

ReAGJIR s'attaque aux idées reçues des députés du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux

Les députés du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux, mené par Guillaume Garot, ont transmis aux représentants des médecins leur argumentaire visant à justifier la mise en place d'une régulation à l'installation : sophismes, biais d'analyse, démagogie, ReAGJIR dénonce cet amalgame d'idées reçues et répond en détail aux arguments présentés.

“Selon les zonages établis par les Agences régionales de Santé, 13% du territoire, soit plus de 8 millions de Français, sont correctement dotés en termes d'accès à un médecin généraliste.”

FAUX

D'après les zonages 13% du territoire n'est pas classé en zones sous-dotées, par rapport à une moyenne nationale déjà en berne. Il n'est donc pas possible d'en conclure que ces 13% sont correctement dotés, et encore moins qu'ils seraient sur-dotés. Le zonage actuel ne classe d'ailleurs aucun territoire comme sur-doté, ni même comme comportant une offre de soins "suffisante". Il distingue juste les territoires les plus impactés en les classant comme sous-dotés par rapport à une moyenne nationale en baisse constante (87% du territoire).

La presse se fait d'ailleurs régulièrement le relais des difficultés d'accès aux soins dans ces communes, tout comme certains députés pourtant signataires de la proposition de loi (Hadrien Clouet pour Toulouse¹ ou Damien Maudet pour Limoges²).

¹ <https://x.com/HadrienClouet/status/1907688068611485755>

² <https://x.com/damienmaudt/status/1907554779276128295>

“Si la démographie médicale traverse effectivement une période de creux, ce sont surtout les inégalités entre territoires qui se sont creusées depuis une décennie.”

FAUX

L'utilisation d'un calcul simpliste de densité de médecins par habitant pour évaluer les inégalités relève soit d'une méconnaissance du système de santé, soit d'une volonté d'utiliser des données parcellaires afin de confirmer l'analyse du groupe de travail partisan. La densité n'est en rien le reflet du mode d'exercice ou de l'activité de soins proposée à la population.

En effet un médecin généraliste embauché à temps plein par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou comme médecin conseil de la sécurité sociale sera comptabilisé au même titre qu'un médecin traitant sans pour autant qu'il réalise le moindre acte de soin.

Il en va de même pour les médecins généralistes à exercice hospitalier qui, malgré leur rôle essentiel, ne peuvent pas être assimilés à un médecin traitant du fait de leur activité différente (service d'urgence, de médecine polyvalente, SSR, etc.).

L'indicateur APL, accessibilité potentielle localisée, est à ce jour le plus fiable. S'il montre un accroissement des inégalités, la cause réelle reste la démographie générale témoignant que l'offre moyenne reste insuffisante *"l'accessibilité aux médecins généralistes se dégrade entre 2022 et 2023 (-1,4 %), en raison de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne, ainsi que de la croissance de la population."*³ En effet, mathématiquement l'impact d'un départ à la retraite d'un médecin sur l'offre de soins s'avère largement plus important lorsque la densité de professionnels est faible, expliquant l'augmentation artificielle des inégalités dans un contexte général de pénurie.

“Le groupe de travail transpartisan défend une approche ouverte et globale de la lutte contre les déserts médicaux, où l’ensemble des leviers doivent être étudiés sans idées préconçues.”

FAUX

Depuis sa création en 2022, le groupe de travail transpartisan s’est construit autour d’un dogme : celui qu’il est essentiel de réguler l’installation des médecins. Cette idée était d’ailleurs déjà proposée en 2017 par le député Guillaume Garot⁴, à la tête de ce groupe, qui en a fait son cheval de bataille.

Le rapport de la DREES *“remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques”*⁵, régulièrement cité par le groupe de travail transpartisan, met clairement en avant comme levier principal “Le soutien aux professionnels et l’amélioration de leur cadre de vie et de travail”, pourtant complètement absent de la proposition de loi. Pire, celle-ci propose d’ajouter des contraintes en rétablissant l’obligation de garde pour tous les médecins.

“La régulation ne diminuera en aucun cas l’offre de soins dans les territoires déjà suffisamment dotés ; elle oriente l’installation des médecins, libéraux et salariés, vers les territoires qui en manquent.”

FAUX

La régulation fixe une règle d’un départ pour une arrivée dans les territoires non classés comme sous-dotés. Celle-ci part du principe que chaque installé offre la même quantité de soins. Cependant, l’essor de l’exercice mixte, la diversification des engagements (participation à la régulation, aux missions de santé des CPTS, rôle universitaire, etc.) et la volonté accrue des jeunes générations de mieux concilier vie personnelle et professionnelle vont dans le sens d’une diminution de l’activité totale de soins des plus jeunes par rapport à leurs aînés.

⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0477_proposition-loi

⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

Par ailleurs, interdire les installations dans les zones non classées comme sous-dotées ne garantit en rien que celles-ci se reportent vers les territoires les plus sous-dotés. Les expériences internationales comme celle de l'Allemagne ayant mis en place un tel système témoignent davantage d'un détournement vers d'autres modes d'exercice comme conclue par le rapport du sénat sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne : *"En effet, si le conventionnement sélectif permet d'empêcher l'implantation de nouveaux médecins dans les zones sur-denses, il ne parvient pas à l'imposer dans les zones sous-denses. On constate, en fait, une fuite des médecins vers d'autres formes d'exercice, ou une implantation à la frontière des zones sur-denses."*⁶

Cette proposition n'oriente donc en rien les installations vers les territoires qui en manquent.

"La régulation est efficace à l'étranger."

FAUX

La régulation ne résout pas les difficultés d'accès aux soins.

Le groupe de travail cite une partie d'un rapport de la DREES⁷ pour justifier sa position : *"Ces exemples vont plutôt, globalement, dans le sens d'un impact positif d'une politique de régulation des installations sur l'équité de la distribution géographique (celle-ci étant appréciée à un niveau assez agrégé, le niveau régional en général)."*

Mais omet volontairement d'analyser la suite de ce même rapport : *"les exemples ci-dessus ne traitent que de la répartition entre grandes zones géographiques, le niveau régional pour l'essentiel. Une autre question est de savoir si, en tout point du territoire, l'accès au médecin est assuré de façon satisfaisante, et si la régulation des installations permet d'éviter les pénuries dans les zones peu attractives : sur ce plan, la réponse est moins positive."*

⁶ <https://www.senat.fr/rap/r15-867/r15-8671.pdf>

⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

"Tous les pays sont confrontés à la difficulté de couvrir les besoins dans les zones les moins attractives, y compris ceux où l'installation des médecins est encadrée."

"Le Danemark a aussi des difficultés à assurer la présence de généralistes dans certaines zones éloignées, ce qui a conduit à faire évoluer à plusieurs reprises la législation pour donner aux autorités locales davantage de marge de manœuvre."

"Au Royaume-Uni, la suppression du Medical Practices Committee en 2002 a été notamment justifiée par le fait que, malgré cette régulation centralisée qui autorisait toutes les installations de généralistes dans le pays, un certain nombre de zones continuaient à avoir une pénurie de médecins."

"Le fait que certains territoires manquent de médecins alors que les installations ne sont autorisées que là où il y a des besoins s'explique par une situation de pénurie globale relativement chronique dans les pays concernés."

La conclusion finale de la DREES sur la régulation étant celle-ci : *"Dans un contexte d'effectifs globalement insuffisants, limiter les installations dans les zones « sur-denses » ne suffit pas à la couverture des besoins dans les zones les moins attractives."*

"La régulation a été efficace pour les autres professionnels de santé, elle le sera pour les médecins."

FAUX

Cette comparaison récurrente avec les autres professionnels de santé omet de prendre en compte les différences de dynamique démographique, en particulier libérale, entre ces professions. Les généralistes sont les seuls professionnels de santé avec une démographie en baisse, d'où une comparaison impossible avec les autres professions de santé, régulées du fait d'un accroissement de leur densité totale. A noter que les orthophonistes sont également une profession de santé non régulée malgré un zonage retrouvant des zones très dotées (3,4 %) et même sur-dotées (3,6 %). Par ailleurs malgré leur liberté d'installation, les

généralistes restent encore et toujours les professionnels de santé les mieux répartis sur le territoire, devant les professions régulées⁸.

Julien Mousquès, chercheur à l'IRDES⁹, explique que *"La dynamique démographique n'est pas la même chez les infirmiers et les médecins", "D'ici 2030-35, lors du rebond démographique, peut-être pourra-t-on, légitimement se poser la question. D'ici là, il sera difficile de trouver une zone sur-dotée... Et, ce n'est pas parce qu'une zone sera limitée que les médecins n'iront pas. Il y aura un contournement, avec d'autres modes d'exercice."*

Enfin, les données relatives aux infirmiers sont à nuancer, l'efficacité n'étant pas si évidente que cela : *"les exemples de la restriction de la liberté d'installation chez les infirmiers et sages-femmes montrent que, depuis 2010, les nouvelles installations ont certes été limitées dans les zones sur-dotées, mais ont surtout profité aux zones intermédiaires et très peu aux zones sous-dotées (Cardoux, Daudigny, 2017)"*¹⁰

"La régulation de l'installation ne remet pas en cause l'exercice libéral, ni ne dévalorise la profession médicale."

FAUX

Le groupe de travail transpartisan se félicite d'avoir élargi la régulation à l'ensemble des installations, libérales comme salariées. Contrairement à ce que pensent ces parlementaires, cet ajout ne change pas le risque de détournement vers une voie alternative à l'installation au détriment de la médecine de ville dans son ensemble. Il persiste de multiples portes de sorties qui s'offrent à chaque

8

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf

9

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/faut-il-sinspirer-du-zonage-infirmier-pour-reguler-linstallation-des-medecins-generalistes>

10

<https://shs.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362?lang=fr&tab=texte-integral>

médecin du fait de la diversité des exercices possibles. Ajouter un frein supplémentaire à une médecine de ville déjà en ralentissement ne contribuera qu'à l'effondrement de la médecine de ville, qu'elle soit libérale ou salariée.

A titre d'exemple, quelques postes envisageables pour tout médecin généraliste dans tous les territoires : exercice hospitalier (service d'urgences, de médecine polyvalente), salariat en clinique privée, en soins de suite et réadaptation (SSR), médecin coordinateur en EHPAD, exercice au planning familial, à l'EFS, dans un service de santé universitaire, dans un centre de soin immédiat, exercice de téléconsultation, etc. A noter que mêmes les CHU, pourtant tous localisés dans des zones non classés comme sous-dotés, embaucheront toujours des médecins, preuve que la pénurie n'épargne aucun territoire.

La régulation de l'installation entraînera donc une crise des vocations en ville.

La multiplicité des voies de contournement de cette régulation permettra à chaque médecin d'exercer où il le veut. Les premiers perdants seront les patients, dès lors que l'offre en médecine de ville ne cessera de diminuer au profit d'exercices moins contraignants. Les médecins continueront à soigner, partout. Seule la médecine de ville, de proximité, disparaîtra au profit de regroupement dans des structures salariées (cliniques), majoritairement privées, contribuant à la financiarisation progressive du système de santé.

“La régulation de l’installation pourrait permettre chaque année à près de 600 000 patients de retrouver un accès régulier à un médecin, voire de retrouver un médecin traitant.”

FAUX

Cette analyse, basée sur les données du Dr Rochoy, chercheur associé à l'Université de Lille et cité par le média médical Egora, est erronée. Si la régulation empêchera 435 installations annuelles dans les zones non classées comme sous-dotées, il n'y a aucune donnée qui permet d'affirmer que celles-ci se reporteront dans les territoires sous-dotés.

Le Dr Rochoy lui-même conteste d'ailleurs l'interprétation de ces données : *"Le groupe de travail transpartisan ne comprend pas ce qu'il lit. L'article est très clair et explique que 435 médecins s'installent actuellement hors zone, contre 450 départs environ. Donc au mieux pour la santé publique, cet article ne changera rien dans les années à venir, facile à calculer par une simple soustraction... Le problème est que les 435 qui souhaitent s'installer ne sont pas forcément l'année N dans les villes des départs de la même année : donc cette mesure risque plutôt de décaler l'installation (en attente d'un départ en retraite), d'inciter à des retraites plus précoces (pour ne pas rater l'occasion d'une arrivée)... ou de détourner jusqu'à 435 médecins de l'exercice de médecine générale libérale. Si la carotte de l'incitation financière (jusqu'à 50 000 euros quand même !) ne fonctionne pas, ce n'est pas le bâton d'une interdiction d'installation qui va réussir !"*

**"Les principaux intéressés soutiennent
la régulation de l'installation."**

FAUX

Selon un sondage publié par la FHF en mars 2025, 86% des Français sont en faveur d'une régulation de l'installation des médecins. Cependant, il n'est pas entendable d'utiliser de telles données parcellaires pour justifier une mesure de régulation aussi rigide. Combien de ces Français considèrent habiter à tort en zone sous-dotée ? Combien sont conscients que cela signifie interdire l'augmentation de l'offre de soins ambulatoires dans leur commune ?

Chaque jour dans nos cabinets, nous côtoyons des patients qui, quel que soit leur lieu de vie, nous rapportent leurs difficultés d'accès aux soins.

L'Association des départements de France, l'Association des maires de France et l'Association des maires ruraux de France, eux aussi au contact direct de ces populations, s'opposent unanimement à cette mesure de régulation dénoncée par l'ensemble des représentants des médecins, libéraux comme hospitaliers.