

Les réponses aux déserts médicaux peuvent-elles venir du terrain ?

AUTRICE

Charlotte DE FONTGALLAND

RÉSUMÉ

À de nombreux égards, la région Centre-Val de Loire est un territoire en décroissance : déclin démographique, économique, perte d'attractivité et de dynamisme. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette tendance, avec un déficit chronique de médecins depuis plusieurs décennies, des « déserts médicaux » aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, une faible attractivité de la faculté de médecine aux ECN¹, une « fuite » des internes formés en région... Pour autant, la région a été territoire expérimental pour de nombreux programmes de santé publique et un terreau d'innovations pour de nouvelles organisations sanitaires. Elle est aujourd'hui la seule région entièrement maillée de CPTS, les plus anciennes ayant 6 ans d'existence. L'hypothèse est que l'ampleur des difficultés auxquelles étaient – et sont encore – confrontés les professionnels de santé les a mobilisés d'une part pour s'emparer des dispositifs proposés par le ministère, d'autre part pour fédérer leurs confrères afin de mettre en place de nouvelles organisations à leur image.

MOTS CLÉS

organisation territoriale de santé, CPTS, ESP², attractivité

ABSTRACT

In many respects, the Centre-Val de Loire region is a territory in decline: demographic and economic decline, loss of attractiveness and dynamism; the health sector is no exception to this trend, with a chronic shortage of health professionals for several decades, "medical deserts" in both urban and rural areas, low attractiveness of the Faculty of Medicine for the ECN, a "brain drain" of interns trained in the region... However, the region has been an experimental territory for many public health programmes and a breeding ground for innovative new health organisations; today it is the only region fully covered by CPTS, the oldest ones existing for the last 6 years. The hypothesis is that the extent of the difficulties which were –and still are– faced by health professionals have mobilised them. On one hand, they have seized the measures proposed by the Ministry, on the other hand they have been proactive in setting up new organisations to their image and in uniting their colleagues around them.

KEYWORDS

Health territorial organisation, CPTS, ESP, Attractivity

La région Centre-Val de Loire (RCVDL) est depuis plusieurs décennies en perte d'attractivité. La stagnation de sa population masque d'importantes mobilités domicile-travail : dans certains départements, un actif sur deux travaille hors de la région. La crise de la Covid-19 et les confinements n'ont pas bouleversé les équilibres territoriaux, mais accentué une « méga-urbanisation » autour de l'Île de France, comme pour l'Eure-et-Loir et le Loiret (Millet *et al.*, 2022).

Ce déclin est prégnant dans le domaine de la santé : en 10 ans, la région a perdu 15 % de ses effectifs médicaux et sa densité médicale est la plus faible de France métropolitaine (FRM) (Arnault, 2022) ; en médecine générale, elle est de 98 médecins pour 100 000 habitants, contre 124 pour 100 000 habitants en FRM. Les conséquences sur l'accès aux soins sont importantes (500 000 habitants n'ont pas déclaré de médecin traitant) et ces difficultés vont s'aggraver car 35 % des médecins généralistes ont plus de 60 ans. Cela se traduit par des conditions d'exercice détériorées et une surcharge de travail pouvant mener au *burn out* des médecins.

L'union régionale des professionnels de santé-Médecins libéraux (URPS-ML) Centre-Val de Loire représente l'ensemble des médecins libéraux de la région. Elle participe³ à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, et à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence de soins, leur continuité et les nouveaux modes d'exercice. Dans ce cadre, elle a coordonné la mise en place de dispositifs nationaux innovants comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en s'appuyant sur l'expertise et la connaissance du territoire des professionnels de santé.

DES DÉSERTS MÉDICAUX AUX VISAGES VARIÉS

Un sous-recours aux soins et de fortes inégalités territoriales

À partir des données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie et du programme de médicalisation des systèmes d'information, l'URPS-ML a mesuré le recours aux soins de chacune des spécialités médicales, en identifiant les

1 Épreuves classantes nationales (ECN), concours qui se passe en fin de 2^e cycle d'études médicales et conditionne l'accès au 3^e cycle des études de médecine dans la spécialité et le CHU (centre hospitalier universitaire) du choix des étudiants.

2 Équipes de soins primaires (ESP).

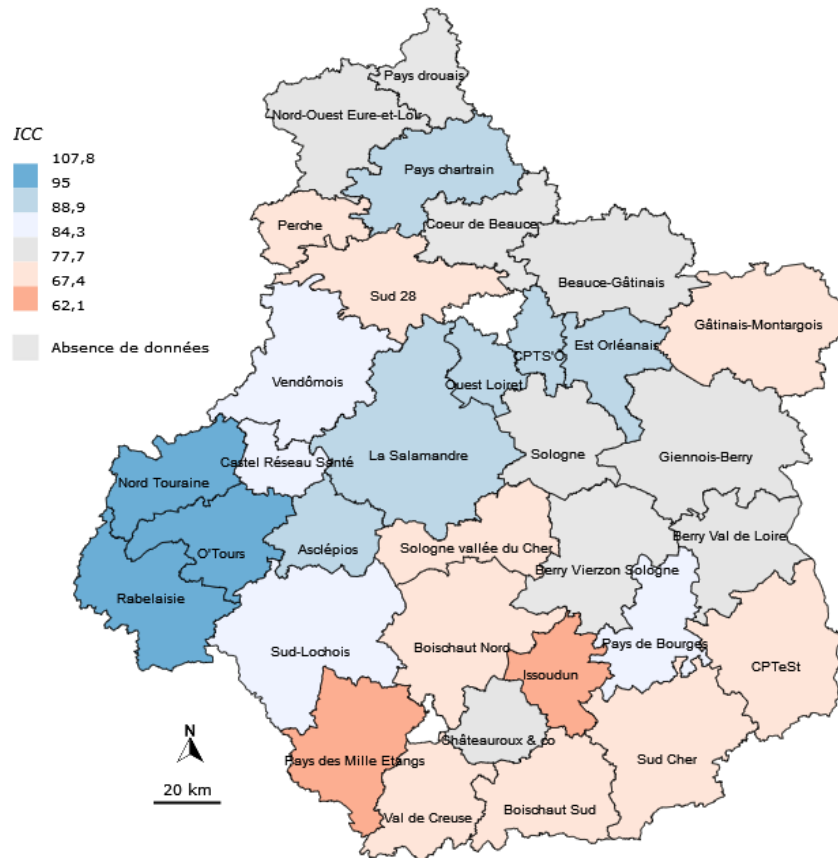
3 Parmi ses missions telles que définies dans le décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé.

zones de sous-recours et de sur-recours par rapport aux moyennes nationales, par le calcul de l'indice comparatif de consommation (ICC) qui compare le nombre d'actes observés au nombre d'actes attendus à l'échelle de chaque CPTS, avec une double standardisation de la population par sexe et par âge.

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)⁴, les CPTS couvrent plus de 95 % de la région. Leurs territoires ont été définis à partir des flux majoritaires relatifs de patientèle de médecins spécialistes ; ils reposent sur les habitudes de soins de la population et regroupent les professionnels de santé d'un territoire autour d'un projet de santé commun, dont une mission est l'amélioration de l'accès aux soins.

Il ressort que 91,3 % du territoire se situe en sous-consommation par rapport à la FRM, soit 81 % de la population régionale (fig. 1).

Figure 1. ICC de soins médicaux (toutes spécialités) dans les CPTS de la région Centre-Val de Loire en 2019



Les CPTS ayant un ICC supérieur ou dans la moyenne nationale se situent majoritairement sur l'axe ligérien, ou autour des chefs-lieux de département. S'y ajoute une forte dichotomie entre le nord et le sud de la région, 69 % des CPTS ayant un ICC inférieur à la moyenne se situant au sud de la Loire. L'écart entre le plus faible (CPTS d'Issoudun) et le plus élevé (CPTS O'Tours) est de 45,7 points ; l'ICC médian se situe à 82,5.

L'inégale répartition des médecins, qui n'est pas la seule composante des déserts médicaux (Chevallard *et al.*, 2018) se lit à deux niveaux : une accentuation de la différence entre les moyennes nationales et régionales (en 10 ans -15 % des médecins en RCVDL, contre +6 % en FRM), et un gradient régional ayant pour centre le CHU⁵ et pour périphérie des hôpitaux « de proximité », la démographie libérale suivant le même schéma : l'Indre-et-Loire concentre 37 % des médecins libéraux contre 6 % dans l'Indre.

Un déficit chronique de médecins

En 2021, alors que 3,8 % de la population réside en RCVDL, les médecins inscrits à l'Ordre ne représentent que 2,9 % des médecins de FRM. Les retraités actifs en FRM représentent 10 % des actifs réguliers, pour 19 % dans le Cher, 11 % en Eure-et-Loir, 17 % dans l'Indre, 5 % en Indre-et-Loire, 14 % dans le Loir-et-Cher et 14 % dans le Loiret.

En rapportant le nombre d'actes « manquants » (différentiel entre les consommations observées et attendues) au nombre d'actes annuels moyens effectués par les médecins de RCVDL, un nombre théorique de professionnels de santé manquants pour répondre aux besoins de la population a été calculé (tabl. 1).

⁴ République française, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF* n° 0022 du 27 janvier 2016, art. 65.

⁵ Centre hospitalo-universitaire.

Tableau 1. Nombre de médecins manquants par spécialité libérale en région Centre-Val de Loire en 2019

Spécialité	Actes observés	Actes attendus	Actes manquants	Activité moyenne	Professionnels de santé manquants
Médecine nucléaire	72 127	49 268	-22 859	2 370	-10
Néphrologie	172 892	125 556	-47 336	6 149	-8
Chirurgie vasculaire	32 268	27 235	-5 033	1 144	-4
Hématologie	22 954	8 354	-14 600	3 837	-4
Psychiatrie enfant & adolescent	11 565	5 819	-5 746	2 943	-2
Génétique médicale	3 653	244	-3 409	1 879	-2
MIT	3 182	474	-2 708	3 316	-1
Chirurgie maxillo-faciale & stomatologie	32 980	31 904	-1 076	1 966	-1
Oncologie médicale	52 444	50 298	-2 146	5 787	0
Chirurgie urologique	144 232	144 495	263	2 292	0
Chirurgie plastique	31 819	32 222	403	1 142	0
Médecin biologiste	18 949	19 441	492	1 164	0
Allergologie	16 075	18 461	2 386	3 420	1
Médecine interne	24 499	27 561	3 062	3 801	1
Gériatrie	3 315	7 860	4 545	2 815	2
Neurochirurgie	15 232	19 724	4 492	1 562	3
Neurologie	93 981	102 609	8 628	2 926	3
Stomatologie	38 902	46 201	7 299	1 993	4
Endocrinologie	69 899	78 948	9 049	2 278	4
Chirurgie infantile	2 860	6 340	3 480	853	4
Anatomie-cytologie-pathologique	280 727	392 012	111 285	21 670	5
Chirurgie viscérale & digestive	34 331	41 885	7 554	1 366	6
Médecine vasculaire	7 886	16 398	8 512	1 310	6
Pneumologie	149 003	175 239	26 236	3 538	7
Anesthésiologie-réanimation	552 754	574 254	21 500	2 866	8
Chirurgie générale	73 244	84 204	10 960	1 344	8
Chirurgie maxillo-faciale	1 315	5 535	4 220	512	8
Chirurgie orthopédique & traumatologie	268 887	285 297	16 410	1 925	9
Ophthalmologie	1 767 685	1 832 050	64 365	7 427	9
Otorhino-laryngologiste	298 549	344 174	45 625	3 425	13
Rhumatologie	218 853	273 108	54 255	4 073	13
Gastro-entérologie	204 192	239 508	35 316	2 142	16
MPR	16 359	50 999	34 640	2 003	17
Dermatologie	348 772	418 201	69 429	4 002	17
Chirurgie thoracique & cardiovasculaire	5 591	11 586	5 995	345	17
Pathologie cardiovasculaire	665 198	730 897	65 699	3 086	21
Gynécologie	555 909	631 814	75 905	3 037	25
Pédiatrie	257 879	342 141	84 262	3 038	28
Psychiatrie générale	474 770	590 846	116 076	2 890	40
Radiodiagnostic & imagerie médicale	2 480 826	2 785 891	305 065	4 053	75
Chirurgie dentaire	3 832 175	4 385 282	553 107	3 197	173
Médecine générale	9 500 062	10 715 999	1 215 937	4 735	257

Il manque 784 médecins libéraux en RCVDL en 2019, soit un déficit de plus de 26 %, variable selon les spécialités. Ce déficit se traduit par une juxtaposition presque ininterrompue de déserts médicaux, aussi bien ruraux qu'urbains. Faute de définition (Babinet & Isnard Bagnis, 2021), la typologie des zones prioritaires à l'installation établie par l'ARS en 2021 est parlante : 92,8 % de la population se situe sur un bassin de vie caractérisé par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

L'attractivité relative de la faculté de médecine de Tours

En 2021, 72 % des étudiants en médecine à la faculté de Tours font leur internat hors région. Ce « taux de fuite », le plus élevé de France, et les critères présidant aux décisions d'installation (Dagot *et al.*, 2021) sont conditionnés en grande partie par la structure conjugale (travail du conjoint, petite enfance) et la volonté de travailler dans une structure (libérale ou salariée) coordonnée, quelle que soit la spécialité médicale : l'exercice regroupé est plébiscité à 72 % par les internes. Le professionnel de santé est bien « un être territorial qui exerce en un lieu en symbiose avec d'autres professionnels » (Lacoste, 2011). L'URPS-ML a mené

depuis une dizaine d'années une politique volontariste pour coordonner et organiser la médecine libérale, afin d'améliorer les conditions d'exercice des médecins, de susciter et d'accompagner des installations dans la région.

UNE PRISE DE CONSCIENCE PROGRESSIVE DE L'EMPREINTE TERRITORIALE DE LA MÉDECINE

La mobilisation des professionnels de santé

La région Centre-Val de Loire compte 2,58 millions d'habitants en 2022, avec de fortes variations de densité, notamment une concentration de la moitié de sa population sur l'axe ligérien. À ses « déserts médicaux » se superposent donc des « déserts populationnels ». Dès 2014, ayant conscience que les maisons pluriprofessionnelles de santé (MSP) ne suffisaient pas à mailler ces territoires, l'URPS-ML s'empare des pôles de santé. Le plus ancien, le pôle du Sud-Lochois, s'est naturellement transformé en CPTS lorsque la LMSS de 2016 a été publiée, son échelle et son fonctionnement correspondant parfaitement au nouveau dispositif.

Les professionnels de santé ont vu dans les difficultés rencontrées une opportunité de mise en place de nouveaux modèles (Barthe & Lima, 2012). Jusqu'à la LMSS, l'État reste au premier plan *via* les ARS qui gouvernent les politiques de santé en région. Pour la première fois, la LMSS permet aux médecins déjà engagés dans une réflexion territoriale et populationnelle de développer et pérenniser leurs actions ; le cadre légal originel des CPTS laisse la main aux professionnels de santé libéraux pour choisir un maillage territorial, une forme juridique et une organisation prenant en compte les spécificités locales, l'ARS n'intervenant que si les professionnels de santé libéraux ne se saisissent pas de cette opportunité⁶.

Figure 2. Modélisation statistique du partage de patientèle entre praticiens du 1^{er} recours dans la CPTS Sud-Lochois

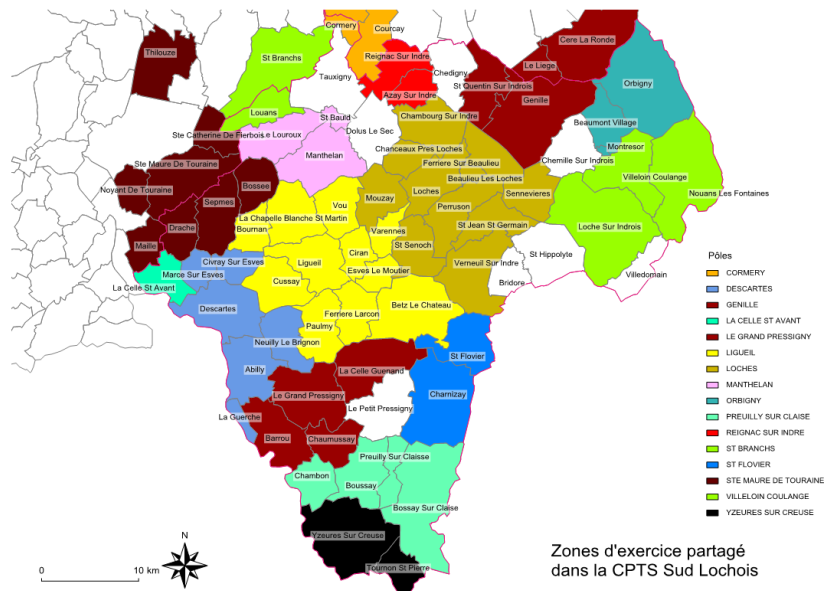


Figure 3. Cartographie des zones de partage de patientèle sur la CPTS Sud-Lochois par les professionnels de santé du 1^{er} recours y exerçant



⁶ Dans les faits, certaines ARS ont pris la main sur la mise en place des CPTS, parfois sans concertation avec les professionnels de santé libéraux de leur région malgré le texte de loi.

La modélisation d'une coordination territoriale

Afin d'identifier des territoires de CPTS cohérents, l'URPS-ML a mis au point une méthode reposant à la fois sur l'étude des flux de patientèle et sur des dynamiques locales portées par les professionnels de santé. La combinaison de travaux statistiques et d'un regard « terrain » a permis aux professionnels de prendre conscience de l'empreinte territoriale de leur exercice, d'objectiver le partage de patientèle entre plusieurs soignants et de mettre des méthodes empiriques à l'épreuve du réel.

L'innovation est perçue comme un processus de résolution de problèmes (ici, le manque de professionnels de santé) *via* une action collective à une échelle territoriale de proximité géographique (Kirat & Lung, 1999). Les cartes précédentes présentent la modélisation des aires de flux de patientèles partagées entre médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens d'officine : d'un côté la carte des résultats « statistiques » (fig. 2), de l'autre une carte dessinée à la main par les professionnels de santé de ce territoire (fig. 3).

La rencontre du *top-down* et du *bottom-up*

Cette rencontre entre des politiques publiques (*top-down*) et des initiatives locales (*bottom-up*), souligne l'importance du terrain au moment de la mise en place de la loi (Lacoste, 2011). En RCVDL, elle a permis d'innover en termes de gouvernance locale de santé (structuration des CPTS) et de tisser des liens entre les différents acteurs sanitaires (CLS, conseils régional et départementaux, intercommunalités, centres hospitaliers, etc.). Les collectivités territoriales sont de plus en plus impliquées dans la recherche de solutions pour réduire les inégalités dans l'offre de soins (Babinet & Isnard Bagnis, 2021). L'État est en effet garant du droit à la santé, mais la fragilisation du système de santé rend nécessaire l'innovation pour pallier ces inégalités (Barthe & Lima, 2012). La question de l'attractivité territoriale pour un médecin déborde le champ de la santé, et mobilise des acteurs aussi divers que complémentaires : agences d'attractivité, entreprises, services publics... Le monde de la santé peut être à la fois un aspect de la décroissance des territoires (l'hôpital est souvent le premier employeur dans les moyennes et petites villes, toute fermeture de service a des conséquences sur l'attractivité d'un territoire) et une de ses victimes (moins de moyens pour les hôpitaux de « proximité » qui sont en réalité loin des centres dynamiques régionaux, difficulté à attirer de nouveaux médecins...).

LES SOLUTIONS PEUVENT-ELLES VENIR DES TERRITOIRES EN DIFFICULTÉ ?

Des innovations aussi variées que les problématiques rencontrées

Certains territoires ont fait le choix d'utiliser la décroissance comme argument *marketing* : l'agence d'attractivité du Loir-et-Cher vante aux médecins la « *slow life* dans le Loir-et-Cher » et sa douceur de vivre. Ils ont également des avantages directement liés à leurs difficultés : dans les villes en déclin se trouve disponible un foncier important et bon marché (Bréal & Rousseau, 2018), facilitant la construction de MSP, centres de santé ou logements pour étudiants en stage hospitalier ou libéral.

Les dispositifs Article 51, Ipep et Peps ont également permis aux soignants de proposer des organisations expérimentales, voire des « politiques alternatives », destinées à maintenir un tissu médical fragile, à améliorer les conditions d'exercice et l'accès aux soins des populations.

Les organisations de soins non programmés des CPTS ne suivent pas un modèle unique, mais s'adaptent à leurs spécificités démographiques et territoriales. Elles axent leurs efforts sur la télémedecine, la mise en place de secrétariat partagé, d'actions dans les lycées pour accompagner les élèves des territoires vers les études de santé, de liens avec les chambres de commerce et d'industrie pour faciliter l'emploi du conjoint, etc.

La faculté de médecine en création au centre hospitalier d'Orléans envisage de délocaliser une partie de sa formation dans les hôpitaux de Bourges ou Châteauroux pour encourager l'installation de médecins dans des départements éloignés du CHU.

Des soignants entrepreneurs de l'évolution de leur exercice

En RCVDL, les professionnels de santé libéraux se sont largement mobilisés pour participer à la réforme du système de santé, pour pallier ce qu'ils estiment être à l'origine des défaillances du système. La médecine libérale étant garante d'une liberté d'entreprendre, contrairement à la médecine hospitalière (Schlegel, 2022), ils ont par ce biais exprimé le souhait de participer au changement plutôt que de le subir, et de ne pas suivre un chemin imposé mais de proposer le leur. Tout en respectant le cadre du système, ils ont vu l'opportunité de proposer un contenu et une dynamique qui leur sont propres, en phase avec la réalité du terrain.

Les CPTS ont permis d'améliorer l'accès aux soins de la population et de renforcer l'attractivité des territoires. Sur la CPTS Beauce-Gâtinais, 80 % des patients prioritaires ont ainsi trouvé un médecin traitant grâce à ce dispositif⁷.

CONCLUSION

La région Centre-Val de Loire est un exemple de territoire en décroissance qui a vu dans ses difficultés une opportunité de réinventer des dispositifs nationaux, pour les adapter, les rendre plus efficaces et riches d'un « vécu ». Il serait cependant utopique de penser, face à leurs difficultés majeures, que les territoires détiennent toutes les clés pour se redynamiser et que cette mobilisation puisse se pérenniser face à des contraintes croissantes et un épuisement généralisé et inquiétant des médecins. S'ils sont les plus à même d'identifier leurs besoins et de proposer des solutions adaptées, issues de leurs expériences, ils ne peuvent se passer du soutien de l'État, en moyens, dispositifs légaux et confiance.

⁷ Gattuso C., 27 février 2023, « Négos conventionnelles : "Les CPTS ne doivent plus être un outil de propagande", s'alarme la Dre Latifa Miqass », *Quotidien du médecin*.

RÉFÉRENCES

- Arnault F., 2022, *Atlas de la démographie médicale en France*, Paris, Conseil national de l'ordre des médecins.
- Babinet O., Isnard Bagnis C., 2021, *Les déserts médicaux en question(s)*, Rezé, Hyg e  d.
- Barthe L., Lima S., 2012, « L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites », *Sciences de la société*, n  86, p. 50-69 [journals.openedition.org/sds/1686]
- Bréal V., Rousseau M., 2018, « Après la croissance. Déclin urbain et modèles alternatifs », *La vie des idées* [shs.hal.science/halshs-03156018].
- Chevillard G., Lucas-Gabrielli V., Mousques J., 2018, « "Déserts médicaux" en France :  tat des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, n  47, p. 362-380.
- Dagot C., Fouquet J.-Ph., Rusch E., équipes de recherche de l'Université de Tours (EES, CITERES, ETICS, DUMG), 2021, *Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enq  te auprès des étudiants spécialisés en médecine générale sur leurs motivations et décisions d'installation* [rapport de recherche] [hal.science/hal-03178417].
- Kirat T., Lung Y., 1999 « Innovation and Proximity. Territories as Loci of Collective Learning Processes », *European Urban and Regional Studies*, 6(1), p. 27-38 [doi.org/10.1177/096977649900600103].
- Lacoste Y., 2011, « Hommes et structures de santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST », *Hérodote*, n  143, p. 33-43 [doi.org/10.4000/sds.1686].
- Millet H., Meyfroidt A., Simon E., 2022, « Exode urbain ? Petits flux, grands effets. Les mobilités résidentielles à l'ère post-Covid », Paris, POPSU Territoires [urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/popsuterritoires-exodeurbain_v12.pdf].
- Schlegel V., 2022, *Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations lpep et Peps*, Paris, IRDES, « Questions d'économie de la santé » [irdes.fr/recherche/2022/ges-273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.html].

L'AUTRICE

Charlotte de Fontgalland
URPS-ML Centre-Val de Loire
charlotte.defontgalland@urpsml-centre.org