

# DÉSERTS MÉDICAUX ET COERCITION À L'INSTALLATION

## En l'absence d'audition de la commission Vigier, le Collège de la Médecine Générale s'exprime

Après s'être vu décliner par deux fois, le jour même, son rendez-vous avec Monsieur Philippe Vigier, député d'Eure-et-Loir, rapporteur de la commission d'enquête sur les déserts médicaux, le Collège de la Médecine Générale porte les messages qu'il souhaite voir entendus sur la démographie médicale et l'obligation d'installation.



### IDÉES FOLLES, IDÉES FAUSSES

**« Les médecins généralistes ne travaillent plus ... ils voient les patients à la volée... la féminisation aggrave le phénomène... »**

■ Les médecins généralistes français travaillent 55 à 59h par semaine en moyenne.<sup>1</sup>

■ La durée moyenne de consultation de médecine générale en France (16,4 minutes) est parmi les plus longues d'Europe (10,7 minutes) et du monde (5 minutes).<sup>2</sup>

■ Les jeunes installés ont une activité supérieure à celle qu'avaient les plus anciens lorsqu'ils se sont installés.<sup>3</sup>

■ Le niveau d'activité des femmes est plus faible en début d'installation mais rattrape ensuite celui des hommes.<sup>3</sup>

**« Les recours injustifiés aux urgences sont dus aux médecins généralistes qui ne font pas leur travail »**

■ Le recours aux urgences augmente constamment, en France comme dans d'autres pays développés, mais la littérature est discordante sur le lien entre cette augmentation et le recours non-urgent. La plage horaire du maximum d'activité de services d'urgences se situe pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux. Seuls 7,5% des patients se présentant aux urgences ont appelé un médecin (autre que le centre 15) avant de se présenter.<sup>8</sup>

**« Le développement de la régulation au centre 15 empêchera les recours injustifiés aux urgences »**

■ La médecine a besoin des 5 sens. Au téléphone, le médecin régulateur peut parfois répondre à certaines sollicitations simples (une chute de table à langer, une erreur de prise de traitement), mais il se trouve régulièrement souvent obligé d'orienter vers une structure de garde des patients pour lesquels un simple examen visuel, une auscultation ou palpation aurait permis d'exclure le caractère urgent de la demande. Parallèlement, ce service disponible à

toute heure sans bouger de chez soi est aussi susceptible d'augmenter la demande à la moindre question de santé.

**« Les déserts médicaux sont à la campagne... les médecins généralistes sont trop nombreux dans les zones ensoleillées... une répartition égalitaire sur le territoire réglerait le problème... »**

■ Les zones déficitaires touchent aussi bien les villes que les campagnes : un quart de la population habitant dans une commune sous-dense en médecins généralistes vit dans un pôle urbain, dont près de 18 % dans l'unité urbaine de Paris.<sup>4</sup>

■ Les inégalités de répartition sont infra-départementales : les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980.<sup>4</sup>

■ Les difficultés d'accès ressenties par la population ne correspondent pas aux zones déficitaires : une répartition égalitaire aggraverait la situation pour bon nombre d'habitants qui se sentent déjà en difficulté d'accès au médecin généraliste.<sup>7</sup>

■ Le problème est avant tout lié au manque général de médecins généralistes :

- La répartition de l'offre en médecine générale est au même niveau que les pharmacies dont l'installation est pourtant régulée. Les 10 % des personnes les mieux loties ont une accessibilité égale à 5,7 consultations par an et par habitant, tandis que les 10 % les moins favorisés ont accès à 2,7 consultations par an et par habitant.<sup>4</sup>

- La France perd près de 1000 médecins généralistes par an (97 012 en 2007 vs 88137 en 2017). Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025.<sup>5</sup>

- Le numérus clausus régulant l'entrée dans les études médicales depuis 1971 a été drastiquement diminué jusqu'à la fin des années 1990, ne revenant à son niveau initial qu'aujourd'hui.<sup>6</sup>

## L'ACTION POLITIQUE DOIT ETRE RECENTRÉE SUR LE PROBLEME DÉMOGRAPHIQUE

La coercition ne peut être une finalité. Si un discours de sévérité sur la démographie médicale peut laisser croire à une politique courageuse, activiste et de proximité, le vrai courage est de s'attaquer à la réalité du problème et non de vendre des moyens inutiles voire dangereux.

## LES EFFETS PERVERS DE LA COERCITION

- Déconventionnement des médecins voulant échapper à la contrainte
- Augmentation de la valeur de la patientèle des médecins en zone dite « sur-dotée »  
*Ces deux premiers éléments favoriseront mécaniquement les zones bien dotées ayant une population riche, et pénaliseront à l'inverse les zones les plus défavorisées*
- Scission générationnelle entre les médecins, les plus jeunes se sentant lésés par le déséquilibre économique engendré entre zones sur et sous dotées
- Fuite des médecins vers un exercice autre que les soins de ville (par exemple, vers la médecine polyvalente hospitalière)
- Diminution de l'attractivité de l'exercice de la médecine générale
- Suppression de la liberté de choix pour le patient : une régulation territoriale de l'offre de soins aura pour conséquence une régulation territoriale de la demande, en imposant par exemple au patient de consulter le médecin généraliste de son territoire, ou de s'orienter vers une médecine non conventionnée.

## QUELLES SOLUTIONS ?

**Parler vrai** : la démographie médicale en médecine générale va être en difficulté pendant encore 10 ans.

**Eduquer et réguler le recours au système** à tous les niveaux :

- Pour les médias, en interdisant les incitations systématiques à la consultation (le « parlez-en à votre médecin » entendu dans toutes les publicités)
- Pour les patients dont le recours est clairement injustifié. La santé n'est pas qu'un droit, elle nécessite une vision citoyenne.
- Pour les médecins généralistes qui dévoient leur offre de soin en augmentant artificiellement leur taux de retouche (par exemple ceux qui, chez des patients sans antécédents particuliers, demanderaient une consultation tous les mois pour un renouvellement d'ordonnance médicalement injustifié).
- Pour les entreprises, assurances, écoles, banques, et autres institutions qui surchargent les salles d'attente pour des certificats et autres documents administratifs inutiles le plus souvent illégaux (école, crèche..).

**Augmenter l'attractivité des conditions d'exercice** : non seulement du point de vue financier, mais aussi et surtout sur le cadre d'exercice, en permettant de développer les solutions de secrétariat et de modernisation les cabinets.

### Références

1. DREES. L'exercice de la médecine générale libérale. Etudes et Résultats 2007;610:1-8.
2. Amalberti R. La durée de consultation en médecine générale.  
<https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/duree-consultation-medecine-generale>
3. DREES. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé 2004;81:1-8.
4. DREES. 10 000 médecins de plus depuis 2012. Etudes et résultats 2018;1061:1-8.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017.
6. DREES. Portrait des professionnels de santé. 11. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé. Edition 2016.
7. Frappé P, Ly-Peng N. Patients' perception and shortage areas. BMJ 2012. <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7502/rr/613767>
8. Bonnet PA. Trajectoire des consultants des services d'urgence. 2011.