant conservé une activité, contre 2,4 % en 2010⁵⁰).

C. ... et pourrait amplifier la fracture sanitaire

La démographie des médecins en activité reflète ces politiques passées.

Médecins en exercice par âge, au 1er janvier 2022



Source : Drees, *démographie médicale*

Logiquement, les cohortes formées avant le resserrement du *numerus* entamé en 1978 sont plus importantes numériquement... et aussi plus proches de la retraite ! Ainsi, 16 % des médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2022 avaient entre 60 et 64 ans, ce qui représente la cohorte la plus nombreuse, car elle a été formée dans les années 1970 avant le resserrement du *numerus*. Au contraire, seuls 8 % des généralistes ont entre 40 et 44 ans, ce qui correspond aux cohortes formées dans les années 1990, au plus bas du *numerus*.

⁴⁶ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/18abtr9/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

⁴⁷ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

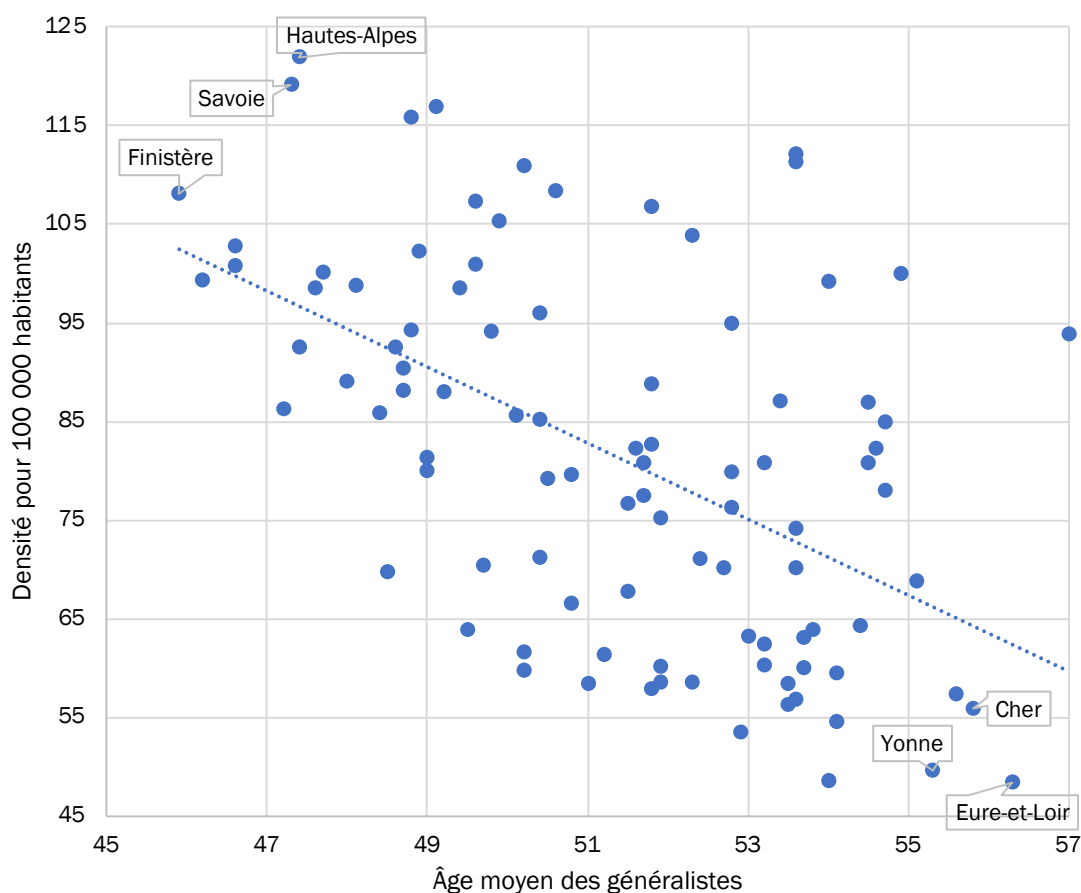
⁴⁸ <https://drive.google.com/file/d/1n4QF3drkvJLIX-018A51KKHliKH5E6W5/view>

⁴⁹ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

⁵⁰ *Ibid*, rapport du CNOM, calculs de l'UFC-Que Choisir.

Le départ à la retraite à venir de ces médecins de plus de 60 ans formés avant le resserrement du *numerus* est encore plus inquiétant quand on met en relation l'âge moyen des médecins et leur densité par département. A titre illustratif, ce travail est présenté pour les médecins généralistes libéraux⁵¹.

Âge moyen des généralistes libéraux en fonction de leur densité par département (01/01/2022)



Source : UFC-Que Choisir d'après données DREES sur la France métropolitaine

Les départements les moins bien dotés en généralistes sont donc aussi ceux où la moyenne d'âge de ces praticiens est la plus élevée ! Ainsi, tendanciellement, les départements qui étaient déjà les moins dotés en généralistes en 2020 connaîtront au cours des prochaines années le plus de départs à la retraite, et verront donc leur situation relative se dégrader, sauf changement radical de politique de régulation de l'installation.

En outre, cette baisse de l'offre de généralistes sera doublée d'une hausse de la demande de soins du fait du vieillissement de la population : les personnes âgées de 70 ans ou plus ont 2,3 fois plus recours aux médecins généralistes que les patients plus jeunes⁵².

⁵¹ Les données complètes sont disponibles en annexe.

⁵² https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf

D. Le *numerus apertus*, symbole des moyens limités consacrés à la formation

La suppression du *numerus clausus* est effective depuis l'année universitaire 2020-2021. Celui-ci a toutefois été remplacé par un *numerus apertus* fixé par les universités en fonction de leurs capacités d'accueil. 10 741 étudiants ont ainsi été admis en deuxième année à l'issue de l'année universitaire 2020-2021⁵³. Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que la suppression du *numerus clausus* entraîne une hausse importante du nombre d'étudiants formés à la médecine, force est de constater que cela n'est pas le cas.

En effet, l'objectif national pluriannuel relatif au nombre de professionnels de santé à former en médecine annoncé par les autorités pour la période 2021-2025 est de 51 505, avec un seuil maximal fixé à 54 160⁵⁴. L'objectif central correspond donc à des cohortes de 10 301 étudiants par an en moyenne, et la borne maximale à 10 832, des chiffres équivalents au nombre d'étudiants admis en deuxième année en 2021. Les autorités ne prévoient donc aucun changement d'échelle dans les capacités de formation entre 2021 et 2025, ce qui est aberrant tant au niveau des perspectives d'offre de soins (départs en retraite) que de demande de soins (croissance démographique et vieillissement de la population).

Cela est d'autant moins sensé compte tenu du nombre d'étudiants souhaitant et pouvant faire des études de médecine.

Depuis 2021, les étudiants souhaitant intégrer la deuxième année de médecine ont en effet le choix entre deux filières en première année de licence à l'université :

- PASS (Parcours Accès Santé Spécifique) ; majeure santé et mineure d'une autre discipline
- LAS (Licence Accès Santé) ; majeure d'une autre discipline et mineure santé.

Or, seul un quart des étudiants de PASS/LAS entre en deuxième année de médecine : 28 % des PASS et 18 % des LAS⁵⁵, alors que respectivement 80 % en PASS et 40 % en LAS ont validé leur première année de licence⁵⁶. On peut donc légitimement s'interroger sur la raison d'être d'une telle sélectivité : ni le vivier de candidats, ni le vivier de candidats ayant validé leur année, n'est près d'être épuisé.

Le *numerus apertus* constitue donc aujourd'hui un rationnement de la formation à la médecine lié à l'absence d'augmentation conséquente des moyens alloués aux universités pour la formation de nouveaux médecins. Pour aller plus loin, il est donc essentiel d'augmenter les capacités des universités (locaux, médecins formateurs notamment généralistes, etc.), en leur fixant des contrats d'objectif assortis des moyens financiers nécessaires.

⁵³ https://www.senat.fr/rap/r21-590/r21-590_mono.html. Si la suppression du *numerus clausus* a donné lieu à une augmentation de 14,7 % de la cohorte d'étudiants autorisée à entrer en deuxième année par rapport à l'année précédente, il est à noter qu'il ne s'agit pas d'une conséquence de la suppression du *numerus clausus* puisque les années précédentes des hausses comparables étaient constatées.

⁵⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053576>

⁵⁵ <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/reussite-en-pass-et-l-as-un-quart-des-etudiants-integre-les-etudes-de-sante.html>

⁵⁶ https://etudiant.lefigaro.fr/article/reforme-des-etudes-de-medecine-la-majorite-des-etudiants-de-las-ont-echoue_f87b757a-ed7e-11ec-a378-3d8008006685/

Quant aux effectifs d'internes (troisième cycle, à l'issue de la sixième année) ils suivent une tendance à la croissance, qui s'accélère tout en restant modérée (+ 3 % en 2022), reflétant logiquement l'évolution du *numerus* avec un délai de six ans.

Postes d'internes (admission en troisième cycle d'études de médecine)

année	2019	2020	2021	2022
Nombre	8728	8820	9027	9298
évolution (%)	0,3 %	1,1 %	2,3 %	3,0 %

Source : Arrêtés relatifs aux affectations à l'issue des ECN⁵⁷

Il faut situer cette croissance modérée dans un contexte de besoins de soins croissants, d'offre médicale insuffisante, et de départs à la retraite, en cours et à venir, de médecins de la génération du baby-boom.

En effet, à fin 2021, le départ en retraite avec arrêt de l'activité médicale est le premier motif de sortie de l'effectif des médecins (61,4 % des sorties), à un âge moyen de 66,8 ans. Les deux professions pour lesquelles le solde démographique est le plus déficitaire sont deux professions de premier recours, la médecine générale et la gynécologie médicale et obstétrique : entre 2021 et 2022 les effectifs ont enregistré une baisse de 658 praticiens et pour les premiers et de 128 pour les seconds ; entre 2010 et 2022 les effectifs ont décliné respectivement de 1 493 généralistes et 1 120 gynécologues médicaux et obstétriciens⁵⁸.

Pour augmenter les capacités de formation de médecins, il est indispensable de recruter des formateurs en nombre suffisant, notamment des maîtres de stage.

Ainsi, une quatrième année d'internat en médecine générale a été annoncée en 2022 par les autorités pour la rentrée 2023, une mesure dont une bonne mise en œuvre nécessiterait, d'après certains syndicats de la profession, de passer de 12 000 à 24 000 le nombre de maîtres de stages universitaires accueillant des étudiants (MSU) d'ici 2026, un objectif que ces syndicats qualifient d'irréaliste⁵⁹.

Ainsi, le Gouvernement ne peut ni se contenter de maintenir les capacités d'accueil en deuxième année à leur niveau de 2021, ni faire des annonces dans des calendriers volontaristes sans assurer la présence de ressources humaines supplémentaires en quantité suffisante pour que ces annonces soient suivies d'effets. Il faut mettre en place un pilotage de moyen-long terme, en commençant par définir les besoins par spécialité, puis en recrutant et formant les futurs formateurs.

Le nombre de places dans chaque université et pour chaque spécialité doit également être piloté en fonction des besoins prioritaires pour chaque spécialité et pour chaque région, qui pourraient être définis par les ARS en dialogue avec les CHU.

⁵⁷ Juin 2023 devrait marquer la dernière édition des ECN (épreuves classantes nationales), avant leur remplacement par les EDN (épreuves dématérialisées nationales) et les ECOS (examens cliniques objectifs et structurés) à compter de l'année 2024.

⁵⁸ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

⁵⁹ <https://www.egora.fr/etudiants/etudes-de-medecine/76712-il-faudrait-doubler-le-nombre-de-maitres-de-stage-universitaires>

IV. DES PISTES POUR AMELIORER L'OFFRE MEDICALE A COURT ET LONG TERME

A. Piloter la formation afin de cibler les spécialités et régions prioritaires

Le Trésor⁶⁰ préconise d'adapter la formation des médecins, notamment en pilotant les effectifs de spécialités pour augmenter l'offre de soins de celles où elle est la plus déficiente, telle que l'ophtalmologie (ou la pédiatrie, dont l'aspect saturé a particulièrement été rendu visible par l'épidémie bronchiolite de l'automne 2022⁶¹). L'administration financière préconise également d'orienter les internes vers les régions où les besoins sont les plus forts, et de sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice dans les zones sous-dotées.

Plus que jamais, une régulation de l'installation des médecins à travers un conventionnement territorial est une urgence en France. Contrairement à ce qui s'est fait dans l'histoire pour la régulation des officines pharmaceutiques (régulation pour éviter l'excès d'offre à certains endroits), aujourd'hui c'est parce qu'il y a une pénurie de médecins qu'il faut rationner l'offre en priorisant les zones les plus sous-dotées.

Pour le bon suivi des patients, des installations pérennes sont à privilégier par rapport à des mesures temporaires visant les jeunes médecins ou internes en dernières années. Mais les autorités ont du mal à mettre en œuvre même ce deuxième type de mesures malgré des annonces répétées : la loi « Ma Santé 2019 » prévoyant au moins six mois de stage en troisième année d'internat de médecine générale en autonomie supervisée auprès d'un médecin généraliste en zone sous-dense.

Or le décret pour mettre ce dispositif en application n'a toujours pas été publié. Une quatrième année d'internat de médecine générale a été annoncée à l'automne 2022 ; le Ministre François Braun avait initialement annoncé de stages en zone sous-denses, avant de rétropédaler immédiatement après une levée de boucliers des syndicats d'internes et d'externes.

B. Augmenter l'attractivité du métier pour former davantage de médecins

Il est important de susciter suffisamment de vocations, dans un contexte où 30 % des médecins interrogés ne feraient pas le même choix de carrière si c'était à refaire, et seulement la moitié encourageraient un jeune à devenir médecin aujourd'hui⁶². Il s'agit d'attirer davantage de médecins, mais également d'augmenter la proportion de diplômés s'installant : d'après le CNOM⁶³, en 2015, chaque année 25 % des entrants en deuxième année de médecine ne s'inscrivaient pas à l'Ordre des médecins dix ans plus tard car ils

⁶⁰ <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/7a1cf861-d2fc-4d6b-89ff-9e8c16e25172/files/8d52abb8-041e-4285-b936-2652748d421b>

⁶¹ https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/crise/video-crise-de-la-pediatrie-le-gouvernement-a-entendu-le-cri-d-alarme-des-pediatres-estime-remi-salomon_5455294.html

⁶² Citée par le Sénat <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

⁶³ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/18abtr9/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

abandonnaient en cours de route, ou choisissaient à l'issue de leurs études d'exercer d'autres professions (journalisme ou administration par exemple)⁶⁴.

L'autorisation pour les collectivités locales d'employer des médecins depuis 2022 constitue une véritable mesure d'attractivité de la profession, car la pratique en maisons de santé semble attirante pour les praticiens (statut de salarié en médecine de ville, travail en équipe, mutualisation de personnel administratif et d'équipements...). Si le développement à une plus grande échelle des maisons de santé gérées par les collectivités locales présente des avantages, un pilotage au niveau national doit toutefois être mené, afin de remplacer la situation actuelle de concurrence entre les communes pour attirer les médecins par une politique de fléchage de l'offre de soins de ville vers les zones où les besoins se font sentir de la manière la plus aigüe. Un pilotage national est nécessaire pour assurer un équilibre entre les régions, et pour remplacer la concurrence par la coopération entre collectivités territoriales au sein des régions.

Pour ce qui est de la proposition avancée par plusieurs candidats à l'élection présidentielle de 2022 d'obliger les jeunes médecins à exercer dans les territoires les moins bien dotés un certain nombre d'années à l'issue de leurs études, elle aurait certes l'avantage d'être coercitive et efficace immédiatement. Toutefois, elle pourrait provoquer un *turn-over* rapide en zones sous-dotées (en cas de départ massif des praticiens immédiatement à la fin de leur engagement), qui serait néfaste pour la continuité du suivi des patients.

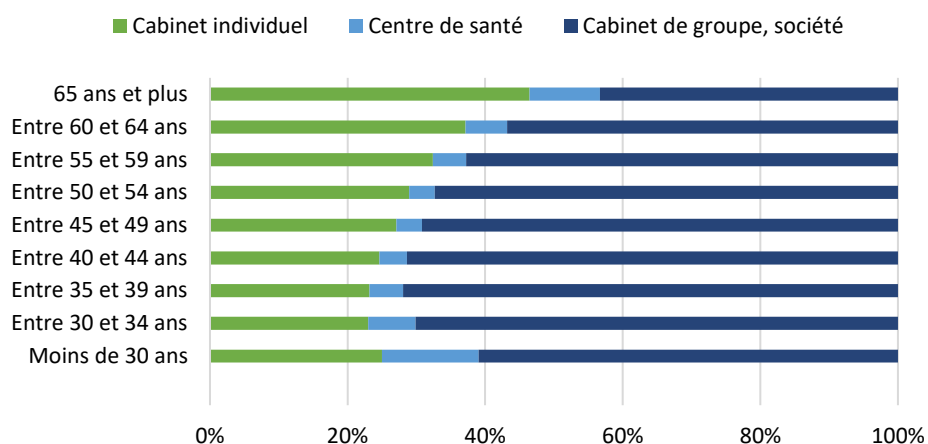
Par ailleurs, une telle mesure devrait s'inscrire dans un pilotage global de la profession ; il ne s'agirait pas d'instaurer une obligation d'exercer pour une courte durée en zone sous-dotée sans revenir sur la liberté d'installation à l'issue de cette période. Une mesure pérenne et systémique telle que le conventionnement territorial géré par les ARS serait donc préférable à ce type de rustine.

C. Les maisons de santé ou la décharge du temps administratif

Quand on les interroge, les jeunes médecins indiquent apprécier la pratique en maison de santé, ou en cabinet de groupe, contrairement à leurs aînés qui étaient nombreux à choisir le cabinet individuel. En effet, cette prise en charge en équipe permet par exemple à la fois aux médecins de se remplacer entre eux, et aux patients de continuer à être suivis pendant les congés de leur médecin traitant, tout en étant pris en charge à un guichet unique. Cette attractivité auprès des jeunes praticiens peut s'illustrer à travers le graphique suivant, qui met en relation l'âge des médecins et la structure dans laquelle ils exercent.

⁶⁴ <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/25-des-medecins-diplomes-dune-faculte-francaise-decident-de-ne-pas-sinscrire-lordre-0>

Répartition des médecins libéraux par âge et type d'établissement (%)



Source : Drees

Ainsi, près de la moitié des libéraux de plus de 65 ans exercent en cabinet individuel, contre environ un quart des 30-34 ans. En revanche, ce sont les plus jeunes médecins (moins de 30 ans) qui sont les plus nombreux à travailler en centre de santé, et les 35-39 ans sont les plus représentés en cabinets de groupe ou sociétés.

L'appétence pour le cabinet individuel des libéraux a tendance à croître avec l'âge, contrairement à l'exercice groupé.

Les maisons de santé et cabinets groupés permettent aux médecins de se décharger des tâches administratives en effectuant des économies d'échelle et/ou employant des secrétaires. Cela leur permet de consacrer une part plus importante de leur temps à effectuer des soins.

Le développement de cabinets groupés et de maisons de santé publiques et privées peut être encouragé par les autorités dans l'intérêt des patients, qui tendent à apprécier la prise en charge dans ce type de structures. Du point de vue de l'usager, la médecine de ville peut aussi bien être libérale que constituée de salariés, ou de fonctionnaires territoriaux. Ce type de dispositifs doit toutefois changer massivement d'échelle pour avoir un effet significatif sur la fracture sanitaire ressentie par les patients.

D. La coordination ville-hôpital : s'inspirer des solutions locales qui fonctionnent

Les maisons médicales de garde (MMG), introduites par une loi de 2001, permettent d'assurer la permanence de soins ambulatoires ne nécessitant pas de prise en charge par les urgences. La feuille de route ministérielle de 2019 promettait « la présence d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgences les plus importants – c'est-à-dire ceux totalisant plus de 50 000 passages par an – ce qui [permettrait] d'accueillir à toute heure les patients réorientés vers le libéral »⁶⁵. Les ARS étaient supposées superviser ce déploiement. Or le dernier rapport de la DGOS date de 2018 et recensait 339 MMG⁶⁶. Il serait

⁶⁵ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf

⁶⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

fondamental d'avoir un suivi de la part du ministère afin d'évaluer le déploiement de la feuille de route de 2019 par les ARS. En effet, les remontées des usagers sur le terrain vont dans le sens d'un déploiement tout à fait insuffisant des MMG.

Le modèle des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)⁶⁷, favorisant la coordination ville-hôpital afin d'améliorer l'accès aux soins, est à approfondir (aller plus loin dans la coopération) et à étendre (encourager d'autres territoires à ouvrir ce type de dispositif). Les CPTS pourraient avoir une obligation de résultat proportionnelle aux moyens publics investis, et une contrainte d'adhésion des professionnels locaux pourrait être envisagée.

L'idée de contrat d'engagement territorial évoquée dans la négociation conventionnelle de fin 2022-début 2023 entre l'Assurance maladie et les médecins était une piste intéressante. Le projet des autorités consistait en une liste d'engagements de quatre ordres : accès aux soins, accès aux soins urgents, accès financier et engagement populationnel, parmi lesquels chaque praticien aurait été amené à choisir sur quel point s'engager. A date de fin mars 2023, du fait du blocage de certains syndicats de médecins refusant tout engagement, les négociations n'ont cependant pas abouti à un accord, et la solution est désormais entre les mains d'un arbitre chargé d'auditionner toutes les parties prenantes, y compris les patients.

Dans tous les cas, il faudrait encore que les autorités (par exemple les ARS) pilotent les engagements prioritaires en fonction des besoins locaux (demander aux médecins de s'engager en priorité sur le volet financier dans les zones les moins denses en praticiens installés ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, par exemple).

E. Des annonces récentes qui seront suivies par les usagers avec prudence

Parmi les autres annonces de François Braun de fin janvier 2023, les 714 000 personnes en ALD sans médecin traitant devraient être contactées d'ici fin juin 2023 avec une proposition de solution ; un objectif ambitieux dont les modalités d'application semblent volontaristes⁶⁸. Quant à des mesures de réduction de recours « inutiles » aux médecins (certificat médical, etc.), elles sont à saluer en termes de dégagement de temps médical, mais il est légitime de se demander si cela ne constitue pas un virage vers le tout-curatif (réduction des interactions avec des patients en bonne santé, qui auraient pu être mises à profit pour faire davantage de prévention). La réforme de la tarification à l'acte, annoncée par le Président de la République en janvier pour l'hôpital⁶⁹, sera à surveiller de près de ce point de vue. En effet, dans l'intérêt des patients, cela pourrait être l'occasion pour la médecine d'opérer un virage préventif, en restant vigilant toutefois à ce que cette réforme ne conduise pas à une réduction du volume de soins prodigués.

L'annonce de l'accélération du déploiement d'assistants médicaux (10 000 d'ici fin 2024) est une bonne nouvelle, mais il s'agira de veiller à sa mise en œuvre effective, l'objectif étant ambitieux. Le partage des compétences (accès direct pris en charge par la Sécurité sociale aux infirmières en pratique avancée, kinésithérapeutes et orthophonistes, sans prescription

⁶⁷ <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>

⁶⁸ <https://www.topsante.com/medecine/votre-sante-vous/acces-aux-soins/vous-avez-une-affection-de-longue-duree-ald-mais-pas-de-medecin-traitant-cela-pourrait-bientot-changer-655311>

⁶⁹ <https://www.leparisien.fr/societe/sante/hopital-macron-annonce-la-sortie-de-la-tarification-a-lacte-des-le-prochain-budget-06-01-2023-JUW5TYKRRJZYEQLMUSLIJIFM4.php>

médicale préalable, dans le cadre de la proposition de loi de Stéphanie Rist⁷⁰) est également à saluer dans l'intérêt des patients en termes de dégagement de temps médical utile.

Or, fait rare, l'Ordre des médecins a manifesté contre cette proposition de loi en février 2023⁷¹ aux côtés des syndicats les plus libéraux et corporatistes. Le CNOM souligne notamment le risque d'une « médecine à deux vitesses ». Or, la médecine est déjà à deux vitesses car l'offre de soins est insuffisante et certains patients se retrouvent laissés pour compte. En outre, les pays ayant adopté des politiques similaires au déploiement des IPA n'ont pas observé de dégradation de la qualité des soins, mais au contraire une amélioration de la prise en charge des patients⁷².

La généralisation de l'appel au 15 avant de se présenter aux urgences (Service d'accès aux soins/SAS), annoncée par le Ministre pour fin 2023, s'entend dans une optique de désengorgement des urgences afin de prioriser les soins les plus critiques, mais ne doit pas conduire à laisser sans solution les usagers privés d'accès à la médecine de ville. A cet égard, la permanence des soins en médecine de ville doit être érigée en priorité sur l'ensemble du territoire et en particulier les zones les plus sous-dotées.

⁷⁰ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/amelioration_confiance_professionnels

⁷¹ <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/lordre-medecins-present-manifestation-14-fevrier>

⁷² https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR

La présente étude a montré qu'à la ville comme à l'hôpital, l'offre de soins n'était pas suffisante pour répondre aux besoins, et qu'à politique inchangée la situation était amenée à se dégrader encore davantage dans les années à venir. L'enjeu est donc celui de la perte de chance des patients : il s'agit littéralement d'une question de vie ou de mort.

La démographie médicale est globalement insuffisante ; le déficit de médecine de ville a tendance à engorger l'hôpital du fait du report des usagers sur les urgences ; et la permanence des soins peine à être assurée.

Face à ces constats, l'UFC-Que choisir formule les propositions suivantes concernant la médecine pour assurer une offre de soins à la hauteur des besoins :

1. **Organiser la permanence et la continuité des soins en coordonnant la médecine hospitalière et la médecine de ville** sur les territoires, à travers en particulier la mise en place des services d'accès aux soins (SAS)
2. **Augmenter la capacité de formation en médecins des facultés** afin de permettre de répondre aux besoins de la population d'ici 10 ans.
 - Donner suffisamment de moyens aux UFR de médecine et aux CHU : locaux, formateurs, amélioration du déroulement des stages, accompagnement des étudiants. En particulier, la rémunération des externes et internes doit être décente.
 - Des contrats d'objectifs devront accompagner les moyens financiers déployés.
3. Piloter la formation pour **prioriser les spécialités et les régions où la démographie médicale est la plus insuffisante** par rapport à la demande de soins (véritable prévisionnelle ressources humaines)
4. **Améliorer l'attractivité du métier** en dégagant du temps médical utile
 - Partager les compétences avec les professions paramédicales (infirmier(e)s en pratiques avancées etc.)
 - Simplifier les tâches administratives pour les médecins (mise en place d'assistants médicaux)
5. **Développer de manière coordonnée l'exercice médical de groupe** – à travers les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé (médecins libéraux, en exercice mixte, ou salariés) – de sorte à valoriser le partage des compétences, et assurer un équilibre de cette offre sur le territoire.
6. **Réguler l'intérim « mercenaire »** de manière vraiment efficace, donc contraignante

Annexe : Densité et âge moyen des généralistes libéraux par département

Source : Drees⁷³

Départements (métropolitains)	Âge moyen (en années)	Densité (nombre de praticiens pour 100.000 habitants)
Ain	50,2	59,8
Aisne	53,2	60,4
Allier	53,6	74,2
Alpes-de-Haute-Provence	57,0	93,8
Hautes-Alpes	47,4	122,0
Alpes-Maritimes	53,6	111,3
Ardèche	51,9	75,2
Ardennes	51,7	80,9
Ariège	51,8	88,8
Aube	51,9	58,6
Aude	54,7	78,0
Aveyron	49,0	80,0
Bouches-du-Rhône	52,3	103,9
Calvados	47,6	98,5
Cantal	49,0	81,4
Charente	52,7	70,1
Charente-Maritime	49,6	107,3
Cher	55,8	55,9
Corrèze	52,4	71,1
Côte-d'Or	48,7	90,4
Côtes-d'Armor	50,5	79,2
Creuse	53,5	58,5
Dordogne	53,6	70,1
Doubs	47,7	100,1
Drôme	50,4	85,3
Eure	51,8	57,9
Eure-et-Loir	56,3	48,5
Finistère	45,9	108,2
Corse-du-Sud	54,5	86,9
Haute-Corse	54,5	80,9
Gard	53,2	80,9
Haute-Garonne	50,2	110,9
Gers	53,4	87,0
Gironde	49,1	117,0
Hérault	51,8	106,7

⁷³ <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Ille-et-Vilaine	46,6	100,8
Indre	53,6	56,8
Indre-et-Loire	49,4	98,5
Isère	48,7	88,2
Jura	48,5	69,8
Landes	49,9	105,4
Loir-et-Cher	53,7	63,0
Loire	47,2	86,2
Haute-Loire	48,4	85,8
Loire-Atlantique	46,6	102,9
Loiret	54,1	54,6
Lot	54,7	84,9
Lot-et-Garonne	55,1	68,8
Lozère	51,2	61,4
Maine-et-Loire	46,2	99,3
Manche	51,5	67,8
Marne	48,6	92,6
Haute-Marne	53,7	60,0
Mayenne	51,0	58,5
Meurthe-et-Moselle	50,4	96,0
Meuse	49,5	63,9
Morbihan	48,1	98,8
Moselle	52,8	76,3
Nièvre	51,9	60,2
Nord	49,8	94,1
Oise	53,2	62,4
Orne	55,6	57,3
Pas-de-Calais	51,5	76,6
Puy-de-Dôme	48,0	89,1
Pyrénées-Atlantiques	48,8	115,9
Hautes-Pyrénées	52,8	95,0
Pyrénées-Orientales	53,6	112,1
Bas-Rhin	50,6	108,4
Haut-Rhin	51,7	77,5
Rhône	48,8	94,3
Haute-Saône	51,6	82,2
Saône-et-Loire	50,2	61,7
Sarthe	52,3	58,6
Savoie	47,3	119,1
Haute-Savoie	47,4	92,6
Paris	54,9	100,1
Seine-Maritime	50,1	85,6
Seine-et-Marne	52,9	53,6
Yvelines	54,4	64,3
Deux-Sèvres	49,7	70,4
Somme	48,9	102,3

Tarn	51,8	82,6
Tarn-et-Garonne	52,8	79,9
Var	54,0	99,2
Vaucluse	54,6	82,3
Vendée	50,8	66,5
Vienne	49,2	88,0
Haute-Vienne	49,6	100,9
Vosges	50,8	79,7
Yonne	55,3	49,7
Territoire de Belfort	50,4	71,3
Essonne	54,1	59,5
Hauts-de-Seine	53,8	63,9
Seine-Saint-Denis	54,0	48,6
Val-de-Marne	53,0	63,2
Val-d'Oise	53,5	56,4