



# Sur les déserts médicaux

Publié le 8 juin 2022 par Richard Lopez



**L'auteur retrace ici l'histoire de la médecine ambulatoire et montre comment les corporatismes et les décisions politiques ont créé la pénurie de médecins et bloqué la réponse aux besoins des populations. Il avance des solutions, particulièrement l'idée d'un réseau national territorial de centres de santé avec un maillage national avec des équipes de soins primaires pluriprofessionnelles, de proximité. L'augmentation du nombre de professionnels de santé reste une urgence.**

## **Abstract:**

**The author traces here the history of ambulatory medicine and shows how corporatism and political decisions have created the shortage of doctors and blocked the response to the needs of populations. He puts forward solutions, particularly the idea of a national territorial network of health centers with a national network with multi-professional, local primary care teams.**





**Increasing the number of health professionals remains an emergency.**

Le système français de santé repose schématiquement sur une double dualité :

## a) Un système hospitalier

- *Public fortement structuré par les lois Debré, qui représente 60 % des places, avec un maillage national organisé et des missions d'enseignement, renforcé par les ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif, les ex PSPH) qui représentent environ 15 % des établissements.*
- *Privé à but lucratif porté par des professionnels de santé libéraux qui représente environ 25 %, dont l'intervention est très variable selon les disciplines.*

## b) Un système ambulatoire de soins

- *Libéral, massivement majoritaire qui représente 94% de l'offre plutôt en baisse*
- *Salarié, surtout en centre de santé, représente 6 % de l'offre plutôt en hausse*

## Attention aux faux cousins

Sous la présidence de François Hollande, la ministre de la santé Marisol Touraine a lancé en 2016 une vaste stratégie ayant pour thème « la révolution de l'ambulatoire » (rien que ça). Président de la Fédération Nationale des Centres de Santé à l'époque, j'avais été invité avec le Président de la Fédération Française des Maisons de Santé au lancement de cette stratégie de « virage ambulatoire ». Nous attendions une vraie stratégie pour relancer et dynamiser une organisation du système de santé qui réponde aux besoins des habitants dans tous les territoires de France, dans les villes et les campagnes en souffrance de médecins, au plus près des habitants, combattant efficacement les déserts médicaux qui gagnaient tous les départements du pays. Il ne s'agissait de fait que de traiter de l'accélération de la conversion des services, principalement de chirurgie, à l'hospitalisation de jour, pratique qui consiste à réaliser



une intervention chirurgicale dans la journée, le patient ressortant le soir même, avec en objectif annoncé de passer de 43% de patients en 2013 traités en hôpital de jour à 62% en 2020, sans passer la nuit à l'hôpital, donc en « ambulatoire » mais à l'hôpital.

Cet abus de langage n'était qu'une des escroqueries de cette annonce. La ministre s'indignait du « procès d'intention » qui lui était fait de ne faire cette réforme que pour supprimer 16 000 lits d'hôpital. L'histoire nous a appris qu'il y a eu de fait 17 500 lits de fermés pendant cette période. Le directeur associé de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) disait candidement à cette époque que l'atteinte de l'objectif fixé par le ministère de la santé d'être à 62% d'hospitalisation de jour entraînait mécaniquement une baisse de 35 000 lits dont 20 000 dans le public. Objectif presque atteint pour le secteur public !!!

## De l'origine des déserts médicaux

Notre sujet ne concerne que le système de soins ambulatoire, ce que l'on appelle par ailleurs la « médecine de ville », (mais qui concerne également la médecine en zone rurale) qui concerne les gens en consultation dans les cabinets médicaux ou en visite à leur domicile, ce qui actuellement fait angoisser et courir de plus en plus de gens au quotidien. Ceci fait que les élus locaux, sous la pression des habitants de leur territoires sont obligés d'inventer des solutions, seuls parfois, bricolant souvent avec des professionnels, des habitants, des réponses qu'ils portent sans capacité technique ni accompagnement. La réflexion politique est souvent lapidaire : les médecins ne veulent pas spontanément venir dans certains territoires, il faut donc les contraindre à le faire, après tout c'est la société qui paie leurs études en grande partie, c'est la solidarité nationale qui, avec la Sécurité sociale, finance et garanti leurs revenus. Ils ont donc des comptes à rendre à la société et doivent en retour répondre aux besoins des territoires. Ce n'est pas aussi simple.

Cette situation des déserts médicaux est une construction progressive qui résulte de décisions corporatistes, politiques, économiques et scientifiques depuis plus de 100 ans.

- Décisions corporatistes:

La révolution française avait décidé de mettre en place une médecine sociale de proximité prenant en charge gratuitement tous ceux qui en avaient besoin, s'appuyant sur des médecins et une catégorie de professionnels de santé intermédiaire entre





infirmière et médecin créé en 1793 : les Officiers de santé. De formation plus courte, ils ne pouvaient pas effectuer la totalité de l'activité médicale (sauf sous contrôle d'un docteur) et ne pouvaient exercer que dans les départements qui leur délivrait leur diplôme. Les docteurs en médecine n'ont eu de cesse de combattre cette pratique jugée concurrente à la leur pour l'obtenir par la loi du 30 novembre 1892: « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ». Cet épisode a sacralisé le monopole d'exercice de la médecine et structuré l'ensemble du système de santé, avec le « syndrome du tout médecin », expliquant que de nombreux actes soient aujourd'hui réservés en France aux médecins alors qu'ils sont pratiqués dans d'autres pays par des professionnels ayant une formation moins complète, faisant perdre au passage plus de 130 ans à la France dans l'organisation des soins ambulatoires, jusqu'à la création des « infirmières en pratique avancée » par la loi Touraine de 2016. À cette occasion les docteurs ont une nouvelle fois, à l'unanimité des organisations syndicales, refusés la création des professions médicales intermédiaires et continuent de le faire.

- Décisions politiques:

Lors du retour des 3 départements d'Alsace et Moselle au sein de la mère patrie en 1918, la France dû faire face à leur intégration avec les acquis du système bismarckien de santé et protection sociale qui repose sur une délégation de service public avec indépendance administrative et financière, l'État n'intervenant que comme régulateur et contrôleur financier, avec des cotisations assises sur les salaires qui ouvrent droit à remboursement. Elles sont collectées par des organismes indépendants de l'Etat : les caisses, qui assurent également le paiement des soins reçus par les assurés. Cette organisation est en opposition au système beveridgien de Grande Bretagne où l'État assure la collecte des recettes et la prise en charge du système de santé dans le cadre d'un service public.

Le système de 1921 nécessitait une entente entre les Caisses et les professionnels de santé sur une tarification homogène au plan national, les médecins étant payés par les Caisses et sur une base d'une liste de prescriptions autorisées prise en charge intégralement. Plutôt que de limiter ce système aux seuls départements réintégrés, la Loi sociale de 1921 organisait sa généralisation à toute la France, le prix à payer pour les 1,650 million de morts et les 4,250 millions de blessés et « gueules cassées » de la première guerre mondiale. Les médecins se sont soudés en un « front du refus » bloquant pendant 7 ans le débat parlementaire pour aboutir une loi adoptée en 1928 complètement vidée de sa substance progressiste.

Les médecins sont sortis une nouvelle fois renforcés dans leur toute puissance, ayant



réussi à faire reculer les différents gouvernements qui se sont succédés et le peu qui avait été maintenu a été réduit à néant pas la deuxième loi sociale de 1930. Les médecins ont pu se fédérer au sein du premier syndicat national, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), et autour d'un socle revendicatif la « charte de la médecine libérale de 1927 ».

Lors de la mise en place de la Sécurité sociale en 1945, celle-ci visait le rétablissement du projet initial et donc nécessitait également un partenariat avec les professionnels de santé dans le cadre d'une contractualisation conventionnelle et d'une « co-gestion ». Au même projet les mêmes problèmes, les médecins ont bloqués les négociations conventionnelles jusqu'en octobre 1971, date de la signature de la 1<sup>ère</sup> convention médicale nationale. Cette négociation n'a pu aboutir que dans le cadre d'un abandon par l'État de son rôle de décideur politique, laissant les médecins et l'Assurance Maladie organiser l'ambulatoire, avec les « Principes de la charte libérale » sanctuarisés par la loi (création dans le code de la Sécurité Sociale en juillet 1971 de l'article qui deviendra le L.162-2), qui grave dans le marbre de la loi ces exigences des libéraux : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin* ». Ce dernier « principe » a été négocié en échange de l'abandon de l'entente directe.

Ces mêmes « principes » sont inscrits dès le Préambule de la 1<sup>ère</sup> convention nationale, en échange de l'abandon par les médecins de la liberté de décision de leurs honoraires (entente directe), avec l'engagement exigé en complément de ne permettre aucune autre forme d'exercice de la médecine que l'exercice libéral dans l'article 18 de cette convention :

- *Les parties signataires conviennent qu'en ce qui concerne les malades relevant de la médecine praticienne, le système de soins de santé doit être tel que les assurés sociaux et leurs ayants droit puissent avoir recours facilement pour les soins de toute nature dont ils ont besoin, à des praticiens placés sous le régime de la présente convention...*
- *Les caisses d'assurance maladie acceptent de ne pas créer, développer ou subventionner des centres de soins et de diagnostic sans avoir reçu préalablement l'accord des syndicats médicaux les plus représentatifs et adhérant à l'une des organisations syndicales médicales signataires. Les dispensaires et centres existants ne pourront, sous réserve de l'avis motivé des parties signataires, recevoir les prêts des caisses que pour maintenir leur valeur technique au niveau nécessaire afin de garantir la qualité des*





*soins donnés dans ces établissements »*

L'État a mis entre les mains des seuls libéraux l'organisation des soins ambulatoires et s'est privé du seul outil qui permettait de contre balancer la toute puissance médicale, les centres de santé. Cette année là, l'État s'est tiré une balle dans le pied.

**A) Décisions économiques:**

- **La création d'un concours très sélectif** en début des études de médecine, est revendiquée par les dirigeants syndicaux libéraux depuis les années trente et surtout dès le lendemain de la guerre avec la création de la Sécurité sociale, avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Fédération des médecins de France (FMF, syndicat ultralibéral des médecins) qui souhaitaient préserver le « prestige » de la profession médicale et voulaient éviter qu'une « armée de médecins aux pieds nus en viennent à accepter une étatisation de la médecine ».
- **Le contre coup de mai 68:** Du fait de l'augmentation importante des étudiants en 1<sup>ère</sup> année de médecine (+ 68% entre 1962 et 1968), pour faire face aux besoins du pays, ceux-ci ont revendiqué et obtenu que tous les étudiants de 2<sup>nd</sup> cycle soient formés à l'hôpital (ce qui n'était le cas que pour les étudiants ayant passé le concours de l'externat). Face à l'arrivée importante de ces étudiants dans les services hospitaliers, les « patrons » hospitaliers et les directeurs d'hôpitaux ont demandé pour éviter une « baisse de la qualité et une fuite vers les cliniques » que leur nombre soit réduit.
- **La maîtrise des dépenses de santé:** L'augmentation importante des étudiants entraîne une augmentation du coût de la formation avec « l'externat pour tous » et les médecins formés détiennent le pouvoir d'engager les dépenses de la Sécurité sociale : plus leur nombre augmente plus les dépenses croissent... Ceci est favorisé par un paiement des médecins exclusivement à l'acte, système très inflationniste.

La convergence de ces causes a abouti à la mise en place d'un Numerus Clausus, de fait concours en fin de première année, qui n'a jamais été remis en cause jusqu'en 2020. La réduction par ailleurs du nombre de lits et de services dans les hôpitaux, qui sont la base de la détermination des places de formation possible ne permettra qu'un effet limité de « l'ouverture » du nombre de place au concours.

**B) Décisions scientifiques:**

En 1971 Abdel OMRAN, épidémiologiste Nord Américain, décrit des modifications des





profils des pathologies observées en 3 étapes, l'âge des « épidémies et des famines » avec une moyenne d'âge à 30 ans, l'âge de la régression des maladies infectieuses et des épidémies grâce aux progrès de l'hygiène et de la pharmacologie avec une durée moyenne de vie qui passe à 60 ans et le 3<sup>ème</sup> âge des maladies chroniques, dégénératives et sociétales, dans laquelle nous sommes et qui se caractérise principalement par la modification de la prise en charge des patients qui sont suivis par une équipe pluri-professionnelle non pour être guéris mais pour vieillir avec leurs maladies le plus longtemps possible dans les meilleures conditions possibles.

Cette analyse, largement partagée dans le monde, oblige à revoir l'organisation des soins ambulatoires traditionnels qui ne doivent plus être fondés sur le seul colloque singulier avec un paiement à l'acte mais sur une prise en charge par des équipes de soins primaires, rémunérés pour une prise en charge populationnelle en lien avec un territoire donné et les professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Les organisations scientifiques, professionnelles et politiques pointaient que le système ambulatoire devait profondément être réformé. Les syndicats libéraux, ignorant les alertes des scientifiques, sont restés campés sur leurs principes et leur toute puissance politique et n'ont porté comme objectifs de négociation que la seule valorisation de leurs actes et avantages corporatiste. L'État n'a pas joué son rôle de régulateur et de pilote et n'a pas assumé son rôle politique de projection et d'anticipation. Une telle évolution percutait complètement le modèle libéral dominant et aurait conduit les élus à s'affronter aux médecins à qui ils avaient remis les clés de l'ambulatoire. La lâcheté politique était plus confortable.

## Quelles solutions?

À l'analyse des causes, il est aisé de comprendre qu'une simple décision organisationnelle visant à contraindre des médecins à s'installer dans des territoires déficitaires est inopérante. Les médecins se battront pour ne pas aller sous la contrainte dans des territoires de « relégation », les habitants de ces territoires se sentiront méprisés et déconsidérés. Ce ne sont pas les discours de certains élus ou technocrates qui changeront les choses comme ceux qui demandent aux territoires d'être « plus attractifs », alors que leurs habitants y sont heureux ! La décision de contrainte à l'installation ne pourrait se mettre en place qu'à partir de la première année d'étude et donc ne sera opérationnelle que dans 10 ans. Rallonger l'internat d'un an pour





contraindre à faire de la 4<sup>ème</sup> année un « service public de santé » dans les territoires déficitaires aboutit à une médecine instable avec des médecins qui tourneront tous les ans, ne concourant pas à la qualité du suivi des patients, et pourquoi là et pas ailleurs ? Qui définira les territoires le nécessitant ? Tous les élus considèrent que leurs besoins sont prioritaires. Les différentes solutions basées sur la contrainte ont enfin le « mérite » de dédouaner l'État de son obligation de définir un projet politique, pérenne, qui réponde aux besoins de tous les habitants dans tous les territoires du pays et qui ne soit pas des rustines prises par défaut pour des territoires déficitaires en attendant que se réalise le mythe « demain ça ira mieux ».

## **Face à un construit politique, une seule réponse: un autre construit politique.**

L'État doit définir un projet politique d'organisation de l'ambulatoire. Lors de la seconde guerre mondiale, le Conseil National de la Résistance (CNR) a élaboré un programme « Les jours heureux » qui donnait une claire vision politique d'une France à reconstruire après la destruction du pays par l'occupant allemand assisté par la droite la plus réactionnaire et collaborationniste française. Dans son programme le CNR créait le système français de Sécurité sociale qui a été mis en œuvre par Ambroise Croizat. Dans ce même programme le Pr Robert Debré avait contribué par la définition de la réforme de l'hospitalisation, qui a donné lieu aux Ordonnance Debré (son fils) de 1958. Pour faire simple, l'hôpital public a une obligation de mailler le territoire national avec les hôpitaux de proximité, des hôpitaux généraux dans tous les départements avec les services de médecine et de chirurgie pour les besoins les plus courants, des hôpitaux régionaux avec des plateaux techniques et spécialisés de pointe, couplés à l'enseignement universitaire au sein de CHU.

À côté du service public hospitalier (ou des hôpitaux privés participant au service public hospitalier) les établissements privés à but lucratif pouvaient continuer d'exister et de se créer, l'État devant garantir à toute la population l'accès aux soins hospitaliers. Robert Debré avait ébauché de la même façon un projet de réforme de l'ambulatoire, s'appuyant sur des centres de santé de proximité, travaillant avec une équipe pluri-professionnelle et s'appuyant sur un petit plateau technique ambulatoire (radio et biologie) avec des spécialités essentielles à l'époque, en lien étroit avec les services sociaux car la santé était déjà considérée comme un « état de complet bien être







physique, mental et social ». Cette partie du projet n'a pas pu être portée, les freins contre la réforme de l'hospitalisation et la mise en place de la Sécurité sociale étaient déjà immenses. Toutes ces décisions étaient essentiellement de nature politique, visant un projet de société, mettant en place une médecine sociale qui priorisait l'humain avant les finances.

De même le projet de modernisation du système de santé ambulatoire que nous portons doit résolument être politique. Il s'agit de décider d'un maillage national avec des équipes de soins primaires pluriprofessionnelles, de proximité, s'appuyant sur des centres de santé, dans tous les territoires dont la maille est à définir (canton ?, pour un bassin de vie de 50 000 habitants ?). À ces centres, s'adosent des antennes pour rapprocher les équipes de soins des populations isolées. Ils devront répondre aux besoins des territoires, embarquant les missions de médecine de santé publique, comme la protection maternelle et infantile (PMI), santé sexuelle, handicap, personnes âgées, à définir avec les différents partenaires des territoires.

La rémunération de ces centres ne se fera plus sur la base de l'activité, système pervers qui modifie la structure de l'activité des équipes comme le démontre la pratique libérale qui favorise la sélection des patients et le fonctionnement des établissements de santé privés dont la « tarification à l'activité » a contribué à la désorganisation de notre système hospitalier. Le financement de ces centres de santé devra s'appuyer sur une rémunération d'équipes pluri-professionnelles, adaptée à la population prise en charge et embarquant les missions de prévention, de promotion de la santé adaptée au bassin d'implantation, construit avec les autres professionnels de santé, les établissements publics d'hospitalisation, les établissements médicaux sociaux, les habitants et les élus du territoire.

Il faudra lancer un vaste plan de recrutement pour couvrir les besoins en professionnels de santé de ces centres, dans le cadre d'un statut de Praticien ambulatoire territorial, avec garantie de mobilité, avec une rémunération alignée sur la grille de la Fonction publique hospitalière et permettant des passerelles entre les carrières hospitalières et ambulatoires. Une telle stratégie nécessite une volonté politique, portée par une majorité qui considère le rôle essentiel de la médecine sociale, dans une pratique d'équipe pluriprofessionnelle, coordonnée.

L'augmentation du nombre de professionnels (médecins, infirmières, etc) est une urgence. La mise en place de ce projet politique national permettrait de laisser aux professionnels qui souhaitent de maintenir leur activité libérale, la possibilité de conserver leur liberté d'installation.

Il faut définir un projet politique positif plutôt que reposant sur la contrainte d'une



catégorie de personnes ; c'est plus acceptable et cela relève plus de choix politiques que seule une majorité progressiste peut mettre en place.

**Pour citer cet article :**

Richard Lopez, « [Sur les déserts médicaux](#) », *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 41, Juin 2022.

