

Épreuve écrite d'admission au programme Médecine-Humanités –
Session 2023

Commentaire de documents

3 HEURES

Vous proposerez de ce dossier une lecture croisée selon la méthode de votre choix. Vous prendrez en compte, autant que possible, l'ensemble des documents proposés, mais il sera possible d'en privilégier certains. Vous pourrez aussi faire appel à vos connaissances personnelles. Votre texte devra être organisé, c'est-à-dire divisé en paragraphes et amenant à une conclusion.

LES DÉSERTS MÉDICAUX

Liste des documents :

1. Jean-Paul Briand, « Loiret: le coup de gueule du médecin Jean-Paul Briand », *Magcentre*, 8 décembre 2017
2. Noémie Vergier et Hélène Chaput, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, mai 2017, p3-4
3. Jules Léonard, *Le médecin des pauvres*, 1857, peinture à l'huile sur toile, musée des Beaux-Arts de Valenciennes

Les déserts médicaux

Document 1 : Extrait d'une tribune de Jean-Paul Briand, médecin retraité du Loiret sur les déserts médicaux dans la région Centre -Val de loire

« Ecouter les doléances des jeunes médecins »

Afin d'atténuer l'ampleur des difficultés, depuis dix ans, de nombreuses initiatives apparaissent. Malheureusement, que ce soit l'Etat, la Sécurité sociale, les collectivités territoriales, les associations d'usagers, les politiques, chacun y va de son idée en ordre dispersé, sans stratégie concertée, ni surtout évaluation. Même si, par méconnaissance du dossier, de nombreux politiques les proposent, rappelons que toutes mesures coercitives supprimant, entre autres, la liberté d'installation sont contre-productives. Ces mesures agressives, à courte vue et démagogiques, aggraveraient la pénurie en faisant fuir les candidats à la Médecine Générale ambulatoire. Il serait par ailleurs injuste de faire payer aux nouvelles générations de praticiens l'imprévoyance funeste et les décisions bornées des politiques de santé du passé. Il serait bon de comprendre les parcours professionnels actuels des nouveaux omnipraticiens, d'écouter les doléances de ces jeunes médecins, futurs candidats à une éventuelle installation et de tenir compte de leurs légitimes aspirations afin d'augmenter l'attractivité du métier, de simplifier les modalités d'installation et d'améliorer leur formation initiale et conditions d'exercice.

Le vrai sujet c'est la « désertification des territoires » et leur attractivité

Il faut également rappeler que l'identification des territoires en danger de désertification médicale ne doit pas se cantonner à la seule règle de calcul du nombre de professionnels de santé rapporté à la population. En effet la désertification est aussi la conséquence de l'abandon de certains territoires nationaux. Ces territoires cumulent très souvent un ensemble de fragilités et de manque d'attractivité en rapport avec un contexte socio-sanitaire critique, une raréfaction des services administratifs et des commerces, un manque d'intérêts culturels et environnementaux, de faibles possibilités d'emplois et souvent un retard numérique... Le vrai sujet n'est pas la « désertification médicale » mais la « désertification des territoires » et leur attractivité... »

Jean-Paul Briand, « Loiret: le coup de gueule du médecin Jean-Paul Briand », *Magcentre*, 8 décembre 2017

Document 2 : Rapport de la DREES sur les déserts médicaux

« Accès aux soins : un concept multidimensionnel et normatif »

Alternativement envisagé comme une caractéristique propre à un territoire ou à un système de santé, ou encore comme droit, l'accès aux soins semble moins se définir comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacles entravant la possibilité de recours : ce sont ces obstacles qu'il s'agit de recenser et d'évaluer et qui contribuent à définir l'accès aux soins par la négative.

Partant, la notion d'accès aux soins couvre a priori un champ extrêmement large, incluant des obstacles de natures très diverses : aspects spatiaux/physiques, contraintes économiques, considérations temporelles et organisationnelles, dimensions sociale, symbolique

et culturelle – diversité que reflètent les multiples variables intégrées aux modèles économiques visant à évaluer « l'équité » de l'accès aux soins¹ dans un système de santé donné.

Présumant l'identification d'obstacles, la notion d'accès aux soins pose ainsi deux questions. D'une part, il s'agit de savoir quelles réalités sont considérées comme des obstacles à l'accès, c'est-à-dire comme difficultés non légitimes, non justifiées. D'autre part, il s'agit de déterminer quel « niveau d'effort » est considéré comme acceptable pour recourir aux soins. Ces deux questions reflètent le caractère éminemment normatif de la notion d'accès aux soins : il s'agit de juger, d'évaluer, d'apprécier l'acceptable et l'inacceptable, à l'aune de valeurs sociales et politiques.

En outre, il n'existe pas de référence externe permettant de caractériser un « bon » ou un « mauvais » accès aux soins « en soi » : l'évaluation ne peut être que comparative – une situation sera jugée « bonne » car meilleure qu'une autre, voisine ou antérieure. Dans un tel contexte, l'apport d'éléments objectivés se situe tant en amont du débat public, qu'il vise à alimenter, qu'au sein de celui-ci, car les choix méthodologiques incorporent nécessairement des éléments eux-mêmes normatifs (seuils, paramétrage) qui en sont partie intégrante. »

Noémie Vergier et Hélène Chaput, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, mai 2017, p3-4

Document 3 : Le médecin des pauvres, par Jules Léonard, Musée des Beaux-Arts de Valenciennes.

